

Versorgungsforschung in Deutschland: Stand – Perspektiven – Förderung

Stellungnahme



Standpunkte

Heiner Raspe, Holger Pfaff, Martin Härter, Dieter Hart, Uwe Koch-Gromus,
Friedrich-Wilhelm Schwartz, Johannes Siegrist, Hans Ulrich Wittchen
unter Mitarbeit von Frank Wissing

Wiley-VCH

DFG

Deutsche Forschungsgemeinschaft

Kennedyallee 40 · 53175 Bonn

Postanschrift: 53170 Bonn

Telefon: +49 228 885-1

Telefax: +49 228 885-2777

postmaster@dfg.de

www.dfg.de

Wir danken Judith Berger (Bundesärztekammer), Martin Scherer, Thorsten Meyer und Juliane Hardt (Institut für Sozialmedizin der Universität Lübeck), Nicole Ernstmann, Melanie Neumann, Oliver Ommen (Zentrum für Versorgungsforschung Köln ZVFK) und Christian Janßen (Hochschule für angewandte Wissenschaften München) für kritische Kommentare und Hinweise zu früheren Fassungen dieses Textes und Christiane Krämer (DFG) für die redaktionelle Unterstützung.

Inhalt

Vorwort

- 1 Zusammenfassung**
- 2 Anlass, Ziele und Adressaten**
- 3 Geschichte und Stand der Versorgungsforschung in den USA, Großbritannien und Deutschland**
- 4 Aktualität der Versorgungsforschung**
- 5 Versorgungsforschung und Interessen**
- 6 Fokus und Merkmale der Versorgungsforschung im Vergleich zur klinischen und Public Health-Forschung**
- 7 Grundtypen der Versorgungsforschung**
- 8 Versorgungsforschung:
Die mögliche Rolle der Deutschen Forschungsgemeinschaft und ihrer Förderinstrumente**
 - 8.1 Aktuelle (exemplarische) Forschungsfelder
 - 8.2 Förderhinweise und Förderkriterien
- 9 Hinweise und Empfehlungen**

Anhang

Teilnehmerinnen und Teilnehmer am DFG-Rundgespräch
Versorgungsforschung, Februar 2008, Bonn

Autoren

Abkürzungsverzeichnis

Glossar

Vorwort

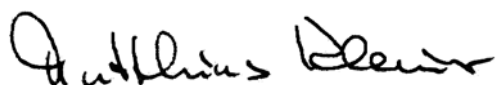
Die Versorgungsforschung, die sich wissenschaftlich mit den Akteuren, Strukturen und Auswirkungen der Gesundheitsversorgung auseinandersetzt, braucht naturgemäß disziplinübergreifende Forschungsansätze unter Beteiligung von Medizinern, Soziologen, Psychologen, Juristen, Ethikern und Wirtschaftswissenschaftlern. Dies ist eine besondere Herausforderung, der wir uns aufgrund der hohen Relevanz des Themas stellen müssen: die Forschenden genauso wie die Hochschulen und Forschungsinstitutionen, aber eben auch Forschungsförderer wie die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG). Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler müssen gemeinsame Themen identifizieren, Methodenstandards definieren oder entwickeln sowie oft erst eine gemeinsame wissenschaftliche Sprache finden. Für die Hochschulen bedeutet dies, fakultätsübergreifende Ausbildungs- und Forschungsstrukturen zu schaffen, wie sie oftmals heute noch fehlen. Zu all diesen Herausforderungen bietet die DFG durch ihr breites Spektrum an Förderinstrumenten sehr gute Möglichkeiten der Forschungsförderung.

Hierzu wurde in einem DFG-Rundgespräch zur Versorgungsforschung im Februar 2008 herausgearbeitet, dass es weniger einen Bedarf für ein spezielles Förderinstrument zur Versorgungsforschung gibt. Vielmehr muss das bestehende Instrumentarium der DFG stärker als bisher genutzt werden. Da sich in den Gremien wie auch in der Geschäftsstelle der DFG alle Wissenschaftsdisziplinen und Fächer wiederfinden, ist sie gut aufgestellt, um disziplinübergreifende Anträge zu bearbeiten, zu begutachten, zu bewerten und zu entscheiden. In der Geschäftsstelle gibt es eine koordinierte und enge Zusammenarbeit der Programmdirektoren aus der Medizin und den Geistes- und Sozialwissenschaften. Auch auf der Ebene der Fachkollegien gibt es bewährte Kooperationen, um der jeweils individuellen Konstellation jeder einzelnen Antragstellung gerecht zu werden. Und der Hauptausschuss der Deutschen Forschungsgemeinschaft als abschließendes Entscheidungsgremium ist bereits seit Jahrzehnten in der fachübergreifenden Diskussion und Entscheidungsfindung geübt.

Es ist die Aufgabe der DFG, die Wissenschaft in allen ihren Zweigen zu fördern. Dies umfasst natürlich auch die Versorgungsforschung. Als Selbstverwaltungsorganisation der deutschen Wissenschaft muss sie als Förderer solcher Fragestellungen aber auch erwarten können, dass die wissenschaftliche Gemeinschaft Adressat der Forschungsergebnisse ist. Fragestellungen, die im Wesentlichen einen unmittelbaren Nutzen für Politik, Verbände, Krankenkassen oder Industrie bringen, können daher nicht Gegenstand der Förderung durch die DFG sein. Es besteht aber durchaus die Erwartung, Ergebnisse aus Projekten, die sich zunächst grundlagenorientierten Fragestellungen widmen, anschließend im Rahmen des Erkenntnistransfers einer praktischen Umsetzung näherzubringen.

In dieser Stellungnahme werden grundlegende Fragestellungen in der Versorgungsforschung exemplarisch erarbeitet und in den Kontext einer möglichen DFG-Förderung gesetzt. Insbesondere der wissenschaftliche Nachwuchs soll dadurch ermuntert werden, die vielfältigen Förderinstrumente verstärkt für die Verwirklichung eigener Ideen und Karrierewege in der Versorgungsforschung zu nutzen. Ich möchte den Autoren dieser Stellungnahme danken, dass sie das Bewusstsein für dieses gesamtgesellschaftliche Thema schärfen und gleichzeitig die für die Versorgungsforschung wissenschaftlich relevanten Fragestellungen herausarbeiten und diskutieren. Jetzt ist es an den Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern, diese Anstöße aufzugreifen und aktiven Gebrauch von den Fördermöglichkeiten der DFG zu machen!

Bonn, im September 2010



Professor Dr.-Ing. Matthias Kleiner
Präsident der Deutschen Forschungsgemeinschaft

1 Zusammenfassung

Versorgungsforschung hat sich in Deutschland in den letzten zehn Jahren zu einem eigenständigen transdisziplinären Forschungsgebiet zwischen und in enger Verbindung mit der klinischen und Public Health-Forschung entwickelt. Ihr komplexer Gegenstand ist die gesundheitliche und – bei enger Definition – die medizinische Versorgung unserer Bevölkerung, ihre Planung, Organisation, Regulierung, Evaluation und Optimierung.

Auch wenn versorgungswissenschaftliche Fragestellungen in Deutschland schon seit Jahrzehnten unter anderem von Medizinsoziologen, Gesundheitssystemforschern und Klinikern verschiedener Fächer bearbeitet werden – ein intensiver und zu gezielten Förderprogrammen führender Bedarf an Studien und Ergebnissen der Versorgungsforschung zeichnet sich (bei relevanten krankheitsbezogener Vorläufern) erst seit Ende der 1990er-Jahre ab. Er wurde von verschiedenen Akteuren des Gesundheitswesens formuliert – mit durchaus heterogenen Interessen (unter anderem verfasste Ärzteschaft, Sozialversicherungsträger, Ministerien).

„Die Wissenschaft“ hat hierauf im Bereich der Medizin aber auch der Soziologie, Psychologie, Ökonomie, Jura unter anderem mit dem Auf- und Ausbau wissenschaftlicher Kapazität in Form von Arbeitsgruppen, Sektionen, Instituten, Zentren, Netzwerken unter anderem geantwortet. Über die Bearbeitung der vielfältigen Programm- und Ressortvorhaben ist nach Einschätzung der Autoren die Entwicklung einer theoretischen Versorgungsforschung vernachlässigt worden. Hierzu zählen die Klärung, Entwicklung und Nutzung eines einheitlichen und international anschlussfähigen Begriffs- und Konzeptapparats, von systematisch entwickelten Methoden und Techniken zur Beschreibung, Prognose, Planung, Evaluation, Analyse und kontrollierten Veränderung von Versorgungsstrukturen, -prozessen und -ergebnissen und von erklärungskräftigen Modellen und Theorien.

Diese Stellungnahme hat das Ziel, diese Entwicklung zu fördern und vor allem Nachwuchswissenschaftlerinnen und Nachwuchswissenschaftlern der oben genannten Disziplinen auf das Forschungsfeld und seine Besonderheiten aufmerksam zu machen und sie anzuregen, die herausgearbeiteten Lücken zu schließen – auch und vor allem durch die Nutzung der vielfältigen Förderinstrumente der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG).

Der Bedarf an und die Nachfrage nach gut ausgebildeten und forschungs- wie kooperationserfahrenen jüngeren Versorgungsforscherinnen und Versorgungsforschern ist groß, im akademischen Bereich wie dort, wo Forschungsergebnisse zur Weiterentwicklung der Versorgung genutzt werden muss(t)en. Es ist zu erwarten, dass Bedarf und Nachfrage weiter zunehmen, nicht nur nach Graduierten, Doktoranden und Postdoktoranden, sondern auch auf der Ebene von Leitungsfunktionen. Mehrere Universitäten/Fakultäten haben begonnen, versorgungswissenschaftlich orientierte Zentren aufzubauen.

Abgeleitet aus dem Papier ergeben sich vier Empfehlungen an die Forschenden:

- (1) Die DFG hält verschiedene Instrumente bereit, die potenziellen Nachwuchswissenschaftlerinnen und Nachwuchswissenschaftlern erste intensive Kontakte mit einem Forschungsfeld ermöglichen: Dazu zählen unter anderem Nachwuchsakademien, die Beantragung der „Eigenen Stelle“ und Graduiertenkollegs. Dieses Angebot gilt es durch die Forschenden zu nutzen.
- (2) Eine grundlagenorientierte Versorgungsforschung wird vor allem dort exzellent und erfolgreich werden, wo sie Verbindung zu ausländischen Arbeitsgruppen sucht. Hier helfen die Forschungs-, Hospitations- und Reisestipendien der DFG und anderer Förderer.
- (3) Der Komplexität der Thematik entsprechend erfolgt die Forschung am sinnvollsten innerhalb multidisziplinärer Projekte und Forschergruppen. In ihnen wird immer auch für eine belastbare Vertretung der klinischen Perspektive zu sorgen sein. Andererseits sollten klinische Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler und Gruppen ermuntert werden, versorgungswissenschaftliche Fragestellungen mit aufzugreifen.
- (4) Die gesundheitliche Versorgung unserer Bevölkerung unterliegt langfristigen Trends, die ihrerseits in längere gesellschaftliche Entwicklungen eingebettet sind. Auch eine grundlagen- und theoretisch orientierte Arbeit sollte solche Entwicklungen berücksichtigen, um praxisrelevant werden zu können.

2 Anlass, Ziele und Adressaten

Versorgungsforschung (englisch *Health Services Research*) ist endlich auch in Deutschland zu einer bedeutsamen und von vielen Arbeitsgruppen verfolgten inter- und transdisziplinären Forschungsrichtung geworden. Zurzeit ist sie Ziel verschiedener Förderinitiativen, vor allem von Seiten des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) ¹.

Auch die DFG hat sich dem zugrunde liegenden Problem- und Forschungsfeld geöffnet: Sie hat in den letzten Jahren eine beachtliche Zahl von Projekten im Einzelverfahren gefördert (s. Abschnitt 3); sie hat 2008 ein DFG-Rundgespräch durchgeführt, auf wissenschaftlichen Tagungen für Anträge geworben und sich unter anderem im Fachkollegium Medizin auf deren Begutachtung eingestellt. Seit 2007 fördert sie eine erste multidisziplinäre Forschergruppe zu einem versorgungswissenschaftlichen Thema. Auch eine erste auf Versorgungsforschung ausgerichtete Nachwuchsakademie ist in Planung.

Vor diesem Hintergrund gewinnt die hier in der Reihe „Standpunkte“ veröffentlichte Stellungnahme zur Versorgungsforschung aktuelle Bedeutung. Sie will etablierte, vor allem aber jüngere Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler der einschlägigen Disziplinen (vor allem Klinische Medizin, Psychologie, Sozial-, Wirtschafts- und Rechtswissenschaften, Philosophie) auf das gesamte Gebiet und einige bisher unterrepräsentierte Themenfelder der Versorgungsforschung aufmerksam machen. Mit ihr verbindet sich auch die Hoffnung, dass weitere Personen und Arbeitsgruppen die vielfältigen Förderinstrumente der DFG mit exzellenten Anträgen nutzen.

Auch wenn im Folgenden immer wieder auf die Notwendigkeit und Potenziale einer theoretisch orientierten Versorgungsforschung hingewiesen wird: Versorgungsforschung kann sich dem Gravitationsfeld der sie treibenden Versorgungsprobleme ebenso wenig entziehen wie den Verwertungszusammenhängen ihrer Ergebnisse. Und so will diese Veröffentlichung auch dem bei Antragstellern wie Gutachtern verbreiteten Eindruck entgegenwirken, dass praxisnahe Forschungsprojekte bei der DFG von vornherein nachrangig behandelt würden.

Im Einzelnen wird die Stellungnahme

¹ Die vorerst letzte umfangreiche Ausschreibung des BMBF wurde am 8.1.2010 veröffentlicht.

