

Versorgungsforschung in der Schweiz: Standortbestimmung und Perspektiven

Masterarbeit
zur Erlangung des Masters of Public Health
im Rahmen des Weiterbildungsstudiengangs Public Health
der Universitäten Basel, Bern und Zürich

vorgelegt von
Katrín Crameri
aus Deutschland

Basel, März 2015

Projektbegleitung: Prof. Johann Steurer, Horten Zentrum für praxisorientierte
Forschung und Wissenstransfer, Universität Zürich

Inhaltsverzeichnis

ZUSAMMENFASSUNG	3
A. EINLEITUNG:	4
1. Hintergrund	4
2. Was ist Versorgungsforschung?	4
a) Definition	4
b) Systematik, Ebenen und Settings der Versorgungsforschung	5
c) Methodik der Versorgungsforschung	6
3. Warum braucht es Versorgungsforschung?	7
4. Ausgangslage	8
5. Forschungsfrage	9
6. Projektziel	9
B. METHODEN:	10
1. Befragung von Akteuren im Bereich Versorgungsforschung	10
a) Population / Verteiler	10
b) Fragebogenkonzeption	10
c) Durchführung der Befragung	11
d) Auswertung	11
2. Datenbank-Analysen	12
a) Analyse der eingereichten Gesuche beim Förderprogramm «Versorgungsforschung im Gesundheitswesen» der SAMW	12
b) Analyse der vom SNF geförderten Versorgungsforschungsprojekte	12
C. RESULTATE:	13
1. Ergebnisse der Fragebogenerhebung	13
a) Wer macht Versorgungsforschung in der Schweiz?	13
b) Welche Versorgungsforschung wird in der Schweiz gemacht?	14
c) Wissenschaftlicher Output und finanzielle Rahmenbedingungen der Schweizer Versorgungsforschung	16
d) Landesteilspezifische Unterschiede in der Schweizer Versorgungsforschung	17
e) Zukunftsperspektiven für die Schweizer Versorgungsforschung	18
2. Auswertung des SAMW-Förderprogramms	19
3. Analyse der bisher durch den SNF finanzierten Versorgungsforschungsprojekte	22
D. DISKUSSION:	25
DANKSAGUNG:	32
LITERATUR:	33
ANHANG	34
KRITISCHE WÜRDIGUNG / METHODENKRITIK	52
PUBLIC HEALTH RELEVANZ	53
SELBSTÄNDIGKEITSERKLÄRUNG	54
CURRICULUM VITAE	55

Zusammenfassung

Die Versorgungsforschung (engl. Health Services Research) analysiert Strukturen, Prozesse und Wirksamkeit der Versorgung unter Alltagsbedingungen und sucht neue Lösungsansätze für ein qualitativ hochstehendes Gesundheitssystem, das den heutigen gesellschaftlichen Anforderungen an die Kranken- und Gesundheitsversorgung gerecht wird. In der Schweiz haben eine Institutionalisierung, eine systematische Vernetzung sowie die Bereitstellung expliziter öffentlicher Fördergelder für diesen Forschungsbereich noch nicht stattgefunden, weshalb es auch keine Übersicht darüber gibt, wie sich die Lage der Versorgungsforschung in der Schweiz derzeit konkret gestaltet.

Die vorliegende Arbeit liefert eine umfassende Standortbestimmung zur Versorgungsforschung in der Schweiz. Durch eine breit gestreute Befragung von Projektleiterinnen und Projektleitern (Principle Investigators, PIs) im Bereich Versorgungsforschung sowie die Analyse zweier Projektdatenbanken wurden Informationen zu den Akteure und ihren Perspektiven, zu Forschungsaktivitäten, Infrastrukturen, Datengrundlagen, Vernetzung, Nachwuchsförderung sowie zum wissenschaftlichem Output und den (finanziellen) Rahmenbedingungen im Bereich Versorgungsforschung in der Schweiz gesammelt und ausgewertet.

Die Ergebnisse zeigen, dass in der Schweiz bereits seit vielen Jahren Versorgungsforschung gemacht wird, wenn auch nicht explizit unter dieser Bezeichnung. Ein Grossteil der Schweizer Versorgungsforschung findet an Universitären Institutionen statt, gefolgt von Fachhochschulen und (Universitäts-)Spitälern. Die Forschung wird von vielen verschiedenen Berufsgruppen und Disziplinen ausgeführt, die Mehrheit der Forschenden ist allerdings in den Bereichen Medizin, Public Health, Pflegewissenschaften oder Ökonomie zuhause. Die durchgeführte Forschung untersucht zumeist die Organisation und Erbringung von Gesundheitsdiensten und analysiert Versorgungsleistungen, seltener stehen das Gesundheitssystem als solches oder die Arzt-Patient-Beziehung im Vordergrund. Die Grundversorgung steht am häufigsten im Fokus der Forschung, aber auch die anderen Settings im Gesundheitswesen werden beforscht. Entsprechend der demographischen Situation sind chronisch Kranke und ältere Menschen die häufigsten Zielpersonen in der Forschung.

Einem Zehntel der PIs stehen 80 oder mehr Stellenprozent ihrer Arbeit für Versorgungsforschung zur Verfügung und ein Fünftel verfügt in ihrem Team über 2 oder mehr 100%-Stellen für die Versorgungsforschung. Insgesamt wurden zwischen 2008 und 2012 laut Umfrage 858 wissenschaftliche Publikationen zum Thema Versorgungsforschung veröffentlicht und über 42 Mio Franken sind in Versorgungsforschungsprojekte geflossen. Hauptgeldquelle dafür waren private Stiftungen (inkl. Förderprogramm SAMW), noch vor SNF, den Hochschulen und Krankenversicherungen. In der Westschweiz hat die Versorgungsforschung eine längere Tradition und bekam in den letzten Jahren insgesamt mehr Mittel von Seiten des SNF zugesprochen, als die Deutschschweizer Versorgungsforschung. Die Datenbank-Analyse des SNF zeigt, dass der SNF seit 1975 mindestens 26.5 Mio Franken für Versorgungsforschungsprojekte gesprochen hat; knapp ein Drittel davon floss in die Westschweiz und 15% ins Tessin. Insgesamt sind Universitäre Institutionen bei der Mittelbeschaffung am erfolgreichsten, Fachhochschulen sind dies weniger.

Akteure und Stakeholder sind sich einig, dass für die Förderung und Stärkung der Versorgungsforschung eine nationale Strategie im Sinne einer übergeordneten Forschungsagenda, eine stärkere Koordination und bessere Vernetzung sowie mehr und langfristige Finanzierungsmöglichkeiten dringend angezeigt wären.

A. Einleitung¹:

1. Hintergrund

Neue Erkenntnisse aus unterschiedlichen Forschungsbereichen rund um die Medizin haben im letzten Jahrhundert ungeahnte Fortschritte in Prävention, Diagnostik und Therapie von Krankheiten ermöglicht und dazu beigetragen, dass immer mehr Menschen ein immer höheres Lebensalter erreichen. Die steigende Anzahl älterer Menschen geht einher mit einer Zunahme an chronischen Erkrankungen und Multimorbidität. Durch die erfolgreiche Entwicklung neuer Techniken und Therapien 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 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 Kranken- und Gesundheitsversorgung. Um Unter-, Über- sowie Fehlversorgung zu vermeiden und eine gute Versorgung auch langfristig gewährleisten zu können, müssen innovative Versorgungskonzepte auf der Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse entwickelt, umgesetzt und auf ihren Nutzen hin überprüft werden (Busato 2012). Dies ist 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, steckt der Forschungszweig hierzulande noch in den Kinderschuhen. Zwar werden an verschiedenen Schweizer Universitäten, Fachhochschulen und anderen Einrichtungen versorgungsforschungsrelevante Fragestellungen bearbeitet (HSR-Europe 2011), aber eine Institutionalisierung, eine systematische Vernetzung sowie die Bereitstellung expliziter öffentlicher Fördergelder für diesen Forschungsbereich stehen noch aus. Aufgrund der fehlenden Institutionalisierung gibt es auch keine Übersicht darüber, wie sich die Lage der Versorgungsforschung in der Schweiz derzeit konkret gestaltet, d.h. jegliche Informationen über die Forschenden selbst sowie über laufende und geplante Forschungsaktivitäten, Art der Forschung, Rahmenbedingungen und Finanzierungsmöglichkeiten fehlen.

2. Was ist Versorgungsforschung?

a) Definition

Die Versorgungsforschung (engl. Health Services Research) analysiert Strukturen, Prozesse und Wirksamkeit der Versorgung unter Alltagsbedingungen und sucht neue Lösungsansätze für ein qualitativ hochstehendes Gesundheitssystem, das den heutigen gesellschaftlichen Anforderungen an die Kranken- und Gesundheitsversorgung gerecht wird. Im Zentrum steht die Wirksamkeit unter Alltagsbedingungen (engl. effectiveness), im Gegensatz zur klinischen Forschung, wo die Wirksamkeit unter Studienbedingungen (engl. efficacy) untersucht wird. Der Englische Begriff «Health Services» richtet sich, im Gegensatz zum Begriff «Health Care», nicht nur an Patientinnen und Patienten², sondern auch an die gesunde, zu versor-

¹ Die Textteile in der Einleitung dieser Arbeit basieren mit leichter Überarbeitung auf dem von mir verfassten Kapitel A des SAMW-Dokuments «Stärkung der Versorgungsforschung in der Schweiz» (SAMW 2014).

