

Stärkung der Versorgungsforschung in der Schweiz

Konzept erstellt durch die Schweizerische Akademie
der Medizinischen Wissenschaften im
Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit

Stärkung der Versorgungsforschung in der Schweiz

Konzept erstellt durch die Schweizerische Akademie
der Medizinischen Wissenschaften im
Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit

Herausgeber

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften
Petersplatz 13, CH-4051 Basel
T +41 61 269 90 30, mail@samw.ch, www.samw.ch

Gestaltung

Howald Fosco, Basel

Umschlagkonzept

Gregorio Caruso, Basel

Foto Umschlag

GrafikZentrum Unispital Bern

Druck

Kreis Druck, Basel

1. Auflage, 2014

Die Broschüre kann kostenlos bezogen werden bei der SAMW.

© SAMW 2014

Zitiervorschlag:

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2014)

Stärkung der Versorgungsforschung in der Schweiz. Swiss Academies Reports 9 (1).

Zusammenfassung	5
Résumé	9
Summary	13
 Einleitung	 17
 A Ansätze der Versorgungsforschung	 19
A 1. Was ist Versorgungsforschung?	19
A 1.1. Einordnung der Versorgungsforschung in die Forschungslandschaft des Gesundheitswesens	19
A 1.2. Definition, Kernbereiche und Zielsetzung von Versorgungsforschung	20
A 1.3. Forschungsbereiche, Systematik und Forschungsgegenstände	21
A 1.4. Methodik	23
A 2. Warum braucht es Versorgungsforschung?	24
A 2.1. Der Ruf nach Versorgungsforschung in der Schweiz	24
A 2.2. Der Nutzen von Versorgungsforschung	24
A 2.3. Ergebnisse der Versorgungsforschung: Beispiele aus dem Ausland	26
A 3. Versorgungsforschung in der Schweiz	26
A 3.1. Datenlage zur Gesundheitsversorgung	26
A 3.2. Derzeitige Situation der Versorgungsforschung in der Schweiz	27
 B Versorgungsforschung in verschiedenen Settings	 29
B 1. Versorgungsforschung in der Grundversorgung Thomas Rosemann	30
B 2. Versorgungsforschung in der Sekundärversorgung Philipp Schütz & Beat Müller	34
B 3. recherche sur les services de santé dans les hôpitaux universitaires Guy Haller	35
B 4. Recherche sur les services de santé: prévention et promotion de la santé Bernard Burnand	37
B 5. Versorgungsforschung in der Pflege Dietmar Ausserhofer, René Schwendimann & Sabina De Geest	39
B 6. Patienten- und Nutzerorientierung in der Versorgungsforschung David Schwappach	41
B 7. Gesundheitssystemebene André Busato*	43
B 8. Gesundheitsökonomie als Querschnittsdisziplin in der Versorgungsforschung Urs Brügger & Klaus Eichler	45
B 9. Versorgungsforschung aus der Perspektive der biomedizinischen Ethik Nikola Biller-Andorno	46

C Schlussfolgerungen und Empfehlungen	49
C 1. Die vorhandenen und weitere, zukünftig generierte Daten sind in einer validen Datenbasis zusammenzufassen	49
C 2. Die Aus- und Weiterbildung im Bereich Versorgungsforschung ist zu fördern	50
C 3. Die vorhandenen Infrastrukturen sind stärker zu koordinieren und zu vernetzen	50
C 4. Ein Nationales Forschungsprogramm trägt dazu bei, den Nachholbedarf der Schweiz im Bereich Versorgungsforschung zu verkleinern	51
C 5. Bestimmte Teilgebiete der Versorgungsforschung bzw. fachliche Schwerpunkte sind zu priorisieren	53
C 6. Ausblick	54
Anhang	55
Literatur	55
Autoren	59

Zusammenfassung

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften

Stärkung der Versorgungsforschung in der Schweiz

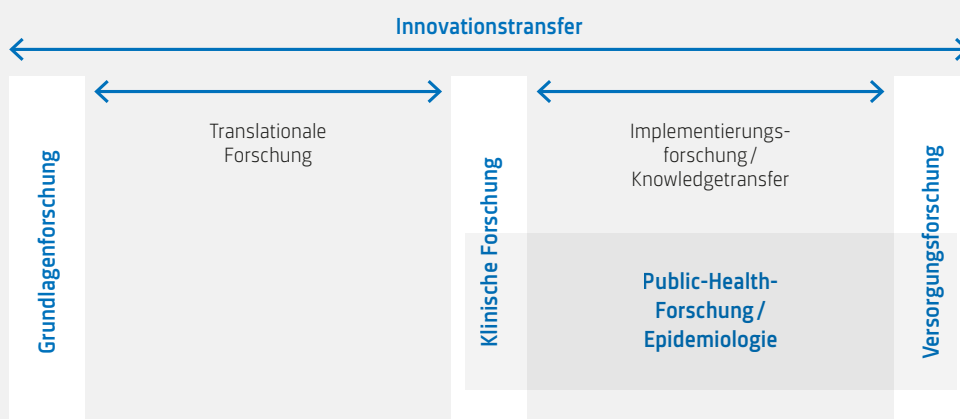
Versorgungsforschung untersucht, wie Menschen einen optimalen Zugang zu adäquater medizinischer Versorgung erhalten, wie man diese Versorgung möglichst effizient gestaltet und welchen Effekt sie letztlich auf den Patienten hat. Versorgungsforschung schlägt so die Brücke zwischen den Ergebnissen klinischer Forschung und täglicher Praxis und zielt darauf ab, unter Berücksichtigung ökonomischer Aspekte «evidence performance gaps» zu minimieren. International ist die Versorgungsforschung ein prosperierendes Forschungsbiet, das sich neben der Grundlagenforschung und der klinischen Forschung in vielen Ländern als dritte Säule der medizinischen Forschung etabliert hat – dies nicht zuletzt deshalb, weil ihre Ergebnisse für gesundheitspolitische Weichenstellungen unabdingbar sind. In der Schweiz entwickelt sich erst in der jüngsten Zeit – namentlich unter zunehmendem ökonomischem Druck und der Implementierung fundamentaler Systemänderungen wie etwa der DRGs – ein Bewusstsein für den Forschungsbedarf. Im Januar 2013 hat die SAMW vom Bundesamt für Gesundheit den Auftrag erhalten, im Rahmen des Masterplans Hausarztmedizin ein Konzept «Versorgungsforschung in der Schweiz» auszuarbeiten.

Die Versorgungsforschung (engl. Health Services Research, HSR) beantwortet Fragen, die weder die biomedizinische Grundlagenforschung, noch die klinische Forschung beantworten können: Sie untersucht die Wirksamkeit von Versorgung unter Alltagsbedingungen und sucht neue Lösungsansätze für ein qualitativ hochstehendes Gesundheitssystem, das den heutigen gesellschaftlichen Anforderungen an die Kranken- und Gesundheitsversorgung gerecht wird. Der englische Begriff «Health Services» richtet sich, im Gegensatz zum Begriff «Health Care», nicht nur an Patientinnen und Patienten, sondern auch an die gesunde, zu versorgende Bevölkerung (z.B. im Bereich Prävention). In der Folge ist mit dem deutschen Wort «Versorgung» deshalb immer sowohl die Kranken- als auch die Gesundheitsversorgung gemeint.

Definition, Kernbereiche und Zielsetzung von Versorgungsforschung

Aufgrund ihrer multidisziplinären Natur und der verschiedenen Bereiche, in denen Versorgungsforschung stattfindet, existiert eine Vielzahl unterschiedlicher Definitionen und Strukturkonzepte. Je nach wissenschaftlicher Disziplin werden dabei die verschiedenen Schwerpunkte der Versorgungsforschung bzw. ihre Kernbereiche mit unterschiedlicher Gewichtung herausgestellt.

Die amerikanische «Agency for Healthcare Research and Quality» (AHRQ) definiert Versorgungsforschung wie folgt: «Health services research examines how people get access to health care, how much care costs, and what happens to patients as a result of this care.» Die AHRQ fasst



Grafik 1:
3-Säulen-Modell der Forschungs-
landschaft von Medizin und Gesundheits-
wesen (in Anlehnung an M. Schrappe und
H. Pfaff 2011).

damit die wichtigsten Kernbereiche der Versorgungsforschung zusammen, nämlich den Zugang zu sowie Angemessenheit und Kosten von Versorgung, und macht deutlich, dass Versorgungsforschung patientenorientiert ist und auf die Ergebnisqualität (outcome) fokussiert.

Die im deutschsprachigen Raum am weitesten verbreitete Definition von Versorgungsforschung stammt von Pfaff et al. und sieht die «letzte Meile» des Gesundheitssystems, also die Betrachtung der Patientenversorgung unter den tatsächlichen Bedingungen der täglichen Routine der medizinischen Versorgung der Bevölkerung, als zentrales Objekt dieses Forschungsfelds. Pfaff beschreibt die Versorgungsforschung im Sinne einer methodisch-funktionalen Definition als «fachübergreifendes Forschungsgebiet, das die Kranken- und Gesundheitsversorgung und ihre Rahmenbedingungen beschreibt und kausal erklärt, zur Entwicklung wissenschaftlich fundierter Versorgungskonzepte beiträgt, die Umsetzung neuer Versorgungskonzepte begleitend erforscht und die Wirksamkeit von Versorgungsstrukturen und -prozessen unter Alltagsbedingungen evaluiert».

Für den Zugang zu Versorgung spielen neben dem Einfluss sozialer Faktoren Finanzierungssysteme, Organisationsstrukturen und -prozesse, Gesundheitstechnologien, personenbezogene Verhaltensweisen sowie die Angebotsstruktur eine wichtige Rolle. Hinsichtlich der Angemessenheit stellen sich die Fragen nach Bedarf, Nachfrage und Inanspruchnahme von Versorgung, aber auch nach Faktoren wie Versorgungsqualität, Sicherheit, Effizienz und Wirksamkeit. Zudem müssen gesundheitsökonomische Aspekte berücksichtigt werden, um die Wirtschaftlichkeit bzw. das Kosten-Nutzen-Verhältnis der jeweiligen Versorgung beurteilen zu können.

Forschungsbereiche und -methodik

Versorgungsforschung findet auf drei verschiedenen Ebenen statt (Makro-, Meso- und Mikroebene). Forschung auf der Makroebene wird auch als Gesundheitssystemforschung bezeichnet. Sie fokussiert auf die Analyse des Gesundheitssystems (auf regionaler, nationaler oder internationaler Ebene) und dessen gesundheitspolitischer, gesellschaftlicher und volkswirtschaftlicher Vorgaben. Meist werden dazu bereits bestehende, oft hoch aggregierte Daten verwendet. Forschung auf der Mesoebene umfasst die Analyse von Organisation und Erbringung von gesundheitsrelevanten Dienstleistungen und Produkten unter Alltagsbedingungen (z.B. in Spitälern, Arztpraxen oder anderen Gesundheitseinrichtungen) sowie die Einschätzung und Bewertung solcher Versorgungsleistungen (z.B. Indikatoren, Qualität, Effektivität, Angemessenheit). Die Mikroebene umfasst individuelle Versorgungsinteraktionen und fokussiert auf die konkrete Beziehung zwischen

Patienten und den Health Professionals (als Beziehung zwischen Leistungserbringer und Leistungsempfänger sowie im Sinne eines «shared decisionmaking»).

Versorgungsforschung findet nicht nur auf verschiedenen Ebenen sondern auch in diversen unterschiedlichen Settings statt (z.B. im ambulanten oder stationären Bereich von Grundversorgung oder Sekundär- und Tertiärversorgung, in der Rehabilitation, in Prävention und Gesundheitsförderung, in der Gesundheitspolitik usw.). Je nach Perspektive (z.B. medizinischer, ökonomischer, ethischer, organisatorischer usw.) stehen unterschiedliche Aspekte der Versorgung sowie verschiedene Zielgruppen im Fokus, und je nach Fragestellung werden unterschiedliche Datengrundlagen und Methoden verwendet.

Versorgungsforschung ist ein multi- und transdisziplinäres Forschungsgebiet. Sie findet in jedem patientenorientierten Fachgebiet statt und wird meist unter Beteiligung verschiedener Berufsgruppen durchgeführt (z.B. der universitären Medizinalberufe, der Gesundheitsberufe der Tertiärstufe [d.h. höhere Berufsbildung, Fachhochschulen] sowie der Psychologieberufe). Meist wird sie in Zusammenarbeit mit weiteren Wissenschaftsdisziplinen durchgeführt, wie z.B. der Soziologie, der Gesundheitsökonomie, Public Health, der Ethik oder der Informatik. Wie in allen Forschungsgebieten, determiniert auch in der Versorgungsforschung die Fragestellung die Methodik, es gibt keine spezifische Methodik der Versorgungsforschung. Es gibt aber oftmals eine Art «Methodenabfolge», insbesondere in der nichtdeskriptiven Versorgungsforschung (in der Regel Mikroebene, s.o.), die darauf abzielt Veränderungen zu implementieren. So stehen zu Beginn oftmals Fragestellungen im Zentrum, die das grundsätzliche «Warum» adressieren, also warum beispielsweise bestimmte Prozeduren nicht in den klinischen Alltag übersetzt werden, obwohl es eine klare Evidenz gibt. Hier kommen dann initial qualitative, also hypothesengenerierende Methoden zum Einsatz. Dem folgt dann meist eine quantitative Beschreibung des Ausmasses, etwa durch die Analyse epidemiologischer oder cross-sectional erhobener Daten. Zuletzt werden dann Interventionen in klassischen, randomisierten Trials gegeneinander oder gegen «usual care» getestet. Wie in der Forschungsmethodik an sich, so gibt es auch in der Statistik keine spezifischen Statistiken der Versorgungsforschung, allerdings bedarf es oftmals Adaptionen im Studiendesign, wie etwa einem Clusterdesign in RCTs oder komplexer statistischer Modelle in der Auswertung.

Der Nutzen von Versorgungsforschung

Versorgungsforschung nimmt für sich in Anspruch, einen wesentlichen Beitrag zur Entwicklung von Lösungskonzepten für die notwendigen Umstrukturierungen und die Weiterentwicklung des Gesundheitssystems zu leisten und den gesundheitspolitischen Akteuren, insbesondere den Leistungserbringern, Versicherern, Politikern und Wissenschaftlern, eine Hilfestellung bei der Lösung struktureller Probleme im Gesundheitssystem zu geben.

Die Stärken der Versorgungsforschung sind das breite Spektrum der beteiligten Disziplinen und Berufsgruppen sowie die Vielzahl unterschiedlicher Faktoren und Ansatzpunkte, welche die Versorgungsforschung ins Visier nimmt. Die durch sie generierte datengestützte Information bezüglich Nutzen und Schaden von Versorgungsleistungen dient nicht nur den Patienten und den Leistungserbringern, sondern auch den Entscheidungsträgern in gesundheitspolitischen Bereichen. Die sich wandelnden demografischen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen, aber auch neue Entwicklungen und Behandlungsstrategien unterwerfen das Gesundheitssystem einem dauernden Reformprozess. Durch die Ergebnisse der Versorgungsforschung erhalten Entscheidungsträger die Möglichkeit, die Probleme, mit denen sie konfrontiert sind, auf evidenzbasierten Grundlagen und im Sinne eines nachhaltigen und zukunftsorientierten Gesundheitssystems zu lösen.

Der Ruf nach Versorgungsforschung in der Schweiz

Das Schweizer Gesundheitssystem verfügt derzeit über eine sehr hohe Qualität, was sich in der Lebenserwartung und im Gesundheitszustand der Bevölkerung widerspiegelt. Die OECD stellte der Schweiz zuletzt 2011 ein insgesamt sehr gutes Zeugnis für ihr Gesundheitssystem aus: Praktisch alle Schweizer sind krankenversichert, Patienten haben einen guten Zugang zu den Leistungen und sind im Allgemeinen mit diesen zufrieden. Gleichzeitig stellte der OECD-Bericht auch Schwächen fest, beispielsweise die hohen Kosten, die in den letzten Jahren durchschnittlich um 2,1 Mia. Franken pro Jahr gestiegen sind und 2009 bei 11,4% des Bruttoinlandsproduktes lagen.

Laut dem erwähnten OECD-Bericht sowie dem Bericht «Gesundheit2020», der die gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates für die kommenden acht Jahre zusammenfasst, sind die Schwächen des schweizerischen Systems vor allem seine beschränkte Transparenz, die lückenhaften statistischen und analytischen Grundlagen, Ineffizienzen sowie das Nichterkennen von ungenügender Qualität bestimmter Leistungen. Um diesen Schwächen entgegenzuwirken und die Entwicklung zeitgemä-

ser Versorgungsangebote zu fördern, fordert der Bericht «Gesundheit2020» u.a. explizit die Einführung bzw. Stärkung der Versorgungsforschung in der Schweiz, nicht zuletzt, da aufgrund der unterschiedlichen Struktur von Gesundheitssystemen die Übertragbarkeit ausländischer bzw. internationaler Studien auf das Schweizer System begrenzt ist. Auch der Bericht «Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung» von GDK und BAG fordert den Ausbau und die Stärkung von Versorgungsforschung in der Schweiz, um die Entstehung, Weiterentwicklung und Verbreitung neuer Versorgungsmodelle zu ermöglichen.

Erste Ergebnisse einer im Herbst 2013 von der SAMW durchgeführten Umfrage bei Akteuren im Bereich Versorgungsforschung zeigen, dass die Versorgungsforschung in der Schweiz hauptsächlich an Universitäten, Fachhochschulen sowie Universitätsspitalen durchgeführt wird, zu kleineren Teilen auch im privaten Sektor (z.B. bei den Krankenkassen und privaten Forschungsinstituten) sowie in der öffentlichen Verwaltung (z.B. Obsan). Die fachlichen Hauptdisziplinen der Akteure sind breit gestreut – von Pflege- und Gesundheitswissenschaften, Sozialwissenschaften, Public Health/Epidemiologie, Ethik, Pharmazie, Informatik bis hin zur Ökonomie, wobei über ein Drittel der Forschenden Mediziner sind.

Insgesamt ist die Versorgungsforschung im internationalen Vergleich – gerade in Relation zur Grundlagen- und klinischen Forschung – in der Schweiz nur gering ausgeprägt.

Das Konzept «Stärkung der Versorgungsforschung in der Schweiz»

Im Januar 2013 hat die SAMW vom Bundesamt für Gesundheit den Auftrag erhalten, im Rahmen des Masterplans Hausarztmedizin ein Konzept «Stärkung der Versorgungsforschung in der Schweiz» auszuarbeiten. Dieses Konzept hat nicht nur forschungspolitische, sondern auch gesundheitspolitische Bedeutung: Es trägt nicht nur der «Gesundheit Agenda 2020» Rechnung, sondern auch weiteren politischen Anliegen wie beispielsweise den Motionen Cassis «Less is more. Wie steht es in der Schweiz mit dem Überkonsum von medizinischen Leistungen?» sowie Schmid-Federer «Nationales Forschungsprogramm Langzeitversorgung», bei denen das Thema Versorgungsforschung zentral ist.

Der erste, allgemeine Teil A des Konzeptes erläutert, wie sich Versorgungsforschung in die Forschungslandschaft des Gesundheitswesens einordnet, welche Bereiche sie umfasst und was der Nutzen von Versorgungsforschung ist. Zudem stellt er die derzeitige Lage der Versorgungsforschung in der Schweiz dar. Im Teil B beleuchten Expertinnen und Experten die Versorgungsforschung und ihre Fragestellungen in verschiedenen Settings des Gesundheitswesens. Der abschliessende Teil C formuliert Empfehlungen für den mittel- bis langfristigen Ausbau von Forschungskompetenzen, Infrastrukturen, Datenlage sowie Nachwuchsförderung und Finanzierungsmöglichkeiten im Bereich Versorgungsforschung:

1. Die vorhandenen und weitere, zukünftig generierte Daten sind in einer validen Datenbasis zusammenzufassen.
2. Die Aus- und Weiterbildung im Bereich Versorgungsforschung ist zu fördern.
3. Die vorhandenen Infrastrukturen sind stärker zu koordinieren und zu vernetzen.
4. Ein Nationales Forschungsprogramm trägt dazu bei, den Nachholbedarf der Schweiz im Bereich Versorgungsforschung zu verkleinern.
5. Bestimmte Teilgebiete der Versorgungsforschung bzw. fachliche Schwerpunkte sind zu priorisieren.

Die Empfehlungen zielen auf eine Stärkung der Versorgungsforschung in der Schweiz auf den Ebenen Praxis, Aus- und Weiterbildung, Vernetzung sowie auf Anzahl und Qualität der Forschungsprojekte. Um die Umsetzung der vorgeschlagenen Massnahmen zu begleiten und gegebenenfalls Anpassungen vorzunehmen, wäre die Einsetzung einer nationalen Expertenkommission sinnvoll. Diese würde in Bezug auf ihre Zusammensetzung einer Begleitgruppe des unter Punkt 4 beschriebenen Nationalen Forschungsprogramms entsprechen und müsste die wichtigsten an der Versorgungsforschung beteiligten Institutionen und Fachrichtungen berücksichtigen. Die Umsetzung oben genannter und daraus folgender Massnahmen wird die Gesundheitsversorgung in der Schweiz optimieren und den Rückstand der Schweizer Versorgungsforschung im internationalen Vergleich verringern.

Résumé

Académie Suisse des Sciences Médicales

Renforcement de la recherche sur les services de santé en Suisse

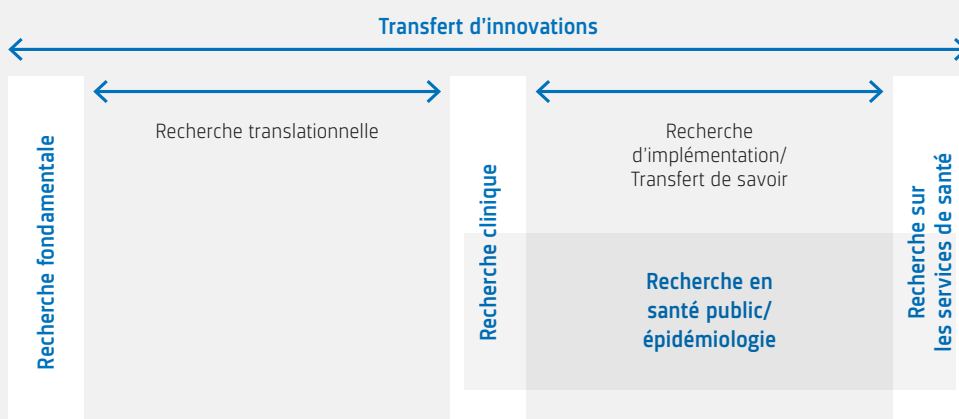
La recherche sur les services de santé étudie comment les individus peuvent bénéficier d'un accès optimal à une prise en charge médicale adéquate, comment cette prise en charge peut être structurée le plus efficacement possible et quels sont finalement ses effets sur le patient. La recherche sur les services de santé jette ainsi des ponts entre les résultats de la recherche clinique et la pratique quotidienne et vise à minimiser les «evidence performance gaps» tout en tenant compte des aspects économiques. Au niveau international, la recherche sur les services de santé est un domaine de recherche prospère, qui s'est d'ores et déjà imposé dans de nombreux pays comme troisième pilier de la recherche médicale – à côté de la recherche fondamentale et de la recherche clinique –, d'autant plus que les décisions en matière de politique de la santé reposent sur ses résultats. Ce n'est que récemment – notamment sous l'effet de la pression économique croissante et depuis l'introduction de modifications profondes dans les systèmes comme par exemple les DRGs – que la Suisse a pris conscience de la nécessité de développer la recherche dans ce domaine. En janvier 2013, l'Office fédéral de la santé publique a chargé l'ASSM d'élaborer, dans le cadre du Masterplan «Médecine de famille», un concept de «Recherche sur les services de santé en Suisse».

La recherche sur les services de santé (Health Services Research, HSR, en anglais) traite les questions auxquelles ni la recherche fondamentale biomédicale, ni la recherche clinique ne peut répondre: elle examine l'efficacité de la prise en charge dans la réalité quotidienne et cherche de nouvelles approches pour garantir une qualité élevée du système de santé qui réponde aux exigences actuelles de la société en matière de prise en charge médicale. Le terme anglais de «Health Services» s'adresse, contrairement à la notion de «Health Care», non seulement aux patientes et patients, mais également aux individus en bonne santé susceptibles d'être pris en charge (p. ex. dans le domaine de la prévention). Ainsi, dans cet article, le terme français de «prise en charge» comprend aussi bien la prise en charge des malades que la prise en charge de la santé.

Définition, domaines clés et objectifs de la recherche sur les services de santé

Du fait de sa nature multidisciplinaire et des différents domaines d'application de la recherche sur les services de santé, il existe diverses définitions et concepts structurels. Selon la discipline scientifique, la recherche sur les services de santé – respectivement ses domaines clés – privilégiera des aspects différents.

L'«Agency for Healthcare Research and Quality» (AHRQ) définit la recherche sur les services de santé comme suit: «Health services research examines how people get access to health care, how much care costs, and what happens to patients as a result of this care.» L'AHRQ récapitule ainsi



Modèle du 3^e pilier du paysage de la recherche en médecine et dans le système de santé (selon M. Schrappe und H. Pfaff 2011)

les principaux aspects de la recherche sur les services de santé, à savoir l'accès aux soins, l'adéquation des soins et leurs coûts, et souligne que la recherche sur les services de santé est orientée vers le patient et la qualité des résultats («outcome»).

La définition de la recherche sur les services de santé selon Pfaff et al. est la plus répandue dans les zones germanophones; elle considère la «dernière étape» du système de santé, c'est-à-dire l'analyse de la prise en charge des patients dans les conditions effectives de la routine quotidienne, comme l'élément central de ce domaine de la recherche. Pfaff décrit la recherche sur les services de santé, dans le sens d'une définition méthodologique et fonctionnelle, comme «un domaine de recherche interdisciplinaire qui décrit et explique de façon causale la prise en charge des malades et de la santé et leurs conditions cadres, qui contribue au développement de concepts de soins scientifiquement fondés, qui soutient l'implémentation de nouveaux concepts de soins et qui évalue l'efficacité des structures et des procédures des services de santé dans les conditions quotidiennes».

Au-delà de l'influence des facteurs sociaux, les systèmes de financement, les structures et les processus d'organisation, les technologies de la santé, les attitudes individuelles et la structure de l'offre jouent un rôle prépondérant dans l'accès aux soins. La notion d'adéquation renvoie à des questions relatives au besoin, à la demande et au recours aux soins, mais également à des facteurs tels que la qualité des soins, la sécurité, l'efficacité et la rentabilité. Pour être en mesure d'évaluer la rentabilité respectivement le rapport coûts-efficacité des soins en question, il importe également de tenir compte d'aspects économiques.

Domaines de recherche et méthodologie

La recherche sur les services de santé se déroule à trois niveaux (macro, méso et micro). La recherche au niveau macro est aussi qualifiée de recherche sur le système de santé. Elle se concentre sur l'analyse du système de santé (au niveau régional, national ou international) et de son contexte politique, sociétal et économique, la plupart du temps, au moyen de données existantes, bien agrégées. La recherche au niveau méso comprend l'analyse de l'organisation et de la prise en charge médicale dans les conditions quotidiennes (p. ex. dans les hôpitaux, les cabinets médicaux ou d'autres institutions de la santé) ainsi que l'appréciation et l'évaluation de ces prestations de soins (p. ex. indicateurs, qualité, efficacité, adéquation). Le niveau micro englobe les interactions individuelles de la prise en charge et se concentre sur la relation

concrète entre les patients et les professionnels de la santé (en tant que relation entre le fournisseur de prestations et le destinataire, mais également dans le sens d'une prise de décision partagée).

La recherche sur les services de santé ne se déroule pas seulement à différents niveaux, elle concerne également différents contextes (p. ex. le domaine ambulatoire ou stationnaire la médecine de premier recours ou la prise en charge secondaire ou tertiaire, le domaine de la réhabilitation, de la prévention et de la promotion de la santé, de la politique de la santé, etc.). Selon la perspective (p. ex. médicale, économique, éthique, organisationnelle, etc.), l'accent est mis sur des aspects et des groupes cibles différents et, selon la thématique, des bases de données et des méthodes différentes sont employées.

La recherche sur les services de santé est un domaine de recherche multi- et transdisciplinaire. Elle est réalisée dans tous les secteurs centrés sur le patient avec, la plupart du temps, la participation de divers groupes professionnels (p. ex. des professions médicales universitaires, des professions de soins du niveau tertiaire [c'est-à-dire formation professionnelle supérieure, hautes écoles spécialisées] et des professionnels en psychologie). Elle implique souvent la participation d'autres disciplines scientifiques, comme par exemple la sociologie, l'économie de la santé, la santé publique, l'éthique ou l'informatique. Comme dans tous les domaines de la recherche, c'est la thématique qui détermine la méthodologie dans la recherche sur les services de santé; la recherche sur les services de santé ne repose pas sur une méthodologie spécifique. Toutefois, il existe souvent une sorte de «déroulement méthodologique», en particulier dans la recherche sur les services de santé non descriptive (habituellement niveau micro, voir ci-dessus) qui vise à introduire des modifications. Ainsi, il arrive souvent que la question fondamentale du «pourquoi» soit soulevée dès le début; par exemple, pourquoi certaines procédures ne peuvent être transposées dans le quotidien clinique, même en présence d'une évidence claire. C'est là qu'interviennent initialement des méthodes qualitatives, c'est-à-dire génératrices d'hypothèses, suivies la plupart du temps d'une description quantitative de l'ampleur, par exemple au moyen d'une analyse épidémiologique ou de données transversales. Finalement des interventions dans des essais randomisés classiques sont mises en parallèle, soit entre elles, soit avec la prise en charge habituelle («usual care»). Comme dans la méthodologie de la recherche proprement dite, les statistiques ne comprennent pas de statistiques spécifiques à la recherche sur

les services de santé; toutefois il est souvent nécessaire de procéder à des adaptations au niveau de la conception de l'étude – comme par exemple un concept de grappes en RCTs ou des modèles statistiques complexes dans l'évaluation.

L'utilité de la recherche sur les services de santé

La recherche sur les services de santé entend fournir une contribution majeure au développement de concepts en vue des restructurations nécessaires et du développement du système de santé et apporter, par ailleurs, une aide à la résolution de problèmes structurels au sein du système de santé, tout particulièrement aux fournisseurs de prestations, aux assureurs, aux politiciens et aux scientifiques.

Le large éventail des disciplines et des groupes professionnels concernés ainsi que la diversité des facteurs et des approches ciblés par la recherche sur les services de santé constituent ses points forts. L'information sécurisée qu'elle génère, concernant l'utilité et les risques des prestations de santé ne sert pas uniquement les patients et les fournisseurs de prestations, mais également les décideurs des domaines de la politique de la santé. Les conditions cadres démographiques et économiques, en constante évolution, de même que les nouveaux développements et stratégies de traitement, soumettent le système de santé à des réformes continues. Les résultats de la recherche sur les services de santé permettent aux décideurs de solutionner les problèmes sur la base de preuves et dans le sens d'un système de santé durable et tourné vers l'avenir.