- die bisherige Entwicklung und den aktuellen Stand der Versorgungsforschung in Deutschland kommentieren,
- das Gebiet der Versorgungsforschung näher bestimmen und Gemeinsamkeiten mit und Unterschiede zu der klinischen und Public Health-Forschung herausarbeiten,
- aktuelle grundlagen² – und anwendungsbezogene inhaltliche wie methodologische Themenfelder der Versorgungsforschung benennen und
- auf Prioritäten, Kriterien und Instrumente für eine Förderung seitens der DFG in Ergänzung zu anderen Förderern hinweisen.

Die Stellungnahme ist das Ergebnis einer 2008 initiierten Zusammenarbeit einer Reihe von Hochschullehrern mit versorgungswissenschaftlicher Expertise aus unterschiedlichen Disziplinen (s. Anhang 2). Sie sind der DFG, insbesondere Herrn Dr. Frank Wissing, für die Unterstützung dieser Arbeit dankbar.

Die Stellungnahme fokussiert einen Forschungsbereich, der schon 1995 in der DFG-Denkschrift zur Gesundheitssystemforschung³ behandelt worden war, die Versorgungsforschung. Sie richtet sich heute ausdrücklich an Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler aus den oben genannten und weiteren relevanten Disziplinen, die am Anfang ihrer Entwicklung stehen und sich fragen, ob sie sich der Versorgungsforschung verschreiben sollen. Wo gibt es Wissens- und Forschungsdefizite, inhaltliche und/oder methodische Herausforderungen, was sind aktuelle und zukunftssträchtige Forschungsthemen, welche Risiken und Chancen bietet die Versorgungsforschung?

Die Aktivierung und Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses ist dringend notwendig. Wir haben den Anschluss an die internationale Entwicklung der Versorgungsforschung nur punktuell erreicht, trotz erheblicher Fortschritte in jüngerer Zeit. Zudem leiden viele versorgungswissenschaftliche Projekte aktuell unter der Schwierigkeit, geeignetes Personal zu finden. Wissenschaftlich geschulte und erfahrene Personen werden darüber hinaus auch als Führungskräfte im Bereich der

² Später wird auch von „theoretischer Versorgungsforschung“ die Rede sein. Sie zu entwickeln, ist ein Hauptanliegen dieses Textes.

³ Schwartz FW (Hrsg.) (1995): Gesundheitssystemforschung in Deutschland. DFG-Denkschrift. Weinheim (Wiley-VHC)

Sozialleistungsträger, der Gemeinsamen Selbstverwaltung und verwandter Organisationen dringend benötigt.

Die von den Autoren entwickelten Gesichtspunkte und Einschätzungen sind vermutlich auch für etablierte Wissenschaftler, Fachverbände und Forschungseinrichtungen von Interesse. Sie ergänzen Stellungnahmen anderer Autorengruppen, unter anderem die Memoranden des Deutschen Netzwerks für Versorgungsforschung e.V.⁴ Sie scheinen uns auch geeignet, diejenigen zu informieren, die am Aufbau akademisch-versorgungswissenschaftlicher Arbeitsgruppen und Einrichtungen Interesse haben.

Die Stellungnahme richtet sich schließlich auch an die Förderorganisationen unseres Landes. Allen liegt in erster Linie an validen Forschungsergebnissen; sie verfolgen daneben aber unterschiedliche und sich nur zum Teil überschneidende Ziele und Interessen. Die Autoren dieser Stellungnahme haben in erster Linie eine wissenschaftsgetriebene Versorgungsforschung im Auge. Sie werden auf Defizite im Bereich der theoretischen und methodologischen Versorgungsforschung hinweisen und für deren Förderung werben. Dabei geht es ihnen auch um die Verfolgung unkonventioneller, kritischer oder aus Sicht der verschiedenen Versorgungsakteure riskanter oder randständiger Fragestellungen.

⁴ <http://www.netzwerk-versorgungsforschung.de>

3 Geschichte und Stand der Versorgungsforschung in den USA, Großbritannien und Deutschland

Seit etwa 1998 hat sich auch in Deutschland unter dem jetzt allgemein anerkannten Begriff „Versorgungsforschung“ ein ebenso vielschichtiges wie methodisch, theoretisch und inhaltlich differenziertes Forschungsgebiet entwickelt, das jetzt auf eine eigenständige Profilierung hinarbeitet.⁵

Dabei bezieht sich der Begriff weniger auf ein umgrenztes oder gar spezifisches Arsenal von wissenschaftlichen Methoden, Techniken und Instrumenten, sondern vielmehr auf

- ein besonderes Problemfeld als Gegenstand: die gesundheitliche oder enger noch: medizinische Versorgung unserer Bevölkerung,
- eine bestimmte Frageperspektive, die auf die Organisation, Regulierung und Verbesserung dieser Versorgung zielt, und
- ein multi- und transprofessionelles Praxisfeld: die wissenschaftlich fundierte Information und Beratung von Personen und Einrichtungen mit Steuerungsfunktionen im Gesundheitswesen.

Die erwähnte Entwicklung kommt im internationalen Vergleich spät; dies mag ein Grund sein, warum die Versorgungsforschung in Deutschland bisher nur in wenigen Bereichen den Anschluss an die internationale Spitzenforschung gefunden hat.

In den **Vereinigten Staaten von Amerika** (USA) reicht die Entwicklung der Versorgungsforschung (*Health Services Research*) über 50 Jahre zurück. Der erste Anstoß zum Ausbau der Versorgungsforschung erfolgte nach McCarthy & White⁶ 1952 durch die "Conference on research requirements for health and medical care" an der University of North Carolina, Chapel Hill. Die offizielle Bezeichnung „*Health Services Research*“ wurde 1960 eingeführt. Die Gründung einer eigenen Zeitschrift (*Health Services Research*) und die Etablierung des National Center for Health Service Research and Development fallen in die 1960er-Jahre. Inzwischen wird die Versorgungsforschung in den USA neben der biomedizinischen und der klinischen For-

⁵ Pfaff H, Kaiser C (2006): Aufgabenverständnis und Entwicklung der Versorgungsforschung. Bundesgesundheitsblatt 49:111-19

⁶ McCarthy T, White KL (2000) Origins of health services research. Health Serv.Res. 35(2):375-387

schung als eine der drei zentralen Dimensionen medizinischer Forschung verstanden.^{7, 8} Zentrale Institutionen der Versorgungsforschung in den USA sind die Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) und die AcademyHealth als Fachgesellschaft der amerikanischen Versorgungsforscher. Diese verfolgt das Ziel, die Versorgungsforschung durch Verbesserungen der wissenschaftlichen Basis (zum Beispiel Qualifikation der Versorgungsforscher) zu fördern und die Versorgungsforschung mit Politik und Praxis zu verknüpfen.⁹ Bei der AHRQ handelt es sich um eine staatliche Institution, die im Department of Health and Human Services angesiedelt ist. Sie legt eigene Forschungsprogramme auf und finanziert in erheblichem Umfang Versorgungsforschungsprojekte.¹⁰

In **Großbritannien** fand der erste Entwicklungsschub für die Versorgungsforschung in den 1980er-Jahren statt. Die Relevanz der Versorgungsforschung nahm in den 1990er-Jahren weiter zu.¹¹ Diese Entwicklung ging auch mit der Erhöhung von Fördergeldern durch staatliche Organisationen wie das Department of Health und das Medical Research Council (MRC) einher. Aber auch private Stiftungen wie der Nuffield Trust unterstützen dieses Forschungsfeld zunehmend, ebenso die „Research and Development (R&D) Strategy“ des National Health Service (NHS). Diese Strategie hat zum Ziel, die organisatorischen Bedingungen der Forschung und Entwicklung in der Gesundheitsversorgung zu verbessern. Das im Jahr 2005 ins Leben gerufene Health Services Research Network soll die verschiedenen Akteure auf dem Gebiet der Versorgungsforschung in Großbritannien (zum Beispiel Universitäten, Berufsorganisationen, Unternehmen) verbinden und wird unterstützt vom Department of Health, der Health Foundation und dem Nuffield Trust.¹²

In **Deutschland** lassen sich mindestens drei Entwicklungslinien der Versorgungsforschung identifizieren. Wir sehen sie in der Medizinsoziologie (zum Beispiel Kranken-

⁷ Lohr KN, Steinwachs DM (2002) Health Services Research: An evolving definition of the field. *Health Services Research*. 37(1):15-17

⁸ Vargas RB III, Landon BE, Shapiro MF (2000) The future of health services research in academic medicine. *American Journal Medicine* 116:503-507

⁹ www.academyhealth.org

¹⁰ www.ahrq.gov

¹¹ Black N (1997) Health services research: saviour or chimera? *The Lancet*. 349(9068):1834-1836

¹² <http://www.nhsconfed.org/Networks/HealthServiceResearchNetwork/Pages/HSRN.aspx>

hausforschung in den 1970er-Jahren in Hannover und Marburg), in der Gesundheitssystemforschung und in verschiedenen klinischen Disziplinen, unter anderem in der Diabetologie, Onkologie, Psychiatrie und Rheumatologie. Hier gab es versorgungswissenschaftliche Projekte und Forschungsprogramme schon vor und in den 1980er-Jahren. Jedoch wurden sie damals eher beiläufig dem heutigen Oberbegriff zugeordnet. Stattdessen ging es zum Beispiel in einem vom damaligen Bundesministerium für Forschung und Technologie (BMFT) von 1983 bis 1990 geförderten Verbundprojekt um „Wohnortnahe Versorgung Rheumakranker“. In der vom Projektträger „Forschung im Dienste der Gesundheit“ herausgegebenen Broschüre zu diesem Verbund war schon 1991 am Rande von „versorgungsbezogener Forschung“ (S. 1) beziehungsweise „Versorgungsforschung“ (S. 17) die Rede.^{13, 14}

Auch das 1989 eingeführte Förderprogramm des Bundesforschungsministeriums „Gesundheitswissenschaften – Public Health“ wirkte sich positiv auf die strukturellen Voraussetzungen der Versorgungsforschung aus.¹⁵ Von besonderer Bedeutung waren die Aus- und Weiterbildungsaktivitäten verschiedener Public Health-Studiengänge und nachfolgender Programme (wie Health Technology Assessment, HTA (ab 1995), Evidenz-basierte Medizin (ab 1997)): Sie wurden auch und vor allem von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des öffentlichen Gesundheitsdienstes, von Verbänden des Gesundheitswesens, der Gemeinsamen Selbstverwaltung und auch von klinisch Tätigen in Anspruch genommen. So kann Versorgungsforschung heute mit einer anderen Resonanz rechnen und auf andere Kompetenzen zählen als noch vor 20 Jahren.

Bereits 1995 zeigte der Sachverständigenrat (SVR) für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (heute: Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) die Notwendigkeit auf, Versorgungsforschung zu fördern. Er bekräftigte diese Empfehlung in seinem Jahresgutachten 2000/2001 und regte zudem an, die Krankenversicherungen an der Planung, Organisation, Beurteilung und Finanzierung entsprechender Projekte zu beteiligen.¹⁶ Sein Gutachten 2000/2001

¹³ Projektträger Forschung im Dienste der Gesundheit (1991): Wohnortnahe Versorgung Rheumakranker. Bremerhaven (Wirtschaftsverlag NW)

¹⁴ Cf. Siegrist J (Hrsg.) (1990): Wohnortnahe Versorgung Rheumakranker. Ergebnisse sozialwissenschaftlicher Evaluation eines Modellversuchs. Stuttgart (Schattauer)

¹⁵ Badura B, Schaeffer D, von Troschke J (2001) Versorgungsforschung in Deutschland. Fragestellungen und Förderbedarf. Zeitschrift für Gesundheitswissenschaft. 9:294-311

¹⁶ Scriba PC (2003) Versorgungsforschung tut not! Deutsche Medizinische Wochenschrift (128):2631

hatte den nützlichen Nebeneffekt, dass sich die medizinischen Fachgesellschaften – aufgrund einer an sie gerichteten Befragung zur Versorgungssituation – mit dem Thema Versorgungsforschung beschäftigen mussten. In diese Zeit der aufkommenden Fragen wurde mit dem ersten Deutschen Kongress für Versorgungsforschung (DKVF) 2002 in Köln der Startpunkt für eine jährliche Kongressreihe und damit auch für eine weithin sichtbare Versorgungsforschung in Deutschland gesetzt. Versorgungsforschung war auch ein Thema mehrerer Gesundheitsminister-Konferenzen und der „Roadmap“ des Gesundheitsforschungsrates für das Gesundheitsforschungsprogramm der Bundesregierung 2007.¹⁷

Ein erstes nationales Förderprogramm unter dem Begriff Versorgungsforschung wurde im Jahr 2000 in Zusammenarbeit zwischen dem (heutigen) Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) und der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) begonnen.¹⁸ Vorbild war das sehr viel umfangreichere gemeinsame Förderprogramm zur Rehabilitationsforschung von BMBF und der Gesetzlichen (heute Deutschen) Rentenversicherung (DRV) aus dem Jahr 1996. Dieses hatte nachhaltige strukturelle Effekte: so gut wie alle universitären Standorte der damaligen Rehaforschungsverbände haben sich zu wissenschaftlich erfolgreichen Zentren der Rehabilitationsforschung und – damit verbunden – oft auch einer breiteren Versorgungsforschung entwickelt (Universitäten Berlin, Bremen, Freiburg, Halle, Hamburg, Leipzig, Lübeck, Münster, Ulm, Würzburg). Das BMBF setzte seine gemeinsame Förderung mit der GKV und DRV fort, seit 2006 und über 2009 hinaus unter Einbeziehung auch der Privaten Krankenversicherung (PKV).¹⁹

Auch die Bundesärztekammer engagierte sich für die Förderung von Versorgungsforschung; sie begann ihr Programm 2005. Projekte der Versorgungsforschung wurden und werden zudem von Bundes- und Landesministerien, Stiftungen, regionalen Fördervereinen, einzelnen Sozialleistungsträgern und der Industrie ausgeschrieben beziehungsweise in Auftrag gegeben. Jedes der genannten nationalen Programme war mehrfach „überbucht“; die Förderquoten lagen zum Beispiel im Bereich von BMBF und GKV deutlich unter 20 Prozent.