² Im nachfolgenden Text wird der Einfachheit halber nur die männliche Form verwendet. Die weibliche Form ist selbstverständlich immer mit eingeschlossen.

gende Bevölkerung (z.B. im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention). In der Folge ist mit dem Deutschen Wort «Versorgung» deshalb immer sowohl die Kranken- als auch die Gesundheitsversorgung gemeint.

Die amerikanischen «Agency for Healthcare Research and Quality» (AHRQ) definiert Versorgungsforschung (engl. Health Services Research) 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*»³. Die AHRQ fasst 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.

Für den Zugang zu Versorgung spielen neben dem Einfluss sozialer Faktoren, Finanzierungssysteme, Organisationsstrukturen und -prozesse, Gesundheitstechnologien, personenbezogenen 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.

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 ärztlichen Routine, 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*» (Pfaff 2003).

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. Gemäss AHRQ ist das Ziel der Versorgungsforschung 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 erhöhen³.

Da Versorgungsforschung bestrebt ist, wissenschaftliche und von Partikularinteressen unabhängige Grundlagen zu schaffen, liefert sie objektive 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.

b) Systematik, Ebenen und Settings der Versorgungsforschung

Versorgungsforschung findet in jedem Patientenorientierten Fachgebiet statt und wird daher von den verschiedensten Berufsgruppen in den unterschiedlichsten Fachdisziplinen betrieben. Einige Fachbereiche können praktisch gänzlich zur Versorgungsforschung gezählt wer-

³ <http://www.ahrq.gov/workingforquality/nqs/nqsplans.htm>. Zugriff am 29.1.2015

den, wie z.B. die Gesundheitsökonomie oder das Health Technology Assessment (HTA), andere haben je nach Schwerpunkt unterschiedlich grosse Anteile, welche der Versorgungsforschung zuzuordnen sind, wie z.B. die Pflegewissenschaften, die klinische Forschung (vor allem im Bereich der Phase IV), Public Health und Sozial- und Präventivmedizin oder die (klinische) Epidemiologie. Sofern die Versorgung im Zentrum von beispielsweise sozialwissenschaftlichen, ethischen oder rechtlichen Fragestellungen steht, sind auch diese Bereiche der Versorgungsforschung zuzuordnen.

Versorgungsforschung wird generell als angewandte Forschung verstanden, dennoch wird systematisch zwischen grundlagenorientierter und anwendungsorientierter Versorgungsforschung unterschieden. Erstere umfasst die Beschreibung und kausale Erklärung des Versorgungsbedarfs/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 2003).

Versorgungsforschung findet auf drei verschiedenen Ebenen statt: der Mikroebene, der Mesoebene und der Makroebene. Forschung auf der **Makroebene** wird als Gesundheitssystemforschung (auf regionaler, nationaler oder internationaler Ebene) bezeichnet. Gesundheitssystemforschung befasst sich z.B. mit rechtlichen Fragen, mit übergeordneten gesundheitspolitischen Fragen und mit Fragen der Finanzierung von Gesundheitssystemen, und analysiert bereits bestehende, oft hoch aggregierte Daten (Schwartz and Busse 2003). Versorgungsforschung auf der **Mesoebene** nimmt institutionelle Leistungserbringer unter die Lupe und analysiert die Organisation und Erbringung von Gesundheitsdiensten und medizinischer Betreuung (z.B. im Spital, in der Praxis, Spitex, etc.) sowie Einschätzung und Bewertung von Versorgungsleistungen (z.B. Indikatoren, Qualität, Effektivität, Angemessenheit). Auf der **Mikroebene** stehen die individuelle Versorgungsinteraktionen im Fokus (z.B. Arzt-Patient-Beziehung, Determinanten von Arztentscheidungen). Versorgungsforschung auf der Mikro- und Mesoebene nutzt einerseits bestehende Daten (z.B. Registerdaten, Sekundärdaten, Finanzierungsdaten), generiert aber auch selbst welche (z.B. durch Studien und Umfragen).

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, etc.). Je nach Perspektive (z.B. medizinischer, ökonomischer, ethischer, organisatorischer, etc.) stehen unterschiedliche Aspekte der Versorgung sowie verschiedene Zielgruppen im Fokus und je nach Fragestellung werden unterschiedliche Datengrundlagen und Methoden verwendet.

c) Methodik der Versorgungsforschung

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 von dem Ziel der jeweiligen Forschung abhängig. Betrachtet man die Forschungsziele entlang des bereits erwähnten Qualitätskreislaufs der Versorgung, 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. Auch randomisierte klinische Kontrollstudien, die in der klinischen Forschung den Goldstandard darstellen, kommen auf der Ebene der Outcome-Forschung 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 2003).

3. Warum braucht es Versorgungsforschung?

Das Schweizer Gesundheitssystem verfügt derzeit über eine sehr hohe Qualität, was sich in der Lebenserwartung und im Gesundheitszustand der Bevölkerung widerspiegelt (OECD/WHO 2011b). Gleichzeitig ist das schweizerische Gesundheitswesen auch bekannt für seine hohen Gesundheitskosten, welche in den letzten Jahren durchschnittlich um CHF 2.1 Mia. pro Jahr gestiegen sind und 2011 bei 11,4% des Bruttoinlandproduktes 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. In der Praxis sind es meist finanzielle Gründe, die Reformen im Gesundheitswesen 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).

Wie bereits erwähnt, bildet die Versorgungsforschung die Grundlage für den Qualitätssicherungskreislauf der Versorgung. Von dieser Qualitätssicherung bzw. deren Produkt, nämlich einer qualitativ hochstehende Versorgung und einer damit verbundenen Verbesserung der Lebensqualität, profitieren an erster Stelle freilich die **Patienten**. Sie erhalten durch Resultate der Versorgungsforschung Informationen über Qualität, Therapiesicherheit, Nutzen und Nachhaltigkeit der Versorgung. Versorgungsforschung trägt zudem dazu bei, Chancengleichheit, 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 .

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 (engl. «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.

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, objektive 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 demographischen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen, aber auch neue Entwicklungen und Behandlungsstrategien unterwerfen das Gesundheitswesen 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.

4. Ausgangslage

In den letzten Jahren ist der Ruf nach Versorgungsforschung in der Schweiz lauter geworden. Der Bericht «Gesundheit 2020», der die gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates für die kommenden acht Jahre zusammenfasst, fordert explizit die Einführung bzw. Stärkung der Versorgungsforschung in der Schweiz (BAG 2013). Das Förderprogramm «Versorgungsforschung im Gesundheitswesen», welches die SAMW mit Hilfe der Bangerter-Stiftung 2012 ins Leben gerufen hat und welches über eine Periode von 5 Jahren (2012-2016) eine Million CHF pro Jahr für Versorgungsforschung zur Verfügung stellt, ist die erste und derzeit einzige explizite Förderquelle für Projekte im Bereich Versorgungsforschung.

Im Januar 2013 hat die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) den Auftrag erhalten, im Rahmen des Masterplans Hausarztmedizin / Med. Grundversorgung ein Konzept «Versorgungsforschung in der Schweiz» auszuarbeiten. Dieses Konzept wurde im Januar 2014 veröffentlicht (SAMW 2014) und fungiert als Basis für ein Nationales Forschungsprogramm (NFP), welches für die nächste Leistungsperiode (ab 2017) geplant ist. Das Konzept formuliert unter anderem Empfehlungen für den mittel- bis langfristigen Ausbau von Forschungskompetenzen, Infrastrukturen, Datenlage sowie Nachwuchsförderung und Finanzierungsmöglichkeiten im Bereich Versorgungsforschung. Grundlage für das Konzept war eine umfassende Ist-Analyse der derzeitigen Lage der Versorgungsforschung in der Schweiz, welche detaillierte Information bzgl. Forschungsaktivitäten, Forschungsbereiche, Methoden, Akteure, Infrastrukturen, Daten Grundlagen, Vernetzung, Nachwuchsförderung sowie Finanzierungsmöglichkeiten im Bereich Versorgungsforschung in der Schweiz aufzeigt.

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit werden die Daten dieser Ist-Analyse erstmals publiziert. Kern der Studie ist eine online-basierte, ausführliche Befragung, die sich an alle Akteure richtete, welche als Studien- bzw. Projektleiter (Principle Investigator, PI) im Bereich Versorgungsforschung in der Schweiz aktiv sind. Zusätzliche Informationen über die Personen, die in der Schweiz Versorgungsforschung betreiben, über abgeschlossene, laufende und geplante Forschungsaktivitäten im Bereich Versorgungsforschung und deren Kosten liefern die Inhalte der Projektdatenbank des Schweizerischen Nationalfonds und der SAMW.

5. Forschungsfrage

Folgende Forschungsfrage wird durch die vorliegende Arbeit beantwortet: Wie gestaltet sich die heutige Situation bzgl. Forschungsaktivitäten, Forschungsbereiche, Akteure und deren Perspektiven, Infrastrukturen, Datengrundlagen, Vernetzung, Nachwuchsförderung sowie Finanzierungsmöglichkeiten im Bereich Versorgungsforschung in der Schweiz?

