

Versorgungsforschung als Methode der Problemdefinition und Evaluation



M. Schrappe

Dieser Artikel basiert auf einem Vortrag vom 30.09.2013 auf der

**Werkstatt 2013 zur Ziel-orientierten Versorgung, neue Strukturen und Prozesse im
Österreichischen Gesundheitswesen**

ausgerichtet vom SV Wissen, Forschung und Lehre der Österreichischen
Sozialversicherungen, in St. Pölten, Österreich

Version 1.0.0. vom 08.04.2014

Der Artikel wird fortlaufend aktualisiert (zur Versionsgeschichte).

Es wird in regelmäßigen Abständen eine pdf-Version erstellt, die Web-Version ist jedoch die
aktuelle und primäre Quelle.

Zitate unter Angabe der Web-Adresse: <http://www.matthias.schrappe.com/texte/p4p/>

M. Schrappe

Versorgungsforschung als Methode der Problemdefinition und Evaluation

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung

Textfassung

1. Einleitung

2. Methode der Problemdefinition

2.1. Doppelte Komplexität

2.2. Nutzen und Bedarf: Angemessenheit

3. Evaluation

3.1. *Evidence-Based Medicine*

3.2. Evaluation und Komplexität

4. Ausblick

Literatur

Abkürzungen

Stichworte

Versionen

Impressum

Zusammenfassung

Versorgungsforschung als Methode der Problemdefinition und Evaluation

Versorgungsforschung stellt neben der Grundlagen-, der translationalen und der klinisch-evaluativen Forschung die vierte Stufe des Innovationstransfers in der Gesundheitsversorgung dar. Gleichzeitig bildet die Versorgungsforschung in vielen Fällen die erste Stufe einer Problemdefinition, indem sie in der Versorgung relevante Fragestellungen definiert, beschreibt, operationalisierbar macht, untersucht und eventuell für die anderen Forschungsebenen aufbereitet. Die Versorgungsforschung ist durch Ergebnisorientierung, Multidisziplinarität und –professionalität sowie durch Patientenorientierung charakterisiert. Ihr Gegenstand besteht in der Beschreibung und Analyse der Kontextfaktoren der Gesundheitsleistung, die zusammen die gesamte Versorgungsleistung ergeben. In Ergänzung der *Evidence-Based Medicine* nimmt sie dabei auf die relative Wirksamkeit von Methoden Bezug (*effectiveness*). Die Nutzenbestandteile dieser Behandlungsmethoden (Effizienz, Patient-Reported Outcomes wie Lebensqualität etc.) werden unter dem Begriff der Angemessenheit von Versorgungsleistungen zusammengefasst. In der Allokationsdebatte ergänzt die Angemessenheit von Leistungen die absolute Wirksamkeit (*efficacy*) in der Beschreibung des Nutzens einer therapeutischen Maßnahme und bildet – soweit wissenschaftlich abgesichert – eine Beschreibung des objektiven Bedarfs.

Versorgungsforschung stellt also einen essentiellen Teil der Wissensbasis dar, die für Allokationsentscheidungen herangezogen wird. Studien im Bereich der Versorgungsforschung weisen naturgemäß eine große Variabilität ihrer Ergebnisse und eine größere Bandbreite der verwendeten Methoden auf und reflektieren damit die Komplexität des Forschungsgegenstandes. Analog zur Aufgabe der Evidence-based Medicine in der Überprüfung der Validität von Studien im Bereich der klinisch-evaluativen Forschung (z.B. randomisierte Studien) und deren Synthese in systematischen Reviews müssen Ergebnisse der Versorgungsforschung ebenfalls hinsichtlich ihrer Validität bewertet und durch Synthese der unterschiedlichen Studien zugänglich gemacht werden. Teilweise wird diese Aufgabe von *Health Technology Assessment* (HTA) übernommen, das Konzept der *Evidence-based Health Care* steht hier aber im Mittelpunkt. Die Versorgungsforschung verspricht, die Komplexität des Forschungsgegenstandes handhabbar zu machen, allerdings steht für die nächste Zeit die Debatte an, wie sich die Versorgungsforschung im Spannungsfeld zwischen klinisch-evaluativer Forschung und den Sozialwissenschaften hinsichtlich der Beschreibbarkeit von Einzelfaktoren und der Annahme linearer Zusammenhänge positioniert. Abschließend wird auf die politische Erwartungshaltung eingegangen und zur Problematik der Datensicherheit Stellung genommen.

Textfassung

1. Einleitung und Begriffsdefinition

Ohne unernst klingen zu wollen: manchmal ist es bei der Begriffsklärung zielführend mit dem zu beginnen, was der Begriff **nicht** darstellen soll. Versorgungsforschung hat nichts mit der Cafeteria zu tun ("Versorgungszentrum"), auch der Begriff "Versorgungsstudien" aus dem deutschen Sozialgesetzbuch V ist gutgemeint, aber "Versorgungsforschungsstudien" wäre doch präziser gewesen (s. Tableau 1). Ebenso wenig trifft es der Begriff "Versorgungswissenschaften", schon allein der Plural deutet systematische Beliebigkeit an, und es handelt sich auch nicht um "Versorgung", denn diese ist die Praxis, die Versorgungsforschung stellt dagegen ein Forschungsfeld dar. Auch auf dem Gebiet der Wissenschaft sind Verwechslungen an der Tagesordnung: Versorgungsforschung ist nicht identisch (aber verwandt) mit *Public Health* und nicht deckungsgleich mit der Gesundheitsökonomie (wenngleich die gesundheitsökonomische Methodik in der Versorgungsforschung eine enorm wichtige Rolle spielt). Man kann - etwas grob gezeichnet - vielleicht sagen, dass die Versorgungsforschung im Gesundheitswesen den Schulterschluss zwischen der Klinischen Forschung und den Sozialwissenschaften ermöglicht hat, ähnlich wie vor 15 Jahren die Gesundheitsökonomie dies mit den Wirtschaftswissenschaften erreichen konnte. Aber letztlich muss die Versorgungsforschung selbst eine Definition bereitstellen und ihre wissenschaftlichen Grundannahmen darlegen.

Tableau 1: §35b SGB V "Kosten-Nutzen-Bewertung" AMNOG 2009

bb) In Satz 3 werden der Punkt am Ende durch ein Semikolon ersetzt und die folgenden Wörter angefügt:

„Basis für die Bewertung sind die Ergebnisse klinischer Studien sowie derjenigen **Versorgungsstudien**, die mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss nach Absatz 2 vereinbart wurden, § 35a Absatz 1 Satz 3 und Absatz 2 Satz 3 gilt entsprechend.“

Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Der Gemeinsame Bundesausschuss kann mit dem pharmazeutischen Unternehmer **Versorgungsstudien** und die darin zu behandelnden Schwerpunkte vereinbaren. Die Frist zur Vorlage dieser Studien bemisst sich nach der Indikation und dem nötigen Zeitraum zur Bereitstellung valider Daten; sie soll drei Jahre nicht überschreiten. Das Nähere regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in seiner Verfahrensordnung. Die Studien sind auf Kosten des pharmazeutischen Unternehmers bevorzugt in Deutschland durchzuführen.“

Glücklicherweise kann man sich ja auch hier auf die internationale Literatur beziehen, denn es gibt da zwei Begriffe, die dem deutschsprachigen Begriff der Versorgungsforschung sehr nahe kommen: *outcome research* (Clancy und Eisenberg 1998) und *health services research* (HSR) (Lohr und Steinwachs 2002; s. Tableau 2). Diese Begriffe bringen bereits die drei elementaren Grundpfeiler der Definition der Versorgungsforschung zur Geltung:

- Ergebnis- bzw. *outcome*-Orientierung,
- Multidisziplinarität und -professionalität sowie

- Patientenorientierung.

Tableau 2: Versorgungsforschung - Definitionen

Outcome research (Clancy und Eisenberg 1998): "the study of the end results of health services that take patients' experiences, preferences, and values into account."

Health services research (HSR) (Lohr und Steinwachs 2002) "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."