¹⁷ <http://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/1160.php>; 14.07.09

¹⁸ Raspe H (2006): Versorgungsforschung. Das gemeinsame Programm von BMBF und GKV. Bundesgesundheitsblatt 49:137-40

¹⁹ Bundesministerium für Bildung und Forschung (2008): Versorgungsforschung. Ergebnisse der gemeinsamen Förderung durch das BMBF und die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung (2000–2008). Bonn, Berlin

Geht man die Projektlisten der genannten Förderer durch, beeindruckt die Vielfalt und Heterogenität der eingeschlossenen Arbeitsgruppen. Dennoch lassen sich einige Strukturen erkennen: Häufig stößt man auf universitäre medizinische Einrichtungen der Allgemeinmedizin, Medizinsoziologie und -psychologie, Psychiatrie und Sozialmedizin – neben einer breiten Palette sporadisch auftauchender klinischer Fächer beziehungsweise Abteilungen. Nur vereinzelt scheinen sich Universitätsabteilungen außerhalb der Medizin (aus den Fachbereichen Psychologie und zunehmend auch der Ökonomie) erfolgreich um Förderung beworben zu haben. Die Pflegeforschung geht bisher im Wesentlichen eigene Wege; für sie gibt es seit 2004 ein spezielles Förderprogramm des BMBF.

Standorte mit mehreren Projekten aus verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen sind unter anderem Berlin, Düsseldorf, Greifswald, Hamburg, Hannover, Heidelberg, Köln, Leipzig und Witten-Herdecke. Zu einem engeren Zusammenschluss von akademischen Einrichtungen unterschiedlicher Disziplinen, das heißt einer erkennbaren Schwerpunktbildung ist es unter anderem in Berlin, Bremen, Hamburg, Köln, Leipzig, Lübeck und Witten-Herdecke gekommen. Exemplarisch genannt seien das fakultätsübergreifende Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft (IMVR) sowie das Zentrum für Versorgungsforschung (ZVFK) an der Universität Köln und das akademische Zentrum für Bevölkerungsmedizin und Versorgungsforschung (aZBV) an der Medizinischen Fakultät der Universität Lübeck sowie das Center for Health Care Research (CHCR) am Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf.

Aktiv sind schließlich auch krankheitsbezogene Forschungs- und Versorgungszentren der Leibniz-Gemeinschaft (Deutsches Diabetes-Zentrum) und der Helmholtz-Gemeinschaft (Deutsches Krebsforschungszentrum). Projekte aus Fachhochschulen sind bisher selten, ebenso solche aus wissenschaftlichen Einrichtungen verschiedener Akteure des Gesundheitswesens (zum Beispiel der Ortskrankenkassen, der Ärzteschaft, des Bundesgesundheitsministeriums). Vereinzelt tauchen auch privatwirtschaftliche Institute auf (ISEG Hannover, IGES Berlin). Zahlreiche versorgungswissenschaftliche Projekte finden sich in den vom BMBF geförderten Kompetenznetzen.²⁰

²⁰ Heute ist Versorgungsforschung obligater Bestandteil jedes vom BMBF geförderten Kompetenznetzes; cf. Bundesminister für Bildung und Forschung (2006): Von der Forschung in die Versorgung. Kompetenznetze in der Medizin. Bonn, Berlin

Schon immer hat auch die DFG in vielen Bereichen der Medizin, der Psychologie, der Sozial- und Wirtschaftswissenschaften sowie der Rechtswissenschaften Einzelstudien und verschiedene Arten von Forschungsverbänden gefördert, die sich – aus heutiger Sicht – ganz oder teilweise der Versorgungsforschung zurechnen lassen. Eine Übersicht solcher Projekte steht leider nicht zur Verfügung, da die Förderung der DFG in der Regel nicht über themenbezogene Ausschreibungen erfolgt. Eine Durchsicht der innerhalb der Jahre 2005–2008 geförderten Projekte hat circa 200 identifiziert, die sich (in einem weiten Sinn) als versorgungswissenschaftlich bezeichnen lassen.²¹ Aktuell fördert die DFG seit April 2007 eine versorgungswissenschaftliche Forschergruppe (FOR 655); sie konzentriert sich auf das Thema „Priorisierung in der Medizin: Eine theoretische und empirische Analyse unter besonderer Berücksichtigung der Gesetzlichen Krankenversicherung“.

²¹ Es wurden Projekte aus den Bereichen Medizin, Klinische Psychologie, Sozialpsychologie, Wirtschafts- und Sozialpolitik, Empirische Sozialforschung, Recht und Praktische Philosophie berücksichtigt. Hierfür danken wir Frau Christiane Krämer von der DFG-Geschäftsstelle in Bonn.

4 Aktualität der Versorgungsforschung

Wenn sich versorgungswissenschaftliche Projekte in Deutschland seit rund 30 Jahren nachweisen lassen, dann wird man die Grundfragestellung und das ihr gewidmete Interesse der Forscher und verschiedener Förderer kaum als neu bezeichnen können.

Neu ist jedoch die hoffnungsvolle Aufmerksamkeit für dieses Forschungsfeld. Sie deutet aus unserer Sicht auf eine veränderte Nachfrage- und Bedarfslage auf Seiten derjenigen hin, die in der Verantwortung für Systementscheidungen stehen, die entsprechende Gremien und Organisationen beraten sollen oder solche Entscheidungen beeinflussen wollen.

Die Probleme der Planung, Organisation und Steuerung der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung sind nicht nur quantitativ gewachsen, sie sind auch komplexer und konfliktrichtiger geworden. Einerseits steigt beständig der Problemdruck in unserem Versorgungssystem angesichts begrenzter (wenn auch im internationalen Vergleich nicht besonders knapper) Ressourcen und infolge epidemiologischer und demografischer Entwicklungen, des medizinisch-technischen Fortschritts und veränderter Erwartungen und Präferenzen aller Beteiligten. Andererseits werden die gesundheitlichen, sozialen und ökonomischen Risiken von Fehlentscheidungen oberhalb der klinischen Ebene deutlicher. Die Aufmerksamkeit für Über-, Unter- und Fehlversorgung und die Sensibilität für Ungerechtigkeiten im Gesundheitswesen steigen ebenso wie die Sorge um die bisher als Stärken angesehenen Besonderheiten unseres überwiegend kollektiv finanzierten Systems. Das Politikfeld „Gesundheitliche Versorgung“ steht unter intensiver öffentlicher Beobachtung; es ist geprägt von – oft genug konfligierenden – Interessen der politischen Gruppierungen und der verschiedenen Leistungserbringer-, Kostenträger- und Versicherten- und/oder Krankengruppen.

In dieser hier nur anzudeutenden unübersichtlichen Situation verspricht Versorgungsforschung interessensneutrale Zustandsbeschreibungen, klare Analysen, verlässliche Prognosen und seriöse Beratung – jedenfalls dort, wo sie schon über ein sicheres methodologisches Fundament verfügt. Dies ist nicht überall der Fall, weshalb wir in der Weiterentwicklung ihrer Begrifflichkeit, ihrer theoretischen Konzepte und Modelle sowie ihrer Methodologie und Forschungstechniken ein eigenständiges, bei uns aber unzureichend entwickeltes und wenig gefördertes Feld wissenschaftli-

cher Aktivitäten sehen. Ein solches methodologisches Fundament ist jedoch eine essenzielle Voraussetzung für die erwarteten rationalen und unparteiischen Empfehlungen – auch und gerade angesichts der oft widersprüchlichen Erwartung heterogener Interessenten, die jeweils eigene Position möge durch „die Wissenschaft“ und ihre „Evidenz“ gestärkt werden.

5 Versorgungsforschung und Interessen

Das aktuelle Förderengagement ganz unterschiedlicher Institutionen zeigt, dass Versorgungsforschung – vermutlich kaum vermeidbar – im Gravitationsfeld unterschiedlicher und zum Teil auch widerstreitender Interessen agiert und gelegentlich auch ganz offen parteiisch sein soll und ist. Es ist ihre Nähe zu alltäglichen, aber folgenreichen Entscheidungen oberhalb der klinischen Ebene, die Versorgungsforschung für Einflussversuche ihrer Förderer und Auftraggeber attraktiv macht und die für vier weitere Besonderheiten der Versorgungsforschung verantwortlich ist:

- (1) Einerseits haben viele Ergebnisse versorgungswissenschaftlicher Studien eine nur kurze Halbwertszeit. Die ihnen zu Grunde liegenden Fragestellungen (*policy question*) ergeben sich typischerweise aus aktuellen Versorgungsproblemen oder Evaluationserfordernissen. Sind sie – dem Anschein nach – geklärt oder befriedigt, dann hat „die Wissenschaft“ ihre Schuldigkeit getan und kann gehen. Eine grundlagentheoretische Vertiefung wird weder erwartet noch gewünscht. Ähnlich ist es, wenn die Problemlage wechselt oder aus dem politischen Fokus gerät, wenn die Ergebnisse nicht den Erwartungen entsprechen oder Wettbewerbsvorteile oder -nachteile in Aussicht stellen: auch dann erlischt das Interesse der Auftraggeber an ihrer wissenschaftlichen Vertiefung (incl. einer Veröffentlichung). In anderen Worten: Die derzeitige Förderstruktur, soweit sie sich spezifisch auf Versorgungsforschung konzentriert, ist fragmentiert und oft nicht an wissenschaftlichen Prioritäten ausgerichtet. Sie ist in weiten Teilen Ausdruck und steht im Dienst von Partikularinteressen. Dies ist nicht illegitim. Es gibt der Förderung aber ein unsicheres Fundament: erlischt das Verwertungsinteresse, ist es befriedigt oder gefährdet, ist der bisher aktive Förderer geneigt, sich mehr oder weniger rasch zurückzuziehen.
- (2) Zum Teil reflektiert ein solches Verhalten auch ein weiteres Problem: unser Gesundheitswesen befindet sich in einem permanenten, zurzeit eher beschleunigten Umbau: Manche (potenziellen) Förderer, zum Beispiel auf Seiten der Kostenträger, sehen sich in einer instabilen Lage und scheuen angesichts ständiger Reorganisation und einer unsicheren Zukunft schon ein mittelfristiges Engagement. So fällt es im Augenblick besonders schwer, Projekte zu finanzieren, die ei-

ne bedingte Zulassung aussichtsreicher, aber ungenügend evaluierter Technologien (*conditional use*²²) wissenschaftlich über mehrere Jahre begleiten könnten.

- (3) Ist zu beobachten, dass Projekte der Versorgungsforschung, deren Ergebnisse zur Problemlösung hätten beitragen können oder auch sollen, durch politische Entscheidungen sozusagen rechts überholt werden. Das zu bearbeitende Problem wird politisch „gelöst“, bevor die – immer zu langsame – Studie begonnen, abgeschlossen oder der neuen Problemlage angepasst werden konnte. „Indeed, research is often seen as the opposite of action, not the antidote for ignorance“.²³ Als Beispiele können kürzlich eingeführte Vorsorgeprogramme (Mammografiescreening, HPV-Impfung) oder auch die Einführung von Diagnosis Related Groups (DRGs) oder Disease Management Programms (DMPs) gelten.
- (4) Gibt es immer wieder Versuche, bestimmte Versorgungsfelder einer Versorgungswissenschaftlichen Beobachtung zu entziehen, „riskante“ Forschungsvorhaben zu vermeiden oder Studienaufträge so zu begrenzen, dass unparteiische und/oder wissenschaftlich belastbare Aussagen erschwert werden.

Kein weiteres Problem, wohl aber eine ungenutzte Chance ist im Bereich von wichtigen und umfangreichen Forschungs- und Berichtsvorhaben anzumerken, die von einer staatlichen, zum Beispiel einem Ministerium zugeordneten Forschungseinrichtung wie etwa dem Robert Koch-Institut durchgeführt werden. Hier würde man sich eine engere Integration von politik- und wissenschaftsgetriebenen Fragestellungen wünschen. Es sollte, ähnlich wie in der klinischen Forschung²⁴ möglich sein, pragmatische und Mechanismen-orientierte²⁵ analytische Forschung miteinander zu verbinden. So sollte möglich sein, in den jeweiligen Surveys und Längsschnittstudien beispielsweise 20 Prozent der dem Umfang nach möglichen Fragen der Wissenschaft zur Verfügung zu stellen.

²² Ludwig Boltzmann Institut Health Technology Assessment: Bedingte Erstattung. Erfahrungen aus ausgewählten Ländern. Wien, Jänner 2009 (<http://eprints.hta.lbg.ac.at>)

²³ Lomas J (2007): The in-between world of knowledge brokering. *British Medical Journal* 334:129-132

²⁴ van der Wilt GJ, Zielhuis GA (2008): Merging evidence-based and mechanism-based medicine. *Lancet* 372:519-20

²⁵ Gerade bei komplexen Interventionen wird es besonders wichtig, die zwischen Intervention und Ergebnis stehenden Wirkungsmechanismen sorgfältig zu identifizieren und im Forschungsprozess abzubilden. Cf. Developing and evaluating complex interventions. New guidance. Medical Research Council 2008 (www.mrc.ac.uk/complexinterventionsguidance)

Donner-Banzhoff et al.²⁶ haben vorgeschlagen, diese Politik- und Interessensnähe als „konstitutives Element von Versorgungsforschung“ zu verstehen. Dies wird man uneingeschränkt nur für die anwendungsorientierte, nicht für die von uns so genannte theoretische Versorgungsforschung (s. Kap. 5) gelten lassen können. Doch bleibt auch dort die Frage, ob und wie eine interessensneutrale(re) Forschung ermöglicht und wie in unserem Gesundheitssystem nachhaltig eine evaluative Kultur etabliert werden kann. Dies wird nicht ohne die ausdrückliche Forderung nach und Förderung von theoretischer und methodischer Exzellenz gehen, von der zum Beispiel in der am 1. Juli 2009 erschienen Bekanntmachung des BMBF und verschiedener (Sozial-)Versicherungsträger zur Förderung der versorgungsnahen Forschung im Bereich "Chronische Krankheiten und Patientenorientierung" so gut wie nicht die Rede ist.²⁷

Die Versorgungsforschung erfährt weitere Indienstnahmen: einerseits von bestimmten Berufsgruppen, andererseits von einzelnen wissenschaftlichen Disziplinen. Eine Versorgungsforschung unter der Dominanz etwa von Ärzten oder Pflegenden oder psychologischen Psychotherapeuten oder anderen therapeutischen Berufen wäre angesichts der allseits wahrgenommenen Benachteiligungen und Einflussgrenzen verständlich; ein solcher Zugang würde aber übersehen, dass die wissenschaftliche (aber auch die praktische) Bearbeitung der meisten Versorgungsprobleme der Arbeitsteilung und Zusammenarbeit zwischen und von diversen Disziplinen und Berufsgruppen bedarf. Dies gilt besonders im Bereich der Versorgung chronisch Kranker.

