

Gesundheitspolitische Rahmenbedingungen und ihre Einflüsse auf die Versorgungsforschung:

Versorgungsforschung als Basis einer innovativen Evaluationskultur

Nach der Bundestagswahl 2009 forderten CDU, CSU und FDP gemeinsam „Mehr Forschung in der Versorgung“. Diese Forderung wurde auch in den Koalitionsvertrag aufgenommen. Dort heißt es (Koalitionsvertrag, S. 93): „Erkenntnisse über das Versorgungsgeschehen unter Alltagsbedingungen sind dabei besonders wichtig, damit die Qualität und Effizienz der Gesundheitsversorgung bei begrenzten Ressourcen weiter steigt. Daher werden wir die Versorgungsforschung systematisch ausbauen.“ Das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF) unterstützt diese Zielsetzung nachdrücklich und begrüßt in diesem Zusammenhang auch die aktuelle Förderung durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF), das im Februar 2010 zunächst 54 Millionen Euro für Studien in der Versorgungsforschung sowie zum Aufbau von Zentren der gesundheitsökonomischen Forschung bereitgestellt hat.

>> Die durch das BMBF angekündigte nachhaltige Stärkung der Versorgungsforschung über einen längeren Zeitraum könnte wesentlich zur Verstärkung der Forschungsaktivitäten in diesem Bereich beitragen. Neben der Forschungsförderung aus Steuermitteln und durch die Bundesärztekammer sind ergänzend aber auch weitere Finanzierungsquellen denkbar. So erkennen Krankenkassen im Rahmen ihres Tagesgeschäfts heute zwar Versorgungsdefizite und Forschungsbedarf, die Durchfüh-

rung der zur Klärung notwendigen Studien scheidet aber häufig an fehlenden monetären Mitteln, breit angelegte Forschung darf derzeit nicht aus Beitragsgeldern finanziert werden. Daher hat auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) in seinem 2009er Gutachten vorgeschlagen, eine gesetzliche Grundlage für eine solche Finanzierung zu schaffen. Auch dies wäre ein weiterer wichtiger Schritt zum systematischen Ausbau der Versorgungsfor-

schung in Deutschland.

In seinem aktuellen Gutachten findet sich die aktuelle Empfehlung, dass „den Kassen gesetzlich die Möglichkeit eingeräumt werden“ sollte, solche Studien mit einem festen prozentualen Anteil der Leistungsausgaben zu finanzieren (z.B. 0,1 %)“ (S. 515). Bei Umsetzung dieses Vorschlags könnte die GKV im Jahr über 160 Millionen Euro in Studien investieren. Alternativ könnte die Finanzierung, vergleichbar mit der Regelung beim InEK

Summary

Das AMNOG könnte ein „Einfallstor“ für Versorgungsforschung „light“ und verkappte Marketingstudien sein. Bei Markteinführung fehlende Head-to-Head-Studien verursachen erhebliche Probleme in der Praxis, da oft unklar ist, welche der verfügbaren Therapiemaßnahmen bei welchem Patienten der Vorzug zu geben ist. Eine vergleichende Effektivitätsforschung kann hierbei Abhilfe leisten. Effektivitätsverluste beim Transfer klinischer Forschungsergebnisse in die Patientenversorgung können z.B. aus strukturellen Barrieren, monosektoralen Betrachtungen oder patientenseitigen Umsetzungsverlusten resultieren. Die fehlende Umsetzung des mit dem GMG ab 2004 geplanten gemeinsamen Datenpools (SGB V §§ 303a-f) durch Krankenkassen und kassenärztliche Vereinigungen schwächt die Versorgungsforschung.