L'appel en faveur de la recherche sur les services de santé en Suisse

La Suisse bénéficie actuellement d'un système de santé de grande qualité, ce qui se reflète dans l'espérance de vie et dans l'état de santé de la population. En 2012, l'OCDE a globalement très bien noté le système de santé suisse. Pratiquement tous les Suisses ont une assurance maladie, les patients bénéficient d'un bon accès aux prestations et se déclarent satisfaits de ces prestations. Le rapport de l'OCDE a également attiré l'attention sur quelques points faibles, comme par exemple les coûts élevés qui ont augmenté en moyenne de 2,1 Mía. francs par an pour atteindre en 2011 11,4% du produit national brut.

Selon le rapport OCDE mentionné ainsi que le rapport «Santé2020» qui récapitule les priorités du Conseil fédéral en matière de politique de la santé pour les huit prochaines années, les points faibles du système suisse résident principalement dans sa transparence limitée, les lacunes dans les bases statistiques et analytiques, certaines inefficacités ainsi que dans le déni de la qualité

insuffisante de certaines prestations. Pour remédier à ces faiblesses et encourager le développement d'offres de soins modernes, le rapport «Santé2020» exige entre autres de mettre en place ou de renforcer la recherche sur les services de santé en Suisse, d'autant plus que la diversité des structures des systèmes de santé limite les possibilités de transposer des études étrangères ou internationales au système suisse. Dans leur rapport «Nouveaux modèles de soins pour la médecine de premier recours», la CDS et l'OFSP exigent, eux aussi, le développement et le renforcement de la recherche sur les services de santé en Suisse pour que de nouveaux modèles de soins puissent être introduits, développés et diffusés.

Les premiers résultats d'une enquête réalisées par l'ASSM en automne 2013 auprès des acteurs du domaine de la recherche sur les services de santé montrent qu'en Suisse, la recherche sur les services de santé se déroule principalement dans les universités, les hautes écoles spécialisées et les hôpitaux universitaires et, plus rarement, dans le secteur privé (p. ex. les caisses de maladie et les instituts de recherche privés) et l'administration (p. ex. Obsan). Les disciplines des différents acteurs couvrent un large éventail qui englobe les sciences infirmières et médicales, les sciences sociales, la santé publique / l'épidémiologie, l'éthique, la pharmacie, l'informatique, mais également l'économie, sachant que plus d'un tiers des chercheurs sont des médecins.

Comparé à l'étranger, la recherche sur les services de santé – notamment par rapport à la recherche fondamentale et à la recherche clinique – est globalement plutôt faible en Suisse.

Le concept «Renforcement de la recherche sur les services de santé en Suisse»

En janvier 2013, l'ASSM a été chargée par l'Office fédéral de la santé publique d'élaborer un concept «Renforcement de la recherche sur les services de santé en Suisse» dans le cadre du Masterplan «Médecine de famille». Ce concept est significatif non seulement pour la politique de la recherche, mais également pour la politique de la santé: il tient compte, d'une part, de l'agenda «Santé2020» et, d'autre part, d'attentes politiques comme, par exemple, les motions Cassis «Faire mieux avec moins. Surconsommation de prestations médicales en Suisse» et Schmid-Federer «Programme national de recherche Soins de longue durée» dont le thème central est la recherche sur les services de santé.

La première partie (A) du concept décrit la manière dont la recherche sur les services de santé s'inscrit dans le paysage de la recherche du système de santé, les domaines qu'elle englobe et son utilité. Elle présente en outre la situation actuelle de la recherche sur les services de santé. Dans la partie B, des experts expliquent la recherche sur les services de santé et les questionnements qu'elle implique dans les différents secteurs du système de santé. En conclusion, dans la partie C, des recommandations sont formulées pour le développement à moyen et à long terme des compétences de recherche, des infrastructures, de la qualité des données ainsi que de la relève et des possibilités de financement de la recherche sur les services de santé:

1. Les données actuelles et futures doivent être regroupées dans une banque de données valide.
2. La formation pré- et postgraduée dans le domaine de la recherche sur les services de santé doit être encouragée.
3. Les infrastructures existantes doivent être mieux coordonnées et organisées en réseau.
4. Un programme national de recherche contribue à réduire le retard de la Suisse en matière de recherche sur les services de santé.
5. Certains domaines ou points forts de la recherche sur les services de santé doivent être priorités.

Les recommandations visent à renforcer la recherche sur les services de santé en Suisse, au niveau de la pratique, de la formation pré- et postgraduée, du travail en réseau ainsi que du nombre et de la qualité des projets de recherche. L'instauration d'une commission nationale d'experts pourrait s'avérer pertinente dans le sens d'un suivi de l'application des mesures proposées et d'adaptations éventuelles. Les membres d'une telle commission devraient correspondre à la description sous point 4 du programme national de recherche et tenir compte des principales institutions et disciplines concernées par la recherche sur les services de santé. L'application des mesures susmentionnées et consécutives permettra d'optimiser la recherche sur les services de santé en Suisse et de réduire son retard par rapport à l'étranger.

Summary

Swiss Academy of Medical Sciences

Strengthening health services research in Switzerland

Health services research investigates how access to appropriate health services can be optimized, how such services can be delivered as efficiently as possible, and what effects they ultimately have on patients. Health services research thus bridges the gap between the findings of clinical research and day-to-day practice and, taking economic aspects into consideration, seeks to minimize gaps between evidence and practice. Internationally, health services research is a flourishing field which, alongside basic and clinical research, has become established as a third pillar of medical research in many countries – not least because the results of such research are indispensable in setting the direction of health policy. In Switzerland, awareness of the need for health services research has developed only recently – particularly in response to growing economic pressures and the implementation of fundamental systemic changes such as diagnosis-related groups (DRGs). In January 2013, the Swiss Academy of Medical Sciences (SAMS) was requested by the Federal Office of Public Health (FOPH) to prepare a paper on “Health services research in Switzerland” as part of the Primary Care Master Plan.

Health services research provides answers to questions that cannot be answered either by basic biomedical research or by clinical research: it investigates the effectiveness of health services in day-to-day practice and seeks to identify ways in which a high-quality health system can meet the demands of today’s society for health care and, more broadly, health services (the latter being designed not only for patients, but also for the healthy general population, e.g. in the area of prevention).

Definition, core areas and goals of health services research

Given its multidisciplinary nature and the variety of sectors in which health services research is conducted, numerous different definitions and structural conceptions exist. Depending on the particular scientific discipline, priority is given to different elements of health services research and its core areas are differently weighted.

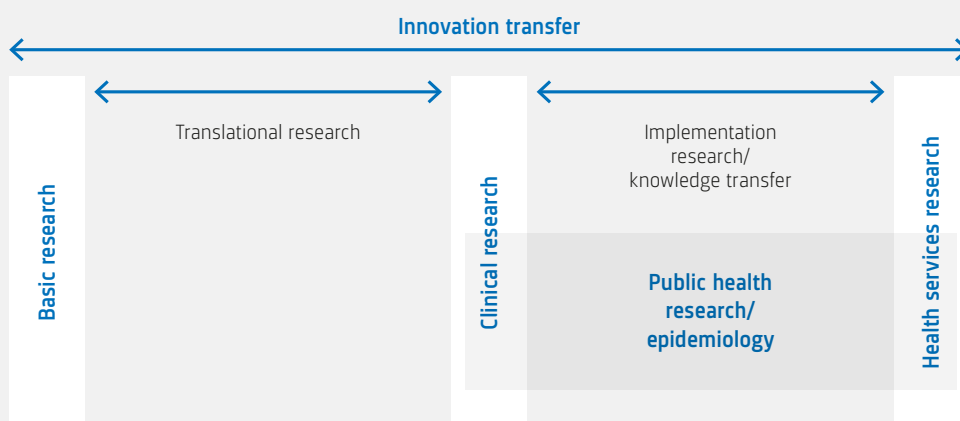


Fig. 1:
The three pillars of research in
medicine and health care system
(according to M. Schrappe and H. Pfaff
2011).

The US Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) offers the following definition: “Health services research examines how people get access to health care, how much care costs, and what happens to patients as a result of this care.” The AHRQ thus summarizes the most important concerns of health services research, namely access to services and the appropriateness and costs thereof, and highlights the fact that health services research is patient-oriented and outcome-focused.

The definition of health services research most widely disseminated in German-speaking countries derives from Pfaff et al.; on this view, the main focus of this field of research is the “last mile” of the health system – i.e. studying patient care under the real-life conditions of routine provision of medical services to the public. Offering a methodological/functional definition, Pfaff describes health services research as an “interdisciplinary field of research which gives an account, and causal explanations, of health services and the framework within which they are delivered; promotes the development of scientifically based health service concepts; monitors the implementation of new health service concepts; and evaluates the effectiveness of health service structures and processes under everyday conditions”.

Apart from the influence of social factors, access to health services is largely determined by financing systems, organizational structures and processes, health technologies, personal behaviours and the structure of available services. With regard to appropriateness, questions arise concerning not only need, demand and the utilization of services, but also factors such as service quality, safety, efficiency and effectiveness. In addition, health economic aspects need to be taken into consideration so that the cost-effectiveness or cost-benefit ratio of a particular service can be evaluated.

Research areas and methods

Health services research is pursued at three different levels (the macro, meso and micro level). Research at the macro level, also known as health system research, involves analysis of the (regional, national or international) health system and of the relevant health policy, social and economic framework. For this purpose, existing – often highly aggregated – data is used. Research at the meso level involves analysis of the organization and provision of health-related services and products under everyday conditions (e.g. in hospital, practice or other institutional settings) and the assessment and evaluation of such

provision (e.g. indicators, quality, effectiveness, appropriateness). The micro level is concerned with individual service interactions and focuses on actual relationships between health professionals and patients (as service providers and recipients, but also in terms of shared decision-making).

Health services research is conducted not only at different levels but also in a variety of settings (e.g. in- or outpatient primary, secondary or tertiary care, rehabilitation, prevention and health promotion, health policy, etc.). Depending on the perspective (medical, economic, ethical, organizational, etc.), research will focus on different aspects of services and different target groups; likewise, the types of data and methods used will vary according to the particular topic.

Health services research is a multi- and transdisciplinary field. It may be conducted in any patient-oriented discipline and usually involves the participation of different professional groups (e.g. university-level medical professions, tertiary-level [i.e. higher vocational training, university of applied sciences] healthcare professions and psychology professions). It is generally conducted in collaboration with other academic disciplines, such as sociology, health economics, public health, ethics or computer science. In health services research – as in any other field – the methods applied are determined by the research topic; there is no specific health services research methodology. Often, however, there is a “sequence of methods”, especially in non-descriptive health services research (usually micro level, see above), which is concerned with the implementation of changes. The initial focus will frequently be on fundamental questions – investigating why, for example, certain procedures are not applied in clinical practice, even though they are supported by a clear evidence base. Here, qualitative (hypothesis-generating) methods will first be applied. This will generally be followed by a quantitative account, possibly involving analysis of epidemiological or cross-sectional data. Finally, interventions will be tested in classical randomized controlled trials (head-to-head or versus usual care). What has been said about methodology also applies to statistics: there is no specific statistics of health services research, although adaptations will often be required in the study design – e.g. use of cluster randomized controlled trials or complex statistical models for purposes of evaluation.

The benefits of health services research

The aims of health services research are to help to develop ways of facilitating the necessary structural adjustments and further development of the health system, and to assist health policy actors – in particular, service providers, insurers, policymakers and scientists – in resolving structural problems within the health system.

The strengths of health services research lie in the wide range of disciplines and professional groups involved, and also in the variety of points of departure and factors addressed. The evidence-based information which it generates concerning the benefits and harms associated with health services is useful not only for patients and service providers, but also for health policy decision-makers. In the face of changing demographic and economic conditions, as well as new developments and treatment strategies, the health system is subject to a process of ongoing reform. The results of health services research enable policy-makers to take an evidence-based approach to resolving the problems with which they are confronted, in the interests of a sustainable and forward-looking health system.

Calls for health services research in Switzerland

Switzerland currently has a health system of very high quality, which is reflected in the life expectancy and health status of the population. Most recently in 2011 the OECD gave Switzerland an excellent overall rating for the performance of its health system: virtually all residents have health insurance, patients enjoy easy access to services and are generally satisfied with them. At the same time, the OECD review also identifies certain weaknesses, such as the high costs, which in recent years have risen by an average of 2.1 billion francs per year, with total health spending amounting to 11.4% of GDP in 2009.

According to the OECD review and the “Health2020” report, which sets out the Federal Council’s health policy priorities for the coming eight years, the main weaknesses of the Swiss health system lie in its limited transparency, the incomplete statistical and analytical basis, inefficiencies and the fact that the poor quality of certain services goes unrecognized. To address these weaknesses and to promote modern forms of healthcare delivery, the “Health2020” report calls explicitly, inter alia, for the establishment and strengthening of health services research in Switzerland, not least because – given the structural differences in health systems – foreign or international

studies are of limited applicability to the Swiss system. The report issued in 2012 by the Conference of Cantonal Directors of Public Health (GDK) and the FOPH on new models for the delivery of primary care calls for the expansion and strengthening of health services research in Switzerland, in order to facilitate the establishment, development and dissemination of new models for service provision.

The initial findings of a survey of health services research actors conducted by the SAMS in autumn 2013 indicate that health services research in Switzerland is mainly carried out at universities, universities of applied sciences and university hospitals, and to a lesser extent also in the private sector (e.g. health insurers and private research institutes) and in the public sector (e.g. Obsan). The main disciplines of the actors involved cover a wide range – from nursing and health sciences, social sciences, public health/epidemiology, ethics and pharmaceuticals to computer science and economics – although over a third of the researchers are medically trained.

Overall, by international standards, health services research activities are very limited in Switzerland – particularly in comparison with basic and clinical research.

The paper on “Strengthening health services research in Switzerland”

In January 2013, the SAMS was requested by the FOPH to prepare a paper on “Health services research in Switzerland” as part of the Primary Care Master Plan. This paper is of relevance not only for research policy, but also for health policy: as well as reflecting the “Health2020” agenda, it addresses other political concerns, such as those underlying the motions of National Councillors Casalis (“Less is more. What is the situation in Switzerland regarding overconsumption of medical services?”) and Schmid-Federer (“National Research Programme on long-term care”), where the topic of health services research is central.

The first, more general, part of the paper (Part A) explains how health services research fits into the broader research landscape of the health system, the areas it encompasses and the benefits it offers. In addition, it describes the current state of health services research in Switzerland. In Part B, experts examine the questions addressed by health services research in various settings within the health system. In the final part (Part C), recommendations are formulated for the medium- to long-term development of research expertise, infrastructure, the data basis, training and financing options in the field of health services research:

1. Existing data and additional data generated in the future should be combined to produce a valid data basis.
2. Education and training in the field of health services research should be promoted.
3. There should be greater coordination and integration of existing infrastructure.
4. A National Research Programme would help Switzerland to catch up in the area of health services research.
5. Certain sub-fields or specific topics within health services research should be prioritized.

These recommendations are designed to strengthen health services research in Switzerland in the areas of practice, education and training, integration, and the number and quality of research projects. In order to monitor implementation of the proposed measures, and to make adjustments where necessary, it would be helpful to establish a national expert committee. In terms of composition, this body would correspond to an advisory group for the National Research Programme referred to in point 4, and it would have to include representatives of the key institutions and disciplines participating in health services research. Implementation of the above and other resultant measures will help to optimize health services in Switzerland, and to close the gap which exists between this country and others in health services research.

Einleitung

«Eine kontinuierliche Verbesserung der Patientenversorgung auf Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse – darauf richtet sich die Versorgungsforschung aus. Sie trägt dazu bei, dass eine evidenzbasierte Gesundheitspolitik immer weiter in den Fokus rückt.» Edmund Neugebauer (2010)

Hintergrund

Neue Erkenntnisse aus unterschiedlichen Forschungsbereichen rund um die Gesundheit haben im letzten Jahrhundert massgeblich dazu beigetragen, dass immer mehr Menschen ein immer höheres Lebensalter erreichen; selbstverständlich haben aber auch weitere Faktoren wie bessere Umwelt- oder Sozialsysteme sowie Fortschritte in der Bildung oder im Verhalten der Bevölkerung zu dieser Entwicklung beigetragen. Die steigende Anzahl älterer Menschen geht mit einer Zunahme an chronischen Erkrankungen und Multimorbidität einher. Durch die erfolgreiche Entwicklung neuer Techniken und die Fortschritte in Prävention, Diagnostik und Therapie von Krankheiten sind auch die Erwartungen der Menschen an die moderne Medizin und an eine uneingeschränkte Versorgung gestiegen. Alle diese Faktoren tragen zu einem steigenden Bedarf an ökonomischen, aber auch an personellen Ressourcen bei und unterwerfen das Gesundheitswesen einem dauernden Reformprozess.

Die Herausforderung eines qualitativ hochstehenden Gesundheitssystems ist nicht nur die optimale Integration adäquater medizinischer Massnahmen unter Berücksichtigung gesundheitsökonomischer Aspekte, sondern auch die Schaffung optimaler Rahmenbedingungen für die Gesundheitsversorgung. Um Unter-, Über- sowie Fehlversorgung zu vermeiden und eine gute Versorgung auch langfristig gewährleisten zu können, müssen aktuelle Versorgungsprozesse analysiert und gegebenenfalls neue, innovative Versorgungskonzepte entwickelt, umgesetzt und auf ihren Nutzen hin überprüft werden. Sowohl die Analyse bestehender Strukturen als auch die Entwicklung neuer Konzepte sind Gegenstand der Versorgungsforschung.

Während die Versorgungsforschung vor allem im angelsächsischen Raum bereits seit mehreren Jahrzehnten in Form von wissenschaftlichen Fachgesellschaften sowie staatlich geförderten Einrichtungen institutionalisiert ist, ist der Forschungszweig in der Schweiz aktuell wenig entwickelt. Zwar werden hierzulande an verschiedenen

Universitäten, Fachhochschulen und anderen Einrichtungen versorgungsforschungsrelevante Fragestellungen bearbeitet, aber eine Institutionalisierung sowie die Bereitstellung expliziter öffentlicher Fördergelder für diesen Forschungsbereich haben noch kaum stattgefunden.

Auf Initiative der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) und mit finanzieller Unterstützung der Gottfried und Julia Bangerter-Rhyner-Stiftung wurde 2012 das Förderprogramm «Versorgungsforschung im Gesundheitswesen» lanciert – das erste Programm, das explizit und ausschliesslich Gelder für Versorgungsforschung in der Schweiz zur Verfügung stellt. Für die Jahre 2012–2015 stehen durch dieses Förderprogramm insgesamt 5 Millionen Franken für Projektunterstützung, Anschubfinanzierungen sowie Nachwuchsförderung im Bereich der Versorgungsforschung zur Verfügung.

Auftrag

Im Januar 2013 hat die SAMW vom Bundesamt für Gesundheit den Auftrag erhalten, im Rahmen des Masterplans Hausarztmedizin / Medizinische Grundversorgung ein Konzept «Stärkung der Versorgungsforschung in der Schweiz» auszuarbeiten. Mit diesem Konzept wird zudem zwei weiteren politischen Anliegen Rechnung getragen: den Motionen Cassis, «Less is more. Wie steht es in der Schweiz mit dem Überkonsum von medizinischen Leistungen?» (Cassis 2013), sowie Schmid-Federer, «Nationales Forschungsprogramm Langzeitversorgung» (Schmid-Federer 2013), bei denen das Thema Versorgungsforschung zentral ist. Des Weiteren spricht das Konzept die Motionen Rossini, «Konsum von Medikamenten. Welche Perspektiven?» (Rossini 2012), Heim, «Pflegetätigkeit. Case Management» (Heim 2009), und Heim, «Begleit- und Versorgungsforschung in der Gesundheitsversorgung» (Heim 2008), an.

Das Konzept richtet sich vor allem an Entscheidungsträger in Gesundheits-, Forschungs- und Bildungspolitik sowie an Fachpersonen im Bereich Gesundheit. Es soll zudem als Grundlage für die Einreichung eines Vorschlags für ein Nationales Forschungsprogramm (NFP) zum Thema Versorgungsforschung dienen.

Für die Ausarbeitung des Konzepts hat die SAMW eine Arbeitsgruppe unter Leitung von Prof. Thomas Rosemann vom Institut für Hausarztmedizin der Universität Zürich mit Vertreterinnen und Vertretern aus allen fünf medizinischen Fakultäten sowie einem ausländischen Experten eingesetzt. Eine Begleitgruppe mit Delegierten verschiedener Organisationen bzw. Institutionen, die mit Versorgungsforschung befasst sind, hat unter der Leitung von Prof. Peter Meier-Abt, Präsident der SAMW, den Prozess der Konzeptentwicklung begleitet. Eine Liste der Autoren und an der Ausarbeitung beteiligter Personen befindet sich im Anhang. Der Vorstand der SAMW hat das Konzept im Dezember 2013 verabschiedet.

Ziele

Der Bund stellt in seinem kürzlich erschienenen Bericht «Die gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates/Gesundheit2020» fest, dass die Patienten in Zukunft «differenzierter versorgt werden» müssen. Ferner fehlten «die nötigen Informationen, um die Versorgung optimal zu strukturieren». Der Bund zieht daraus den Schluss, dass sich die Versorgung im Gesundheitssystem einem Wandel unterziehen muss (EDI 2013). Das vorliegende Konzept unterstützt diese Anstrengungen und bietet im Folgenden Ansätze und Lösungswege, um die genannten Ziele zu erreichen.

Des Weiteren soll das Konzept «Stärkung der Versorgungsforschung in der Schweiz» zu einem breiteren Verständnis von Versorgungsforschung beitragen, indem es die Rolle und den Anwendungsbereich von Versorgungsforschung präzisiert und Beispiele aufzeigt, wie die Ergebnisse der Versorgungsforschung als evidenzbasierte Grundlagen für gesundheitspolitische Entscheidungen dienen können. Das Konzept versteht sich zudem als Auslegeordnung, welche die Situation der Versorgungsforschung in der Schweiz analysiert und Kriterien für eine Priorisierung bestimmter Teilgebiete der Versorgungsforschung bzw. fachlicher Schwerpunkte formuliert. Zudem soll das Konzept als Grundlage für die Planung und Förderung der Versorgungsforschung in der Schweiz dienen, indem es u.a. aufzeigt, in welchen Bereichen der Versorgungsforschung aktuell der dringendste Handlungsbedarf besteht.

A Ansätze der Versorgungsforschung

A 1. Was ist Versorgungsforschung?

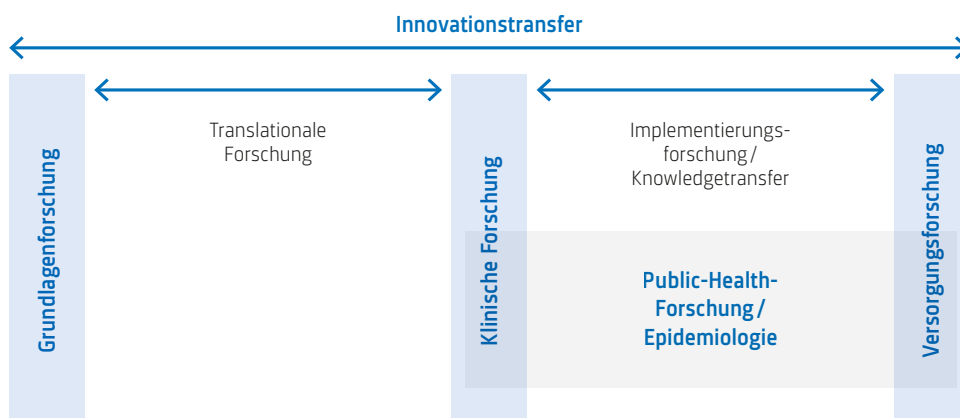
A 1.1. Einordnung der Versorgungsforschung in die Forschungslandschaft des Gesundheitswesens

Die Versorgungsforschung (health services research) beantwortet Fragen, die weder die biomedizinische Grundlagenforschung, noch die klinische Forschung beantworten können: Sie untersucht die Wirksamkeit von Versorgung unter Alltagsbedingungen und sucht neue Lösungsansätze für ein qualitativ hochstehendes Gesundheitssystem, das den heutigen gesellschaftlichen Anforderungen an die Kranken- und Gesundheitsversorgung gerecht wird. Der englische Begriff «health services» richtet sich, im Gegensatz zum Begriff «health care», nicht nur an Patientinnen und Patienten¹, sondern auch an die gesunde, zu versorgende Bevölkerung (z.B. im Bereich Prävention). In der Folge ist mit dem deutschen Wort «Versorgung» deshalb immer sowohl die Kranken- als auch die Gesundheitsversorgung gemeint.

Da Versorgungsforschung bestrebt ist, wissenschaftliche Grundlagen zu schaffen, liefert sie forschungsgestützte Information bezüglich Nutzen und Schaden von Versorgungsleistungen. Diese Information dient nicht nur den Patientinnen und Patienten und den Leistungserbringern, sondern auch den Entscheidungsträgern aus Politik und Wirtschaft.

International ist die Versorgungsforschung ein prosperierendes Forschungsgebiet, das sich neben der biomedizinischen Grundlagenforschung und der klinischen Forschung in vielen Ländern als «dritte Säule» der Gesundheitsforschung etabliert hat – dies nicht zuletzt deshalb, weil ihre Ergebnisse für gesundheitspolitische Weichenstellungen unabdingbar sind. In der Schweiz entwickelt sich erst in der jüngsten Zeit – namentlich unter zunehmendem ökonomischem Druck und der Implementierung fundamentaler Systemänderungen wie etwa die Einführung von DRGs – ein Bewusstsein für diesen Forschungsbedarf.

Während die biomedizinische Grundlagenforschung anhand von Zellkulturen, Geweben und Tiermodellen neue Erkenntnisse zu biologischen Prozessen und deren Bedeutung für medizinische Fragestellungen sucht, interagiert die angewandte, klinische Forschung direkt mit dem Menschen als Studienobjekt und untersucht die grundsätzliche Wirksamkeit (efficacy) neuer Behandlungen bei ausgewählten Patienten bzw. Probanden unter Studienbedingungen.



Grafik 1:
3-Säulen-Modell der Forschungslandschaft von Medizin und Gesundheitswesen (in Anlehnung an M. Schrappe und H. Pfaff 2011).

¹ Im nachfolgenden Text wird der Einfachheit halber nur die männliche Form verwendet. Die weibliche Form ist selbstverständlich immer mit eingeschlossen.

Die Versorgungsforschung hingegen analysiert im Gegensatz zur klinischen Forschung die Wirksamkeit der medizinischen Versorgung unter Alltagsbedingungen (effectiveness). Sie untersucht, wie Menschen einen optimalen Zugang zu adäquater medizinischer Versorgung erhalten und wie man diese Versorgung möglichst effizient gestaltet, damit sie einen optimalen Effekt auf den Patienten entfaltet. Die Übergänge zwischen den drei Säulen (siehe Grafik 1) bilden zum einen die terminologisch relativ neue Disziplin der «Translationalen Forschung», deren Ziel es ist, neue Erkenntnisse aus der Grundlagenforschung zum Nutzen des Patienten umzusetzen, und zum anderen die Implementierungsforschung oder auch Wissenszirkulation (knowledge transfer) genannt, die sich mit der Umsetzung neuer Erkenntnisse aus der klinischen Forschung in die ärztliche Praxis beschäftigt.

Zum 3-Säulen-Modell ist anzumerken, dass es zum einen gewisse Überschneidungen gibt, die durch das Modell nicht offensichtlich werden. So können diverse Bereiche der klinischen Forschung (wie z.B. Phase-IV-Studien sowie klinische Studien, Metaanalysen und systematische Reviews zur «effectiveness») auch zur Versorgungsforschung gerechnet werden. Weiter sind die Grenzen zwischen Implementierungsforschung bzw. Wissenszirkulation und Versorgungsforschung oft fließend. Zudem bildet das 3-Säulen-Modell den wichtigen Bereich der Public-Health-Forschung (inklusive der klassischen Epidemiologie) nicht ab, zwischen dem ebenfalls Überschneidungen mit der Versorgungsforschung sowie mit der klinischen Forschung existieren (siehe auch Grafik 2). Als grundlegender Unterschied zwischen Versorgungsforschung und Public-Health-Forschung sei der Fokus auf unterschiedliche Ziele bzw. Zielgruppen aufgeführt: Während sich die Versorgungsforschung auf Kranke und Gesundheitsgefährdete bezieht, hat die Public-Health-Forschung zum Ziel, die Gesundheit zu fördern und zu erhalten (aus «Versorgungsforschung in Deutschland», DFG).

A 1.2. Definition, Kernbereiche und Zielsetzung von Versorgungsforschung

Aufgrund ihrer multidisziplinären Natur und der verschiedenen Bereiche, in denen Versorgungsforschung stattfindet, existiert eine Vielzahl unterschiedlicher Definitionen und Strukturkonzepte. Je nach wissenschaftlicher Disziplin werden dabei die verschiedenen Schwerpunkte der Versorgungsforschung bzw. ihre Kernbereiche mit unterschiedlicher Gewichtung herausgestellt.

Die amerikanische Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ²) definiert Versorgungsforschung wie folgt: «*Health services research examines how people get access to health care, how much care costs, and what happens to patients as a result of this care.*» Die AHRQ fasst damit die wichtigsten Kernbereiche der Versorgungsforschung zusammen, nämlich den Zugang zu sowie die Angemessenheit und Kosten von Versorgung, und macht deutlich, dass Versorgungsforschung *patientenorientiert* ist und auf die *Ergebnisqualität* (outcome) fokussiert.

Für den Zugang zu Versorgung spielen neben dem Einfluss sozialer Faktoren Finanzierungssysteme, Organisationsstrukturen und -prozesse, Gesundheitstechnologien, personenbezogene Verhaltensweisen sowie die Angebotsstruktur eine wichtige Rolle. Hinsichtlich der Angemessenheit stellen sich die Fragen nach Bedarf, Nachfrage und Inanspruchnahme von Versorgung, aber auch nach Faktoren wie Versorgungsqualität, Sicherheit, Effizienz und Wirksamkeit. Zudem müssen gesundheitsökonomische Aspekte berücksichtigt werden, um die Wirtschaftlichkeit bzw. das Kosten-Nutzen-Verhältnis der jeweiligen Versorgung beurteilen zu können.

Das Institute of Medicine (IOM³) definiert Versorgungsforschung als «*inquiry to produce knowledge about the structure, processes, or effects of personal health services*». Damit eine Studie zur Versorgungsforschung gerechnet werden kann, muss sie laut IOM zwei Kriterien erfüllen: Einerseits muss sie sich mit Fragestellungen zu den Strukturen, Prozessen oder Effekten von Versorgung beschäftigen. Mindestens eine dieser Fragestellungen muss zudem einen konzeptionellen Ansatz aufweisen, der nicht identisch ist mit der derzeit angewandten biomedizinischen Wissenschaft (Institute of Medicine [U.S.]. Division of Health Care Services. 1979).

2 www.ahrq.gov.

3 www.iom.edu.

Im Policy-Brief «Health services research: helping tackle Europe's health care challenges», der im Rahmen des «Seventh Framework Programme» der Europäischen Kommission erstellt wurde, definiert sich die Versorgungsforschung als «*multidisciplinary field of scientific investigation that studies how social factors, financial systems, organisational structures and processes, health technologies and personal behaviours affect access to health care, the quality and cost of health care and, ultimately, the health and wellbeing of citizens*» (HSR-Europe 2011a).

