



Deutsches Netzwerk
Versorgungsforschung

> Preconference Seminar 4 <

Was ist und was kann Versorgungsforschung ? – eine Einführung

14. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung
Berlin, 07.10.2015

G. Glaeske, M. Schrappe

pdf-Version unter
matthias.schrappe.com



Literatur

- Schrappe, M., Scriba, P.C.: Versorgungsforschung: Innovationstransfer in der Klinischen Forschung. Z. ärztl. Fortbild. Qual. Gesundh.wes. 100, 2006, 571-80
- Schrappe, M., Abholz, H., Bartholomeyczik, S., Glaeske, G., Gottwik, M., Klinkhammer-Schalke, M., Neugebauer, E., Ohmann, C., Pfaff, H.: RCTs: ein wichtiges Instrument der Versorgungsforschung. Monitor Versorgungsforschung 02/2009, 14-15
- Pfaff, H., Glaeske, G., Neugebauer, E.A.M., Schrappe, M.: Memorandum III: Methoden für die Versorgungsforschung (Teil 1). Gesundheitswesen 71, 2009, 505-10
- Neugebauer, E.A.M., Icks, A., Schrappe, M.: Memorandum III: Methoden für die Versorgungsforschung (Teil 2). Gesundheitswesen 72, 2010, 739-48
- Icks, A., Chernyak, N., Bestehorn, K., Brüggjenjürgen, B., Bruns, J., Damm, O., Dintsios, C.-M., Dreihöfer, K., Gandjhour, A., Gerber, A., Greiner, W., Hermanek, P., Hessel, F., Heymann, R., Huppertz, E., Jacke, C., Kächele, H., Kilian, R., Klingenberg, D., Kolominsky-Rabas, P., Krämer, H., Krauth, C., Lungen, M., Neumann, T., Proszolt, F., Prenzler, A., Pueschner, F., Riedel, R., Rütger, A., Salize, H.J., Scharnetzky, E., Schwerd, W., Selbmann, H.-K., Siebert, H., Stengel, D., Stock, S., Völler, H., Wasem, J., Schrappe, M.: Methoden der gesundheitsökonomischen Evaluation in der Versorgungsforschung. Gesundheitswesen 72, 2010, 1-17
- Pfaff, H., Abholz, H., Glaeske, G., Icks, A., Klinkhammer-Schalke, M., Nellessen-Martens, G., Neugebauer, E.A.M., Ohmann, C., Schrappe, M., Selbmann, H.-K., Stemmer, R. für den Vorstand des Deutschen Netzwerkes Versorgungsforschung: Versorgungsforschung: unverzichtbar bei Allokationsentscheidungen – eine Stellungnahme. Dtsch. Med. Wochenschr. 136, 2011, 2496-2500
- Pfaff, H., Glaeske, G., Neugebauer, E., Schrappe, M. (eds.): Lehrbuch Versorgungsforschung. Schattauer Verlag, Stuttgart 2011
- Schrappe, M.: Versorgungsforschung im politischen Kontext. Monitor Versorgungsforschung 2/2015, S. 31-32

Ziele des Seminars

- ➔ **Begrifflichkeit und Abgrenzung**
- ➔ **VF in der Nutzenbeurteilung und Allokation von Gesundheitsleistungen**
- ➔ **Integrationsfunktion der Versorgungsforschung und weiteren Entwicklungsbedarf einschätzen**
- ➔ **Systematik der Fragestellungen, in denen VF hilfreich sein kann**
- ➔ **Interaktion von VF und Politik im Licht der unterschiedlichen Herangehensweisen und Logiken**

Gliederung

- ➔ Teil I: Einführung
- ➔ Teil II: Definition und Begriffe
- ➔ Teil III: Nutzen und Allokation
- ➔ Teil IV: Integrationsfunktion der VF
- ➔ Teil V: VF - offene Baustellen
- ➔ Teil VI: Fragestellungen
- ➔ Teil VII: Interaktion VF/Politik
- ➔ Teil VIII: Zusammenfassung und Fazit

Gliederung

- ➔ Teil I: Einführung
- ➔ Teil II: Definition und Begriffe
- ➔ Teil III: Nutzen und Allokation
- ➔ Teil IV: Integrationsfunktion der VF
- ➔ Teil V: VF - offene Baustellen
- ➔ Teil VI: Fragestellungen
- ➔ Teil VII: Interaktion VF/Politik
- ➔ Teil VIII: Zusammenfassung und Fazit

VF: Begriffsverwirrung

- ➔ Versorgungszentrum?
- ➔ Versorgungsstudien?
- ➔ Versorgungswissenschaften?
- ➔ Versorgung?
 - ➔ Versorgungsforschung
 - ➔ Health Services Research
 - ➔ Care Research
 - ➔ Outcome Research

Versorgungsforschung: Politik

"Der Gemeinsame Bundesausschuss fördert Versorgungsforschung. Versorgungsforschung ist die wissenschaftliche Untersuchung der Versorgung des Einzelnen und der Bevölkerung mit gesundheitsrelevanten Produkten und Dienstleistungen unter Alltagsbedingungen. Versorgungsforschung bezieht sich auf die Wirklichkeit der medizinischen Versorgung."

GKV-Versorgungsstärkungsgesetz, E 25.2.2015,
Begründung S. 106 zu §92a Abs. 2

The Gap between Research and Practice

Lisa Bero, Roberto Grilli, Jeremy Grimshaw,
Emma Harvey, Andrew Oxman, Mary Ann Thomson:
on behalf of the Cochrane Effective Practice
and Organisation of Care Review Group

- ➔ Closing the Gap between Research
an Practice: an Overview of Systematic
Reviews on Interventions to Promote
the Implementation of Research Findings

BMJ 317, 1998, 465

Prof. Dr. M. Schrappe

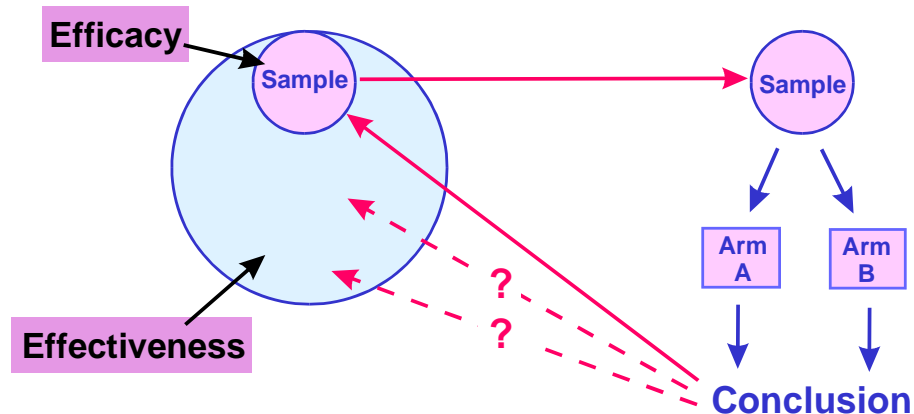
Outcome Research: Definition

“Outcomes research - the study of the end results
of health services **that takes patients' experiences,
preferences, and values into account**”

Clancy et al., Science 282, 1998, 245

Prof. Dr. M. Schrappe

Effectiveness Gap



Prof. Dr. M. Schrappe

SACHVERSTÄNDIGENRAT
für die Konzentrierte Aktion
im Gesundheitswesen

Gesundheitswesen in Deutschland

Kostenfaktor und Zukunftsbranche

Band II:
Fortschritt und Wachstumsmärkte,
Finanzierung und Vergütung

Sondergutachten 1997
Kurzfassung

18. Eine kritische Evaluation medizinischer Verfahren und Technologien im Gesundheitswesen ist die Basis einer zweckmäßigen Nutzung des medizinischen Fortschritts. Bei einem **Health Technology Assessment (HTA)** können drei unterschiedliche Vorgehensweisen gewählt werden:

- Ein technologieorientiertes Vorgehen richtet sich auf eine spezifische Technologie (oder ein Verfahren) und ihre Auswirkungen,
- ein problemorientierter Ansatz vergleicht verschiedene Technologien hinsichtlich der Ergebnisse und
- ein projektorientiertes HTA kann bei Investitionsentscheidungen hilfreich sein, indem es Nutzen und Wirtschaftlichkeit einer Technologie ermittelt.

Ziel ist u.a., die Wirksamkeit unter Idealbedingungen (**Efficacy**) homogenes Krankengut, standardisierte Prozeduren, Experten) zu beschreiben und mit der Wirksamkeit unter Alltagsbedingungen (**Effectiveness**: unselektionierte Patienten, Bedingungen der täglichen Praxis, alle Ärzte) zu vergleichen. Dies ist auch der Ansatz der evidenzbasierten Medizin und der Cochrane Collaboration. Letztere ist ein internationales Netzwerk von Wissenschaftlern, deren *reviews* sich auf existierende Studien beziehen.

