

Gisela Nellesen-Martens, Edmund A. M. Neugebauer

# Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF) e.V.

Interdisziplinärer und multiprofessioneller Dialog für Qualität und Ergebnistransfer

**Im ersten Quartal des Jahres 2017 ist die Deutsche Gesellschaft für AlterszahnMedizin (DGAZ) dem Deutschen Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF) e.V. beigetreten. Aus diesem Anlass werden im folgenden Beitrag Gegenstand, Ziele und Selbstverständnis der Versorgungsforschung und des Netzwerks selbst vorgestellt. Das DNVF baut auf den interdisziplinären und multiprofessionellen Dialog in seinen Arbeits- und Fachgruppen, seinen verschiedenen Veranstaltungsformaten und in der Versorgungsforschung im Allgemeinen, um Qualität und Ergebnistransfer der Versorgungsforschung zu sichern.**

## Einleitung

Das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF) e.V. wurde im Mai 2006 als gemeinnütziger Verein gegründet. Fünf Jahre nachdem der erste Deutsche Kongress für Versorgungsforschung (DKVF) in Köln stattfand und zehn Jahre vor dem Boom, den der Innovationsfonds im letzten Jahr ausgelöst hat. Mit dem Innovationsfonds (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz) stehen über einen Förderzeitraum von insgesamt vier Jahren jährlich 300 Millionen Euro zur Verfügung; 75 Millionen Euro sind für die Förderung der Versorgungsforschung und 225 Millionen Euro für die Förderung und Evaluation innovativer Versorgungsformen, die über die Regelversorgung hinausgehen. Weitere Fördermittel stellen derzeit das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) im Ressort Versorgungsforschung und das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) mit dem „Aktionsplan Versorgungsforschung“ bereit<sup>3</sup>. Rahmenbedingungen, die sich wohl auch positiv auf das Wachstum des Netzwerks in den vergangenen Jahren ausgewirkt haben.

Im ersten Quartal des Jahres 2017 ist die Deutsche Gesellschaft für AlterszahnMedizin (DGAZ) dem Netzwerk beigetreten. Dies ist Anlass, Gegenstand, Ziele und Selbstverständnis der Versorgungsforschung und des

Netzwerks selbst sowie die Bedeutung des interdisziplinären und multiprofessionellen Dialogs im DNVF e.V. vorzustellen.

## Was ist Versorgungsforschung?

### Gegenstand, Ziele und Selbstverständnis

Gegenstand der Versorgungsforschung ist die gesundheitsfördernde, präventive, kurative, rehabilitative sowie pflegerische oder palliative Versorgung, die von medizinischen und nicht-medizinischen Gesundheitsberufen mit diagnostischer, therapeutischer oder die Gesundheits- und Selbstkompetenz stärkender Intention an Gesunden oder Kranken individuals- oder populationsbezogen im Versorgungssystem erbracht wird<sup>1,6,8</sup>. Die Versorgungsforschung lenkt den Blick auf „die letzte Meile“ und untersucht, was bei den Patient/-innen ankommt<sup>8</sup>. Hierin liegt der wesentliche Unterschied zur klinischen Forschung. In klinischen Studien werden unter kontrollierten Untersuchungsbedingungen die Wirkungen von Gesundheitsleistungen (efficacy) untersucht; in der Versorgungsforschung hingegen die Wirksamkeiten von einzelnen Gesundheitsleistungen oder komplexen Leistungen unter Alltagsbedingungen (effectiveness). Der Unterschied („gap“) zwischen „efficacy“ und

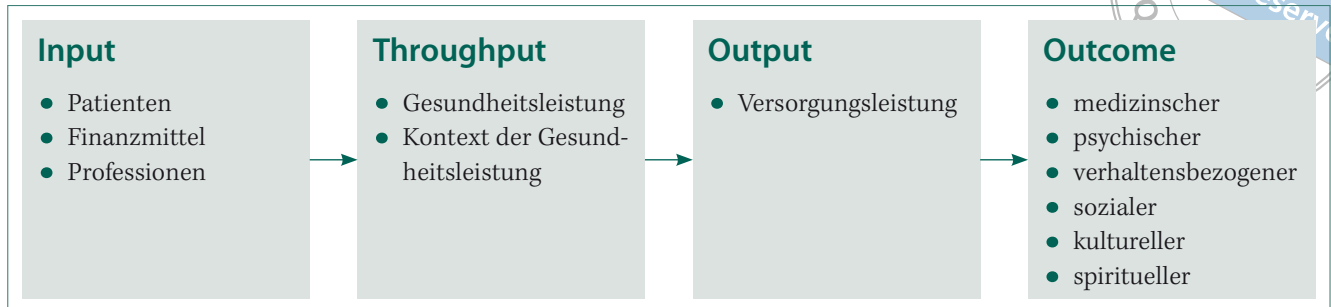


Abb. 1 Das systemtheoretische Versorgungsmodell<sup>10</sup>.