Ähnlich fragwürdig scheint es, eine exklusiv sozialmedizinische, medizinspsychologische, medizinsoziologische, gesundheitsökonomische, epidemiologische, politologische, verwaltungswissenschaftliche etc. Versorgungsforschung abgrenzen zu wollen oder die Versorgungsforschung als Teil dieser oder jener übergeordneten Disziplin oder Forschungsdomäne (etwa der Gesundheitssystemforschung) anzusprechen. Eine solche Sichtweise liegt aus historischen Gründen nahe, ist doch die Versorgungsforschung in Deutschland von verschiedenen Disziplinen entwickelt worden (s. oben Abschnitt 2).

²⁶ Donner-Banzhoff N, Schrappe M, Lelgemann M (2007): Studien zur Versorgungsforschung. Eine Hilfe zur kritischen Rezeption. Zeitschrift ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung 101:463-471

²⁷ Eine andere Ausrichtung zeigen die aktuellen Richtlinien zur Förderung von Studien in der Versorgungsforschung des BMBF vom 8.1.2010. Sie ermöglichen wenigstens Anträge zur „Methodenanpassung/Instrumentenweiterentwicklung“.

Eine unifizierende Theorie der Versorgungsforschung ist damit ebenso wenig in Sicht wie eine monistische Methodologie. Versorgungswissenschaftliche Projekte erfordern in aller Regel den Rückgriff auf heterogene Theorien und die Nutzung heterogener Methoden. Man wird dabei selten ohne eine valide medizinisch-klinische Grundlegung auskommen, also die Mitarbeit der jeweils involvierten klinischen Disziplinen (zwischen Allgemeinmedizin und Zahnheilkunde) in Anspruch nehmen müssen.

6 Fokus und Merkmale der Versorgungsforschung im Vergleich zur klinischen und Public Health-Forschung

Das Health Services Research Network des Nationalen Gesundheitsdienstes Englands definiert Versorgungsforschung „as all research that underpins improvements in the way health services are financed, organised, planned and delivered, and includes health technology assessments and health policy research“. Diese Definition drückt ein vor allem problem-, technologie- und praxisbezogenes (und damit verengtes) Verständnis von Versorgungsforschung aus. Eine verwandte Perspektive ergibt sich, wenn man den Weg der wissenschaftlichen Entwicklung und Evaluation einer neuen Gesundheitstechnologie (zum Beispiel eines Arzneimittels oder eines Früherkennungsprogramms) betrachtet, dann steht Versorgungsforschung nicht am Anfang dieses Weges (s. Übersicht 1). Wir sehen ihren Schwerpunkt im Bereich der beiden in der Übersicht 1 letztgenannten Stufen, wobei sich scharfe Abgrenzungen zur vorhergehenden Stufe verbieten. Pragmatische Randomized Controlled Trials (RCTs), Phase 4-Studien, Anwendungsbeobachtungen und Outcomes Research stellen Studiendesigns dar, die auch von der Versorgungsforschung genutzt werden (müssen).

Übersicht 1: Gegenstände und Stufen der medizinischen Forschung (Terminologie der Arzneimittelforschung)

Klärung (patho-)physiologischer Mechanismen, Entdeckung/Erfindung einer neuen „Gesundheitstechnologie“	Biomedizinische Grundlagenforschung <i>Research & Development</i>
<i>From bench to bedside</i> , erste Anwendung an Gesunden/Kranken: <i>proof of principle</i> , Phase 1-, 2-Studien	Translationsforschung
<i>From bedside to market</i> , Evidenz für Wirksamkeit und Nutzen unter (artifiziellen) Studienbedingungen: Phase 3-Zulassungsstudien (in der Regel randomisiert und kontrolliert (RCT))	Klinische Forschung im engeren Sinn <i>Clinical Evaluative Sciences</i>
<i>From early market to routine care*</i>), Evidenz für Nutzen unter Alltagsbedingungen: pragmatische RCTs, Phase 4-Studien, Anwendungsbeobachtungen, <i>Outcomes Research</i>	Transferforschung
Beobachtung, Analyse, Prognose, Bewertung, Weiterentwicklung und Evaluation der Routineversorgung	Versorgungsforschung <i>Health Services Re-</i>

	<i>search</i>
--	---------------

*) für Forschung dieser Zielrichtung findet sich gelegentlich der Begriff „Transferforschung“, die dann der Versorgungsforschung zugerechnet wird (oder auch „another form of translational research“; „phase 2 translational research“).²⁸

1979 hatte die DFG klinische Forschung „in engerem Sinn“ noch mit der „Analyse von Krankheitsphänomenen mit naturwissenschaftlichen Methoden“ identifiziert.²⁹ 1999 schloss sie sich der deutlich weiteren Definition des Wissenschaftsrates aus dem Jahr 1986 an³⁰ und unterschied drei Varianten der klinischen Forschung: eine grundlagenorientierte, eine krankheitsorientierte und eine patientenorientierte. Dem letzten Typus wurden nun auch³¹ „weite Bereiche der Versorgungsforschung“ zugeordnet (S. 3). Andererseits fördert die DFG seit 2005 zusammen mit dem BMBF „klinische Studien“. In der ersten Ausschreibung von November 2003 hieß es: „Es können prospektive multizentrische klinische Studien an Patienten gefördert werden: (a) kontrollierte Therapiestudien, (b) Diagnosestudien der Phasen I-III, (c) kontrollierte Studien zur Sekundärprävention, (d) Prognose-Studien und (e) systematische Reviews gemäß internationaler Standards.“ Ganz offensichtlich ging es dabei vor allem um die Bearbeitung klinisch-handlungsbezogener Problemstellungen und nicht um Versorgungsforschung. Diese wurde vom BMBF wiederum in besonderen Programmen gefördert beziehungsweise von der DFG meist mit dem bewährten Instrumentarium des Einzelverfahrens.

Diese Entwicklungen legen die Frage nahe, ob und gegebenenfalls wie sich heute klinische Forschung und Versorgungsforschung unterscheiden (lassen) und in welchem sachlichen Verhältnis sie zueinander stehen. Eine erste Antwort gab die Übersicht 1.

Gemeinsam ist beiden Forschungsrichtungen, dass sie am Ende, wenn auch aus möglicherweise unterschiedlichen Perspektiven, auf eine Verbesserung der aktuellen Krankenversorgung und damit der Gesundheit einzelner Kranker und der Bevölke-

²⁸ Lean MEJ, Mann JI, Hoek JA, Elliot RM, Schofield G (2008): Translational research. *British Medical Journal* 337:705-6

²⁹ Deutsche Forschungsgemeinschaft (1979): Zur Lage und Verbesserung der klinischen Forschung in der Bundesrepublik Deutschland. Boppard (Boldt)

³⁰ „Der Begriff ‚klinische Forschung‘ soll im folgenden in einem weiten Sinne alle Formen der Erforschung von Ursachen, Entstehung und Verlauf von Krankheiten sowie die wissenschaftliche Beschäftigung mit ihrer Erkennung und Behandlung umfassen, die aus der ärztlichen Arbeit im Umgang mit kranken Menschen hervorgehen.“ Wissenschaftsrat (1986): Empfehlungen zur klinischen Forschung in den Hochschulen. Köln; S. 5

³¹ Deutsche Forschungsgemeinschaft (1999). *Klinische Forschung*. Weinheim (Wiley-VHC)

zung zielen. Das letztere ist auch das Ziel von Public Health-Forschung (dazu weiter unten).

Die im Folgenden genannten Charakteristika betonen Besonderheiten der Versorgungsforschung, ohne wiederum zu einer scharfen Abgrenzung gegenüber der klinischen und der Public Health-Forschung zu führen. Alle drei Richtungen gehen im Gegenteil ineinander über und überschneiden sich vielfältig. Dennoch geben die Merkmale eine grobe Orientierung und erlauben die Einordnung eines Antrags oder Projekts in eher die eine oder andere Kategorie.

- (1) Der spezifische Gegenstand der Versorgungsforschung ist die tatsächliche gesundheitliche, enger noch die medizinische Versorgung einer gegebenen Bevölkerung mitsamt ihrer wesentlichen Determinanten und Effekte. Unter medizinischer Versorgung verstehen wir die Anwendung medizinischer Technologien³² bei Kranken und Gesundheitsgefährdeten durch hierfür Ausgebildete (neben Ärzten auch Pflegende, Psychologen, Sozio-, Physio-, Ergo-, Sport-, Ernährungstherapeuten, Logopäden und andere).
- (2) Versorgungsforschung fokussiert auf die gesamte Inzidenz und/oder Prävalenz eines bestimmten Gesundheitsproblems, klinische Forschung nimmt ihren Ausgang von der klinischen Situation und damit von selbstselektierten oder gezielt ausgewählten Kranken, also von Personen, die schon Patienten geworden oder dies noch geblieben sind. Klinische Forschung ist nach Shulman³³ „primarily, if not exclusively“ patientenorientierte Forschung „performed by a scientist and a human subject working together, both being warm and alive“. Dies ist in der Versorgungsforschung sicher nicht der Regelfall.
- (3) Versorgungsforschung fokussiert auch und vor allem auf komplexe Technologien bis hin zu ganzen Versorgungskonzepten, -programmen und -systemen einschließlich Systemwechseln. Dazu gehören unter anderem Früherkennungsprogramme, die Einführung einer Praxisgebühr oder von Richtlinien, Leitlinien oder DRGs, die Einrichtung krankheitsspezifischer Behandlungszentren oder eines Primärarztsystems (Makroebene (zur Terminologie cf. ³⁴). Solche Technologien verändern den sozialen und ökonomischen Rahmen der klinischen Situation und der Versorgungsprozesse; sie geben ihr als externe Determinanten (Kontexte) eine veränderte Basis und Orientierung.

³² Der Begriff Gesundheitstechnologie (*health technology*) wird hier weit verstanden; er umfasst nicht nur einfache Medizinprodukte und Arzneimittel, sondern auch ganze Versorgungsprogramme (zum Beispiel Disease Management Programme) und strukturelle Veränderungen (zum Beispiel Primärarztssystem).

³³ Shulman L.F. Clinical research 1996: Stirrings from the academic health centers. *Academic Medicine* 1996; 362:362-3

³⁴ Advisory Council on Health Research (2008): Healthy services research. The future of health services research in the Netherlands. The Hague (Health Council of the Netherlands); RGO no. 59E, p.23/24

- (4) Ein weiterer Schwerpunkt liegt im Transfer sowie der Erprobung und Evaluation neuartiger (vor allem komplexer) Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Kontext der Routineversorgung. Das Standarddesign der klinischen Forschung ist der – möglichst pragmatisch angelegte – RCT. Um die Übertragbarkeit neuer Methoden in die Routine (die sogenannte letzte Meile³⁵ der Versorgung), sowie ihre Wirksamkeit und ihren Nutzen in diesem Kontext beurteilen zu können, bedarf es einer deutlichen Erweiterung des Methodenspektrums unter Einbezug diverser deskriptiver und analytischer Designs sowie qualitativer Ansätze.
- (5) Folgt man der eingangs zitierten Definition und fasst das Hauptziel der Versorgungsforschung, die gezielte Verbesserung der vorfindlichen Versorgung ins Auge, dann ist Versorgungsforschung an die im Gesamt- oder in Teilsystemen vorzufindende Versorgungswirklichkeit gebunden. Ihr Ausgangs- und Anknüpfungspunkt sind die aktuellen Versorgungsstrukturen und -prozesse mit ihren jeweiligen Stärken und Schwächen. Dies schränkt die Freiheitsgrade der Versorgungsforschung im Vergleich zur Grundlagen- und auch noch zur klinischen Forschung deutlich ein und macht sie systemkonservativ, beinhaltet aber gleichzeitig besondere Chancen einer politischen Wirksamkeit.
- (6) Der Hauptadressat von Versorgungsforschung ist bei uns – neben „der“ Wissenschaft und „der“ Öffentlichkeit – nicht die einzelne Klinikerin oder der einzelne Kliniker, sondern es sind diejenigen sozialen Einheiten (zum Beispiel Klinikette, Industrieunternehmen, Ärztekammer, Krankenkasse beziehungsweise -versicherung, gesetzliche Renten- und Unfallversicherung, Gemeinsamer Bundesausschuss, Bundesministerium für Gesundheit, Parlament), die für Entscheidungen auf der Meso- und Makroebene unseres Gesundheitssystems verantwortlich beziehungsweise von ihnen abhängig sind. Als Adressat hervorzuheben sind in unserem korporatistischen System die Einrichtungen der Gemeinsamen Selbstverwaltung.
- (7) Trotz einer bemerkbaren Konvergenz europäischer Gesundheitssysteme sind sie im Detail noch sehr unterschiedlich verfasst. Dies gilt nicht nur in Hinblick auf die Leistungskataloge, Institutionen, Organisationsformen, Rechtsnormen, sondern auch in Hinblick auf soziokulturelle Faktoren wie die Präferenzen, Erwartungen und Verhaltensmuster aller Beteiligten. Dies begrenzt die Übertragbarkeit von Ergebnissen der Versorgungsforschung. Sie sind zu einem wesentlichen Teil systemspezifisch und erfordern für ihre Generierung, Inter-

³⁵ „Unter der letzten Meile des Gesundheitssystems ist die konkrete Kranken- und Gesundheitsversorgung in den Krankenhäusern, Arztpraxen und sonstigen Gesundheitseinrichtungen zu verstehen, in deren Rahmen die Versorgungsleistungen zusammen mit den Patienten erbracht werden.“ Pfaff H, Ommen O, Neumann, M, Ernstmann N, Steffen P, Driller E, Janssen C (2008): Organisationssoziologische Aspekte der medizinsoziologischen Versorgungsforschung. In: A. Weber (Hrsg.): Gesundheit – Arbeit – Rehabilitation – Festschrift für Wolfgang Slesina. Regensburg (Roderer), S. 30

pretation und praktische Nutzung die Einbeziehung vielfältiger im und mit dem System lebender Akteure.