18. Eine kritische Evaluation medizinischer Verfahren und Technologien im Gesundheitswesen ist die Basis einer zweckmäßigen Nutzung des medizinischen Fortschritts. Bei einem **Health Technology Assessment (HTA)** können drei unterschiedliche Vorgehensweisen gewählt werden:

- Ein technologieorientiertes Vorgehen richtet sich auf eine spezifische Technologie (oder ein Verfahren) und ihre Auswirkungen,
- ein problemorientierter Ansatz vergleicht verschiedene Technologien hinsichtlich der Ergebnisse und
- ein projektorientiertes HTA kann bei Investitionsentscheidungen hilfreich sein, indem es Nutzen und Wirtschaftlichkeit einer Technologie ermittelt.

6.5.8 Klinische Forschung und Versorgungsforschung

941. Universitäre Einrichtungen haben zwar für die biomedizinische, klinische und Public Health-Forschung eine besondere Verantwortung, doch leisten auch andere auf medizinische Gebiete und Schwerpunkte spezialisierte Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen Beiträge zur Gesundheitsforschung. Mit der Spezialisierung von Krankenhäusern verbessern sich die Bedingungen für die Durchführung von Forschungsprojekten z. B. aufgrund regelmäßiger Zusammenarbeit mit Produzenten von Medizintechnologie oder durch mehr Möglichkeiten zur Gewinnung von Studienteilnehmern. Darüber hinaus sind Krankenhäuser wesentlich an der Diffusion medizinischer Erkenntnisse und medizinisch-technischer Entwicklungen im Rahmen des ‚Fort-schrittszyklus‘ (SG 1997, Ziffer 107f.) beteiligt. Eine nahelegende Verbindung von **Krankenversorgung und Forschung**, zu der besonders nicht-universitäre Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen beitragen können, ist die nicht auf die **Wirksamkeit von Leistungen unter Idealbedingungen (efficacy)**, sondern auf die **Wirksamkeit unter Routinebedingungen (effectiveness)** zielende **Versorgungsforschung** (vgl. Gutachten 2000/2001, Band III.1, Abschnitt 5.5).

SACHVERSTÄNDIGENRAT
für die Konzentrierte Aktion
im Gesundheitswesen

Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität

Band I
Finanzierung und Nutzerorientierung
Band II
Qualität und Versorgungsstrukturen

Gezschien 2003

Koordination und Qualität im Gesundheitswesen

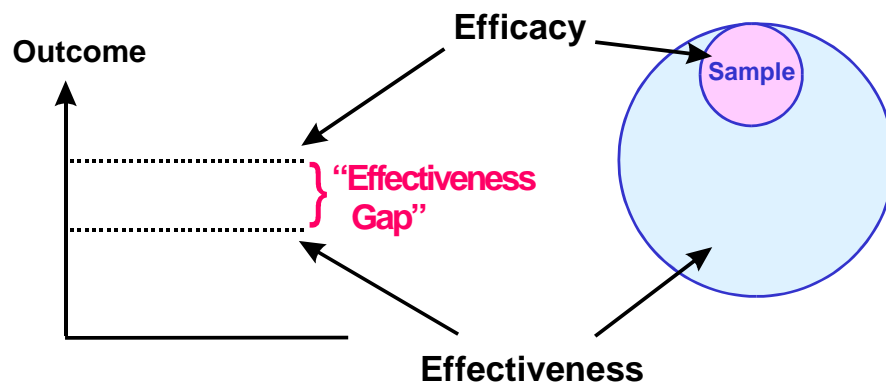
Gutachten 2005

Die **vierte Hürde** zielt darauf ab, die therapeutische Wirksamkeit von Arzneimitteln im Vergleich zu ihren Alternativen zu bewerten und die jeweiligen Nutzendifferenzen bei der Erstattung in Ansatz zu bringen. Im ersten Teilschritt des vorgeschlagenen Verfah-

higkeit des Medikaments über Arzneimittelrichtlinien indikationsspezifisch einzuschränken. Beide Teilschritte bedürfen – auch um relevante Unterschiede zwischen der *efficacy* und der *effectiveness* herauszuarbeiten – einer begleitenden Versorgungsforschung. Gegebenenfalls bietet sich eine zeitlich limitierte Zulassung für die Verordnungsfähigkeit im Rahmen der GKV an. Nutzen-Kosten-Analysen sollten durch eine

Effectiveness Gap

vEff_eff.cdr



Prof. Dr. M. Schrappe

Effectiveness Gap: Einflußfaktoren

VREff_Gap.cdr

- ➔ Patienten-bezogene Faktoren
- ➔ Health Care Professionals
- ➔ Organisationen
- ➔ Systemfaktoren

Prof. Dr. M. Schrappe

Haltung und Einstellung

POLITIK
MEDIZINREPORT

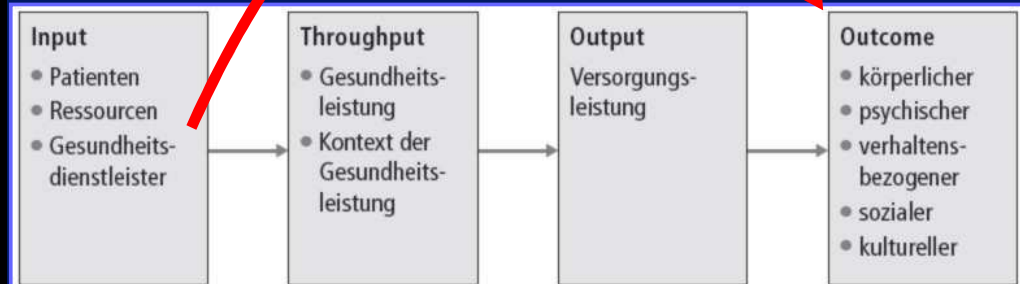
Therapieentscheidung wider besseres Wissen

Warum Ärzte gegen Viren mit Antibiotika vorgehen

Für die Kluft zwischen medizinischem Wissen und ärztlichem Handeln gibt es mehrere Gründe. Dazu gehört auch die Erwartungshaltung der Patienten.

Prof. Dr. M. Schrappe

VF: Throughput-Modell



Pfaff, H., Schrappe, M. in:
Pfaff/Neugebauer/Glaeske/Schrappe
Lehrbuch Versorgungsforschung, 2011

Prof. Dr. M. Schrappe

Versorgungsforschung

Versorgungsforschung ist ein fachübergreifendes Forschungsgebiet, das die Kranken- und Gesundheitsforschung 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.

Pfaff 2003

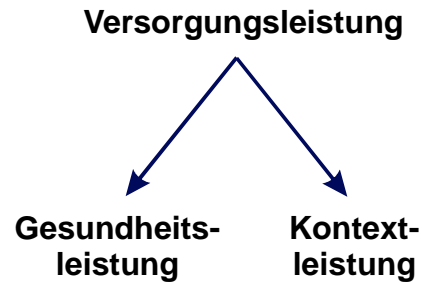
Prof. Dr. M. Schrappe

Versorgungsforschung

- ➔ eine Frage
- ➔ eine Methodik
- ➔ eine **paradigmatische Grundannahme**

Prof. Dr. M. Schrappe

Kontext-Bezug



Gliederung

- ➔ Teil I: Einführung
- ➔ Teil II: Definition und Begriffe
- ➔ **Teil III: Nutzen und Allokation**
- ➔ Teil IV: Integrationsfunktion der VF
- ➔ Teil V: VF - offene Baustellen
- ➔ Teil VI: Fragestellungen
- ➔ Teil VII: Interaktion VF/Politik
- ➔ Teil VIII: Zusammenfassung und Fazit

Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit

Band I
Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation

Band II
Qualitätsentwicklung in Medizin und Pflege

Band III
Über-, Unter- und Fehlversorgung

III.1: Grundlagen, Übersichten, Versorgung chronisch Kranker
 III.2: Ausgewählte Erkrankungen: ischämische Herzkrankheiten, Schlaganfall
 und chronische, obstruktive Lungenerkrankheiten
 III.3: Ausgewählte Erkrankungen: Rückenleiden, Krebserkrankungen
 und depressive Störungen
 III.4: Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten

Bedarf

Bedarf

- ➔ Zustand, dessen Behandlung gesundheitlichen Nutzen erwarten läßt

Objektiver Bedarf

- ➔ **Fachlich bzw. wissenschaftlich bestätigter Bedarf**

Nachfrage

- ➔ Wunsch nach Versorgung und Zahlungsbereitschaft

Bedarf

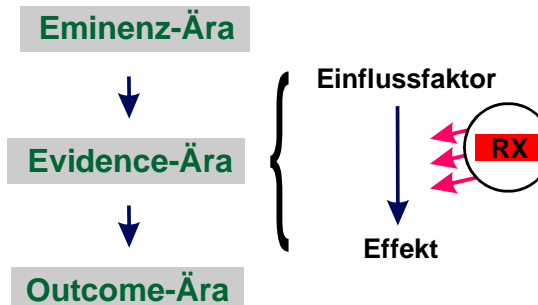
„Die Feststellung von Bedarf schließt also subjektive und gesellschaftliche, professionelle und wissenschaftliche Urteile über einen behandlungsbedürftigen Zustand und über den möglichen bzw. hinreichend gesicherten gesundheitlichen Nutzen (*benefit*) von gegenwärtig verfügbaren Verfahren und Einrichtungen zur Behandlung dieses Zustandes ein.“ (SVR 2001, S. 43)

23. Neben der Verfügbarkeit einer aussichtsreichen und zugleich mit vertretbaren Risiken behafteten Behandlung tritt somit 4. auch der **kulturelle Kontext⁷** und der **gesellschaftliche Wandel** als Element der Bedarfsdefinition hinzu. Eine veränderte **gesellschaftliche Akzeptanz** wird implizit oder explizit in das Behandlungsrepertoire der mit der ‚Objektivierung‘ betrauten Professionen (gelegentlich über den Umweg höchstrichterlicher Rechtssprechung) übernommen.

