

Prof. Dr. med. Matthias Schrappe
Prof. Dr. phil. Holger Pfaff

Versorgungsforschung vor neuen Herausforderungen

Konsequenzen für Definition und Konzept

In den letzten Jahren sind in Deutschland die Erwartungen an die Versorgungsforschung, vor allem von gesundheitspolitischer Seite, enorm gestiegen [4, 5]. Ursächlich stehen nicht nur allgemeine gesellschaftlichen Entwicklungen, sondern auch die Notwendigkeit durchgreifender Verbesserungsanstrengungen und die Notwendigkeit wirkungsvoller struktureller Innovationen im Vordergrund. Die Versorgungsforschung muss daher ihre konzeptionellen Grundlagen kontinuierlich und nachvollziehbar weiterentwickeln, so wie es in den Memoranden des Deutschen Netzwerk Versorgungsforschung und in der vollständig neugefassten 2. Auflage des „Lehrbuch Versorgungsforschung“ [2] angestrebt wird.

>> Begriff und Konzept von Versorgungsforschung beziehen sich einerseits auf die Umsetzungsfrage (Wirksamkeit im Alltag, effectiveness) und sprechen die sogenannte „letzte Meile“ an (outcome) [6]. Auf dieser Basis wurde bereits 1988 der Begriff „Outcomes-Research“ geprägt [7, 8]. Die Versorgungsforschung leitet sich in dieser Bezugnahme auf den sog. effectiveness gap [9] von der Klinischen Epidemiologie ab, die sie als zentrales Instrument mit der Evidenz-basierten Medizin gemeinsam hat. Der zweite Ursprung widmet sich der sozialwissenschaftlichen Beschreibung und Analyse der Kranken- und Gesundheitsversorgung sowie ihrer Rahmenbedingungen [10] und steht in der Tradition z.B. von Sozialmedizin, Medizinsoziologie und Public Health. Es resultiert ein kontinuierlicher konzeptioneller Weiterentwicklungsbedarf der Versorgungsforschung, der besonders auf folgende Einflussfaktoren Bezug nehmen muss:

► Outcome: Neben der individuellen Behandlungsperspektive rückt die Populationsperspektive in den Vordergrund

Sowohl Einzelprobleme (Antibiotika-Resistenz) als auch übergreifende Themen (z.B. demografische Situation) sind ohne adäquate Einbeziehung der Populationsperspektive nicht lösbar. Besonders die regionale Perspektive der Versorgungsplanung, die Weiterentwicklung der Vergütungssystematik und die Annäherung von Versicherungs- und Versorgungsfunktion stellen ja nicht nur neue Anforderungen an die Versorgungsgestaltung, sondern müssen die Aufmerksamkeit auf Qualitätseffekte solcher Strukturformen richten [11].

► Interventionen sind komplex, Interventionen auf Organisations- und Systemebene nehmen an Bedeutung zu

Durch die zunehmende Komplexität und das hohe Innovations-tempo der Gesundheitsversorgung ändert sich die Sichtweise auf Interventionen, das lineare Verständnis („Maschinenlogik“) wird durch ein auf Komplexität beruhendes Verständnis abgelöst. Beim