- (8) Andererseits ermöglicht und erfordert die Verschiedenheit der Gesundheitssysteme Systemvergleiche. An sie knüpft sich die Erwartung, neben transferierbaren *best practice*-Modellen auch generalisierbares Wissen über die Funktionsweise, Finanzierung, Regulierung und Optimierung heterogener aber konvergierender Systeme gewinnen zu können.
- (9) Die eingangs genannte Zielsetzung von Versorgungsforschung erfordert eine ausdrückliche Klärung dessen, was jeweils genau mit „Verbesserung“ gemeint ist; geht es um die Verbesserung der Versorgungsprozesse und/oder der Behandlungsergebnisse bestimmter Patientengruppen, der Steigerung der Wohlfahrt der Bevölkerung, um die Förderung dieser oder jener Gesundheitsindustrie, um Rationalisierungen oder Einsparungen, um eine gerechtere Verteilung knapper Ressourcen, um den Nachteilsausgleich besonders belasteter Gruppen, die Wahrung von Menschenrechten? Die Axiologie und Deontologie der klinischen Forschung sind übersichtlicher; ihr geht es in aller Regel um die Verringerung von Mortalität und Morbidität und den Gewinn von Lebenszeit und Lebensqualität bestimmter Patientengruppen. In der Versorgungsforschung sind dagegen ganz unterschiedliche und zum Teil schwer vereinbare Perspektiven möglich.
- (10) Versorgungsforschung enthält also immer auch normwissenschaftliche Anteile. Unter anderem sind die Folgen der Einführung neuer Gesundheitstechnologien für die Gesamtpopulation zu reflektieren – zum Beispiel unter den Gesichtspunkten der Bedarfs- und Verteilungsgerechtigkeit. Damit ist in der Regel ein Perspektivenwechsel verbunden. Die Identifikation mit dieser oder jener interessierten Institution oder Gruppe lockert sich, Identifikationen mit den „besten Interessen“ oder Präferenzen von Kranken- beziehungsweise Patientengruppen und/oder mit bestimmten ethischen Grundwerten, mit Grundrechten oder politischen Grundprinzipien werden wichtiger.
- (11) Auch juristische Aspekte sind bedeutsam: Die Versorgungsprozesse sind nicht denkbar ohne einen (sich immer wandelnden) regulatorischen Rahmen auf der Basis verfassungsrechtlicher sowie speziellerer medizin- und gesundheitsrechtlicher Normen.
- (12) Versorgungsforschung ist, wie schon betont, nur multidisziplinär denkbar. Neben den genannten Normwissenschaftlern (Ethiker, Juristen) sind (weil es um die gesundheitliche Versorgung Kranker geht) Kliniker verschiedener Disziplinen ebenso unverzichtbar wie – von Fall zu Fall – Soziologen, Psychologen, Ökonomen, Politik- und Verwaltungswissenschaftler, Demografen, Epidemiologen und Statistiker. Klinische Forschung hingegen wird oft allein von Klinikern und Statistikern geplant und durchgeführt. Man sollte diesem Erfordernis

durch die Bildung multidisziplinärer Teams Rechnung tragen; teils durch die Bildung transdisziplinärer Gruppen.

Einen wesentlichen Unterschied zur Public Health-Forschung sehen wir in der Fokussierung der Versorgungsforschung auf Kranke und Gesundheitsgefährdete beziehungsweise Krankheiten und manifeste Gesundheitsgefährdungen und ihre Prävention, Diagnostik, Prognostik, Therapie, Rehabilitation und/oder Palliation unter Nutzung medizinischer Mittel und Professionen. Public Health-Forschung konzentriert sich demgegenüber auf die Förderung und Erhaltung von Gesundheit, oft mit nicht-medizinischen Mitteln. Ein wesentliches Feld der Public Health-Forschung ist in der Analyse der vor allem sozialen Ursachen und Determinanten von Gesundheitsrisiken und Erkrankungen in Populationen zu sehen. In diesem Feld ist sie, ähnlich wie die angewandte Epidemiologie, auch und besonders auf nicht-interventionelle Studiendesigns verwiesen.

Keine der zuletzt unterschiedenen wesentlichen Forschungsgebiete (klinische, Versorgungs- und Public Health-Forschung) kann bei unterschiedlicher pragmatischer Orientierung auf die Entwicklung einer eigenen (wenn auch dringend anschlussbereiten und anschlussfähigen) Begrifflichkeit und Terminologie, eigener Konzepte und Theorieteile und einer spezifischen Methodologie verzichten. Hier wird eine grundlagenorientierte Richtung der Versorgungsforschung sichtbar, deren grundlagenorientiertes und analytisches Potenzial stärker in einer zweiten Definition von Health Services Research anklingt:^{36, 37}

“Health Services Research is the multidisciplinary field of scientific investigation that studies how social factors, financing systems, organisational structures and processes, health technologies, and personal behaviours affect access to health care, the quality and costs of health care, and ultimately our health and well-being. Its research domains are individuals, families, organisations, institutions, communities, and populations.”

³⁶ Lohr KN, Steinwachs DM (2002): Health services research: An evolving definition of the field. *Health Services Research* 37:15-17

³⁷ Eine „mittlere“ Definition von Versorgungsforschung gibt das Advisory Council on Health Research der holländischen Regierung (2008): *Healthy Services Research*. P. 9; www.rgo.nl: „Health services research addresses the structure, organisation, functioning and effects of health services, and the way in which these interact with demand for, and use of, these health services. Health services research covers the whole field of health care, i.e. cure, care, and preventive healthcare.“

7 Grundtypen der Versorgungsforschung

Pragmatisch orientierte Versorgungsforschung kann als eine der wesentlichen methodologischen Säulen von „Evidence-based Health Care“ angesehen werden, nach der Definition von Muir Gray³⁸ eine „discipline centred upon evidence-based decision-making about individual patients, groups of patients or populations, which may be manifest as evidence-based purchasing or evidence-based management“. Solche Entscheidungen fallen meist oberhalb der klinischen Mikroebene; sie erfordern Informationen ganz unterschiedlicher Herkunft. Entsprechend vielfältig ist das Spektrum entscheidungsrelevanter versorgungswissenschaftlicher Studien (s. Übersicht 2).

Übersicht 2: Grundtypen versorgungswissenschaftlicher Studien (Beispiele aus dem Bereich der Versorgung chronischer Rückenschmerzen (RS))

Deskriptiv	Wie häufig sind chronische RS in verschiedenen Bevölkerungssegmenten? Wie werden die Kranken aktuell versorgt? Von Hausärzten und Orthopäden? Werden rehabilitative Leistungen genutzt? In welchen RS-Stadien? Gibt es disziplinäre oder regionale Unterschiede?
Prognostisch	Welche epidemiologischen Trends sind zu beobachten? Im Bereich chronischer RS und ihrer Versorgung? Gibt es RS-spezifische <i>emerging technologies</i> , welche Folgen wird ihre Einführung/Verbreitung haben? Für welche Krankengruppen, Teilsysteme der Versorgung?
Evaluativ	Entspricht die aktuelle Versorgung den professionellen, juristischen incl. der ökonomischen und den ethischen Standards? Erfolgt sie bedarfs- und verteilungsgerecht?
Analytisch	Was determiniert die eventuell nach Geschlecht und sozialer Lage unterschiedliche Versorgung und ihre Ergebnisse von Seiten der Kranken, der Fachleute, der Kostenträger, des Systems?
(Quasi-)experimentell	Lassen sich die Ergebnisse der hausärztlichen Versorgung von RS-Kranken durch eine multimodale Implementation einer S3-Leitlinie verbessern? Rehabilitation ist eine selektiv in Anspruch genommene Antragsleistung. Ist eine aktive Suche nach rehabedürftigen Versicherten besser geeignet, deren Teilhabe am Arbeits-

³⁸ Gray JAM (2001): Evidence-based health care. How to make health policy and management decisions. Oxford (Elsevier) 2nd edition

	leben zu sichern?
Planend-beratend	Führt man alle Evidenz aus den bisher genannten Studienformen zusammen: welche Versorgungspfade wären dann für Patienten mit chronisch-behindernden RS vorzuschlagen (und wieder zu evaluieren)?
Theoretisch	Wie ist der Begriff „bedarfsgerechte Versorgung“ inhaltlich und operational zu definieren? Was ist eine „wirksame“, was eine „notwendige“, „nützliche“ oder „prioritäre“ Leistung? Was heißt <i>futile care</i> oder <i>waste</i> , was „marginal wirksam“? Wie ist der Einfluss einer zunehmenden Verbreitung „individueller Gesundheitsleistungen“ auf die Funktion und Akzeptanz sozialstaatlich verfasster Gesundheitssysteme zu modellieren?

Der Begriff „evaluativ“ wird hier bewusst enger gefasst als in der klinischen Forschung; dort wird mit „klinisch-evaluativ“ alles bezeichnet, was Wirksamkeit und Nutzen klinischen Handelns untersucht. Hier bezieht er sich auf die ausdrückliche und vergleichende Bewertung beobachteter Versorgung(sleistungen) und ihrer Folgen – entweder vor dem Hintergrund expliziter professioneller, ethischer und/oder rechtlicher Vorgaben oder durch ein benchmark-Verfahren. Hieraus können sich Hinweise auf Ansatzpunkte und Richtung der oben genannten Verbesserungen ergeben.

Versorgungsforschung ist, besonders in Deutschland, auf die nachgehende Beobachtung, Analyse und Bewertung von „natürlichen“ Experimenten der Gesundheitspolitik, der Selbstverwaltungen und anderer Akteure im Gesundheitswesen verwiesen (s. Abschnitt 5). So ging zum Beispiel der Einführung von DMPs in Deutschland keine experimentelle Studie im Design eines pragmatischen RCTs voraus. Die Beurteilung ihres Nutzens und Schadens muss heute den Umweg über die Analyse von Beobachtungsdaten machen. Für die hier deutlich werdende und bei uns weit verbreitete Vernachlässigung wissenschaftlich begleiteter Modellvorhaben gibt es kaum gute und viele schlechte Gründe. Im Ergebnis muss die analytische Versorgungsforschung zu einer ebenso intensiven wie methodenkritischen Nutzung von Beobachtungsdaten und -studien einschließlich solcher aus dem Bereich der Gesundheitsberichtserstattung führen. Sie macht damit aus einer Not eine Tugend: in vielen Fällen wäre es besser (gewesen), rechtzeitig für eine begrenzte, aber kontrollierte Studie zu sorgen.

Versorgungsforschung ist zur Beobachtung und Bewertung der laufenden Versorgung und zur Information anstehender Versorgungsentscheidungen auch auf Sekundärdatenanalysen, auf Evidenzsynthesen (unter anderem in Form von systematischen Übersichten mit oder ohne Metaanalyse, *Health Technology Assessments*) und auch auf Modellierungen angewiesen.

Besondere Erkenntnischancen eröffnen sich der Versorgungsforschung durch Einbeziehung ihrer Fragestellungen in epidemiologische Kohortenstudien.³⁹ Da die in diesen Studien eingesetzten neuen molekularbiologischen Methoden Krankheitsrisiken präziser als bisher erkennen lassen, ergeben sich eventuell präventivmedizinisch und therapeutisch relevante Erkenntnisse zur Versorgungsoptimierung.

Hervorzuheben ist schließlich, dass neben sogenannten quantitativen Forschungsansätzen auch und vor allem dort, wo es um die Analyse von Barrieren geht, qualitative Studiendesigns genutzt werden müssen: Warum zeigen sich (zum Beispiel) Primärärzte resistent gegen die Leitlinie ihrer Fachgesellschaft? Wie beurteilen GKV-Versicherte den sich ausweitenden Markt individueller Gesundheitsleistungen (IGeL)? Auch qualitative Studien ergeben, *lege artis* durchgeführt⁴⁰, wichtige und wissenschaftlich belastbare Evidenz.

Über diese heterogenen, sich aber wechselseitig ergänzenden und kontrollierenden empirischen Zugänge zur Beantwortung versorgungspraktischer Fragestellungen darf die zentrale Bedeutung theoretischer Begriffsklärungen und Konzepte nicht vergessen werden. Ein Beispiel gibt der verwechslungsanfällige Begriff „Bedarf/*need*“, (unverzichtbar unter anderem als Hintergrundkonzept für die Beurteilung von Über- und Unterversorgung oder von Bedarfsgerechtigkeit); ein anderes der aktuell in der Forschergruppe 655 der DFG bearbeitete Begriff der „Priorisierung/*setting priorities in health care*“.

Ein zweites Feld der theoretisch orientierten Versorgungsforschung ist die Entwicklung generalisierbarer erklärungskräftiger und prognostisch sicherer Kausalmodelle, zum Beispiel zu den Determinanten und Folgen der in vielen Ländern zunehmend

³⁹ Wir plädieren dringend dafür, in dem Forschungsprogramm der sogenannten Helmholtz- oder Nationalen Kohorte ein Modul Versorgungsforschung zu berücksichtigen.