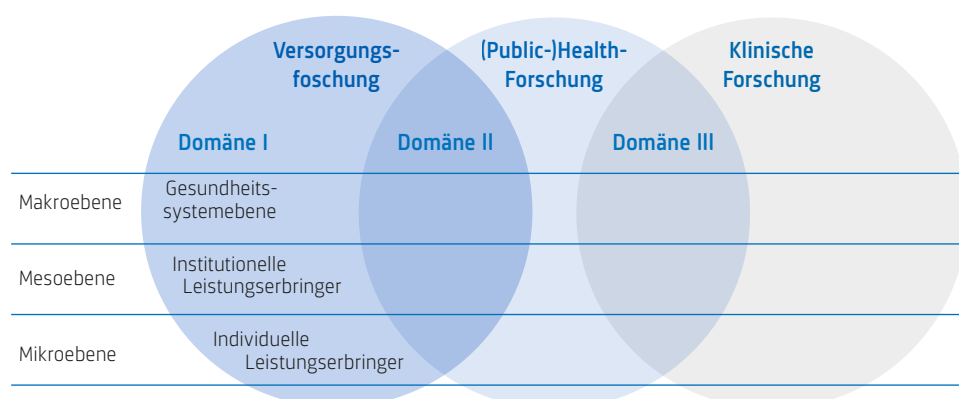
Die im deutschsprachigen Raum am weitesten verbreitete Definition von Versorgungsforschung stammt von Pfaff et al. (Pfaff 2003a) und sieht die «letzte Meile» des Gesundheitssystems, also die Betrachtung der Patientenversorgung unter den tatsächlichen Bedingungen der täglichen Routine der medizinischen Versorgung der Bevölkerung, als zentrales Objekt dieses Forschungsfelds (Schwartz and Scriba 2004). Pfaff beschreibt die Versorgungsforschung im Sinne einer methodisch-funktionalen Definition als «*fachübergreifendes Forschungsgebiet, das die Kranken- und Gesundheitsversorgung und ihre Rahmenbedingungen beschreibt und kausal erklärt, zur Entwicklung wissenschaftlich fundierter Versorgungskonzepte beiträgt, die Umsetzung neuer Versorgungskonzepte begleitend erforscht und die Wirksamkeit von Versorgungsstrukturen und -prozessen unter Alltagsbedingungen evaluiert*».

Gemäss dieser Definition bildet die Versorgungsforschung die Grundlage für den Qualitätssicherungskreislauf der Versorgung. Sie identifiziert und analysiert versorgungsrelevante Probleme, liefert evidenzbasierte Grundlagen für die Bewertung von Versorgungsleistungen, trägt zur Entwicklung und Umsetzung innovativer Versorgungskonzepte auf der Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse bei, überprüft diese auf ihren Nutzen und begleitet deren Implementierung in die Praxis. Ziel der Versorgungsforschung ist die Identifizierung der effektivsten Wege, qualitativ hochstehende Versorgung zu gestalten, zu verwalten, zu finanzieren und zur Verfügung zu stellen sowie die Zahl der Behandlungsfehler zu senken und die Patientensicherheit zu erhöhen.

Das vorliegende Konzept orientiert sich an den in Wissenschaftskreisen gängigen Definitionen von Versorgungsforschung (siehe oben) und hat nicht nur die professionelle Seite der (medizinischen) Versorgung von Patienten im Blick, sondern auch versorgungsrelevante Fragestellungen aus gesellschaftswissenschaftlicher Perspektive.

A 1.3. Forschungsbereiche, Systematik und Forschungsgegenstände

Versorgungsforschung ist ein multidisziplinäres Forschungsgebiet. Sie findet in jedem patientenorientierten Fachgebiet statt und wird unter Beteiligung verschiedener Berufsgruppen durchgeführt (z.B. der universitären Medizinalberufe, der Gesundheitsberufe der Tertiärstufe [d.h. höhere Berufsbildung, Fachhochschulen] sowie der Psychologieberufe). Meist wird sie in Zusammenarbeit mit weiteren Wissenschaftsdisziplinen durchgeführt, wie z.B. der Soziologie, der Gesundheitsökonomie, Public Health, der Ethik, der Statistik oder der Informatik.



Grafik 2:
Zusammenhang zwischen Versorgungsforschung, (Public-)Health-Forschung und klinischer Forschung (adaptiert nach HSR-Europe 2011).

Die Definitionen der Versorgungsforschung deuten an, dass zwischen Versorgungsforschung und Public Health eine enge Verbindung sowie eine teilweise Überschneidung bestehen (siehe Grafik 2). Ähnlich verhält es sich zwischen Versorgungs- und klinischer Forschung (in der Grafik nicht dargestellt). Versorgungsforschung findet auf drei verschiedenen Ebenen statt (Makro-, Meso- und Mikroebene). Forschung auf der Makroebene wird auch als Gesundheitssystemforschung bezeichnet. Sie fokussiert auf die Analyse des Gesundheitssystems (auf regionaler, nationaler oder internationaler Ebene) und dessen gesundheitspolitischer, gesellschaftlicher und volkswirtschaftlicher Vorgaben (Schwartz and Busse 2003). Meist werden dazu bereits bestehende, oft hoch aggregierte Daten verwendet.

Versorgungsforschung auf der Meso- und Mikroebene hingegen arbeitet nicht nur mit bereits bestehenden Daten, sondern generiert solche auch selbst.

Forschung auf der Mesoebene umfasst die Analyse von Organisation und Erbringung von gesundheitsrelevanten Dienstleistungen und Produkten unter Alltagsbedingungen (z.B. in Spitälern, Arztpraxen oder anderen Gesundheitseinrichtungen) sowie die Einschätzung und Bewertung solcher Versorgungsleistungen (z.B. Indikatoren, Qualität, Effektivität, Angemessenheit). Die Mikroebene umfasst individuelle Versorgungsinteraktionen und fokussiert auf die konkrete Beziehung zwischen Patienten und den Health Professionals (als Beziehung zwischen Leistungserbringer und Leistungsempfänger sowie im Sinne eines «shared decision-making»).

An der Schnittstelle zur (Public-)Health-Forschung lassen sich drei Domänen unterscheiden (HSR-Europe 2011b). Versorgungsforschung der *Domäne I* hat keine Überschneidung mit (Public-)Health-Forschung. Sie untersucht den Bedarf bzw. die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und analysiert die jeweiligen Einflussfaktoren. Die individuelle Gesundheit bzw. der Effekt (outcome) einer spezifischen medizinischen Intervention stehen dabei nicht im Vordergrund. Beispiele dafür sind Effekte unterschiedlicher Organisationsformen der Versorgung, individuelle Anreize von Leistungserbringern, Zusammenarbeit der Professionen sowie Untersuchungen zu den Ausgaben für die medizinische Versorgung.

Die grössten Teile der Public-Health-Forschung sowie auch der klinischen Forschung bilden eigenständige Bereiche und gehören nicht zur Versorgungsforschung (*Domäne III*). Public-Health-Forschung untersucht den Gesundheitszustand von Populationen und analysiert (Risiko-)Faktoren, die einen Einfluss auf diesen Gesundheitszustand haben. Klinische Forschung untersucht die Wirksamkeit neuer Behandlungen bei ausgewählten Patienten bzw. Probanden unter Studienbedingungen. Beispiele sind bevölkerungsbezogene Untersuchungen des Suchtverhaltens (Public Health) oder klinische Untersuchungen der individuellen Effekte spezifischer Interventionen (klinische Forschung). Organisatorische Eigenschaften der Versorgung sind in der Regel nicht Gegenstand derartiger Untersuchungen.

Zwischen den Domänen I und III bestehen Überschneidungen in Bereichen, wo die Organisation der Versorgungsleistung oder die Verfügbarkeit medizinischer Ressourcen den Gesundheitszustand von Populationen beeinflusst (*Domäne II*). Beispiele für Versorgungsforschung in diesem Bereich sind Effekte unterschiedlicher Organisationsformen der Versorgung auf den Gesundheitssoutcome oder die Wirksamkeit von Behandlungen bzw. Versorgungsleistungen unter Alltagsbedingungen. Health Technology Assessment (HTA) ist ebenfalls in diesem Bereich anzusiedeln, da HTA nicht nur die unmittelbare Wirksamkeit von Technologien untersucht, sondern auch deren Einfluss auf die Organisation und Verfügbarkeit medizinischer Ressourcen. Gleiches gilt für Health Impact Assessment (HIA), wobei das HIA für gewöhnlich nicht Versorgungsprozesse oder Strukturen im Blick hat.

Versorgungsforschung findet nicht nur auf verschiedenen Ebenen, sondern auch in diversen unterschiedlichen Settings statt (z.B. im ambulanten oder stationären Bereich von Grundversorgung oder Sekundär- und Tertiärversorgung, in der Rehabilitation, in Prävention und Gesundheitsförderung, in der Gesundheitspolitik usw.). Je nach Perspektive (z.B. medizinischer, ökonomischer, ethischer, organisatorischer usw.) stehen unterschiedliche Aspekte der Versorgung sowie verschiedene Zielgruppen im Fokus, und je nach Fragestellung werden unterschiedliche Datengrundlagen und Methoden verwendet (siehe auch Kapitel 1.4.).

Versorgungsforschung wird generell als angewandte Forschung verstanden (HSR-Europe 2011b), dennoch wird systematisch zwischen grundlagenorientierter und anwendungsorientierter Versorgungsforschung unterschieden. Erstere umfasst die Beschreibung und kausale Erklärung des Versorgungsbedarfs bzw. der Inanspruchnahme (input), der Versorgungsstrukturen bzw. Prozesse (throughput), der erbrachten Versorgungsleistungen (output) und

dem Zugewinn an Gesundheits- bzw. Lebensqualität (outcome). Die anwendungsorientierte Versorgungsforschung hat das Ziel, innovative Versorgungskonzepte und -strukturen zu entwickeln, die Umsetzung dieser neuen Konzepte unter Alltagsbedingungen begleitend zu evaluieren oder deren Wirksamkeit zu erforschen (Pfaff 2003a).

A 1.4. Methodik

Versorgungsforschung ist nicht nur in Bezug auf die an der Forschung beteiligten Disziplinen ein multidisziplinäres Gebiet, sondern auch in Bezug auf die Forschungsmethoden. Sie ist allerdings vielmehr durch die jeweilige Forschungsfrage als durch einen bestimmten Methodensatz definiert (Busse 2006). Die Versorgungsforschung greift auf eine Vielzahl an Methoden und Theorien aus unterschiedlichen Fachbereichen zurück und umfasst eine Vielzahl unterschiedlicher Studienarten, Studiendesigns, quantitativer, qualitativer, deskriptiver, analytischer und evaluativer Ansätze.

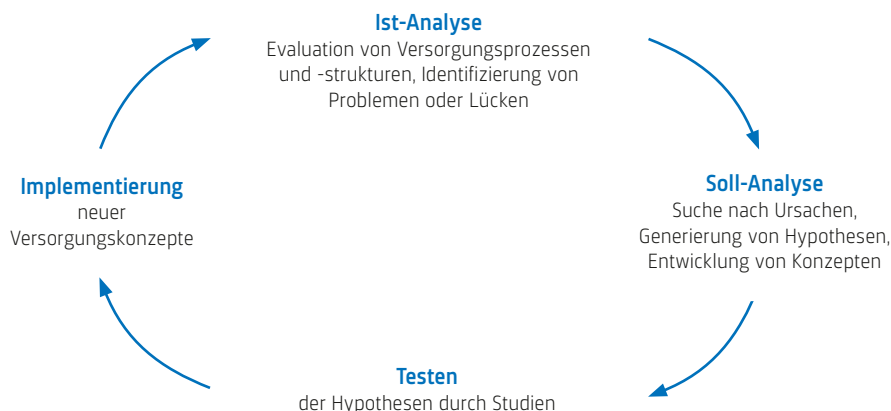
Die Wahl der Methodik ist stets vom Ziel der jeweiligen Forschung abhängig. Betrachtet man die Forschungsziele entlang des bereits erwähnten Qualitätskreislafs der Versorgung (siehe Grafik 3), lassen sich folgende Methoden zuordnen: Mittels deskriptiver bzw. evaluativer Methoden werden versorgungsrelevante Probleme oder Lücken identifiziert und klassifiziert. Für die Suche nach Ursachen sowie die Konzeption einer gewünschten Veränderung werden oft qualitative, also hypothesengenerierende

Methoden angewandt. Die wissenschaftliche Entwicklung neuer Versorgungskonzepte beruht beispielsweise auf systematischen Reviews, Metaanalysen oder HTAs zu Interventionen oder Technologien, die zur Verbesserung der Versorgung beitragen können.

Um die neu entwickelten Konzepte zu prüfen, kommen häufig Methoden der klinischen Forschung oder Methoden des Health Technology Assessments (HTA), aber auch sozialwissenschaftliche Methoden zum Einsatz. Randomisierte klinische Kontrollstudien, die in der klinischen Forschung den Goldstandard darstellen, kommen auf der Ebene der Outcomeforschung ebenfalls zum Einsatz, wenn die Forschungsfrage ein experimentelles Design erfordert (Campbell et al. 2004), allerdings nicht unter Ideal- sondern eben unter Alltagsbedingungen, was durch die vielen zusätzlichen Einflussgrößen mannigfaltige Herausforderungen mit sich bringen kann.

Die Implementierung neuer Versorgungskonzepte und -modelle in die Alltagspraxis erfolgt durch die Praktiker. Aufgabe der Versorgungsforschung ist es, die Umsetzung und dauerhafte Verankerung eines Versorgungskonzepts in der Alltagsversorgung zu erforschen und zum Beispiel mittels der Methode der formativen Evaluation zu optimieren (Pfaff 2003b).

Das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung e.V. hat die methodischen Grundprinzipien und Mindeststandards der Versorgungsforschung vor einigen Jahren in Form eines Memorandums veröffentlicht (Neugebauer et al. 2010; Pfaff et al. 2009). Es unterteilt die Methoden dabei in folgende Themenbereiche: Epidemiologische Methoden, Methoden für die organisationsbezogene Versorgungsforschung, Methoden für die Lebensqualitätsforschung, Methoden der gesundheitsökonomischen Evaluation und Register für die Versorgungsforschung.



Grafik 3:
Qualitätskreislauf der Versorgung.

A 2. Warum braucht es Versorgungsforschung?

A 2.1. Der Ruf nach Versorgungsforschung in der Schweiz

Das Schweizer Gesundheitssystem verfügt derzeit über eine sehr hohe Qualität, was sich in der Lebenserwartung und im Gesundheitszustand der Bevölkerung widerspiegelt. Die OECD stellte der Schweiz zuletzt 2011 ein insgesamt sehr gutes Zeugnis für ihr Gesundheitssystem aus: Praktisch alle Schweizer sind krankenversichert, Patienten haben einen guten Zugang zu den Leistungen und sind im Allgemeinen mit diesen zufrieden (OECD/WHO 2011). Gleichzeitig stellte der OECD-Bericht auch Schwächen fest, beispielsweise die hohen Kosten, die in den letzten Jahren durchschnittlich um 2,1 Milliarden Franken pro Jahr gestiegen sind und 2009 bei 11,4% des Bruttoinlandsprodukts lagen.

Angesichts der steigenden Anzahl älterer Menschen und der damit verbundenen Zunahme an chronischen Krankheiten und Multimorbidität, aber auch aufgrund der erfolgreichen Entwicklung neuer Techniken und Therapien sowie immer höherer Erwartungen der Gesellschaft an das Versorgungswesen wird der Bedarf an Gesundheits- und Krankheitsversorgung und damit auch an ökonomischen und personellen Ressourcen in Zukunft überproportional ansteigen. Diese Herausforderungen unterwerfen das Gesundheitssystem einem dauernden Reformprozess.

Laut dem erwähnten OECD-Bericht sowie dem Bericht «Gesundheit2020», der die gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates für die kommenden acht Jahre zusammenfasst, sind die Schwächen des schweizerischen Systems vor allem seine beschränkte Transparenz, die lückenhaften statistischen und analytischen Grundlagen, Ineffizienzen sowie das Nichterkennen von ungenügender Qualität bestimmter Leistungen. Um diesen Schwächen entgegenzuwirken und die Entwicklung zeitgemässer Versorgungsangebote zu fördern, fordert der Bericht «Gesundheit2020» u.a. explizit die Einführung bzw. Stärkung der Versorgungsforschung in der Schweiz, nicht zuletzt, da aufgrund der unterschiedlichen Struktur von Gesundheitssystemen die Übertragbarkeit ausländischer bzw. internationaler Studien auf das Schweizer System begrenzt ist.

Auch der Bericht «Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung» von GDK und BAG fordert den Ausbau und die Stärkung von Versorgungsforschung in der Schweiz, um die Entstehung, Weiterentwicklung und Verbreitung neuer Versorgungsmodelle zu ermöglichen (Gesundheitsdirektorenkonferenz 2012).

Eine von den Akademien der Wissenschaften Schweiz 2012 in Auftrag gegebene Studie zum Thema «Effizienz, Nutzung und Finanzierung des Gesundheitswesens» kommt zum Schluss, dass im Schweizer Gesundheitssystem (u.a. sowohl im ambulanten, als auch im stationären Versorgungsbereich) Fehlanreize zu Ineffizienzen wie z.B. Über- oder Unterversorgung führen und dass insgesamt rund 10% der gesamten Gesundheitskosten eingespart werden könnten (Trageser 2012). Mängel sehen die Autoren z.B. bei der angebotsinduzierten Nachfrage: Anbieter können die Leistungsmenge ausdehnen, auch wenn diese Leistungen kaum Zusatznutzen bringen. Wer aber analysiert und entscheidet, ob ein Zusatznutzen vorhanden ist?

In der Praxis sind es meist finanzielle Gründe, die Reformen im Gesundheitssystem vorantreiben. Dementsprechend gibt es eine Vielzahl ökonomischer Studien, die Reformen konzipieren, um den zunehmenden Gesundheitsausgaben entgegenzuwirken. Vergleichsweise gering ist allerdings die Zahl an Untersuchungen, die Nutzen und Schaden dieser Prozesse in Bezug auf die zu versorgende Bevölkerung aufzeigen (Busato 2012).

A 2.2. Der Nutzen von Versorgungsforschung

Versorgungsforschung nimmt für sich in Anspruch, einen wesentlichen Beitrag zur Entwicklung von Lösungskonzepten für die notwendigen Umstrukturierungen des Gesundheitssystems zu leisten und den gesundheitspolitischen Akteuren, insbesondere den Leistungserbringern, Versicherern, Politikern und Wissenschaftlern, eine Hilfestellung bei der Lösung struktureller Probleme im Gesundheitssystem zu geben (Bundesärztekammer 2011).

Die Stärken der Versorgungsforschung sind das breite Spektrum der beteiligten Disziplinen und Berufsgruppen sowie die Vielzahl unterschiedlicher Faktoren und Ansatzpunkte, welche die Versorgungsforschung ins Visier nimmt. Die durch sie generierte datengestützte Information bezüglich Nutzen und Schaden von Versorgungsleistungen dient nicht nur den Patienten und den Leistungserbringern, sondern auch den *Entscheidungssträgern*.

in gesundheitspolitischen Bereichen. Die sich wandelnden demografischen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen, aber auch neue Entwicklungen und Behandlungsstrategien unterwerfen das Gesundheitssystem einem dauernden Reformprozess. Durch die Ergebnisse der Versorgungsforschung erhalten Entscheidungsträger die Möglichkeit, die Probleme, mit denen sie konfrontiert sind, auf evidenzbasierten Grundlagen und im Sinne eines nachhaltigen und zukunftsorientierten Gesundheitssystems zu lösen.

Wie bereits erwähnt, bildet die Versorgungsforschung die Grundlage für den Qualitätssicherungskreislauf der Versorgung. Von dieser Qualitätssicherung bzw. deren Produkt, nämlich einer qualitativ hochstehenden Versorgung und einer damit verbundenen Verbesserung der Lebensqualität, profitieren an erster Stelle die *Patienten*. Versorgungsforschung trägt zu einer nutzerorientierten Versorgungsgestaltung bei (Rodondi 2013). Sie dient dem Patienten zur Orientierung über Qualität, Therapiesicherheit, Nutzen und Nachhaltigkeit der Versorgung. Der Patientenorientierung trägt die Versorgungsforschung auch insofern Rechnung, als Endpunkte von Interventionen und deren Beurteilung häufig auf Angaben der Patienten angewiesen sind, wie z.B. zur Lebensqualität, zur Schmerzempfindung oder zur Zufriedenheit (Cassis 2013). Versorgungsforschung trägt zudem dazu bei, Chancenungleichheit, Unterversorgung oder auch Rationierung bei vulnerablen Gruppen aufzudecken. Sie hilft, Überversorgung zu identifizieren bzw. zu vermeiden, und trägt so zur Reduktion von damit verbundenen zusätzlichen Risiken auf Patientenseite bei (OECD 2013a).

Aber auch auf der Seite der *Leistungserbringer* bringt Versorgungsforschung einen Mehrwert. Zwar liefern biomedizinische Innovationen und insbesondere die klinische Forschung laufend neue Erkenntnisse; meist sagen diese Erkenntnisse, die im Allgemeinen unter Studien- bzw. Idealbedingungen gewonnen wurden, jedoch noch nichts darüber aus, wie sich der Nutzen, die Qualität und die Wirtschaftlichkeit neuer Diagnose- und Therapieformen in der Versorgungspraxis konkret darstellen und bewähren (Stuppardt 2011). Man spricht in diesem Fall von einer Kluft zwischen der durch die klinische Forschung gewonnenen Evidenz und der tatsächlichen Versorgungspraxis (evidence performance gap) (Rothwell 2005). Die durch die Versorgungsforschung gewonnenen Antworten auf die Frage, welche Versorgung unter Alltagsbedingungen tatsächlich adäquat bzw. optimal ist, unterstützt Gesundheitsfachpersonen bei ihrem Anspruch, Patienten die bestmögliche Versorgung zukommen zu lassen.

Für viele Erkrankungen existieren bereits wissenschaftlich fundierte Behandlungsempfehlungen, sogenannte «clinical guidelines». Ob und wie schnell sich bestimmte Standards durchsetzen, hängt allerdings von verschiedenen Faktoren ab, wie z.B. den Kosten der jeweiligen Verfahren, dem Zugang zu evidenzbasierten Informationen, der entsprechenden Sensibilisierung der Ärzte, der Kooperation zwischen den Disziplinen, aber auch von der Adhärenz der Patienten. Der Bereich der anwendungsorientierten Versorgungsforschung (namentlich der Begleit- und Implementierungsforschung) wendet sich genau derartigen Einflüssen zu, mit dem Ziel, Antworten auf die Frage zu finden, warum eine gute Versorgung in manchen Fällen nicht beim Patienten ankommt, sowie geeignete Massnahmen zur Verbesserung der Situation zu entwerfen.

Ein Abweichen von evidenzbasierten Leitlinien im klinischen Alltag kann jedoch in einigen Fällen – z.B. gerade in der Grundversorgung – auch begründet sein. So zeigte die wegweisende Arbeit von Boyd et al. (Boyd et al. 2005), dass die von den einzelnen medizinischen Fachgesellschaften herausgegebenen Leitlinien bei einem chronisch kranken und multimorbiden Patienten nicht anwendbar sind. Ein vielschichtiges Behandlungsregime kann zu schwerwiegenden medikamentösen Interaktionen führen und den Patienten gefährden. Aus diesen Überlegungen heraus hat sich die «choosing wisely»-Initiative entwickelt⁴. Hier greifen zahlreiche Fachgesellschaften die Problematik auf, dass oftmals eine Kluft (ebenfalls eine Art «evidence performance gap») besteht zwischen den auf singuläre Krankheiten fokussierten Leitlinien und den realen Patienten, die häufig – anders als Patienten in klinischen Studien, auf deren Basis die Leitlinien entwickelt werden – Begleiterkrankungen haben und die unterschiedlichsten Medikamente einnehmen müssen. Auch die im Mai 2010 vom Journal «Archives of Internal Medicine» lancierte «less is more»-Serie zielt in diese Richtung und bezweckt, Ärzte dahingehend zu sensibilisieren, dass bei der Indikationsstellung für eine medizinische Massnahme sämtliche möglichen Resultate und Konsequenzen mitgedacht sowie Untersuchungen und Behandlungen identifiziert werden, auf die ohne Nachteil für die Patienten – ja manchmal sogar zu ihrem Vorteil – verzichtet werden kann (Cassis 2013; Rodondi 2013). Die Versorgungsforschung liefert dafür die wissenschaftlichen Grundlagen.

A 2.3. Ergebnisse der Versorgungsforschung: Beispiele aus dem Ausland

International findet sich eine Reihe von Beispielen, die zeigen, wie Erkenntnisse der Versorgungsforschung als Grundlage für die Entwicklung von versorgungspolitischen Entscheidungen im Gesundheitswesen dienen. In einigen Fällen entstanden dadurch Grundlagen für Versorgungskonzepte, wie etwa das «Chronic Care Model (CCM)» (Bodenheimer et al. 2002a) oder das «Patient-centered medical home (PCMH)»-Konzept (Barr 2006). In einigen Ländern wurden diese Massnahmen jedoch auch ganz konkret in das Gesundheitssystem implementiert und mit finanziellen Anreizen kombiniert.

Ed Wagner und Mitarbeiter beispielsweise nahmen den «evidence performance gap», der im Bereich der chronischen Erkrankungen besonders gross ist, als Grundlage für ihr «Chronic Care Model». Das CCM gilt heute als Template für die Versorgung chronisch Kranker und wird von der WHO empfohlen. Es basiert im Wesentlichen auf Metaanalysen von Versorgungsforschungsstudien, die untersucht haben, welche Massnahmen im Bereich chronisch Kranker zu einer Verbesserung von Prozessindikatoren oder klinischen Variablen führen (Tsai et al. 2005).

Auch das von Thomas Bodenheimer entwickelte Medical-Home-Konzept, das die Hausarztpraxis als zentrale Koordinationsstelle des Patienten sieht, ist die Folge einer systematischen Analyse von Versorgungsforschungsdaten. Während diese Konzepte auf freiwilliger Basis Eingang in viele Gesundheitseinrichtungen fanden, wurden andere Erkenntnisse wesentlich verbindlicher in der Versorgung verankert. Als prominenteste Beispiele sind hier das «Quality and Outcomes Framework (QoF)» in

Grossbritannien oder auch die Disease-Management-Programme in Deutschland zu werten. Ziel des QoF war es, eine evidenzbasierte Behandlung von chronisch Kranken sicher zu stellen. Vorausgegangen waren Versorgungsforschungsstudien, die zeigten, dass im National Health Service (NHS) diesbezüglich erhebliche Defizite bestehen – wie auch in vielen anderen Gesundheitssystemen. Daraufhin implementierte man ein System, das Qualitätsindikatoren aus den Routinedaten der hausärztlichen elektronischen Krankengeschichten (KG) generiert. Diese Qualitätsindikatoren wurden je nach Zielerreichung finanziell incentiviert. Die Folge dieses «pay for performance (p4p)»-Programmes ist, dass Grossbritannien z.B. im Bereich der Betreuung von Diabetikern heute eine internationale Spitzenstellung einnimmt (Kontopantelis et al. 2013).

Die Disease-Management-Programme in Deutschland sind ein ähnlicher Ansatz und verfolgen das gleiche Ziel, nämlich die Verbesserung der Versorgung chronisch Kranker. Allerdings werden hier keine evidenzbasierten Qualitätsindikatoren erfasst und incentiviert, sondern die Versorgung samt Prozessindikatoren und einiger klinischen Variablen strukturiert erfasst. Die Incentivierung ist dabei nicht erfolgsabhängig, sondern erfolgt pro eingeschlossenen Patienten (Szecsenyi et al. 2008).

Bei aller Kritik an den Systemen hat die Versorgungsforschung ganz ohne Zweifel substanziell zu einer strukturierten, proaktiveren Versorgung chronisch Kranker beigetragen. In Grossbritannien wurde zudem die Herausforderung einer flächendeckenden Einführung einer elektronischen Krankengeschichte durch das p4p gelöst: Praktisch sämtliche Hausärzte installierten mit Einführung des p4p ein elektronisches Patientendossier.

A 3. Versorgungsforschung in der Schweiz

A 3.1. Datenlage zur Gesundheitsversorgung

Die OECD empfiehlt der Schweiz in ihrem aktuellen Bericht insbesondere mehr Anstrengungen zu unternehmen, was die Sammlung von Gesundheitsdaten angeht, damit Risiken bzw. von Risiken betroffene Personen besser identifiziert werden können (OECD/WHO 2011). Das Bundesamt für Gesundheit veröffentlicht zwar Betriebskennzahlen und medizinische Qualitätsindikatoren der Schweizer Spitäler – diese beziehen sich jedoch nur auf die Behandlung in Spitälern, nicht auf den ambulanten Bereich oder andere Einrichtungen des Gesundheitswesens. Je besser

die Datenlage zur Beschreibung der Istsituation ist, desto umfassender kann mithilfe der Versorgungsforschung an neuen Versorgungsstrategien gearbeitet werden. Dies trägt nicht nur zur Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung bei, sondern wirkt sich auch auf Qualität, Sicherheit und Wirksamkeit von Gesundheitssystemen insgesamt aus (Limb 2013; OECD 2011).

Derzeit werden die Defizite der Datenlage in der Schweiz von unterschiedlichen Seiten beklagt. Die Akademien der Wissenschaften Schweiz fordern in ihrer Roadmap für ein nachhaltiges Gesundheitssystem eine Verbesserung der Datenlage durch die Schaffung gesetzlicher Grundlagen (akademien-schweiz 2012). Public Health Schweiz kritisiert in einem im August 2013 veröffentlichten Manifest, dass in der Schweiz zwar viele Daten zur Gesundheitsversorgung existieren, diese jedoch nicht immer zugänglich und grossenteils lückenhaft sowie nicht aufeinander abgestimmt sind. Public Health Schweiz fordert deshalb eine kontinuierliche Verbesserung der Daten zur Gesundheitsversorgung in der Schweiz, indem sie vollständiger, verfügbarer, verknüpfbarer und vergleichbarer werden (Public-Health-Schweiz 2013). Der Auftrag des Bundes zur Ausarbeitung eines Bundesgesetzes über die Registrierung von Krebserkrankungen, das Bundesgesetz über das elektronische Patientendossier, aber auch die E-Health-Strategie von Bund und Kantonen sind wichtige Schritte in die richtige Richtung, auch wenn diese Initiativen im Detail noch Korrekturbedarf aufweisen mögen.

Zudem zielt das vom BFS geführte Projekt MARS – mit der Erweiterung auf den ambulanten Leistungsbereich – auf die vollständige Abdeckung der Gesundheitsversorgung mit einer einheitlichen öffentlichen Statistik basierend auf Daten der Leistungserbringer; diese begegnen dem Projekt allerdings noch mit Skepsis.

