

Analyse der Versorgungsforschungsprojekte nach Beschluss-Art

Suche nach dem Versorgungsforschungs-Impact

Es ist eine reine Fleißaufgabe, sich der Frage zu nähern, wie viele der vom Innovationsfonds geförderten und inzwischen vom Innovationsausschuss mit Beschluss beendeten Versorgungsforschungsprojekte „positiv“ oder „negativ“ beschieden wurden, da der G-BA lediglich PDF-Sammlungen anbietet. Das Ergebnis spricht für sich, ist aber von der Interpretation abhängig. Die einen werden sagen: Immerhin sind über 60% positiv beschieden worden, wenn man die Projekte einrechnet, die zwar „keine Empfehlung“ erhielten, aber bei denen zumindest die Ergebnisse weitergeleitet wurden. Den anderen wird die Zahl der negativ beschiedenen Versorgungsforschungsprojekte ins Auge springen: immerhin 38%

>> Bei der Analyse der Versorgungsforschungsprojekte nach Beschluss-Art wird deutlich, wie heterogen die Beschlüsse des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 92b Absatz 3 SGB V zu abgeschlossenen Versorgungsforschungsprojekten ausfallen. Dabei gibt es nur drei Beschluss-Arten:

1. keine Empfehlung (erhielten 38% aller Versorgungsforschungsprojekte)
2. keine Empfehlung, aber Weiterleitung der Ergebnisse (25%)
3. Empfehlung mit Weiterleitung der Ergebnisse (37%)

Je nachdem, wie man rechnet, ist das Glas nun halb voll oder halb leer: Positivisten denken: Immerhin scheinen 62% positiv zu sein, wenn man die Projekte einrechnet, die zwar mit „keine Empfehlung“ negativ beschieden wurden, aber bei denen zumindest die Ergebnisse weitergeleitet wurden.

Positiver Fall mit Erwähnung

Nehmen wir – rein zufällig ausgewählt – das Projekt WiZen (1). Hier wurde durch das Zentrum für evidenzbasierte Gesundheitsversorgung der Medizinischen Fakultät an der TU Dresden mit insgesamt ca. 1,6 Millionen Euro die Wirksamkeit der Versorgung in onkologischen Zentren erforscht. „Insgesamt war das Studiendesign zur Beantwortung der Forschungsfragen angemessen,“ urteilte am 12. Oktober 2022 der Innovationsausschuss. Auch habe sich das angewandte Verfahren zur Datenverknüpfung als valide erwiesen, auch wenn Limitationen aufgrund der Datenverfügbarkeit in den Datenquellen bestanden hätten. Nach Ansicht der im Innovationsausschuss agierenden Entscheider liefert das Projekt damit „wissenschaftlich fundierte Erkenntnisse zur Wirksamkeit der Gesundheitsversorgung in zertifizierten Behandlungseinrichtungen im Vergleich zur Versorgung in nicht-zertifizierten Einrichtungen.“ Zudem seien die Projektergebnisse zur erfolgreichen Datensatzverknüpfung wegweisend für

weitere Forschungsvorhaben, wengleich patientenberichtete Outcomes künftig mitberücksichtigt werden sollten. Insgesamt würden die Projektergebnisse die Forschungshypothese stützen, dass Patient:innen mit Behandlung in einem zertifizierten Zentrum im Vergleich zu nicht-zertifizierten Einrichtungen einen größeren Überlebensvorteil hätten. Die statistischen Analysen zeigten zudem höhere Überlebensraten für Krebspatientinnen und -patienten, die in einer zertifizierten Behandlungseinrichtung versorgt wurden.

Mit dieser Begründung empfiehlt der Innovationsausschuss, dass die qua Beschluss positiv beschiedenen Ergebnisse an den Unterausschuss Qualitätssicherung des G-BA, das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) sowie an die Bundesministerien für Gesundheit sowie für Bildung/Forschung weitergeleitet werden.