Versorgungsforschung (Pfaff 2003, Pfaff und Schrappe 2011) ist „ein fachübergreifendes Forschungsgebiet, das die Kranken- und Gesundheitsversorgung und ihre Rahmenbedingungen beschreibt und kausal erklärt, zur Entwicklung wissenschaftlich fundierter Versorgungskonzepte beiträgt, die Umsetzung neuer Versorgungskonzepte begleitend erforscht und die Wirksamkeit von Versorgungsstrukturen und -prozessen unter Alltagsbedingungen evaluiert.“

So wird in der in Deutschland meist gebrauchten Definition (Pfaff 2003)

Versorgungsforschung zunächst einmal als ein Forschungsgebiet bezeichnet, also weder um ein einheitliches Fach noch um eine Methodik. Dieses Forschungsgebiet, das sich durch Multidisziplinarität und Multiprofessionalität auszeichnet, behandelt die Frage, unter welchen Bedingungen die Versorgungsleistung zustandekommt, durch welche Kontextleistungen (zusätzlich zur Gesundheitsleistung) sie geprägt wird. Hierbei spielt der sog. *effectiveness gap* eine große Rolle. Hierunter versteht man die Differenz zwischen dem existierenden Wissen aus klinischen Studien und der in der "Alltagsversorgung" praktizierten Versorgung, meist benannt durch das Begriffspaar "absolute Wirksamkeit" (*efficacy*) unter den Bedingungen des klinischen Versuchs und "relative Wirksamkeit" unter Alltagsbedingungen (*effectiveness*) (zur Nomenclatur s. Sens et al. 2007, SVR 2008, Nr. 579).

Allerdings ist zu berücksichtigen, dass jegliche Definition je nach eingenommener Perspektive eine andere Schwerpunktsetzung aufweist (s. Abb. 1). So steht aus der wissenschaftlichen Sicht vor allem die Fortentwicklung des Konzeptes der Klinischen Forschung im Vordergrund, während die Frage: an wen richtet sich die Versorgungsforschung? also die Frage der Adressaten, sich mit der Problematik des politischen Systems auseinandersetzen muss. Hier geht es um Strukturfragen, aber natürlich auch um Allokationsfragen, und diese sind diejenigen, wo "Wissenschaft" am meisten unter Rechtfertigungsdruck kommt. Im Einzelnen soll hier auf folgende Facetten eingegangen werden:

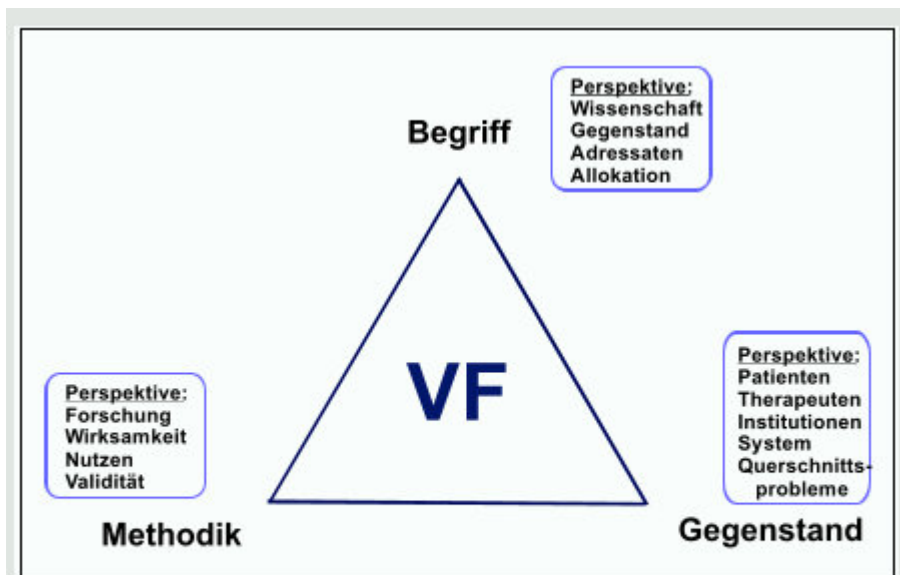


Abb. 1: Qualitätswettbewerb: Transparenz und Kopplung an Vergütungsbestandteile als Voraussetzung für eine Verbesserung von Qualität und Sicherheit - so die Erwartungen

► Versorgungsforschung erweitert die Klinische Forschung um eine vierte Stufe, nämlich die Umsetzung der in linearen Modellen gewonnenen Erkenntnisse (z.B. randomisierter Versuch zu Medikamenten, *efficacy*) unter besonderer Berücksichtigung der Kontextbedingungen (*effectiveness*, s. Abb. 2) und schließt damit den Innovationstransfer von der Grundlagenforschung über die translationale Forschung und die klinischen Studien ab (s. Abb. 2).



Abb. 2: Innovationstransfer als zentrales Konstrukt eines modernen Konzeptes Klinischer Forschung. Die translationale Forschung (from bench to bedside) und die Versorgungsforschung stellen die beiden wichtigsten Transferfaktoren dar (n. Schrappe und Scriba 2006)

► Die Kontextbedingungen stellen den Gegenstand der Versorgungsforschung dar. Die

Versorgungsleistung, die der Patient erhält, ist aus der Gesundheitsleistung und der sog. Kontextleistung zusammengesetzt. Letztere beschreibt die Fähigkeit, nicht nur die richtige Gesundheitsleistung (z.B. Medikation) einzusetzen, sondern die Gesundheitsleistung "richtig" einzusetzen. Hierzu müssen z.B. die Präferenzen des Patienten, aber auch die Leistungsfähigkeit der Institutionen oder Ärzte in angemessener Form berücksichtigt werden (Pfaff und Schrappe 2011, sog. *Throughput-Modell*).

► Fragestellungen und Ergebnisse der Versorgungsforschung treten in Wechselwirkung mit deren Nachfragern bzw. Adressaten. Dies ergibt sich schon durch die Themenwahl und Finanzierung. Wie sich am Beispiel der Evaluationsarmut der vergangenen gesundheitspolitischen Reformen eingängig zeigen lässt, hängt das Aufscheinen von Versorgungsforschung in starkem Maße vom Erkenntnisinteresse derjenigen ab, die den Auftrag geben und die Finanzmittel zur Verfügung stellen.

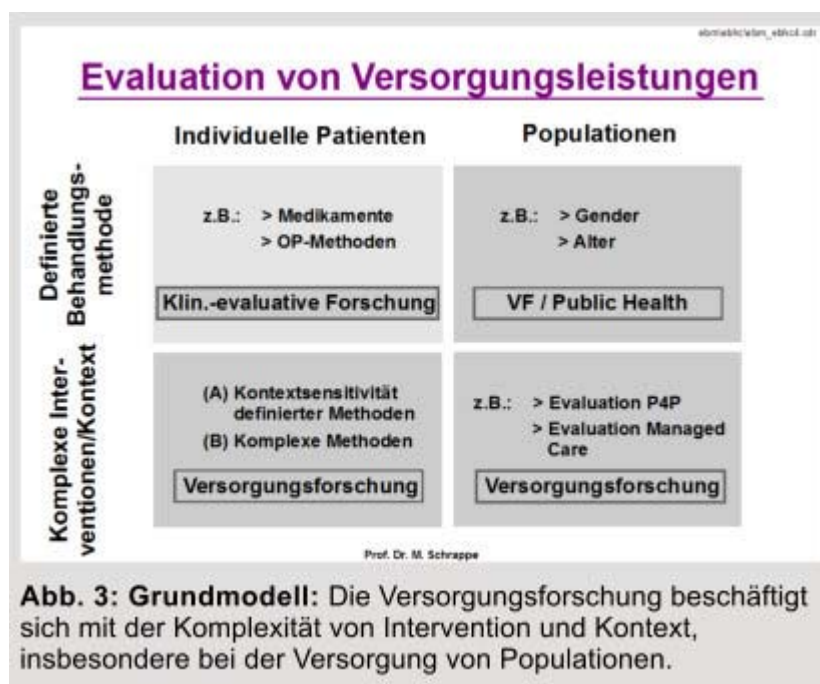
► Eine ganz spezifische Aufgabe hat die Versorgungsforschung bei der Entscheidungsunterstützung von Allokationsfragen. Hier ergänzt sie die *Evidence-Based Medicine* in der Validierung der zugrunde gelegten wissenschaftlichen Erkenntnisse, indem sie sich besonders mit den Kontextfaktoren beschäftigt, für diese reproduzierbare Ergebnisse liefert und Aussagen zur Validität dieser Ergebnisse sowie zur Synthese von entsprechenden Studien machen kann (*Evidence-Based Health Care*, s. Kap. 3.1.).