„effectiveness“ kann durch verschiedene Faktoren begründet sein, die bei der Erbringung der Leistung einwirken und den „Wirkungsgrad“ einer Gesundheitsleistung modifizieren können. Wird die Wirksamkeit eines Medikaments z. B. durch die Dauer der Einnahme und die Einhaltung vorgegebener Einnahmetermine beeinflusst (wie z. B. bei der Antibiotikabehandlung), so wird es im Alltag zahlreiche Patient/-innen geben, die sich nicht adhärent verhalten, die Einnahme bei zurückgehenden Symptomen frühzeitig abbrechen oder unregelmäßig vornehmen. Die Wirksamkeit der Antibiotika ist unter Alltagsbedingungen also reduziert. Der das Antibiotikum verschreibende Arzt und der Apotheker, der dem/der Patient/in das Medikament aushändigt, können durch ihr Verhalten und den besonderen Hinweis, das Einnahmedauer und -intervall zu beachten seien, auf das Patientenverhalten Einfluss nehmen. Grundsätzlich unterscheidet man Einflussfaktoren der Mikro-, Meso- und Makroebene. Im Versorgungssystem existieren zahlreiche Kontextfaktoren, die oftmals in ihrer Einflussnahme unterschätzt werden. Die Komplexität lässt sich am Beispiel der Prophylaxe beschreiben. Der regelmäßige Zahnarztbesuch wird mit einem Eintrag ins Bonusheft „belohnt“. Das Bonusheft soll jeden Einzelnen dazu anhalten, regelmäßig zur Kontrolle beim Zahnarzt vorbeizuschauen. Bei regelmäßigen Kontrollen können erste leichtere Erkrankungen des Zahnes früh erkannt

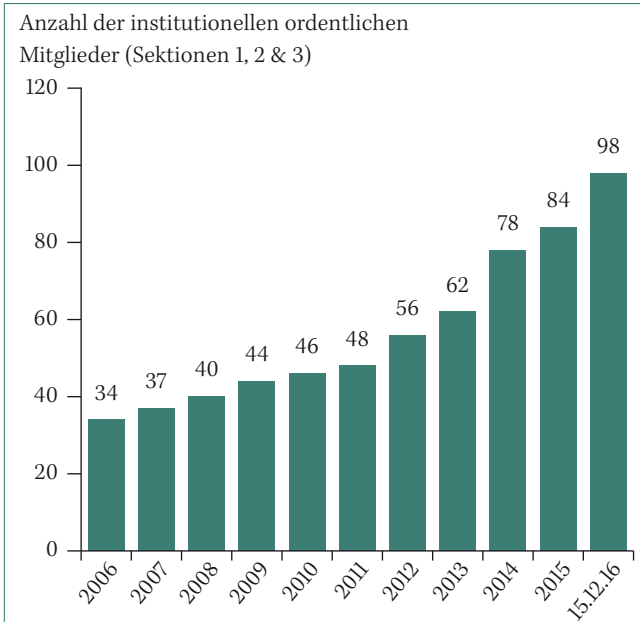
und dementsprechend mit relativ geringem Aufwand behandelt werden. Das nützt den Patient/-innen und den Krankenkassen, denn umfangreichere Behandlungskosten können vermieden werden. Sollte dennoch Zahnersatz (Brücke, Prothese, Krone) notwendig werden, belohnt die Krankenkasse die Patient/-innen, die regelmäßig die Kontrolltermine wahrgenommen haben, mit einem Plus an Zuschuss. Mit dem Bonusheft wird vonseiten der Makroebene auf das Verhalten der Patienten Einfluss genommen. Erinnert die Zahnarztpraxis ihre Stammkunden am Jahresende daran, dass sie im laufenden Jahr die Praxis noch nicht besucht haben, so ist dies ein weiterer Faktor (Mesoebene), der unmittelbar auf die Inanspruchnahme des prophylaktischen Zahnarztbesuches Einfluss nimmt.