6. Projektziel

Ziel der vorliegenden Arbeit ist eine umfassende Standortbestimmung zur Versorgungsforschung in der Schweiz.

B. Methoden:

1. Befragung von Akteuren im Bereich Versorgungsforschung

Kern der Studie ist eine Befragung von Akteuren im Bereich Versorgungsforschung in der Schweiz, die mittels eines online-basierten Fragebogens vorgenommen wurde. Angestrebt wurde eine Vollerhebung, d.h. möglichst alle Akteure, die als Principle Investigator (PI) im Bereich Versorgungsforschung in der Schweiz aktiv sind, mit der Umfrage zu erreichen.

a) Population / Verteiler

Da national keine Adressdatenbank oder Verteilerliste existiert, welche PIs im Bereich Versorgungsforschung (auch nur teilweise) zusammenfasst, wurde ein eigener Verteiler erstellt. Dieser setzte sich zusammen aus folgenden drei Gruppen: (i) Gesuchsteller des Förderprogramms «Versorgungsforschung im Gesundheitswesen» der SAMW in den ersten drei Ausschreibungsrunden (n=157); (ii) Institutsleiter, deren Institute potentiell im Bereich Versorgungsforschung aktiv sind (n=105), mit der Bitte um Weiterleitung an die entsprechenden PIs sowie (iii) an eine Liste ausgewählter Einzelpersonen (n=111), namentlich die Mitglieder der Begleitgruppe des Konzeptes Versorgungsforschung der SAMW, die Kantonsärzte sowie die Präsidenten der kantonalen Ärztesgesellschaften und der medizinischen Fachgesellschaften, ebenfalls mit der Bitte um Weiterleitung an entsprechende PIs.

Die Institutsleiter wurden wie folgt rekrutiert:

- Institutsleiter von allen Schweizer Fachhochschulen aus den Bereichen Pflege, Hebammen, Physiotherapie, Ergotherapie, Gesundheitswissenschaften (Ernährung, etc.) und Gesundheitsökonomie;
- Institutsleiter von allen Schweizer Universitäten aus dem Bereichen Hausarztmedizin, Sozial- und Präventivmedizin, Biomedizinische Ethik, Ökonomie sowie Soziologie, Pflegewissenschaften;
- Institutsleiter des Schweizerischen Institut für Aussenwirtschaft und Angewandte Wirtschaftsforschung, Universität St. Gallen;
- Institutsleiter des European Center of Pharmaceutical Medicine (ECPM) in Basel;
- Stiftung für Patientensicherheit
- Palliative Care.ch
- Forschungsverantwortliche sowie Qualitätsverantwortliche aller Schweizer Universitätsspitäler sowie der grossen Kantonsspitäler (St. Gallen, Aarau, Chur, Luzern, Ente Ospedaliero Cantonale, Sion);
- Verantwortlicher Ressortforschung des BAG
- Forschungsverantwortliche der grossen Krankenversicherungen
- Leiter privater Forschungsinstitute (namentlich HealthEcon, Infrac, Ecoplan, Interface, BüroBase, Büro Vatter)

b) Fragebogenkonzeption

Die Umfrage mit dem Titel «Versorgungsforschung im Gesundheitswesen: Wie gestaltet sich die Situation der Versorgungsforschung derzeit in der Schweiz?» wurde mittels *SurveyMonkey* erstellt. Der Fragebogen (siehe Anhang 3) war auf Deutsch und Französisch abrufbar, umfasste insgesamt 27 Fragen und war in fünf Teile gegliedert:

1. Angaben zur Person, zum Institut und zur Aus-, Weiter- und Fortbildung;
2. Einteilung und Zuordnung der durchgeführten Versorgungsforschung;
3. Forschungsfragen, Datenquellen und Methoden;

4. Fragen zur Publikationsaktivität, zur Finanzierung und zur Vernetzung; sowie
5. Die Meinung der Teilnehmenden im Hinblick auf die zukünftige Planung der Versorgungsforschung.

Die Einstiegsfrage («Sind Sie als Principle Investigator im Bereich Versorgungsforschung tätig?»), gekoppelt an eine Seitenverzweigung, erlaubte die Disqualifizierung derjenigen Befragten, die nicht als Studien- und/oder Projektleiter im Bereich Versorgungsforschung tätig sind. Bei einem Grossteil der Fragen handelte es sich um offene Fragen. Um eine quantitative Auswertung von Teil 2 und 3 zu ermöglichen, wurden hierfür insgesamt 7 geschlossene Fragen gestellt (mit einer möglichen Eingabe von zusätzlichen Informationen zum Schluss jeder Frage). Im Teil 4 waren bei den meisten Fragen numerische Antworten gefragt.

Alle Fragen der Teile 1-4 waren Pflichtfragen, ohne deren Beantwortung der Fragebogen nicht weiter ausgefüllt werden konnte. Die Meinungsfragen im Teil 5 waren fakultativ.

Da die Umfrage nicht anonym durchgeführt wurde, wurden mehrere Beantwortungen pro Computer zugelassen. Zudem konnten die Befragten während der Beantwortung in der Umfrage zu den vorherigen Seiten zurückwechseln und vorhandene Beantwortungen aktualisieren, bis die Umfrage abgeschlossen war oder bis sie die Umfrage verlassen haben. Nach Übermittlung oder Verlassen der Umfrage konnte der Befragte vorhandene Beantwortungen nicht mehr aktualisieren bzw. weitere Fragen im gleichen Datensatz beantworten. Bei vorzeitigem Verlassen der Umfrage wurden alle bis zum Unterbruch eingefüllten Antworten im System gespeichert und der Datensatz als Teilbeantwortung kategorisiert.

c) Durchführung der Befragung

Ein zielgruppenspezifischer Begleittext, der den Link zum Fragebogen enthielt, wurde via E-Mail am 1.10.2013 an den oben beschriebenen Verteiler geschickt (Deutsch und Französisch), ohne Vorgabe einer zeitliche Frist für die Beantwortung. Im Begleittext waren Name und Adresse der Studienleiterin für allfällige Rückfragen angegeben. Am 16. Oktober wurde – auch im Sinne eines Reminders – ein SAMW-E-Mail-Newsletter versendet, der auf die Umfrage hinwies. Neben den ca. 5'500 Personen, die den SAMW-Newsletter für gewöhnlich erhalten, haben auch alle Personen des Fragebogenverteilers diesen Newsletter erhalten. Die Umfrage wurde am 2.12.2013 geschlossen. Im Falle von Mehrfachantworten von ein und derselben Person wurde nur derjenige Datensatz mit den meisten Informationen im Kollektiv behalten. Bei nicht eindeutigen Mehrfachantworten wurde der PI persönlich kontaktiert, mit der Frage, welche Antwort in die Auswertung eingeschlossen werden soll.

d) Auswertung

Die meisten Antworten des Fragebogens wurden durch beschreibende Statistik zusammengefasst. Da bei vielen Fragen Mehrfachantworten erlaubt waren, sind im Ergebnisteil des Öfteren die Anzahl an antwortenden Personen sowie die Gesamtzahl an gemachten Angaben genannt. Aus dem Text geht hervor, ob sich die jeweilige Prozentangabe auf die Personen oder auf die Gesamtangaben bezieht.

Die Antworten auf die drei Fragen von Teil 5 des Fragebogens (die Meinung der Teilnehmenden im Hinblick auf die zukünftige Planung der Versorgungsforschung) wurden in Anlehnung an die qualitative Analysetechnik nach Mayring zusammengefasst (Mayring 2002). Dazu wurden mit Hilfe des Antwortmaterials Kategorien gebildet, die nach der Hälfte des gesichteten Materials nochmals überarbeitet wurden, mit dem Ziel, die wesentlichen Inhalte in kondensierter Form abzubilden.

2. Datenbank-Analysen

a) Analyse der eingereichten Gesuche beim Förderprogramm «Versorgungsforschung im Gesundheitswesen» der SAMW

Als Ergänzung zur Fragebogenerhebung wurden die in den ersten vier Förderrunden eingegangenen Gesuche des Förderprogramms «Versorgungsforschung im Gesundheitswesen» (n=208) der SAMW und der Bangerter-Stiftung analysiert. Die durch das Programm geförderten (n=37) sowie die nicht-geförderten Gesuche (Projekt, Seed Money, Stipendium oder wiss. Veranstaltung) wurden anhand der Angaben in der jeweiligen Zusammenfassung kategorisiert nach (i) Ebene der Versorgungsforschung, (ii) Art der Forschung (Grundlagen- oder angewandte Forschung) sowie (iii) das Setting, indem die Forschung stattfindet. Zudem wurden der akademischen Grad der Antragsteller, deren Fachdisziplin, sowie deren institutionelle Anbindung untersucht.

