

# Versorgungsforschung – eine Disziplin im Aufschwung

von Gisela Nellessen-Martens<sup>1</sup> und Wolfgang Hoffmann<sup>2</sup>

## ABSTRACT

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

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

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

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

## 1 Einleitung

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

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

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

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

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

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

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

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

## 2 Grundlagen der Analyse

### 2.1 Was ist Versorgungsforschung? – Gegenstand, Selbstverständnis und Aufgaben

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

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

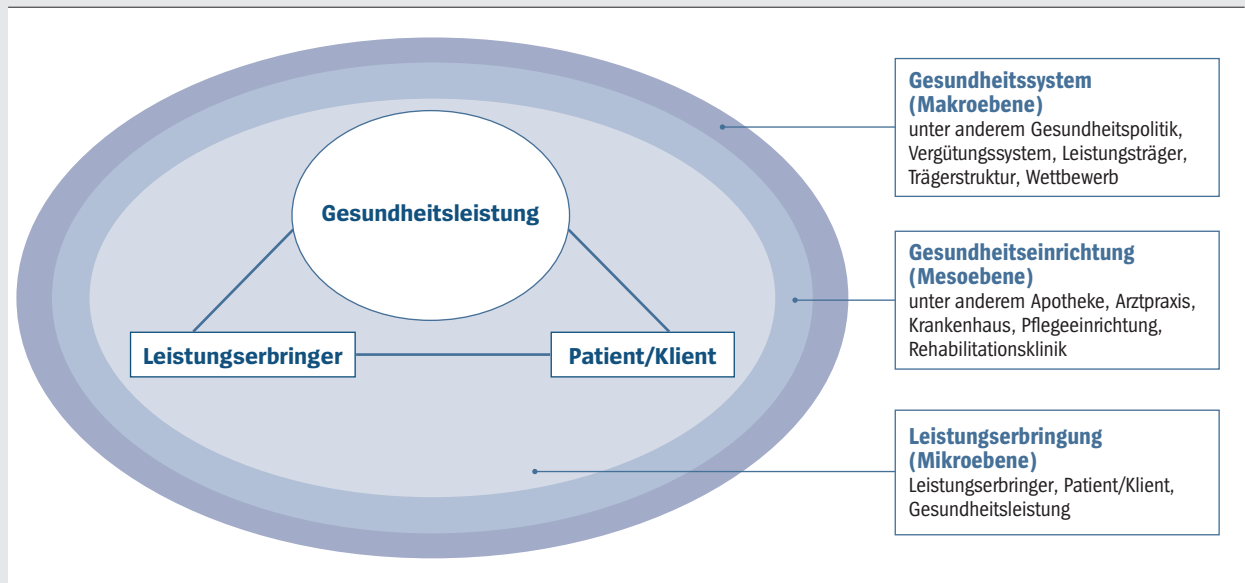
Ein zentrales Ziel der Versorgungsforschung ist die Patienten- oder Populations- und Outcome-Orientierung. Die Versorgungsforschung lenkt den Blick auf „die letzte Meile“ (*Pfaff 2003, 13*). Während in klinischen Studien unter kontrollierten Untersuchungsbedingungen die Wirkungen von Gesundheitsleistungen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