(weiter: 2. Methode der Problemdefinition, 2.2. Doppelte Komplexität)

2. Methode der Problemdefinition

2.1. Doppelte Komplexität

Die Methode der Problemdefinition setzt eine Beschreibung des Gegenstandes der Versorgungsforschung voraus. Wie oben bereits angeführt, stehen die Kontextfaktoren im Mittelpunkt, die für die letzte Stufe des Innovationsprozesses von Bedeutung sind. Diese Kontextfaktoren reflektieren die Komplexität der Situation, in der die Intervention auf einzelne Patienten bzw. Populationen trifft; in vielen Fällen ist die Intervention (z.B. die Implementierung einer Leitlinie) selbst von hoher Komplexität (zur sog. doppelten Komplexität s. auch Schrappe 2014, Shojania 2013).



Um sich der Thematik weiter anzunähern, ist ein **Grundmodell** notwendig (s. Abb. 3). Dieses Grundmodell unterscheidet zunächst die Patienten bzw. Populationen als Zielgruppen und Interventionen. Die Interventionen können sowohl aus definierten Behandlungsmethoden (z.B. Medikamentengabe) als auch aus komplexen Interventionen bestehen (z.B. Impfprogramme, Einführung einer Checkliste im Krankenhaus); komplexe Kontextbedingungen kommen in beiden Fällen vor. Bei den definierten Behandlungsmethoden sind lineare Modelle anwendbar, die die Methode durch Verfahren wie Randomisation von anderen Einflussfaktoren abgrenzen. Bei den komplexen Interventionen oder wenn komplexe Kontextfaktoren vorliegen, ist dies nicht oder nur mit sehr viel größeren Schwierigkeiten möglich.

Weiterhin unterscheidet dieses Modell die **Wirksamkeit der Interventionen** auf der Ebene der individuellen Patienten und auf der Ebene von Populationen. Die klinisch-evaluative Forschung (s. Abb. 2) bezieht sich auf die Untersuchung von definierten Interventionen bei individuellen Patienten und Patientengruppen. Die Versorgungsforschung hat die

Wirksamkeit von Interventionen auf Populationsebene und insbesondere die Wirksamkeit komplexer Interventionen unter komplexen Kontextbedingungen zum Gegenstand (*effectiveness*). Als Beispiel kann die Evaluation von Leitlinien gelten, einer typischen komplexen Intervention (s. Abb. 4): die klinisch-evaluative Forschung untersucht die einzelnen Elemente der Leitlinie durch den randomisierten Versuch, die Untersuchung der Kontextfaktoren und der Wirksamkeit der Leitlinie im Alltag (als institutionelle Leitlinie, in ihrer Form als *task-* oder Checkliste) wird durch die Versorgungsforschung geleistet.



Es ist unumgänglich, im Zusammenhang mit Versorgungsforschung auf das Thema **Komplexität** einzugehen, das in den letzten zwei Jahrzehnten zunehmend zur Erklärung der Funktionsweise und der Bedingungen von Innovation im Gesundheitswesen herangezogen wurde (Plsek und Greenhalgh 2001, Wilson und Holt 2001, Plsek und Wilson 2001, Fraser und Greenhalgh 2001). So nutzte das *Institute of Medicine* in seinen Reports "To Err Is Human" (Kohn et al. 1999) und "Crossing the Quality Chasm" (IOM 2001) einen explizit systemtheoretischen Ansatz und unterlegte damit das gesamte P4P- bzw. *Value-based Purchasing*-Programm für die Versorgung von Medicare-Patienten in den USA (vgl. Schrappe 2014). Ein komplexes System besteht aus zahlreichen, in ihrer Zahl schwankenden, nicht-linear per multiplem Feedback miteinander verbundenen Teilen, die zu in Zeit und Stärke unvorhersehbare Ereignissen führen, einzelne, nicht-explizite und veränderbare interne Regeln kennen und zur Selbstorganisation, Adaptation an die Umwelt sowie zu Lernprozessen in der Lage sind (s. auch Richardson 2008). Entsprechend der systemtheoretischen Provenienz ist das System größer als die Summe der Einzelteile, wobei kleine Veränderungen sehr große Effekte aufweisen können ("Sensibilität gegenüber

Anfangsfehlern“, das Schlagen des berühmten Schmetterlingsflügels). Anders als einem linearem “Maschinenmodell“, das durch Eindeutigkeit, Trend zum Reduktionismus, Vorhersehbarkeit und dem Versuch der Spannungsreduktion charakterisiert ist, sind einem komplexen System gerade Spannung, Angst, Unsicherheit und Paradoxien konstitutiv zu eigen. Es sind weiterhin sog. Attraktoren, Konstruktionen von Zwischen- und Endzuständen höherer Stabilität, vorhanden, zu denen das System sich hinorientiert, die aber von außen nicht sichtbar sind. Komplizierte Systeme (Beispiel Ferrari, zur Abgrenzung s. Tableau 3) sind dagegen zwar schwer zu verstehen, man kann jedoch trotzdem die Regeln erlernen, und vor allem hat es Sinn, nach den Regeln zu suchen; bei komplexen Systemen wird man sie dagegen nicht finden. Ein Computer ist zweifelsohne eine komplizierte Struktur, aber wer hat das Internet erfunden? - das Internet kann ebenso wie das Wetter als paradigmatisches Beispiel für komplexe Systeme gelten.

Tableau 3 (vgl. Schrappe 2014): **Vergleich**

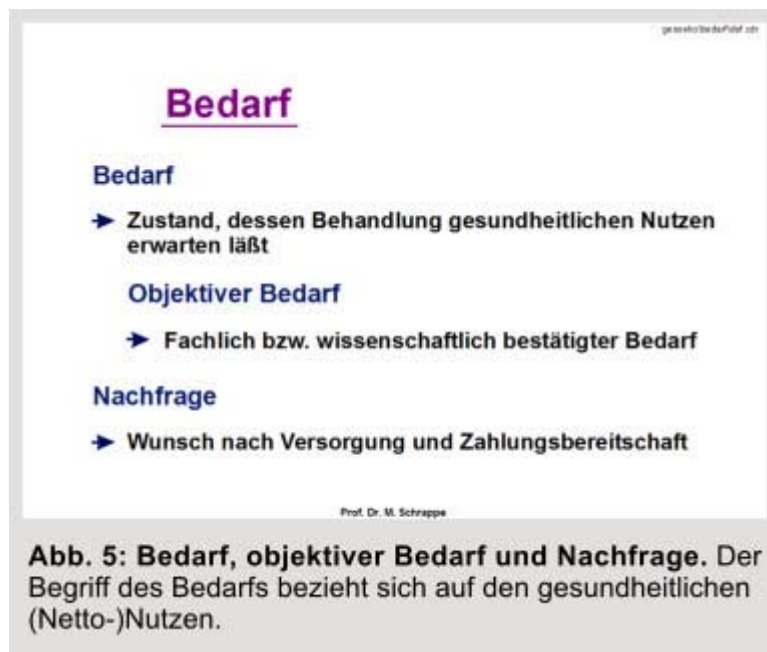
Kompliziert	Komplex
Ferrari	Urwald
Computer	Internet
Gallen-OP	Antibiotika-Resistenz
Dienstanweisung	Einführung Leitlinie
Kondensation	Wetter
Kreuzworträtsel	Schach

Die in diesem Abschnitt geschilderte “**doppelte Komplexität**” (Schrappe 2014, Shojania 2013) konfrontiert die Klinische Forschung und somit die Versorgungsforschung als deren Instrument für die Evaluation der “letzten Meile” (Pfaff 2003) mit dem Dilemma, dass es im Gesundheitswesen Bereiche gibt, die einerseits dringend einer Evaluation bedürfen (weil sonst die “zweite Translation” in die Alltagsversorgung nicht funktioniert), die andererseits aber die Grundannahme isolierbarer Einzelfaktoren, die in linearem Zusammenhang miteinander stehen, nicht oder nur ansatzweise erfüllen (s. Kap. 3.2.).