Es gibt jedoch durchaus Daten, die in der Schweizer Versorgungsforschung verwertet werden können und auf deren Basis bereits Forschung betrieben wird. Dies sind mehrheitlich eigens erhobene Primärdaten (z.B. durch Studien, Umfragen, Interviews usw.). Auch Daten aus den Schweizer Kohortenstudien bilden eine wichtige Basis für die Versorgungsforschung. Häufig genutzte bestehende Datenquellen sind neben internationalen Datensammlungen die Schweizer Register, Spitaldatenbanken, Patientendossiers sowie Finanzierungsdaten, z.B. von Kranken- oder Pflegeversicherungen und Ärztekasse. Auch die Datensammlungen und Studien des Bundes (z.B. durch BAG und BFS) sowie deren Aufbereitung durch das Obsan werden als wichtige Quellen für die Versorgungsforschung angesehen, allen voran die Schweizerische Gesundheitsbefragung. Sie ist Bestandteil des statistischen Mehrjahresprogramms des Bundes und findet seit 1992 alle fünf Jahre statt. Eine Selektion auf die Nützlichkeit der einzelnen Datensätze in der Versorgungsforschung sowie ein verbesserter Zugang und allenfalls eine Zusammenführung aller Daten werden die Möglichkeiten der Versorgungsforschung erheblich erweitern. Sehr hilfreich für die Unterstützung der Versorgungsforschung ist, über ein Inventar hinaus, die Dokumentation der Systematik

von bestehenden und vorgesehenen Datensammlungen: z.B. Quelle der Information, Methode der Datensammlung (Register, Befragung, Erhebung ...), worauf sich die Daten beziehen (Bevölkerung, Patienten, Leistungserbringer ...), Abdeckung und Repräsentativität, Identifikation und Verknüpfbarkeit usw. In der Liste aus dem Obsan-Bericht 38 «Inventar ausgewählter Gesundheitsdatenbanken» (Roth 2010) sind die wichtigen Datenquellen aufgelistet. Die Liste der Datenquellen wird laufend aktualisiert, die aktuellen Daten findet man auf der Obsan-Homepage⁵.

Die Nutzung von Routinedaten ist allerdings nur ein Zugang zu (deskriptiver) Versorgungsforschung. Viele Fragen lassen sich nur durch prospektive, oftmals randomisierte Interventionsstudien klären, so etwa neue Versorgungsmodelle oder der Einsatz neuer diagnostischer oder therapeutischer Interventionen unter Alltagsbedingungen. Grundsätzlich unterscheidet sich bei diesen Studien die Methodik nicht wesentlich von derjenigen in klinischen Studien, von gelegentlichen statistischen Besonderheiten wie etwa einer Randomisierung und Auswertung auf Clusterebene einmal abgesehen. Der wesentliche Unterschied liegt darin, dass es in der klinischen Forschung um den Nachweis der grundsätzlichen Wirksamkeit (efficacy) einer Therapie oder Diagnostik unter klinischen Idealbedingungen an in der Regel hochselektierten Patienten geht. Im Gegensatz dazu zielt die Versorgungsforschung auf die «effectiveness», also den Wirksamkeitsnachweis unter Alltagsbedingungen in einer unselektierten Patientenpopulation ab. Prospektive (Interventions-)Studien stellen somit eine wesentliche Säule der Versorgungsforschung dar.

A 3.2. Derzeitige Situation der Versorgungsforschung in der Schweiz

Erste Ergebnisse einer im Herbst 2013 von der SAMW durchgeführten Umfrage bei Akteuren im Bereich Versorgungsforschung⁶ zeigen, dass die Versorgungsforschung in der Schweiz hauptsächlich an Universitäten, Fachhochschulen sowie Universitätsspitalern durchgeführt wird, zu kleineren Teilen auch im privaten Sektor (z.B. bei den Krankenkassen und privaten Forschungsinstituten) sowie in der öffentlichen Verwaltung (z.B. Obsan). Die fachlichen Hauptdisziplinen der Akteure sind breit gestreut – von Pflege- und Gesundheitswissenschaften, Sozialwissenschaften, Public Health/Epidemiologie, Ethik, Pharmazie, Informatik bis hin zur Ökonomie, wobei über ein Drittel der Forschenden Mediziner sind.

5 www.obsan.admin.ch.

6 Die Veröffentlichung der detaillierten Umfrageergebnisse ist für 2014 geplant. Unter www.samw.ch wird nach Veröffentlichung ein entsprechender Hinweis publiziert.

Betrachtet man die verschiedenen Ebenen der Versorgungsforschung (vgl. Grafik 2), wird die Mesoebene, d.h. die Analyse von Organisation und Erbringung von Gesundheitsdiensten (z.B. im Spital, in der Praxis, Spitex usw.) sowie die Einschätzung und Bewertung von Versorgungsleistungen, am häufigsten beforscht. Die Mikroebene, also individuelle Versorgungsinteraktionen (z.B. Arzt-Patient-Beziehung, Determinanten von Arztentscheidungen) stehen bei etwa einem Drittel der Akteure im Fokus; die Makroebene, also die Analyse des Gesundheitssystems auf regionaler, nationaler oder internationaler Ebene und dessen gesundheitspolitischer und volkswirtschaftlicher Vorgaben, wird von einem Fünftel der Akteure ins Visier genommen.

Die Blickwinkel, aus denen die Akteure die Versorgung bei ihrer Forschung betrachten, decken ein grosses Spektrum ab. Während die medizinische und Public-Health-Perspektive am häufigsten eingenommen wird, spielen auch die sozialwissenschaftliche, die ökonomische, die organisationsbezogene sowie die ethische Perspektive eine grosse Rolle. Der Blickwinkel der Patienten und Angehörigen wird bei der derzeitigen Forschung hingegen seltener eingenommen, ebenso wie die rechtliche Perspektive.

Versorgung findet in unterschiedlichsten Settings statt (siehe auch Teil B des Konzepts). Über ein Drittel der derzeit beforschten Versorgung in der Schweiz findet im Bereich der Grundversorgung und der Pflege statt, ein Drittel im Bereich Sekundär- und Tertiärversorgung, inkl. Rehabilitation, gefolgt von den Bereichen Gesundheitsförderung und Prävention sowie Gesundheitssystemforschung.

Zwei Drittel der Akteure beschäftigen sich mit anwendungsorientierter Versorgungsforschung (z.B. mit dem Ziel, innovative Versorgungskonzepte und -strukturen zu entwickeln, die Umsetzung dieser neuen Konzepte unter Alltagsbedingungen begleitend zu evaluieren oder deren Wirksamkeit zu erforschen), während ein Drittel sich der grundlagenorientierten Versorgungsforschung widmet (z.B. mit dem Ziel, die verschiedenen Elemente des Versorgungssystems zu beschreiben und mögliche Zusammenhänge kausal zu erklären). Ziel der Forschung ist zumeist die Optimierung der Versorgung, aber auch Unter-, Über- und Fehlversorgung werden gezielt untersucht. In vielen Fällen stehen bestimmte Zielgruppen im Fokus der Forschung, wie z.B. chronisch Kranke, Ältere und Pflegebedürftige, Kinder und Jugendliche oder Menschen mit spezifischen Krankheiten, aber auch die Erbringer von Versorgungsleistungen werden beforscht.

Sowohl die Zahl der Publikationen als auch die ausgegebenen Projektkosten im Bereich Versorgungsforschung sind in den letzten fünf Jahren stetig gestiegen. Der grösste Teil der Projektkosten im Bereich Versorgungsforschung wurde durch private Stiftungen getragen, gefolgt vom Schweizerischen Nationalfonds, Universitäten bzw. Fachhochschulen sowie Krankenversicherungen.

Bezüglich Ausbildung in Versorgungsforschung weist die Schweiz einen bedeutenden Rückstand auf die führenden Nationen auf. Nebst einem PhD-Programm am Institut für Hausarztmedizin der Universität Zürich gibt es bisher keine Ausbildungsmöglichkeit im Bereich der Versorgungsforschung.

Insgesamt ist die Versorgungsforschung im internationalen Vergleich – gerade in Relation zur Grundlagen- und klinischen Forschung – in der Schweiz nur gering ausgeprägt.

B Versorgungsforschung in verschiedenen Settings

Der Bedarf für Versorgungsforschung besteht in allen Bereichen des Gesundheitswesens, die vorrangigen Aspekte, Perspektiven und Fragestellungen variieren jedoch je nach Setting und Fachgebiet. Andere wiederum, wie etwa die Gesundheitsökonomie, überspannen ein weites Spektrum und sind in vielen Fragestellungen von Bedeutung. Nachfolgend soll daher aus unterschiedlichen Perspektiven der jeweilige Bedarf oder auch der potenzielle Beitrag und die Bedeutung dargestellt werden. Der Teil B, «Versorgungsforschung in verschiedenen Settings», besteht aus Gastbeiträgen von Experten⁷ der Schweizer Versorgungsforschung und spiegelt deren Ideen und Meinungen. Er wird daher nicht kommentiert und ist im Teil C auch nicht zwingend reflektiert.

Neben der primären Versorgungsebene werden die sekundäre und tertiäre Versorgungsebene separat beleuchtet. Zusätzlich zur Perspektive der ärztlichen Profession werden die Sicht der Pflege, die Bedürfnisse der Patienten und die Perspektive der Ethik dargelegt. Die gesundheitsökonomische Perspektive stellt ebenso wie der Blick auf die Gesundheitssystemebene einen Überbau dar.

Obgleich eine multiperspektivische und auch eine übergeordnete Perspektive auf die Versorgungsforschung stattfindet, sind nicht alle potenziellen Forschungsfelder abgedeckt. Neben Ärzten und Pflegenden wird beispielsweise auf Physiotherapeuten, Apotheker, Hebammen, Psychologen und andere Health Professionals nicht spezifisch fokussiert. Darüber hinaus ist die Sicht der Angehörigen von Patienten, der Blick auf vulnerable Gruppen wie ältere Personen oder jene mit Migrationshintergrund oder auch die Perspektive der settingübergreifenden Fragestellungen nicht aufgeführt (diese wird jedoch im Teil C aufgegriffen).

In den acht Beiträgen der Gastautoren wird zuerst die Versorgungsforschung in der Grundversorgung beleuchtet (Kapitel 1, Seite 30). Schwerpunkte liegen dabei auf der Bedeutung einer validen Datenbasis, der Kontinuität der Grundversorgung und der Triagefunktion der Hausarztpraxen.

Kapitel 2 legt einen Fokus auf die Sekundärversorgung und die Frage, wie die Ressourcen effizient genutzt werden können, beispielsweise mittels einer sorgfältigen initialen Triagierung von Patienten in Spitälern (Seite 34). Inwiefern auch die weitere stationäre Behandlung durch eine Optimierung der Prozesse und Strukturen verbessert werden kann, welche Rolle ökonomische Faktoren spielen und in welche Richtung die Versorgungsforschung in Universitätsspitalen gehen sollte, wird im Kapitel 3 zusammengefasst (Seite 35).

Kapitel 4 bringt die Versorgungsforschung in einen Kontext mit der Prävention/Gesundheitsforschung und verweist auf die Notwendigkeit, diese durch gezielte Projekte zu evaluieren, um die Lebensqualität der Bevölkerung zu verbessern (Seite 37). Eine wichtige Rolle bei der Versorgung der Patienten spielen naturgemäss auch die Pflegenden. Die verschiedenen Faktoren der Versorgungsforschung in der Pflege werden in Kapitel 5 beleuchtet (Seite 39). Spezifische Schwerpunkte sind dabei beispielsweise die stabile Erhaltung der Workforce in der Pflege oder die Patientensicherheit. Welche Aspekte aus Patientenoptik relevant sind und inwiefern sich die Patienten im Sinne eines «public involvement» selbst in die Versorgungsforschung einbringen können, beschreibt Kapitel 6 (Seite 41). In Kapitel 7 wird der Fokus auf die Gesundheitssystemebene gelegt. Das Phänomen der Praxisvariation, die Bilanz von Nutzen und Schaden der Kostenreduktion im Gesundheitssystem oder das Fehlen von wissenschaftlichen Grundlagen für dessen Umbau sind einige der Schwerpunkte (Seite 43).

Kapitel 8 beschreibt die Versorgungsforschung aus gesundheitsökonomischer Sicht und erläutert wichtige Aspekte wie zum Beispiel das Nutzen-Kosten-Verhältnis in verschiedenen Bereichen (Seite 45). Schliesslich werden im Kapitel 9 aus ethischer Sicht relevante Fragen, wie beispielsweise die Steigerung der Leistungen im Gesundheitssystem durch Anreize und Leistungsevaluationen, angesprochen (Seite 46).

B 1. Versorgungsforschung in der Grundversorgung

Thomas Rosemann

Das Gesundheitswesen gilt unter Ökonomen international nüchtern als «Wachstumsmarkt». Zwei sogenannte «Megatrends» kennzeichnen diesen Markt:

- **Demografie:** In den meisten westlichen Ländern gibt es einen deutlichen prozentualen und absoluten Anstieg der älteren Menschen, die an chronischen Krankheiten und Mehrfacherkrankungen (Multimorbidität) leiden und ein verändertes, spezifisches Bedürfnis zeigen.
- **Kommerzialisierung:** Das Gesundheitssystem hat sich von einem Fürsorgesystem, in dem Ärzte die Anwälte der Patienten waren, zu einem Markt mit konkurrierenden Leistungsanbietern entwickelt. Ein Markt, der aber nach wie vor aus einem solidarisch finanzierten System finanziert wird und daher zwangsläufig sich mit der Frage der Angemessenheit auseinandersetzen muss (Unschuld 2005; Unschuld 2009).

Aus diesen beiden Megatrends leitet sich zwangsläufig die Frage ab, wie eine Versorgung angemessen gestaltet werden kann, um einerseits einer älteren Bevölkerung gerecht zu werden und andererseits nicht willkürlich dem Spiel eines (freien) Marktes ausgesetzt zu sein, sondern sich am medizinisch gebotenen und notwendigen zu orientieren.

Denn sie wissen nicht, was sie tun – Mangel an validen Daten

Die Grundlage für Versorgungsforschung ist eine valide Datenbasis. In der Schweiz mangelt es aber oftmals bereits an Daten, die zumindest eine valide Beschreibung des Istzustands der Versorgung ermöglichen. Insbesondere hinsichtlich der Ergebnisqualität, also dem Resultat der medizinischen Versorgung, herrscht in der Schweiz ein Mangel an validen und vor allem aussagekräftigen Daten und in der Konsequenz eine grosse Intransparenz (Public-Health-Schweiz 2013). Qualitätsindikatoren – in Grossbritannien Bestandteil der Vergütung der Hausärzte – fehlen in der ambulanten Versorgung gänzlich. Die Effizienz, also den tatsächlichen Gegenwert in Relation zu den Aufwendungen, zu beurteilen, ist daher nahezu unmöglich. Trotz fehlender valider Daten gibt es Hinweise, dass es insbesondere in der Versorgung chronisch Kranker Verbesserungsbedarf gibt. Eine der renommiertesten internationalen Studien zur Versorgung chronisch Kranker ist der Commonwealth Fund Survey, an dem seit 2011 auch die Schweiz teilnimmt⁸. Er zeigt beispielsweise

beim Indikator «adäquate Blutdruckeinstellung» erheblichen Verbesserungsbedarf: So erreichen nur 58% aller Patienten ohne festen Hausarzt in der Schweiz eine ausreichende Blutdruckkontrolle, wohingegen Patienten mit einem «medical home», also einer festen Anlaufstelle im Gesundheitssystem im Sinne einer Hausarztpraxis als Ort der kontinuierlichen Betreuung, zu 73% gut eingestellte Blutdruckwerte aufweisen.

Ein wichtiges Ziel der Versorgungsforschung wäre zunächst einmal die Schaffung einer validen Datenbasis, um zumindest deskriptive Analysen der Istsituation zu ermöglichen. Ein Beispiel aus der Grundversorgung ist das FIRE-Projekt, in dem man die Daten der elektronischen Krankengeschichten aus 80 Hausarztpraxen vereint und so vielfältige epidemiologische Analysen zur Behandlung in der Grundversorgung ermöglicht (Rizza et al. 2012).

Die Grundversorgung – von der Demografie besonders betroffen

Das Bundesamt für Statistik erwartete in einer Hochrechnung 2009, dass der Anteil der über 64-Jährigen von rund 16 Prozent (2010) auf über 21 Prozent im Jahre 2030 steigt. Mit einem Anstieg des Anteils älterer Menschen an der Bevölkerung ist der Anstieg chronischer Erkrankungen und Mehrfacherkrankungen (Multimorbidität) verknüpft (Wagner and Groves 2002). Chronische Krankheiten und Multimorbidität werden zur zentralen medizinischen, aber auch gesundheitsökonomischen Herausforderung in den Industriestaaten im 21. Jahrhundert werden. Eine qualitativ hochwertige Versorgung gerade einer solchen Population trägt wesentlich zur Effizienz des Gesundheitssystems bei (Bodenheimer and Berry-Millett 2009). Der Hausarztmedizin kommt hier eine besondere Bedeutung zu.

Die Prävalenz der Multimorbidität (Mehrfacherkrankung) beträgt in der Hausarztpraxis bereits heute 30% über alle Patienten hinweg betrachtet und bei den über 60-Jährigen bereits 60% (van den Akker et al. 1998). Die Grundversorgung ist gerade für diese Bevölkerungsgruppe die primäre Anlaufstelle. Dem Hausarzt kommen neben den traditionellen medizinischen Aufgaben wie Diagnostik und Therapie in dieser Patientengruppe auch zunehmend Funktionen der proaktiven Begleitung und Koordination in einem zunehmend fragmentierten und komplexen Gesundheitssystem zu. Daten aus der Schweiz fehlen gänzlich, aber es gibt internationale Daten, welche die Rolle und die Bedeutung der Koordination und proaktiven Betreuung durch den Grundversorger und sein Team erkennen lassen: Eine Analyse von über 8 Millionen Versicher-

8 www.commonwealthfund.org/Surveys.aspx.

tendaten in den USA⁹ zeigte beispielsweise, dass schlecht koordinierte Patienten bis zu fünfmal höhere Kosten verursachen als gut koordinierte.

Die Kontinuität der Versorgung ist ein weiteres wesentliches Merkmal der Hausarztmedizin und ein prädestinierender Umstand für die Betreuung chronisch Kranker, speziell im Schweizer Setting, wo eine intensive Arzt-Patienten-Beziehung die Regel ist. Viele Hausärzte begleiten ihre Patienten (und oftmals auch deren Familien) über Jahrzehnte hinweg. Detaillierte Kenntnisse über soziale, familiäre, psychische und medizinische Faktoren ermöglichen in vielen Fällen – als sogenannte «erlebte Anamnese» – das Einschätzen von Beschwerden des Patienten weitaus besser, als dem Spezialisten in einem einmaligen Kontakt.

Eine noch grössere Bedeutung als bei akuten Behandlungsanlässen kommt der Kontinuität bei chronisch Kranken zu. Chronische Erkrankungen sind kein Off/On-Phänomen, sondern ein Kontinuum eines sich langsam verschlechternden Prozesses mit zunehmender Schwere und Komplexität. Sie erfordern idealerweise ein proaktives Vorgehen, um ein Voranschreiten auf diesem Kontinuum und damit Verschlechterungen, Begleiterkrankungen und/oder Komplikationen zu vermeiden. Die hausärztlichen Interventionsmöglichkeiten während des gesamten Prozesses, von der Primärprävention durch Lebensstilberatung bis hin zur Vermeidung von Komplikationen, sind nicht nur im Hinblick auf die Lebensqualität ein wichtiges Element ärztlicher Betreuung, sondern auch gesundheitsökonomisch bedeutsam (Epping-Jordan 2004).

Die USA sind von diesem Problem aufgrund des ungesunden Lebensstils weiter Bevölkerungskreise in ganz besonderem Masse betroffen. In den Health Maintenance Organizations (HMOs), die zudem um eine strikte Kostenkontrolle bemüht sind, hat man daher schon vor mehr als 10 Jahren auf der Basis der wissenschaftlichen Evidenzmodelle für die ambulante Versorgung chronisch Kranker entwickelt. Das sogenannte «Chronic Care Model» (CCM) wird heute von der WHO als «Goldstandard» empfohlen (Bodenheimer et al. 2002a; Bodenheimer et al. 2002b). Es ist im Grunde das Surrogat unterschiedlichster Versorgungsforschungsstudien. Zentrale Elemente des CCM sind neben einer Unterstützung des Selbstmanagements, evidenzbasierter Handlungsanweisungen und einem teamzentrierten Ansatz vor allem die kontinuierliche und proaktive Betreuung. In zahlreichen Studien zu unterschiedlichen chronischen Erkrankungen wurde gezeigt, dass sich klinisch relevante Endpunkte und Lebensqualität durch CCM-konforme Betreuung verbessern (Coleman et al. 2009).

In den USA hat sich aus solchen Überlegungen das heute im US-Gesundheitssystem favorisierte und vom American College of Physicians empfohlene «Patient-centred medical home»-Konzept (PCMH) entwickelt¹⁰. Es sieht die Hausarztpraxis als primäre Anlaufstelle und Ort der kontinuierlichen Betreuung und Koordination für Patienten aller Altersgruppen vor. Das PCMH ist auch das Surrogat der Spezifika der hausärztlichen Betreuung. Das CCM ist dabei das Versorgungskonzept für die chronisch Kranken. Es gibt eine Fülle von Daten, welche die positiven Effekte eines PCMH belegen, auch der regelmässige Commonwealth Survey belegt dies im internationalen Vergleich deutlich.

Chronische Krankheiten und Multimorbidität haben somit vielfältige Implikationen gerade für die Grundversorgung. Die Aufgabe der Versorgungsforschung ist es hier, die optimalen Versorgungsmodelle zu untersuchen, auch im Hinblick auf die Verteilung der Aufgaben zwischen Ärzten und anderen Professionen im Gesundheitsbereich. Aber auch die optimale Koordination der Patienten stellt bei chronisch Kranken eine besondere Herausforderung dar, da sie oft die Versorgungsebenen sowohl zur ambulanten spezialärztlichen als auch zur stationären Ebene überschreiten. Wie diese Koordination idealerweise gestaltet wird, wer daran in welcher Form beteiligt sein soll – all dies sind ungeklärte Fragen und der Gegenstand von Versorgungsforschung in der Grundversorgung.

Und nicht zuletzt ist es auch bedeutsam, die Selbstmanagementfähigkeiten des Patienten wie auch der Angehörigen – gerade bei chronischen Erkrankungen von grosser Bedeutung – gezielt zu fördern bzw. entsprechende Ansätze zu evaluieren.

Tätigkeit im Niedrigprävalenzbereich

Neben der Betreuung chronisch kranker Patienten, die wie ausgeführt demografisch bedingt weiter in den Mittelpunkt der hausärztlichen Tätigkeit rückt, hat die Grundversorgung natürlich weitere Versorgungsaufgaben, die Gegenstand von Versorgungsforschung sein sollten.

9 Durchgeführt durch die Southeastern Consultants, Inc. (SEC), USA (www.sec-rx.com).

10 www.aafp.org/practice-management/pcmh/overview.html.

Die Tatsache, dass die Hausarztmedizin einen niederschweligen Eintritt ins Gesundheitssystem ermöglicht, macht sie zum Niedrigprävalenzsetting. Darunter versteht man, dass alle Erkrankungen in der Hausarztmedizin – aufgrund der Fülle unterschiedlicher Behandlungsanlässe und Krankheiten – letztlich doch selten, also niedrigprävalent sind. Dies hat enorme Implikationen für das diagnostische Vorgehen und ist eine der meist verkannten Rahmenbedingungen der Hausarztmedizin, in deren Unkenntnis dann gelegentlich der Vorwurf abgeleitet wird, der Hausarzt hätte etwas «übersehen». Eine Studie aus Lausanne macht dies an einem Beispiel sehr anschaulich (Verdon et al. 2008): Lässt man z.B. einen Kardiologen oder auch einen Medizinstudent einschätzen, wie häufig beispielsweise einem vom Patienten beklagten Herzschmerz ein Herzinfarkt zugrunde liegt, erhält man Schätzungen um die 10–50%. Die Realität ist aber eine andere: Die Studie von Verdon mit 59 Schweizer Hausärzten erfasste kontinuierlich sämtliche Konsultationen über 5 Wochen. Von 24 620 Konsultationen kamen «nur» 672 (2,7%) Patienten aufgrund von Brustschmerzen in die Hausarztpraxen. Unter all diesen Patienten hatten «nur» 81 (12%) überhaupt eine Durchblutungsstörung der Herzkranzgefäße und nur 4 (0,6%) tatsächlich einen Herzinfarkt. Unter allen Konsultationen trat somit die Durchblutungsstörung am Herzen nur bei 0,3% der Patienten auf, ist also niedrigprävalent.

An diesem Beispiel wird auch sehr schön die unterschiedliche Wahrnehmung von Hausarzt und Spezialist deutlich: Der Kardiologe würde zu Recht bei allen seinen Patienten mit Herzschmerzen ein EKG machen, beim Hausarzt wäre das in fast 90% der Fälle unnötig. Dies gilt analog auch für aufwendigere und teurere Diagnostik bei anderen Behandlungsanlässen. Das Beispiel macht deutlich, wie wichtig die Triagefunktion des Hausarztes ist, die sich aus der Niedrigprävalenz ableitet. Würden alle Patienten ungefiltert zum Spezialisten gehen, wäre eine enorme Ausweitung der Diagnostik und Therapie die Konsequenz. Der Hausarzt agiert im unselektierten Patientengut und schafft durch seine Filter- oder Siebfunktion erst das Hochprävalenzsetting, in dem die Diagnostik des Spezialisten gezielt und damit effizient zum Einsatz kommen kann. Es liegt in der Natur der Sache, dass Diagnosetests im Niedrigprävalenzbereich oft nicht besonders aussagekräftig sind. Wie bei ausgewählten Erkrankungen bzw. Konsultationsanlässen eine effiziente «Stufendiagnostik», also ein schrittweises Eskalieren der Diagnostik anhand von Algorithmen, zu erfolgen hat, ist ein Gegenstand von Versorgungsforschung. Evidenzbasierte Algorithmen können hier zu einer deutlichen Effizienzsteigerung und Verhinderung von Überversorgung durch frühzeitige Überweisungen führen.

Für die Prävention gilt Analoges: Der Hausarzt ist als Primärversorger prädestiniert, präventive Massnahmen umzusetzen, er hat den ungefilterten Zugang zu einer breiten Population. Aber auch hier gilt, dass im Niedrigprävalenzsetting nicht alle präventiven Massnahmen sinnvoll sind. Welche präventiven Massnahmen in welcher Population sinnvoll Anwendung finden, ist ein weiteres, wichtiges Thema für Versorgungsforschung.

Kommerzialisierung, Spezialisierung und Fragmentierung des Gesundheitssystems als Treiber für Versorgungsforschung

Neben demografischen Veränderungen, die wie dargelegt ein wesentlicher Stimulus für Versorgungsforschung sind, kommt auch dem zweiten Megatrend eine grosse Bedeutung als Treiber für Versorgungsforschung zu. Die kontinuierliche, oftmals nicht medizinisch bedingte Leistungsausweitung im Gesundheitssystem ist eine Herausforderung in allen industrialisierten Ländern. Betrachtet man die Nachfrageseite, also die Patienten, muss man sich vor Augen führen, dass das «theoretische Potenzial» an «behandlungsbedürftigen» Personen, also potenziellen Patienten, enorm ist. Eine Erhebung von Green und Mitarbeitern aus den USA zeigt z.B., dass binnen eines Monats von 1000 Menschen aller Alters- und sozialen Schichten 800 über Symptome irgendwelcher Art klagen (Green et al. 2001). Dies reicht von flüchtigen Schmerzen etwa des Bewegungsapparats bis zu schweren Erkrankungen. Etwa ein Drittel erwägt, dafür medizinische Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Dies verdeutlicht (in fast beängstigendem Masse) das Potenzial für die medizinische Behandlung durch Ärzte und andere medizinische Dienstleister. Massnahmen, die hier die Nachfrage stimulieren (Stichwort «angebotsinduzierte Nachfrage»), sei es durch das Verschieben von Grenzwerten (Stichwort «disease mongering») und/oder das Senken der Indikationsschwelle für Eingriffe, wirken sich gesundheitsökonomisch fatal aus. Dieser Effekt tritt vor allem dann auf, wenn keine Filter- und Beratungsfunktion durch einen Hausarzt gewährleistet ist, und der Zugang zur spezialisierten Medizin unreflektiert und ungezielt erfolgt. Die USA können hier als Negativbeispiel dienen: Sie sind durch eine extreme Dysbalance des Gesundheitssystems gekennzeichnet. Millionen meist sozialbenachteiligten und bildungsfernen Personen stehen luxuriöse Diagnosezentren gegenüber, die beispielsweise Ganzkörper-Computertomografien, genetische Analysen und unsinnige Labortests anbieten. Während dies bei Check-up-Untersuchungen, bei denen in den meisten Fällen keine ausreichende Evidenz für die Durchführung in einer nichttrisikobelasteten Population vorliegt, noch vertretbar erscheinen mag, werden ethische Grenzen erreicht, wenn beispielsweise die Indikationsschwelle für

chirurgische Eingriffe unter ein akzeptables Mass gesenkt wird. Als Negativbeispiel im Bereich invasiver Prozeduren kann hier Deutschland gelten, wo es im Zeitraum von 2005 bis 2012 zu einer Verdopplung der Wirbelsäuleneingriffe kam, obgleich im selben Zeitraum die wissenschaftliche Evidenz weiter erhärtet hat, dass nur ein Bruchteil dieser Eingriffe notwendig ist. Ähnliches gilt für andere hochspezialisierte Prozeduren. Bemerkenswert ist auch die hohe regionale Variation – bis zum Faktor 5,9 – in den jeweiligen Eingriffen, die stark mit der Dichte an Spezialärzten korreliert. Dies gilt eindeutig als Beleg für eine angebotsinduzierte Nachfrage (Klauber et al.).

In einer aktuellen Studie unseres Institutes konnten wir z.B. zeigen, dass in Regionen mit einer grossen Spezialistendichte mehr vermeidbare Hospitalisationen (avoidable hospitalisations) vorkommen als in einer Region mit hoher Hausarztdichte. Dies gilt für alle untersuchten Erkrankungen, namentlich Asthma, chronische Herzinsuffizienz, COPD, Diabetes und Bluthochdruck (Busato 2013, submitted). Ähnliche Ergebnisse finden sich zahlreich über viele Massnahmen und Erkrankungen hinweg. Zudem ist wissenschaftlich belegt, dass die Bereithaltung von aufwendiger Diagnostik und Therapie dessen Einsatz fördert (Carey et al. 1995)

Gatekeeping

Daten wie die oben beschriebenen haben dazu geführt, dass viele Länder die sogenannte «gatekeeping»- (neuerdings auch «gate-opening»-)Funktion des Hausarztes kennen. Das heisst, der Hausarzt ist immer (ausser in Notfällen) die erste Anlaufstelle und entscheidet, ob eine Überweisung zum Spezialisten erforderlich ist. Ähnliche Modelle werden in der Schweiz auch von fast allen Krankenversicherungen angeboten. Die Evidenz im Hinblick auf die Effekte des «gatekeeping» wird in der Literatur unterschiedlich beurteilt, was insbesondere an der oft mangelhaften Qualität der erhobenen Daten liegt – auch hier also noch viel Bedarf an Versorgungsforschung. Im Jahre

2012 wurde eine umfassende Metaanalyse veröffentlicht, die 32 Studien einschloss. Auch hier wird die methodische Qualität vieler Studien kritisiert, aber insgesamt zeigt sich eine geringere Inanspruchnahme des Gesundheitssystems und erheblich geringere Kosten durch das «gatekeeping» bei meist identischer Patientenzufriedenheit (Garrido et al. 2011). Trotz dieser Metaanalysen ist die Datenlage zu Steuerungs- und Koordinationseffekten beziehungsweise deren optimalen Ausgestaltung unzulänglich. Daten aus der Schweiz fehlen.