Zusammenfassung

Anfang 2017 ist die zweite Auflage des „Lehrbuch Versorgungsforschung“ [2] erschienen, mit der das umfangreiche Herausgeber- und Autorenteam auf den raschen und eindrucksvollen Entwicklungsprozess reagiert, dem die Versorgungsforschung derzeit unterworfen ist. In dem hier kurz zusammenfassend dargestellten einleitenden Kapitel 1 [3] wird die Definition von Versorgungsforschung angepasst, indem der Interventionsbegriff über die individuelle Behandlung hinaus erweitert und das Begriffspaar Patienten/Populationen sowie als Zielorientierung die Perspektive der Angemessenheit und Verbesserung aufgenommen wurden. Parallel wird eine Aktualisierung des sog. Throughput-Modells vorgeschlagen, die sich auf vier Aspekte bezieht: (1) Ergänzung der Input-Faktoren 1. Ordnung (Ressourcenausstattung der Akteure) um komplexe Interventionen sowie den aktiven Kontext (Input-Faktoren 2. Ordnung), die (2) beide in der Throughput-Phase moduliert werden, (3) die Erweiterung des Outcome um die Perspektive der Populationen und (4) eine Rückkopplung von Output und Outcome auf die Input- und Throughputebene. Die „doppelte Komplexität“ von Intervention und Kontext mit ihrer Wechselwirkung im Rahmen des Throughput steht im Zentrum dieser Anpassung, denn einerseits sind die Interventionen hochgradig Kontext-sensibel, und andererseits ist der komplexe Kontext wirkungsstark und in seiner Ausprägung schlecht zu antizipieren. Improvement Science und Implementation Research stellen Forschungsrichtungen dar, die zum einen die Verbesserungsperspektive, zum anderen die Umsetzungsperspektive auf Organisations- und Systemebene betreffen und daher für die Versorgungsforschung von großer Wichtigkeit sind. Soweit sich die Versorgungsforschung mit Verbesserung und Umsetzung von komplexen Interventionen befasst, stellt die politische Ebene einen sehr wichtigen Kontextfaktor dar. Die Tatsache, dass in der gegenwärtigen Situation die Politik gleichzeitig auch als potenter Nachfrager von Versorgungsforschungsergebnissen auftritt und Finanzmittel zur Verfügung stellt, macht eine weitere Stabilisierung der methodischen Standards und einen Ausbau der wissenschaftlichen Strukturen der Versorgungsforschung notwendig.

Schlüsselwörter

Versorgungsforschung, Definition, Throughput-Modell, Improvement Science, Implementation Science, Politik als Transferfaktor

Crossref/doi

<http://doi.org/10.24945/MVF.04.17.1866-0533.2025>

Einsatz gezielter Verbesserungsmaßnahmen wurden die sog. complex multicomponent interventions (CMCI's) zum Standard [12, 13]) die Beobachtung im wissenschaftlichen Experiment gilt dabei selbst als Intervention [14]). Edukative Maßnahmen wie Kommunikations- oder Teamtrainings und das sog. human factors-Training mit Vermittlung von Führungskompetenz weisen eine weitgehende Integration in den jeweiligen Kontext auf (s.u.) und verstehen sich letztlich als soziale Konstrukte [15].

► Aktiver Kontext

Wurden Kontextfaktoren in linearen Modellen noch als konstante, kontrollierbare Größe angesehen, erhält der Kontext selbst eine aktive Rolle beim Zustandekommen der Wirkung (sog. aktiver Kontext). Der Kontext einer Gesundheitsleistung (z.B. Präferenzen und Einstellungen der Patienten, das organisatorische Versorgungssetting, Systemfaktoren [16,17]) kann erhebliche Gesundheitseffekte zeigen, die u.U. größer sind als die der Gesund-

Autorenanmerkung

Dieser Artikel stellt eine überarbeitete Kurzfassung einer Publikation (Die Genehmigung des Verlags Thieme liegt vor) von M. Schrappe und H. Pfaff dar [1], die sich wiederum auf das Einführungskapitel der kürzlich erschienenen zweiten Auflage des „Lehrbuch Versorgungsforschung“ [2] bezieht.