Zur Beschreibung der Komplexität des Versorgungssystems mit ihren vielfältigen Wirkmechanismen wird in der Versorgungsforschung mit dem systemtheoretischen Modell, dem sog. „Throughput“-Modell gearbeitet<sup>8</sup>. Es beschreibt wie sich Input, Throughput, Output und Outcome unterscheiden (Abb. 1). Der Input umfasst die Ressourcen, die in das Gesundheitssystem fließen. Die Versorgungsstrukturen und -prozesse (Throughput) verarbeiten diese und stellen konkrete Versorgungsleistungen (Output) her, deren Outcome beim Patienten in Bezug auf verschiedene patientenbezogene Kriterien (PRO's Patient Reported Outcomes) beschrieben und gemessen werden kann (Pfaff

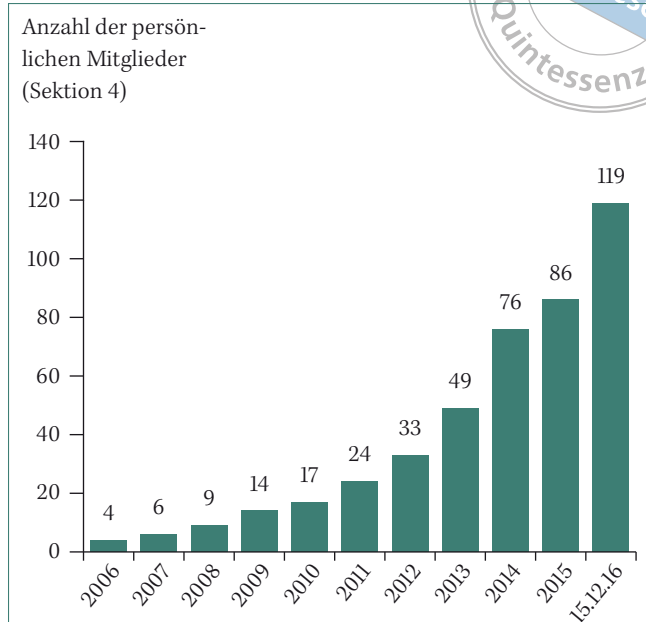
2003). Durch die Beschreibung der Versorgungssituation, Analyse und Erklärung der Ursachen, Entwicklung neuer Konzepte und deren evaluative Begleitung kann das Versorgungssystem als „lernendes System“ zur kontinuierlichen Verbesserung der Patientenorientierung, Qualität und Wirtschaftlichkeit aufgebaut werden<sup>5</sup>.

Hieraus ergeben sich nach die folgenden zentralen fünf Aufgaben der Versorgungsforschung<sup>8</sup>, die um die sechste Aufgabe des Transfers der Ergebnisse und der Implementierung praktischer Konsequenzen zu ergänzen ist<sup>6</sup>:

- **Beschreibende Funktion:** Beschreibung der Versorgungssituation, der Inanspruchnahme, des Zugangs und des Bedarfs an Versorgungsleistungen, wie z. B. in den vom Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) durchgeführten Mundgesundheitsstudien.
- **Erklärende Funktion:** Wieso nimmt die Motivation zur Zahn- und Mundhygiene im Alter ab?
- **Gestaltende Funktion:** Welche Konzepte und Interventionen lassen sich aufgrund versorgungswissenschaftlicher Ergebnisse entwickeln? Wie kann die zahnärztliche Versorgung in Pflegeheimen verbessert werden? Wie sind Patienteninformationen altersgerecht zu erstellen?
- **Evaluativ-begleitende Funktion:** Welche Implementations- und Umsetzungsprobleme treten auf?



**Abb. 2** Entwicklung der Anzahl institutioneller Mitglieder (Sektion 1, 2 und 4) im DNVF seit dem Jahr der Vereinsgründung 2006 (Stand: 15.12.2016).



**Abb. 3** Entwicklung der Anzahl persönlicher Mitglieder (Sektion 4) im DNVF seit dem Jahr der Vereinsgründung 2006 (Stand: 15.12.2016).