Mindestens ebenso bedeutsam wie die Überversorgung ist die Unterversorgung, die mit einem völlig unterentwickelten Bewusstsein für gesundes Verhalten, Ernährung und Prävention beginnt. Die sogenannte «low health literacy» kostet das US-amerikanische Gesundheitssystem, das eine extreme Spreizung zwischen Über- und Feherversorgung aufweist, 106 bis 238 Milliarden US-Dollar jährlich (Weiss and Palmer 2004). Auch wenn die Schweiz nicht die Migrations- und sozialen Probleme wie die USA kennt, wird es eine wichtige Aufgabe der Versorgungsforschung sein, zu untersuchen, wie bildungsferne Menschen, die sogenannte «hard to reach»-Population, die zudem oftmals die risikobehaftetste Population ist, erreicht werden kann.

Zusammenfassung

Der Grundversorgung kommt aufgrund ihrer Funktion im Gesundheitswesen als primäre Anlaufstelle für unselektierte Patienten, für Prävention, Triage, Koordination und die kontinuierliche Betreuung chronisch Kranker eine besondere Bedeutung für ein effizientes Gesundheitssystem zu. Die Megatrends der westlichen Gesellschaften, namentlich demografische Veränderungen, Fragmentierung und Kommerzialisierung des Gesundheitssystems, verstärken die Notwendigkeit, gerade in der Grundversorgung durch Versorgungsforschung eine effiziente Betreuung, Begleitung und Koordination zu sichern.

B 2. Versorgungsforschung in der Sekundärversorgung

Philipp Schütz & Beat Müller

Das Gesundheitswesen ist ein hochkomplexes System, in dem verschiedene Akteure und Prozesse gleichzeitig orchestriert werden müssen. Die Ziele dieser Akteure sind häufig unterschiedlich und teilweise entgegengesetzt. Ein ganzheitliches Denken ist dringend nötig, damit wir für Patienten die höchste medizinische und pflegerische Qualität zu vernünftigen Kosten erreichen.

Eine zentrale Schnittstelle im Schweizer Gesundheitswesen ist die Sekundär- und Tertiärversorgung in den Spitälern. Traditionell werden Patienten mit schwerwiegenden Beschwerden nach erster Konsultation bei ihrem Hausarzt auf die Notfallstation eines umliegenden Krankenhauses geschickt, wo eine initiale Triagierung, diagnostische Aufarbeitung und medizinische Behandlung erfolgen. Mehr und mehr kommen Patienten auch ohne vorherige Hausarztkonsultation ins Zentrumsspital. Dies führt zu massiven Ressourcenproblemen und hohen Kosten, insbesondere da in Unkenntnis des Patienten häufig eine (im Nachhinein oftmals als unnötig beurteilte) breite und ausgedehnte Diagnostik betrieben wird, und Patienten stationär zu hohen Kosten behandelt werden. Eine risikoadjustierte, sinnvolle Benutzung der vorhanden Ressourcen ist eine der grossen Herausforderungen der Sekundär- und Tertiärversorgung und wird nur möglich sein durch eine enge, interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit von Pflege, Ärzten, Sozialdienst und nachgeschalteten Institutionen, inkl. des nachbetreuenden Hausarztes. Dies insbesondere auch, um den in der aktuellen gesundheitspolitischen Diskussion negativ belegten Begriff einer vermeintlichen «Rationierung» wissenschaftlich fundierter und ausgewogener darzustellen.

Beispiele aus dem Bereich Versorgungsforschung in der Sekundärversorgung

Es gibt verschiedene erfolgreiche Beispiele aus kürzlich publizierten Schweizer Studien, die zeigen, wie durch systematisches Patientenassessment Ressourcen besser eingesetzt werden können und der Patient schliesslich davon profitiert. Im Folgenden soll dies an drei Beispielen weiter veranschaulicht werden.

Verkürzung der Antibiotikadauer durch Biomarkermessung. Der unnötige und übermässig lange Einsatz von Antibiotika gefährdet Patienten durch die Entwicklung von multiresistenten Bakterien und antibiotikaassoziierten Nebenwirkungen und verursacht hohe Behandlungskosten. Der grösste Antibiotikaverbrauch im stationären wie im ambulanten Bereich fällt auf Atemwegsinfektionen, obwohl ein hoher Anteil davon anerkannterma-

sen viral bedingt ist und Antibiotika hier keinen Vorteil bringen. Ein Hauptgrund des unsachgemässen Antibiotikaeinsatzes ist die Schwierigkeit, selbstlimitierende virale Atemwegsinfektionen von bakteriellen Pneumonien zu unterscheiden. Der Biomarker Procalcitonin steigt bei bakteriellen Infektionen deutlich an, während sich bei viralen Infektionen kein relevanter Anstieg verzeichnen lässt. Der Procalcitoninanstieg korreliert sowohl mit dem Schweregrad der Infektion als auch mit der Mortalität. In verschiedenen Studien, viele davon in der Schweiz durchgeführt, wurde bei Patienten mit Atemwegsinfektionen der Nutzen der Procalcitonin-gesteuerten Antibiotikatherapie gezeigt. Dabei wurde die Antibiotikatherapiedauer signifikant reduziert, in einer Grössenordnung von 30 bis 70%, mit dem indirekten Effekt, dass auch antibiotikaassoziierte Nebenwirkungen signifikant vermieden werden konnten (Schuetz et al. 2013a; Schuetz et al. 2009). In vielen Spitälern innerhalb und ausserhalb der Schweiz haben diese Studien zu einem Umdenken geführt und die gängige Praxis nachhaltig verändert; dies einerseits zum Wohle des individuellen Patienten durch Minderung der Nebenwirkungen, andererseits auch zum Wohle der Gesellschaft durch Reduktion der Gefahr von antibiotikaresistenten Keimen.

Bessere Entscheidungsfindung in Bezug auf Hospitalisationsbedarf. Die Entscheidung, einen Patienten für eine ambulante Therapie vom Notfall nach Hause zu schicken oder ihn zu hospitalisieren, ist schwierig, aber auch kritisch, da dieser Entscheid grosse ökonomische und/oder gesundheitliche Folgen haben kann. Die risikoaverse Methode besteht darin, alle Patienten zu behalten und im Spital zu therapieren, was jedoch zu hohem Ressourcenverbrauch, Bettenknappheit und zur sogenannten «hospital-acquired disability» führt. In der Schweiz durchgeführte Studien haben gezeigt, dass es sicher ist, gut ausgewählte Patienten mit Lungenembolie auch ambulant zu behandeln und entgegen der gängigen Praxis – einer Kurzhospitalisation – ebenbürtig ist in Bezug auf das Komplikationsrisiko (Aujesky et al. 2011). Für Atemwegsinfektionen gibt es ähnliche Bestrebungen und ebenfalls Studien, die demonstrieren konnten, dass ein gutes prognostisches Assessment von Patienten dem Arzt erlaubt, Niedrigrisikopatienten nach Hause zu schicken, wiederum ohne negativen Effekt auf die Gesundheit (Albrich et al. 2013b). Aktuell fehlen noch (finanzielle) Anreize, solche Entscheide auch im klinischen Alltag zu fällen. Die «Fallpauschale» und ähnliche Finanzierungsmodelle haben zum Ziel, dies in der nahen Zukunft zu ändern.

Verbesserte initiale Triagierung zur Optimierung des Patientenpfades. Die initiale Beurteilung des Patienten auf der Notfallstation ist von grösster Bedeutung, da hier die wichtigen Entscheide in Bezug auf weitere Diagnostik und Patientenmanagement getroffen werden. Eine aktuell in verschiedenen Spitälern durchgeführte prospektive Observationsstudie untersucht die Triagierung von unselektionierten Patienten, die über die Notfallstation hospitalisiert werden. Ziel der Studie ist es, einen verbesserten und übergreifenden Triagealgorithmus zu entwickeln, der die initiale Behandlungspriorität, die Notwendigkeit einer Hospitalisation und den späteren Pflegebedarf einschätzt und somit die Behandlung von Patienten optimiert (Schuetz et al. 2013c). In einer zweiten Phase soll dann in einer randomisierten Studie der Effekt dieser verbesserten Triagierung auf die Dauer der Hospitalisation und die Patientensicherheit und Zufriedenheit geprüft werden. Somit wird potenziell eine effizientere Behandlung mit verbessertem Hospitalisationsverlauf für Patienten ermöglicht. Eine solche fächer- und berufsgruppenübergreifende initiale Triagierung hat riesiges Potenzial, den gesamten Hospitalisationsverlauf zu verbessern mit Steigerung von Sicherheit und Qualität für Patienten, und gleichzeitig besserer Aufteilung der Ressourcen und Reduktion der Kosten. Erste Resultate der Studie werden Mitte 2014 erwartet.

Handlungsbedarf, Voraussetzungen und notwendige Strukturen zur Stärkung und Förderung der Versorgungsforschung in der Sekundärversorgung

Unterstützt von Partikularinteressen der einzelnen Akteure im Gesundheitswesen und teilweise der Pharmaindustrie hat sich der Grossteil der Forschung mit einer Ausweitung von Diagnostik und Therapie befasst, mit dem Ziel, die Patientensterblichkeit zu verringern. Gleichzeitig gibt es einen grossen Mangel an Forschung zur sinnvollerem Ressourcenaufteilung und -limitierung. Ebenfalls sind wichtige Patientengruppen wie alte, polymorbide Patienten häufig von Studien ausgenommen, obwohl genau diese Patienten am meisten Ressourcen benötigen und am schwierigsten zu behandeln sind. Die sogenannte «comparative effectiveness research» hat deswegen das Ziel, diese vulnerablen Patientengruppen besser zu verstehen.

Die Versorgungsforschung im Bereich der Sekundärversorgung in der Schweiz ist zentral, um eine verbesserte Versorgung von Patienten mit limitierten Ressourcen zu gewährleisten. Diesbezüglich sind eine verbesserte Vernetzung von Sekundär- und Tertiärspitälern sowie die engmaschige Zusammenarbeit von Arzt und Pflegedienst mit weiteren Institutionen und der Grundversorgung notwendig. Die Finanzierung von solchen pragmatischen «real life»-Projekten muss gewährleistet sein und dies auch in der deutlich umfangreicheren gesundheitlichen Breitenversorgung ausserhalb von universitären Zentren.

B 3. Recherche sur les services de santé dans les hôpitaux universitaires

Guy Haller

L'objectif de ce travail est de donner un aperçu de la recherche sur les services de santé en Suisse dans les hôpitaux universitaires, de sa contribution à l'amélioration de la prise en charge des patients ainsi que d'en discuter les limitations et les besoins.

Définition

Il existe de nombreuses définitions de la recherche sur les services de santé depuis les années 1960 qui ont vu la création d'un nouveau domaine. Elles se résument à la recherche des facteurs influençant l'accès, la qualité et les coûts des soins aux patients (Lohr and Steinwachs 2002). Plus précisément, en Suisse, la recherche sur les services de santé

(RSS) est définie comme la recherche visant à l'identification des moyens les plus efficaces pour rendre, maintenir et financer des soins de la meilleure qualité possible, ainsi que les moyens pour réduire le nombre d'erreurs médicales et améliorer la sécurité des patients.

Fort de cette définition, on peut identifier, en se référant au modèle de la qualité selon Donabedian (Donabedian 1988), les grandes catégories d'études de RSS dans les hôpitaux universitaires suisses. Elles sont au nombre de quatre:

- études sur les processus de soins;
- études sur les structures de soins;
- études sur les outcomes de soins;
- études médico-économiques.

Etudes sur les processus de soins

Ce sont les études de RSS les plus souvent réalisées en milieu tertiaire. Elles visent à montrer comment la modification du processus de prise en charge des malades peut influencer la qualité des soins administrés. Ainsi par exemple, il existe de nombreuses études qui montrent que la standardisation des méthodes d'asepsie et de désinfection des mains diminuent le taux d'infections nosocomiales lors de la mise en place de cathéters veineux centraux ou après chirurgie (Eggimann et al. 2000; Eggimann et Pittet 2002; Pittet et al. 2000). D'autres montrent que l'administration rapide d'antibiotiques aux patients septiques diminuent le taux de mortalité (Nobre et al. 2007) ou que la mise en place de protocoles et de programmes éducatifs peuvent améliorer la prise en charge de la douleur chez les patients admis aux urgences ou hospitalisés (Haller et al. 2011a; Stephan et al. 2010).

Etudes sur les structures de soins

Ces études occupent une place moins large que la catégorie précédente parmi les études de RSS et elles ne sont pas exclusivement l'apanage des hôpitaux universitaires. Elles s'intéressent à démontrer l'impact des éléments structurels (type d'hôpital, composition en personnel, organisation du travail, matériel) sur la qualité des soins administrés. Ainsi par exemple, on a pu démontrer que la composition des équipes pouvait avoir un impact positif sur le taux de mortalité et morbidité des patients en milieu de soins (Martin et al. 2010) ou que la régulation des horaires de travail à 50 h/semaine n'avaient pas d'impact sur la qualité des soins en chirurgie orthopédique (Kaderli et al. 2012a).

On trouve également dans cette catégorie toutes les études ayant analysé l'accès aux soins selon le type de couverture d'assurance ou de service consulté (Busato et al. 2011; Santos-Eggimann 2002; Wolff et al. 2011).

Etudes sur les outcomes de soins

Ces études s'intéressent à l'issue des soins administrés dans les hôpitaux suisses. Elles sont généralement initiées dans les milieux universitaires, mais incluent également des hôpitaux non universitaires. Elles sont très présentes dans la littérature car au-delà des systèmes de mesures de la qualité des soins promus par la confédération, il n'existe pas moins de 45 initiatives parallèles en Suisse pour mesurer, au travers de registres principalement, la qualité des soins en Suisse (Kaderli et al. 2012b). Ces initiatives

incluent entre autres la mesure des événements indésirables et outcomes en milieu de soins (CIRS: www.cirs.ch; CIRNET: www.cirnet.ch), perianesthésiques (ADS: www.iumsp.ch/ADS) et en chirurgie (SALTC: www.saltc.ch). Il existe également des registres de patients atteints d'insuffisance rénale ou de maladie rhumatismale (registre néphrologie: register-www.sgn-ssn.ch; SCQM: www.scqm.ch). Un autre exemple connu de registre mesurant les outcomes de soins est le système de surveillance Swiss Noso pour les infections nosocomiales en Suisse (www.swissnoso.ch).

Etudes médico-économiques

Ces études visent à établir le rapport coût-efficacité des traitements administrés aux malades, surtout lorsqu'ils sont nouveaux. Ce domaine est souvent étudié en Suisse dans les hôpitaux universitaires et l'on trouve de nombreuses études s'intéressant au coût des médicaments (Szucs et al. 2006; Vernaz et al. 2013), aux procédures d'amélioration des flux patients (Kossovsky et al. 2012; Mahler et al. 2008) ou aux techniques diagnostiques (Bounameaux et al. 2001).

Limitations

Au terme de ce tour d'horizon non exhaustif de la RSS en milieu universitaire en Suisse, on constate une forte présence d'études sur les nouveaux processus de soins ou leurs coûts pour améliorer la qualité des soins. Les bases de données et registres mesurant les outcomes sont également nombreux mais ils ne sont pas toujours utilisés comme outils de recherche. Il est encore souvent perçu dans la communauté médicale que la collecte de données à elle seule suffit.

Le domaine de la RSS s'intéressant à l'impact des éléments structurels (type d'hôpital, composition en personnel, organisation du travail) sur la qualité des soins administrés est lui largement sous-représenté, notamment dans les hôpitaux universitaires.

Enfin, le domaine de la sécurité des soins en plein développement depuis les années 1990 dans de nombreux pays, fait actuellement en Suisse encore peu l'objet d'études systématiques.

Besoins futurs

Ce tour d'horizon montre qu'il est nécessaire de développer en milieu de soins tertiaires une dynamique académique autour du thème de la sécurité des soins et des éléments structurels du système de santé.

Plus précisément, à l'instar de ce qui est pratiqué dans d'autres pays (Lohr and Steinwachs 2002), il est important que des thématiques clés telles que l'évaluation et la modélisation de la démographie médicale en Suisse et les besoins de la population en services de soins tertiaires soient mieux développés.

De même, l'hôpital universitaire est souvent le terrain d'essai de multiples technologies nouvelles telles que les robots au bloc opératoire, les systèmes d'aide à la décision en médecine ou les nouvelles techniques d'imageries diagnostiques. Souvent implantées sur la base d'une évidence scientifique limitée, ces techniques mériteraient une analyse rigoureuse pour démontrer à la fois leur efficacité et leur efficience en terme de coûts (Balka et al. 2007).

Enfin, les développements récents dans le domaine de la sécurité des soins montrent que la majorité des erreurs médicales et complications iatrogéniques sont le résultat de problèmes de communication et coordinations entre professionnels de soins (Haller et al. 2011b; Manser 2009). Si ces aspects pouvaient être mieux compris et maîtrisés notamment dans les larges et complexes organisations que sont les hôpitaux universitaires, un large bénéfice pour les patients pourrait être obtenu.

B 4. Recherche sur les services de santé: prévention et promotion de la santé

Bernard Burnand

Nous précisons certains concepts et définitions pour présenter et discuter l'articulation entre la recherche sur les services de santé et les domaines de la prévention et de la promotion de la santé. La prévention vise à éviter, le cas échéant à retarder ou encore à réduire, l'apparition de maladies et d'autres atteintes à la santé ou leurs conséquences. On distingue usuellement les approches de prévention primaire, secondaire et tertiaire (Detels et al. 2009). La prévention primaire s'adresse à toute la population et vise à réduire le risque de survenue (incidence) de maladies et événements de santé (réduction de l'apport en sel dans les aliments, vaccinations, par exemple). La prévention secondaire vise la détection de maladies à un stade précoce, asymptomatique, où une intervention sera curative ou permettra clairement d'améliorer durée et qualité de vie (programme de dépistage du cancer du col de l'utérus, recherche systématique d'une hypertension artérielle par un professionnel de la santé, par exemple). La prévention tertiaire vise à réduire les conséquences et complications d'une maladie déclarée (surveillance du status des pieds chez une personne diabétique, réadaptation après un infarctus du myocarde, par exemple) (Detels et al. 2009). La «prévention primordiale» se situe souvent en amont de l'apparition des facteurs de risque, son but est de réduire les risques d'apparition des facteurs de risque, notamment en agissant sur les facteurs sociaux ou environnementaux connus pour favoriser l'apparition des facteurs ou situations à risque (Sherman 1999). Cette forme

de prévention se rapproche de la promotion de la santé qui vise à améliorer la santé et le bien-être globalement et non simplement réduire la survenue d'une maladie particulière (WHO 2009). Son but est de donner à tous les individus membres d'une population davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. La santé est perçue comme un moyen permettant de mener une vie qui s'accomplit dans un état de bien-être dans un sens relativement large. La santé n'est ainsi pas seulement considérée comme un but en soi, d'une part, et la promotion de la santé relève aussi d'autres secteurs que la santé, d'autre part (WHO 2009).

Recouvrement des domaines et appellations

La recherche en prévention et promotion de la santé se situe clairement à l'intersection de la recherche en santé publique et de la recherche sur les services de santé. En outre, certaines questions liées à la prévention peuvent aussi être abordées en recherche clinique, voire même fondamentale – par exemple au cours du développement d'un nouveau test de diagnostic précoce (screening). Les définitions des domaines et les appellations de recherche ne sont pas mutuellement exclusives, ce qui explique les possibles recouvrements entre ces domaines et appellations de projet de recherche.

Un critère de distinction est le dénominateur; la recherche en santé publique, y compris des interventions expérimentales, s'adresse en principe à toute la population, qu'elle soit en contact ou non avec le système de santé. La prévention primaire ou primordiale et la promotion de la santé relèvent donc plutôt de la recherche en santé publique, y compris la médecine sociale. A fortiori, les interventions concernent aussi d'autres domaines que le système de santé (services sociaux, enseignement, infrastructures, transports, droit législatif, par exemple). Cependant, en raison notamment de l'omniprésence du système sanitaire, surtout dans les pays développés, les professionnels de la santé, et les services de soins, participent aussi fréquemment à des programmes et interventions de prévention primaire ou de promotion de la santé. Une illustration est le développement actuel de programmes de prévention et prise en charge de maladies chroniques. La prévention secondaire peut être considérée sous l'angle de la santé publique lorsqu'il s'agit d'organiser, d'implanter et d'évaluer un programme de dépistage national (Leuraud et al. 2013), tout en sachant que ces programmes comprennent généralement des prestations délivrées par des professionnels de la santé. Des questions de recherche à propos du diagnostic précoce individuel et de la prévention tertiaire relèveront souvent de la recherche sur les services de santé.

Méthodes de recherche

Les méthodes de recherche relèvent essentiellement de la nature et de la formulation de la question de recherche; elles sont peu spécifiques du domaine de la prévention et promotion de la santé. Des plans expérimentaux tels des essais cliniques pragmatiques, des études observationnelles, des approches qualitatives et mixtes peuvent être utilisés, en adéquation avec la question de recherche. S'y ajoutent des revues systématiques, méta-analyses et revues mixtes (Grilli et al. 2002; Thomas et al. 2010). Au-delà de l'importance cruciale de la construction d'une question de recherche explicite et adéquate à laquelle il sera possible de répondre, le choix du plan d'étude, l'adéquation des mesures effectuées et la qualité de l'organisation des projets sont des éléments cruciaux, qui permettront d'obtenir des preuves solides et utiles à l'évaluation de la performance des interventions de prévention et promotion de la santé et à la gouvernance du système sanitaire. Parmi les particularités, difficultés et limites de ce domaine de recherche (Koelen et al. 2001), la difficulté accrue d'organiser des essais comparatifs randomisés, de recruter des sujets – notamment s'ils ne sont pas des patients, qui acceptent plus volontiers d'être inclus dans une étude proposée par leur médecin –, d'adhérer des participants aux interventions, et de maintenir une bonne participation au suivi et aux mesures de résultats. Une approche de recherche participative (Olshansky et al. 2005), qui inclut des représentants

du public cible de l'étude, des patients ou des personnes en bonne santé, peut notamment faciliter l'implantation et l'évaluation d'interventions préventives (Forst et al. 2013; Levinson et al. 2013; Wells et al. 2004).

Quelques exemples

Les exemples décrits ci-dessous relèvent de la recherche sur les services de santé en lien avec la prévention et promotion de la santé. Pour permettre que des interventions de prévention primaire atteignent l'ensemble des membres d'une population, il faut souvent adapter les approches à des groupes de population particuliers. Une revue systématique a examiné les besoins de santé et l'efficacité d'interventions de prévention chez des personnes sans domicile fixe (Wright et Tompkins 2006). Ainsi, certaines interventions préventives permettent de réduire la survenue d'infections, par la modification de pratiques d'utilisation intraveineuse de substances engendrant la dépendance (Wright et Tompkins 2006). La collaboration d'agents de santé communautaire à la mise en œuvre d'un programme de prévention du cancer du col de l'utérus dans une communauté a permis d'atteindre une participation très élevée (Levinson et al. 2013). L'installation et le suivi d'une étude de cohorte de patients diabétiques dans le canton de Vaud, dans le cadre du programme cantonal «Diabète de prévention et prise en soins de maladies chroniques dans le canton de Vaud», permettra d'examiner l'évolution de la prévention, tertiaire, des complications (Peytremann-Bridevaux et al. 2013).

Promotion de la santé et prévention, primaire et secondaire, nécessitent d'atteindre la population entière ou de larges groupes. Une revue systématique a indiqué que les moyens de communication de masse peuvent être utiles à ces fins (Grilli et al. 2002). L'utilisation de cartes postales ou d'appels téléphoniques a été montrée utile pour améliorer la participation de personnes de 60 ans et plus à la vaccination contre l'influenza (Thomas et al. 2010). Une autre revue de la littérature a analysé les études ayant examiné, en milieu hospitalier, les besoins de santé d'enfants et d'adolescents en termes de promotion de la santé et les interventions de promotion de la santé chez des enfants hospitalisés pour une maladie chronique, notamment (Aujoulat et al. 2006). Des recommandations ont été émises en sus de la description des études (Aujoulat et al. 2006).

Les auteurs des revues systématiques citées ci-dessus ont indiqué de nombreuses faiblesses méthodologiques et biais potentiels dans les études collectées, qui limitent la solidité de leurs conclusions.

Conclusions

La recherche sur les services de santé occupe une place importante dans les domaines de la prévention et de la promotion de la santé. Comme ces domaines appartiennent largement au champ de la santé publique, il y a un recouvrement des appellations du type de recherche. Comme l'indique l'Organisation pour la Coopération et le Développement Economique (OCDE), les gouvernements mettent de plus en plus l'accent sur la prévention et la promotion de la santé, puisque les maladies chroniques, prépondérantes, sont fortement associées aux habitudes de vie. Dans le cadre du projet «Health Care Quality Indicators» de l'OCDE (OECD 2013b), le développement d'une série d'indicateurs permettant de monitorer les déterminants non médicaux de la santé (habitudes de vie) et l'état de santé des populations est proposée.

Enfin, il est nécessaire de développer en Suisse, dans le contexte particulier de notre système de santé, des projets de recherche sur les services de santé qui évalueront les interventions de prévention et promotion de la santé qui permettront d'améliorer la santé et la qualité de vie de la population. Ces études devront répondre à des questions prioritaires et adéquates, utiliser des plans d'études et des méthodes appropriés et être conduites avec expertise et rigueur. Elles devront en outre examiner compétitivement quelles interventions ont la meilleure efficience, acceptabilité et économicité.

B 5. Versorgungsforschung in der Pflege

Dietmar Ausserhofer, René Schwendimann & Sabina De Geest

Versorgungsforschung wird als ein interprofessionelles Forschungsfeld verstanden. Darin werden soziale Faktoren und Bedingungen, Finanzierungssysteme, Organisationsstrukturen und Prozesse, die Bedeutung von Technologien sowie kollektiver und individueller Verhaltensweisen in ihren Wirkungen auf Zugang, Qualität und Kosten der Gesundheitsversorgung populationsbezogen untersucht (Pfaff and Schrappe 2011). Weltweit stellen Pflegepersonen zahlenmässig die grösste Berufsgruppe in nationalen Gesundheitssystemen dar und spielen für eine qualitativ hochwertige und sichere Gesundheitsversorgung der Bevölkerung eine wichtige Rolle (WHO 2006). Die Bedeutung der Pflege für das Gesamtergebnis der Gesundheitsversorgung, wie z.B. Effektivität und Effizienz pflegerischer Interventionen, ist bislang noch wenig untersucht worden. Oft gilt die Pflege deshalb auch als ein «grauer Faktor» im Gesundheitswesen und läuft Gefahr, aufgrund von Sparmassnahmen Opfer von Rationalisierungsmassnahmen zu werden (Zander et al. 2012). Versorgungsforschung ist hierbei ein wichtiges Instrument, um den Beitrag der «Pflege» an der Gesundheitsversorgung sichtbar zu machen, mit dem Ziel, pflegerische Interventionen und Innovationen zu konzeptualisieren und zu evaluieren sowie Prozesse und Ergebnisse pflegerischer Interventionen auf populationsbezogener Ebene zu analysieren. Gleichzeitig ist die interprofessionelle Versorgungsforschung zukunftsweisend, weil sie auch die interprofessionelle Realität eines Gesundheitsversorgungssystems reflektiert.

Im internationalen Vergleich ist die Pflegeforschung in der Schweiz noch jung. Die Gründung des Instituts für Pflegewissenschaft (INS) an der Medizinischen Fakultät der Universität Basel im Jahr 2000 war denn auch ein wichtiger Schritt zum Aufbau und zur Etablierung der Pflegeforschung in der Schweiz. Mittlerweile gilt das INS in der Schweiz und in Europa als führendes Zentrum für Pflegewissenschaft und leistet – neben dem IUFRS der Universität Lausanne und verschiedenen Fachhochschulen – wichtige Forschungsbeiträge zur Beantwortung praxisrelevanter Problemstellungen im Pflegebereich.

Um die Pflegeforschung in der Schweiz im Kontext gesundheitspolitischer Ziele auszurichten, wurde zwischen 2005 und 2007 im Auftrag vom Verein für Pflegewissenschaft (VFP) eine Forschungsagenda entwickelt (Imhof et al. 2008). Zu den Topprioritäten dieser Swiss Research Agenda for Nursing (SRAN) gehören u.a. Untersuchungen zur «Wirkung pflegerischer Massnahmen» oder «Anpassung von Dienstleistungen an ein sich veränderndes Gesundheitssystem». Dies zeigt, dass mit der strategischen Ausrichtung der Pflegeforschung in der Schweiz bereits ein programmatischer Bezug zur Versorgungsforschung besteht.

Die demografische Veränderung und epidemiologische Verschiebungen, wie z.B. die prognostizierte Zunahme an chronisch kranken, multimorbiden Menschen sowie Menschen mit demenziellen Erkrankungen, eine ebenfalls älterwerdende Pflegebelegschaft und Entwicklungen im Schweizer Gesundheitswesen, wie z.B. die Einführung von SwissDRG, stellen die Pflege in allen klinischen Bereichen der Gesundheitsversorgung vor grosse Herausforderungen. Die aktuellen und zukünftigen Herausforderungen einer pflegerischen Versorgungsforschung beziehen sich auf (a) *Workforce issues* (z.B. Ersatz der alternenden Pflegebelegschaft, Sicherstellung des Pflegenachwuchses und Erhalt von Pflegenden im Beruf); (b) *Patientensicherheit* und *Pflegequalität* (z.B. Einfluss von Systemfaktoren wie der Arbeitsumgebungsqualität auf Patientenergebnisse und Ergebnisse des Pflegepersonals), (c) *Implementierung von Forschungsergebnissen in die klinische Praxis* (z.B. Evaluation der erfolgreichen Einführung von Richtlinien/Protokollen); und (d) die *Konzeptualisierung und Evaluation neuer Versorgungsmodelle bzw. -konzepte* (z.B. Pflegenden in Rollen als «Advanced Practice Nurses» übernehmen als Mitglieder interprofessioneller Teams erweiterte Aufgaben der Gesundheitsversorgung).

In der Schweiz hat die Pflegewissenschaft, zum Teil in Zusammenarbeit mit anderen Disziplinen, bereits einige bedeutende Studien auf nationaler und internationaler Ebene durchgeführt, die der Versorgungsforschung zugeordnet werden können. Diese Untersuchungen haben in unterschiedlicher Weise zum Verständnis und zur Verbesserung des Gesundheitssystems beigetragen und umfassen folgende Themenbereiche und methodischen Ansätze:

Patientensicherheit und Pflegequalität/Workforce issues: Mehrere multizentrische Querschnittsstudien im Akut- und Pflegeheimbereich hatten zum Ziel, anhand von Befragungen, u.a. des Pflegepersonals und der Patienten, Aspekte der Versorgungs- bzw. Pflegequalität wie z.B. implizite Rationierung von Pflege zu beschreiben, die Ergebnisse auf nationaler und internationaler Ebene zu vergleichen und Zusammenhänge zwischen system- und organisationsbezogenen Faktoren mit Ergebnissen bei Patienten und beim Pflegepersonal zu explorieren (Ausserhofer et al. 2013; Schubert et al. 2012; Schubert et al. 2009). Als Beispiele sind hier folgende Studien zu erwähnen: Rationing of Nursing Care in Switzerland (RICH) Studie (1338 Pflegepersonen aus acht Spitälern) (Schubert et al. 2012), Nurse forecasting in Europe (RN4CAST) Studie (1633 Pflegepersonen aus 35 Schweizer Spitälern) (Aiken et al. 2012; Ausserhofer et al. 2013) und das Swiss Nursing Homes Human Resources Project (SHURP) (5323 Pflege- und Betreuungspersonen aus 163 Alters- und Pflegeheimen) (Schwendimann et al. 2013). Im Weiteren gehört

auch das Monitoring der Versorgungs- bzw. Pflegequalität im Kontext gesundheitspolitischer Entscheidungen dazu, wie dies z.B. im Rahmen der DRG-Begleitforschung Pflege erfolgt (Kleinknecht et al. 2013).