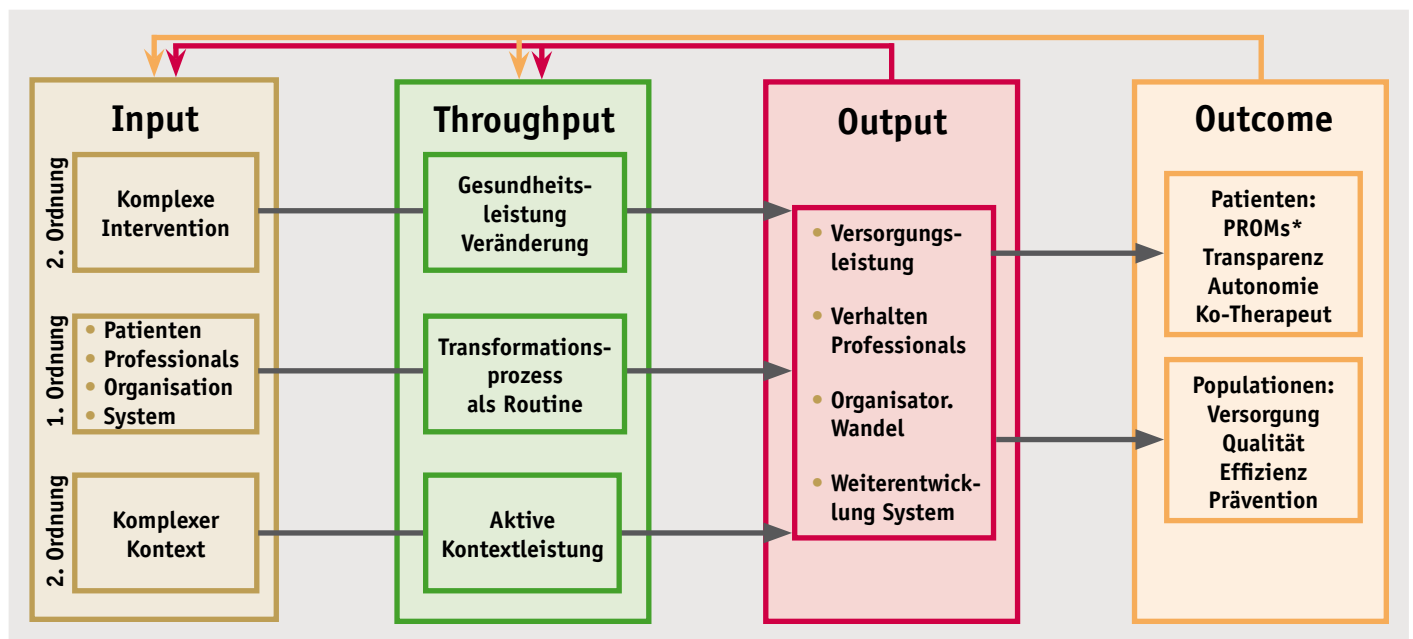


Abb. 1: Aktualisierte Form des Throughput-Modells (s. Text). *PROM's Patient Reported Outcome Measures (aus [1, 3 S. 13]) (geänderte Fassung aus „Lehrbuch Versorgungsforschung – Systematik – Methodik – Anwendung“, Verlag: Schattauer, 2017)

heitsleistung selbst. Diese sog. Kontextleistung ist in Ausprägung und zeitlichem Ablauf nur schwer vorherzusagen und kann sich im Verlauf einer Evaluation verändern.

► Patientenbezug

Die Patientenorientierung bzw. -zentrierung hat sich für die Entwicklung der Versorgungsforschung als ganz entscheidendes Thema etabliert [18], gerade in Abgrenzung zur Effizienz- und Anbieterorientierung [19, 20]. Nicht nur die gesetzlichen Regelungen z.B. im Patientenrechtegesetz, in der Beauftragung des Institutes für Transparenz und Qualität in der Gesundheitsversorgung (IQTiG) im Finanzstruktur- und Qualitätsweiterentwicklungsgesetz (FQWG) und im Krankenhausstrukturgesetz, sondern auch die Diskussion der Patient Reported Outcome Measures (PROM) ist heute aus der Versorgungsforschung (und insofern auch aus der Qualitätsforschung) nicht mehr wegzudenken [21].

► Verbesserungsperspektive

Nicht allein durch den Terminus Improvement Science [12], sondern auch durch den Imperativ weiterer Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung (z.B. Zielvorgaben des Innovationsfonds) und die Beauftragung des DNVF als beratende Institution des IQTiG (§137a Abs. 7 SGB V) ist die Verbesserung als tragendes Element der Versorgungsforschung implementiert.