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

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

## ABBILDUNG 1

## Die Mikro-, Meso- und Makroebenen der Leistungserbringung



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

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

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

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

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

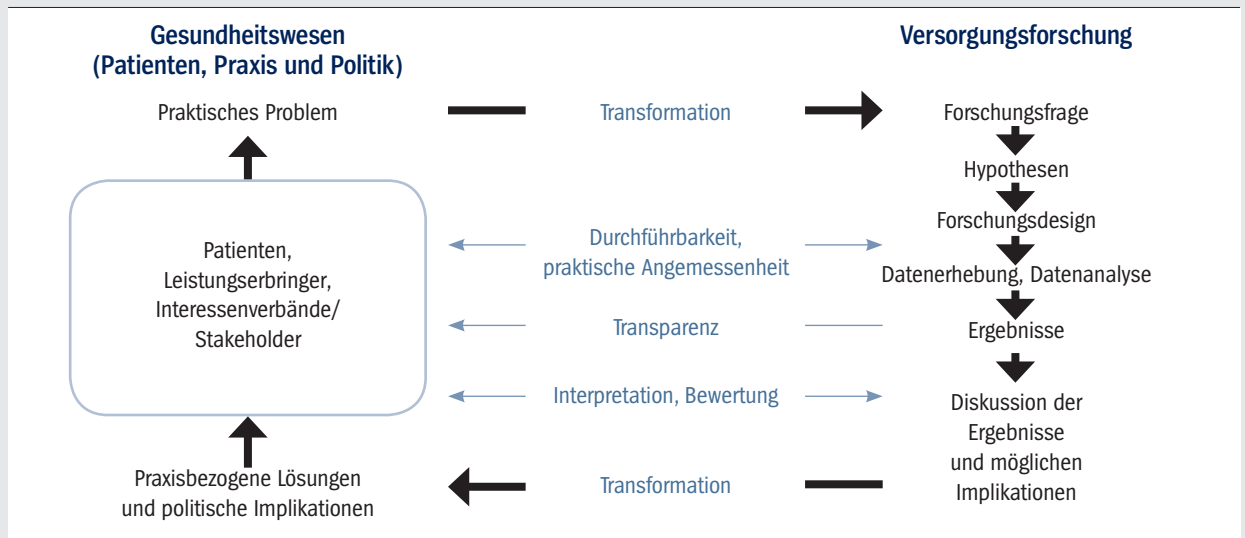
- **Beschreiben:** Wie lassen sich Versorgungssituation, Inanspruchnahme, Zugang und Bedarf an Versorgungsleistungen beschreiben?
- **Erklären:** Welche Ursachen sind verantwortlich? Welche Faktoren können die Situation erklären?
- **Gestalten:** Welche neuen Konzepte und Interventionen lassen sich aufgrund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

## 2.2 Wie funktioniert ein lernendes (Gesundheits-)System?

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

ABBILDUNG 2

## Regelkreis einer transferorientierten Versorgungsforschung



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

Quelle: in Anlehnung an Bensing et al. 2003; Grafik: G+C Wissenschaft 2017

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

TABELLE 1

## Aufgaben und Gegenstand der Versorgungsforschung bei den aktuellen Förderprogrammen

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

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

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

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

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

### 3 Analyse: Wer profitiert vom Aufschwung?

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



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

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

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

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

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

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

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

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

## 4 Fazit: Inwieweit wird das Gesundheitswesen profitieren?

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

TABELLE 2

## Stand der Versorgungsforschung vor dem Hintergrund definierter Erwartungen und Empfehlungen

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

<sup>1</sup> Memorandum der Ständigen Kongresskommission des Deutschen Kongresses für Versorgungsforschung (2003)

<sup>2</sup> Navigationshilfe Gesundheitspolitik, Eckpunkte eines Nationalen Aktionsplans Versorgungsforschung (2013)

<sup>3</sup> DNVF-Stellungnahme zu Qualität, Nutzen und Wirksamkeit der Versorgungsforschung (2014)

nicht erreicht	nur bedingt erreicht	erreicht
-	-/+	+

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

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



## Literatur

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

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

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

**BMBF (Bundesministerium für Bildung und Forschung) (2016 a):** Transfer von Forschungsergebnissen in die Praxis. Ein Leitfaden für die Wissenschaft; [www.forschung-patientenorientierung.de/files/vnf\\_leitfadenwissenschaft\\_barrierefrei.pdf](http://www.forschung-patientenorientierung.de/files/vnf_leitfadenwissenschaft_barrierefrei.pdf)

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

**Bundesärztekammer (2004):** Arbeitskreis „Versorgungsforschung“ beim Wissenschaftlichen Beirat der Bundesärztekammer: Definition und Abgrenzung der Versorgungsforschung; [www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/Definition.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Definition.pdf)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## DIE AUTOREN

**Dr. Sportwiss. Gisela Nellessen-Martens,**

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

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

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