Untersuchung von neuen Versorgungsmodellen: Eine randomisierte klinische Studie zum Thema «Advanced Nursing Practice» im gemeindenahen, ambulanten Versorgungsbereich ergab, dass die Patienten (80 Jahre und älter) in der Interventionsgruppe über einen Zeitraum von neun Monaten weniger häufig von unerwünschten Gesundheitsereignissen, wie z.B. Patientenstürze und Spitalaufenthalte, berichteten als die Kontrollgruppe (Imhof et al. 2012). Ein weiteres Beispiel ist die BRIGHT-Studie (Building Research Initiative Group: Chronic illness management and adherence in Transplantation), die in 40 Transplantationszentren (elf Länder auf vier Kontinenten) u.a. untersucht, in welchem Ausmass sich die Betreuung von herztransplantierten Patienten an einem «Chronic Care Model» orientiert und wie dies in Zusammenhang mit Gesundheitsverhaltensweisen der etwa 1600 eingeschlossenen Patienten (z.B. Medikamentenadhärenz) steht (Berben et al. 2013).

Interprofessionelle Outcomestudien: Hierzu zählen Untersuchungen mit dem Ziel, durch die prospektive Erfassung von Biomarkern, psychosozialen, behavioralen und pflegespezifischen Faktoren, die relevanten Einflussgrössen und deren Interaktionen für spezifische Patientenergebnisse zu bestimmen, Vorhersagemodelle zu entwickeln bzw. neue innovative Versorgungspfade zu testen. Beispiele hierfür sind die nationale Swiss-Transplant-Cohort-Studie (STCS) (De Geest et al. 2013; Koller et al. 2013), die ProHOSP-Studie (Procalcitonin-gesteuerte Antibiose bei Patienten mit Infektionen der unteren Atemwege) (Baehni et al. 2010; Schuetz et al. 2009), die «Optimized Patient Transfer using an Innovative Multidisciplinary Assessment (OPTIMA)»-Studie (Albrich et al. 2011; Albrich et al. 2013a) oder die «Optimizing Triage and Hospitalisation In Adult General medical Emergency patients (TRIAGE)»-Studie (Schuetz et al. 2013b).

Zur Stärkung und Förderung der pflegerischen Versorgungsforschung in der Schweiz ist es nötig, bei Akteuren, Förderern und Nutzern das Bewusstsein zu stärken, dass die Pflegewissenschaft spezifisch zur Versorgungsforschung beitragen kann. Die aktuellen und zukünftigen Herausforderungen im Gesundheitswesen erfordern interprofessionelle Lösungsansätze, in die pflegewissenschaftliche Perspektiven zwingend einzubeziehen sind. Da es sich bei der Pflegewissenschaft in der Schweiz um eine noch relativ junge Disziplin handelt, bedarf es eines systematischen Aufbaus von qualifizierten Fachkräften

mit exzellenten Methodenkenntnissen im Bereich der Versorgungsforschung (z.B. zu «comparative effectiveness research» und/oder «cost-effectiveness analyses»). Versorgungsforschung durch den pflegewissenschaftlichen Nachwuchs muss auch entsprechend finanziell gefördert werden. Als strukturelle Voraussetzung für die Weiterentwicklung der interprofessionellen Versorgungsforschung in der Schweiz kann eine bessere nationale und internationale Vernetzung aller Akteure im Rahmen einer gemeinsamen Plattform, z.B. ein nationales Zentrum für Versorgungsforschung, gute Dienste leisten.

B 6. Patienten- und Nutzerorientierung in der Versorgungsforschung

David Schwappach

Die Patientenorientierung ist neben der Multiprofessionalität und der Ergebnisorientierung ein wesentliches Grundkonzept der Versorgungsforschung.

Zentrale Elemente

Sie beinhaltet als zentrale Elemente die patientenzentrierte Versorgung sowie die Orientierung an der Patientenperspektive bei der Analyse und Bewertung der Versorgung und des Versorgungssystems.

Die Patientenzentrierung innerhalb des Versorgungssystems ist eine normative Grundlage der Versorgungsforschung. Sie beschreibt den Paradigmenwechsel, dass nicht mehr Fachpersonen für Patienten entscheiden, «was das Beste oder was zu tun ist», sondern Patienten aktiv an Entscheidungen in ihrer Versorgung beteiligt werden. Dazu gehört beispielsweise herauszufinden, welche Aspekte der Versorgung einem Patienten wichtig sind, welche Präferenzen er hat, und wie diese sich in der Ausgestaltung der Versorgung konkret übersetzen lassen. Hier hat die Versorgungsforschung in den letzten Jahren grosse Fortschritte im Instrumentarium und in den Methoden erzielt, die Beteiligungsbereitschaft von Patienten zu erfassen und darauf mit verschiedenen Ansätzen zu reagieren (shared decision-making, siehe z.B. Flynn et al. 2012). Auch in der Patientensicherheitsbewegung werden Patienten zunehmend als wichtige Partner gesehen, deren aktive Einbindung zu einer Verbesserung der Patientensicherheit beitragen kann und die sichere Versorgung zu einem «gemeinsamen Anliegen» von Fachpersonen und Betroffenen macht (Schwappach 2010). Diese

Erfahrungen zeigen deutlich, dass Modelle der Aktivierung, Kooperation und Integration von Nutzern und Leistungserbringern vielversprechend sind und unbedingt weiterverfolgt werden sollten.

Auch bei der Analyse und Bewertung der Versorgung kommt der Sicht von Patienten und Nutzern in der Versorgungsforschung eine zentrale Bedeutung zu. Patientenorientierte Versorgungsforschung ist weit mehr als die Erhebung der Patientenzufriedenheit im Rahmen der Bewertung eines neuen Therapieansatzes, auch wenn dies natürlich ein wichtiges Kriterium sein kann. Vielmehr geht es darum, sich auf jeder Analyse- oder Bewertungsebene an den Zielen und Bedürfnissen von Patienten und ihrer Perspektive zu orientieren. So sollten Patienten nicht nur Antworten auf Bewertungsfragen geben, sondern bereits gehört werden, welches überhaupt die richtigen und wichtigen Bewertungskriterien sind, zum Beispiel bei einer Priorisierung von Qualitätsindikatoren. Bislang findet diese Beteiligung von Patienten in der Regel noch sehr sektorenorientiert statt (z.B. Evaluation der stationären Versorgung). Zukünftig wird es wichtig sein, Patienten und Nutzer stärker an sektorenübergreifenden Fragestellungen zu beteiligen, denn Qualitätsprobleme entstehen ja häufig im Kontext mangelnder Kontinuität an den Schnittstellen. Gerade bei chronischen oder langen und versorgungsintensiven Erkrankungen wird es also darum gehen, den Fokus auf das «Qualitäts- und Zuständigkeitsvakuum» zwischen den Sektoren zu lenken und gemeinsam mit Patienten zu analysieren, an welchen Punkten welche Probleme entstehen und wie sich diese am besten lösen lassen.

Ebenen der Patienten- und Nutzerorientierung

Eine Herausforderung der Versorgungsforschung der Zukunft wird sein, die Patientenorientierung auf allen Ebenen des Systems (mikro, meso, makro) zu verankern. Bei der Integration der Patientenperspektive auf der Mikroebene, also im konkreten Versorgungskontext, konnten in den letzten Jahren deutliche Fortschritte erzielt werden, zum Beispiel im Rahmen der «patient-reported outcomes (PRO)», also der Beurteilung von gesundheitlichen Outcomes von Interventionen durch Patienten. Auf Systemebene ist dies allerdings bislang nicht oder nur sehr begrenzt der Fall. Ziel muss es sein, Patienten auch bei der Ausgestaltung des Versorgungssystems zu beteiligen, damit Angebote entstehen können, die den Bedürfnissen von Patienten entsprechen. Beispielhaft kann hier eine Studie genannt werden, in der untersucht wurde, welche Kriterien für Patienten bei der Wahl zwischen ambulanter versus stationärer chirurgischer Versorgung wichtig sind (Schwappach und Strassmann 2006). Positive Erfahrungen konnten beispielsweise auch bei der systematischen Involvierung von Patienten und Angehörigen in der Entwicklung von medizinischen Leitlinien gewonnen werden¹¹. Auch gilt es, Modelle zu entwickeln, wie Patienten bei der Planung oder Priorisierung von Forschungsvorhaben aktiv eingebunden werden können. Grossbritannien hat hier eine besondere Tradition und Expertise, und es sollte verstärkt geprüft werden, ob Elemente oder Ansätze dieses «public involvement» übernommen werden können. Beispielsweise könnten Patientenvertreter oder Selbsthilfegruppen ihre Voten bei Ausschreibungen zur Versorgungsforschung einbringen (Entwistle et al. 2008). Die Entwicklung und Erforschung solcher Modelle und ihrer Auswirkungen werden eine wesentliche Aufgabe der Versorgungsforschung sein (Barber et al. 2012).

Heterogenität der Patienten- und Nutzersicht

Genauso wie in der klinischen Medizin die Zukunft von der «Personalisierung» von Therapien geprägt sein wird, so setzt sich – zu Recht – auch in der Versorgungsforschung zunehmend die Erkenntnis durch, dass Patientenbedürfnisse, -präferenzen und -perspektiven extrem heterogen sein können (one size does not fit all). Die beste Versorgung für den durchschnittlichen Patienten ist nicht notwendigerweise die beste Versorgung für alle oder auch nur die Mehrzahl der Patienten. Patientenorientierte Versorgungsforschung sollte diese Heterogenität der Patienten identifizieren und analysieren sowie Massnahmen entwickeln und umsetzen, die dem Rechnung tragen. Subgruppenanalysen sind hier ein wichtiger me-

thodischer Zugang. Beispielsweise können Patienten je nach Alter und Bildungsstand unterschiedlich gewichtete Präferenzen für Merkmale der schriftlichen Arzneimittelinformation aufweisen (Schwappach et al. 2011). Auf Systemebene zeigte eine Untersuchung aus Schweden, dass Bürger deutlich unterschiedliche Präferenzen für Hausarztmodelle aufwiesen und je nach Alter und Gesundheitszustand verschiedene Aspekte sehr heterogen gewichteten (Hjelmgren und Anell 2007).

Bei der Integration der Patientenperspektiven ist die Beteiligung besonders vulnerabler Bevölkerungsgruppen, wie z.B. Migrantinnen und Migranten, zentral. Es besteht die Gefahr, dass gerade den Bedürfnissen dieser Gruppen im häufig mit der Versorgungsforschung kontextualisierten «consumerism»-Ansatz zu wenig Aufmerksamkeit gewidmet wird. Der informierte Patient, der seine Entscheidungen als Konsument trifft, um seinen gesundheitlichen Nutzen zu maximieren, setzt eine hohe Gesundheitskompetenz voraus. Die Förderung der Gesundheitskompetenz in den vulnerablen Bevölkerungsgruppen und gerade die Kompetenz, mit Leistungserbringern und dem System in einen kritischen, interaktiven Dialog zu treten, ist daher eine Grundvoraussetzung für eine patientenorientierte Versorgungsforschung.

Förderung der patientenorientierten Versorgungsforschung

Die patientenorientierte Versorgungsforschung fällt bislang häufig «zwischen alle Stühle». Es ist exemplarisch, dass Versorgungsforscher sich bei der Eingabe ihrer Forschungsanträge regelmässig vor die Frage gestellt sehen, ob sie den «Lebenswissenschaften» oder den «Sozialwissenschaften» zuzurechnen sind. Es ist jedoch gerade der Wert der Versorgungsforschung, dass diese regelhafte Trennung aufgegeben wird.

Zur Stärkung und Förderung der patientenorientierten Versorgungsforschung sollte der Versuch unternommen werden, die Sichtweise von Patienten und Nutzern auf allen Ebenen «durchzudeklinieren». Dies beginnt mit der Überlegung, ob Vertreter von Patienten und Versicherten an der Priorisierung von Forschungsvorhaben beteiligt werden oder im Rahmen eines «sounding boards» Stellung beziehen können. Auf einer weiteren Ebene kann erwartet werden, dass sich Forschungsvorhaben explizit auf die Sichtweise von Patienten bei der Entwicklung der Fragestellung beziehen bzw. daraus ableiten. Forschende könnten aufgefordert werden darzustellen, warum und wie ihr Forschungskonzept «patientenorientiert» ist bzw. wie sie der Patientenorientierung Rechnung tragen.

11 www.g-i-n.net/document-store/working-groups-documents/g-i-n-public/toolkit/toolkit-combined.pdf.

Schliesslich sollten Vorhaben der patientenorientierten Versorgungsforschung unter Verwendung verschiedener methodischer Ansätze, optimalerweise trianguliert, Daten bei Patienten oder Nutzern erheben, die eine Evaluation des Vorhabens aus Patientensicht erlauben.

Die Patientenorientierung sollte also sowohl in den Gegenständen der Forschung (Welche Fragen stellen wir?) als auch in der methodischen Herangehensweise (Wie wollen wir diese Frage beantworten?) deutlich sein. Dafür müs-

sen vor allem Strukturen und Voraussetzungen geschaffen werden, die diese spezifische methodische Erfahrung und Expertise von Forschenden anerkennen, die für die Einbindung von Patienten erforderlich sind (z.B. Erfahrung mit der Erstellung von Instrumenten und Materialien für Patienten, Fragebogen usw.). Für die Priorisierung fachlicher oder methodischer Schwerpunkte im Bereich Versorgungsforschung wird es wichtig sein, die Beteiligung von Patienten und Nutzern in allen Bereichen und auf allen Ebenen der Vorhaben zu fördern und zu fordern.

B 7. Gesundheitssystemebene

*André Busato**

Das schweizerische Gesundheitssystem ist reformbedürftig. Die kleinräumige und kleingewerbliche Angebotsstruktur ist auf die Dauer kaum überlebensfähig, und integrierte Versorgungssysteme gewinnen zunehmend an Bedeutung. Patienten werden sich in Zukunft vermehrt an Qualitätskriterien orientieren, und das kantonale Territorialprinzip wird an Bedeutung verlieren. Es ist auch zu erwarten, dass die Aufgaben unter den Gesundheitsberufen neu verteilt und die Rolle der Ärzte sowie die Position der Spitäler sich ändern werden.

Diese Neuorientierung wird weitgehend durch den Druck zunehmender Gesundheitsausgaben getrieben. Es liegt eine Vielzahl von Studien und Massnahmen vor, die vor allem aus Sicht der Leistungserbringer eine Kostenreduktion bzw. eine Verminderung des Kostenwachstums dokumentieren. Weniger bekannt sind jedoch Untersuchungen, die Nutzen und Schaden dieser Prozesse in Bezug auf die zu versorgende Bevölkerung aufzeigen. Eine wissenschaftliche Begleitung des schweizerischen Gesundheitssystems ist aus dieser Optik nur in Ansätzen vorhanden, und entsprechend fehlen nicht nur Entscheidungsgrundlagen, sondern auch die Möglichkeiten, Fehlentwicklungen frühzeitig zu erkennen. So gibt es in der Schweiz beispielsweise nur wenige Daten, die Rückschlüsse auf den effektiven Bedarf nach medizinischen Leistungen auf regionaler Ebene zulassen. Mit der Folge, dass die aktuelle Versorgungsplanung die Inanspruchnahme vergangener Jahre und nicht den effektiven Bedarf als Planungsgrundlage verwendet. Ein weiteres Problem des schweizerischen Gesundheitssystems sind die beträchtlichen regionalen Unterschiede in Verfügbarkeit und Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, dies trotz der Kleinheit des Landes und einer guten verkehrsmässigen Erschliessung der meisten Landesgegenden. Beispielsweise finden sich über zehnfache regionale Unterschiede in der Inanspruchnahme kardiovaskulärer Operationen. Das impliziert, dass entweder Leistungen erbracht werden, die medizinisch

nicht begründbar sind, oder notwendige Leistungen nicht erbracht bzw. vorenthalten werden. Systematische und persistierende Praxisvariation kann somit Zeichen eines Systems sein, das seine Aufgaben nicht optimal erfüllt. Langjährige Untersuchungen aus den USA weisen darauf hin, dass effektive medizinische Notwendigkeiten sowie soziokulturelle Unterschiede der Bevölkerung die beobachtete Praxisvariation nur zu einem geringen Teil erklären können. Die Ursachen sind vielmehr in Fehlanreizen, sowohl auf Seite des Angebots wie auf Seite der Inanspruchnahme, zu suchen. Über das Ausmass der damit verbundenen Kosten kann zurzeit nur spekuliert werden.

Von praktisch allen Beteiligten wird ein Mangel an wissenschaftlich soliden Grundlagen konstatiert, die für einen derart grundlegenden Umbau des schweizerischen Gesundheitssystems als Entscheidungshilfen notwendig wären. Weniger Konsens besteht jedoch über die Prioritäten und das methodische Vorgehen dieser Art von Forschung. Eine akademisch verankerte Versorgungsforschung, die unabhängig von Partikularinteressen derartige Fragestellungen etwas längerfristig untersucht, hat in der Schweiz keine Tradition, und strukturelle Ressourcen, Investitionen und Fördermittel dazu sind praktisch inexistent.

Ein Ansatz aus der Perspektive der Gesundheitssystemebene ist die Dokumentation regionaler Unterschiede in Verfügbarkeit und Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Dies ist möglich mittels des Konzepts von spezifischen Versorgungsregionen, die aufgrund der bisherigen Verfügbarkeit und Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen definiert werden. Diese Regionen stellen ein Abbild effektiv beanspruchter Leistungen dar und ermöglichen eine bevölkerungsbezogene Dokumentation der regional vorhandenen Ressourcen (Anzahl Ärzte, Geräte usw. pro 1000 Einwohner) und deren Inanspruchnahme, unabhängig von kantonalen oder anderen administrati-

ven Grenzen. Analog kann für bestimmte Indikationen der erzielte Effekt einer Leistung auf Niveau Population dokumentiert werden, d.h., die Veränderung regionaler Morbiditäts- und Mortalitätsindikatoren kann sichtbar gemacht werden. Die dabei gewonnenen Ergebnisse liefern nicht nur die Grunddaten der aktuellen Epidemiologie von Gesundheitsproblemen auf regionaler Ebene, sondern bilden auch die Basis für eine Versorgungsplanung in Bezug auf eine effiziente und gleichberechtigte Zuteilung von Ressourcen. Methodisch stützt sich das Vorgehen auf den Dartmouth Health Atlas, der in den USA eine zentrale Rolle in der aktuellen Reorganisation des US-Gesundheitssystems einnimmt.

Analyse der Ursachen von Praxisvariation im schweizerischen Gesundheitssystem

Praxisvariation ist ein universales Problem, das in der Struktur der medizinischen Praxis verwurzelt ist und sich nicht auf eine bestimmte Organisationsform bzw. auf ein bestimmtes Tarifsysteem zurückführen lässt. Klinische Entscheide erfolgen in der Regel nicht nach einem eindeutigen Richtig-Falsch-Schema, sondern entstehen aus einem Kontinuum von möglichen Interventionen. Demzufolge besteht für eine Vielzahl medizinischer Verfahren eine mehr oder weniger kollektive Unsicherheit mit einem breiten Spektrum akzeptabler Lösungen. Aufgrund der beobachteten Unterschiede in der medizinischen Praxis liegt jedoch die Vermutung nahe, dass nicht allen Ärzten die besten und effektiven Massnahmen gleichermaßen bekannt sind und nicht überall optimale bzw. evidenzbasierte Behandlungsformen angewendet werden. Die Folgen sind nicht nur erhebliche Kosten, die letztlich von der Gesellschaft getragen werden, sondern auch potenzielle Risiken für die Patienten. Die bisherige Forschung im Bereich Praxisvariation hat vor allem das grundsätzliche Phänomen dokumentiert.

Ausländische Untersuchungen haben eine Serie von hypothetischen Erklärungen aufgezeigt, aber effektive Lösungen wurden bisher kaum präsentiert. In diesem Sinn besteht nicht nur in der Schweiz ein erheblicher Forschungsbedarf, um Ursachen und Auswirkungen von Praxisvariation, die nicht durch medizinische Notwendigkeiten entstanden ist, zu bestimmen.

Forschung in diesem Bereich ist allerdings heikel, da die Bestimmung von effektiven medizinischen Notwendigkeiten in Populationen schwierig, wenn nicht gar unmöglich ist. In der Regel verläuft die Grenze von zu wenig und zu viel Behandlung bzw. von Unter- und Überversorgung entlang der Schnittstelle zwischen klinischen Notwendigkeiten und ökonomischen Anreizen. Forschungsprojekte sind deshalb den Interessenkonflikten zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern unmittelbar ausgesetzt, und entsprechend hoch sind die methodischen Anforderungen. Im Weiteren ist ein hohes Mass an Transparenz und Kommunikationskultur wichtig, damit Resultate nicht nur für rote Köpfe sorgen, sondern primär eine Verhaltensänderung auslösen.

Nationale und internationale Zusammenarbeit

Versorgungsforschung erfordert eine interdisziplinäre Zusammenarbeit von Medizin, Biometrie, Sozialwissenschaften, Ökonomie und Organisationswissenschaften.

Die methodischen Anforderungen sind komplex, und je nach Fragestellung werden völlig unterschiedliche Studiendesigns verwendet.

* Den Beitrag zur Gesundheitssystemebene sollte ursprünglich Prof. Dr. André Busato, ISPM Bern und IHAM, erarbeiten. Bedauerlicherweise ist er kurz vor Fertigstellung dieses Dokumentes verstorben. Grundlage seines Beitrages ist ein von ihm in der Schweizer Ärztezeitung publizierter Artikel (Schweizerische Ärztezeitung 2012;93:24), der von Prof. Thomas Rosemann für dieses Dokument inhaltlich angepasst wurde.

B 8. Gesundheitsökonomie als Querschnittsdisziplin in der Versorgungsforschung

Urs Brügger & Klaus Eichler

Das Gesundheitswesen kann als ein grosser «knowledge-translation»-Prozess beschrieben werden (Cooksey 2006). In einem ersten Schritt wird Grundlagenforschung in medizinische Produkte und Ideen übersetzt (first gap in translation). In einem zweiten Schritt werden diese Produkte und Ideen für die medizinische Versorgung eingesetzt (second gap in translation). Die Forschungsansätze zur Schliessung dieses «second gap in translation» sind Health Technology Assessment (HTA) und Versorgungsforschung (VF). Der grösste Teil der staatlichen und öffentlichen Forschungsgelder fliesst in den ersten Schritt und nur ein kleiner Teil in den zweiten.

Wirtschaftlichkeit wird neben Wirksamkeit und Zweckmässigkeit im KVG als Voraussetzung für die Erstattung von medizinischen Leistungen durch die Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) festgeschrieben. Für die Abklärung der Vergütungspflicht durch die OKP werden HTAs standardmässig als Entscheidungsgrundlage eingesetzt. Diese fassen im Rahmen eines multidisziplinären Ansatzes Informationen zu medizinischen, gesundheitsökonomischen, rechtlichen und ethischen Fragen systematisch zusammen. Die VF schliesst als nächster Schritt an das HTA an und untersucht die Anwendung in der klinischen Praxis. Gesundheitsökonomische Analysen sind in allen Settings der anwendungsorientierten VF von Bedeutung (z.B. in der Grundversorgung, Sekundärversorgung, Gesundheitsförderung). Gesundheitsökonomie ist ebenso ein Querschnittsthema in der VF (wie beim HTA) und sollte Teil eines multidisziplinären Forschungsansatzes sein.

Wo sind die Probleme am grössten?

Der Mitteleinsatz im Gesundheitswesen findet grösstenteils unter Alltagsbedingungen statt. Allerdings ist zu den gesundheitsökonomischen Auswirkungen in diesem Bereich bisher nur Weniges bekannt. Während für die Versorgung im stationären Bereich unter Alltagsbedingungen noch Daten zu Fallzahlen, gewissen Patientenmerkmalen und Diagnosen sowie vergüteten DRG-Fallgruppen vorliegen, ist die Situation in der Schweiz für den ambulanten Bereich sehr intransparent.

Aufgrund der Fragmentierung des Versorgungssystems sind gewisse Informationen nur bestimmten Akteuren zugänglich. Der Blick auf das ganze Versorgungssystem, also entlang der gesamten Versorgungskette von Patienten, fehlt. So haben zwar Kranken- und Unfallversicherer ziemlich lückenlose Daten zu den vergüteten ambulanten und stationären Rechnungen ihrer Versicherten, aber kaum klinische Daten. Dagegen haben die behandelnden Ärztinnen und Ärzte einen besseren Einblick in die Krankheitsverläufe ihrer Patientinnen und Patienten, diese Daten werden jedoch oft nicht systematisch gesammelt. Zudem haben Ärztinnen und Ärzte nur einen eingeschränkten Überblick über Kostenaspekte, nämlich über ihren eigenen ärztlich-ambulantem Bereich.

Damit bleibt es oft unklar, ob Interventionen, die sich in klinischen Studien als wirksam erwiesen haben, auch unter Alltagsbedingungen ähnlich wirksam sind und welche Kosten wo ausgelöst werden. Letztlich kann so das Verhältnis von Patientennutzen zu eingesetzten Mitteln (= Wirtschaftlichkeit) unter Alltagsbedingungen nicht ausreichend bestimmt werden.

Stand der Forschung

Verschiedenen Formen von «overuse», «underuse» oder «inappropriate use» von medizinischen Leistungen sind Realität, wie das Institute of Medicine in den USA gezeigt hat (Bentley et al. 2008). Die gesundheitsökonomische Relevanz dieser Fehlversorgung für die Schweiz ist bisher grösstenteils unklar.

Offene gesundheitsökonomische Fragen für die Versorgungsforschung in der Schweiz sind z.B. folgende:

- Wie ist das Verhältnis von Patientennutzen zu Kosten der medizinischen Versorgung unter Alltagsbedingungen in verschiedenen Settings? (= Wirtschaftlichkeit)
- Wie ist die Auswirkung von neuen Versorgungsmodellen auf die Gesundheitsausgaben in einem bestimmten Setting? (= Budget-Impact-Analyse aus Sicht verschiedener Finanzierer wie Krankenversicherung, Staat, Private)
- Wie beeinflusst in der Schweiz die Gesundheitskompetenz der Bürger deren Gesundheitsverhalten und Gesundheitskosten unter Alltagsbedingungen?

Vereinzelte haben in der Schweiz bereits Forschungsprojekte aus der VF klinische und gesundheitsökonomische Fragestellungen integral evaluiert, z.B. im Bereich der Notfallversorgung (Eichler et al. 2013; Wang et al. 2013). Auch einzelne Register für bestimmte Patientengruppen unter Alltagsbedingungen werden geführt, allerdings ist die Abdeckung oft lückenhaft und nur auf bestimmte Technologien oder Versorgungssektoren beschränkt.

Strukturen/Voraussetzungen für die Zukunft

Zu beantworten wären relevante Fragen durch strukturierte gesundheitsökonomische Evaluationen entlang von Patientenpfaden, also nicht für jede Versorgungsebene separat, sondern entlang des Patientenwegs durch die Sektoren hindurch. Hier ist der Handlungsbedarf am grössten: Es bedarf deutlich verbesserter Datengrundlagen und einer verbesserten Methodik, um klinische Daten und Kostendaten mit einem vertretbaren Aufwand und unter Einhaltung von Datenschutzbestimmungen zusammenführen zu können. In diesem Zusammenhang hat sich vor Kurzem eine Initiative zur Verbesserung der Datenlage in der Schweiz etabliert («Bessere Gesundheitsdaten: Manifest für ein effizienteres Gesundheitswesen»).

Ein SNF-Programm «Versorgungsforschung» bietet die Chance u.a. folgende gesundheitsökonomische Fragestellungen zu untersuchen:

- Wie können klinisch-epidemiologische und ökonomische Daten für gesundheitsökonomische Studien zuverlässiger zusammengeführt werden?
- Wie findet die Diffusion von neuen Technologien und Verfahren statt (inkl. personalisierte Medizin)?
- Welches Standardvorgehen bietet sich hier an (z.B. Entwicklung einer «Toolbox»)?

Voraussetzungen für die Zukunft sind jedoch auch eine bessere Positionierung der Disziplin Gesundheitsökonomie in Aus- und Weiterbildung von Gesundheitsberufen sowie die Koordination von Forschungsaktivitäten in diesem Zweig der Versorgungsforschung. Erst dann kann das ganze Potenzial dieser Querschnittsdisziplin der Versorgungsforschung ausgeschöpft werden. Gesundheitsökonomische Evaluationen sind ein «ethisches Must», um versorgungspolitische Entscheide über die knappen Mittel in der sozialen Kranken- und Unfallversicherung transparent und sozial ausgewogen zu gestalten.

B 9. Versorgungsforschung aus der Perspektive der biomedizinischen Ethik

Nikola Biller-Andorno

Die übergeordneten Ziele des öffentlichen Gesundheitswesens sind klar: Es geht darum, für die gesamte Bevölkerung Zugang zu einer qualitativ hochstehenden Gesundheitsversorgung zu gewährleisten. Dabei sollen finanziell schwache Personen entlastet sowie die Kostensteigerung eingedämmt werden (BAG 2012). Diese Ziele – bedürfnisorientierte Versorgung, Fairness und Solidarität sowie ein sorgsamer und nachhaltiger Umgang mit knappen öffentlichen Mitteln – können als Konkretionen der ethischen Prinzipien des Wohltuns und der Gerechtigkeit verstanden werden.

Es ist evident, dass die Steuerung von Gesundheitssystemen komplex ist und häufig unerwartete Effekte auftreten, die den Intentionen bestimmter Massnahmen zuwiderlaufen (Gawande 2013). Eine besondere Herausforderung – auch aus ethischer Perspektive – besteht

darin, die multiplen Ziele der Gesundheitsversorgung (Qualität, Fairness und Effizienz) zu integrieren und zu vermeiden, dass eine Dimension auf Kosten der anderen vorangetrieben wird.

Aus dieser Einsicht heraus werden Gesundheitssysteme zunehmend als lernende Systeme verstanden, die empirische Daten als Rückkopplung benötigen, um sich kontinuierlich zu verbessern und ihr Potenzial bestmöglich auszuschöpfen (Smith et al. 2013). Dabei geht es darum, mit Blick auf die Ziele des betreffenden Versorgungssystems – sei es eine individuelle Gesundheitseinrichtung oder ein nationales Gesundheitssystem – ein Evaluationsprogramm zu konzipieren, das auch mögliche (häufig ethisch höchst relevante) «trade-offs» erfassen kann. Gehen zum Beispiel Bemühungen um mehr Effizienz auf Kosten der Versorgungsqualität für bestimmte Gruppen? Führen Anstrengungen, die Qualität in bestimmten Bereichen zu verbessern, zu mehr Kosten und einem exklusiven Zugang? Eine Evaluation in diesem Sinne ist jedoch

nur möglich, wenn die Versorgungsforschung von einem eher selektiven Zugang zu einer systematischeren Herangehensweise findet. Um die Entwicklung einer solchen Programmatik zu erlauben, bedarf es eines umfassenden Förderprogramms.