Ob die weitergeleiteten Erkenntnisse aus diesen Projekten von einem der empfangenden Institutionen beachtet werden oder ob geplant ist, sie umzusetzen, wird nicht weiter dokumentiert. Forscher, die ihre Arbeit mit einem je nach Projekt mehr oder weniger unfänglichen Ergebnisbericht – im Fall von WiZen waren das immerhin 351 Seiten – abgeschlossen haben, hören vielleicht einmal eher zufällig am Rande von Kongressen, was mit ihren Erkenntnissen passiert. Sie sind jedoch in den Translationsprozess nicht mehr aktiv involviert. Damit ist das, was wissenschaftlich erforscht worden ist, gleichzeitig auch aus dem Bereich der Forschung in die Verantwortung von Selbstverwaltung und Politik übergeben. Was die beiden daraus

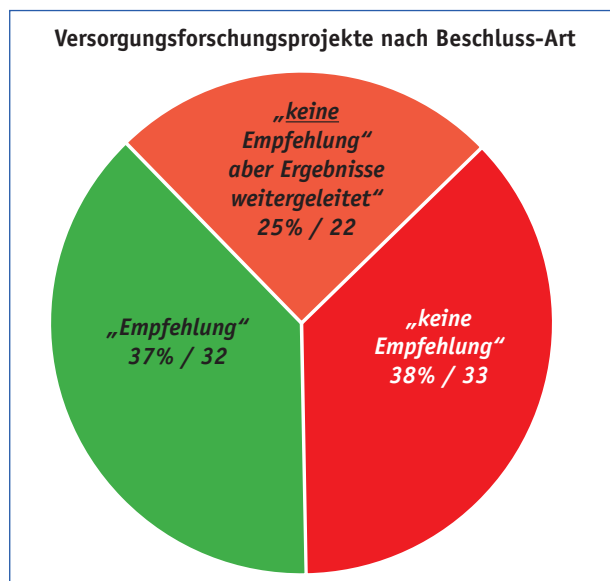


Abb. 1: 32 (37%) der vom Innovationsfonds geförderten und inzwischen vom Innovationsausschuss mit Beschluss beendeten Versorgungsforschungsprojekte wurden „positiv“ beschieden: Eigene Berechnungen. Quelle: <https://innovationsfonds.g-ba.de/beschluesse>.

machen, bleibt offen. Im Fall von WiZen kann man annehmen, dass das BMG die Ergebnisse des Versorgungsforschungsprojekts wahrgenommen hat; so hat beispielsweise Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach in seinem Grußwort zum Deutschen Krebskongress die WiZen-Studie intensiv adressiert.

Nun lautet die Frage, wie die Ergebnisse umgesetzt werden: Im Wortlaut der wissenschaftlich erforschten Ergebnisse oder mit einem Teil davon, den Selbstverwaltung wie Politik für durchsetzungsfähig halten, was denn nicht mehr im ursprünglichen Sinn der Wissenschaft wäre.

Positiver Fall mit Umsetzung

Ganz aktuell trat am 24. November 2022 die „Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung-Richtlinie: Überprüfung aufgrund von Projekten des Innovationsausschusses zur Evaluation“ (2) in Kraft, die auf einem G-BA-Beschluss vom 15. September 2022

basiert. In der revidierten Richtlinie werden zwar anscheinend nur marginale Änderungen vollzogen, doch unter § 7 Absatz 1 auch ein neuer Satz eingefügt, der das Entlassmanagements neu regelt. In den „Tragenden Gründen“ wird genau erklärt, welche drei Innovationsfondsprojekte hier zum Tragen kamen: die Projekte APVEL (Evaluation der Wirksamkeit von SAPV in Nordrhein), SAVOIR (Evaluierung der SAPV-Richtlinie: Outcomes, Interaktionen, Regionale Unterschiede) sowie ELSAH (Evaluation der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung in Hessen).

Bei allen drei Projekten hat der Innovationsausschuss eine positive „Empfehlung“ beschlossen und eine Weitergabe der Erkenntnisse an den zuständigen Unterausschuss Veranlasste Leistungen (UA VL) im G-BA veranlasst. Der sollte die Erkenntnisse aus den Projekten zeitnah prüfen und ggf.

bei einer Überarbeitung der SAPV-RL einzu beziehen, was er dann auch in gut einem Jahr getan hat.