Literatur

- Bundesärztekammer: Rahmenkonzept zur Förderung der Versorgungsforschung. <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.6.3289>
- Bundesministerium für Bildung und Forschung: Pressemitteilung 09.Februar 2010 Schavan: „Forschung sichert beste Versorgung für Patienten“ <http://www.bmbf.de/press/2782.php>
- Dippel FW, Schneider T, Schöffski O, Kleinfeld A, Ponzel R (2009) Insulin glargin: eine kostengünstige Alternative im Vergleich zu NPH-Insulin. *Monitor Versorgungsforschung* 2 (6): 31 - 35
- Donner-Banzhoff N, Schrappe M, Lelgemann M (2007) Studien zur Versorgungsforschung. Eine Hilfe zur kritischen Rezeption. *Z Arztl Fortbild Qualitätssich* 101(7): 463-471.
- Federal Coordinating Council for Comparative Effectiveness Research: Comparative Effectiveness Research Funding. <http://www.hhs.gov/recovery/programs/cer/>
- Glaeske G, Augustin M, Abholz H, Banik N, Brüggengjürgen B, Hasford J, Hoffmann W, Kruse J, Lange S, Schäfer T, Schubert I, Trampisch HJ, Windeler J (2009) Epidemiologische Methoden für die Versorgungsforschung. *Gesundheitswesen* 71(10): 685-93.
- Glaeske G, Rebscher H, Willich S (2010) Versorgungsforschung: Auf gesetzlicher Grundlage systematisch ausbauen. *Dtsch Arztebl* 107 (26): A 1295-7. Im vorliegenden Beitrag werden Gedanken dieser Publikation vertieft.
- Hoffmann F, Glaeske G (2009) Versorgungsforschung: Interessenslagen und mangelnde Transparenz. *Monitor Versorgungsforschung* 2(5): 20-21.
- Kiencke P, Rychlik R, Grimm C, Daniel D (2010) Krankheitskosten bei Alzheimer-Demenz. *Med Klin* 105: 327-33
- Koalitionsvertrag CDU, CSU UND FDP: WACHSTUM.BILDUNG.ZUSAMMENHALT.DER KOALITIONSVERTRAG ZWISCHEN CDU, CSU UND FDP. 2009.<http://www.cdu.de/portal2009/29145.htm>
- Pfaff H, Glaeske G, Neugebauer EAM, Schrappe M (2009) Memorandum III: Methoden für die Versorgungsforschung (Teil 1). *Das Gesundheitswesen* 71 (8/9): 505 - 510
- Rebscher H: Gesundheitspolitik nach der Bundestagswahl. *Frankfurter Allgemeine* 15.05.2009 (Seite B4).
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Koordination und Qualität im Gesundheitswesen (Gutachten 2005). Stuttgart: Kohlhammer 2006.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Gutachten 2009 Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Langfassung. Bonn. 2009
- Schädlich PK, Hagemeyer EG, Gothe H, Höer A, Landgraf W, Häussler B (2009) Ressourcenverbrauch und Kosten der Behandlung von Typ-2-Diabetikern mit Insulin glargin oder Insulindetemir: Ergebnisse der Live-KK Studie. *Diabetologie & Stoffwechsel* 4: S79. Abstract P 229
- Schneeweiss S (2007) Developments in post-marketing comparative effectiveness research. *Clin Pharmacol Ther* 82(2): 143-56.
- Tunis SR, Dtryer DB, Clancy CM (2003) Practical clinical trials: increasing the value of clinical research for decision making in clinical and healthy policy. *JAMA* 290 (12): 1624-32
- Wiethage J, Ommen O, Ernstmann N, Pfaff H (2009) Transparenz als Voraussetzung für Innovation in der Versorgungsforschung: Defizite am Beispiel der Evaluation von Managed-Care-Modellvorhaben. *Gesundheitswesen* DOI 10.1055/s-0029-1239567 (publ. Ahead)
- Windeler J, Antes G, Behrens J, Donner-Banzhoff N, Lelgemann M (2008) Randomisierte klinische Studien (RCTs). *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes* 102(5): 321-5.

(Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus), über definierte Leistungsfälle auf alle betroffenen Kostenträger verteilt werden. Aus der GKV kommt daher der Vorschlag, zur Finanzierung der Versorgungsforschung einen Systemzuschlag (Forschungscents) zu erheben (Rebscher, 2009). Angesichts der sich abzeichnenden großen zukünftigen Herausforderungen für unser Gesundheitssystem kann gar kein Zweifel daran bestehen, dass eine praktisch relevante und methodisch hochwertige Versorgungsforschung eine lohnende Investition in die Weiterentwicklung unseres Gesundheitswesens und in die optimale Versorgung der Versicherten darstellt. Die politische Debatte über die nächsten Schritte zum systematischen, nachhaltigen Ausbau der Versorgungsforschung in Deutschland sollte jetzt geführt werden (siehe hierzu auch Glaeske et al., 2010).