Bedarf: Position des SVR 2001

- ➔ Subjektiver Bedarf
- ➔ Objektive Feststellung einer Erkrankung
- ➔ Objektiver Behandlungsbedarf (Vorhandensein von geeigneten Behandlungsverfahren und Einrichtungen)
- ➔ **Kultureller Kontext, gesellschaftlicher Wandel, gesellschaftliche Akzeptanz**

Das Outcome-Paradigma



Efficacy: what's missing?

➔ Mangelnde externe Validität

- Eingeschlossene Patienten nicht repräsentativ
- Kontrollierte Studien liegen nicht vor
- Endpunkte irrelevant, Effekte treten zu spät ein

➔ Paternalismus

- Patientenpräferenzen nicht berücksichtigt
- Soziale Präferenzen nicht berücksichtigt

➔ Mangelnde Eignung für komplexe Interventionen

- Public Health-Interventionen: komplexe Designs
- RX Studien: Bias zugunsten klinischer Endpunkte

Nutzen / Effectiveness Gap

➔ Nomenklatur?

Wie bezeichnet man die Nutzenbestandteile, die die

- relative Wirksamkeit (effectiveness)

von der

- absoluten Wirksamkeit (efficacy)

unterscheiden?

Angemessenheit

“Das Gebiet der Angemessenheit ist ein komplexes Thema mit unterschiedlichen Kriterien und Definitionen (...)

... Die Beurteilung fasst

- klinische
- das öffentliche Gesundheitswesen betreffende,
- ökonomische,
- soziale,
- ethische und
- rechtliche Überlegungen zusammen.”

Angemessenheit - Definition

"Der Rat ... definiert Angemessenheit als Attribut wirksamer Maßnahmen, in dem deren **Effizienz** und deren Übereinstimmung mit **Grundsätzen, Werten und Präferenzen** auf der Ebene von Personen, Gemeinschaften und Gesellschaft zusammenfassend zum Ausdruck kommt."

Angemessenheit

- ➔ Konformität mit Qualitätsanforderungen
- ➔ Angemessenheit als Qualitätsdimension
- ➔ Kontextbezug von Verfahren im Gesundheitswesen

SVR Gutachten 2007 "Kooperation und Verantwortung", Bd. II, Nr. 575ff

USA: Affordable Care Act (ACA), 23.3.2010

A non-profit **Patient-Centered Outcomes Research Institute** is established, independent from government, to undertake **comparative effectiveness research**. This is charged with examining the "relative health outcomes, clinical effectiveness, and appropriateness," of different medical treatments by evaluating existing studies and conducting its own. Its 19-member board is to include patients, doctors, hospitals, drug makers, device manufacturers, insurers, payers, government officials and health experts. It will not have the power to mandate or even endorse coverage rules or reimbursement for any particular treatment. Medicare may take the Institute's research into account when deciding what procedures it will cover, so long as the new research is not the sole justification and the agency allows for public input. The bill forbids the Institute to develop or employ "a dollars per quality adjusted life year" (or similar measure that discounts the value of a life because of an individual's disability) as a threshold to establish what type of health care is cost effective or recommended. This makes it different from the UK's National Institute for Health and Clinical Excellence.

Nutzen

§35b SGB V: "Bewertung des Nutzens und der Kosten von Arzneimitteln"

Abs. 1: "Das IQWiG kann ... beauftragt werden, den Nutzen oder das Kosten-Nutzen-Verhältnis von Arzneimitteln zu bewerten. (...)
 3Die Bewertung erfolgt durch Vergleich mit anderen Arzneimitteln und Behandlungsformen unter Berücksichtigung des therapeutischen Zusatznutzens für die Patienten im Verhältnis zu den Kosten. 4Beim Patienten-Nutzen sollen insbesondere die Verbesserung des Gesundheitszustandes, eine Verkürzung der Krankheitsdauer, eine Verlängerung der Lebensdauer, eine Verringerung der Nebenwirkungen sowie eine Verbesserung der Lebensqualität, bei der wirtschaftlichen Bewertung auch die Angemessenheit und Zumutbarkeit einer Kostenübernahme durch die Versichertengemeinschaft (...) berücksichtigt werden."

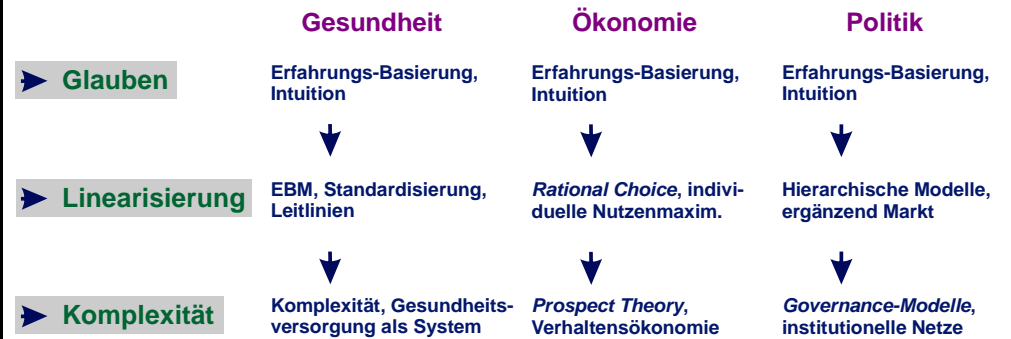
Gliederung

- ➔ Teil I: Einführung
- ➔ Teil II: Definition und Begriffe
- ➔ Teil III: Nutzen und Allokation
- ➔ Teil IV: Integrationsfunktion der VF
- ➔ Teil V: VF - offene Baustellen
- ➔ Teil VI: Fragestellungen
- ➔ Teil VII: Interaktion VF/Politik
- ➔ Teil VIII: Zusammenfassung und Fazit

Teil IV: Integrationsfunktion der VF

- ➔ Innerhalb der Wissenschaft
- ➔ Innerhalb der Gesundheitswissenschaften
- ➔ Perspektiven der Gesundheitsversorgung
- ➔ Insbesondere: Patienten-Orientierung
- ➔ Allokationsfragen
- ➔ Zusammenfassung

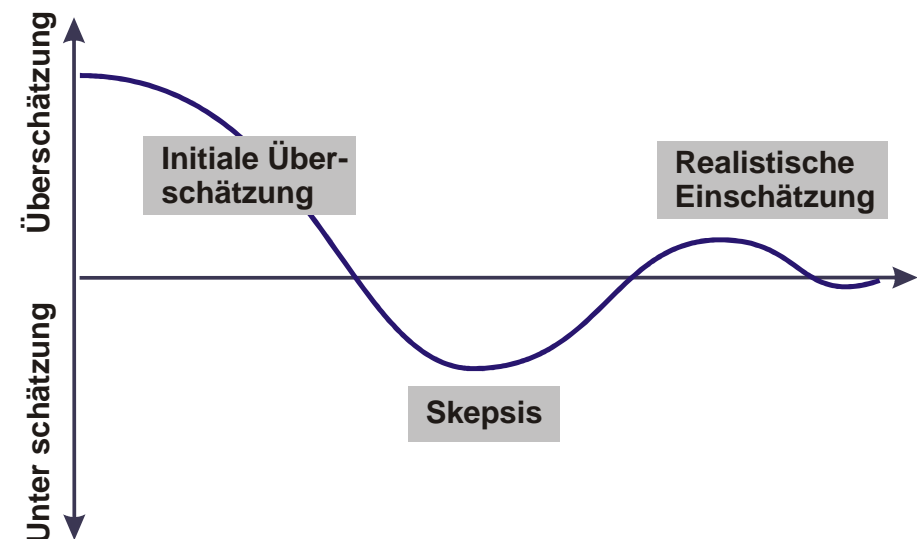
Komplexität als allgemeine Tendenz



Teil IV: Integrationsfunktion der VF

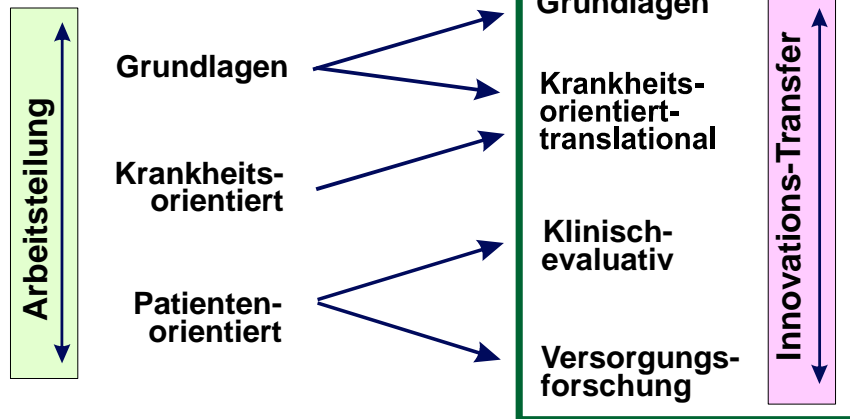
- ➔ Innerhalb der Wissenschaft
- ➔ Innerhalb der Gesundheitswissenschaften
- ➔ Perspektiven der Gesundheitsversorgung
- ➔ Insbesondere: Patienten-Orientierung
- ➔ Allokationsfragen
- ➔ Zusammenfassung