Der negative und teilnegative Fall

Nehmen wir – wieder rein zufällig ausgewählt – die beiden Projekte HIOPP-6 und HIOPP-3-iTBX. „Der Innovationsausschuss spricht für das Projekt HIOPP-6 keine Empfehlung aus.“ (3) Was für HIOPP-6 gilt, gilt nicht in gleicher, aber in ähnlicher Weise für das zwar ähnliche klingende, aber sich mit einer ganz anderen Fragestellung befassenden Projekt HIOPP-3-iTBX (4): Dieses Projekt hat ebenfalls die Hauptaussage „keine Empfehlung“, was der beim G-BA angesiedelte Innovationsausschuss damit begründet, dass in diesem Projekt keine Reduktion der PIM/ Neuroleptika-Verschreibungen aufgrund der durchgeführten Interventionen festgestellt und zudem keine positiven Effekte auf die gesundheit-

liche Situation der Heimbewohner gezeigt werden konnten. Somit könne auch keine Empfehlung zur breiteren Umsetzung der hier verwendeten Interventionen zur Optimierung der Medikation bei Heimbewohnern ausgesprochen werden. Doch sollen die hier gewonnenen Erkenntnisse bei der (Weiter-) Entwicklung ähnlicher Versorgungsansätze und Fortbildungsmaßnahmen beteiligter Berufsgruppen berücksichtigt werden, denn auch die Erkenntnis, dass mit diesem Weg keine Verbesserungen erzielt werden konnten, sei, so der Beschlusstext, „für weitere Forschungsansätze ein wichtiges Ergebnis“.

Genau das ist der Unterschied zum Projekt HIOPP-6, bei dem der Innovationsausschuss „die Möglichkeit der Übernahme des (erforschten) Werkzeugs in die Regelversorgung und damit eine erforderliche Einbindung des Werkzeugs in die Praxissoftware derzeit noch nicht“ sieht. Immerhin steht da ein „noch“ und obendrein wird konzipiert, dass „gegebenfalls bei einer größeren Teilnehmerzahl ein signifikanter Effekt für Patient:innen

32 von 87 VF-Projekte mit „positiver“ Empfehlung			
01VSF17020	WiZen	17.10.22	AMB
01VSF16056	PIINA	17.10.22	AMB
01VSF17006	OptiStruk	17.10.22	AMB
01VSF18029	QMPR	20.09.22	AMB
01VSF17010	SEPFROK	14.07.22	SUE
01VSF17035	OPTIMISE	14.07.22	AMB
01VSF17038	PPE	24.06.22	AMB
01VSF16034	EVITA	12.05.22	AMB
01VSF16051	INSIST	12.05.22	STA
01VSF16058	MULTIqual	12.05.22	AMB
01VSF16037	KOL-OPT	16.02.22	AMB
01VSF18041	QUASCH	16.02.22	STA
01VSF16026	EyeLLIS	14.12.21	SUE
01VSF16062	Notfall- & Akutvers. Brandenb.	14.12.21	SUE
01VSF16050	PRÄZIS	23.09.21	AMB
01VSF16006	ELSAH	20.08.21	AMB
01VSF16020	PV-Monitor	20.08.21	SUE
01VSF16028	AHeaD	04.06.21	AMB
01VSF17046	BARGRU	04.06.21	AMB
01VSF16021	CIRSForte	16.04.21	AMB
01VSF16023	EPOS	16.04.21	STA
01VSF16036	MAU-PD	16.04.21	AMB
01VSF16001	Evaluation PNP-Vertrag	18.12.20	AMB
01VSF16045	DEWI	18.12.20	SUE
01VSF16005	SAVOIR	12.11.20	AMB
01VSF16015	PAV	19.08.20	AMB
01VSF16013	IMPRESS	09.10.20	STA
01VSF16049	ProMeKa	15.06.20	AMB
01VSF16007	APVEL	03.04.20	AMB
01VSF16041	EMSE	03.04.20	SUE
01VSF16038	NoMiG	03.04.20	SUE