b) Analyse der vom SNF geförderten Versorgungsforschungsprojekte

Zwischen dem 9. und 19. August 2013 wurde die Projektdatenbank P3 des Schweizerischen Nationalfonds (SNF) mit folgenden Suchbegriffen durchsucht: Versorgungsforschung, Outcome-Forschung, Prozess-Outcome-Forschung, Bedarfsforschung, Inanspruchnahme Forschung, Health Utilization, Health Technology Assessment, Health Economics, Qualität, Impact Assessment, Health Services Research, Compliance, Adherence, Health Care Research, Quality of care, sowie Delivery of healthcare. Die Ergebnisse der Suche wurden daraufhin geprüft, ob die Projekte inhaltlich der Versorgungsforschung zuzuordnen sind. Bei Projekten, bei denen keine schriftliche Zusammenfassung vorlag, wurde die Zuordnung aufgrund des Projekttitels vorgenommen. In einem zweiten Schritt wurden die Namen der Empfänger der im ersten Schritt identifizierten Projekte als Suchbegriff in die Datenbank eingegeben und alle so gefundenen Projekte ebenfalls darauf geprüft, ob sie der Versorgungsforschung zuzuordnen sind. Zudem wurden alle Projekte von folgenden Nationalen Forschungsprogramme (NFPs) auf versorgungsforschungsrelevante Fragestellungen untersucht: NFP 67 «Lebensende» (laufend), NFP 53 «Muskuloskeletale Gesundheit – Chronische Schmerzen» (abgeschlossen 2004), NFP 49 «Antibiotika-Resistenz» (abgeschlossen 2006) sowie NFP 08 «Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit im schweizerischen Gesundheitswesen» (abgeschlossen 1986). Die als Versorgungsforschung identifizierten Gesuche wurden anhand der institutionellen Angaben der Beitragsempfänger nach Fachdisziplinen kategorisiert. Zudem wurden der zugesprochene Betrag sowie das entsprechende Fördergefäss des SNF, über welches das Projekt finanziert wurde, analysiert.

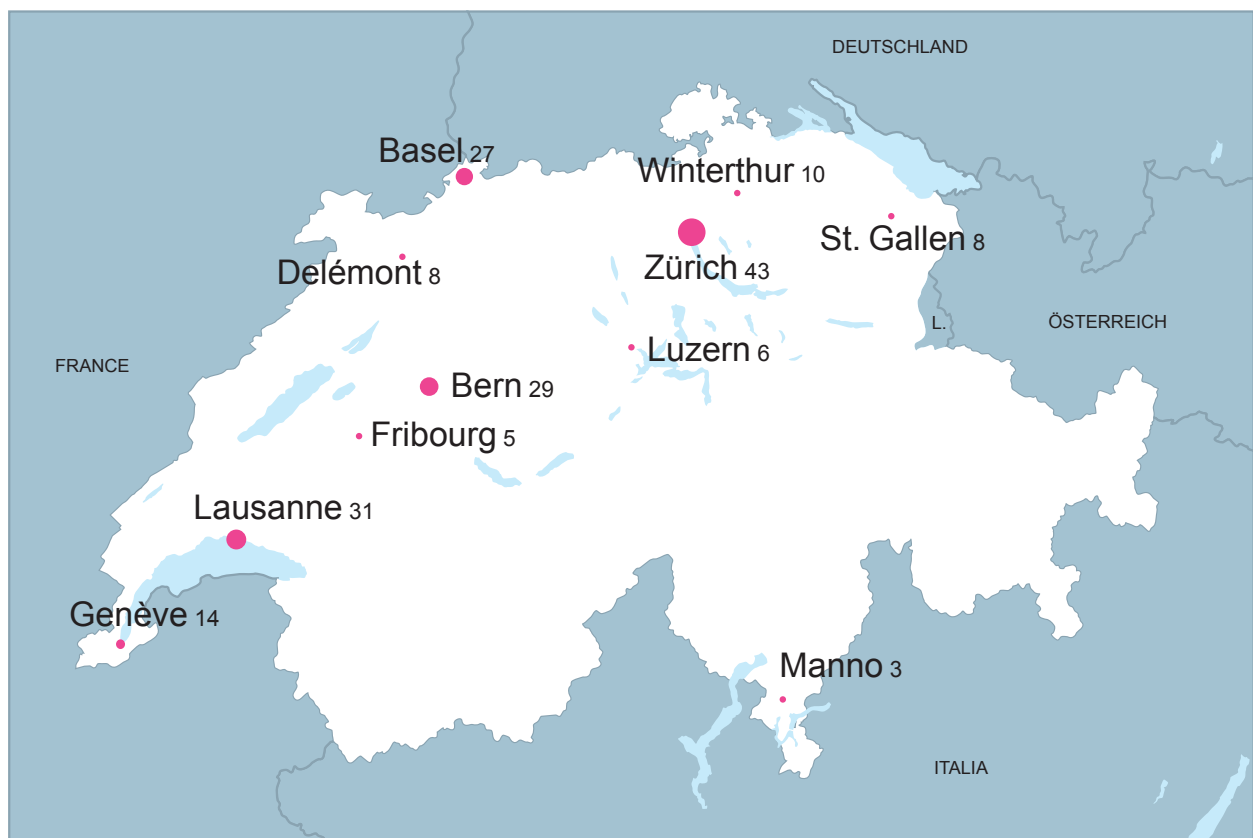
C. Resultate:

1. Ergebnisse der Fragebogenerhebung

Der Fragebogen wurde von insgesamt 242 Personen (170 deutschsprachig, 72 französischsprachig) ausgefüllt, darunter 152 Vollbeantwortungen und 38 Teilbeantwortungen. 52 Antworten wurden disqualifiziert, da die antwortende Person angegeben hat, nicht als Principle Investigator (PI) in der Versorgungsforschung aktiv zu sein.

Die meisten Rückmeldungen kamen aus Zürich, gefolgt von Lausanne, Bern und Basel (siehe Grafik 1). Nicht in der Grafik eingezeichnet sind Orte, aus denen ausschliesslich eine Rückmeldung kam. Es sind dies: Bourguillon, Huttwil, Neuchatel, Nottwil, Richterswil, Rorschach, Schwyz, Steinach und Thun⁴.

Grafik 1: Geographische Zuordnung und Anzahl der Rückmeldungen (n=190). Zusätzlich kam jeweils eine Rückmeldung aus Bourguillon, Huttwil, Neuchatel, Nottwil, Richterswil, Rorschach, Schwyz, Steinach und Thun (nicht eingezeichnet).



a) Wer macht Versorgungsforschung in der Schweiz?

Laut Umfrage ist der typische Versorgungsforscher männlich, promovierter Mediziner und arbeitet an einer Universität (siehe Tabelle 1). Tatsächlich haben die meisten PIs einen Dokortitel bzw. einen PhD (87%, n=190), knapp die Hälfte aller Pis ist habilitiert, Privatdozent oder Professor (48%)⁵, 37% aller PIs haben einen Abschluss in Medizin und 12% haben ein

⁴ Bei Institutionen, die an mehreren Standorten vertreten sind (wie z.B. die HES-SO Fachhochschule Westschweiz oder SUPSI), wurde der offizielle Sitz der Institution angegeben (im Fall HES-SO ist dies Delémont, im Fall SUPSI Manno). Bei 3 Institutionen wurden jeweils zwei Städte als Standort angegeben, da kein Hauptstandort auszumachen war.

⁵ Lediglich 6 Professoren, die an Fachhochschulen tätig sind, haben keine Dissertation als akademischen Abschluss.

Lizenziat, Master oder Diplom als höchsten Abschluss. Einen zusätzlichen MPH-Abschluss können 9% vorweisen. 57% aller PIs sind männlich, 43% weiblich. Die fachliche Hauptdisziplin der PIs ist in 34% der Fälle Medizin, gefolgt von Pflegewissenschaften (14%), Public Health und Sozial- und Präventivmedizin inkl. Epidemiologie (12%), Ökonomie (10%), Sozialwissenschaften und Ethik (9%) und anderen (siehe Tabelle 1). Nur in 5% der Fälle wird als fachliche Hauptdisziplin Versorgungsforschung angegeben.

Tabelle 1: Informationen zu den PIs. Gesamt n=190, deutschsprachige Antworten (d) n=135, französischsprachige Antworten (f) n=55, teilweise Mehrfachantworten möglich, VF=Versorgungsforschung, PH/SPM=Public Health/Sozial- und Präventivmedizin.

	Gesamt d (in %) f (in %)			Gesamt d (in %) f (in %)		
	(in %)	(n=135)	(n=55)	(in %)	(n=135)	(n=55)
Akad. Abschlüsse/Titel der PIs				Fachliche Hauptdisziplin		
Prof./PD/Habil. (inkl. FH)	48	44	58	Medizin	34	38
PhD/Dr.	87	91	76	Pflegewiss.	14	11
Arzt/MD	37	42	25	PH/SPM	12	11
Lic/Dipl/MSc	12	8	20	Ökonomie	10	13
MAS/MPH	9	8	11	Sozialwissenschaften/Ethik	9	6
				Versorgungsforschung	5	6
				Ergo/Physio/Ern./Logo/Heilpäd.	5	5
				Psychologie	4	3
Institution, an der die Forschung stattfindet				Pharmazie	4	1
Universität	45	48	38	Politik(wiss.), Management	3	1
Fachhochschule	25	20	38	Qualität/Monitoring/IT	3	3
Universitätsspital	12	9	18	Komplementärmedizin	2	2
Krankenk./pr. Forschungsinstitut	7	9	4			
Spital	5	7	0	Weiter- bzw. Fortbildung absolviert, die für VF qualifiziert?		
Stiftung/priv. Institut	2	2	2	Nein	47	50
Stadt/Kanton	2	2	0	Ja	53	50
Bund	2	2	0			

Die Institution, an der die Forschung stattfindet, ist bei 45% der PIs (n=190) eine Universität, in 25% eine Fachhochschule und in 12% ein Universitätsspital. Krankenkassen, nicht-Universitätsspitäler sowie Bund und Kantone sind jeweils zu 7%, 5% und 4% beteiligt. In den wenigsten Fällen (2%) findet die Forschung in privaten Instituten bzw. Stiftungen statt.