► Nutzen und Angemessenheit

Es besteht ein enormer Bedarf an validen Informationen, die die Nutzenbestandteile, die über die efficacy hinausgehen und als Angemessenheit der Behandlungsmethode bezeichnet werden [22], nachvollziehbar beschreiben.

► Validität der Versorgungsforschung

Die Versorgungsforschung in Deutschland hat daher sehr früh mit der Erarbeitung von methodischen Standards begonnen [23]. Dabei konnte einerseits auf das Instrumentarium von Health

Technology Assessment (HTA) Bezug genommen werden, andererseits konnte man sich auf Evidence Based Health Care (EBHC) beziehen [24], die sozusagen die EBM der Versorgungsforschung darstellt [25]. Klarstellend ist darauf hinzuweisen, dass die externe Information nur die Basis für entsprechende Entscheidungen darstellt, diese Entscheidungen selbst jedoch nicht ersetzen kann [26].

Konsequenzen für Definitionsansätze und Konzept

Die geschilderten Einflussfaktoren haben zu einer deutlichen Akzentuierung der international und national eingesetzten Definitionsansätze [10] geführt: komplexen Interventionen und dem aktiven Kontext werden eine größere Bedeutung zugewiesen, das Verständnis von Outcome wird auf Populationen ausgedehnt, und Angemessenheit (Nutzen) und Verbesserung werden als Ziele in den Vordergrund gerückt. In Anlehnung an die Definition von Pfaff [6, S. 13] wird daher folgende aktualisierte Definition von Versorgungsforschung vorgeschlagen [1, 3 S. 11]:

Versorgungsforschung ist ein fachübergreifendes Forschungsgebiet, das unter besonderer Beachtung der Patienten- und Populationsperspektive die Versorgungsstrukturen und -prozesse der Gesundheitsversorgung untersucht und dabei die Angemessenheit der Behandlung und die Verbesserung der Versorgung sowie die Komplexität von Kontext und Intervention in den Mittelpunkt stellt.

Mit der Aktualisierung der Definition geht eine Ergänzung des sog. Throughput-Modells einher [10], das die Transformation der Input-Faktoren zum Output (der unmittelbaren Leistung) und resultierenden Outcome (das beim Patienten ankommende Behandlungsergebnis) beschreibt [3, S. 15]. Die hier zur Diskussion gestellte Erweiterung umfasst vier Punkte (s. Abb. 1):

1. Der **Input** wird nicht nur auf die Ressourcenausstattung der

Patienten bzw. Leistungserbringer (Input-Faktoren 1. Ordnung) bezogen, sondern versteht auch komplexe Interventionen auf Organisations- oder Systemebene und die aktiven Kontextfaktoren als Inputfaktoren (2. Ordnung).

2. In der Konsequenz betrifft das **Throughput** nicht nur die Modulation der Inputfaktoren 1. Ordnung, sondern auch ganz besonders die Intervention und die Kontextleistung. So wird eine Intervention wie z.B. die Einführung einer OP-Checkliste oder einer Strukturreform auf Systemebene durch den Kontext deutlich beeinflusst und verändert, nicht ohne dass der Kontext seinerseits durch die Intervention geformt wird.
3. Als **Outcome** gelten nicht nur Patienten-bezogene Endpunkte, sondern auch Populations-bezogene Effekte (z.B. bei Impfungen).
4. Des Weiteren ist das Konzept nicht unidirektional, sondern sieht in der überarbeiteten Fassung zwei Rückkopplungsschleifen jeweils von der **Output- und der Outcomeebene** vor.