⁴⁰ Meyer Th (2007): Kritische Bewertung von qualitativen Studien. In: Kunz R, Ollenschläger G, Raspe H, Jonitz G, Donner-Banzhoff N (Hrsg): Lehrbuch der Evidenz-basierten Medizin. Köln (Deutscher Ärzte Verlag). 2. Auflage, 159-176

privatwirtschaftlich orientierten und organisierten ambulanten und stationären Versorgung.

Ein drittes Feld ist das der Methodenentwicklung. Einrichtungsvergleiche zum Beispiel sind, um „fair“ (auch dieser Begriff wäre zu klären) zu sein, ohne vielfältige Adjustierungen (Stichwort „Patientenmix“) nicht denkbar. Typischerweise bleibt die Variable Soziale Schicht unberücksichtigt. Welche Adjustierungsmethoden sind in Gebrauch, stehen prinzipiell zur Verfügung, müssen weiter oder neu entwickelt werden? Wie wird man der zunehmenden Komorbidität Älterer gerecht? Ein ähnliches Problem besteht in der Beschreibung und Analyse des ubiquitären Phänomens der Praxisvariation innerhalb von und zwischen Ländern, Regionen und Einrichtungen. Zwei weitere Beispiele: Qualitative Studien werden von manchen Forschergruppen zur Vorbereitung von Fragebogensurveys genutzt, von anderen zur nachgehenden Interpretation von Survey-Ergebnissen: welche Typen von *mixed methods studies* sind für welche Fragestellungen besonders geeignet? Ließe sich über diesen Weg eine intensivere Einbindung sogenannter Stakeholder in die Entwicklung von Versorgungswissenschaftlichen Projekten erreichen? Wie sind schließlich Outcomes heterogener Versorgungsleistungen vergleichbar zu machen, welche Vor- und Nachteile bieten Maße wie QALYs und DALYs, wo beginnt, wo endet ihre Aggregierbarkeit?

Während solche Forschungsfragen durchaus Gegenstand von DFG-geförderten Projekten sein können und sollen, ist offensichtlich, dass sie sich keinem der zurückliegenden oder aktuellen Förderungsprogrammen anderer Förderer zuordnen lassen. So legte zum Beispiel die vorletzte Ausschreibung versorgungsnaher Projekte durch das BMBF und verschiedener Versicherungsträger (vom 1.7.2009) höchsten Wert auf „eine hohe Relevanz (des beantragten Projektes) für die rehabilitative Versorgung der Deutschen Rentenversicherung“ beziehungsweise der „Versorgung im Rahmen der Krankenkassen“. Äußerstenfalls können Projekte beantragt werden, „deren Nutzen im unmittelbaren Vorfeld einer Umsetzung durch die Sozialversicherungsträger liegen“. ⁴¹

⁴¹ <http://www.bmbf.de/foerderungen/13761.php>, Bekanntmachung des Bundesministeriums für Bildung und Forschung, der Deutschen Rentenversicherung, der Verbände der gesetzlichen Krankenkassen auf Bundesebene und des Verbands der privaten Krankenversicherung von Richtlinien zur Förderung der versorgungsnahen Forschung im Bereich "Chronische Krankheiten und Patientenorientierung"

8 Versorgungsforschung: Die mögliche Rolle der Deutschen Forschungsgemeinschaft und ihrer Förderinstrumente

Im Bereich der Versorgungsforschung ist Deutschland, wie gesagt, eine „verspätete Nation“. Zurzeit erfreut sich dieses Forschungsgebiet jedoch einer vielfältigen und intensiven Förderung. Allerdings reichen die laufenden Programme vieler Förderer aus Sicht der Autoren nicht aus, um das um *fundamental research* dringend zu erweiternde Spektrum der Versorgungsforschung inhaltlich abzudecken.

Verschärfend kommt hinzu, dass die Förderquoten selbst für interessensnahe und qualitativ sehr gute Projektanträge seit Jahren entmutigend niedrig sind; beim BMBF, den (Sozial-)Versicherungsträgern und bei der Bundesärztekammer lagen sie unter 20 Prozent, bezogen auf alle hier wie dort eingereichten Anträge. Für wissenschaftsgetriebene und grundlagennahe Fragestellungen waren sie außerhalb des DFG-Normalverfahrens gleich Null; dieses wurde bisher nur selten in Anspruch genommen. Die DFG stand in dem Ruf, sich im Bereich der Medizin ganz auf die Förderung biomedizinischer Grundlagenforschung zu konzentrieren; es hätte daher, hieß es, von vornherein wenig Zweck, bei ihr versorgungswissenschaftliche Projekte zu beantragen.

Ein Ziel dieser Stellungnahme ist es, diesem weit verbreiteten und zählebigen Eindruck entgegenzuwirken. Ein zweites Ziel ist es, weitere Förderer (etwa das BMBF und Stiftungen) anzuregen, wissenschaftsgetriebene Projekte der Versorgungsforschung zur Antragstellung einzuladen.

Vor diesem Hintergrund ist zweierlei zu prüfen:

- (1) Welche Forschungsfelder scheinen uns wissenschaftlich unterentwickelt und einer interessensneutralen, zeitlich flexiblen und allein auf wissenschaftliche Exzellenz zielenden Förderung bedürftig?
- (2) An welche Kriterien sollten sich daraus abgeleitete Forschungsprojekte orientieren, um sich für eine solche Förderung zu qualifizieren?

8.1 Aktuelle (exemplarische) Forschungsfelder

Die im Folgenden genannten Forschungsfelder (Versorgung und soziale Ungleichheit, Ökonomisierung/Kommerzialisierung und Integrierung der Versorgung, Partizi-

pation der Versicherten, Patientensicherheit) können hier nur beispielhaft angedeutet werden. Mit der Aufzählung inhaltlich aktuell in Frage kommender Einzelthemen und Projekte könnten mehrere Seiten gefüllt werden. Die genannten Themenbereiche sind bei uns bisher zu wenig und vor allem kaum transdisziplinär untersucht wurden. Wir heben sie hervor, weil sie sich auf langfristige Trends in der gesundheitlichen Versorgung unserer Bevölkerung beziehen lassen und weil sie sich in besonderer Weise für Projekte zwischen Medizin, Psychologie, Soziologie, Demografie und Ökonomie unter Einschluss verschiedener Normwissenschaften eignen. Auch die folgenden Fragen deuten auf mögliche aktuelle wie zukünftig wichtige sowie inhaltlich gehaltvolle und methodisch anspruchsvolle Themen hin, die in Einzel- und Verbundprojekten bearbeitet werden könnten.

- Gibt es Unterschiede in der Versorgung chronisch Kranker aus unterschiedlichen sozialen Schichten; wenn ja, mit welchen Folgen für die Kranken, die Kostenträger, die Volkswirtschaft? Welche Bedeutung hat hierfür die zunehmende soziale Spreizung? In welchem Umfang ist Versorgung heute eine soziale Determinante von Gesundheit? Gibt es hierbei sex/gender-Unterschiede?
- Welche Implikationen und Folgen haben die zunehmend privatwirtschaftlich geführten Versorgungsstrukturen und -prozesse unseres und anderer Gesundheitssysteme auf den verschiedenen „Gesundheitsmärkten“? Für wen? Auch im Hinblick auf existierende sozialrechtliche Normen (unter anderem zu Teilhabe am medizinischen Fortschritt und am Leben in der Gesellschaft, Wirtschaftlichkeit, Bedarfsgerechtigkeit, Gleichmäßigkeit, Humanität)?
- Welche Folgen hat die bei uns immer noch starke Separierung unterschiedlicher Versorgungssektoren und professioneller Tätigkeitsfelder? Was wird durch eine stärkere Integration der Sektoren, Kostenträger, Professionen und Laien/Selbsthilfe gewonnen, was verloren? Für wen? Welche Bedeutung hat *managed care* für eine stärker integrierende Versorgung auch und vor allem von chronisch-multimorbiden Kranken? Welche ökonomischen und vor allem auch nicht-ökonomischen Anreize können für die Versorgungsoptimierung genutzt werden?
- Wie kann dem politisch, ethisch und rechtlich fundierten Anliegen der Partizipation der Versicherten und Bürger an Systementscheidungen und ihrer wissenschaftlichen Vorbereitung, Begleitung und Evaluation Rechnung getragen werden? Welche Chancen und Risiken bieten abgestufte Beteiligungsrechte? Soll und wie kann eine Beteiligung an der Entwicklung, Durchführung und Auswertung von versorgungswissenschaftlichen Forschungsprojekten erreicht werden? Welche Bedeutung haben *patient reported outcome measures*?

Innerhalb jedes übergreifenden Themenbereichs wird sich eine theoretisch und methodologisch orientierte Versorgungsforschung wenigstens den folgenden Aufgaben stellen müssen:

Begriffs- und Konzeptbildung: Die Versorgungsforschung nutzt ein umfangreiches Arsenal von theoretisch anspruchsvollen Begriffen, viele gehören zur Klasse der unbestimmten Rechtsbegriffe wie „Nutzen“, „Notwendigkeit“, (auch „Eignung“, „Erforderlichkeit“) „Wirtschaftlichkeit“ oder „Zweckmäßigkeit“, „Bedarf“, „Gleichmäßigkeit“ oder „sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen“ (§§ 135, 70, 20 SGB V). Andere spielen in der aktuellen versorgungspolitischen Diskussion eine Rolle wie „Evidenz“, „Priorisierung“, „Rationierung“, „Rationalisierung“. Wieder andere werden überwiegend wissenschaftlich genutzt, aber von unterschiedlichen Disziplinen unterschiedlich verwendet („Über- und Unterversorgung“, *health system interventions*). Oft sind sie emotional aufgeladen und mit bestimmten politischen Positionen und Marktinteressen verbunden. Darüber werden nicht nur ihr differenzierendes und analytisches Potenzial und ihre operationale Definition vergessen, sondern auch ihre theoretische Fundierung und Einordnung. So gehören etwa die Begriffe „Notwendigkeit“, „Nützlichkeit“, „Angemessenheit“, „marginale Wirksamkeit“ und „Vergeblichkeit“ oder „Überflüssigkeit“ (einer Versorgungsleistung) offensichtlich zu einem Bedeutungsfeld, ihre Abgrenzungen voneinander und Beziehungen zueinander sind aber ebenso unklar beziehungsweise umstritten wie die Abgrenzung von „Bedarf“ gegenüber „manifestes Gesundheitsproblem“, „Bedürfnis“, „Präferenz“, „Nachfrage“, „faktische Versorgung“ und „Angebot“. Es ließe sich leicht zeigen, dass in der versorgungswissenschaftlichen Literatur jeder der sechs zuletzt genannten Begriffe schon mehrmals zur Operationalisierung von *need* genutzt wurde. Dies geschah zum Teil aus pragmatischen Gründen, häufig aber auch vor dem Hintergrund bestimmter professioneller Einstellungen, Werthaltungen oder Interessen.

Solche begrifflichen Probleme und die dahinter stehenden theoretisch-konzeptuellen und nicht selten auch axiologischen Voreingenommenheiten und Unsicherheiten erschweren nicht nur die deskriptive, prognostische und evaluative, sondern auch die analytische Versorgungsforschung.

Theoriebildung: Das Nahziel der analytischen Versorgungsforschung ist die Aufdeckung kausaler Beziehungen unter anderem zwischen bestimmten Versorgungsleistungen und ihren sozialen Determinanten wie Effekten. Im Bereich der Determinan-

ten und Effekte lassen sich diverse Ebenen unterscheiden (zum Beispiel klinische, bevölkerungsbezogene, ökonomische, soziokulturelle und organisationale Effekte und personen- und verhaltensbezogene, technische, infrastrukturelle, organisationsbezogene, kulturelle, ökonomische, normative Determinanten). Ein weiteres Ziel solcher Forschungsanstrengungen ist es, die Ergebnisse von Einzelanalysen miteinander zu verbinden und schließlich in einer übergreifenden Theorie zusammen zu führen. Diese soll in der Lage sein, weitere Elemente „erklärend“ (oft ist auch von „verstehend“ die Rede) einzuordnen und zu prognostizieren, damit generalisierbares Wissen zu schaffen und für eine Vielzahl von Nutzern bereitzustellen. Dies erfordert eine sorgfältige Berücksichtigung der diesen jeweils eigenen theoretischen Perspektiven und ihrer pragmatischen wie institutionellen Kontexte.

Prüfung der Anwendbarkeit und Nutzung von theoretischen Einsichten und empirischer Evidenz: Auch eine wissenschaftsgetriebene Versorgungsforschung wird sich vielfältigen und oft genug heterogenen Verwertungsinteressen auf Dauer nicht entziehen können und dürfen. Ihre Ergebnisse sollen nicht nur intern wie extern valide sein und die Theoriebildung fördern, sondern sie sollen auch „Verwertungspotenziale“⁴² wenigstens in Aussicht stellen und dann die Versorgung und ihre Ergebnisse verbessern. Auf die Chancen und Risiken einer unmittelbar pragmatischen Ausrichtung der Versorgungsforschung haben wir mehrfach hingewiesen (Abschnitte 4, 5, 6). Dennoch gilt, dass Versorgungsforschung (wie übrigens auch klinische und Public Health-Forschung) schließlich praxisrelevant werden soll und will. Die Bestrebungen der DFG für Förderung des Erkenntnistransfers aus grundlagenorientierten Projekten heraus muss dem Rechnung tragen und darf nicht allein nur auf eine gewerbliche Nutzung abzielen. Vielmehr müssen im Bereich der wissenschaftsgetriebenen Versorgungsforschung die Maßnahmen zum Erkenntnistransfer auch die Überleitung von Ergebnissen in klinische Praxis, Politik, Verbände, Krankenkassen oder Verwaltung unterstützen.