Über die Hälfte der PIs gibt an, eine Weiter- bzw. Fortbildung absolviert zu haben, welche sie für die Versorgungsforschung qualifiziert (53%, n=190). Zumeist (37%) handelt es sich dabei um eine komplette Weiterbildung (MAS) bzw. Zusatzausbildung (MSc) im Public Health Bereich, wie z.B. um einen MPH oder einen Master in Epidemiologie, Statistik, HTA, bzw. Gesundheitsmanagement. 29% haben weniger umfangreiche Weiterbildungsmodulen absolviert, wie z.B. ein CAS im Public Health Bereich, Fortbildungskurse im Bereich Klinische Forschung, oder versorgungsforschungsspezifische Kurse im Ausland besucht. 22% der PIs geben an, während ihrer Dissertation bzw. Forschungstätigkeit versorgungsforschungsrelevante Qualifikationen erworben zu haben. Weiter- und Fortbildungen im Bereich Gesundheitsökonomie wurden von 5% der PIs absolviert.

b) Welche Versorgungsforschung wird in der Schweiz gemacht?

Betrachtet man die verschiedenen Ebenen der Versorgungsforschung, 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 intensivsten beforscht (44%, 342 Angaben⁶ von n=190 PIs). Die Mikro-Ebene, also

⁶ Bei den meisten Fragen zu Art und Fokus der Forschung waren Mehrfachantworten möglich.

individuelle Versorgungsinteraktionen (z.B. Arzt-Patient-Beziehung, Determinanten von Arztentscheidungen) stehen zu 34% im Fokus; die Makroebene, also die Analyse des Gesundheitssystems auf regionaler, nationaler oder internationaler Ebene und dessen gesundheitspolitischer und volkswirtschaftlicher Vorgaben, wird zu 22% ins Visier genommen.

Die Blickwinkel, aus denen die Akteure die Versorgung bei ihrer Forschung betrachten, decken ein grosses Spektrum ab. Während die medizinische (21%, 523 Angaben von n=190 PIs) und Public-Health Perspektive (23%) am häufigsten eingenommen werden, spielen auch die sozialwissenschaftliche (17%), die ökonomische (15%), die organisationsbezogene (15%) sowie die ethische Perspektive (8%) eine grosse Rolle. Der juristische Blickwinkel wird bei der derzeitigen Forschung hingegen seltener eingenommen (2%).

Versorgung findet in unterschiedlichen Settings statt. Über ein Drittel der derzeit beforschten Versorgung findet im Bereich der Grundversorgung statt (22% im ambulanten, 17% im stationären Sektor, 551 Angaben von n=190 PIs), ein Viertel im Bereich Sekundärversorgung, Tertiärversorgung und Rehabilitation (12% im ambulanten Sektor der Sekundärversorgung, 13% im stationären Sektor von Sekundär- und Tertiärversorgung, 8% im Bereich Rehabilitation), gefolgt von den Bereichen Gesundheitsförderung und Prävention (16%) sowie Gesundheitssystemforschung (12%).

Tabelle 2: Informationen zu der in der Schweiz durchgeführten Versorgungsforschung (n=190), deutschsprachige Antworten (d) n=135, französischsprachige Antworten (f) n=55, Mehrfachantworten möglich, VF=Versorgungsforschung, amb=ambulant, stat=stationär.

	Gesamt (in %)		Gesamt (in %)
Ebene der Forschung		Setting, in dem die beforschte Versorgung stattfindet	
Mikro-Ebene	34	Grundversorgung im amb. Sektor	22
Meso-Ebene	44	Grundversorgung im stat. Sektor	17
Makro-Ebene	25	Sekundärversorgung im amb. Sektor	12
		Sekundär- oder Tertiärver. im stat. Sektor	13
		Rehabilitation	8
Forschungsperspektive		Prävention und Gesundheitsförderung	16
PH/Epidemiologie	23	Gesundheitssystemebene	12
Medizin	21		
Sozialwissenschaften	17	Art der durchgeführten Forschung	
Organisation	15	Grundlagenorientierte VF	35
Ökonomie	13	Anwendungsorientierte VF	65
Ethik/Recht	10		

Zwei Drittel der Forschung (65%, 252 Angaben von n=190 PIs) ist anwendungsorientierte 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. 35% ist grundlagenorientierte Versorgungsforschung, z.B. mit dem Ziel, die verschiedenen Elemente des Versorgungssystems zu beschreiben und mögliche Zusammenhänge kausal zu erklären. Ziel der Forschung ist in 55% der Fälle (317 Angaben von n=190 PIs) die Optimierung der Versorgung, aber auch Unter- (20%), Über- (11%) und Fehlversorgung (14%) werden gezielt untersucht. In vielen Fällen (63%, 189 Angaben von n=190 PIs) stehen bestimmte Zielgruppen im Fokus der Forschung, allen voran chronisch Kranke (25%, 155 Angaben von n=190 PIs), Ältere und Pflegebedürftige (16%), Menschen mit spezifischen Krankheiten (16%) oder Kinder und Jugendliche (14%), aber auch die Erbringer von Versorgungsleistungen werden beforscht (12%).

Fast alle PIs (91%) nutzen eigens erhobene Primärdaten (z.B. durch Studien, Umfragen, etc.) als Datenquelle für ihre Forschung, über die Hälfte (52%) nutzt überdies bestehende

Datenquellen, wie z.B. Datenbanken und Registerdaten (39%), Datenquellen des Bundes, wie z.B. Daten des BfS, des BAG, der Schweizerische Gesundheitsbefragung oder des Obsan (22%), Finanzierungsdaten von Krankenkassen, Ärztekassen und Pflegeversicherungen (17%) sowie Routinedaten der Spitäler und Patientendokumentation (13%).

Tabelle 2 und 3 fassen zusammen, welche Versorgungsforschung laut Umfrage derzeit in der Schweiz gemacht wird.

Tabelle 3: Informationen zu der in der Schweiz durchgeführten Versorgungsforschung. Angegebene Prozentsätze beziehen sich entweder auf die Anzahl der Angaben (Mehrfachantworten) oder auf die Anzahl PIs (Personen). SD=Sekundärdaten, Spitaldb=Spitaldatenbanken, BfS=Bundesamt für Statistik, BAG=Bundesamt für Gesundheit, SGB=Schweizerische Gesundheitsbefragung.