Weiterführende Aspekte

Die konzeptionelle Aktualisierung der Versorgungsforschung hat deutliche Auswirkungen auf die wissenschaftliche Ausgestaltung, die Validität ihrer Aussagen und für das Verhältnis zu den Kooperationspartnern z.B. auf der politischen Ebene:

► Improvement Science und Konzepte der Verhaltensänderung

Der Verbesserungsgedanke [27] bei der Entwicklung und Evaluation von Interventionen hat zu dem Begriff „Improvement Science“ geführt [12]. Dieser noch nicht abschließend definierte Begriff [28] kann als übergreifende Bezeichnung für Konzepte zur Verhaltensänderung auf professioneller und organisatorischer Ebene gelten und steht in der Tradition einer langjährigen Diskussion um die Verbesserungspotenziale von Interventionen wie Leitlinienentwicklung und Evidence-based Medicine. Die Bedeutung solcher Konzepte für die Versorgungsforschung ist gerade im

Literatur

- [1] Schrappe M, Pfaff H. Health Services Research Faces New Challenges: Consequences for Definition and Concept. *Geswesen* 2016; 78: 689-94
- [2] Pfaff H, Glaeske G, Neugebauer E, Schrappe M (eds.). *Lehrbuch Versorgungsforschung*, 2. vollst. überarb. Auflage. Schattauer Verlag, Stuttgart 2017
- [3] Schrappe M, Pfaff H. Einführung in die Versorgungsforschung. In: H. Pfaff, G. Glaeske, E. Neugebauer, M. Schrappe (eds.): *Lehrbuch Versorgungsforschung*, 2. vollst. überarb. Auflage. Schattauer Verlag, Stuttgart 2017, 1-68
- [4] Raspe H, Pfaff H, Härter M, Hart D, Koch-Gromus U, Schwartz FW, Siegrist J, Wittchen HU, Wissing F. *Versorgungsforschung in Deutschland: Stand, Perspektiven, Förderung: Stellungnahme; Standpunkte*. Weinheim: Wiley-VCH 2010
- [5] „Wachstum. Bildung.Zusammenhalt“. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP, Bundestag 17. Legislaturperiode. S. 81, und „Deutschlands Zukunft gestalten“. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD, Bundestag 18. Legislaturperiode, S. 32
- [6] Pfaff H. 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: Verlag Hans Huber 2003; 13-23.
- [7] Clancy CM, Eisenberg JM. Outcomes Research: Measuring the End Results of Health Care. *Science* 1998; 282: 245-246
- [8] Sox H. The Patient-Centered Outcomes Research Institute Should Focus on High-Impact Problems That Can Be Solved Quickly. *Health Aff.* 2012; 31: 2176-82
- [9] Schrappe M, Scriba PC. Versorgungsforschung: Innovationstransfer in der Klinischen Forschung. *Z ärztl Fortbild Qual Gesundh wes* 100; 2006: 571-80.
- [10] Pfaff H, Schrappe M. Einführung in die Versorgungsforschung. In: Pfaff H, Glaeske G, Neugebauer E, Schrappe M (eds.). *Lehrbuch Versorgungsforschung*. Schattauer Verlag, Stuttgart 2011; 2-57
- [11] Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009 des Sachverständigenrates für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, www.svr-gesundheit.de, Nr. 988ff
- [12] Berwick DM. The Science of Improvement. *JAMA* 2008; 299: 1182-84
- [13] Jain R, Kralovic SM, Evans ME, Ambrose M Simbartl LA, Obrosky DS., Render ML, Freyberg RW, Jernigan JA, Muder RR, Miller LJ, Roselle GA. Veterans Affairs Initiative to Prevent Methicillin-Resistant Staphylococcus aureus Infections. *N Engl J Med* 2011; 364: 1419-30
- [14] Haessler S. The Hawthorne Effect in Measurements of Hand Hygiene Compliance: A Definite Problem, But Also An Opportunity. *BMJ Qual Saf* 2014; 23: 965-7