22 von 87 VF-Projekte mit „keiner Empfehlung“, aber dennoch werden die Ergebnisse weitergeleitet			
01VSF18001	EvaSCa	19.08.22	AMB
01VSF16024	PRO-ONK ROUTINE	19.08.22	AMB
01VSF18002	Pertimo	19.08.22	AMB
01NVF16026	SEAL	14.07.22	AMB
01VSF17004	EPIVA	12.05.22	AMB
01VSF16048	KARDIO-Studie	12.05.22	SUE
01VSF16061	MEHIRA	12.05.22	AMB
01VSF17001	ESC+	21.01.22	SUE
01VSF16035	DELIVER	14.12.21	SUE
01VSF16017	HIOPP-3-iTBX	14.12.21	STA
01VSF16004	IVF2F3	11.11.21	AMB
01VSF16032	PrimA-Qu0	11.11.21	AMB
01VSF17002	§73-Orthopädie	23.09.21	AMB
01VSF16055	Homern	01.07.21	STA
01VSF16039	MVP-STAT	01.07.21	STA
01VSF16054	HaReNa	04.06.21	AMB
01VSF16009	OSA-PSY	16.04.21	STA
01VSF16030	Frauen 5.0	16.03.21	AMB
01VSF16042	Heimeintritt vermeiden	16.02.21	AMB
01VSF16014	KOMPAS	16.02.21	STA
01VSF16012	PIM-STOP	22.01.21	SUE
01VSF16002	INTEGRAL	18.12.20	AMB

Tab. 1-2: Aufteilung nach Beschluss-Art der vom Innovationsfonds geförderten und inzwischen (Stand: 22.11.22) vom Innovationsausschuss mit Beschluss bedendeten Versorgungsforschungsprojekte, sortiert absteigend nach Datum: 32 von 87 mit positiver „Empfehlung“ und 22 von 87 mit „keiner Empfehlung“ (aber dennoch einer Weiterleitung der Ergebnisse an benannte Institutionen). Legende: AMB = ambulant, SUE = sektorenübergreifend, STA = stationär, ZA = zahnärztlich; Quelle: Eigene Auswertungen. Aus: <https://innovationsfonds.g-ba.de/beschluesse/>.

nachweisbar“ gewesen wäre – so jedoch bestehe „weiterer Erkenntnisbedarf“.

An diesen Beispielen wird deutlich, dass es bei negativ und teil-negativ beschiedenen Projekten keine simple Schwarz-Weiß-Sicht geben kann. Denn auch einem Teil der mit „keiner Empfehlung“ beschiedenen Versorgungsforschungsprojekte wird ein Erkenntnisgewinn zugesprochen. Dies wird besonders deutlich beim Projekt EvaSCa (5), dem der Innovationsausschuss ebenso „keine Empfehlung“ ausspricht, jedoch aufgrund der hier erarbeiteten Empfehlungen zur Weiterentwicklung des Hautkrebscreenings die Ergebnisse an den Unterausschuss Methodenbewertung des G-BA zur Information weiterleitet.

Wer den Beschlusstext durchliest, erkennt den Grund schnell: Zwar seien die Methoden „zur Beantwortung der Fragestellungen grundsätzlich angemessen“ gewesen, doch hätten sich Limitationen aus der Beschränkung auf ein 12-monatiges Follow-Up und aus den Einschränkungen der zugrundeliegenden Routinedaten ergeben. Aufgrund dieser Limitationen hätte die Frage nach den Effekten des Screenings nicht abschließend beantwortet werden können.

Limitationen müssten doch bekannt sein

Woran lag das? Die Kurzwort: Weil sich die Versorgungsforschung nun einmal hauptsächlich auf Routinedaten stützen muss, denen per se wichtige Datenbestandteile fehlen. Das schreiben die Evaluatoren – Prof. Dr. med. Andreas Stang, Dr. med. Katrin Schuldt, Dr. rer. medic. Michael Nonnemacher und Dr. med. vet. Pietro Trocchin – in ihrem Ergebnisbericht sehr deutlich. Da steht: „Eine Mortalitätsevaluation des HKS mit Krankenkassendaten erscheint nur möglich, wenn diese Daten mit Angaben des screenenden Arztes (Anlass der Hautuntersuchung) und mit Daten der bevölke-