Die Ziele von Versorgungsforschung

Ziel der Versorgungsforschung aus Sicht des DNVF ist es, auf konkrete, versorgungsrelevante Fragen zeitnah und patientenzentriert valide, pragmatische Antworten zu geben, die als Grundlage für Entscheidungsprozesse genutzt werden können. Methodisch hochwertige Versorgungsforschung in Deutschland kann sich nur bei langfristig gesicherter, von Anbieter- und Herstellerinteressen unabhängiger Finanzierung weiter entwickeln. (Pfaff et al., 2009) Diese Forderungen und thematischen Schwerpunkte sind auch Gegenstand der bisher publizierten Memoranden des DNVF. Im Memorandum III standen insbesondere die methodischen Anforderungen im Mittelpunkt (Glaeske et al., 2009). Dies war schon deshalb erforderlich, weil sich die Versorgungsforschung als neue Disziplin im Rahmen der Gesundheits- und Sozialwissenschaften einen gesicherten methodischen Rahmen als Referenz für Forschungsvorhaben und deren Begutachtung geben sollte und Begehrlichkeiten von welchen Institutionen oder Einrichtungen auch immer, über die Versorgungsforschung mit ihrer hohen externen Validität Defizite von klinischen Studien im Bezug auf ihre interne Validität wett machen zu können. Die Selektivität der Auswahl von Patientinnen und Patienten z.B. in Zulassungsstudien lässt nämlich kaum Aussagen über die Effektivität der jeweiligen Intervention in unselektierten Patientenpopulationen oder über patientenrelevante Outcomes zu. Erst mit der Versorgungsforschung kann eine Wirksamkeits- und Nutzenbewertung medizinischer Interventi-

onen unter realen Versorgungsbedingungen dargestellt werden. Die Implementierung neuer medizinischer Interventionen in die reale Versorgung ist immer im Vergleich mit klinischen Wirksamkeitsstudien mit Effektivitätsverlusten verbunden (siehe Abbildung). Warum diese entstehen und welche Konsequenzen sich daraus ergeben, gehört zu den wichtigsten Fragen der Versorgungsforschung.

Die Effektivitätsverluste können unterschiedliche Ursachen haben: Beim Transfer

diskreditierten „Anwendungsbeobachtungen“ missbraucht wird; „Anwendungsbeobachtungen“, wie sie z.B. vom medizinisch-industriellen Komplex als „Diffusionsbeschleuniger“ im Arzneimittel- oder Hilfsmittelmarkt angeboten werden und den Ärztinnen und Ärzten eine oft durchaus attraktive zusätzliche Einnahmequelle anbieten.

Letztlich bleiben solche Studien aber wissenschaftlich untaugliche Marketingstudien. Ein „Umlabeln“ in Versorgungsforschungsstu-

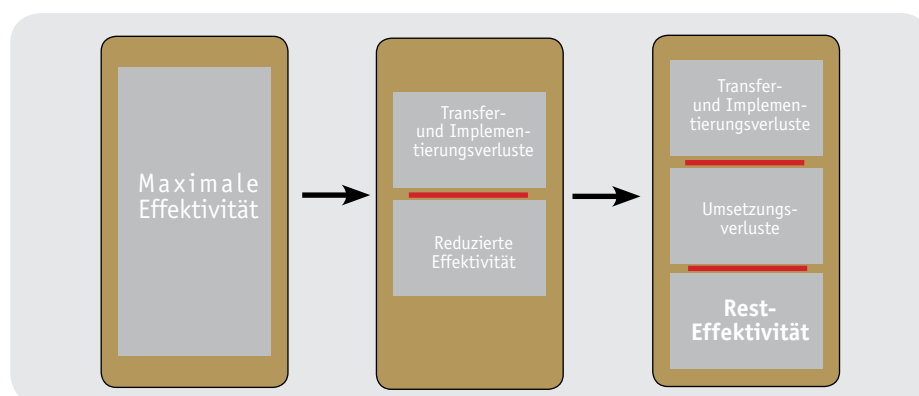


Abb. 1: Effektivitätsverluste medizinischer Hilfspotenziale durch Transfer, Implementierung und Umsetzung, Quelle: SVR 2005, Ziffer 793