Gesundheitswesen: Innovationen



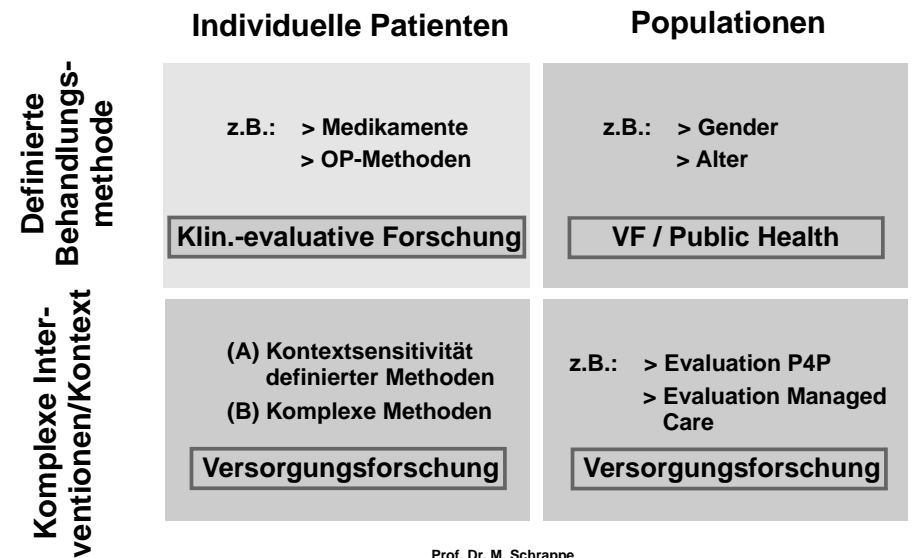
Klinische Forschung

DFG Denkschrift 1999



Prof. Dr. M. Schrappe

Evaluation von Versorgungsleistungen

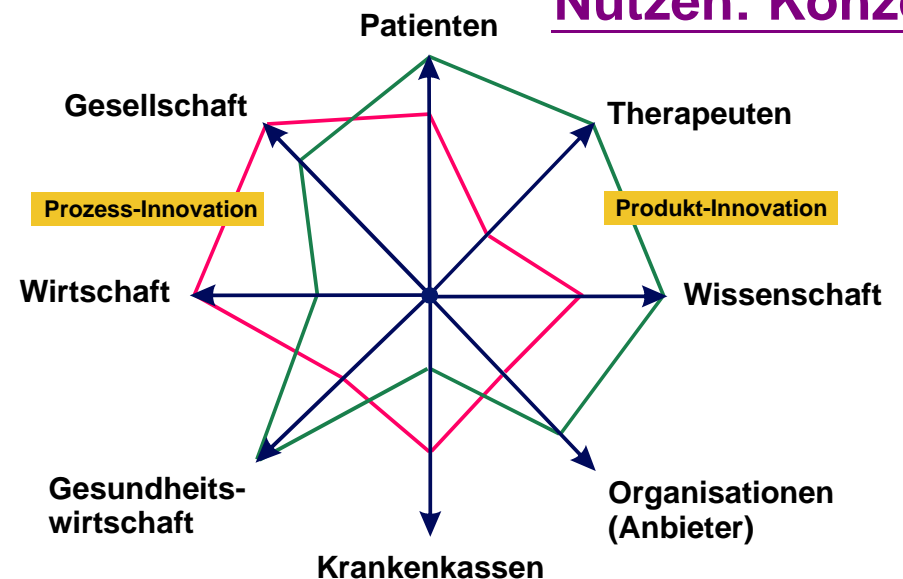


Prof. Dr. M. Schrappe

Teil IV: Integrationsfunktion der VF

- ➔ Innerhalb der Wissenschaft
- ➔ Innerhalb der Gesundheitswissenschaften
- ➔ Perspektiven der Gesundheitsversorgung
- ➔ Insbesondere: Patienten-Orientierung
- ➔ Allokationsfragen
- ➔ Zusammenfassung

Nutzen: Konzept



Prof. Dr. M. Schrappe

Teil IV: Integrationsfunktion der VF

- ➔ Innerhalb der Wissenschaft
- ➔ Innerhalb der Gesundheitswissenschaften
- ➔ Perspektiven der Gesundheitsversorgung
- ➔ Insbesondere: Patienten-Orientierung
- ➔ Allokationsfragen
- ➔ Zusammenfassung

PROM nicht gleich "PROM"

- ➔ Patient-REPORTED Outcome Measures
=<=> Patient-RELATED Outcome Measures
- ➔ durch Patienten BERICHTETE Qualitätsparameter
=<=> Patienten-BEZOGENE Qualitätsparameter

PROM's*: Definition

“Any report of the status of a patient’s (or person’s) health condition, health behaviour or experience with healthcare, that comes directly from the patient, without interpretations of the patient’s response by a clinician or anyone else.”

- Health-related quality of life
- Health-related functional status
- Symptoms and symptom burden (e.g., pain, fatigue)
- Experience with care
- Health behaviour (e.g., exercise)

PROM's: Anforderungen

- ➔ Indikatoren statt quantitative Erfassung
- ➔ Indikatoren: hohe Sensitivität
- ➔ Indikatoren: Patient-Reported vor Abrechnungsdaten
- ➔ Koordination führt, daher Prozessindikatoren
- ➔ Prozessindikatoren mit Informationsasymmetrie
- ➔ Ergebnisindikatoren sekundär wg. Risikoselektion, Tendenz zur Akutmedizin und Mengenanreiz

Patienten-Orientierung: Gesetzl. Vorgaben

- **GMG 2003, §140 SGB V:** • Patientenvertreter in Gremien
- **WSG 2007, §§91, 137a, 139a SGB V:** • Patientenverbände
- **KQM-RL des GBA 2014, "Prinzip des Umfassenden QM":**
 - Element "Patientenorientierung"
- **FQWG 2014, §137a SGB V:**
 - "Module für ergänzende Patientenbefragungen"
- **KHSG-E 2015, §1 Abs. 1 KHG und §136b SGB V:**
 - "qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte Versorgung", "die sich an den Wünschen der Patienten orientiert" (Begr.), Q-Bericht: Patientenbefragungen

KHSG-Entwurf 30.6.2015

- Neustrukturierung des 9. Abschnitt Kap. 4 SGB V
- Qualitäts-orientierte Vergütung
- Eindämmung des Mengenanreizes
- Qualitätsverträge - Selektivverträge
- Mindestmengen
- Zugangsindikatoren
- Qualitäts-orientierte Krankenhausplanung
- Weiterentwicklung Public Reporting
- Patientenorientierung
- Kontrolle und Durchsetzung

KHSG: Patientenorientierung

Entwurf vom 30.6.2015

➤ §1 Abs. 1 KHG

Zielformulierung "qualitativ hochwertige, **patienten-** und bedarfsgerechte **Versorgung**". Begründung: als "patientengerecht" ist "eine Versorgung anzusehen, **die sich an den Wünschen der Patienten orientiert**, auch für die Dauer ihrer Eingliederung in die Krankenhausorganisation und der medizinischen Behandlung als Personen mit individuellen Bedürfnissen wahrgenommen zu werden."

➤ §136b Abs. 6 [neu] SGB V

"Ergebnisse von Patientenbefragungen, soweit diese vom GBA veranlasst werden, sind in den **Qualitätsbericht** aufzunehmen." (Satz 3)
 "In einem speziellen Berichtsteil sind die **besonders patientenrelevanten Informationen** in übersichtlicher Form und in allgemein verständlicher Sprache zusammenzufassen. Besonders patientenrelevant sind insbesondere Informationen zur Patientensicherheit und hier speziell zur Umsetzung des Risiko- und Fehlermanagements, zu Maßnahmen der Arzneimitteltherapiesicherheit, zur Einhaltung von Hygienestandards sowie zu Maßzahlen der Personalausstattung ..." (Satz 5)

Teil IV: Integrationsfunktion der VF

- Innerhalb der Wissenschaft
- Innerhalb der Gesundheitswissenschaften
- Perspektiven der Gesundheitsversorgung
- Insbesondere: Patienten-Orientierung
- Allokationsfragen
- Zusammenfassung

Teil IV: Integrationsfunktion der VF

- ➔ Innerhalb der Wissenschaft
- ➔ Innerhalb der Gesundheitswissenschaften
- ➔ Perspektiven der Gesundheitsversorgung
- ➔ Insbesondere: Patienten-Orientierung
- ➔ Allokationsfragen
- ➔ Zusammenfassung

Zusammenfassung

zu: Teil IV "Integrationsfunktion"

- ➔ Auf sinnvollen Fragestellungen basierende Ergebnisse der Versorgungsforschung können auf unterschiedlichen Ebenen zur Integration des Gesundheitssystems beitragen.
- ➔ Insbesondere kann es zu einer Verbreiterung der Sichtweise auf Probleme der Gesundheitsversorgung kommen.
- ➔ VF fördert eine realistische Annäherung an eine wirkliche Patientenorientierung der Versorgung
- ➔ Allokationsentscheidungen können auf eine breitere Basis gestellt werden.