rungsbezogenen Krebsregister (exakte Histologie, Tumorstadium und Todesursache) individuell zusammengeführt werden, so ähnlich wie dies in der Mortalitätsevaluation des Mammographie-Screening-Programms geplant ist.“ So aber hätte die Durchführung einer Fall-Kontroll-Studie auf Grundlage einer Primärdatenerhebung Schwächen. Die Autorengruppe weiter: „Da die Krankenkassen lediglich erfassen, dass ein Versicherter verstorben ist, mussten wir mit Hilfe eines adaptierten Algorithmus den Tod aufgrund des Melanoms indirekt ableiten. Es ist davon auszugehen, dass diese Ableitung mit Fehlern einherging, auch wenn wir zur Verminderung der Fehlklassifikation von Todesfällen strenge Einschlusskriterien gewählt haben, die die erwartete Anzahl von geeigneten Melanomtodesfällen um 650 Fälle gesenkt hat.“ Weiterhin seien sie nicht in der Lage gewesen, diagnostizierte kutane maligne Melanome näher im Sinne der exakten Histologie, Lokalisation und dem Tumorstadium zu charakterisieren, da diese Informationen in Krankenkassendaten nicht vorhanden seien. Einen besseren Hinweis darauf, dass es in Deutschland eine forschungskompatible Zusammenführung möglichst vieler Daten – eben auch aus Registern – geben muss, kann es nicht geben. Allerdings und andererseits: Diese Limitationen muss jede Versorgungsforscher:in, ebenso jeder Gutachter im sogenannten Expertenpool des Innovationsausschusses auch und letztlich auch jede Entscheider:in der Bänke kennen. Wenn dem so wäre, hätte das mit 374.000 Euro finanzierte Projekt auf Basis einer Routinedatenauswertung wohl nicht beantragt und schon gar nicht gefördert werden dürfen. Hätte, hätte, Fahrrad-

33 von 87 VF-Projekte: „keine Empfehlung“			
01VSF17021	PART-Child	17.11.22	AMB
01VSF17048	PSY-CAR	17.11.22	AMB
01NVF16007	VERhO	17.11.22	AMB
01NVF17027	KID-PROTEK	17.11.22	AMB
01VSF17053	COFRAIL	17.10.22	AMB
01NVF17015	LeIKD	20.09.22	AMB
01NVF17018	MGMB	20.09.22	AMB
01NVF17019	MUK	20.09.22	AMB
01VSF16031	WASH	20.09.22	AMB
01VSF17032	Inno_RD	20.09.22	AMB
01NVF16009	NierenTx360°	19.08.22	AMB
01NVF16021	KiDSafe	19.08.22	AMB
01VSF16025	LQ-DMP	19.08.22	AMB
01VSF17039	DemTab	14.07.22	AMB
01VSF16043	ProFem	24.06.22	SUE
01VSF16047	EMPAR	24.06.22	SUE
01VSF18025	PsoGero	24.06.22	SUE
01NVF16028	ANNOteM	24.06.22	AMB
01NVF16002	TeleDermatologie	24.06.22	AMB
01VSF16057	PeriAge	24.06.22	AMB
01VSF16029	interprof AC	12.05.22	SUE
01VSF16059	ReToCdiff	12.05.22	STA
01VSF17042	VerSITA	01.04.22	AMB
01VSF17029	Redezeit-REH	01.04.22	SUE
01VSF18044	K:IDD	01.04.22	STA
01VSF16010	AMTS in utero	23.09.21	SUE
01VSF16033	HELP@APP	20.08.21	AMB
01VSF16060	P-AK	20.08.21	SUE
01VSF16052	Dent@Prevent	01.07.21	ZA
01VSF16040	VaMB	01.07.21	STA
01VSF16011	QS-Notfall	16.03.21	SUE
01VSF16003	Eval. Kardiologie-Vtr.	25.06.20	AMB
01VSF16009	HIOPP-6	03.04.20	SUE
01VSF16018	PROPERmed	03.04.20	SUE

Tab. 3: Aufteilung nach Beschluss-Art der vom Innovationsfonds geförderten und inzwischen (Stand: 22.11.22) vom Innovationsausschuss mit Beschluss beendeten Versorgungsforschungsprojekte, sortiert absteigend nach Datum: : 33 von 87 mit „keiner Empfehlung“. Legende: AMB = ambulant, SUE = sektorenübergreifend, STA = stationär, ZA = zahnärztlich; Quelle: Eigene Auswertungen. Aus: <https://innovationsfonds.g-ba.de/beschluesse>).