und der Implementierung der Ergebnisse aus der klinischen Forschung in die Patientenversorgung kann es durch strukturelle Barrieren (z.B. unterschiedliche Anforderungen zur Nutzung von Innovationen im stationären oder ambulanten Bereich oder finanzielle Budgets), durch mangelnde Anreize zur Nutzung von Innovationen (die Wirtschaftlichkeit einer Maßnahme, die bei transsektoraler Betrachtung durchaus Vorteile hätte, wird nur monosektoral betrachtet (z.B. Arzneimittel, die Operationen überflüssig machen, aber durchaus hochpreisig sind) oder durch patientenseitige Umsetzungsverluste (Defizite in der Adhärenz („Compliance“)) zu einer Verringerung der in klinischen Studien gezeigten Effektivität kommen. Ausmaß, Gründe und Konsequenzen dieses Efficacy-Effectiveness-Gaps, dieses Unterschieds zwischen der maximalen Effektivität aus selektiven Studienbedingungen mit hoher interner Validität und der realen Patientenversorgung können im Rahmen von Versorgungsforschungsstudien mit hoher externer Validität untersucht werden – dies macht letztlich auch die Bedeutung und den Vorteil von Versorgungsforschung aus.

Gerade wegen dieser Vorzüge ist die Versorgungsforschung allerdings auch einer wachsenden Begehrlichkeit ausgesetzt: Es besteht nämlich die Gefahr, dass sie als quasi wissenschaftliche Umschreibung der allgemein-

dien, und hierfür gibt es Beispiele, ist wissenschaftliches Fehlverhalten! Versorgungsforschung „light“ muss daher von allen abgelehnt werden, die sich um die wissenschaftliche Akzeptanz und die Forschungsqualität dieses zumindest national neuen, aber sich stürmisch entwickelnden Forschungsgebietes bemühen (Donner-Banzhoff et al., 2007).

Missbrauchsgefahr der Versorgungsforschung durch das AMNOG?

Das Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz vom Juni 2010 (AMNOG) könnte ein solches „Einfallstor“ für Versorgungsforschung „light“ sein. Die Nutzenbewertung neuer Arzneimittel ist nach wie vor eine Forderung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), sie ist im 5. Sozialgesetzbuch (SGB V) seit dem 1.1.2004 verankert. Hinzu kommt nun seit dem 1.4.2007 die Kosten-Nutzen-Bewertung und damit die Frage nach dem Nutzen-Vergleich bestimmter Maßnahmen, der dann auch zu einer Kostenbewertung führen soll (siehe § 35 b SGB V). Ohne Zweifel werden damit rechtliche Anforderungen gestellt, die im Rahmen der Versorgungsforschung „abgearbeitet“ werden können, wenn es darum geht, den patientenrelevanten Nutzen und die Kosten für eine medizinische Maßnahme

in ein angemessenes Verhältnis zu setzen.

Die Vermutung ist allerdings, und hierfür gibt es bereits erste Beispiele, dass auf einer methodisch zweifelhaften Basis Studien für eine solche Bewertung vorgelegt werden, die unter der Überschrift „Versorgungsforschung“ eine wissenschaftliche und patientennahe Basis für die gezielt vorteilhaften Ergebnisse signalisieren sollen. Ein Vergleich von Diuretika, ACE-Hemmern und Sartanen, der auf der Basis einer retrospektiven Auswertung von Sekundärdaten das Ergebnis hat, dass Sartane die höchste Adhärenz bei Patientinnen und Patienten zu haben scheinen, spricht nicht schon deshalb für einen höheren Nutzen der Sartane, die daher auch etwas teurer sein dürfen. Endpunktstudien, z.B. im Hinblick auf die kardiovaskuläre Mortalität oder die Häufigkeit von Ereignissen wie Herzinfarkten und Schlaganfällen, können nicht durch Adhärenzstudien im Rahmen von Versorgungsforschung substituiert werden. Schließlich bestimmt auch in der Versorgungsforschung die Fragestellung die Methodik – und die wäre in diesem Fall sicherlich die randomisierte klinische Studie (Phase IV) (Schneeweiss, 2007; Windeler et al., 2008).