Prof. Dr. M. Schrappe

Gliederung

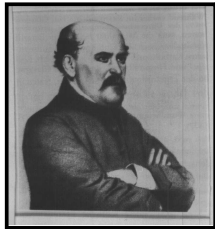
- ➔ Teil I: Einführung
- ➔ Teil II: Definition und Begriffe
- ➔ Teil III: Nutzen und Allokation
- ➔ Teil IV: Integrationsfunktion der VF
- ➔ Teil V: VF - offene Baustellen
- ➔ Teil VI: Fragestellungen
- ➔ Teil VII: Interaktion VF/Politik
- ➔ Teil VIII: Zusammenfassung und Fazit

Teil V: VF - offene Fragen

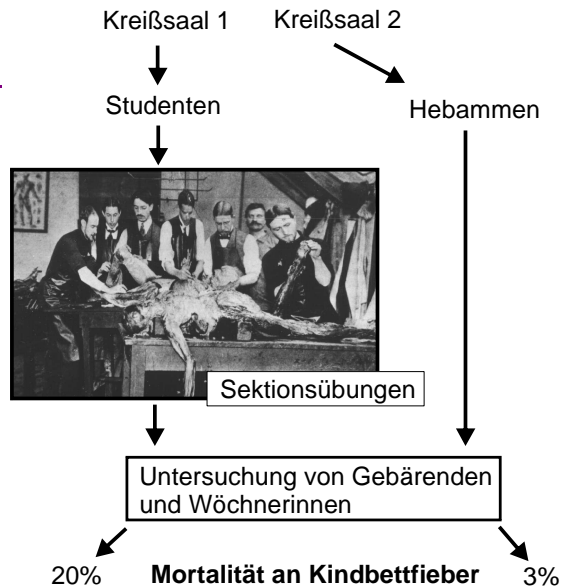
- ➔ Umsetzungsdefizit
- ➔ Methodik
- ➔ Theorie-Gebundenheit
- ➔ Verhältnis zur politischen Ebene
- ➔ Abgrenzung / Interpretationshoheit
- ➔ Zusammenfassung

Ignaz Semmelweis

1818 - 1865



Aus dieser Studie
1847 erste Hygiene-
vorschrift entwickelt



Prof. Dr. M. Schrappe

Die Intervention

Händedesinfektion
mit Chlorkalk-Lösung

Mortalität an Kindbettfieber:

Kreißsaal 1	Kreißsaal 2
1,2%	1,3%



Prof. Dr. M. Schrappe

Aktion Saubere Hände



- Träger APS, NRZ d. RKI, GQMG
- Verstärkung Händedesinfektion
- Rückkopplung des Desinfektionsmittelvolumens / Pat.-Tag
- Integration in KISS
- Nationale Aktionstage
- Regionale Aktionen, alle Medien
- Start 11.12.07 mit Pressekonf. BMG

Prof. Dr. M. Schrappe

Teil V: VF - offene Fragen

- Umsetzungsdefizit
- Methodik
- Theorie-Gebundenheit
- Verhältnis zur politischen Ebene
- Abgrenzung / Interpretationshoheit
- Zusammenfassung

Dimensionen

Forschung

Wirksamkeit

Nutzen

Validität

Klinisch-
evaluative
Forschung

efficacy
(absolute W.)

Wissenschaftlich
u. fachlich
anerkannt

Evidenz-
basierte
Medizin

Versorgungs-
forschung

effectiveness
(relative W.)

Angemessen-
heit

Methodik
der VF
[EBHC]

Prof. Dr. M. Schrappe

Internist 2006 · 47:M54-M60
DOI 10.1007/s00108-005-1551-1
© Springer Medizin Verlag 2006

Redaktion
H.-P. Schuster, Hildesheim

2/2006



Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM),
Schöne Aussicht 1, D-65193 Wiesbaden,
Tel.: 0611/205 8040-0, Fax: 0611/205 8040-46
Email: info@dgim.de

M. Schrappe¹, G. Glaeske², M. Gottwik³, R. Kilian⁴, K. Papadimitriou⁵
C. Scheidt-Nave⁶, K.D. Schulz⁷, D. Ziegenhagen⁸, H. Pfaff⁹

für die Ständige Kongresskommission Versorgungsforschung

¹ Universität Witten/Herdecke, ² Universität Bremen, ³ Klinikum Nürnberg

⁴ Universität Ulm, ⁵ Universität Düsseldorf, ⁶ Robert-Koch-Institut Berlin

⁷ Philipps-Universität Marburg, ⁸ Deutsche Krankenversicherung

⁹ Zentrum für Versorgungsforschung Universität Köln

Ständige Kongresskommission Versorgungsforschung

Memorandum II – „Konzeptionelle,
methodische und strukturelle Voraussetzungen
der Versorgungsforschung“

EBHC: Definition

Evidence-based Health Care

- is the conscientious use of current best evidence in making decisions about the
 - ➔ care or individual patients or
 - ➔ the delivery of health services.

Current best evidence is up-to-date information from relevant, valid research about the effect 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.”

Evidence-Based Health Care

➔ Differenz zu klinisch-evaluative Forschung

- vermeidet paternalistischen Ansatz
- Kontrollgruppen Standardtherapie (nicht Plazebo)
- relevante Endpunkte statt Surrogatmarker
- Interventionen eher sozial als medizinisch, eher Gruppen als Individuen, eher vulnerable Gruppen
- hohe externe Validität notwendig
- Risiko (neg. Nutzen) durch lange Beobachtungszeiten adäquat einschätzen
- Conflicts of interest muss transparent sein
- Einfluss von Patientengruppen transparent gestalten

Evidence-Based Health Care

➔ Methodische Bedingungen

- *effectiveness < efficacy*
- komplexe Interventionen bedingen andere Methoden
- niedrigere Effektmaße
- andere Endpunkte als EBM: soziale, kulturelle, ethische
- anfängliche Überschätzung weniger ausgeprägt
- es liegen weniger kontrollierte Studien vor

Schrappe & Lungen 2009

Prof. Dr. M. Schrappe

Evidence-Based Health Care

➔ Interventionen

- pragmatisch: nehmen Bezug auf die reale Praxis der Gesundheitsversorgung
- komplex: bestehen regelhaft aus mehreren Komponenten
- kontextsensibel: abgestimmt auf regionale Strukturen, normative Gegebenheiten, Einstellungen

Schrappe & Lungen 2009

Prof. Dr. M. Schrappe

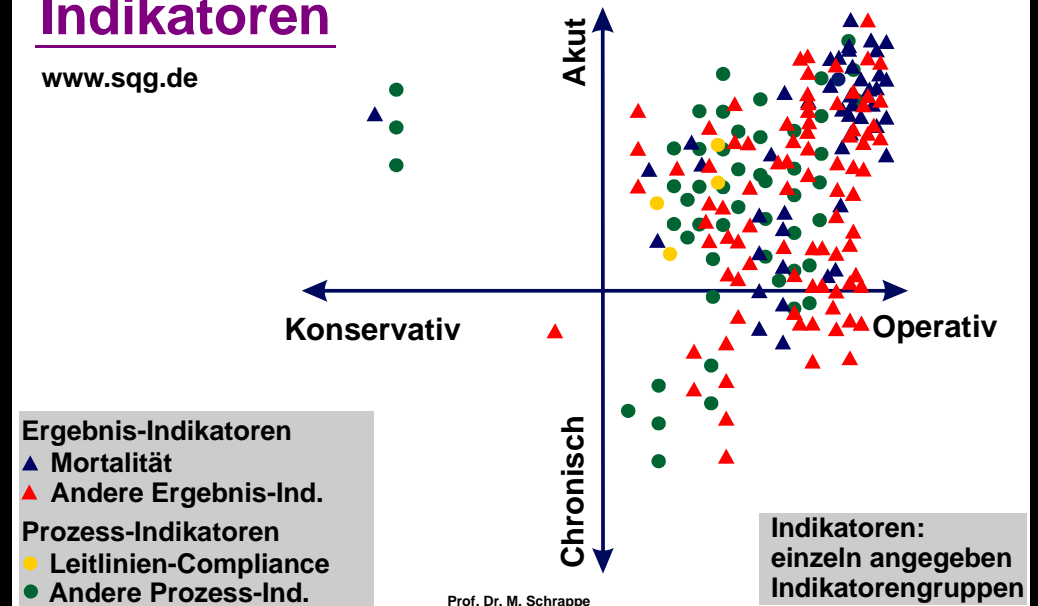
Teil V: VF - offene Fragen

- ➔ Umsetzungsdefizit
- ➔ Methodik
- ➔ Theorie-Gebundenheit
- ➔ Verhältnis zur politischen Ebene
- ➔ Abgrenzung / Interpretationshoheit
- ➔ Zusammenfassung