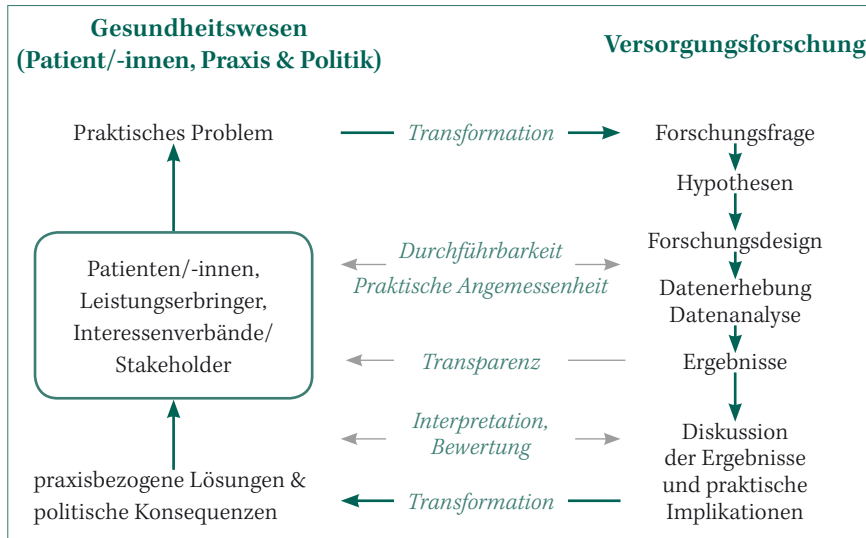
- Evaluative Funktion der Wirksamkeitsprüfung unter Alltagsbedingungen:** Zu welchen Ergebnissen (Versorgungsqualität, Nachhaltigkeit, Lebensqualität und Nutzen) führen neue Verfahren und Methoden (z. B. verwendete Materialien) oder veränderte gesetzliche Rahmenbedingungen? Hat sich die zahnmedizinische Versorgung Pflegebedürftiger in Heimen nach Änderung des § 22a SGB V im Rahmen des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes (Juli 2015) und dem Leistungsanspruch für die Mundgesundheit von Pflegebedürftigen, Menschen mit Behinderungen und Menschen mit eingeschränkter Alterskompetenz verbessert?
- Transfer und Implementierung:** Am Ende einer Versorgungsforschungsstudie/-analyse gilt es, die Ergebnisse zu diskutieren und praktische Implikationen für Versorgungspraxis und/oder Politik abzuleiten. Diese Transferorientierung ist eine wichtige Aufgabe und die Forschung, die sich mit den Fragen der Implementierung

beschäftigt, ein essenzielles Teilgebiet der Versorgungsforschung. Die Implementierungsforschung (Implementation Science) beschäftigt sich mit den Methoden zur Förderung der Umsetzung von Forschungsergebnissen in die Versorgungspraxis und die Gesundheitspolitik<sup>12</sup>.

### Das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung

Das Netzwerk entwickelte sich aus der Ständigen Kongresskommission des „Deutschen Kongresses für Versorgungsforschung“ (DKVF), die erstmalig 2002 den Deutschen Kongress für Versorgungsforschung plante. Bereits in dieser Kommission waren sowohl medizinische (z. B. Kardiologie, Chirurgie), pflegerische als auch gesundheitswissenschaftliche (z. B. medizinische Soziologie, medizinische Psychologie) Fachgesellschaften beteiligt. Die Kommission beschloss, den Kongress jährlich auszurichten und 2006 den gemeinnützigen Verein „Deutsches Netzwerk

Versorgungsforschung (DNVF) e. V.“ zu gründen, dem sie die Aufgabe der jährlichen Kongressplanung übertrug. Das DNVF, 2006 von 26 Gesellschaften gegründet, hat im vergangenen Jahr sein zehnjähriges Jubiläum gefeiert. Ende 2016 gehörten dem Netzwerk 50 Fachgesellschaften (u. a. DGZMK), 28 wissenschaftliche Institute und Forschungsverbände (u. a. IDZ), 20 juristische Personen und Personenvereinigungen (u. a. BÄK, KBV, BpTK, Barmer GEK, TK), 119 persönliche Mitglieder sowie 13 Fördermitglieder an (Stand 15.12.2016). Die Abbildungen 2 und 3 beschreiben die zahlenmäßige Entwicklung des Netzwerks. Die Anzahl der institutionellen ordentlichen Mitglieder im Netzwerk konnte innerhalb von zehn Jahren fast verdreifacht werden. Zu den institutionellen ordentlichen Mitgliedern zählen die Fachgesellschaften (Sektion 1), die wissenschaftlichen Institute (Sektion 2) und sonstige juristische Personen und Personenvereinigungen, wie die Kammern, Kassen und die KBV, die in der Sektion 3 zusammengefasst sind (Abb. 2). Die Anzahl der persönlichen Mitglieder (Sektion 4) stieg von vier