Auch kann die Übergangszone zwischen Theorie und Praxis selbst Gegenstand versorgungswissenschaftlicher Untersuchungen werden. Was war und ist der *political impact* früherer beziehungsweise aktueller versorgungswissenschaftlicher Primär-, Sekundär- und Tertiärstudien? Ist Umsetzbarkeit (wie im Bereich der Evidenz-

⁴²Cf. DFG-Vordruck 1.02 – Merkblatt für Anträge auf Sachbeihilfe

basierten klinischen Medizin vorgesehen⁴³) ein Qualitätsmerkmal von Versorgungsforschung? Was befördert, was hindert die Rezeption und Umsetzung ihrer Ergebnisse in gesundheitspolitisches, institutionelles oder organisatorisches Handeln? Wie können Rezeption und Umsetzung auf Seiten der Informierenden und ihrer Adressaten befördert werden, mit welchen Mitteln, unter welchen Rahmenbedingungen, in welchen Kontexten? Zu welchen anderen Determinanten versorgungsbezogener Entscheidungen oberhalb der klinischen Mikroebene tritt Evidenz aus theoretischer oder empirischer Versorgungsforschung in Konkurrenz?

Methodenforschung und -entwicklung: *En passant* wurde schon auf verschiedene aus methodologischer Sicht aktuelle und weiterführende Themenfelder hingewiesen; einige seien noch einmal ausdrücklich hervorgehoben:

- Mehrdimensionale Bewertung komplexer Leistungen, Versorgungsprogramme, Systeminterventionen;
- Faire und unverzerrte Einrichtungsvergleiche und Analysen von Praxisvariationen unter Berücksichtigung vielfältiger Kovariablen;
- Einbindung von „Betroffenen“ in die Entwicklung von Studienplan, -durchführung, -auswertung, -umsetzung; dies gilt vor allem dort, wo es um die Ermittlung von Versorgungsbedarf geht; Beteiligung insbesondere vulnerabler und in ihrer Artikulationsfähigkeit eingeschränkter Gruppen (unter anderem Prekariat, Migranten, Behinderte);
- Integration von Daten aus interventionellen und nicht-interventionellen sowie quantitativen und qualitativen Studien innerhalb und außerhalb von systematischen Übersichten und HTAs; Entwicklung von *plausibility designs*, Integration von Outcomes- und theoriegeleiteten Mechanismus-Studien; Bedeutung von Fallstudien;
- Stärken (Realitätsbezug), Grenzen und Schwächen (abnehmende Generalisierbarkeit) zunehmend „pragmatischer“ Studien;
- Überbrückung von Evidenzlücken und Umgang mit indirekter Evidenz; Konstruktion von Kausalitätsketten; Probleme der Modellierung unter unterschiedlichen Kontextbedingungen;
- Identifikation und Analyse verborgener Wertentscheidungen in der Generierung und Nutzung von empirischer Evidenz;
- Kritik und Weiterentwicklung der Präferenz-, Outcomes- und Nutzenmessung im Gesundheitswesen;

⁴³ GRADE Working Group (2004): Grading quality of evidence and strength of recommendations. *British Medical Journal* 328, 1-8

- Klassifikation, Messung und Bewertung ökonomischer, sozialer, kultureller und normativer Kollateraleffekte neuer Versorgungsleistungen und -modelle.

8.2 Förderhinweise und Förderkriterien

Die wissenschaftsgetriebene Versorgungsforschung ist auf Fördermöglichkeiten angewiesen, die ihr Freiheit lässt in der Wahl der Themen, Forschungsmethoden, Antragszeitpunkte und -zeiträume. Selten wird sie Anschluss finden können an die bisher bei den meisten Förderern in Deutschland dominierende Programmförderung.

Forscherinnen und Forscher brauchen auch die Freiheit, sich für Einzel- oder koordinierte Anträge entscheiden zu können. All diese Möglichkeiten bietet das aktuelle Förderinstrumentarium der DFG.

Auch sollten die Förderinstrumente zur gezielten Entwicklung des wissenschaftlichen Nachwuchses genutzt werden. In diesem Zusammenhang ist ausdrücklich auf die Instrumente der „Startförderung“ der DFG hinzuweisen.

Sehr gute Anträge vorausgesetzt, sollten die Wissenschaftler mit Bewilligungsquoten von 30–50 Prozent rechnen können, wie sie im Bereich der Einzelförderung der DFG üblich sind. *A priori* absehbare Förderquoten von unter 20 Prozent sind inakzeptabel und für die international kompetitive Entwicklung eines Forschungsfeldes kontraproduktiv.

Neben den allgemein geltenden Kriterien qualitativ hochwertiger Forschungsprojekte sollten Anträge aus der Versorgungsforschung insbesondere

- ein interessantes und relevantes theoretisches, methodologisches und/oder auch praktisches Versorgungsproblem adressieren;
- riskante, innovative oder dringende, aber von anderen Förderern aktiv vermiedene Fragen verfolgen;
- eine meist multi-transdisziplinäre Bearbeitung unter Berücksichtigung normwissenschaftlicher Problemstellungen erfordern;
- einen klar abgrenzbaren Fokus und eine überzeugende Entsprechung von Fragestellung, Studiendesign und aktuellen Methoden (durchaus auch einen Methodenmix) aufweisen;
- einen überzeugenden Kompromiss zwischen interner und externer Validität ermöglichen;

- Ergebnisse von erheblichem generellen Erkenntnisgewinn (Theoriebildung, Methodologie) und/oder hoher versorgungspraktischer Relevanz (wenigstens für unser Gesundheitssystem) in Aussicht stellen;
- ihre Durchführbarkeit (unter anderem durch belastbare Vorarbeiten und Zusagen relevanter Akteure und Kooperatoren) plausibel machen.

Weiter wünschenswert wäre die projektbezogene Nutzung beziehungsweise Entwicklung internationaler Kooperationen, zum Beispiel im Rahmen einer theoriegeleiteten Modellbildung oder von Systemvergleichen. Schließlich wird es sinnvoll sein, praxisbezogene Projekte in Abstimmung mit den für ihre Ergebnisse idealen Adressaten zu planen und hierfür Kontakt zu den jeweils relevanten Institutionen (zum Beispiel G-BA, DRV, KBV, Kostenträger) zu suchen.

Natürlich wäre es unrealistisch, vom Antrag etwa einer Nachwuchswissenschaftlerin beziehungsweise eines Nachwuchswissenschaftlers die Erfüllung aller genannten Gesichtspunkte zu verlangen. Sie können aber der mehrdimensionalen Selbstprüfung potenzieller Antragsteller beziehungsweise der Beurteilung ihrer Anträge durch Förderer und Gutachter dienen. Dabei gilt grundsätzlich, dass Forschungsprojekte, die praktische Interessen eines Akteurs in unserem Gesundheitswesen verfolgen, die Unterstützung anderer Förderer suchen und nicht Gegenstand der Förderung durch die DFG sein sollten.

Seitens der DFG besteht, anders als oft angenommen wird, eine ausgeprägte Bereitschaft, auch versorgungswissenschaftliche Projekte zu fördern. Dabei macht die DFG keine inhaltlichen Vorgaben, sondern sie bietet Forschenden aller Wissenschaftsbereiche ein breit gefächertes, themenoffenes Instrumentarium zur Förderung qualitativ hochwertiger Forschungsprojekte. Jetzt ist es an denen, die sich der Versorgungsforschung widmen (möchten), die bestehenden Möglichkeiten zu nutzen.

9 Hinweise und Empfehlungen

Die folgenden Hinweise und Empfehlungen zielen darauf, die weitere akademische Entwicklung der Versorgungsforschung zu unterstützen; sie richten sich in erster Linie an den wissenschaftlichen Nachwuchs und die sie tragenden wissenschaftlichen Arbeitsgruppen, Einrichtungen und Fakultäten beziehungsweise Universitäten und Hochschulen.

- (1) Die DFG hält verschiedene Instrumente bereit, die potenziellen Nachwuchswissenschaftlerinnen und Nachwuchswissenschaftlern erste intensive Kontakte mit einem Forschungsfeld ermöglichen: Dazu zählen unter anderem Nachwuchsakademien, die Beantragung der „Eigenen Stelle“ und Graduiertenkollegs. Dieses Angebot gilt es durch die Forschenden zu nutzen.
- (2) Gerade bei im internationalen Vergleich spät und unsystematisch aufgenommenen Forschungsfragen ist eine Orientierung der Projektentwicklung am internationalen Stand der Literatur und an den Erfahrungen anderer Länder (vor allem USA, Großbritannien, Niederlande, Kanada, skandinavische Staaten) besonders wichtig. Eine grundlagenorientierte Versorgungsforschung wird vor allem dort exzellent und erfolgreich werden, wo sie Verbindung zu ausländischen Arbeitsgruppen sucht. Hier helfen die Forschungs-, Hospitations- und Reisestipendien der DFG und anderer Förderer.
- (3) Letztlich zielt alle Versorgungsforschung auf die Verbesserung der aktuellen Versorgungssituation der Kranken und Gesundheitsgefährdeten. Dies macht die Bearbeitung axiologischer Fragen und damit die Einbindung normwissenschaftlicher Expertise (Jura, praktische Philosophie, Ethik) unverzichtbar. Dies geschieht am sinnvollsten durch die Teilnahme an beziehungsweise Bildung von multidisziplinären Projekten und Forschergruppen. In ihnen wird immer auch für eine belastbare Vertretung der klinischen Perspektive zu sorgen sein. Andererseits sollten klinische Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler sowie Gruppen ermuntert werden, versorgungswissenschaftliche Fragestellungen mit aufzugreifen.
- (4) Die gesundheitliche Versorgung unserer Bevölkerung unterliegt langfristigen Trends, die ihrerseits in längere gesellschaftliche Entwicklungen eingebettet sind. Einige sind genannt worden, unter anderem die Zunahme sozialer Ungleichheit und die Ökonomisierung wie Kommerzialisierung der Versorgungspraxis. Ein wesentlicher Veränderungsmotor ist dabei der medizinisch-technische Fortschritt

(Stichworte: personalisierte Medizin, Telemedizin). Auch eine grundlagen- und theoretisch orientierte Arbeit sollte solche Entwicklungen berücksichtigen, um praxisrelevant werden zu können. Versorgungsforschung sollte wissenschaftlichen und biografischen aber auch praktischen und politischen *impact* haben.

Anhang

Teilnehmerinnen und Teilnehmer am DFG-Rundgespräch Versorgungsforschung, Februar 2008, Bonn

Ministerialrätin Maria Becker	Bundesministerium für Gesundheit
Dipl.-Soz. Wiss. Judith Berger	Bundesärztekammer
Professor Dr. Elmar Brähler	Universität Leipzig
Professor Dr. Adele Diederich	Jacobs University Bremen gGmbH
Dr. Ursula Bittins	Geschäftsstelle des Wissenschaftsrates
Professor Dr. Wolfgang Greiner	Universität Bielefeld
Dr. Lothar Janßen	Bundesministerium für Gesundheit
Professor Dr. Karl-Heinz Jöckel	Universität Duisburg-Essen
Professor Dr. Christian Katzenmeier	Universität zu Köln
Dr. Birgit Klüsener	Deutscher Akademischer Austauschdienst (DAAD)
Professor Dr. Uwe Koch-Gromus	Universität Hamburg
Bernhard M. Lippert	Hochschulrektorenkonferenz
Professor Dr. Holger Pfaff	Universität zu Köln
Professor Dr. Iris Pigeot-Kübler	Universität Bremen
Professor Dr. Heiner Raspe	Universitätsklinikum Schleswig-Holstein/ Universität Lübeck
Dr. Ute Rehwald	Deutsches Zentrum für Luft- und Raumfahrt e.V. (DLR)
Professor Dr. Steffi G. Riedel-Heller	Universität Leipzig
Professor Dr. Johannes Siegrist	Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
Dr. Kirsten Steinhausen	Bundesministerium für Bildung und Forschung
Dr. Hans-Georg Weinig	Wissenschaftsgemeinschaft Gottfried Wilhelm Leibniz e. V.
Dr. Birgit Wetterauer	Bundesministerium für Bildung und Forschung
Professor Dr. Hans-Ulrich Wittchen	Technische Universität Dresden

Von der DFG-Geschäftsstelle:

Dr. Eckard Kämper	Fachgruppe Geistes- und Sozialwissenschaften
Dr. Petra Hintze	Fachgruppe Lebenswissenschaften 1
Dr. Heike Strelen	Fachgruppe Lebenswissenschaften 1
Michael Schuster	Fachgruppe Geistes- und Sozialwissenschaften
Dr. Frank Wissing	Fachgruppe Lebenswissenschaften 1

Autoren

Professor Dr. med. Dr. phil. Martin Härter
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf UKE
Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie
Direktor
Martinistraße 52 (S35)
20246 Hamburg

Professor Dr. jur. Dieter Hart
Universität Bremen
Institut für Gesundheits- und Medizinrecht
FB Rechtswissenschaft
Postfach 33 04 40
28334 Bremen

Professor Dr. med. Dr. phil. Uwe Koch
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf UKE
Dekanat
Martinistraße 52
20246 Hamburg

Professor Dr. phil. Holger Pfaff
Universität Köln
Medizinische Fakultät
Zentrum für Versorgungsforschung
50924 Köln

Professor Dr. med. Dr. phil. Heiner Raspe
Institut für Sozialmedizin
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein/Universität Lübeck
Ratzeburger Allee 160
23538 Lübeck

Professor em. Dr. med. Friedrich-Wilhelm Schwartz
Medizinische Hochschule Hannover
Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin
und Gesundheitssystemforschung
Irschenhauser Straße 79
82057 Icking

Professor Dr. phil. Johannes Siegrist
Heinrich-Heine-Universität
Institut für Medizinische Soziologie
Moorenstraße 5
40225 Düsseldorf

Professor Dr. phil. habil. Hans-Ulrich Wittchen
Technische Universität Dresden
Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie

Chemnitzer Straße 46
01187 Dresden

Dr. Frank Wissing
Deutsche Forschungsgemeinschaft
Lebenswissenschaften 1
Medizin
Kennedyallee 40
53175 Bonn

Abkürzungsverzeichnis

AHRQ:	Agency for Healthcare Research and Quality (USA)
DALY:	Disability-Adjusted Life Year
DFG:	Deutsche Forschungsgemeinschaft
DMP:	Disease Management Programme
DNVF:	Deutsches Netzwerk für Versorgungsforschung e.V.
DRG:	Diagnosis Related Group
DRV:	Deutsche Rentenversicherung
EBM:	Evidenz-basierte Medizin
G-BA:	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV:	Gesetzliche Krankenversicherung
HTA:	Health Technology Assessment
IGeL:	Individuelle Gesundheitsleistungen
KBV:	Kassenärztliche Bundesvereinigung
MRC:	Medical Research Council (Großbritannien)
NHS:	National Health Service (Großbritannien)
QALY:	Quality-Adjusted Life Year
RCT:	Randomised Controlled Trial
SGB V:	Fünftes Buch des Sozialgesetzbuches
SVR:	Sachverständigenrat

Glossar

Anwendungsbeobachtung: Im Bereich der Arzneimittelforschung: nicht-interventionelle Studie, die dazu bestimmt ist, Erkenntnisse bei der Anwendung zugelassener Arzneimittel zu sammeln. „Dabei folgt die Behandlung einschließlich der Diagnose und Überwachung nicht einem vorab festgelegten Prüfplan, sondern ausschließlich der ärztlichen Praxis“ (§ 4 Abs. 23 AMG).