Für den AQUA-Qualitätsreport 2013:

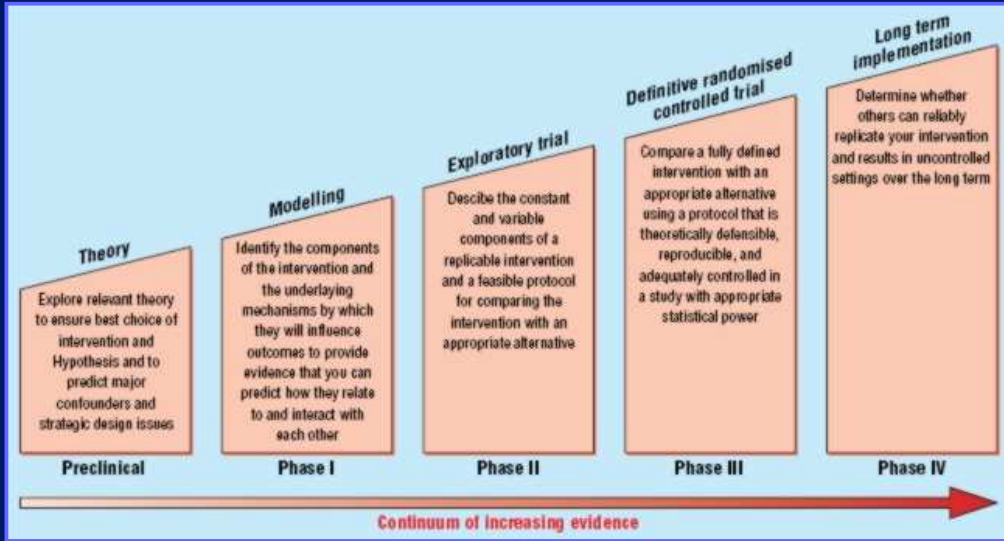
Indikatoren

www.sqg.de



Prof. Dr. M. Schrappe

Evaluation komplexer Interventionen



Campbell 321, 2000, 694

Prof. Dr. M. Schrappe

Verhaltensänderung: Konzepte

- ➔ Lerntheoretische Konzepte
- ➔ Soziale Wahrnehmung
- ➔ Organisatorischer Wandel
- ➔ Kontext-bezogene Konzepte

Prof. Dr. M. Schrappe

Komplexität als allgemeine Tendenz



Prof. Dr. M. Schrappe

Patienten: Rationales Verhalten?

Welches Krankenhaus würden Sie nach Lektüre des Qualitätsberichtes heute (2015) vorziehen?

➔ **Krankenhaus 1**

Verbesserung auf die Hälfte!

- Nosokomiale Infektionen 2013: 10%
- Nosokomiale Infektionen 2014: 5%

➔ **Krankenhaus 2**

Verschlechterung auf das Doppelte!

- Nosokomiale Infektionen 2013: 2,5%
- Nosokomiale Infektionen 2014: 5%

Prof. Dr. M. Schrappe

Die Metapher mit den Radmuttern

Für welche Werkstatt entscheiden Sie sich:

("informierte Wahlentscheidung")



Nach dem Reifenwechsel sind die Radmuttern nicht angezogen in

- 3% aller Fälle
- 5% aller Fälle
- 8% aller Fälle



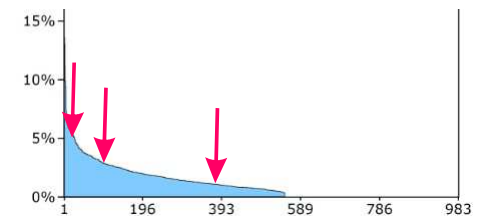
Prof. Dr. M. Schrappe

Patienten: Alternativen?

➔ Postoperative Wundinfektionen gelenknahe Femurfraktur

- AQUA-Bericht: 1,1%
- Länderauswertung: 0,7 (BW) bis 1,7% (S)
- Nat. Referenz-Zentrum: 3%
- Verteilung (AQUA): 5% bs. 3% vs. 1%

➔ Entscheidung?



AQUA 2014

Prof. Dr. M. Schrappe

Teil V: VF - offene Fragen

- ➔ Umsetzungsdefizit
- ➔ Methodik
- ➔ Theorie-Gebundenheit
- ➔ Verhältnis zur politischen Ebene
- ➔ Abgrenzung / Interpretationshoheit
- ➔ Zusammenfassung

Teil V: VF - offene Fragen

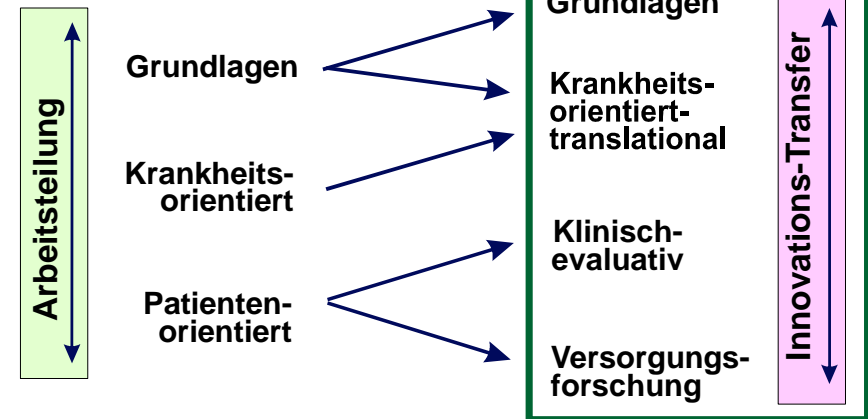
- ➔ Umsetzungsdefizit
- ➔ Methodik
- ➔ Theorie-Gebundenheit
- ➔ Verhältnis zur politischen Ebene
- ➔ Abgrenzung / Interpretationshoheit
- ➔ Zusammenfassung

VF: Abgrenzung

- ➔ **Klinische Forschung**
- ➔ Evidence-based Medicine
- ➔ Health Technology Assessment (HTA)
- ➔ Public Health
- ➔ Gesundheitsökonomie
- ➔ Sozialwissenschaften

Klinische Forschung

DFG Denkschrift 1999



VF: Abgrenzung

- ➔ Klinische Forschung
- ➔ **Evidence-based Medicine**
- ➔ Health Technology Assessment (HTA)
- ➔ Public Health
- ➔ Gesundheitsökonomie
- ➔ Sozialwissenschaften

EBM: Definitionen (3)

- ➔ **Systematische Informationsgenerierung und -wertung**
- ➔ **“best available” Information und klinische Erfahrung**
- ➔ **Patientenpräferenzen**

“Evidence-based medicine is a practice of medicine based on the integration of the best research evidence with clinical expertise and **patient values.**”

Efficacy: what's missing?

➔ Mangelnde externe Validität

- Eingeschlossene Patienten nicht repräsentativ
- Kontrollierte Studien liegen nicht vor
- Endpunkte irrelevant, Effekte treten zu spät ein

➔ Paternalismus

- Patientenpräferenzen nicht berücksichtigt
- Soziale Präferenzen nicht berücksichtigt

➔ Mangelnde Eignung für komplexe Interventionen

- Public Health-Interventionen: komplexe Designs
- RX Studien: Bias zugunsten klinischer Endpunkte

VF: Abgrenzung

- ➔ Klinische Forschung
- ➔ Evidence-based Medicine
- ➔ Health Technology Assessment (HTA)
- ➔ Public Health
- ➔ Gesundheitsökonomie
- ➔ Sozialwissenschaften

VF: Abgrenzung

- ➔ Klinische Forschung
- ➔ Evidence-based Medicine
- ➔ Health Technology Assessment (HTA)
- ➔ Public Health
- ➔ Gesundheitsökonomie
- ➔ Sozialwissenschaften

Evaluation von Versorgungsleistungen

	Individuelle Patienten	Populationen
Definierte Behandlungsmethode	z.B.: > Medikamente > OP-Methoden Klin.-evaluative Forschung	z.B.: > Gender > Alter VF / Public Health
Komplexe Interventionen/Kontext	(A) Kontextsensitivität definierter Methoden (B) Komplexe Methoden Versorgungsforschung	z.B.: > Evaluation P4P > Evaluation Managed Care Versorgungsforschung

VF: Abgrenzung

- ➔ Klinische Forschung
- ➔ Evidence-based Medicine
- ➔ Health Technology Assessment (HTA)
- ➔ Public Health
- ➔ **Gesundheitsökonomie**
- ➔ Sozialwissenschaften

Methoden der gesundheitsökonomischen Evaluation in der Versorgungsforschung * * *