- [15] Pawson R, Tilley N. Realistic Evaluation. http://www.communitymatters.com.au/RE_chapter.pdf, Zugriff 29.10.2015
- [16] Di Blasi Z, Harkness E, Ernst E, Georgiou A, Kleijnen J. Influence of context effects on health outcomes: a systematic review. *Lancet* 2001; 357: 757-762.
- [17] Paterson C, Dieppe P: Characteristic and incidental (placebo) effects in complex interventions such as acupuncture. *BMJ* 2005; 330: 1202-1205.
- [18] Scholl I, Zill JM, Härter M, Dirmaier J. An Integrated Model of Patient-Centeredness – A Systematic Review and Concept Analysis. *PLoS ONE* 9(9):e107828. doi:10.1371/journal.pone.0107828
- [19] Wennberg JE, Fisher ES, Skinner JS. Geography and the Debate over Medicare Reform. *Health Aff.* 2002; 21: w96-114
- [20] Ellwood PM. Shattuck Lecture - Outcome Management: A Technology of Patient Experience. *N. Engl. J. Med.* 1988; 318: 1549-56
- [21] Valderas JM, Alonso J. Patient reported outcome measures: a model-based classification system for research and clinical practice. *Qual Life Res.* 2008; 17: 1125-35.
- [22] Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen für eine zielorientierte Gesundheitspolitik. Gutachten 2007, Band I und II, Nomos, Baden-Baden 2008, Nr. 579ff
- [23] Schrappe M, Glaeske G, Gottwik M, Kilian R, Papadimitriou K, Scheidt-Nave C, Schulz KD, Ziegenhagen D, Pfaff H für der Ständige Kongresskommission Versorgungsforschung. Konzeptionelle, methodische und strukturelle Voraussetzungen der Versorgungsforschung. *Dtsch. Med. Wschr.* 2005; 130: 2918-22
- [24] Cochrane Collaboration (2008), <http://www.cochrane.org/docs/ebm.htm>, (access 04.01.2016)
- [25] Hicks N. Evidence Based healthcare. *Bandolier* 1997; 39: 9
- [26] Gray M. Evidence-Based Healthcare and Public Health. How to Make Decisions About Health Services and Public Health. Elsevier, Edinburgh, 3. Auflage 2009
- [27] AcademyHealth. <http://www.academyhealth.org/about/whatishsr.htm> 2005, [23.11.2009].
- [28] Marshall MN, Pronovost P, Dixon-Woods M. Promotion of Improvement as a Science. *Lancet* 2013; 381: 419-21
- [29] Grol R, Grimshaw J. From Best Evidence to Best practice: Effective Implementation of Change in Patients' Care. *Lancet* 2003; 362: 1225-30
- [30] Shojania KG, Grimshaw JM. Evidence-Based Quality Improvement: The State Of The Science. *Health Affairs* 2005; 24: 138-150
- [31] Schrappe M. Qualität 2030 – die umfassende Strategie für das Gesundheitswesen. Mit einem Geleitwort von Ulf Fink und Frans Dormann. Medizinische Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin, 2014; 252
- [32] Freidson E. Professionalism. The Third Logic. The University of Chicago Press, Chicago 2001
- [33] Timmermans S, Mauck A. The Promises and Pitfalls of Evidence-based Medicine. *Health Aff.* 2005; 24: 18-28.
- [34] Pittet D, Simon A, Hugonnet S, Pessoa-Silva CL, Sauvan V, Perneger TV. Hand Hygiene among Physicians: Performance, Beliefs, and Perceptions. *Ann Intern Med.* 2004; 141: 1-8
- [35] Cook DJ, Montori VM, McMullin JP, Finfer SR, Rocker GM. Improving patients' safety locally: changing clinician behaviour. *Lancet* 2004; 363: 1224-30.
- [36] Wensing M. Implementation Science in Healthcare: an Introduction and Perspective. *Z Evid Fortbild Qual Gesundh wes* 2015; 109: 97-102