Neue Märkte – neue Versorgungsmodelle – neue Fragestellungen

Die steigenden Kosten für das solidarisch finanzierte Gesundheitswesen werden zunehmend als Belastung empfunden. Von daher gibt es zahlreiche Überlegungen, wie Kosten ohne Einbussen an Qualität und fairem Zugang reduziert werden können. Die Nutzung von Informationstechnologien, ein verstärkter Einbezug der Patientenperspektive und eine sinnvolle Gestaltung von Anreizen für Leistungserbringer zählen zu möglichen Ansatzpunkten. Wie wirksam solche Massnahmen sind und welche Kompromisse sie mit sich bringen, ist jedoch weitgehend eine offene empirische Frage. Die gegenwärtige Situation, in der neue Versorgungsmodelle konzipiert und erprobt werden, bietet sich an, um das Schweizer Gesundheitswesen auf seinen verschiedenen Ebenen noch mehr als bisher explizit zu einem lernenden System zu machen.

Ein Beispiel für eine von den Zielen und möglichen Zielkonflikten her konzipierte Begleitforschung ist das im Rahmen der Sinergia-Programmlinie des SNF geförderte IDoC-Projekt («Assessing the Impact of Diagnosis-Related Groups on Patient Care and Professional Practice – an interdisciplinary approach», 2011–2013)¹². Das Projekt untersucht ausgewählte Implikationen der Einführung der Fallpauschalen für die Vergütung der stationären Gesundheitsversorgung in der Schweiz. Dabei wurde ein Zugang gewählt, der die Expertise von Ethikern und Juristen in der Artikulation normativer Prämissen und Konflikte mit den empirischen Kompetenzen von Versorgungsforschern verbindet. Ziel ist es, ein methodisches Instrumentarium für die Evaluation relevanter Parameter – Patientensicherheit, «adherence to guidelines» sowie grundlegender medizinethischer Prinzipien, Versorgung vulnerabler Gruppen, Prävalenz von Interessenkonflikten im klinischen Alltag – bereitzustellen. Als Basis diente eine Matrix ethischer Fragestellungen, die versucht, potenzielle ethische Konflikte in einer Systematik darzustellen (Fourie et al. 2013). Erst durch die koordinierte Erhebung und Interpretation der Daten durch die Forschergruppe wird eine umfassende Bewertung möglich.

Eine zentrale Fragestellung der Versorgungsforschung im Bereich Ethik betrifft sicher die Steigerung von Effizienz durch Anreize und Leistungsevaluationen, etwa im Rahmen integrierter Versorgungsmodelle im ambulanten Bereich, aber auch im stationären Bereich etwa im Rahmen von Bonusverträgen (Biller-Andorno und Lee 2013) der DRG-Einführung. Der grösste Handlungsbedarf besteht darin, sich zu allererst über relevante Parameter und das geeignete Instrumentarium zu verständigen, das zum Einsatz kommen soll.

Die Erarbeitung ethisch relevanter Kriterien – ein mehrstufiger Prozess¹³

Ziel des Projektes «Fallpauschalen in Schweizer Spitälern: Grundlagen für die ethische Begleitforschung» (2009) war die schrittweise Erarbeitung der inhaltlichen und methodischen Grundlagen einer DRG-Begleitforschung aus ethischer Perspektive. Hierfür wurde zunächst die Schweizer wie auch die internationale Literatur zu den ethischen Implikationen fallpauschalierter Vergütungssysteme im stationären Bereich rezipiert und mit Blick auf ihre Relevanz für den Kontext des Schweizer Gesundheitswesens analysiert. Die aus der Literatur gewonnenen Einsichten wurden ergänzt durch eine aktive Auseinandersetzung mit der Fragestellung im Rahmen eines am IBME durchgeführten Forschungskolloquiums, erste explorative (Experten-)Gespräche im Schweizer Raum sowie die Auswertung von Tagungsbesuchen und Vortragsdiskussionen in der Schweiz.

Ein erster Entwurf von Kriterienclustern wurde im Rahmen einer kleinen Delphi-Studie verschiedenen Stakeholdern im Schweizer Gesundheitswesen zur Kenntnis und Bearbeitung gegeben; auf diese Weise konnte ein Konsens eruiert werden bezüglich der Frage, welche ethischen Aspekte bei der Einführung der SwissDRGs bedeutsam sind und wie diese angemessen berücksichtigt werden können. Diese Ergebnisse wurden im Rahmen eines Workshops am IBME konsolidiert.

Die von uns erarbeiteten ethisch relevanten Kriterien für die DRG-Begleitforschung sind daher in drei Kriteriencluster aufgeteilt:

- A. Patientenversorgung und Angehörige,
- B. Professionelles Selbstverständnis und
- C. Institutionelle und gesellschaftliche Bedingungen.

12 www.ethik.uzh.ch/ibme/forschung/drg.html.

13 Dieses und das folgende Unterkapitel stammen aus Wild V, Pfister E, Biller-Andorno N. Kriterien für die DRG-Begleitforschung aus ethischer Perspektive. Schweiz Ärztezeitung. 2009;90(40):1553-6.

Die Cluster A und B können nur im Kontext von Cluster C – den institutionellen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen als drittem zentralen Bereich – exploriert werden, und das professionelle Selbstverständnis und die Qualität und Möglichkeiten der Patientenversorgung beeinflussen einander gegenseitig durch Interaktion.

Methodische Aspekte

Das Studiendesign einer Versorgungsforschung, welche die genannten ethisch relevanten Kriterien (oder eine Auswahl davon) evaluiert, sollte die folgenden methodischen Merkmale aufweisen:

- Die Evaluation sollte sich nicht auf quantitative Elemente (z.B. Fragebogen) beschränken, sondern auch qualitative Elemente (z.B. Interviews) enthalten.
- Die Erarbeitung der Items sollte in Fokusgruppen mit Beteiligung der Zielgruppen erfolgen.
- Die Evaluation sollte als Längs- (vergleichend über einen längeren Zeitraum) und Querschnittstudie (Erhebung zu einem Zeitpunkt) durchgeführt werden.
- Die Evaluation sollte weit über den Einführungszeitraum hinaus fortgesetzt werden, da einige Effekte erst im späteren Verlauf erwartet werden können.
- Die Ergebnisse der Evaluation müssen fachkundig ausgewertet, mit ethischer Expertise beurteilt und dem öffentlichen Diskurs zugänglich gemacht werden.

Ein Studiendesign, das für die Erhebung aussagefähiger Daten konzipiert wird, wird aber auch mit nicht zu vernachlässigenden methodischen Schwierigkeiten konfrontiert. Um der methodischen Komplexität gerecht zu werden, ist die Zusammenarbeit verschiedener Disziplinen – insbesondere der Medizin, der Pflege, der Ethik, der Sozial- sowie der Rechtswissenschaften und der Ökonomie – unabdingbar.

Versorgungsforschung, die sich nicht auf einige grobe medizinische oder ökonomische Indikatoren beschränkt, sondern auch ethisch relevante Kriterien einbezieht, ist kein triviales Unternehmen. Sie ist methodisch komplex sowie auf interdisziplinäre Kooperationen und auf entsprechende Ressourcen angewiesen. Dafür bietet sie die Chance, Veränderungen im Gesundheitswesen, die sich nachhaltig auf die gesundheitliche und psychosoziale Situation vieler Individuen auswirken können, angemessen zu erfassen. Auf diese Weise wird zugleich der gesundheitspolitische und gesellschaftliche Diskurs zur Mittelallokation im Gesundheitswesen entscheidend bereichert: Nicht nur wird transparent, an welchen Kriterien wir ein faires und gutes Gesundheitswesen festmachen wollen, sondern es wird auch deutlich, welche Kosten die Einführung ökonomischer Steuerungsinstrumente mit sich bringen kann.

Fragen wie «Erkaufen wir uns die Effizienzsteigerung im stationären Setting um den Preis einer Reduktion an ärztlicher und pflegerischer Zuwendung?» oder «Werden Kosten aus dem stationären in den nachstationären – ambulanten oder auch privaten – Bereich verlagert?» sollten nicht nur im Vorfeld der DRG-Einführung antizipativ thematisiert und dann ad acta gelegt werden. Vielmehr verdienen diese Fragen offene, empirisch fundierte Antworten, ganz im Sinne der «accountability», die Norman Daniels als eine der «benchmarks of fairness» definiert hat. Die nachhaltige Legitimierung von Reformen im Gesundheitswesen würde auf diesem Wege entscheidend befördert.

Fazit

Folgende Voraussetzungen und Strukturen sind zur Stärkung und Förderung der Versorgungsforschung aus ethischer Perspektive notwendig:

- Es braucht mehr Ressourcen, ansonsten werden umfassendere Forschungsvorhaben aus finanziellen Gründen nicht geleistet werden können.
- Es bedarf eines systematischen Forschungsprogramms, das auf die Versorgungsziele im Gesundheitswesen (oder Sektoren/Ebenen davon) sowie auf mögliche Zielkonflikte Bezug nehmen sollte.
- Es ist ein Rahmen vonnöten, der Koordination und Austausch der Forschenden untereinander fördert, insbesondere auch über enge fachliche Grenzen hinweg.

Ein Nationales Forschungsprogramm des Schweizerischen Nationalfonds wäre hervorragend geeignet, um diese Voraussetzungen zu gewährleisten.

Forschungsanstrengungen sollten in den Bereichen verstärkt werden, in denen die Integration der drei Ziele Qualität, Fairness und Effizienz am schwierigsten scheint und negative Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung besonders von vulnerablen Gruppen zu befürchten sind.

C Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Der erste, allgemeine Teil A des vorliegenden Konzepts erläuterte, wie sich Versorgungsforschung in die Forschungslandschaft des Gesundheitswesens einordnet, welche Bereiche sie umfasst und was der Nutzen von Versorgungsforschung ist. Zudem stellte er die derzeitige Lage der Versorgungsforschung in der Schweiz dar. Im Teil B beleuchteten Gastautoren die Versorgungsforschung und ihre Fragestellungen in verschiedenen Set-

tings des Gesundheitswesens. Teil C nun skizziert mögliche Massnahmen für den mittel- bis langfristigen Ausbau von Forschungskompetenzen, Infrastrukturen, Datenlage sowie Nachwuchsförderung und Finanzierungsmöglichkeiten im Bereich Versorgungsforschung und präsentiert konkrete Empfehlungen (u.a. die Ausschreibung eines Nationalen Forschungsprogramms).

C 1. Die vorhandenen und weitere, zukünftig generierte Daten sind in einer validen Datenbasis zusammenzufassen

Die Versorgungsforschung beschreibt mithilfe von deskriptiven Studien Zusammenhänge und Strukturen des Gesundheitssystems. Voraussetzung für diese Art von Untersuchungen ist eine valide Datenbasis, welche die Beschreibung des Istzustands der Versorgung in der Schweiz ermöglicht. Dazu gehören u.a. die Schaffung von Registern und deren nachhaltige Bewirtschaftung, die Etablierung von Qualitätsindikatoren und Kennzahlen in der ambulanten Versorgung, Datensammlungen hinsichtlich der Ergebnisqualität sowie die Weiterführung bzw. Neulancierung von Kohortenstudien / grossen Bevölkerungsstudien, in denen Informationen zur Versorgung (mit) untersucht werden. Zudem braucht es eine Verbesserung der Verknüpfbarkeit (z.B. durch einheitliche, anonymisierte Identifikationsnummern), der Vergleichbarkeit (z.B. durch standardisierte Daten zu Risikofaktoren, Diagnosen und Therapien) sowie der Verfügbarkeit dieser Daten. Das Bundesgesetz über die Registrierung von Krebserkrankungen und das Bundesgesetz über das elektronische Patientendossier, aber auch die E-Health-Strategie von Bund und Kantonen sind Schritte in diese Richtung, auch wenn diese Initiativen im Detail noch Korrekturbedarf aufweisen mögen.

Zudem zielt das vom BFS geführte Projekt MARS mit der Erweiterung auf den ambulanten Leistungsbereich auf die vollständige Abdeckung der Gesundheitsversorgung mit einer einheitlichen öffentlichen Statistik basierend auf Daten der Leistungserbringer (die dem Projekt allerdings teilweise mit Einwänden begegnen).

Grundsätzlich existiert zwar bereits eine Fülle von Datenquellen; diese sind in der Regel aber nicht zusammenführbar. Daher wäre es ein wichtiges Ziel, auch die Kompatibilität von Datenbanken zu verbessern, sofern dies zu einer höheren Informationsqualität führt. Gerade im Hinblick auf die grossen Datenmengen, die in Zukunft in der personalisierten/individualisierten Medizin anfallen werden, sind kompatible und gut strukturierte Datenbanken essenziell.

Empfehlung

Die im Sommer 2013 veröffentlichten Forderungen des Manifests «Bessere Gesundheitsdaten für ein effizienteres Gesundheitswesen» (Public-Health-Schweiz 2013) sind aufzugreifen und umzusetzen:

- Bund und kantonale Behörden führen eine den Erfordernissen des Datenschutzes genügende (d.h. anonymisierte und von der Sozialversicherungsnummer getrennte) Identifikationsnummer ein, welche die Verknüpfung bestehender Gesundheitsdaten erlaubt.
- Die Versicherten stellen im Rahmen eines solidarischen Pakts (mit Vetorecht bzw. Opt-out-Option) ihre Gesundheitsdaten für wissenschaftliche Studien zur Verfügung; eine verständliche und offene Information über Verwendung und Schutz der Daten ist dabei zentral.
- Der Bund fördert eine nachhaltige Harmonisierung der Datenerfassung, damit die Vergleichbarkeit innerhalb der Schweiz und mit internationalen Gesundheitsdaten sichergestellt ist.

- Die Schweizer Universitäten organisieren durch regionale Public-Private-Partnerschaften die Finanzierung einer grossangelegten Langzeitbevölkerungsstudie, um die Früherkennung, Prävention und Gesundheitsversorgung von chronischen Krankheiten in der Schweiz zu erforschen.

Zusätzlich ist sicherzustellen, dass die in Zukunft im Gesundheitswesen zu erwartenden grossen Datenmengen in adäquaten und kompatiblen Datenbanken erfasst werden.

C 2. Die Aus- und Weiterbildung im Bereich Versorgungsforschung ist zu fördern

Derzeit existieren in der Schweiz einige wenige spezifische Aus- und Weiterbildungsangebote im Bereich Versorgungsforschung. Am Institut für Hausarztmedizin in Zürich wurde ein auf Versorgungsforschung ausgerichtetes PhD-Programm etabliert, das allerdings nur in Verbindung mit der Universität Nijmegen/NL realisiert werden konnte. Insgesamt mangelt es vor allem an Forschenden mit medizinischem Hintergrund, die methodische Kenntnisse für Versorgungsforschung mitbringen. Neue Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten (z.B. in Form eines Masterprogramms) wären in diesem Bereich dringend angezeigt. Nichtmediziner eignen sich die Methodenkompetenz häufig im Rahmen von PhD-Programmen oder Weiterbildungsprogrammen der Bereiche Public Health/Epidemiologie oder Sozialwissenschaften an. Auch für andere versorgungsforschungsrelevante Bereiche, wie z.B. Gesundheitsökonomie, Informatik, Statistik usw., wäre eine bessere Positionierung in der Aus- und Weiterbildung von Gesundheitsberufen zielführend.

Empfehlung

Um die Versorgungsforschung langfristig als dritte Säule der medizinischen Forschung zu etablieren, ist es wichtig, zentrale Inhalte bereits im Studium zu vermitteln. Darüber hinaus ist es sinnvoll, zusätzliche Inhalte im Rahmen von entsprechenden CAS- bzw. MAS-Modulen anzubieten. An einigen Hochschulen (Winterthur, Luzern) sind solche Angebote bereits etabliert oder in Planung. Sie sprechen ein breites Publikum an, von Ärzten, Pflegenden, Ökonomen über Soziologen bis hin zu Juristen. Eine initiale finanzielle Unterstützung dieser Module durch den Bund wäre angezeigt. Auch die bereits gut etablierten Public-Health-Weiterbildungen der Universitäten von Bern, Basel und Zürich sowie in Lausanne und Genf enthalten Module, die gute Kenntnisse zur Epidemiologie und ansatzweise auch zur Methodik der Versorgungsforschung vermitteln. Wünschenswert wären aber weitere Module zur Methodik (namentlich der Statistik) der Versorgungsforschung; diese könnten problemlos in die bestehende Weiterbildungsarchitektur des Public-Health-Programms integriert werden. Um den akademischen Nachwuchs zu fördern, ist es wünschenswert, bestehende PhD-Programme zu erweitern.

C 3. Die vorhandenen Infrastrukturen sind stärker zu koordinieren und zu vernetzen

An vielen Orten ist methodische Kompetenz zur Durchführung von Versorgungsforschungsprojekten zumindest ansatzweise vorhanden, so etwa an den Instituten für Sozial- und Präventivmedizin in Bern, Lausanne und Zürich, an den Instituten für Hausarztmedizin in Basel, Bern, Genf und Zürich oder am Institut für Gesundheitsökonomie (WIG) an der ZHAW in Winterthur, wo besonders ökonomische Fragen der Versorgung untersucht

werden. Nicht zuletzt betreiben auch zahlreiche Einrichtungen der akademischen Pflege Versorgungsforschung, wie etwa die Institute für Pflegewissenschaften in Basel und Lausanne. Was allerdings fehlt, sind klare Kristallisationspunkte, die sich primär und nach aussen hin sichtbar mit diesen Fragestellungen auseinandersetzen.

Empfehlung

Im Hinblick auf die logistische Abwicklung grösserer Versorgungsforschungsstudien braucht es eine Bündelung der Methodenkompetenzen und der Infrastrukturen. Das Etablieren von multidisziplinären Plattformen, wie sie im Moment in Zürich und Lausanne am Entstehen sind, ist dafür der geeignete Weg: Ähnlich der erfolgreichen Vernetzung der Clinical Trial Units sollte es zu einer intensiven Vernetzung der einzelnen Institutionen lokal, aber auch schweizweit, kommen.

Aufgabe der Plattformen ist es, die Koordination und den Austausch der Forschenden untereinander zu fördern, insbesondere auch über fachliche Grenzen hinweg. Diese Plattformen sollten auch das methodische Know-how zur Verfügung stellen und so an Versorgungsforschung interessierten Klinikern und Patientenorganisationen ermöglichen, Fragestellungen zu bearbeiten. Die Vernetzung der Schweizer Forschenden mit ausländischen Experten und Netzwerken ist ebenfalls anzustreben.

C 4. Ein Nationales Forschungsprogramm trägt dazu bei, den Nachholbedarf der Schweiz im Bereich Versorgungsforschung zu verkleinern

Laut dem Bericht von OECD und WHO zum Gesundheitssystem der Schweiz aus dem Jahre 2011 sowie dem Bericht «Gesundheit2020», der die gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrats für die kommenden acht Jahre zusammenfasst, sind die Schwächen des schweizerischen Systems vor allem seine beschränkte Transparenz, die lückenhaften statistischen und analytischen Grundlagen, Ineffizienzen sowie das Nichterkennen von ungenügender Qualität bestimmter Leistungen. Um diesen Schwächen entgegenzuwirken und die Entwicklung zeitgemässer Versorgungsangebote zu fördern, fordert der Bericht u.a. explizit die Einführung bzw. Stärkung der Versorgungsforschung in der Schweiz, nicht zuletzt, da aufgrund der unterschiedlichen Struktur von Gesundheitssystemen die Übertragbarkeit ausländischer bzw. internationaler Studien auf das Schweizer System begrenzt ist. Auch der Bericht «Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung» von GDK und BAG fordert den Ausbau und die Stärkung von Versorgungsforschung in der Schweiz als Grundlage dafür, die Entstehung, Weiterentwicklung und Verbreitung neuer Versorgungsmodelle zu ermöglichen.

Das Förderprogramm «Versorgungsforschung im Gesundheitswesen» von SAMW und Bangerter-Stiftung hat gezeigt, dass der Forschungsbedarf in diesem Bereich gross ist und dass die methodischen Kompetenzen grundsätzlich existieren, um diese Fragestellungen in wissenschaftlichen Projekten zu untersuchen: So sind in den bisherigen drei Ausschreibungen insgesamt knapp 200 Gesuche

eingegangen. Dabei liess sich einerseits beobachten, dass die Qualität der Gesuche im methodischen Bereich nicht immer ausreichend war, was die Notwendigkeit von zusätzlichen Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten unterstreicht. Andererseits übertraf die Summe der nachgefragten Finanzen jene der ausgeschütteten Gelder um das Sechsfache – ein Hinweis darauf, dass in der Schweiz die Fördermöglichkeiten für die Versorgungsforschung beschränkt sind und damit wichtige Fragestellungen unbearbeitet bleiben.

Empfehlung

Der Schweizerische Nationalfonds lanciert ein Nationales Forschungsprogramm «Versorgungsforschung im Schweizer Gesundheitssystem». Als mögliche Schwerpunkte dieses NFP kommen folgende Themen in Frage:

a) Über-, Unter- und Fehlversorgung im Schweizer Gesundheitssystem

Es gibt in der Schweiz Hinweise auf Über-, Unter- und Fehlversorgung in der medizinischen Versorgung. Ziel dieses Schwerpunktes ist es, diese auf Gesundheitssystemebene zu analysieren und zu beschreiben. Darüber hinaus soll durch gezielte Interventionen die jeweilige Fehlversorgung minimiert werden. Explizit in diesen Bereich fallen auch Studien, die «less is more»- und «choosing wisely»-Ansätze untersuchen, da auch diese auf eine angemessene Versorgung abzielen. Da Fehlversorgung häufig durch Brüche in der Versorgungskette entsteht, zählen auch Projekte, die Schnittstellen der Versorgung analysieren und optimieren, zu diesem Bereich.

b) Optimale Ressourcenallokation – interprofessionelle Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung

Die Gesundheitsversorgung der Zukunft wird interprofessionell sein. Derzeit gibt es keine ausreichende Evidenz, weder im europäischen und erst recht nicht im Schweizer Setting, wie die zahlreichen Akteure idealerweise zusammenarbeiten und wie die Aufgaben und Kompetenzen zu verteilen sind. Mit diesem Schwerpunkt werden Projekte adressiert, die eine optimale Zusammensetzung der Professionen und ihrer Ausbildungsgrade untersuchen.

c) Zugang und Versorgung vulnerabler Patienten im Gesundheitssystem

Es gibt Belege, dass bestimmte Populationen entweder schwer Zugang zum Gesundheitssystem erhalten oder von (insbesondere präventiven) Massnahmen zu wenig erreicht werden. Menschen mit Migrationshintergrund oder mit psychischen Beeinträchtigungen und bildungsferne Schichten zählen dazu, weitere sind allenfalls zu identifizieren. Wie diese sogenannte «population at risk» (die sich weitgehend mit der «hard to reach population» deckt) besser und adäquat erreicht werden kann, sollte im Rahmen dieses Schwerpunkts untersucht werden.

d) Die Versorgung chronisch kranker und multimorbider Patienten

Eine der zentralen Herausforderungen für die Gesundheitssysteme der westlichen Welt ergibt sich aus der Demografie einer alternden Bevölkerung. Die angemessene Versorgung von chronisch kranken und multimorbiden Patienten sowie die Etablierung adäquater Konzepte auf allen Versorgungsebenen sind der Gegenstand der Forschung in diesem Schwerpunkt. Hierzu zählt neben der Untersuchung der ambulanten und stationären Langzeitversorgung (Hausärzte, Spitex, Heime) und neuer, innovativer und multiprofessioneller Versorgungskonzepte auch das Schaffen von Evidenz für die Versorgung einer Population, die sich so in keiner klinischen Studie findet. In diesen Forschungsbereich sind alle Akteure, insbesondere auch Pflegende, substanziell involviert. Darüber hinaus kommt gerade auch dem Patienten (und seinen Angehörigen) eine besondere Rolle zu, die durch «shared decision-making» und «patient empowerment» gezielt gefördert werden sollte – wie und in welchem Ausmass, ist Gegenstand der Forschung.

e) Bedeutung der Versorgungsforschung für Fachdisziplinen am Beispiel Onkologie

Der wichtigste Risikofaktor für Krebs ist das Alter. Rund 60% aller neuen Krebsdiagnosen betreffen Personen, die über 65 Jahre alt sind. Weniger bekannt ist jedoch die Tatsache, dass die meisten klinischen Studien in der Onkologie weitgehend unter Ausschluss genau dieser Altersgruppe durchgeführt werden: Nur gerade 25% der in klinischen Studien Behandelten sind über 65-jährig. Der Studienausschluss erfolgt meist aufgrund der hohen Komorbidität in dieser Altersgruppe. Dies bedeutet, dass wichtige Resultate – etwa aus Zulassungsstudien für neue Krebsmedikamente, die oft auch in Behandlungsguidelines einfließen – aufgrund von Studien generiert werden, in denen die Hauptbetroffenen und ihre besondere medizinische Situation deutlich untervertreten sind. Die Versorgungsforschung analysiert Behandlungsergebnisse in sogenannten «real life settings»; die daraus gewonnenen Daten können und müssen in einem zweiten Schritt in die Optimierung von Guidelines einfließen.

Dank Früherkennung, präziserer Diagnose und vor allem Fortschritten in der Behandlung liegt die 5-Jahres-Überlebensrate von Krebskranken heute bei 55–60%. Aktuell leben nahezu 300 000 Menschen in der Schweiz, die im Lauf ihres Lebens mit einer Krebsdiagnose konfrontiert wurden. Dies bedeutet, dass Krebserkrankungen zunehmend zu chronischen Krankheiten werden, was andere und neue Herausforderungen an unser komplexes Gesundheitssystem stellt. Die sogenannten «long-term survivors» stellen ganz andere Bedürfnisse an Wissenschaft und Gesellschaft. Fragen nach psychosozialen, medizinischen oder ökonomischen Auswirkungen einer Krebsbehandlung etwa, Fragen nach der Rehabilitation und der Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess usw. können nur mit Ansätzen der Versorgungsforschung angegangen werden. Hier müssen je nach Fragestellung medizinische, ökonomische, juristische und sozialwissenschaftliche Wissensdispositive im Studiendesign integriert und fachgerecht kombiniert werden können. Die Versorgungsforschung liefert bisher fehlende, wichtige Grundlagen für eine optimale Behandlung sowie für gesundheitspolitische Entscheide.

C 5. Bestimmte Teilgebiete der Versorgungsforschung bzw. fachliche Schwerpunkte sind zu priorisieren

Im Hinblick auf zukünftige Fördermassnahmen ist nach Meinung von Experten insbesondere das Kriterium des betroffenen Gesamtleistungsvolumens relevant. Dieses ergibt sich aus den Fallzahlen, d.h. der Anzahl erreichter Patienten multipliziert mit dem Leistungsvolumen pro Patient. In Anbetracht der Tatsache, dass die Versorgungsforschung in der Schweiz noch am Anfang steht, sollten somit erste Schwerpunkte dort gesetzt werden, wo möglichst viele Patienten bzw. ein möglichst grosser Anteil der zu versorgenden Bevölkerung in relevantem Ausmass (Leistungsvolumen) von den Ergebnissen der Forschung profitieren. Wenn es beispielsweise gelingt, durch einen teambasierten Versorgungsansatz das Monitoring von Diabetespatienten in der hausärztlichen Betreuung zu verbessern, dann ist der Impact auf das Leistungsvolumen (und die Lebensqualität!) durch verminderte Komplikationen und Hospitalisationen beträchtlich. Der Gewinn an lebensqualitätsadjustierten Lebensjahren (quality-adjusted life years, QALYs) ist hier durch den grossen Hebeleffekt weitaus grösser als etwa bei der Einführung eines neuen hochspezialisierten OP-Verfahrens bei einer seltenen Erkrankung.

Analoges gilt für die Problematik der Unter-, Fehl- und Überversorgung. Es gibt in der Schweiz deutliche Hinweise darauf, dass die Varianz der Versorgung bei bestimmten Erkrankungen und in bestimmten Regionen nicht rein medizinisch erklärt werden kann. Diese Hinweise der angebotsinduzierten Nachfrage im Gesundheitswesen eröffnen damit ein wichtiges Forschungsgebiet der Versorgungsforschung. Der «less is more»-Ansatz ist hier nicht nur im engeren Kontext der medikamentösen Therapie zu untersuchen, sondern sollte durchaus auf diagnostische und therapeutische Prozeduren im Allgemeinen ausgeweitet werden. Dies gilt sowohl für das hausärztliche wie das spezialärztliche ambulante und stationäre Setting. Damit rücken automatisch auch die Schnittstellen zwischen den Versorgungsebenen und damit die transmurale Versorgungsforschung in den Mittelpunkt. Eine engere, synergistische Verzahnung hilft, das Kompetenz- und Qualitätsvakuum an den Schnittstellen der Versorgung abzubauen. Wie dies optimal zu gestalten ist, muss Gegenstand der Versorgungsforschung sein. Auf der Seite der Leistungserbringer ist es wichtig, alle Akteure zu adressieren, insbesondere die vorgenannten, aber auch beispielsweise die Apotheker, denen in der Grundversorgung eine grosse Bedeutung zukommt, und die neben den

Hausärzten ebenfalls eine Eintrittspforte ins Gesundheitssystem darstellen. Wichtig ist, dass dabei stets auch die individuellen Patientenperspektiven Berücksichtigung finden, da sie die entscheidenden Determinanten der Inanspruchnahme wie auch des Outcomes medizinischer Versorgung sind. Forschungsanstrengungen sollten auch in den Bereichen verstärkt werden, in denen die Integration der drei Ziele Qualität, Fairness und Effizienz am schwierigsten scheint und negative Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung besonders von vulnerablen Gruppen zu befürchten sind.

Empfehlung

Bei der Abwägung, welche Forschungsprojekte in Zukunft finanziell unterstützt werden sollen, sind folgende Kriterien wichtig:

- *Gesamtleistungsvolumen*: Die Summe aus der Multiplikation der Anzahl erreichter Patienten und dem Leistungsvolumen pro Patient ist ein gutes Mass für den «social impact» einer Massnahme.
- *Verallgemeinerungsfähigkeit*: Ergebnisse der Versorgungsforschung müssen auf andere Institutionen des gleichen Settings übertragbar sein und eine gewisse Breitenwirkung haben.
- *Qualität, Relevanz, Innovation, Nachhaltigkeit*: Neben der wissenschaftlichen Qualität spielt die Relevanz für die klinische Praxis, für wichtige Gesundheitssoutcomes (Lebensdauer, Lebensqualität) oder auch für gesundheitspolitische Entscheidungsfindungen eine wichtige Rolle. Auch Innovations- und Veränderungspotenzial sowie eine gewisse Nachhaltigkeit des Projektes für das öffentliche Gesundheitswesen sind Kriterien, die Versorgungsforschungsprojekte erfüllen sollten.
- *Inter- und Transdisziplinarität, Vernetzung*: weist gleichzeitig auch ein grosses Potenzial für kostendämpfende Effekte im Gesundheitswesen auf. «Integrierte Versorgung» ist eine oft benutzte Worthülse in der Beschreibung der zukünftigen Versorgung. Aktuell gibt es dazu aber praktisch keine konkreten Beispiele aus der Schweiz und eine noch spärlichere wissenschaftliche Datenlage.