Die gleiche Kritik trifft auch auf Studien zu, die zwar zeigen, dass ein bestimmtes Antidementivum die Belastung der Pflege senkt und damit in dieser Weise Einsparungen für das Versorgungssystem bedeuten kann, in denen aber „vergessen“ wird, andere und von der Evidenz her überlegene Antidementiva mit in die Auswertungen einzubeziehen (Kiencke et al, 2010; besprochen in Hoffmann/Glaeske, 2009). Auch dies ist eine „Versorgungsforschung“, die nichts anderes darstellt als eine „verkappte“ Marketingstudie – mit den Anforderungen an eine methodisch abgesicherte Versorgungsforschung haben derartige Studien rein gar nichts zu tun.

Versorgungsforschung als notwendige Ergänzung klinischer Forschung

Einigkeit sollte darin bestehen, dass Versorgungsforschung eine notwendige Ergänzung klinischer Studien darstellt. In Studien wie z.B. den Arzneimittelzulassungsstudien, die dem primären Zweck dienen, die Wirksamkeit, Unbedenklichkeit und pharmazeutische Qualität nachzuweisen, damit das jeweilige Arzneimittel die Zulassung erhält und auf dem Markt angeboten und abgesetzt werden kann, geht es primär nicht um den Patientenutzen. So schränkt das oft stark selektierte Patientenkollektiv sowie die randomisierte

und kontrollierte Situation in einer klinischen Studie die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf die Praxis ein. Die Anzahl von eingeschlossenen Patienten ist meist zu gering, um seltene Endpunkte (wie z.B. unerwünschte Therapieeffekte) mit ausreichender statistischer Power identifizieren zu können. Zudem werden gerade im Bereich der Arzneimittel die zulassungsrelevanten Studien oft nur im Vergleich zu Placebo durchgeführt; Daten zur vergleichenden Wirksamkeit mit anderen verfügbaren Therapien (Head-to-Head-Studien) liegen daher bei Markteinführung zumeist nicht vor. Hieraus ergeben sich erhebliche Probleme in der Praxis, da oft unklar ist, welcher der verfügbaren Therapiemaßnahmen bei welchem Patienten der Vorzug zu geben ist.

An diesen Wissenslücken setzt die Versorgungsforschung an. Sie umfasst neben Studien zur Beschreibung und Erklärung der Versorgungssituation auch die wissenschaftliche Evaluation der Umsetzung von Versorgungskonzepten und trifft Aussagen zu erwünschten und unerwünschten Effekten der Intervention. Da Versorgungsforschung explizit die Versorgungsrealität zur Grundlage ihres Forschungsansatzes macht, können verschiedene Therapiemaßnahmen in Bezug auf ihre Effektivität unter Real-Life-Bedingungen miteinander verglichen werden. Gerade in letzter Zeit hat das internationale Interesse an diesem Forschungsbereich („Comparative Effectiveness Research“, übersetzt in etwa „vergleichende Effektivitätsforschung“) enorm zugenommen, nachdem in den USA aufgrund der Wissensdefizite in diesem Bereich mehr als eine Mrd. US\$ für derartige Forschungsvorhaben zur Verfügung gestellt worden sind (Federal Coordinating Council).

Der unbekannte Stellenwert konkurrierender Therapiemaßnahmen führt zu Unklarheiten in der klinischen Praxis und bei der Kosten-Nutzen-Bewertung. Studien im Bereich „Comparative Effectiveness Research“ erscheinen daher in Deutschland gleichermaßen erforderlich wie in den USA. In Ergänzung zu den randomisierten, kontrollierten klinischen Studien werden Versorgungsforschungsstudien unter methodisch adäquater Nutzung von vorliegenden oder zu generierenden Daten (GKV-Routinedaten, Registerdaten etc.) in Zukunft eine zunehmend wichtige Rolle spielen.

Klinische Studien spiegeln eher selten die Realität oder die tatsächlichen Gegebenheiten, Rahmenbedingungen oder Abläufe in den oft überfüllten Krankenhausambulanzen oder Praxen wider. Um solche Ungleichheiten zwischen dem maximal möglichen und tat-

sächlichen Therapieerfolg quantitativ und qualitativ bestimmen zu können, bieten sich sogenannte „Pragmatische klinische Studien“ an (Tunis et al., 2003). Auf dieser Basis kann z.B. eine objektivere Entscheidung darüber gefällt werden, ob eine Behandlung von den Krankenkassen bezahlt werden soll oder nicht. Die derzeitige Diskussion über eine Kosten-Nutzen-Studie, mit der Vorzüge der im Vergleich zu den Humaninsulinen teureren Analoginsuline gezeigt werden soll, weil bei angeblich vergleichbaren Patientengruppen weniger gespritzte Einheiten Insulin zur Kontrolle der Blutzuckers und ein geringerer Verbrauch von Blutzuckerteststreifen anfallen, ist ein Beispiel für solche Studien, die helfen sollen, Ausschlüsse vom GKV-Markt wegen eines nicht vorhandenen Zusatznutzens zu verhindern (Schädlich et al. 2009; Dippel et al., 2009).