Zusammenhang mit qualitativen Forschungsansätzen sind Hypothesen zur Gestaltung von Veränderung im Gesundheitswesen unabdingbar. Grundsätzlich kann man fünf Gruppen von Modellen zur Verhaltensänderung unterscheiden [29,30,31]:

- lerntheoretische Konzepte
- Konzepte der sozialen Wahrnehmung
- Konzepte des organisatorischen Wandels
- behavioral engineering
- Kontext-bezogene Konzepte.

Neben lerntheoretischen Konzepten, die Lernmechanismen wie das Modelllernen in den Mittelpunkt stellen, existieren Konzepte wie das behavioral engineering, die die aktive Gestaltung der Rahmen- und Anreizbedingungen als Ansatzpunkt für die Verhaltensänderung in das Zentrum rücken. Die Konzepte der sozialen Wahrnehmung (z.B. bei der Leitlinienentwicklung und -implementierung) sind eng mit dem Professionalismus-Konzept verbunden [32]. In der zukünftigen Entwicklung wird es eine große Rolle spielen, inwieweit Konzepte des organisatorischen Wandels (Organisationsentwicklung und Organisationslernen) oder Kontext-bezogene Konzepte (z.B. social marketing) einbezogen werden können.

► Implementation Research

Vor dem Hintergrund der seit Jahrzehnten anhaltenden wissenschaftlichen Diskussion z.B. um die Implementierung von Leitlinien [29], zur Umsetzung von Evidence-based Medicine [33], zu Verbesserungen im Bereich Infection Control [34] und zur Patientensicherheit [35] hat sich der Begriff der Implementierungsforschung (implementation research) herausgebildet und beschäftigt sich speziell mit der Problematik, aus welchem Grund solche Prozess- und Strukturinnovationen – im Gegensatz zu biologisch-technischen Innovationen – so langsam und schwerfällig umgesetzt werden [36]. Überschneidungen mit dem Begriff der Improvement Science (s.o.) sind unübersehbar, jedoch ist der Fokus der Implementation Research insofern breiter, als dass der gesamte Implementierungsprozess einschließlich der Evaluation einbezogen ist.

► Politik als Kontextfaktor

Die Wechselbeziehung zwischen Versorgungsforschung und Politik ist wegen der hohen gegenseitigen Erwartungen besonders relevant. Einerseits erwartet die politische Seite Antworten, die ihr Handeln legitimieren, andererseits erwarten sich die Wissenschaftler politische Resonanz. Der politische Kontext von Interventionen aller Art gehört zu den wichtigsten Kontext-Faktoren, die die Versorgungsforschung hinsichtlich der Gestaltung des Outcomes untersucht. Der politische Kontext (z.B. „Schuldenbremse“) ist dabei nicht in vollem Umfang mit dem gesundheitspolitischen Kontext (z.B. Primärprävention) identisch. Gleichzeitig wirkt die politische Ebene aber auch auf die Versorgungsforschung zurück, indem sie z.B. dessen Themenspektrum beeinflusst, also Fragestellungen bereithält und Entscheidungshilfen einfordert.

► Validität der Aussagen

Insbesondere die genannte Wechselbeziehung mit der politischen Ebene ist mit der Erwartung an die Versorgungsforschung verbunden, ihre Entscheidungsgrundlagen und methodischen Instrumente transparent und nachvollziehbar darzustellen. Die

Memoranden des DNVF und das Instrumentarium der EBHC [24] sollen es ermöglichen, die zur Verfügung stehende externe Information, die die Versorgungsforschung erarbeitet, nicht nur für die Behandlung individueller Patienten, sondern auch für politische und allokativen Entscheidungen transparent und nachvollziehbar heranzuziehen.

Ausblick

Die Überprüfung und Weiterentwicklung der konzeptionellen Grundannahmen der Versorgungsforschung, die Arbeit an den Methoden und die Positionierung im wissenschaftlichen Umfeld muss als kontinuierlich fortschreitender Prozess angesehen werden. Die eingangs genannten Einflussfaktoren werden in unterschiedlicher Konfiguration und Ausprägung weiter bestehen bleiben, neue Faktoren werden hinzutreten. Ganz entscheidend für das weitere Wirken der Versorgungsforschung wird das Aufrechterhalten ihrer unabhängigen wissenschaftlichen Perspektive sein. Das gegenwärtige, positive Zusammenspiel mit der politischen Ebene muss sich auch dann als stabil erweisen, wenn die wissenschaftliche Aussage der Versorgungsforschung einmal nicht mit den Vorstellungen der unterschiedlichen Nachfrager harmonieren. <<

Health Services Research faces new challenges: Consequences for definition and concept