Methods of Health Economic Evaluation for Health Services Research

Autoren

A. Icks^{1,2}, N. Chernyak^{1,2}, K. Besthorn³, B. Brüggenjürgen⁴, J. Bruns⁵, O. Damm⁶, C.-M. Dintsios^{7,8}, K. Dreinhöfer⁹, A. Gandjour¹⁰, A. Gerber¹¹, W. Greiner¹², P. Hermanek¹³, F. Hessel^{14,15}, R. Heymann¹⁶, E. Huppertz¹⁷, C. Jacke¹⁸, H. Kächele¹⁹, R. Killian¹⁷, D. Klingenberg¹⁸, P. Kolominsky-Rabas¹⁹, H. Krämer²⁰, C. Krauth²¹, M. Lungen²², T. Neumann²³, F. Porzolt²⁴, A. Prenzler²⁵, F. Poeschner²⁶, R. Riedel²⁷, A. Rüther²⁸, H. J. Salze²⁹, E. Scharnetzky²⁹, W. Schwerdt³⁰, H.-K. Selbmann³¹, H. Siebert³², D. Stengel³³, S. Stock³⁴, H. Völler³⁵, J. Wasem³⁶, M. Schrappe³⁷

Institute

Die Institutsangaben sind am Ende des Beitrags gelistet

VF: Abgrenzung

- ➔ Klinische Forschung
- ➔ Evidence-based Medicine
- ➔ Health Technology Assessment (HTA)
- ➔ Public Health
- ➔ Gesundheitsökonomie
- ➔ **Sozialwissenschaften**

Teil V: VF - offene Fragen

- ➔ Umsetzungsdefizit
- ➔ Methodik
- ➔ Theorie-Gebundenheit
- ➔ Verhältnis zur politischen Ebene
- ➔ Abgrenzung / Interpretationshoheit
- ➔ **Zusammenfassung**

Zusammenfassung

zu: Teil V "Offene Fragen"

- Die VF ist kein absoluter Garant für die Behebung des Umsetzungsdefizits.
- Eine "EBM der Versorgungsforschung ist notwendig - *Evidence-based Health Care* (EBHC).
- VF ist in hohem Maße Theorie-gebunden.
- Es gibt zahlreiche Abgrenzungsfragen. Besonders wichtig ist die Abgrenzung bzw. gegenseitige Ergänzung zur Evidence-based Medicine und zu Public Health.
- HTA kann (abgesehen von seinem Report-Design) als Abbild der Methoden-Vielfalt der VF angesehen werden.

Gliederung

- Teil I: Einführung
- Teil II: Definition und Begriffe
- Teil III: Nutzen und Allokation
- Teil IV: Integrationsfunktion der VF
- Teil V: VF - offene Baustellen
- **Teil VI: Fragestellungen**
- Teil VII: Interaktion VF/Politik
- Teil VIII: Zusammenfassung und Fazit

Evaluation von Versorgungsleistungen

	Individuelle Patienten	Populationen
Definierte Behandlungsmethode	z.B.: > Medikamente > OP-Methoden Klin.-evaluative Forschung	z.B.: > Gender > Alter VF / Public Health
Komplexe Interventionen/Kontext	(A) Kontextsensitivität definierter Methoden (B) Komplexe Methoden Versorgungsforschung	z.B.: > Evaluation P4P > Evaluation Managed Care Versorgungsforschung

VF: Fragestellungen

- Welche Umsetzungsdefizite liegen vor?
- Welche Größenordnung kommt den Umsetzungsdefiziten zu?
- Welche Faktoren beeinflussen die Umsetzung?
 - auf Ebene der Patienten
 - auf Ebene der Professionals
 - auf organisatorisch-institutionellen Ebene
 - auf der Systemebene
- Welche Einflüsse lassen sich bzgl. der Theoriebildung ableiten?
- Welche Fragestellungen sind in Zukunft relevant?

Gliederung

- ➔ Teil I: Einführung
- ➔ Teil II: Definition und Begriffe
- ➔ Teil III: Nutzen und Allokation
- ➔ Teil IV: Integrationsfunktion der VF
- ➔ Teil V: VF - offene Baustellen
- ➔ Teil VI: Fragestellungen
- ➔ Teil VII: Interaktion VF/Politik
- ➔ Teil VIII: Zusammenfassung und Fazit

"Das gegenseitige Versprechen"

- ➔ Realitätsnähe
- ➔ Umsetzungsaspekt
- ➔ Begriff der "Versorgung"
- ➔ Verbesserung
- ➔ Patientenbezug

- ➔ Von Anfang an gab es eine enge gegenseitige Affinität ...

Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit

Band I
Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation

Band II
Qualitätsentwicklung in Medizin und Pflege

Band III
Über-, Unter- und Fehlversorgung

- III.1: Grundlagen, Übersichten, Versorgung chronisch Kranker
- III.2: Ausgewählte Erkrankungen: ischämische Herzkrankheiten, Schlaganfall und chronische, obstruktive Lungenerkrankungen
- III.3: Ausgewählte Erkrankungen: Rückenleiden, Krebserkrankungen und depressive Störungen
- III.4: Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten

Mission Statement

Versorgungsforschung verfolgt das Ziel,

- Wissenschaft und klinische Versorgung zusammenzuführen,
- Barrieren der Umsetzung zu reduzieren,
- den Grad der Multidisziplinarität des methodischen Ansatzes zu erhöhen,
- die Versorgung hinsichtlich Qualität und Effizienz zu verbessern,
- konzeptionelle, methodische und strukturelle Voraussetzungen für eine effektive VF zu schaffen, und
- Ergebnisse der VF in den politischen Diskurs einzuspeisen.

Ständige Kongresskommission VF, Köln, 11.3.2005

Prof. Dr. M. Schrappe

Versorgungsforschung: Politik

"Der Gemeinsame Bundesausschuss fördert Versorgungsforschung. Versorgungsforschung ist die wissenschaftliche Untersuchung der Versorgung des Einzelnen und der Bevölkerung mit gesundheitsrelevanten Produkten und Dienstleistungen unter Alltagsbedingungen. Versorgungsforschung bezieht sich auf die Wirklichkeit der medizinischen Versorgung."

GKV-Versorgungsstärkungsgesetz, E 25.2.2015, Begründung S. 106 zu §92a Abs. 2

Prof. Dr. M. Schrappe

Versorgungsforschung

Mehr Forschung in der Versorgung

Die Gesundheitsforschung trägt dazu bei, mit Innovationen die Lebensqualität von Menschen aller Lebenslagen zu erhöhen und gleichzeitig die Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems zu sichern. 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.**

Koalitionsvertrag CDU, CSU, FDP 2009

Prof. Dr. M. Schrappe

Versorgungsforschung: Politik

"Die Versorgungsforschung werden wir stärken, um vor allem **die Alltagsversorgung von Patienten zu verbessern**. Dazu gehören vor allem die **Pflegewissenschaft**, aber auch die **Biometrie, Epidemiologie und Medizininformatik** sowie der Aufbau von **klinischen Registern**, sofern eine dauerhafte Finanzierung im Versorgungssystem garantiert wird."

Koalitionsvertrag Große Koalition 23.11.2013, S. 33

Prof. Dr. M. Schrappe

Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG)

- ➔ **Demographie:** Nicht-Wiederbesetzung von KV-Sitzen in überversorgten Regionen, Facharzttermine, kommunale MVZ
- ➔ **Strukturelle Weiterentwicklung:** Besondere Versorgung (140a), Stärkung der Hausärzte in der KV, Entlassmanagement, arztgruppengleiche MVZ, zusätzliche DMP
- ➔ **Qualität:** Zweitmeinung, Datenzusammenführung für Qualitätssicherung, Medizinprodukte Nutzenbewertung, Haftung Hebammen
- ➔ **Innovationsfonds:** "drittes Institut" des GBA, 300 Mill. € pro Jahr, davon 75 Mill. € für Versorgungsforschung, Ziel: Etablierung neuer Versorgungsformen; Antrag durch zugelassene Leistungserbringer, Beratung durch Wiss. Beirat

16.07.2015

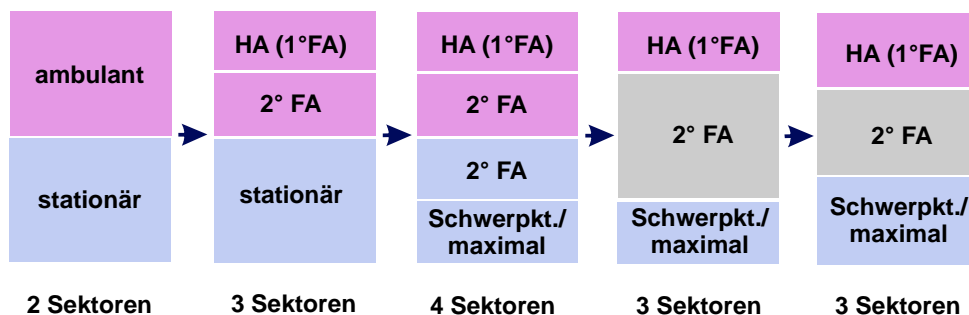
Prof. Dr. M. Schrappe

- ➔ Die Versorgungsforschung kommt zu dieser Bedeutung in einer Zeit, in der das Gesundheitssystem vor entscheidenden Veränderungen steht

Prof. Dr. M. Schrappe

Perspektive:

Deutsches Gesundheitswesen



Prof. Dr. M. Schrappe

- ➔ Veränderungen betreffen zunehmend nicht nur die individuelle und organisatorische Ebene, sondern sind nur auf Systemebene zu erreichen.