**Abb. 4** Regelkreis einer transferorientierten Versorgungsforschung<sup>6</sup> (in Anlehnung an Bensing et al.<sup>2</sup>).

Mitgliedern im Gründungsjahr auf 119 Personen (Stand: 15.12.2016, s. Abb. 3).

Die Deutsche Gesellschaft für Alterszahnmedizin und die Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (DGMKG) sind dem Netzwerk im ersten Quartal dieses Jahres beigetreten.

Hinsichtlich der Aufgaben und Aktivitäten konzentrierte sich die Arbeit des DNVF in den ersten Jahren auf die Lobbyarbeit. Aufgrund der unzureichenden Wertschätzung der Versorgungsforschung seitens der (Hochschul- und Gesundheits-)Politik und der Selbstverwaltung galt es zunächst, das Fach Versorgungsforschung sichtbarer zu machen und zu stärken. Das Netzwerk bzw. die Ständige Kongresskommission als Vorgänger verfassten Memoranden zur Versorgungsforschung<sup>11</sup> und insbesondere zu den Methoden für die Versorgungsforschung<sup>7,9</sup>. Nachdem die Versorgungsforschung sich mittlerweile nicht nur über beachtliche Fördermitteln freuen darf, sondern auch hohen Erwartungen der Politik, der Selbstverwaltung und Versorgungspraxis gegenübersteht, hat sich der Aufgabenschwerpunkt des Netzwerks verlagert. Das DNVF arbeitet weiter-

hin an der Verbesserung der Rahmenbedingungen für die Versorgungsforschung (z. B. Datenzugang) und die Weiterentwicklung der Methoden für die Versorgungsforschung – hierzu existieren eine Reihe von Arbeitsgruppen im DNVF. Darüber hinaus arbeitet das DNVF daran, die Wirksamkeit der Versorgungsforschung selbst zu steigern. Hierzu bedarf es zum einen mehr Transparenz über Versorgungsforschungsergebnisse, im Weiteren einer intensiveren Diskussion der Ergebnisse unter Beteiligung der Patient/-innen, Leistungserbringer, -träger und Forscher, um Implikationen für Praxis und Politik abzuleiten und diese zu implementieren (Transferorientierung, s. o.). Dabei setzt das Netzwerk auf den interdisziplinären und multiprofessionellen Dialog.

### Interdisziplinärer und multiprofessioneller Dialog, um Qualität und Ergebnistransfer der Versorgungsforschung zu sichern

In Abbildung 4 ist dargestellt, wie der Regelkreis der transferorientierten Versorgungsforschung aufgebaut ist,

und wie sich die Versorgungsforscher im Dialog mit den Verantwortlichen des Gesundheitssystems austauschen, um das Gelingen der Versorgungsforschungsstudie im Sinne der Durchführung zu sichern und den Transfer der Ergebnisse in die Praxis und/oder Politik ideal vorzubereiten. In einer transferorientierten Versorgungsforschung sind Gesundheitswesen und Versorgungsforschung nicht nur zu Beginn (also bei der Transformation praktischer Probleme in eine Forschungsfrage) und am Ende (das heißt bei der Transformation der Ergebnisse in praktische Implikationen) im Dialog, sondern auch bei der Projektentwicklung und bei der Diskussion und Interpretation der Ergebnisse<sup>6</sup>.