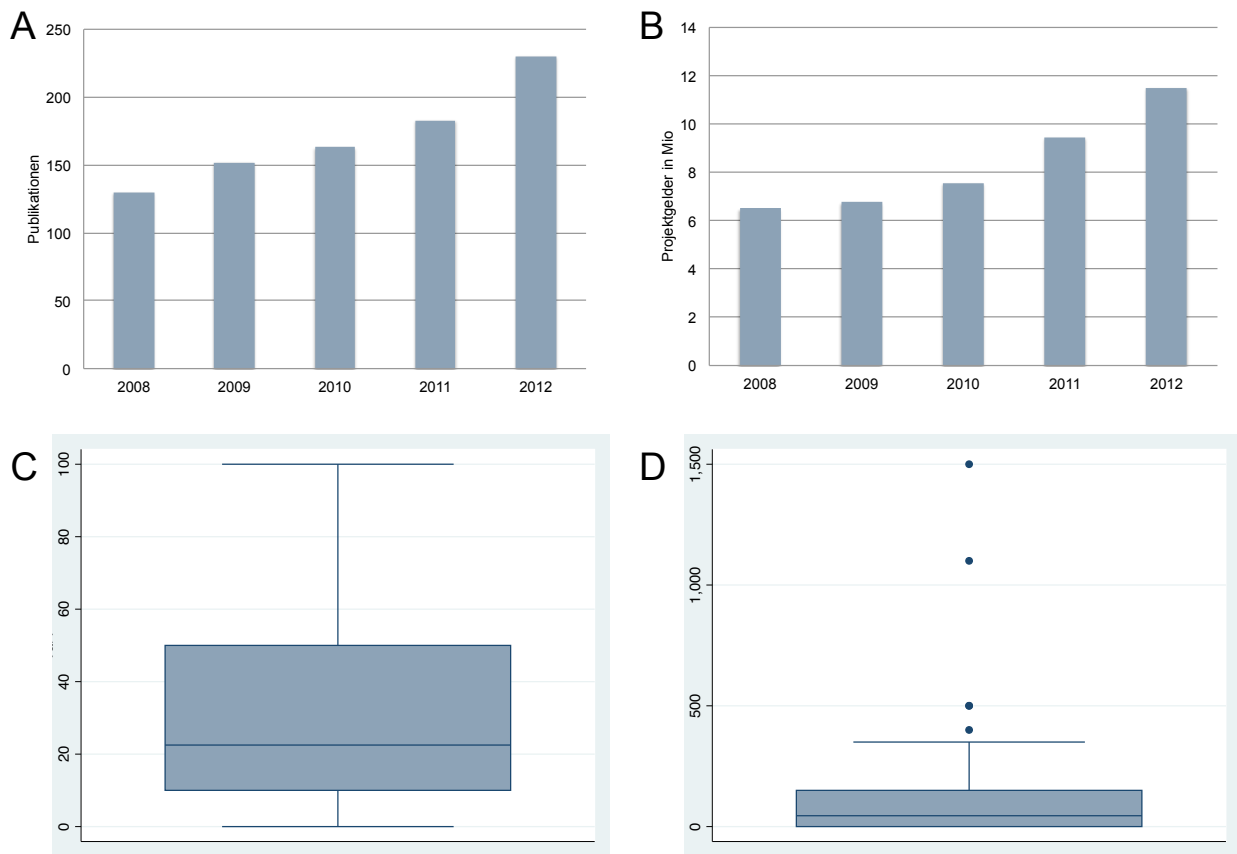
Thema der Forschung	Gesamt d (in %) f (in %) (in %)			Zielgruppen	Gesamt d (in %) f (in %) (in %)		
	Angaben (n=317)	(n=246)	(n=71)		Personen (n=189)	(n=134)	(n=55)
Unterversorgung	20	20	18	Nein	37	37	36
Überversorgung	11	12	8	Ja	63	63	64
Fehlversorgung	14	17	1				
Optimierung der Versorgung	55	50	72				
					Angaben (n=155)	(n=113)	(n=42)
				Chronisch Kranke	25	26	21
				Ältere und Pflegebedürftige	16	12	26
				Kinder/Jugendliche/Neugeb	14	15	12
				Dienstleister	12	12	12
				Krebspatienten	6	7	5
				Psychisch Kranke	3	4	0
				Palliativpatienten	3	4	0
				Multimorbide	2	3	0
				Querschnittgelähmte	2	3	0
				andere	17	14	24
Datenquellen							
	Personen (n=189)	(n=134)	(n=55)				
Eigens erhobene Primärdaten	91	93	89				
Bestehende Datenquellen	52	57	38				
	Angaben (n=146)	(n=120)	(n=26)				
Datenbanken, Register, SD	39	38	46				
BfS, BAG, SGB, Obsan	22	23	15				
Finanzierungsdaten	17	19	8				
Spitaldb, Patientendossiers	13	12	19				

c) Wissenschaftlicher Output und finanzielle Rahmenbedingungen der Schweizer Versorgungsforschung

Knapp die Hälfte der PIs (44%, n=151) ist seit über 9 Jahren im Bereich Versorgungsforschung aktiv, 28% zwischen 3 und 9 Jahren und 27% sind seit weniger als 3 Jahren in diesem Feld tätig. Insgesamt wurden zwischen 2008 und 2012 858 wissenschaftliche Publikationen zum Thema Versorgungsforschung von insgesamt 105 PIs in der Schweiz veröffentlicht⁷. Dabei hat die jährliche Anzahl Publikationen in dieser Zeitspanne stetig zugenommen hat (siehe Grafik 2 A). Durchschnittlich stehen jedem PI 34 Stellenprozent seiner eigenen Stelle und 105 Stellenprozent für MitarbeiterInnen im Bereich Versorgungsforschung zur Verfügung (n=126), wobei die individuellen Angaben diesbezüglich sehr unterschiedlich sind (siehe BoxPlot-Darstellung in Grafik 2 C und D).

Etwas mehr als 10% der PIs stehen 80 oder mehr Stellenprozent ihrer Arbeit für Versorgungsforschung zur Verfügung und ca. 20% verfügen in ihrem Team über 2 oder mehr FTE für die Versorgungsforschung, 4 oder mehr FTE haben noch knapp 4% der PIs zur Verfügung. Finanziert werden die angegebenen Stellenprozent zu 55% über Drittmittel, zu 22% durch die Universität und zu 22% durch andere Quellen (n=153).

⁷ Gefragt wurde nur nach peer-reviewed Publikationen, bei denen der PI Erstautor, Letztautor oder Projektverantwortlicher war.



Grafik 2: (A) Peer-reviewed Publikationen im Bereich Versorgungsforschung in der Schweiz (n=105, insg. 858 Publikationen). (B) Projektkosten der in der Schweiz durchgeführten Versorgungsforschungsprojekte (n=86; insg. 42 Mio). (C) Verteilung der Stellenprozente, die den PIs von ihrer eigenen Stelle für Versorgungsforschung zur Verfügung stehen (n=126). (D) Verteilung der Stellenprozente, die den PIs für ihre Mitarbeiter im Bereich Versorgungsforschung zur Verfügung stehen (n=126).

Von 2008 bis 2012 sind über 42 Mio CHF in Versorgungsforschungsprojekte von insgesamt 86 PIs geflossen. In diese Zeitspanne sind die jährlichen Projektkosten stetig angestiegen und haben sich von 6.5 Mio CHF im Jahr 2008 auf 11.5 Mio CHF im Jahr 2012 praktisch verdoppelt (siehe Grafik 2 B). Die eingeworbenen Projektgelder kamen in den meisten Fällen (22%) von privaten Stiftungen (inkl. Förderprogramm SAMW), gefolgt vom SNF (20%), den Hochschulen (15%), den Krankenversicherungen (14%), Bund und Kantonen (10%), aus dem Ausland (6%), Industrie (4%), und anderen Institutionen (9%, siehe Grafik 3 A).

Drei Viertel der PIs (75%, n=117) haben im Zeitraum zwischen 2008 und 2012 mit anderen nationalen Institutionen bzw. Spezialisten kollaboriert, 34% haben mit internationalen Partnern (vor allem aus Europa gefolgt von USA und Kanada) zusammengearbeitet.

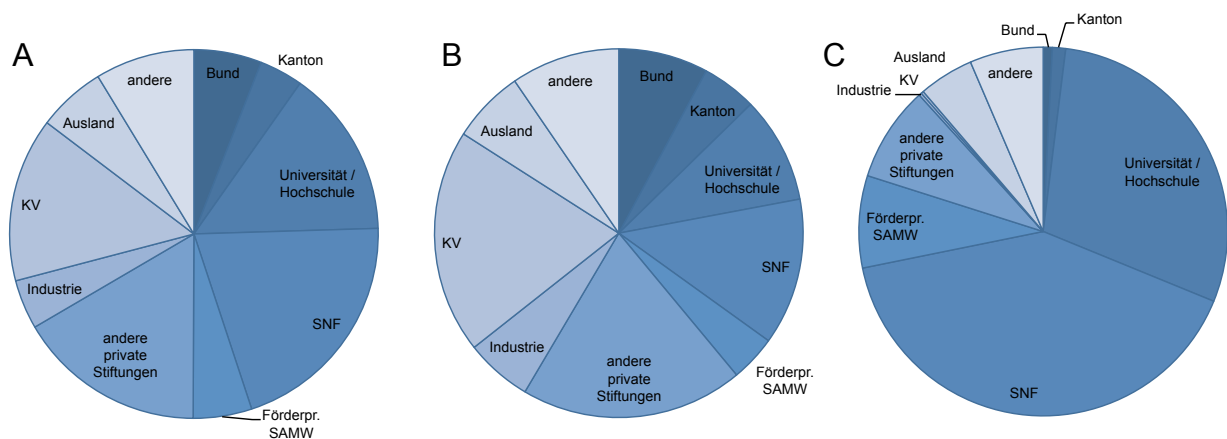
d) Landesteilspezifische Unterschiede in der Schweizer Versorgungsforschung

Sieht man sich die französischsprachigen und deutschsprachigen Antworten der Fragebogenerhebung getrennt voneinander an, so gibt es bei einigen Fragen auffällige Unterschiede zwischen den Landesteilen. In der Folge werden die französischsprachigen Antworten der Westschweiz zugeordnet, da aus dem Tessin lediglich 3 (französischsprachige) Antworten eingegangen sind. Allen voran liegt der Frauenanteil der PIs in der Westschweiz (56%) deutlich über dem Wert in der Deutschschweiz (38%). In der Westschweiz findet die Versorgungsforschung genau so häufig an Fachhochschulen (38%) wie an Universitäten (38%) statt (n=55), während die Institution, an der in der Deutschschweiz Versorgungsforschung gemacht wird, zu 48% die Universität ist und nur zu 20% die Fachhochschule (n=135). Entsprechend sind die fachlichen Hauptdisziplinen etwas unterschiedlich verteilt: Medizin und

Pflegewissenschaften kommen in der Romandie zu gleichen Teilen vor (je 20%), während die Medizin (38%) in der Deutschschweiz deutlich häufiger ist, als die Pflegewissenschaft (11%). Sozialwissenschaften und Ethik sind in der Westschweiz viel häufiger vertreten (16% versus 6% in der Deutschschweiz), Ökonomie dagegen sehr selten (2% versus 13% in der Deutschschweiz).