ette, um mit Peer Steinbrück zu sprechen. Wenn die Antragsteller nicht gefördert worden wären, hätte das Projekt auch keine Möglichkeiten zur Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie des G-BA in Bezug auf Früherkennungsuntersuchungen auf Hautkrebs aufzeigen können, die sich – so der Beschlusstext – „auf die Ergebnisse zukünftiger Evaluationen positiv“ auswirken könnten. Auch hier: Schwarz-Weiß-Denke hilft nicht weiter, da jeder zusätzliche Erkenntnisgewinn nun einmal positiv gesehen werden muss.

- 1: Förderzeitraum 39 Monate/ ca. 1,6 Mio. Euro <https://bit.ly/30UjJFM>
- 2: <https://bit.ly/3V5TwQq>
- 3: Förderzeitraum 18 Monate/ca. 277.000 Euro: <https://bit.ly/3V4m50H>
- 4: Förderzeitraum 43 Monate/ca. 1,7 Mio. Euro: <https://bit.ly/3GAC3LJ>
- 5: Förderzeitraum 27 Monate/374.000 Euro: <https://bit.ly/3V1mJfi>
- 6: Förderzeitraum 34 Monate/287.300 Euro <https://bit.ly/3Vmeydx>
- 7: <https://bit.ly/3U4hYAH>
- 8: <https://bit.ly/3EQr8fB>
- 9: <https://bit.ly/3AD00Tx>

Zitationshinweis

Stegmaier, P.: „Suche nach dem Versorgungsforschungs-Impact“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (06/22), S. 24-27. <http://doi.org/10.24945/MVF.06.22.1866-0533.2457>

Die Sinnfrage

Eine andere, weit gravierender Frage ist die, ob die vielen kleinen Versorgungsforschungsprojekte, die vom Innovationsfonds – mal 374.000 Euro da, mal 287.830 Euro hier (6) – Sinn machen.

Nur: Was ist Sinn? Natürlich ist jeder zusätzliche Erkenntnisgewinn positiv zu sehen und ist dem in Deutschland vorherrschenden forschungs-getriebenen Ansatz zuzuschreiben. Jede Wissenschaftler:in kann nun einmal im Rahmen ihrer eigenen Agenda erforschen, was sie will und dafür Drittmittel einwerben. Dafür hat der beim G-BA angesiedelte Innovationsausschuss Tür und Tor geöffnet, als er den sogenannten „themenoffenen Bereich“ eingeführt hat; auch wenn das im Bereich der Versorgungsforschung in den Jahren 2020 bis 2024 lediglich 20% oder 7 Millionen Euro waren (7).

Doch ist auch hier das erklärte Ziel, „Projekte im Bereich der Versorgungsforschung zu fördern, die auf einen Erkenntnisgewinn zur Weiterentwicklung der bestehenden Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung ausgerichtet sind und ein hohes Verwertungspotenzial für die Versorgungspraxis erkennen lassen“. Das steht so in der Förderbekanntmachung Versorgungsforschung vom 20. September 2023 geschrieben (8). Im Umkehrschluss bedeutet das: Projekte, die kein „hohes Verwertungspotenzial für die Versorgungspraxis“ erkennen lassen, werden eben nicht gefördert.

Anders ist es nicht zu erklären, dass in den letzten Fördertranchen die für den Bereich Versorgungsforschung zur Verfügung stehenden Gelder nie ganz vergeben worden sind. Das gab niemand anderes als Prof. Josef Hecken, unparteiischer Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses und Vorsitzender des beim G-BA angesiedelten Innovationssausschusses im Sommerinterview mit „Monitor Versorgungsforschung“ (9) zu Protokoll. Heckens erster Vorwurf: zwar viele qualifizierte Förderanträge, aber mit zu vielen „Klein-Klein“-Forschungsansätzen, die „unser Gesundheitssystem wirklich nicht nach vorne“ bringen würden. Heckens zweiter Vorwurf: kein großer „Wurf“, der „uns wirklich nach vorne katapultieren würde“.