Prof. Dr. M. Schrappe

Verbesserung von Qualität: Ebenen

- Individuum → Qualität
- Organisation → Qualitätsmanagement
- System → **Quality Improvement**

Instrumente der Qualitätsverbesserung auf System-Ebene

- Detailregelungen
- Institutionelle Interventionen
- **Qualitäts-orientierte Versorgungsplanung**
- Transparenz/Public Reporting
- **Qualitäts-orientierte Vergütung**

KHSG-Entwurf 30.6.2015

- Neustrukturierung des 9. Abschnitt Kap. 4 SGB V
- **Qualitäts-orientierte Vergütung**
- Eindämmung des Mengenanreizes
- Qualitätsverträge - Selektivverträge
- Mindestmengen
- Zugangsindikatoren
- **Qualitäts-orientierte Krankenhausplanung**
- Weiterentwicklung Public Reporting
- Patientenorientierung
- Kontrolle und Durchsetzung

- **Erfolgreiche Veränderungsstrategien bedürfen umfassender theoretischer Grundannahmen.**
- **z.B. Verbindung von Expertenorganisation (*professional bureaucracy*) und Komplexitätstheorie**

Expertenorganisation und Komplexe Systeme: Gemeinsamkeiten

- ➔ Verdeckte interne Regeln
- ➔ Ausgeprägte Autonomie der Teile bzw. Experten
- ➔ Neigung zur Selbstorganisation
- ➔ Hochgradig innovativ, aber Innovation nicht vorher- und planbar ("Innovationsparadoxon")
- ➔ Unsicherheit wird akzeptiert ("intrinsische Unsicherheit")

Komplexe Professionelle Systembürokratie - Definition -

Aus der Synthese der Konzepte **Expertenorganisation** (*professional bureaucracy*) und **Komplexitätstheorie** entwickelter Arbeitsbegriff, der auf gemeinsamen Eigenschaften beider Konzepte wie Autonomie, Tendenz zur Selbstorganisation, Toleranz von Unsicherheit ("intrinsische Unsicherheit") und "Innovationparadoxon" (Innovationen nicht planbar bei großer Innovationsnähe) beruht und zur Beschreibung sowohl der organisatorischen als auch der Systemebene verwendet wird.

Komplexe Professionelle Systembürokratie - Definition -

Aus der Synthese der Konzepte Expertenorganisation (*professional bureaucracy*) und Komplexitätstheorie entwickelter Arbeitsbegriff, der auf gemeinsamen Eigenschaften beider Konzepte wie **Autonomie**, Tendenz zur **Selbstorganisation**, Toleranz von Unsicherheit ("intrinsische Unsicherheit") und "Innovationparadoxon" (Innovationen nicht planbar bei großer Innovationsnähe) beruht und zur Beschreibung sowohl der organisatorischen als auch der Systemebene verwendet wird.

- ➔ **Politik und Wissenschaft: die Interaktion zweier komplexen Systeme erfordert die Kenntnisse der "treibenden Faktoren" auf beiden Seiten.**

So wär's super !

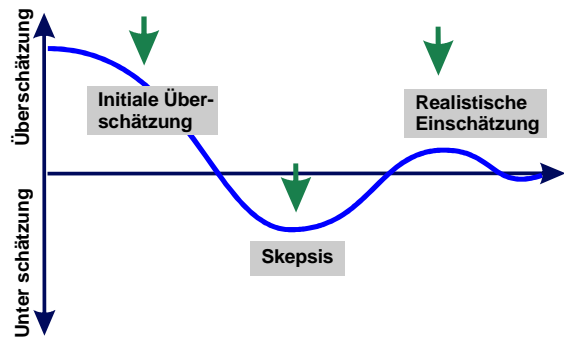
Studienergebnis



(Ist doch klar!)



Was sollen wir nun sagen



(und man wird die Versorgungsforschung fragen!)

Systeme interagieren



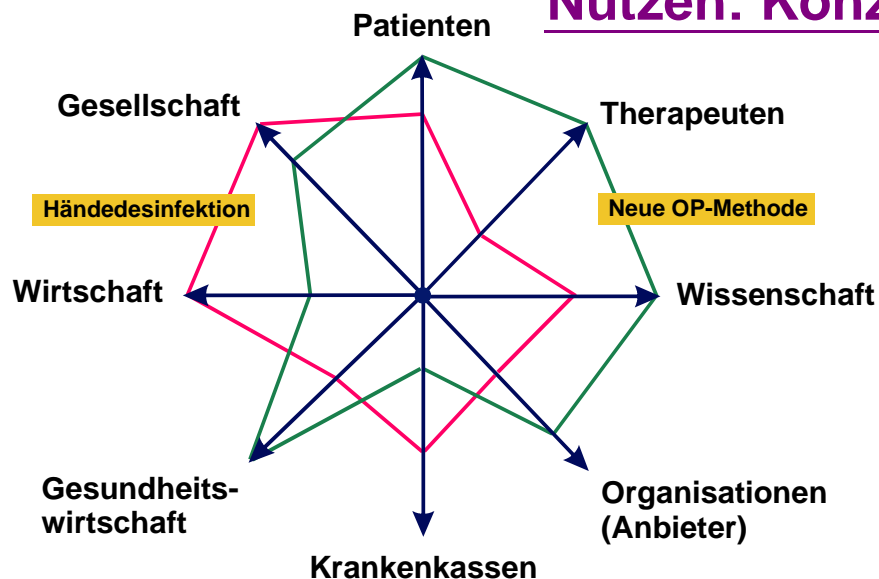
Interaktion VF/Politik

- ➔ **Verschiedene Logiken**
- ➔ Induktiv vs. deduktiv
- ➔ Reduktion der Komplexität nach unterschiedlichen Gesichtspunkten
- ➔ Divergierende Sichtweise "dritter" gesellschaftlicher Diskurse
- ➔ Unterschiedliche Ziele

Unterschiedliche Logik

- ➔ **Versorgungsforschung**
 - Fragestellung - Methodik - Theorie
- ➔ **Politik**
 - Kompromiss - Networking - Akzeptanz

Nutzen: Konzept



Interaktion VF/Politik

- ➔ **Verschiedene Logiken**
- ➔ **Induktiv vs. deduktiv**
- ➔ Reduktion der Komplexität nach unterschiedlichen Gesichtspunkten
- ➔ Divergierende Sichtweise "dritter" gesellschaftlicher Diskurse
- ➔ Unterschiedliche Ziele

Erkenntnis: Vorgehen

➔ Versorgungsforschung

- eher induktiv

➔ Politik

- eher deduktiv

Interaktion VF/Politik

- ➔ Verschiedene Logiken
- ➔ Induktiv vs. deduktiv
- ➔ Reduktion der Komplexität nach unterschiedlichen Gesichtspunkten
- ➔ Divergierende Sichtweise "dritter" gesellschaftlicher Diskurse
- ➔ Unterschiedliche Ziele

Reduktion der Komplexität

➔ Versorgungsforschung

- Elimination der Confounder

➔ Politik

- nach Machbarkeit

Interaktion VF/Politik

- ➔ Verschiedene Logiken
- ➔ Induktiv vs. deduktiv
- ➔ Reduktion der Komplexität nach unterschiedlichen Gesichtspunkten
- ➔ Divergierende Sichtweise "dritter" gesellschaftlicher Diskurse
- ➔ Unterschiedliche Ziele

"Dritte" Diskurse

- ➔ **Versorgungsforschung**
 - Intellektuelle Präferenzen
- ➔ **Politik**
 - Tagesgeschäft

hidden agenda: Beispiele

- ➔ Schuldenbremse einhalten
- ➔ Bund-Länder-Konflikt
- ➔ Selektivverträge anstreben
- ➔ Kleine Krankenhäuser erhalten

Interaktion VF/Politik

- ➔ Verschiedene Logiken
- ➔ Induktiv vs. deduktiv
- ➔ Reduktion der Komplexität nach unterschiedlichen Gesichtspunkten
- ➔ Divergierende Sichtweise "dritter" gesellschaftlicher Diskurse
- ➔ **Unterschiedliche Ziele**

Schließlich: primäre Ziele

- ➔ **Versorgungsforschung**
 - Erkenntnis
- ➔ **Politik**
 - Macht

Gliederung

- ➔ Teil I: Einführung
- ➔ Teil II: Definition und Begriffe
- ➔ Teil III: Nutzen und Allokation
- ➔ Teil IV: Integrationsfunktion der VF
- ➔ Teil V: VF - offene Baustellen
- ➔ Teil VI: Fragestellungen
- ➔ Teil VII: Interaktion VF/Politik
- ➔ Teil VIII: Zusammenfassung und Fazit

Ziele des Seminars

- ➔ Begrifflichkeit und Abgrenzung
- ➔ VF in der Nutzenbeurteilung und Allokation von Gesundheitsleistungen
- ➔ Integrationsfunktion der Versorgungsforschung und weiteren Entwicklungsbedarf einschätzen
- ➔ Systematik der Fragestellungen, in denen VF hilfreich sein kann
- ➔ Interaktion von VF und Politik im Licht der unterschiedlichen Herangehensweisen und Logiken

Prof. Dr. M. Schrappe

Schluß

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit !

Download pdf-Version unter
www.matthias.schrappe.com

Prof. Dr. M. Schrappe