Axiologie: (griech. αξία, *axia*, der Wert); Wertlehre oder Werttheorie

Bedarf: Nach dem „ability to benefit“-Konzept besteht Bedarf an einer medizinischen Intervention nur dann, wenn ihre Anwendung in einer bestimmten Krankheits- oder Risikosituation ein relevantes Ziel wahrscheinlich erreichen lässt. Bedarf ist abzugrenzen gegen subjektives Bedürfnis, Nachfrage, Angebot, faktische Versorgung.

Deonatologie: (griech. δέον, *deon*, das Erforderliche, das Gesollte, die Pflicht); Lehre von den Verbindlichkeiten und Pflichten.

Diagnostische Studie: Studienart, in der die Güte oder der Nutzen einer diagnostischen Methode im Vergleich zum Goldstandard oder einer anderen Methode beurteilt werden kann. Man unterscheidet ähnlich wie in der Therapieforschung verschiedene (oft 6) Stufen.

Diagnosis Related Group (DRG): (Diagnosebezogene Fallgruppe); Klassifikation von Patienten(gruppen) im Krankenhaus unter Berücksichtigung des klinischen Aufwandes; Grundlage pauschalierter Entgelte für Krankenhausbehandlungen.

Disability-Adjusted Life Year (DALY): (Behinderungsbereinigte Lebensjahre); Modell zur Messung des Gewinns oder Verlustes von Lebensjahren von Kranken unter Berücksichtigung eventueller Behinderungen.

Disease Management Programme: (Chronikerprogramme); strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch kranke Menschen.

Epidemiologie: Deskriptiv, analytisch, experimentell und anwendungs-orientierte Wissenschaft von der Häufigkeit und Verteilung von Krankheiten sowie deren Determinanten in definierten (Sub)Populationen zu einer bestimmten Zeit(spanne). Epidemiologie ist eine Grundlagenwissenschaft der Praxis von Public Health und Prävention.

Evidenz-basierte Medizin (EBM): (Auch: Evidenz-basierte klinische Medizin, Evidenz-basierte medizinische Versorgung (evidence-based health care); EBM zielt auf die kontinuierliche Qualitätsverbesserung medizinisch-klinischen Wissens und Handelns, indem praxisrelevante wissenschaftliche Erkenntnisse problembezogen systematisch gesucht, kritisch nach Validität und Anwendbarkeit bewertet, zusammengefasst und klinisch Tätigen (oder für Entscheidungen oberhalb der klinischen Ebene) zur Verfügung gestellt werden.

Fallstudie: Ausführliche Beschreibung und Analyse eines klinischen Einzelfalls oder eines anderen singulären Problems.

Fehlversorgung: Fehlversorgung liegt vor, wenn falsche oder in ihrer Wirksamkeit nicht belegte medizinische Maßnahmen eingesetzt werden, der Patient also – folgenreich – falsch behandelt wird.

Gemeinsame Selbstverwaltung: Typus korporatistischer Verwaltung in der gesetzlichen Kranken-, Renten- etc. Versicherung (GKV, DRV); die GKV wird gemeinsam von Vertrags(zahn)ärzten, Vertretern der gesetzlichen Krankenkassen sowie der Krankenhäuser verwaltet. Oberstes Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung ist der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA). In ihm haben inzwischen auch Patientenvertreter Sitz (aber keine Stimme).

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA): Der Gemeinsame Bundesausschuss ist das oberste Beschlussgremium der Gemeinsamen Selbstverwaltung. Er bestimmt in Form von Richtlinien den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Der G-BA legt fest, welche Leistungen der medizinischen Versorgung von der GKV übernommen werden. Rechtsgrundlage für die Arbeit des G-BA ist das fünfte Buch des Sozialgesetzbuches.

Health Services Research: Versorgungsforschung

Health Technology Assessment (HTA): (Bewertung gesundheitsrelevanter Verfahren); Komplexes Forschungsprogramm zur Beantwortung sogenannter *Policy Questions* von Einrichtungen oder Personen mit Strukturverantwortung im Gesundheitswesen. Es bewertet die Sicherheit, Effektivität, Effizienz, rechtliche und ethische Vertretbarkeit sowie soziokulturelle Implikationen präventiver, diagnostischer, therapeutischer und rehabilitativer Methoden und Programme und unterstützt damit gesundheitspolitische Entscheidungen.

Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL): Leistungen, die wegen fehlenden oder noch nicht erwiesenen Nutzens oder aus sozialrechtlichen Gründen nicht zum Leistungskatalog der GKV gehören.

Interdisziplinär: Interdisziplinär ist eine Forschergruppe, wenn sie Vertreter mehrerer wissenschaftlichen Disziplinen umfasst und diese sich systematisch miteinander in Beziehung setzen.

Intervention: In der Medizin: Sammelbegriff für Maßnahmen, die den Verlauf einer Erkrankung verändern können oder sollen; dazu gehören Therapien, aber auch vorbeugende Maßnahmen oder diagnostische Untersuchungen, die zu Verhaltensänderungen führen können.

Inzidenz: Anzahl an identifizierten Krankheitsfällen, die in einem bestimmten Zeitraum in einer definierten Population neu auftreten.

Klinische Forschung: Im weiten Sinne alle Formen der Erforschung von Ursachen, Entstehung, Verlauf und Ausgang von Krankheiten sowie die wissenschaftliche Beschäftigung mit ihrer Erkennung und Behandlung, die aus der ärztlichen Arbeit im Umgang mit kranken Menschen hervorgehen. Im engen Sinne bezieht sich der Begriff allein auf bereits handlungsrelevante Forschungsvorhaben.

Kohortenstudie: Klinische oder epidemiologische Studie, bei der eine Gruppe von durch Ein- und Ausschlusskriterien definierte Personen rekrutiert und über einen längeren Zeitraum beobachtet werden.

Komorbidität: In der Medizin: ein oder mehrere zusätzlich zu einer (Index)Erkrankung vorliegende, abgrenzbare Krankheits- oder Störungsbilder.

Morbidität: (lat. *morbidus*, krank); Krankheitszustand, Anzahl erkrankter Personen innerhalb einer Population; im weiten Sinne alle Abweichungen vom Zustand der Gesundheit.

Mortalität: (lat. *mortalitas*, das Sterben); Sterblichkeit, Anzahl der Gestorbenen in einer Population und Zeiteinheit.

Multidisziplinär: Multidisziplinär ist eine Forschergruppe, wenn sie Mitglieder verschiedener wissenschaftlicher Disziplinen umfasst.

Nutzen: Die Summe aller positiv bewerteten Folgen wirksamer medizinischer Interventionen; in SGB V bezieht sich der Begriff auf die Summe aller positiven und negativen Folgen („Nettonutzen“).

Outcomes Research: (engl. *outcome*, das Ergebnis, der Endzustand); Ergebnisforschung; Begriff für die Erforschung von reversiblen und irreversiblen Auswirkungen therapeutischer etc. Maßnahmen und anderen Expositionen.

Phase 1-, 2-, 3- und 4-Studien: Studien zur Sicherheit und Wirksamkeit von Arzneimitteln am Menschen. Diese Prüfungen unterliegen strengen Bestimmungen. In der Phase 1 wird zunächst an einer kleinen Zahl von gesunden Probanden die Toxizität beziehungsweise Verträglichkeit von neuen Wirkstoffen geprüft. Hierauf aufbauend werden in Phase 2 an einer größeren Zahl von Studienteilnehmern die im Licht der gewünschten Effekte optimale Dosierung festgestellt. In der Phase 3 wird in kontrollierten Studien die Wirksamkeit an einer ausreichend großen Zahl von Patienten mit bestimmten Ein- und Ausschlusskriterien im Vergleich zu einer Kontrollbedingung und -gruppe bestimmt. Erst auf der Basis wenigstens einer erfolgreichen Phase-3-Studie ist die Zulassung eines neuen Arzneimittels möglich. Danach können die Effekte einer neuen Therapie in ihrer zugelassenen Indikation in Phase-4-Studien oder auch Anwendungsbeobachtungen weiter untersucht werden.

Pragmatische Studien: Eine Studie, in der experimentelle Behandlungen möglichst unter Alltagsbedingungen erprobt werden, indem es kaum Einschränkungen bei der Auswahl der Teilnehmer, der sonstigen Behandlung, der Beobachtungsdauer und Wahl der Outcomes gibt. Steht im Gegensatz zu Studien, in denen Therapien unter artifiziellen Studienbedingungen mit dem Risiko „falsch-positiver“ Ergebnisse erprobt werden.

Priorisierung: Ein komplexes Verfahren, um die Vor- beziehungsweise Nachrangigkeit von Politik-, Gesundheits- oder Versorgungszielen, Personen- oder Patientengruppen, von medizinischen Methoden, Indikationen oder Fällen festzustellen. Priorisierung dient der Vorbereitung gesundheitspolitischer Entscheidungen. Wird häufig mit Rationierung verwechselt.

Prognose-Studien: Studie, in der Krankheitsverlauf und -ausgang bei definierten Kranken/Patienten beobachtet und der Einfluss prognostischer Faktoren untersucht wird.

Quality-Adjusted Life Year (QALY): (qualitätsadjustiertes Lebensjahr); QALYs dienen dazu, eine durch eine Behandlung gewonnene Verlängerung des Lebens mit der psychometrisch bestimmten Lebensqualität dieser Zeit zu gewichten. Ein QALY variiert zwischen 1,0 (volle Gesundheit) und 0,0 (Tod).

Randomised Controlled Trials (RTC): (randomisierte kontrollierte Studien); Form einer experimentellen klinischen oder epidemiologischen Interventionsstudie, bei der die Zuordnung von Probanden/Patienten zu einer Interventions- oder einer Kontrollgruppe durch Randomisierung (zufällige Zuordnung) erfolgt.

Rationalisierung: Gelingende Rationalisierung führt zu einer besseren Kosten-Nutzen-Relation: mit dem gleichen Aufwand wird mehr geleistet (zum Beispiel Nutzen) oder Gleiches wird durch geringeren Aufwand erreicht.

Rationierung: Das systematische Vorenthalten medizinisch indizierter, das heißt wenigstens überwiegend nützlicher (und prinzipiell verfügbarer) medizinischer Leistungen aus Knappheitsgründen, oft mit dem Ziel einer gerechten Zuteilung knapper Güter unter Anerkennung unterschiedlicher Bedarfe.

Sachverständigenrat (SVR): Ein vom Bundesgesundheitsministerium berufenes Gremium zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SGB V, § 142).

Sozialgesetzbuch, fünftes (SGB V): Fünftes Buch des Sozialgesetzbuches; befasst sich mit der gesetzlichen Krankenversicherung

Transdisziplinär: Transdisziplinär arbeitet eine Forschergruppe, die problembezogen über ihre fachliche und disziplinäre Verfassung hinausgeht.

Überversorgung: Überversorgung liegt vor, wenn medizinische Maßnahmen unnötig (häufig, intensiv und lange) eingesetzt werden und damit das in § 12 SGB V gesetzte „Maß des Notwendigen“ überschreiten.

Unterversorgung: Unterversorgung liegt vor, wenn erforderliche medizinische Maßnahmen gar nicht, in zu geringer Menge, Intensität oder Dauer angewandt werden.

Wirksamkeit: Bei einer wirksamen Maßnahme/Intervention können ihr die beobachteten Effekte ihrer Anwendung kausal zugeordnet werden. In der Regel erfordert der Wirksamkeitsnachweis die Durchführung einer kontrollierten Studie vom Typ RCT. Ausnahmen (Einzelfallanalyse, einarmige Studie) sind möglich, bedürfen aber einer überzeugenden Begründung.

Quellenhinweise zum Glossar

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA): www.g-ba.de/institution/sys/glossar

Glossar des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin (EbM):
www.ebmnetzwerk.de/grundlagen/glossar

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG):
Glossar zu den „Allgemeinen Methoden 3.0“

Leitlinien-Glossar von AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften) und ÄZQ (Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin): www.versorgungsleitlinien.de/glossar/glossar

Niehoff J-U, Braun B (2003): Handwörterbuch Sozialmedizin und Public Health. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden

Porta M, Greenland S, Last J M (eds) (2008): A Dictionary of Epidemiology. Oxford University Press, Oxford, Fifth edition

Pschyrembel Klinisches Wörterbuch. 259. Auflage. De Gruyter, Berlin

Röhrig B, Prel J-B du, Wachtlin D, Blettner M: Studententypen in der medizinischen Forschung: Teil 3 der Serie zur Bewertung wissenschaftlicher Publikationen. Deutsches Ärzteblatt 2009. 106(15): 262–268

Wissenschaftsrat (1986): Empfehlungen zur klinischen Forschung in den Hochschulen. Köln