Von den PIs in der Romandie sind 68% seit über neun Jahren in der Versorgungsforschung tätig (n=37); in der Deutschschweiz sind dies 37% (n=115). Hauptgeldquellen der Projektgelder in der Westschweiz sind SNF (41%) und die Hochschulen (29%); im Gegensatz zur Deutschschweiz kommt in der Westschweiz von Seiten der Krankenversicherungen und der Industrie praktisch kein Geld, von privaten Stiftungen fliesst anteilmässig rund ein Drittel weniger Geld in die Westschweizer Versorgungsforschung.

Betrachtet man die Herkunft der Projektgelder nach Sprachregion getrennt (siehe Grafik 3 B und C), wird deutlich, dass in der Westschweiz die Universitäten/Hochschulen gemeinsam mit dem SNF für den Grossteil der Forschungsgelder aufkommen (70%, n=22), während in der Deutschschweiz private Stiftungen und Krankenversicherungen die Hauptgeldquelle darstellen (24% bzw. 20%, n=64). Absolut gesehen flossen 2008 bis 2012 mehr Fördergelder des SNF in die Westschweiz als in die Deutschschweiz (4.6 Mio CHF vs. 3.9 Mio CHF).



Grafik 3: (A) Herkunft der Projektgelder für die zwischen 2008 und 2012 durchgeführten Versorgungsforschungsprojekte (n=86; insgesamt 42 Mio CHF). (B) Herkunft der Projektgelder in den deutschsprachigen Antworten (n=64; insgesamt 31 Mio CHF). (C) Herkunft der Projektgelder in den französischsprachigen Antworten (n=22; insgesamt 11 Mio CHF). SNF=Schweizerischer Nationalfonds, SAMW=Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften, KV=Krankenversicherungen.

Bei der Frage nach der Vernetzung der Forschenden wird deutlich, dass die Zusammenarbeit zwischen der Deutschschweiz und der Westschweiz nicht besonders ausgeprägt ist: lediglich 10% der nationalen Deutschschweizer Kollaborationen (n=69) gehen in die Romandie, umgekehrt sind es 16% (n=19). Hinsichtlich der internationalen Vernetzung fällt auf, dass Deutschschweizer Forschende am häufigsten mit Partnern aus Deutschland kollaborieren (42% aller internationalen (n=33) und 56% aller Europäischen Kontakte (n=25)).

e) Zukunftsperspektiven für die Schweizer Versorgungsforschung

Im Teil 5 des Fragebogens wurde die Meinung der PIs im Hinblick auf die zukünftige Planung der Versorgungsforschung in der Schweiz mittels drei Fragen abgefragt. Die Auswertung dieser Fragen erfolgte qualitativ mit dem Ziel, eine möglichst grosse Bandbreite der Vorschläge in kondensierter Form abzubilden (siehe Tabelle Anhang 1). Die genannten Be-

reiche⁸ der Versorgungsforschung, in denen nach Meinung der Pls derzeit der grösste Handlungsbedarf besteht, decken ein breites Spektrum ab: Neben **organisatorischen Aspekten**, die hauptsächlich die Gesundheitsfachpersonen (deren Anzahl, deren Gesundheit, deren Zusammenarbeit untereinander, deren Belastung, etc.) im Blick haben, wurden das **Schnittstellenmanagement** (zwischen einzelnen Settings und Disziplinen, aber auch im Sinne eines «continuum of care») sowie **übergeordnete Aspekte** genannt, die unabhängig von Ebene, Setting oder Zielpersonen zu untersuchen sind (wie z.B. Prozessoptimierung, Qualität und Sicherheit, Anreizsysteme, Überversorgung, etc.). Fachdisziplinen, Settings, Zielpersonen und Perspektiven wurden zudem direkt adressiert (z.B. Grundversorgung, ambulante Versorgung, Hochspezialisierte Medizin, HTA, Selbstmanagement bei chronisch Kranken, präventive Massnahmen in der Allgemeinbevölkerung, Patientenorientierung der Versorgung, etc.). Auch die Entwicklung und Implementierung von neuen **Versorgungs- und Finanzierungsmodellen** sowie die Verbesserung der **Datengrundlage** und **Methodenkompetenz** wurden genannt.

Für die Stärkung und Förderung der Versorgungsforschung sind nach Meinung der Pls folgende Voraussetzungen und Strukturen notwendig: eine **nationale Strategie** (im Sinne einer übergeordneten Forschungsagenda sowie stärkerer Koordination und Vernetzung), **bessere Rahmenbedingungen** (z.B. akademische Verankerung der Versorgungsforschung, verbesserter Datengrundlage, höherer finanzielle Unterstützung) sowie neue **Infrastrukturen** (z.B. Institute, Kompetenzzentren). Zudem sollen **Aus-, Weiter- und Fortbildungsangebote** für Versorgungsforschung geschaffen bzw. ausgebaut werden.

Auf die Frage, welches nach Meinung der Pls die wichtigsten Kriterien für eine zukünftige Priorisierung bestimmter Teilgebiete / fachlicher Schwerpunkte im Bereich Versorgungsforschung sind, wurden **Patientennutzen, Qualität, Relevanz, Innovation, Nachhaltigkeit, Verallgemeinerbarkeit, Fallzahlen, Kosten, Lebensqualität, Vernetzung, Praxisrelevanz und Lücken** genannt. Zudem wird vorgeschlagen, für die weitere Entwicklung der Versorgungsforschung in der Schweiz einen unabhängigen «Think-Tank», bestehend aus nationalen und internationalen Experten, einzusetzen sowie ein systematisches «Stakeholder Involvement» für die zukünftige Identifizierung von Prioritäten vorzunehmen.

2. Auswertung des SAMW-Förderprogramms

Im Jahr 2012 hat die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften dank finanzieller Unterstützung der Gottfried und Julia Bangerter-Rhyner-Stiftung ein Förderprogramm für Versorgungsforschung im Gesundheitswesen lanciert. Vor dem Hintergrund, dass die Versorgungsforschung im Vergleich zum Ausland in der Schweiz noch in den Kinderschuhen steckt, sollte dieses Förderprogramm eine Art Anstoss sein und dazu beitragen, dass dieser Forschungszweig auch hierzulande etabliert und ausgebaut wird. Für die Periode 2012-2016 wurden zu diesem Zweck 1 Millionen CHF pro Jahr von der Bangerter-Stiftung zur Verfügung gestellt. Das Förderprogramm umfasst folgende Förderinstrumente:

- Anschubfinanzierung (Seed Money): Zur Konkretisierung von Projektideen, Durchführung von Pilotprojekten, Entwicklung und Evaluation von Methoden, etc. (max. CHF 25'000.– pro Gesuch, einmalig).
- Projektunterstützung: Zur Durchführung von Forschungsprojekten (max. CHF 100'000.– pro Gesuch und Jahr, längstens über 3 Jahre).
- Personenbezogene Stipendien: Auslandsaufenthalte zu Weiter- oder Fortbildungszwecken für Nachwuchsforschende im Bereich Versorgungsforschung (max. CHF 40'000.– pro Person und Jahr, für max. 2 Jahre).

⁸ Im Fragebogen wurde absichtlich der Ausdruck «Bereich der Versorgungsforschung» gewählt, um den Fokus der Antworten nicht auf einzelne Ebenen, Settings, Forschungsgegenstände oder Zielgruppen o.ä. zu richten.

- Unterstützung von Fortbildungsangeboten: Finanzierung von Seminaren bzw. Fortbildungsveranstaltungen zur Förderung der Methodenkompetenz bzw. zur Verbreitung von Ergebnissen (in der Regel max. CHF 15'000.– pro Gesuch, jährlich neu).

Eine Expertenkommission der SAMW evaluiert die Gesuche⁹. Sie stützt sich dabei auf die Kriterien (i) wissenschaftliche Qualität des Projektes, (ii) Nutzen, Relevanz, Innovation sowie Nachhaltigkeit des Projektes für das öffentliche Gesundheitswesen, (iii) fachliche Qualifikation des/der BewerberIn sowie (iv) wissenschaftliche Vernetzung.

Im Rahmen der ersten vier Förderrunden wurden insgesamt 285 Gesuche eingereicht, wovon 208 dem Zweck des Förderprogramms entsprachen, d.h. zur Versorgungsforschung gezählt werden können, und von der Expertenkommission evaluiert wurden. Gesuche, die nicht dem Zweck des Förderprogramms entsprechen und im Vorhinein abgelehnt wurden kamen hauptsächlich aus Bereichen der klinischen Forschung, bei denen klar die «efficacy» (also die Wirksamkeit unter Studienbedingungen) und nicht die effectiveness» (also die Wirksamkeit unter Alltagsbedingungen) im Vordergrund stand, sowie aus anderen Bereichen, wobei der direkte Bezug zur Versorgung nicht klar ersichtlich war bzw. der Kontextbezug von Verfahren im Gesundheitswesen fehlte. Die 208 Gesuche im Umfang von insgesamt 27.5 Millionen Franken wurden von 177 verschiedenen Antragstellern eingereicht. Bei den meisten Gesuchen handelt es sich um Projekte (77%), gefolgt von Anschubfinanzierungen (19%) und Stipendien (3%); lediglich ein Veranstaltungsgesuch wurde eingereicht (siehe Tabelle 4).