(weiter: 2.2. Nutzen und Bedarf, Angemessenheit)

2.2. Nutzen und Bedarf: Angemessenheit

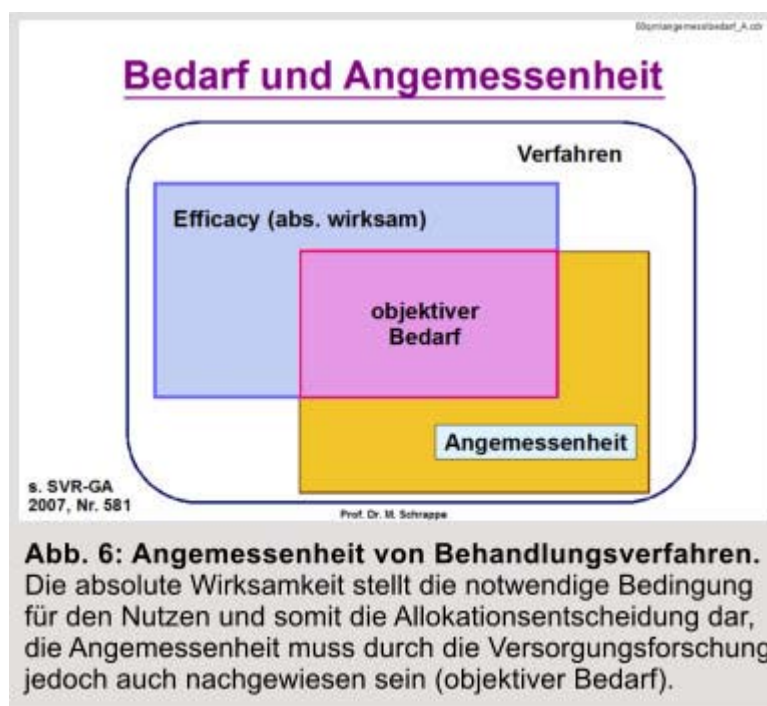
Eines der wichtigsten Problembereiche im Gesundheitswesen bezieht sich auf die Darstellung von Nutzen und Bedarf. Der Nutzen von Behandlungsmethoden besteht aus der Verbesserung des gesundheitlichen Zustandes abzüglich der Therapie-bezogenen unerwünschten Wirkungen (sog. **Netto-Nutzen**). Der Bedarf an Versorgungsleistungen ist ein Zustand, dessen Behandlung einen gesundheitlichen Nutzen erwarten lässt, und grenzt sich daher vom Begriff der Nachfrage ab, die den Wunsch nach Versorgung bei gegebener Zahlungsbereitschaft beschreibt (ohne auf den Nutzen zu rekurrieren). Ein **objektiver Bedarf** liegt dann vor, wenn die Zunahme des gesundheitlichen Nutzens fachlich bzw. wissenschaftlich begründet ist (s. Abb. 5). Die fachliche Begründung erfolgt durch die gehandhabte Praxis der professionellen Einrichtungen, die wissenschaftliche Begründung durch die klinisch-evaluative und Versorgungsforschung.



Bevor man sich vor diesem Hintergrund mit der Frage der Evaluation und Validität entsprechender Untersuchungen auseinandersetzt, steht eine Klärung an, um welche Nutzen-Bestandteile es denn in der klinisch-evaluativen und in der Versorgungsforschung geht. Die klinisch-evaluative Forschung beschreibt Nutzenbestandteile, die in biomedizinischen Parametern zu fassen sind (Überlebenszeit, Heilungsraten etc.), weiterhin identifiziert sie ebensolche Einflussgrößen, die auf diese Parameter einwirken (z.B. Alter, Komorbidität). Die Versorgungsforschung hat dagegen ein sehr viel größeres Feld von Nutzenbestandteilen und ebenso von Einflussfaktoren zum Gegenstand, die man im Allgemeinen folgendermaßen einteilt:

- Patienten-seitige Parameter
- Professionelle Parameter
- Institutionelle Parameter
- Systemparameter

An dieser Stelle kann aus Platzgründen nicht die gesamte Systematik aufgerollt werden, es muss aber die Frage geklärt werden, wie in der Versorgungsforschung die Vielzahl von Nutzenbestandteilen und Einflussfaktoren, die hier den Gegenstand ausmachen, zusammenfassend bezeichnet werden. Es mag auf den ersten Blick unverständlich erscheinen, dass hier auf das *wording* abgehoben wird, doch eine "handliche" Begrifflichkeit für den Forschungsgegenstand ist für ein Forschungsfeld, wie es die Versorgungsforschung darstellt, unerlässlich. Dies gilt in Abgrenzung zu anderen Forschungsfeldern, dient zur Klärung der Kooperationsmöglichkeiten und ist unerlässlich, will die Versorgungsforschung sich nicht als kumulativ-additiver "Häufelungsbegriff" unter Preis verkaufen à la "Gegenstand sind Lebensqualität, *Patient-Reported Outcomes*, institutionelle Performance, Effizienz usw. usf."



Der Sachverständigenrat, der ja in seiner Arbeit der letzten 15 Jahre sehr häufig auf den Begriff der Versorgungsforschung Bezug genommen hat, hat daher im Zusammenhang unter Bezugnahme auf die Begriffe Nutzen und Bedarf im Gutachten 2001 (SVR 2001, III. 1, Nr. 24 und 30 ff) die Nutzenbestandteile, die auf den Kontext von Gesundheitsleistungen zurückgehen, im Gutachten 2007 unter den Begriff der **Angemessenheit** (engl. *appropriateness*) gefasst (SVR 2008, Nr. 579). Das Attribut „angemessen“, das als Eigenschaft von Leistungen des Gesundheitswesens in Deutschland bis dahin wenig Beachtung gefunden hatte, wird Umgangssprachlich im Sinne von „passend“, „adäquat“ und „den Bedürfnissen entsprechend“ verwendet. Das Bundesministerium für Gesundheit hat sich allerdings zusammen mit der WHO in einem Workshop im Jahre 2000 des Themas angenommen und damals festgestellt, dass der Begriff der Angemessenheit über die klinische Beschreibung des Nutzens von Methoden hinaus geht und „das öffentliche Gesundheitswesen betreffende, ökonomische, soziale, ethische und rechtliche

Überlegungen“ beschreibt (BMG 2001). Im internationalen Schrifttum ist der Begriff der Angemessenheit schon länger in Verwendung, es werden drei Ebenen unterschieden. Ein relativ einfaches Verständnis betrifft die Konformität mit Qualitätsanforderungen und wird z. B. in der Compliance-Forschung von Leitlinien verwendet. Auf der zweiten Ebene wird Angemessenheit als Qualitätsdimension verstanden (Donebedian 1990). Die dritte Ebene geht insofern darüber hinaus, als sie Angemessenheit als Kontext der Umsetzung von Verfahren im Gesundheitswesen beschreibt (Brook et al. 1986).

Der Sachverständigenrat hat auf diesem Hintergrund Angemessenheit „als Attribut wirksamer Maßnahmen“ definiert, „in dem deren Effizienz und deren Übereinstimmung mit Grundsätzen, Werten und Präferenzen auf der Ebene von Personen, Gemeinschaften und Gesellschaft zusammenfassend zum Ausdruck kommt“ (SVR 2008, Nr. 579). In dieser Definition wird die (absolute) Wirksamkeit von Maßnahmen (*efficacy*) vorausgesetzt und der Begriff der Angemessenheit für die Gesamtheit der Aspekte der relativen Wirksamkeit (*effectiveness*) verwendet. Besondere Bedeutung hat bei dieser Betrachtung, dass auch die **Effizienz** unter dem Begriff der Angemessenheit subsumiert wird, da letztlich auch die Wertung gesundheitsökonomischer Ergebnisse in der Diskurshöhe von Personen, Gemeinschaften und Gesellschaft liegt.

Die Angemessenheit von Gesundheitsleistungen stellt aus dieser Sicht den zentralen Gegenstand der auf die Evaluation der relativen Wirksamkeit gerichteten Versorgungsforschung dar. In der Allokationsfrage ist natürlich die absolute Wirksamkeit (*efficacy*) die erste (notwendige) Bedingung für eine positive Entscheidung, allerdings ist die Angemessenheit als zweite notwendige Bedingung ebenfalls mit hinzuzuziehen (relative Wirksamkeit, *effectiveness*). Aus der Schnittmenge ergibt sich der objektive Bedarf (s. Abb. 6).

(weiter: [3. Evaluation. 3.1. Evidence-Based Health Care](#))

3. Evaluation

3.1. Evidence-Based Health Care (EBHC)

Aus den im letzten Kapitel geschilderten Definitionen von Nutzen, Bedarf und Angemessenheit lassen sich weitreichende Konsequenzen ableiten (s. Abb. 7).