In diesen Studien ist es daher von essenzieller Wichtigkeit, die Vergleichsgruppen sinnvoll zu wählen, die eingeschlossenen Patientinnen und Patienten so auszuwählen, dass sie für die Gesamtbevölkerung repräsentativ sind und vorhandene Confounder zu benennen (z.B. in den genannten Studien mangelnde Hinweise auf den BMI, Co-Morbiditäten, den Schweregrad des zu behandelnden Diabetes usw.).

Darüber hinaus müssen auch patientenrelevante Endpunkte berücksichtigt werden, etwa die Auswirkungen auf die Lebensqualität. Dies bedeutet aber auch, dass es bei der Anwendung von z.B. Arzneimitteln zur Behandlung von zu hohem Blutdruck, von Diabetes oder Fettstoffwechselstörungen nicht nur um die Senkung der jeweiligen Messwerte gehen kann, sondern auch um eine erhöhte Lebenserwartung. Nur so kann letztlich eine Aussage darüber getroffen werden, ob bestimmte Medikamente oder Operationen tatsächlich zu einer Verbesserung des Gesundheitszustandes in der jeweiligen Bevölkerung führen. Mit Hilfe einer methodisch gut abgesicherten Versorgungsforschung ist die Beantwortung einer solchen Frage durchaus möglich, dies ist geradezu das zentrale Feld einer richtig verstandenen Versorgungsforschung.

„Versorgungsforschung als Politikfolgenforschung“

Die Politik hat in den letzten Jahren erhebliche Veränderungen für die Patientenversorgung in unserem Gesundheitssystem beschlossen, beispielsweise die Einführung von selektiven Verträgen (z.B. Rabattverträge zwischen Pharmazeutischen Herstellern und

Kassen nach § 130 a Abs. 8 SGB V), von integrierter Versorgung (§ 140 a-f SGB V, z.B. sektorübergreifende Verträge in der Behandlung orthopädischer oder psychischer Erkrankungen) oder von Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung (§ 73 b). Über die Auswirkungen dieser neuen Versorgungsformen ist wenig bekannt, da es keine obligatorische Evaluationspflichtung und transparenzfördernde Maßnahmen gibt (Wiethege et al., 2009)

Wenn aber in unser Gesundheitssystem derartig gravierende Veränderungen eingeführt werden, ist die Darstellung der Auswirkungen und Ergebnisse für die Politiker, für die Beteiligten und vor allem für die betroffenen Patientinnen und Patienten von hoher Relevanz, schließlich sollen nur solche Konzepte auf Dauer Bestand haben und finanziert werden, die ihre Effektivität, ihre Effizienz bezogen auf den Patientennutzen nachgewiesen haben. Bei einer solchen Evaluation könnten unter anderem die den Krankenkassen und kassenärztlichen Vereinigungen vorliegenden Routinedaten über abgerechnete Leistungen genutzt werden.

Daher sollte die Umsetzung des mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) im Jahr 2004 geplanten gemeinsamen Datenpools (SGB V § 303a-f) der Krankenkassen und kassenärztlichen Vereinigungen dringend weiterverfolgt werden. Die gesetzlichen Voraussetzungen sind gegeben, die Selbstverwaltung der beiden Körperschaften hat sich bisher allerdings noch nicht auf ein Verfahren zur Nutzung dieser Daten einigen können. Dies schwächt die Umsetzung

bestimmter Vorhaben im Bereich der Versorgungsforschung geradezu vorsätzlich!