In Germany, Health Services Research (HSR) is in rapid and impressive development. Starting from the efficacy-effectiveness gap and the description as well as analysis of health care structures and processes, now it is the implementation of complex interventions on the organizational and system level which is the center point of interest. This development is mainly triggered by the establishment of the so called innovation funds by means of legislation in 2015, which has the task to evaluate structural changes and reforms in outpatient and integrated health care. Moreover, benefit and improvement on patient and population level gets attention. Against this background, this paper is adjusting the current definition of HSR. The term "intervention" is extended to include organizational and system interventions, the population focus is added to the patient perspective, and the orientation to appropriateness of care and improvement is integrated. Parallel to this, the theoretical throughput model as established by Pfaff in 2003 is updated, including four aspects: (1) the input factors of first order (resources of stakeholders) are expanded by complex interventions and active context as input factors of second order, (2) both undergoing modulation during the following throughput, (3) the final outcome is expanded by the population perspective, and (4) feedback loops from output and outcome to input and throughput are established. The "double complexity" of intervention and context as well as their interaction during throughput is the central and most important issue, because the interventions are highly context-sensitive and the complex context is most potent and poorly anticipated at the same time. Improvement science and implementation research are representing fields of research, both concerning translation von knowledge and change of attitude, which are of great importance for HSR. Insofar as HSR is dealing with improvement and translation of complex interventions, the health care politics constitute an important transfer factor itself. Considering that in the present situation the political level represents both the main sponsor and the main demander of HSR results, an ongoing strengthening of methodological standards and the further expansion of research structures of HSR are urgently requested.

Lesehinweis

Pfaff, Neugebauer, Glaeske, Schrappe; „Lehrbuch Versorgungsforschung –Systematik - Methodik - Anwendung“
Verlag: Schattauer, 2017
462 Seiten
2., vollständig überarb. Aufl.
ISBN Print: 978-3-7945-3236-0
ISBN eBook: 978-3-7945-9068-1
Preis: 79,99 Euro



Zitationshinweis

Schrappe, M., Pfaff, H.: „Versorgungsforschung vor neuen Herausforderungen: Konsequenzen für Definition und Konzept“, in: „Monitor Versorgungsforschung 04/17“, S. 49-53, doi: 10.24945/MVF.04.17.1866-0533.2025

Keywords

Health Services Research, Outcomes Research, Definition, Throughput-Model, Improvement Science, Implementation Science, health care politics as transfer factor

Prof. Dr. med. Matthias Schrappe

Internist, Infektiologe, 1996-2001 QM Univ.-Klinik Köln, 2002-05 Vorstandsvorsitzender Univ.-Klinik Marburg, danach Dekan/Wiss. GF Univ. Witten, Generalbevollmächtigter Univ.-Klinik Frankfurt. 2009 Ruf W3 Univ. Bonn, bis 2011 Direktor Inst. f. Patientensicherheit Univ. Bonn. Bis 2011 Mitglied/Stellv. Vors. Sachverständigenrat Gesundheit, 2001-7 Vorsitzender d. GQMG, 2005-9 Gründungsvorsitzender Aktionsbündnis Patientensicherheit, derzeit APL-Prof. Univ. Köln mit Lehrauftrag „Patientensicherheit und Risikomanagement“, Vorstandsmitglied des Deutschen Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF)
Kontakt: matthias@schrappe.com



Univ.-Prof. Dr. phil. Holger Pfaff

ist seit 2009 Direktor des Instituts für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft (IMVR) der Uni Köln, eines Brückeninstituts und gemeinsamer Einrichtung der Humanwissenschaftlichen und der Medizinischen Fakultät. Seit 2009 ist er zudem Inhaber der Brückenprofessur „Qualitätsentwicklung und Evaluation in der Rehabilitation“, die für die Lehrgebiete „Medizinische Soziologie“ (Medizinische Fakultät) und „Qualitätsentwicklung in der Rehabilitation“ (Humanwissenschaftliche Fakultät) verantwortlich ist.
Kontakt: holger.pfaff@uk-koeln.de