– *Praxisimplementierung:* Von grosser Bedeutung ist auch die Implementierung von Ergebnissen der Versorgungsforschung in der Praxis. International hat sich daher eine Subdisziplin der Versorgungsforschung, die Implementierungsforschung, herausgebildet, die untersucht, wie Massnahmen zur Effizienzsteigerung in die Routineversorgung implementiert werden können. Da Ergebnisse aus anderen Ländern nicht einfach in die Schweiz übertragen werden können, ist es wichtig, auch diesen Forschungsbereich zu fördern.

Für die fortlaufende Identifikation von Forschungsfeldern, die wissenschaftlich unterentwickelt sind und einer interessenneutralen Förderung bedürfen, sollten Stakeholder, aber auch Patienten in Form eines Expertengremiums die Fortschritte der Versorgungsforschung in der Schweiz regelmässig analysieren und systematisch bewerten.

C 6. Ausblick

Die Empfehlungen zielen auf eine Stärkung der Versorgungsforschung in der Schweiz auf den Ebenen Praxis, Aus- und Weiterbildung, Vernetzung sowie auf Anzahl und Qualität der Forschungsprojekte. Um die Umsetzung der vorgeschlagenen Massnahmen zu begleiten und gegebenenfalls Anpassungen vorzunehmen, wäre die Einsetzung einer Expertenkommission sinnvoll. Für diese anspruchsvolle Aufgabe wäre die Begleitgruppe des unter Punkt 4 beschriebenen Nationalen Forschungsprogramms ein geeignetes Gremium.

Anhang

Literatur

Aiken LH, et al. (2012) Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ* 344: e1717 doi:10.1136/bmj.e1717.

akademien-schweiz (2012) Ein nachhaltiges Gesundheitssystem für die Schweiz. Roadmap der Akademien der Wissenschaften Schweiz. In: Schweiz AdW (ed). www.akademien-schweiz.ch.

Albrich WC, et al. (2011) Optimised patient transfer using an innovative multidisciplinary assessment in Kanton Aargau (OPTIMA I): an observational survey in lower respiratory tract infections. *Swiss Med Wkly* 141:w13237 doi:10.4414/smw.2011.13237.

Albrich WC, et al. (2013a) Biomarker-enhanced triage in respiratory infections: a proof-of-concept feasibility trial. *European Respiratory Journal* 42(4):1064–75 doi:10.1183/09031936.00113612.

Albrich WC, et al. (2013b) Biomarker-enhanced triage in respiratory infections – a proof-of-concept feasibility trial. *European Respiratory Journal* doi:10.1183/09031936.00113612.

Aujesky D, et al. (2011) Outpatient versus inpatient treatment for patients with acute pulmonary embolism: an international, open-label, randomised, non-inferiority trial. *Lancet* 378(9785): 41–8 doi:10.1016/S0140-6736(11)60824-6.

Aujoulat I, Simonelli F, Deccache A (2006) Health promotion needs of children and adolescents in hospitals: a review. *Patient education and counseling* 61(1): 23–32 doi:10.1016/j.pec.2005.01.015.

Ausserhofer D, Schubert M, Desmedt M, Blegen MA, De Geest S, Schwendimann R (2013) The association of patient safety climate and nurse-related organizational factors with selected patient outcomes: a cross-sectional survey. *Int J Nurs Stud* 50(2):240–52 doi:10.1016/j.ijnurstu.2012.04.007.

Baehni C, et al. (2010) Which patients with lower respiratory tract infections need inpatient treatment? Perceptions of physicians, nurses, patients and relatives. *BMC pulmonary medicine* 10: 12 doi:10.1186/1471-2466-10-12.

BAG Allgemeine Informationen zum Krankenversicherungsgesetz. In: www.admin.ch/ch/d/ff/2004/5551.pdf.

Balka E, Doyle-Waters M, Lecznarowicz D, FitzGerald JM (2007) Technology, governance and patient safety: systems issues in technology and patient safety. *Int J Med Inform* 76 Suppl 1:35–47 doi:10.1016/j.ijmedinf.2006.05.046.

Barber R, Boote JD, Parry GD, Cooper CL, Yeeles P, Cook S (2012) Can the impact of public involvement on research be evaluated? A mixed methods study. *Health expectations: an international journal of public participation in health care and health policy* 15(3):229–41 doi:10.1111/j.1369-7625.2010.00660.x.

Barr M (2006) The Advanced Medical Home: A Patient-centered, Physician-guided Model of Health Care; a Policy Monograph of the American College of Physicians. American College of Physicians.

Bentley TG, Effros RM, Palar K, Keeler EB (2008) Waste in the U.S. Health care system: a conceptual framework. *Milbank Q* 86(4): 629–59 doi:10.1111/j.1468-0009.2008.00537.x MILQ537 [pii].

Berben L, et al. (2013) BRIGHT – Building Research Initiative Group Illness Management and adherence in Transplantation. In: [http://nursing.unibas.ch/forschung/projekte/infos/?tx_x4euniprogsgeneral_pi1\[showUid\]=17&cHash=f55385ac3ebaac194f346389eea3b4cd](http://nursing.unibas.ch/forschung/projekte/infos/?tx_x4euniprogsgeneral_pi1[showUid]=17&cHash=f55385ac3ebaac194f346389eea3b4cd) Accessed 18.10.2013.

Biller-Andorno N, Lee TL: Ethical Physician Incentives. From Carrots and Sticks to Shared Purpose. *N Engl J Med* 2013; 368:980–2.

Bodenheimer T, Berry-Millett R (2009) Follow the money-controlling expenditures by improving care for patients needing costly services. *N Engl J Med* 361(16): 1521–3 doi:10.1056/NEJMp0907185.

Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K (2002a) Improving primary care for patients with chronic illness. *JAMA* 288(15):1909–14.

Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K (2002b) Improving primary care for patients with chronic illness. *JAMA* 288(14):1775–9.

Bounameaux H, Perrier A, Wells PS (2001) Clinical and laboratory diagnosis of deep vein thrombosis: new cost-effective strategies. *Semin Vasc Med* 1(1):39–42 doi:10.1055/s-2001-14540.

Boyd CM, Darer J, Boulton C, Fried LP, Boulton L, Wu AW (2005) Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: implications for pay for performance. *JAMA* 294(6):716–24 doi:10.1001/jama.294.6.716.

Bundesärztekammer B (2011) Rahmenkonzept zur Förderung der Versorgungsforschung.

Busato A (2012) Versorgungsforschung in der Schweiz – Standortbestimmung und Ausblick. *Schweizerische Ärztezeitung* 12:896–8.

Busato A, Widmer M, Matter P (2011) Variation in incidence of orthopaedic surgery between populations with basic or basic plus supplementary health insurance in Switzerland. *Swiss Med Wkly* 141:w13152 doi:10.1016/j.smw-13152 [pii] 10.4414/smw.2011.13152.

Busse R (2006) Methoden der Versorgungsforschung. MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft OHG, Berlin.

Campbell MK, Elbourne DR, Altman DG (2004) CONSORT statement: extension to cluster randomised trials. *BMJ* 328(7441):702–8.

Carey TS, Garrett J, Jackman A, McLaughlin C, Fryer J, Smucker DR (1995) The outcomes and costs of care for acute low back pain among patients seen by primary care practitioners, chiropractors, and orthopedic surgeons. The North Carolina Back Pain Project. *N Engl J Med* 333(14):913–7 doi:10.1056/NEJM199510053331406.

Cassis I (2013) Less is more. Wie steht es in der Schweiz mit dem Überkonsum von medizinischen Leistungen? In: 133222 – Motion. www.parlament.ch/d/suche/seiten/geschaefte.aspx?gesch_id=20133222# Accessed 31.10.2013.

Coleman K, Austin BT, Brach C, Wagner EH (2009) Evidence on the Chronic Care Model in the new millennium. *Health Affairs* 28(1):75–85 doi:10.1377/hlthaff.28.1.75.

Cooksey D (2006) A review of UK health research funding. In: HM Treasury (ed). London.

- De Geest S, et al.** (2013) The Swiss Transplant Cohort Study's framework for assessing lifelong psychosocial factors in solid-organ transplants. *Progress in transplantation* (Aliso Viejo, Calif) 23(3):235–46 doi:10.7182/pit2013250.
- Detels R, Beaglehole R, Lansang MA, Gulliford M** (2009) *Oxford Textbook of Public Health*. Oxford University Press, Oxford.
- Donabedian A** (1988) The quality of care. How can it be assessed? *JAMA* 260(12):1743–8.
- EDI** Die Gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates / Gesundheit 2020.
- Eggimann P, Harbarth S, Constantin MN, Touveneau S, Chevrolet JC, Pittet D** (2000) Impact of a prevention strategy targeted at vascular-access care on incidence of infections acquired in intensive care. *Lancet* 355(9218):1864–8 doi:10.1016/S0140-6736(00)02291-1 [pii] 10.1016/S0140-6736(00)02291-1.
- Eggimann P, Pittet D** (2002) Overview of catheter-related infections with special emphasis on prevention based on educational programs. *Clin Microbiol Infect* 8(5):295–309 doi:10.1016/j.cmi.2002.05.011 [pii].
- Eichler K, et al.** (2013) Sustained health-economic effects after reorganisation of a Swiss hospital emergency centre: a cost comparison study. *Emerg Med J* doi:10.1136/emmermed-2013-202760 [pii] 10.1136/emmermed-2013-202760.
- Entwistle V, Calnan M, Dieppe P** (2008) Consumer involvement in setting the health services research agenda: persistent questions of value. *Journal of health services research & policy* 13 Suppl 3:76–81 doi:10.1258/jhsrp.2008.007167.
- Epping-Jordan JE** (2004) Research to practice: international dissemination of evidence-based behavioral medicine. *Annals of Behavioral Medicine* 28(2):81–87.
- Flynn D, et al.** (2012) Engaging patients in health care decisions in the emergency department through shared decision-making: a systematic review. *Academic emergency medicine: official journal of the Society for Academic Emergency Medicine* 19(8):959–67 doi:10.1111/j.1553-2712.2012.01414.x.
- Forst L, et al.** (2013) More than training: Community-based participatory research to reduce injuries among hispanic construction workers. *American journal of industrial medicine* 56(8):827–37 doi:10.1002/ajim.22187.
- Fourie CW, V; Biller-Andorno, N, Wild, V** (2013) Systematically evaluating the impact of Diagnosis-Related Groups (DRGs) on health care delivery: A matrix of ethical implications.
- Garrido MV, Zentner A, Busse R** (2011) The effects of gatekeeping: A systematic review of the literature. *Scandinavian journal of primary health care* 29(1):28–38
- Gawande A.** Something Wicked This Way Comes. *The New Yorker*, June 28, 2012. www.newyorker.com/online/blogs/comment/2012/06/something-wicked-this.
- Gesundheitsdirektorenkonferenz S** (2012) *Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung*. Bern: Bericht der Arbeitsgruppe «Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung» von GDK und BAG: 21.
- Green LA, Fryer GE, Jr., Yawn BP, Lanier D, Dovey SM** (2001) The ecology of medical care revisited. *N Engl J Med* 344(26):2021–5 doi:10.1056/NEJM200106283442611.
- Grilli R, Ramsay C, Minozzi S** (2002) Mass media interventions: effects on health services utilisation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(1) doi:10.1002/14651858.CD000389.
- Haller G, Agoritsas T, Luthy C, Piguet V, Griesser AC, Perneger T** (2011a) Collaborative quality improvement to manage pain in acute care hospitals. *Pain Med* 12(1):138–47 doi:10.1111/j.1526-4637.2010.01020.x.
- Haller G, Laroche T, Clergue F** (2011b) [Undesirable events during the perioperative period and communication deficiencies]. *Ann Fr Anesth Reanim* 30(12):923–9 doi:10.1016/j.annfar.2011.06.019.
- Heim B** (2008) Begleit- und Versorgungsforschung in der Gesundheitsversorgung. *Interpellation Nationalrat*.
- Heim B** (2009) Pflegebedürftige Betagte. *Case Management. Interpellation Nationalrat*.
- Hjelmgren J, Anell A** (2007) Population preferences and choice of primary care models: a discrete choice experiment in Sweden. *Health policy* 83(2–3):314–22 doi:10.1016/j.healthpol.2007.02.006.
- HSR-Europe** (2011a) Health services research: helping tackle Europe's health care challenges.
- HSR-Europe** (2011b) *Health Services Research into European Policy and Practice*. Final report of the HSREPP project. Utrecht: NIVEL.
- Imhof L, et al.** (2008) Swiss Research Agenda for Nursing (SRAN): Die Entwicklung einer Agenda für die klinische Pflegeforschung in der Schweiz. *Pflege* 21(6):375–84 doi:10.1024/1012-5302.21.6.375.
- Imhof L, Naef R, Wallhagen MI, Schwarz J, Mahrer-Imhof R** (2012) Effects of an Advanced Practice Nurse In-Home Health Consultation Program for Community-Dwelling Persons Aged 80 and Older. *J Am Geriatr Soc* 60(12):2223–31 doi:10.1111/jgs.12026.
- Institute of Medicine (U.S.). Division of Health Care Services.** (1979) *Health services research report of a study*. National Academy of Sciences, Washington.
- Kaderli R, Businger A, Oesch A, Stefanelli U, Laffer U** (2012a) Morbidity in surgery: impact of the 50-hour work-week limitation in Switzerland. *Swiss Med Wkly* 142:w13506 doi:10.4414/smw.2012.13506 *Swiss Med Wkly*. 2012;142:w13506 [pii].
- Kaderli R, Pfortmueller CA, Businger AP** (2012b) Healthcare quality management in Switzerland – a survey among providers. *Swiss Med Wkly* 142:w13561 doi:10.4414/smw.2012.13561 *smw* 13561 [pii].
- Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J** *Bücher-Krankenhaus-Report* 2013. *Der Klinikarzt* 42(07):267.
- Kleinknecht M, Frei IA, Spichiger E, Spirig R, Müller M** (2013) DRG – Begleitforschung Pflege: Monitoring the Impact of the DRG-Payment System on Nursing Service Context Factors in Swiss Acute Care Hospitals. In: [http://nursing.unibas.ch/forschung/projekte/infos/?tx_x4euniprojects-general_pi1\[showUid\]=228&cHash=986e36e5850c602ea46538d1802f8487](http://nursing.unibas.ch/forschung/projekte/infos/?tx_x4euniprojects-general_pi1[showUid]=228&cHash=986e36e5850c602ea46538d1802f8487) Accessed 18.10.13.
- Koelen MA, Vaandrager L, Colomer C** (2001) Health promotion research: dilemmas and challenges. *Journal of epidemiology and community health* 55(4):257–62.
- Koller MT, et al.** (2013) Design and methodology of the Swiss Transplant Cohort Study (STCS): a comprehensive prospective nationwide long-term follow-up cohort. *Eur J Epidemiol* 28(4):347–55 doi:10.1007/s10654-012-9754-y.
- Kontopantelis E, Reeves D, Valderas JM, Campbell S, Doran T** (2013) Recorded quality of primary care for patients with diabetes in England before and after the introduction of a financial incentive scheme: a longitudinal observational study. *BMJ Quality & Safety* 22(1):53–64.

- Kossovsky M, Keller PF, Mach F, Gaspoz JM (2012) Fondaparinux versus enoxaparin in the management of acute coronary syndromes in Switzerland: A cost comparison analysis. *Swiss Med Wkly* 142: w13536 doi: 10.4414/smw.2012.13536 smw-13536 [pii].
- Leuraud K, Jezewski-Serra D, Viguiet J, Salines E (2013) Colorectal cancer screening by guaiac faecal occult blood test in France: Evaluation of the programme two years after launching. *Cancer epidemiology* doi: 10.1016/j.canep.2013.07.008.
- Levinson KL, et al. (2013) The Peru Cervical Cancer Prevention Study (PERCAPS): the technology to make screening accessible. *Gynecologic oncology* 129(2): 318–23 doi: 10.1016/j.ygyno.2013.01.026.
- Limb M (2013) OECD finds some countries are too restrictive about sharing personal data. *BMJ* 346: f2116 doi: 10.1136/bmj.f2116.
- Lohr KN, Steinwachs DM (2002) Health services research: an evolving definition of the field. *Health Serv Res* 37(1): 7–9.
- Mahler MP, et al. (2008) A cost analysis of the first year after stroke – early triage and inpatient rehabilitation may reduce long term costs. *Swiss Med Wkly* 138(31–32): 459–65 doi: smw-11845 [pii], 2008/31/smw-11845.
- Manser T (2009) Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of the literature. *Acta Anaesthesiol Scand* 53(2): 143–51 doi: AAS1717 [pii] 10.1111/j.1399-6576.2008.01717.x.
- Martin JS, Ummenhofer W, Manser T, Spirig R (2010) Interprofessional collaboration among nurses and physicians: making a difference in patient outcome. *Swiss Med Wkly* 140: w13062 doi: smw-12648 [pii] smw-12648.
- Neugebauer E, Icks A, Schrappe M (2010) Memorandum III: Methoden für die Versorgungsforschung (Teil 2). *Das Gesundheitswesen* 72(10): 739–48.
- Nobre V, Sarasin FP, Pugin J (2007) Prompt antibiotic administration and goal-directed hemodynamic support in patients with severe sepsis and septic shock. *Curr Opin Crit Care* 13(5): 586–91 doi: 10.1097/MCC.0b013e3282e7d8e1 00075198-200710000-00021 [pii].
- OECD (2011) Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care.
- OECD (2013a) A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-term Care.
- OECD (2013b) Health policies and data. In: OECD. www.oecd.org/health/health-systems/healthcarequalityindicators Accessed 25.10.2013.
- OECD/WHO (2011) OECD Reviews of Health Systems: Switzerland 2011. OECD Publishing.
- Olshansky E, et al. (2005) Participatory action research to understand and reduce health disparities. *Nursing outlook* 53(3): 121–6 doi: 10.1016/j.outlook.2005.03.002.
- Peytremann-Bridevaux I, Bordet J, Burnand B (2013) Diabetes care in Switzerland: good, but perfectible: a population-based cross-sectional survey. *BMC health services research* 13: 232 doi: 10.1186/1472-6963-13-232
- Pfaff H (2003a) *Gesundheitsversorgung und Disease-Management Grundlagen und Anwendungen der Versorgungsforschung*. Verlag Hans Huber, Bern.
- Pfaff H (2003b) *Versorgungsforschung–Begriffsbestimmung, Gegenstand und Aufgaben. Gesundheitsversorgung und Disease Management Grundlagen und Anwendungen der Versorgungsforschung*. Bern: Verlag Hans Huber: 13–23.
- Pfaff H, Glaeske G, Neugebauer E, Schrappe M (2009) Memorandum III: Methoden für die Versorgungsforschung (Teil I). *Das Gesundheitswesen* 71(08/09): 505–10.
- Pfaff H, Schrappe M (2011) Einführung in die Versorgungsforschung. In: Pfaff H, Neugebauer E.A.M., Glaeske G, Schrappe M (eds) *Lehrbuch Versorgungsforschung*. Schattauer, Stuttgart.
- Pittet D, et al. (2000) Effectiveness of a hospital-wide programme to improve compliance with hand hygiene. *Infection Control Programme*. *Lancet* 356(9238): 1307–12 doi: S0140673600028142 [pii].
- Public-Health-Schweiz (2013) Bessere Gesundheitsdaten für ein effizienteres Gesundheitswesen. In: Schweiz PH (ed).
- Rizza A, et al. (2012) Age- and gender-related prevalence of multimorbidity in primary care: the Swiss FIRE project. *BMC family practice* 13:113 doi:10.1186/1471-2296-13-113.
- Rodondi N (2013) «Less is more» oder: Könnten wir unseren Patienten Untersuchungen oder Behandlungen ersparen? *Schweiz Med Forum* 13(10): 196.
- Rossini S (2012) Konsum von Medikamenten. Welche Perspektiven? *Interpellation Nationalrat*.
- Roth MS, Virginie (2010) Obsan Bericht 38, Inventar ausgewählter Gesundheitsdatenbanken in der Schweiz, Aktualisierung und Erweiterung 2010. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan).
- Rothwell PM (2005) External validity of randomised controlled trials: „to whom do the results of this trial apply?“. *Lancet* 365(9453): 82–93 doi: 10.1016/S0140-6736(04)17670-8.
- Santos-Eggimann B (2002) Increasing use of the emergency department in a Swiss hospital: observational study based on measures of the severity of cases. *BMJ* 324(7347): 1186–7.
- Schmid-Federer B (2013) Nationales Forschungsprogramm «Langzeitversorgung». In: 133745 – Motion. www.parlament.ch/d/suche/seiten/geschaefte.aspx?gesch_id=20133745.
- Schubert M, Clarke SP, Aiken LH, de Geest S (2012) Associations between rationing of nursing care and inpatient mortality in Swiss hospitals. *Int J Qual Health Care* 24(3): 230–8 doi: 10.1093/intqhc/mzs009.
- Schubert M, Clarke SP, Glass TR, Schaffert-Witvliet B, De Geest S (2009) Identifying thresholds for relationships between impacts of rationing of nursing care and nurse- and patient-reported outcomes in Swiss hospitals: a correlational study. *Int J Nurs Stud* 46(7): 884–93 doi: 10.1016/j.ijnurstu.2008.10.008.
- Schuetz P, Briel M, Mueller B (2013a) Clinical outcomes associated with procalcitonin algorithms to guide antibiotic therapy in respiratory tract infections. *JAMA* 309(7): 717–8 doi: 10.1001/jama.2013.697.
- Schuetz P, et al. (2009) Effect of procalcitonin-based guidelines vs standard guidelines on antibiotic use in lower respiratory tract infections: the ProHOSP randomized controlled trial. *JAMA* 302(10): 1059–66 doi: 10.1001/jama.2009.1297.
- Schuetz P, et al. (2013b) Optimizing triage and hospitalization in adult general medical emergency patients: the triage project. *BMC emergency medicine* 13: 12 doi: 10.1186/1471-227X-13-12.
- Schuetz P, et al. (2013c) Optimizing triage and hospitalization in adult general medical emergency patients: the triage project. *BMC emergency medicine* 13(1): 12 doi: 10.1186/1471-227X-13-12.
- Schwappach DL (2010) Review: engaging patients as vigilant partners in safety: a systematic review. *Medical care research and review: MCR* 67(2): 119–48 doi: 10.1177/1077558709342254.
- Schwappach DL, Mulders V, Simic D, Wilm S, Thurmann PA (2011) Is less more? Patients' preferences for drug information leaflets. *Pharmacoepidemiology and drug safety* 20(9): 987–95 doi: 10.1002/pds.2212.

- Schwappach DLB, Strassmann TJ** (2006) Ambulantes Operieren: Praxis oder Krankenhaus? *Der Chirurg* 77(2): 166–72.
- Schwartz F, Scriba P** (2004) Versorgungsforschung und Politikberatung. *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement* 9(03): 161–6.
- Schwartz FW, Busse R** (2003) Denken in Zusammenhängen: Gesundheitssystemforschung. *Das Public Health Buch* 2: 518–45.
- Schwendimann R, Zúñiga F, Ausserhofer D, Schubert M, Engberg S, de Geest S** (2013) Swiss Nursing Homes Human Resources Project (SHURP): protocol of an observational study. *J Adv Nurs* n/a-n/a doi: 10.1111/jan.12253.
- Sherman AJ** (1999) Primordial Prevention of Cardiovascular Disease among African-Americans: A Social Epidemiological Perspective. *Preventive Med* 29: 84–9.
- Smith M, Saunders R, Stuckhardt L, McGinnis JM** (2013) Best care at lower cost: the path to continuously learning health care in America. National Academies Press.
- Stephan FP, Nickel CH, Martin JS, Grether D, Delport-Lehnen K, Bingisser R** (2010) Pain in the emergency department: adherence to an implemented treatment protocol. *Swiss Med Wkly* 140(23–24): 341–7 doi: smw-12975 [pii] smw-12975.
- Stuppardt R** (2011) Versorgungspraxis braucht Versorgungsforschung. *Der Urologe* 50(6): 685–90.
- Szecsényi J, Rosemann T, Joos S, Peters-Klimm F, Miksch A** (2008) German Diabetes Disease Management Programs Are Appropriate for Restructuring Care According to the Chronic Care Model An evaluation with the Patient Assessment of Chronic Illness Care instrument. *Diabetes care* 31(6): 1150–4.
- Szucs TD, et al.** (2006) Cost-effectiveness of eplerenone in patients with left ventricular dysfunction after myocardial infarction – an analysis of the EPHEsus study from a Swiss perspective. *Cardiovasc Drugs Ther* 20(3): 193–204 doi: 10.1007/s10557-006-8282-y.
- Thomas RE, Russell M, Lorenzetti D** (2010) Interventions to increase influenza vaccination rates of those 60 years and older in the community. *The Cochrane database of systematic reviews*(9): CD005188 doi: 10.1002/14651858.CD005188.pub2.
- Trageser V, Iten, Crivelli** (2012) Effizienz, Nutzung und Finanzierung des Gesundheitswesens. Akademien der Wissenschaften Schweiz, Switzerland.
- Tsai AC, Morton SC, Mangione CM, Keeler EB** (2005) A meta-analysis of interventions to improve care for chronic illnesses. *The American journal of managed care* 11(8): 478.
- Unschuld PU** (2005) Der Arzt als Fremdling in der Medizin? Zuckschwerdt
- Unschuld PU** (2009) Ware Gesundheit: das Ende der klassischen Medizin; [Klaus Neugebauer zum 70. Geburtstag]. CH Beck.
- van den Akker M, Buntinx F, Metsemakers JF, Roos S, Knottnerus JA** (1998) Multimorbidity in general practice: prevalence, incidence, and determinants of co-occurring chronic and recurrent diseases. *Journal of clinical epidemiology* 51(5): 367–75.
- Verdon F, et al.** (2008) Chest pain in daily practice: occurrence, causes and management. *Swiss Med Wkly* 138(23–24): 340–7 doi: 2008/23/smw-12123.
- Vernaz N, et al.** (2013) Patented drug extension strategies on healthcare spending: a cost-evaluation analysis. *PLoS Med* 10(6): e1001460 doi: 10.1371/journal.pmed.1001460 PMEDICINE-D-12-01222 [pii].
- Wagner EH, Groves T** (2002) Care for chronic diseases. *BMJ* 325(7370): 913–4.
- Wang M, et al.** (2013) Hospital-integrated general practice: a promising way to manage walk-in patients in emergency departments. *J Eval Clin Pract* doi: 10.1111/jep.12074.
- Weiss BD, Palmer R** (2004) Relationship between health care costs and very low literacy skills in a medically needy and indigent Medicaid population. *The Journal of the American Board of Family Practice / American Board of Family Practice* 17(1): 44–7.
- Wells K, Miranda J, Bruce ML, Alegria M, Wallerstein N** (2004) Bridging community intervention and mental health services research. *The American journal of psychiatry* 161(6): 955–63.
- WHO** (2006) Working together for health. The World Health Report 2006.
- WHO** (2009) Milestones in Health Promotion. Statements from Global Conferences. In: WHO (ed). WHO, Geneva.
- Wolff H, Gaspoz JM, Guessous I** (2011) Health care renunciation for economic reasons in Switzerland. *Swiss Med Wkly* 141: w13165 doi: smw-13165 [pii] 10.4414/smw.2011.13165.
- Wright NM, Tompkins CN** (2006) How can health services effectively meet the health needs of homeless people? *The British journal of general practice: the journal of the Royal College of General Practitioners* 56(525): 286–93.
- Zander B, Dobler L, Busse R** (2012) The introduction of DRG funding and hospital nurses' changing perceptions of their practice environment, quality of care and satisfaction: Comparison of cross-sectional surveys over a 10-year period. *Int J Nurs Stud* doi: 10.1016/j.ijnurstu.2012.07.008.

Autoren

Hauptautoren

Dr. Katrin Cramer
SAMW, Basel

Prof. Thomas Rosemann
Institut für Hausarztmedizin, Universität Zürich

Dr. Michael Röthlisberger
SAMW, Basel

Gastautoren

Dr. Dietmar Ausserhofer, Dr. René Schwendimann, Prof. Sabina De Geest
Institut für Pflegewissenschaften, Universität Basel

Prof. Nikola Biller-Andorno
Institut für Biomedizinischen Ethik, Universität Zürich

Prof. Urs Brügger, Prof. Klaus Eichler
Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie, ZHAW

Prof. Bernard Burnand
Institut universitaire de médecine sociale et préventive,
Université de Lausanne

Prof. André Busato †
Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Universität Bern

Dr. Guy Haller
Chef de clinique scientifique, Service d'épidémiologie clinique,
Hôpitaux Universitaires de Genève

Prof. Thomas Rosemann
Institut für Hausarztmedizin, Universität Zürich

Prof. David Schwappach
MPH, Stiftung für Patientensicherheit Schweiz

PD Dr. Philipp Schütz, Prof. Beat Müller
Medizinische Universitätsklinik der Universität Basel
am Kantonsspital Aarau

Arbeitsgruppe

Prof. Thomas Rosemann, (Leitung), Leiter Institut für Hausarztmedizin Zürich

Prof. Gerd Antes, Leiter Deutsches Cochrane-Zentrum, Universität Freiburg

Prof. Heiner Bucher, Leiter Basel Institute for Clinical Epidemiology and Biostatistics Universität Basel

Prof. Bernard Burnand, Leiter Unité d'évaluation des soins IUMSP, CHUV-UNIL, 1010 Lausanne

Prof. André Busato †, Leiter Dialoggruppe Versorgungsforschung, ISPM Bern

Dr. Katrin Cramer, (ex officio, bis 10. 2013) Leiterin Ressort Wissenschaft und Forschung SAMW

Prof. Dagmar Haller, Professeur de médecine communautaire et de premier recours Genève

Prof. Peter Meier-Abt, Präsident SAMW

Dr. Michael Röthlisberger, (ex officio, ab 11. 2013) Wiss. Mitarbeiter Ressort Wissenschaft und Forschung SAMW

Begleitgruppe

Prof. Peter Meier-Abt, (Leitung), Präsident SAMW SAMW, Basel

Herbert Brunold, Leiter Fachstelle Evaluation und Forschung BAG, Bern

Manfred Langenegger, Wiss. Mitarbeiter der Sektion Qualität und Prozesse BAG, Bern

Dr. Claudine Dolt, Wiss. Beraterin Nationale Forschungsprogramme SBFI, Bern

Dr. pharm. Salome von Greyerz, Leiterin Abteilung Gesundheitsstrategien, BAG, Bern

lic.rer.soc. Kathrin Huber, (ab 11.2013), Projektleiterin GDK-CDS, Bern

Dr. Jacques Huguenin, Projektleiter Statistiken ambulante Gesundheitsversorgung, BFS, Neuchâtel

Dr. Ewa Mariéthoz, (bis 10. 2013), Projektleiterin GDK-CDS, Bern

Prof. Cornelia Oertle, Leiterin Fachkonferenz Gesundheit der KFH Berner Fachhochschule Gesundheit, Bern

Axel Reichlmeier, Leiter Ressort Projekte und Grundlagen Santésuisse, Solothurn

Dr. Stefanie Hostettler, Abteilung Daten, Demographie und Qualität DDQ, FMH, Bern

Dieter Keusch, CEO Kantonsspital Baden AG Kantonsspital Baden AG, Baden

Martin Bienlein, Leiter Geschäftsbereich Politik, Mitglied der Geschäftsleitung, H+, Bern

Dr. Annalis Marty-Nussbaumer, Vorstandsmitglied SGPG AMN Public Health Consulting, Luzern

Dr. Rolf Marti, Leiter Plattform Forschung des Nationalen Krebsprogramms 2011–2015 (NKP II), KFS, Bern