Fazit

Es muss das Bestreben aller Beteiligten und Verantwortlichen in unserem Gesundheitssystem sein, die Versorgungsforschung zugunsten der patientenrelevanten Versorgungsqualität zu nutzen und auszubauen. Dabei ist das wichtigste Ziel, in der methodischen Anforderung für eine wissenschaftsbasierte Versorgungsforschung keine Kompromisse zuzulassen, damit dieser nicht international, aber durchaus national neue und so wichtige Wissenschaftszweig nicht für eine interessenorientierte „Legitimations- und Marketingforschung“ missbraucht wird. Viele der aktuellen gesundheitspolitischen Regulationen und Entscheidungen beziehen Studien der Versorgungsforschung mit ein. Es ist daher das Ziel des DNVF, allen erkennbaren Strategien, die zu einer Versorgungsforschung „light“ führen könnten, frühzeitig durch klar formulierte methodische Anforderungen zu begegnen, an denen sich die Forschungsgemeinschaft zu orientieren hat. Es muss das Ziel sein, die in unserem System nur defizitär ausgeprägte Evaluationskultur durch verbindliche Rahmenbedingungen zu überwinden – die Versorgungsforschung ist hierfür das geeignete wissenschaftliche Instrument! <<

Prof. Dr. Gerd Glaeske,

Prof. Dr. Edmund A.M. Neugebauer,

Prof. Dr. Holger Pfaff*

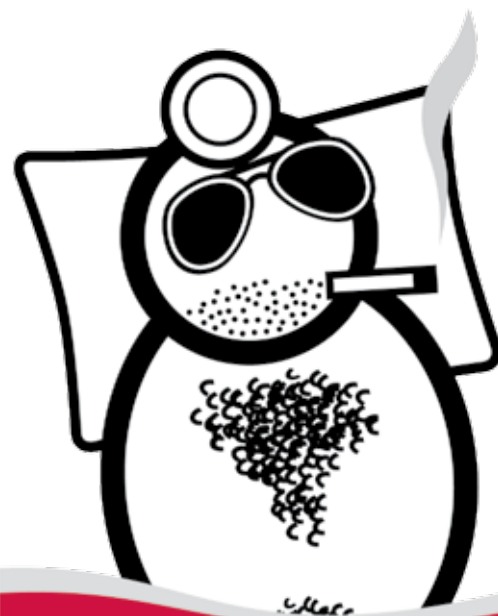
Status Quo der Versorgungsforschung

>> Die Studienrichtung „Versorgungsforschung“ ist auch im Vorfeld des 9. Versorgungsforschungskongresses, der Ende September in Bonn stattfindet, noch ein recht junges Forschungsfeld. Und zudem eines, das es bisher sowohl an hinreichender Transparenz als auch einem konzertierten Vorgehen fehlt, wie es Bundesgesundheitsminister Dr. Philipp Rösler im Titelinterview in „Monitor Versorgungsforschung“ (Ausgabe 02/2010) in Form eines Art Masterplans eingefordert hat. Für diesen Masterplan sollten – so der Minister – schon seit Jahresbeginn Workshops zwischen BMBF und BMG stattfinden, jedoch hat noch kein einziges Treffen stattgefunden.

Etwas Licht ins Dunkel des Status Quo der Versorgungsforschung bringen hingegen zwei Initiativen: Zum einen ist dies eine aktuelle Umfrage von MVF-Herausgeber Prof. Dr. Rein-

hold Roski, die dieser kürzlich initiiert hat, zum anderen ist dies eine wissenschaftliche Studie zum Stand der Versorgungsforschung in Deutschland, die Anfang des Jahres in einer Kooperation von IMVR, WINEG und der TK gestartet worden ist. Binnen eines Jahres soll die Studie Auskunft über Forschungsergebnisse und Kompetenzen im Bereich der Gesundheits- und Krankheitsversorgung geben.

Die Projektleitung haben Prof. Dr. Holger Pfaff (IMVR) und Dr. Frank Verheyen (WINEG) inne, die Projektdurchführung liegt bei Anna Schmidt und Dominique Winter (IMVR) sowie Brigitte Grenz-Farenholtz (WINEG). Ziel der Studie ist es, durch die systematische bundesweite Erfassung von Projekten der Versorgungsforschung in Form einer Projektdatenbank eine Plattform für den Erfahrungsaustausch und Erkenntnisgewinn von Versorgungsforschern entstehen zu lassen. <<



Ich versorg's Dir

Andere Versorgungsforscher treffen und kontaktieren:

faces.doccheck.com



DocCheck[®] Faces