► In der ersten Linie haben diese Begriffsdefinitionen eine große Bedeutung für die **Begründung** der Existenz einer selbständigen Versorgungsforschung.

Versorgungsforschung basiert auf dem Terminus des objektiven Bedarfs; für den Fall, dass man Bedarf mit Nachfrage gleichsetzt, kann Versorgungsforschung als eigenständiges Instrument der Absicherung von Allokationsentscheidungen entfallen, denn Nachfrage ist ein rein ökonomisches und kein klinisch-wissenschaftliches Kriterium. In diesem Zusammenhang sind die Versuche zu sehen, den Patienten über ein falsch verstandenes "Patienten-empowerment" als Nachfrager zu stärken und die Bedarfsobjektivierung als paternalistische Überregulierung abzutun. Hiermit soll dabei nicht in Abrede gestellt werden, dass klinische Forschung und Versorgungsforschung paternalistische Züge tragen, aber die vollständige Information als Grundlage für die Ausübung der Nachfrage durch den Patienten ist in der Gesundheitsversorgung kaum gegeben.

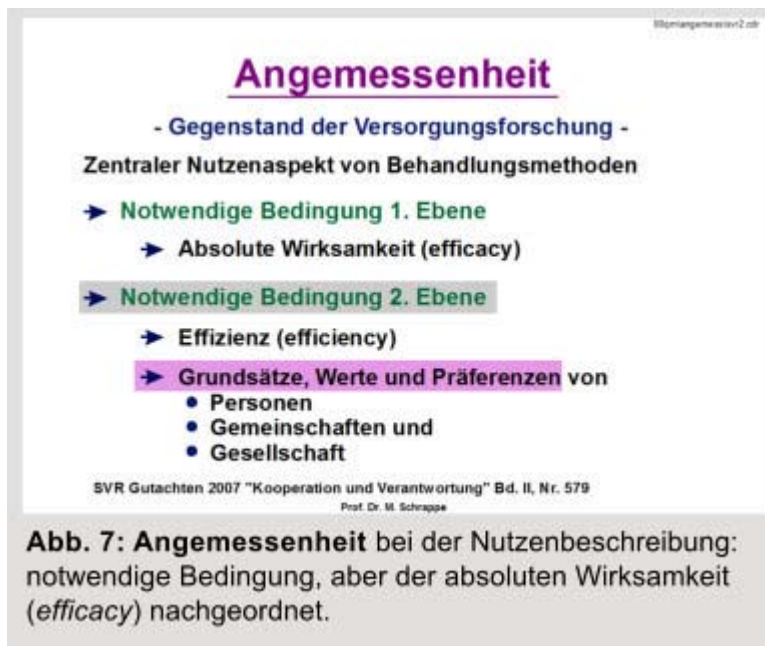
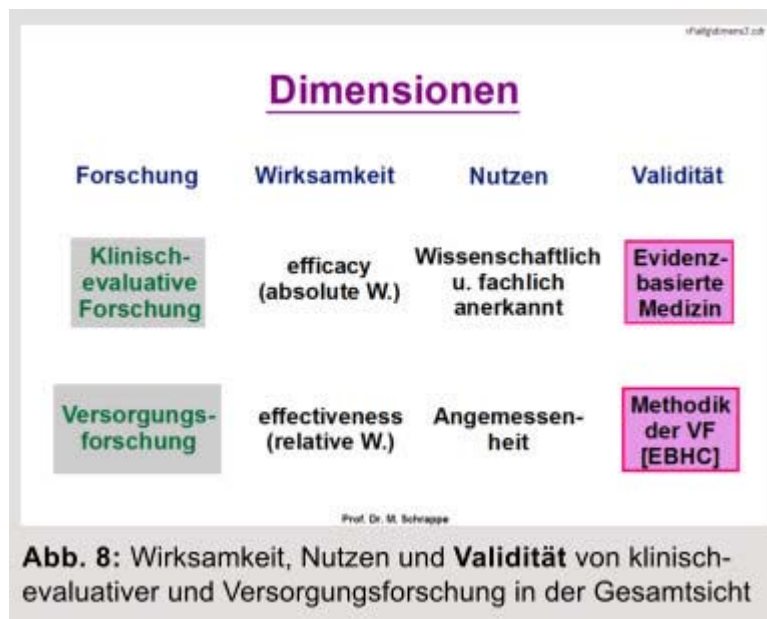


Abb. 7: Angemessenheit bei der Nutzenbeschreibung: notwendige Bedingung, aber der absoluten Wirksamkeit (*efficacy*) nachgeordnet.

► Die zweite Konsequenz ist im Kontext dieses Artikels jedoch weitergehend: Wenn nicht nur die klinisch-evaluative Forschung, sondern auch die Versorgungsforschung den Nutzen beschreibt, dann muss die Versorgungsforschung ähnlich wie die klinisch-evaluative Nachbarin Instrumente zur **internen Validität** ihrer Forschungsergebnisse etablieren. Gerade wenn die Ergebnisse der Versorgungsforschung bei Allokationsentscheidungen eine Rolle spielen, müssen sich Gesellschaft und Politik darauf verlassen können, dass die Versorgungsforschung hohe Anforderungen an Transparenz, Qualität und Validität ihrer Forschungsinstrumente und Studien stellt und nachweisen kann. Die klinisch-evaluative

Forschung hat dieses mit Bravour getan, die *Evidence-Based Medicine* kann als etabliertes Instrument gelten, sowohl für die interne Validität der Einzelstudie als auch - und das ist entscheidend - als Instrument zur Identifikation und zur validen Synthese von Studien (Systematische Reviews und Metaanalysen).



Dieser Umstand war der Hintergrund für die Entscheidung des Deutschen Netzwerk Versorgungsforschung e.V. (DNVF), sich intensiv mit der Methodik der Versorgungsforschung zu beschäftigen und entsprechende Arbeitsgruppen und Memoranden auf dem Weg zu bringen, die wissenschaftliche Standards für Studien in der Versorgungsforschung zu formulieren versuchen (s. z.B. sog. Memorandum III, Neugebauer et al. 2010, Pfaff et al. 2010). Diese Arbeit ist unerlässlich und führt letztendlich zur Entwicklung einer "EBM der Versorgungsforschung". In Teilen wird diese Funktion von *Health Technology Assessment* wahrgenommen, wenngleich es hier nach dem allgemeinen Verständnis mehr um die Synthese und Bereitstellung von Wissen auf Nachfrage ("policy question") von dritter Seite geht (sog. *HTA-Reports*, vgl. Perleth et al. 2008). Es ist daher unerlässlich, eine *Evidence-Based Health Care* (EBHC) zu etablieren, wie dies international auch bereits geschehen ist (Cochrane Collaboration 2014, Hicks 1997).

Tableau 4: Definition des Begriffs Evidence-Based Health Care (Cochrane Collaboration 2014)
"Evidence-based health care is the conscientious use of current best evidence in making decisions about the care of individual patients or the delivery of health services. Current best evidence is up-to-date information from relevant, valid research about the effects of different forms of health care, the potential for harm from exposure to particular agents, the accuracy of diagnostic tests, and the predictive power of prognostic factors."

EBHC umfasst die Integration von wissenschaftlich begründeten Interventionen mit den

bestehenden Patienten- bzw. Populations-Präferenzen, und zwar sowohl auf der Ebene medizinisch-pflegerischer Maßnahmen als auch auf der Ebene komplexer, den Versorgungskontext betreffender Interventionen (Cochrane Collaboration 2014), s. Tableau 4). Wenn die klinisch-evaluative Forschung die absolute Wirksamkeit (*efficacy*) von Behandlungsmethoden beschreibt, daraus den Nutzen wissenschaftlich und fachlich ableitet und in ihrer Validität durch die *Evidence-Based Medicine* beurteilt wird, dann beschreibt die Versorgungsforschung die Angemessenheit von Methoden i.S. der relativen Wirksamkeit (*effectiveness*) und hat die EBHC als Garanten für die Validität ihrer Ergebnisse und der Wissenssynthese (s. Abb. 8).