Mit dem „Deutschen Kongress für Versorgungsforschung“ hat das DNVF e. V. von Beginn an den interdisziplinären und multiprofessionellen Dialog gefördert. Das Netzwerk hat darüber hinaus durch seine Vernetzung mit den unterschiedlichen Fachgesellschaften, den verschiedenen Organisationen der Selbstverwaltung, zahlreichen wissenschaftlichen Instituten und Zentren sowie den Forscher/-innen selbst eine Plattform geschaffen, um in unterschiedlichen Arbeits- und Fachgruppen und Kommissionen über die Rahmenbedingungen, Fragestellungen, Methoden, Ergebnisse und praktische Konsequenzen der Versorgungsforschung zu diskutieren. Die interprofessionelle und multidisziplinäre Arbeitsweise findet sich in den verschiedenen Fortbildungsangeboten, wie z. B. in der DNVF-Spring-School und den DNVF-Foren wieder. Eine Mitgliedschaft im DNVF steht allen interessierten Personen, Fachgesellschaften, Organisationen und Institutionen offen, die Versorgungsforschung betreiben, sich für ihre Ergebnisse interessieren oder die Forschung fördern möchten.

## Literatur

1. Arbeitskreis „Versorgungsforschung“ beim Wissenschaftlichen Beirat der Bundesärztekammer: Definition und Abgrenzung der Versorgungsforschung, Berlin, 2004. [http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/Definition.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Definition.pdf), Abruf 28.11.16
2. Bensing JM, Caris-Verhallen WM, Dekker J et al. Doing the right thing and doing it right: toward a framework for assessing the policy relevance of health services research. *Int J Technol Assess Health Care* 2003;19:604-612.
3. Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF). Aktionsplan Versorgungsforschung, 2014. [https://www.bmbf.de/pub/Aktionsplan\\_Versorgungsforschung.pdf](https://www.bmbf.de/pub/Aktionsplan_Versorgungsforschung.pdf), Abruf 13.11.16
4. Bundeszahnärztekammer/Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung. Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V) – Kurzfassung, Berlin/Köln, August 2016.
5. Jordan RA. Zahnmedizinische Versorgungsforschung in Deutschland – eine Standortbestimmung. *Forum für Zahnheilkunde*, Zeitschrift des Deutschen Arbeitskreises für Zahnheilkunde und des Berufsverbandes der Allgemeinzahnärzte, 2014 (33): 12-14.
6. Nellessen-Martens G, Hoffmann W. Versorgungsforschung – eine Disziplin im Aufschwung. *G+G Wissenschaft*, 2017;7-15.
7. Neugebauer EAM, Icks A, Schrappe M. Memorandum III: Methoden für die Versorgungsforschung, Teil 2. *Gesundheitswesen* 2010;72:739-748.
8. Pfaff H. Versorgungsforschung – Begriffsbestimmung, Gegenstand und Aufgaben. In: Pfaff H, Schrappe M, Lauterbach KW, Engelmann U, Halber M (Hrsg.). *Gesundheitsversorgung und Disease Management. Grundlagen und Anwendungen der Versorgungsforschung*, Bern: Verlag Hans Huber, 2003:13-23.
9. Pfaff H, Glaeske G, Neugebauer EAM, Schrappe M. Memorandum III: Methoden für die Versorgungsforschung, Teil 1. *Gesundheitswesen* 2009;71:505-510.
10. Pfaff H, Schrappe M. Einführung in die Versorgungsforschung. In: Pfaff H, Glaeske G, Neugebauer E, Schrappe M. (Hrsg.) *Lehrbuch Versorgungsforschung*. Stuttgart: Schattauer Verlag, 2011:2-57
11. Ständige Kongresskommission „Deutscher Kongress für Versorgungsforschung“. Memorandum zur Versorgungsforschung in Deutschland. Situation – Handlungsbedarf – Strategien, 2003. <http://www.netzwerk-versorgungsforschung.de/uploads/1.%20Memorandum%202003.pdf>, Abruf: 25.11.2016.
12. Wensing M. Implementation Science in Healthcare: an Introduction and Perspective. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes* 2015;109:97-102.

## Autoren

**Dr. Gisela Nellessen-Martens**  
Geschäftsführerin des Deutschen Netzwerks  
Versorgungsforschung e. V.  
E-Mail: [gisela.nellessen-martens@uk-koeln.de](mailto:gisela.nellessen-martens@uk-koeln.de)

**Univ.-Prof. Dr. Prof. h.c. Dr. h.c.  
Edmund A. M. Neugebauer**  
Vorsitzender des Deutschen Netzwerks  
Versorgungsforschung e. V.  
und Dekan der Medizinischen Hochschule  
Brandenburg, Neuruppin