„Wenn der Innovationsausschuss im Bereich Versorgungsforschung nur noch 10 statt 186 Anträge bekommt, wird das auch mein Leben erheblich erleichtern“, erklärte Hecken im MVF-Interview ganz ehrlich. Nun muss man Hecken schon etwas genauer kennen, um zu wissen, dass hinter der so leicht ge-

sagten Hoffnung auf weniger Arbeit eine wichtige Aufforderung steht. Er sagte auch, ganz direkt an die Community der Versorgungsforscher:innen gerichtet: „Damit wäre die Durchschlagskraft der Versorgungsforschung sicherlich wesentlich größer als die vieler ‚Klein-Klein‘-Projekte.“

Sein Wunsch, hier noch einmal wiederholt: „Ich wünsche mir von der Versorgungsforschung, jenseits der allenthalben auftauchenden Detailfragestellungen, die an und für sich durchaus richtig sein mögen, mehr in Richtung sektorenübergreifende Versorgung zu denken. Oder zumindest zu versuchen, in bestimmten kleineren Versorgungssettings neue sektoren- und professionsübergreifende Lösungen zu pilotieren und zu evaluieren.“

Größer denken, weiter denken, die Versorgung wirklich zum Besseren ändern – nach dem Versorgungsforschungs-Impact. Diese Forderung greift nun „Monitor Versorgungsforschung“ mit seinen beiden Online-Kongressen auf, die am 13.12.22 und 24.1.23 stattfinden werden.

Gefragt werden Repräsentanten unseres Gesundheitssystems, wie ihrer Ansicht nach die 5 bis 10 drängendsten und wichtigsten Fragen lauten, die die Versorgungsforschung zu beantworten hat, um unser Gesundheitssystem wirklich voranzubringen, es zukunftsfähiger zu machen. <<

von: MVF-Chefredakteur
Peter Stegmaier

Anmeldung
kostenfrei mit QR-Code
oder unter:
<https://bit.ly/3i8q0zV>



Online-Kongress „Priorisierungskatalog Versorgungsforschung“ / Teil 1: 13.12.22 – die Referenten

von	bis	Thema		
09:30	10:00	„Was wir nicht wissen, aber wissen müssen“	Prof. Josef Hecken, G-BA	
10:00	10:30	Versorgungsforschung: „Was wir schon wissen, aber bisher nicht beachtet wurde“	Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann, DNVF	
10:30	11:00	Versorgungsforschungs-Matrix: „Was erforschbar ist vs. was machbar ist“	Prof. Dr. Bertram Häussler, IGES Institut	
11:00	11:30	Die 10 wichtigsten Fragen an die Versorgungsforschung aus Sicht der Kassen	Franz Knieps, BKK Dachverband	
11:30	12:30	Podiumsdiskussion: Suche nach einem ersten Konsens	Moderation: Dr. Eberhard Thombansen, Vivantes Berlin	

Online-Kongress Teil 2: 24.1.23 – die Referenten

von	bis	Thema		
09:30	10:00	Zwischenruf: „Was wir wissen sollten, aber gar nicht wissen möchten“	Hon.-Prof. Dr. Günther Jonitz	
10:00	10:30	10 Themen, die es zu erforschen gilt, um das System nachhaltig zu verbessern	Prof. Dr. Christoph von Kalle, SVR Gesundheit	
10:30	11:00	Die 10 wichtigsten Fragen an die Versorgungsforschung aus klinischer Sicht	Prof. Dr. Wolfram Herrmann, Plattform – Charité VF	
11:00	11:30	Die 10 wichtigsten Fragen an die Versorgungsforschung aus ökonomischer Sicht	Dr. h.c. Helmut Hildebrandt, OptiMedis AG	
11:30	12:00	Data makes the world go round? Was uns Daten sagen können und was nicht	Roland Nagel, Gesundheitsforen Leipzig	
12:00	12:30	Konzept zur Priorisierung von Versorgungsforschungsprojekten: ein erster Entwurf	Prof. Dr. Franz Porzolt, ICE	
12:30	13:00	Podiumsdiskussion: Suche nach einem zweiten Konsens	Moderation: Prof. Dr. Reinhold Roski, MVF	