Evidence-Based Health Care (EBHC) ist daher als der Oberbegriff für methodische Ansätze zur Generierung, Synthese und Wertung der externen Informationsgrundlage sowohl auf der Patienten- als auch Populationsebene anzusehen (Hicks 1997). EBHC umfasst in diesem Sinne

- eine Methodik der Identifikation, Synthese und Wertung der externen Information,
- sowohl auf der Ebene der individuellen Patientenbehandlung als auch auf der Ebene der Versorgung von Patientengruppen und Populationen,
- bei der individuellen Patientenbehandlung insbesondere die relative Wirksamkeit (Umsetzung) betreffend,
- auf der Ebene des Managements, der Kostenträger oder der Gesundheitspolitik nicht nur therapeutische und diagnostische Verfahren, sondern vor allem komplexe Interventionen beschreibend (*Evidence-Based Public Health*) (vgl. Pfaff und Schrappe 2011).

(Weiter: 3. Evaluation, 3.2. Evaluation und Komplexität

3. Evaluation

3.2. Evaluation und Komplexität

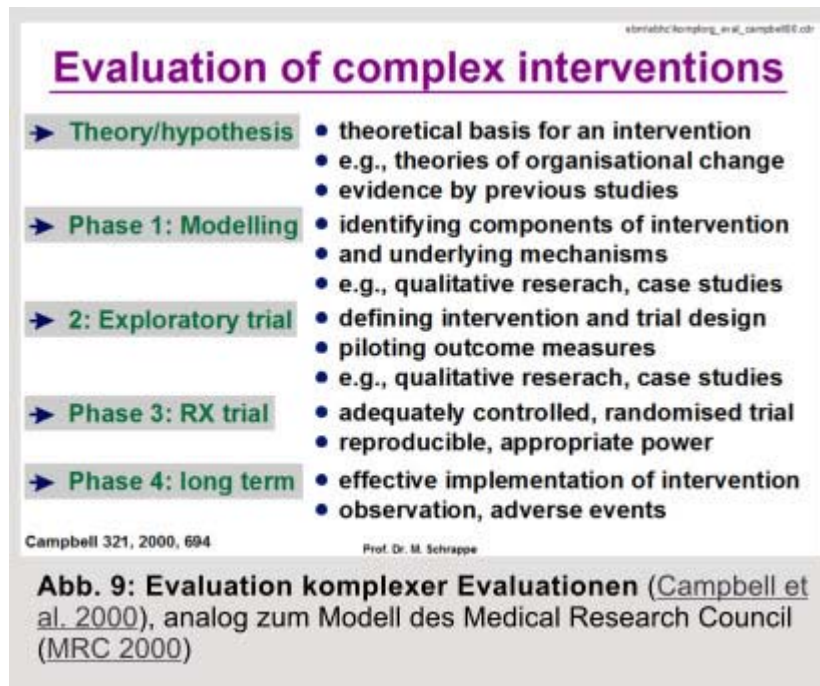
Jenseits Validität und Synthese von Studien der Versorgungsforschung, also jenseits der methodischen Ebene, tut sich ein sehr viel grundsätzlicherer Konflikt auf, der die Zukunft dieses Forschungsfeldes enorm beeinflussen und eventuell auch gefährden wird. In gewissem Sinne befindet sich die Versorgungsforschung "zwischen allen Stühlen": von der biomedizinischen Seite wird sie angegriffen wegen ihrer Skepsis gegenüber linearen Modellen, und vonseiten der Sozialwissenschaften (insbesondere von der System- und Komplexitätstheorie) wegen ihres Versuchs, in dem "Chaos der Komplexität" doch Faktoren zu identifizieren, die in einer wenngleich stufenweisen oder anderweitig alterierten Form isoliert zu untersuchen sind. Beide "Fronten" bergen erhebliches **Konfliktpotential**, denn wenn selbst eine "Routine-Behandlung" wie die eines Diabetikers ein komplexes Ereignis darstellt (Wilson und Holt 2001), dann ist dies für die im biomedizinischen Modell erzogenen klinischen Forscher eine substantielle Herausforderung, wird doch die Wissensbasis in Frage gestellt: ist *Evidence-Based Medicine* nicht nur ein paternalistisches, sondern auch ein reduktionistisches Modell? Und die schon angesprochene "doppelte Komplexität" (Shojania 2013) macht die Sache auch nicht gerade leichter, denn es wird hier postuliert, dass nicht nur der Kontext der Diabetikerbehandlung komplex ist, sondern dass auch die Interventionen wie die Nutzung einer Insulinpumpe oder der Blutzuckerselbstmessung komplexe Vorgänge darstellen.

Tableau 5: Eigenschaften komplexer Systeme

- bestehen aus zahlreichen Teilen
- Zahl der Teile veränderlich
- Teile sind interdependent
- nicht-linear mit multiplen Feedback verbunden
- interne Regeln nicht-explizit
- Ereignisse in Zeit und Stärke nicht vorhersehbar
- Neigung zur Selbstorganisation
- Adaptation an Umwelt und Lernen möglich
- Sensibilität gegenüber Anfangsfehlern
- Akzeptanz von Paradoxon und Unsicherheit
- Orientierung an Zwischen- und Endzuständen
relativer Stabilität (Attraktoren)

Von der anderen Seite, also vonseiten der Komplexitätstheoretiker, wird der Versorgungsforschung der Vorwurf gemacht, eine falsche Reduktion der Komplexität zu betreiben (zu den Postulaten der **Komplexitätstheorie** s. nochmals Tableau 5). Es würde nicht ausreichen, nur die Vielzahl der Faktoren und deren Interdependenzen anzuerkennen, und ansonsten so weiterzumachen wie bisher: "*genuinely acknowledging and addressing complexity requires more than the simple adoption of an everexpanding number of variables or array of statistical tests*" (Cohn et al. 2013). Im Jahre 2000 hatte in Großbritannien der *Medical Research Council* sein Memorandum "*Framework for the Development and Evaluation of RCTs for Complex Interventions to Improve Health*" veröffentlicht (MRC 2000),

das ein Stufenmodell vorschlug, in dem ausgehend von einer *theoretical basis* über die Modellbildung und explorative Versuche dann doch der randomisierte Versuch den "Höhepunkt" darstellt, gefolgt von intensiven Nach- und *follow up*-Untersuchungen (s. Abb. 9). Wie auch andere Autoren später, wird also der Konzeptbildung, der Pilotierung und der späteren Implementierung der Ergebnisse eine sehr große Bedeutung eingeräumt (Avorn und Fisher 2010).



Die Kritik ebte aber auch dann nicht ab, als das *Medical Research Council* im Jahr 2008 eine veränderte Version des *Framework* vorlegte, in der die randomisierte Studie nicht mehr in dieser hervorgehobenen Stellung enthalten war (MRC 2008). Es wurde argumentiert, dass in nicht-linearen, hochgradig interdependenten Systemen es nicht möglich sei, Einzelfaktoren zu isolieren, die getrennt zu beobachten und im klassischen Ansatz des kontrollierten oder sogar randomisierten Versuchs zu untersuchen seien (z.B. Cohn et al. 2013, zusammenfassende Darstellung der Kontroverse s. Mühlhauser et al. 2011).

Die Auseinandersetzung hat Parallelen zu derjenigen um die Bedeutung des randomisierten Versuchs bei Interventionen zur **Patientensicherheit** (Leape et al. 2002, Shojania et al. 2002). In der von Leape (2002) vertretenen Position darf man sich nicht auf zu hochrangige Studienformate beschränken, weil sonst nur dort Studien angefertigt werden würden, wo Faktoren gut isoliert werden können und außerdem genug Geld vorhanden ist (daher Trend zu biomedizinischen Interventionen), die komplexe Normalität würde außen vor bleiben und daher wäre auf lange Sicht kein Erfolg zu erwarten. Die Gegenposition (Shojania et al. 2002) führt eindrucksvolle Beispiele ins Feld, in der augenscheinlich sinnvolle und valide Instrumente im kontrollierten Versuch als gar nicht oder nur beladen mit erheblichen Nebeneffekten wirksam befunden worden waren. Diese Kontroverse findet sich auch innerhalb der Komplexitätstheorie selbst wieder, z.B. um die bereits oben angeführte Serie im BMJ (Plsek und Greenhalgh 2001, Wilson und Holt 2001, Plsek und Wilson 2001, Fraser

und Greenhalgh 2001), deren Autoren insbesondere eine unzulässige Psychologisierung des Attraktoren-Konzeptes vorgeworfen wird (Paley 2010, Greenhalgh et al. 2010, Paley 2011).

Es ist nicht zu vermeiden, dass sich die Versorgungsforschung mit diesen Fragen weitergehend auseinandersetzen muss, weil sonst die Möglichkeit besteht, dass dieses Forschungsgebiet diese Auseinandersetzung an zwei Fronten nicht schadlos übersteht.

(Weiter: 4. Ausblick)

4. Ausblick

Das vorangegangene Kapitel hat schon einen wichtigen Punkt thematisiert, den man auch unter "Ausblick" hätte ansprechen können: die Klärung der theoretischen Grundlagen bzw. axiomatischen Grundannahmen, die für jedes Forschungsgebiet notwendig sind. Eine Lösung wird darin liegen, dass auf der einen Seite die Sichtweise der Komplexität als eine außerordentlich wichtige Perspektive anerkannt und genutzt wird, dass aber auf der anderen Seite qualitative Forschungsansätze und genauso auch Linearität - soweit wie nötig - akzeptiert werden, um Analysen durchführen zu können und zu Ergebnissen zu kommen. Wichtig ist diese Diskussion deswegen, weil die Erwartungen an die Versorgungsforschung schier in den Himmel wachsen, und rechtzeitig der Gefahr begegnet werden muss, dass die Berechtigung und Legitimität der Versorgungsforschung in Zweifel gezogen werden. Denn es ist schon bemerkenswert, dass zum zweiten Mal hintereinander die Versorgungsforschung, wohlgerne ein wissenschaftliches Konzept, in einem deutschen Koalitionsvertrag (zuletzt von CDU/CSU und SPD vom 27.11.2013), genannt wird, sogar mit konkretisiertem Mitteleinsatz. Aber nicht nur in Deutschland greift diese Entwicklung Raum, auch in den USA wurde bereits vor mehreren Jahren, im Rahmen des *Affordable Care Act* von 2010, mit der dort so bezeichneten **Comparative Effectiveness Research** (CER) ein entsprechender Versuch gestartet. Ausgestattet mit noch weitaus höheren Mitteln als in Deutschland diskutiert wird hier das *Patient-Centered Outcome Research Institute* (PCORI) aufgebaut, das sich der Versorgungsforschung widmet; die *effectiveness*-Perspektive steht, wie der Name sagt, ganz im Vordergrund (Sox 2012).

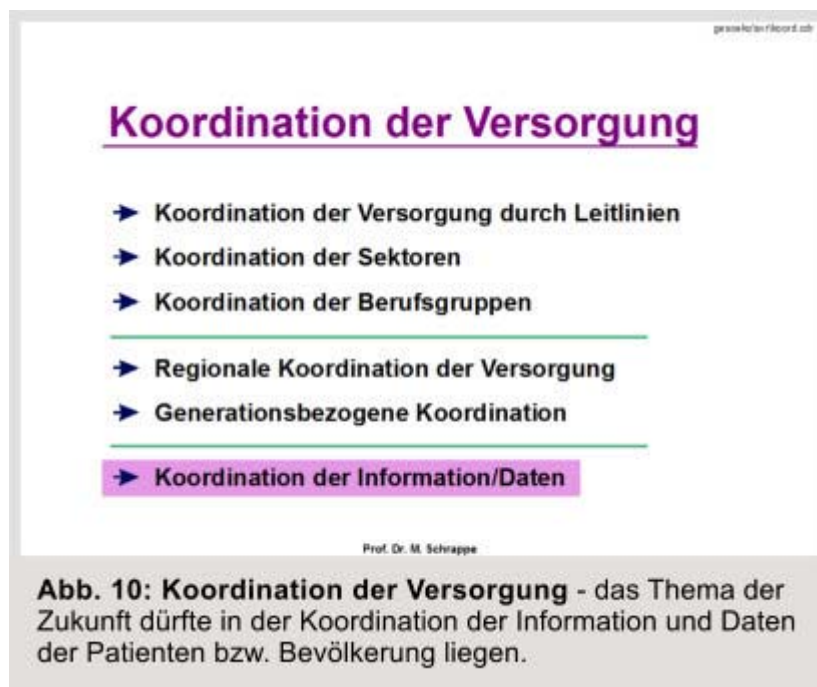


Abb. 10: Koordination der Versorgung - das Thema der Zukunft dürfte in der Koordination der Information und Daten der Patienten bzw. Bevölkerung liegen.

In gewisser Weise relativiert die Versorgungsforschung die hermetische Abriegelung des Gesundheitssystems bzw. der Klinischen Forschung. Durch die Versorgungsforschung nimmt die Klinische Forschung zur Kenntnis, dass sie sich auch um das Schicksal ihrer

Ergebnisse in der Alltagsversorgung kümmern muss, erstens weil die Gesellschaft und Öffentlichkeit dies erwarten, und zweitens, weil sonst die Ergebnisse der Klinischen Forschung keinen Bestand haben. Diese Entwicklung wird aber dazu führen, dass die Klinische Forschung noch mehr als bislang mit Werten und Normen der allgemeinen Öffentlichkeit und Gesellschaft konfrontiert wird. Eines der Themen, bei denen sich mit Sicherheit eine reghaffe Diskussion entzünden wird, ist die Frage von **Datensicherheit, Datenschutz und Einwilligung** der Patienten bzw. der Bürger (Faden et al. 2014, Lane und Schur 2010). Die Versorgungsforschung ist in gewissem Sinne aus dem Elfenbeinturm der abgegrenzten Klinischen Forschung herausgetreten und betritt jetzt die "gesellschaftliche Normalität", den Alltag der Bevölkerung. Wenn bisher die Themen Koordination der Versorgung (z.B. durch Leitlinien), der Sektoren, der Berufsgruppen, die regionale und generationsbezogene Koordination im Vordergrund standen, dann wird in Zukunft die **Koordination der patientenbezogenen Informationen und Daten** das entscheidende Thema werden, allein schon wegen der schier Quantität, aber natürlich auch wegen der Problematik Datenschutz und Schweigepflicht.

Es ist an dieser Stelle nicht schwer, den Bogen zu der vielleicht wichtigsten wirtschaftlichen Entwicklung der Gegenwart zu schlagen, die über die Nutzung von großen Datenmengen ("*big data*") Entwicklungen aller Art nicht nur zu analysieren, sondern vorherzusehen. Das "Internet der Dinge" wird nicht vor dem Gesundheitsmarkt halt machen, im Gegenteil, schon heute wird dort eines der umfangreichsten Anwendungsfelder dieser neuen Technologien vermutet. Die Versorgungsforschung kommt also in einer Realität an, die durch eine enorme Dynamik gekennzeichnet ist, und es wird nicht ausbleiben, dass die Daten, die die Versorgungsforschung nutzt und erarbeitet, vom "Internet der Dinge" mit großem Interesse gesehen werden. Hoffen wir also, dass eine umsichtige Handhabung der daraus entstehenden Probleme Raum greift, nicht dass die Versorgungsforschung hier in schweres Wetter gerät.

Literatur und Quellen

- Avorn J (2010), Fischer M: 'Bench to Behavior': Translating Comparative Effectiveness Research into Improved Clinical Practice. *Health Aff.* 29, 2010, 1891-1900
- Brook RH (1986), Chassin MR, Fink A, Solomon DH, Kosicoff J, Park RE. A massage of the detailed assessment of Appropriateness of medical technologies. *Health Care* 1986; 2: 53-63
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2001): Angemessenheit medizinischer Leistungen. Appropriateness in Health Care Services. Report of a WHO-Workshop in Koblenz from 23. to 25.3.2000. Band 136 Schriftenreihe des Bundesministerium für Gesundheit, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden Baden, 2001
- Campbell M (2000), Fitzpatrick R, Haines A, Kinmonth AL, Sandercock P, Spiegelhalter D, Tyrer P. Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health. *Brit. Med. J.* 321, 2000, 694-6
- Clancy CM (1998), Eisenberg JM. Outcomes Research: Measuring the End Results of Health Care. *Science* 1998; 282: 245-246
- Cochrane Collaboration (2014),
<http://www.cochrane.org/about-us/evidence-based-health-care>, access 06.4.2014
- Cohn S (2013), Clinch M, Bunn C, Stronge P: Entangled Complexity: Why Complex Interventions Are Just Not Complicated Enough. *JHSRP* 18, 2013, 40-43
- Donebedian A (1990). The seven tillars of Quality, *Arch. Path. Lab.* 1990; 114: 1115-18
- Faden RR (2014), Beauchamp TL, Kass NE: Informed Consent, Comparative Effectiveness, and Learning Health Care. *N. Engl. J. Med.* 370, 2014, 766-8
- Fraser SW (2001), Greenhalgh T: Coping with Complexity: Educating for Capability. *Brit. Med. J.* 323, 2001, 799-803
- Greenhalgh T (2010), Plsek P, Wilson T, Fraser S, Holt T: Response to „Appropriation of Complexity Theory in Health Care. *J. Health Serv. Res. Pol.* 15, 2010, 115-7
- Hicks N (1997). Evidence Based Healthcare. *Bandolier* 39; 1997: 9
- Institute of Medicine (2001): Crossing the Quality Chasm: A New Health System for 21st Century. National Academy Press, Washington, 2001
- Kohn LT (1999), Corrigan JM, Donaldson MS (eds.): To Err Is Human. Building a Safer Health System. Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, Washington 1999
- Lane J (2010), Schur C: Balancing Access to Health Data and Privacy: A Review of the Issues and Approaches for the Future. 45, 2010, 1456-67
- Leape LL (2002), Berwick DM, Bates DW: What practices will most improve safety? Evidence-based medicine meets patient safety. *JAMA* 288, 2002, 501-7

- Lohr KN (2002), Steinwachs DM. Health Services Research: An Evolving Definition of the Field. *Health Services Research*, 2002; 37: 15-17
- Medical Research Council (2000). A Framework for the Development and Evaluation of RCTs for Complex Interventions to Improve Health 2000
- Medical Research Council (2008). Developing and evaluating complex interventions: new guidance 2008. www.mrc.ac.uk/complexinterventionsguidance, 7.4.2014
- Mühlhauser I (2011), Lenz M, Meyer G: Entwicklung, Bewertung und Synthese von komplexen Interventionen – eine methodische Herausforderung. *Z. Evid. Forttbild. Qual. Gesundheitswes.* 105, 2011, 751-61
- Neugebauer EAM (2010), Icks A, Schrappe M. Memorandum III: Methoden für die Versorgungsforschung (Teil 2). *Gesundheitswesen* 2010; 72: 739-48
- Paley J (2010): The Appropriation of Complexity Theory in Health Care. *J. Health Serv. Res. Pol.* 15, 2010, 59-61
- Paley J (2011): Complexity in Health Care: A Rejoinder. *J. Health Serv. Res. Pol.* 16, 2011, 44-45
- Perleth M (2008), Busse R, Gerhardus A, Gibis B, Lühmann D (Hrsg.). *Health Technology Assessment. Konzepte, Methoden, Praxis für Wissenschaft und Entscheidungsfindung. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin 2008*
- Pfaff H (2003). Versorgungsforschung – Begriffsbestimmung, Gegenstand und Aufgaben. In: Pfaff H, Schrappe M, Lauterbach KW, Engelmann U, Halber M (Hrsg). *Gesundheitsversorgung und Disease Management. Grundlagen und Anwendungen der Versorgungsforschung. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hans Huber, 2003: 13–23*
- Pfaff H (2010), Glaeske G, Neugebauer EAM, Schrappe M. Memorandum III: Methoden für die Versorgungsforschung (Teil 1). *Gesundheitswesen* 2009, 71. 505-10
- Pfaff H (2011), Schrappe M: Einführung in die Versorgungsforschung. In: H. Pfaff, G. Glaeske, E. Neugebauer, M. Schrappe (eds.): *Lehrbuch Versorgungsforschung. Schattauer Verlag, Stuttgart 2011, S. 2-41*
- Plsek PE (2001A), Greenhalgh T: The Challenge of Complexity in Health Care. *Brit. Med. J.* 323, 2001, 625-8
- Plsek PE (2001B), Wilson T: Complexity, Leadership, and Management in Healthcare Organisations. *Brit. Med. J.* 323, 2001, 746-9
- Richardson KA (2008): *Managing Complex Organizations: Complexity Thinking and the Science and Art of Management. E:Co 10, 2008, 13-26*
- Schrappe M (2006), Scriba PC. Versorgungsforschung: Innovationstransfer in der Klinischen Forschung. *Z ärztl Fortbild Qual Gesundh wes* 100; 2006: 571-80
- Schrappe M (2014): P4P: Aktuelle Einschätzung, konzeptioneller Rahmen und Handlungsempfehlungen. www.matthias.schrappe.com/texte/p4p/index.htm

- Sens B (2007), Fischer B, Bastek A, Eckardt J, Kaczmarek D, Paschen U, Pietsch B, Rath S, Ruprecht T, Thomeczek C, Veit C, Wenzlaff P. Begriffe und Konzepte des Qualitätsmanagements - 3. Auflage. GMS Med Inform Biom Epidemiol. 2007;3(1):Doc05
- Shojania KG (2002), Duncan BW, McDonald KM, Wachter RM: Safe But Sound. Patient Safety Meets Evidence-Based Medicine. JAMA 288, 2002, 508-13
- Shojania KG (2013): Conventional Evaluations of Improvement Interventions: More Trials or Just More Tribulations? BMJ Qual. Saf. 22, 2013, 881-4
- Sox H (2012): The Patient-Centered Outcomes Research Institute Should Focus on High-Impact Problems That Can Be Solved Quickly. Health Aff. 31, 2012, 2176-82
- SVR 2001: Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Gutachten 2000/2001. Band III: Über-, Unter- und Fehlversorgung. www.svr-gesundheits.de
- SVR 2008: Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2008): Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen für eine zielorientierte Gesundheitspolitik. Gutachten 2007, Band I und II, Nomos, Baden-Baden 2008
- Wilson T (2001), Holt T: Complexity and Clinical Care. Brit. Med. J. 323, 2001, 685-8

Abkürzungen

BMG: Bundesministerium für Gesundheit

EBM: Evidence-Based Medicine, in Deutschland als Evidenz-basierte Medizin bezeichnet

HQIP: Premier Hospital Quality Incentive Demonstration Project (HQIP)

IOM: Institute of Medicine, USA

SGB V: Sozialgesetzbuch V

SVR: Sachverständigenrat Gesundheit, genauer: Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (vormals: für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen) nach §142 SGB V

VBP-Programm: Hospital Inpatient Value-Based Purchasing Programm von Medicare, in Kraft seit 10/2013

Stichwortverzeichnis

A

Absolute Wirksamkeit	1.	
Angemessenheit		2.2., 3.1.,
Definition		2.2.
Appropriateness		2.2.

B

Bedarf	2.2.	
objektiver	2.2.	
Begriffsdefinition (Versorgungsforschung)	1.	
Begründung (Versorgungsforschung)	3.1.	

C

Cochrane Collaboration		3.1.
------------------------	--	------

D

Datenschutz	4.	
Datensicherheit		4.
Definition (Versorgungsforschung)	1.	
Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF)	3.1.	
Doppelte Komplexität	2.1., 2.1.	

E

Effectiveness	1.	
Effectiveness Gap	1.	
Efficacy		1.
Effizienz		2.2.
Evaluation		3.2.
Evidence-Based Medicine	3.1.	
Evidence-Based Health Care	3.1.	
Definition	3.1.	

F

G

Grundmodell der Versorgungsforschung	2.1.	
--------------------------------------	------	--

H

Health Services Research	1.	
Health Technology Assessment (HTA)	3.1.	

I

Informed Consent		4.
Innovationstransfer	1.	
Interne Validität		3.1.,
Intervention		3.2.,
Evaluation	3.2.,	
komplexe	3.2.,	

J

K

Klinische Forschung	1.
Komplexe Systeme	3.2.
Eigenschaften	3.2.
Komplexität	2., 3.2.,
Komplexitätstheorie	3.2.
Koordination der Versorgung	4.

L

Leitlinien	2.1.
------------	------

M

Multidisziplinarität und -professionalität	1.
--	----

N

Nachfrage	2.2.
Netto-Nutzen	2.2.
Nutzen	2.2., 3.1.

O

Outcome-Research	1.
------------------	----

P

Patientenorientierung	1.
Patientensicherheit	3.2.

Q

R

Relative Wirksamkeit	1.
----------------------	----

S

Systemtheorie	3.2.
---------------	------

T

Throughput-Modell	1.
-------------------	----

U

V

Validität	3.1., 3.1.
-----------	------------

W

Wirksamkeit

3.1.

XYZ

Version (in chronologischer Reihenfolge)

Version 1.0.0.

08.04.2014

Erste Veröffentlichung