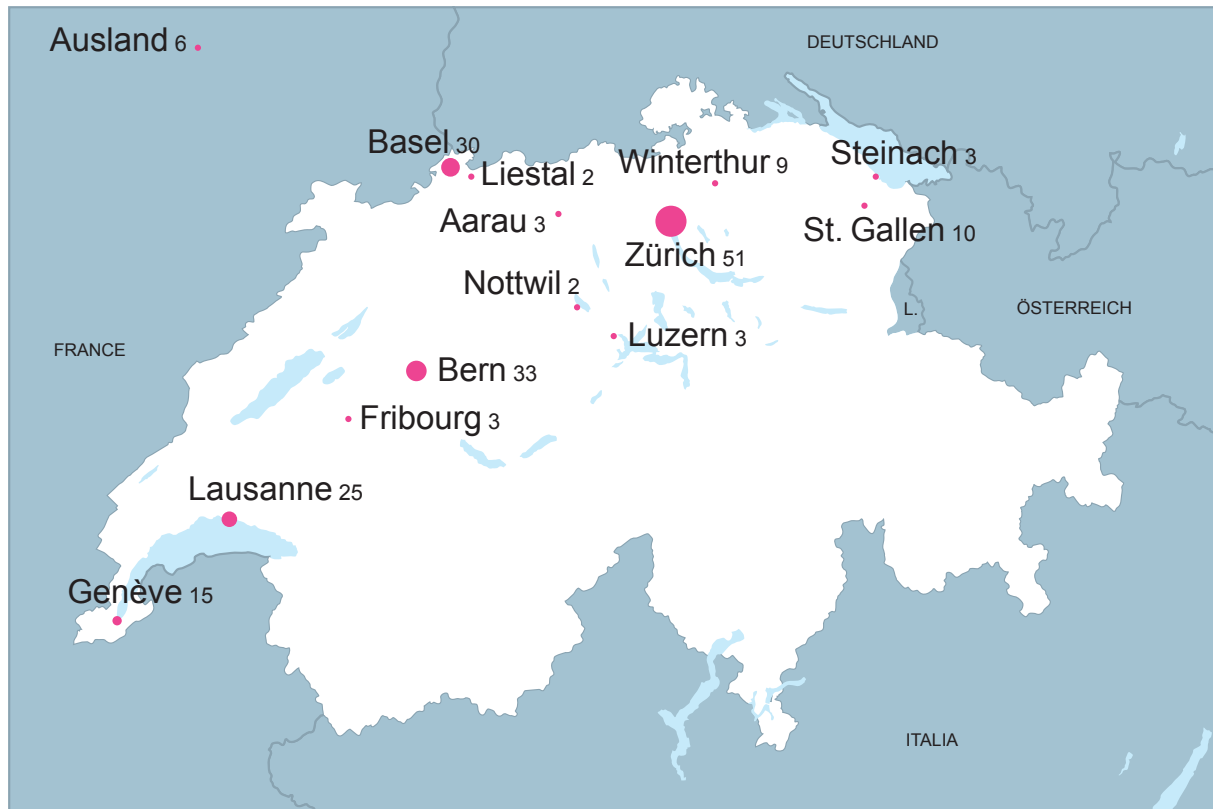
Die meisten Gesuche kamen aus Zürich (51), gefolgt von Bern (33), Basel (30), Lausanne (25) und Genf (15, siehe Grafik 4). Nicht in der Grafik eingezeichnet sind Orte, aus denen ausschliesslich ein Gesuch kam. Es sind dies: Ellikon, Olten, Brugg, Schaffhausen, Nyon, Küstnacht, Kirchlindach, Clarmont, Onex, Carouge, Manno, Will und Rorschach.

Knapp die Hälfte aller Hauptantragsteller sind Professoren, Privatdozenten oder habilitiert (44%, n=208), 63% haben einen PhD-Abschluss bzw. einen Dokortitel und 4 Prozent haben eine MPH-Weiterbildung absolviert (siehe Tabelle 4). Die meisten Antragsteller sind Mediziner (50%), gefolgt von Pflegewissenschaften (15%) und Public Health Fachpersonen bzw. Sozial- und Präventivmediziner (12%). Fachdisziplinen wie Pharmazie (4%), Ökonomie (4%), Sozialwissenschaften und Ethik (3%) sind weniger häufig vertreten. Weitere Gesuche kamen aus den Bereichen Gesundheitswissenschaften (2%), Psychologie (2%), Physiotherapie/Ergotherapie/Ernährung (2%). Jeweils 2 Gesuche (1%) kamen zudem aus den Gebieten IT und Versorgungsforschung¹⁰. Etwas weniger als die Hälfte der Gesuche kamen (in erster Instanz) von einer Universität (47%), 27% von einem (Universitäts-)Spital, 18% von einer Fachhochschule und 11% von anderen Forschungseinrichtungen (z.B. Krankenkassen, private Forschungsinstitute, Kompetenzzentren, Stiftungen, etc.). Die monetäre Aufschlüsselung nach Institutionsart entspricht ziemlich genau der Aufschlüsselung nach Gesuchszahlen: 43% der Gelder wurden von universitären Gesuchstellern beantragt, 28% von Personen, die an eine (Uni-)Spital tätig sind, 19% von Personen von Fachhochschulen und 11% von anderen Forschungseinrichtungen.

⁹ Weitere Informationen zum Förderprogramm und zur Expertenkommission sind abrufbar unter <http://www.samw.ch/de/Forschung/Versorgungsforschung.html>

¹⁰ Jeweils ein Gesuch (0.5%) kam aus den Bereichen Qualitätsmanagement, Gesundheitsmanagement, Patientenbildung, Humanbiologie, Pädagogik und Recht.

Grafik 4: : Geographische Zuordnung und Anzahl der Gesuche beim Förderprogramm Versorgungsforschung (n=208). Zusätzlich kam jeweils ein Gesuch aus Ellikon, Olten, Brugg, Schaffhausen, Nyon, Küstnacht, Kirchlindach, Clarmont, Onex, Carouge, Manno, Will, Rorschach (nicht eingezeichnet).



Betrachtet man die verschiedenen Ebenen der Versorgungsforschung in den Projekt- und Seed Money-Eingaben (n=201), wird die Mesoebene am öftesten adressiert (73%), 17% der Gesuche fokussieren auf die Mikro-Ebene und 10% sind im Bereich der Gesundheitssystemforschung anzusiedeln. Bei den meisten Gesuchen handelt es sich explizit um Grundlagenforschung (59%), in 26% der Fälle werden angewandte Forschungsprojekte vorgeschlagen und 11% haben ihren Schwerpunkt im Bereich der Grundlagenforschung, jedoch einen angewandten Teil, wie z.B. die anschliessende Entwicklung von Guidelines.

Ein Grossteil der eingegebenen Gesuche fokussiert auf Fragestellungen im Bereich der ambulanten Versorgung (54%), zweidritte davon explizit auf die ambulante Grundversorgung, 19% der Gesuche haben die stationäre Versorgung im Blick und 14% eine Kombination aus beiden. Andere Setting sind weniger häufig vertreten, z.B. Prävention (4%), Rehabilitation (1%) oder palliativ-Pflege zu Hause (4%). Von den insgesamt 208 eingereichten und dem Zweck des Förderprogramms entsprechenden Gesuchen waren 37 erfolgreich (27 Projekte, 8 Anschubfinanzierungen, 1 Stipendium und 1 Veranstaltung), was einer Gesuchsförderquote von 17.8% entspricht. Da aufgrund der Beschränkung der finanziellen Mittel bei den meisten der 37 Gesuche nicht der gesamte beantragte Finanzrahmen zugesprochen werden konnte, resultierte eine finanzielle Förderquote von 14.5%. Zweiunddreissig Prozent der Zusprachen gingen nach Zürich, gefolgt von Bern (22%), Lausanne (22%), Basel (19%). Eine Zusage ging nach Winterthur (3%) und eine ins Ausland (3%, das Stipendium).

Tabelle 4: Informationen zu den beim Förderprogramm «Versorgungsforschung im Gesundheitswesen» der SAMW in den ersten vier Ausschreibungsrunden eingegangenen Gesuchen und deren Antragstellern. GLF=Grundlagenforschung, AF=angewandte Forschung, SPM=Sozial- und Präventivmedizin.

		Eingereichte Gesuche (n=208)	Erfolgreiche Gesuche (n=37)			Eingereichte Gesuche (n=208)	Erfolgreiche Gesuche (n=37)
Gesuchsart	Projekt	161	27	Institution	(Uni)Spital	27%	14%
	Seed Money	40	8		Universität	47%	76%
	Stipendium	6	1		Fahhochschule	18%	8%
	Veranstaltung	1	1		andere	11%	3%
Umfang (CHF)		27.5 Mio	4 Mio				
Akad. Abschlüsse	Prof./PD/Habil	44%	59%	Ebene	Mikro	16%	14%
	PhD/Dr.	63%	62%		Meso	73%	69%
	MPH	4%	0%		Makro	10%	17%
Fachdisziplin	Medizin	50%	54%	Art der Forschung	GLF	59%	63%
	Pflegewiss.	15%	11%		GLF und AF	11%	
	PH/SPM	12%	16%		AF	26%	37%
	Pharmazie	5%	5%		Kl. Forschung	1%	
	Ökonomie	4%	5%		Register	2%	
	Sozialwiss./Ethik	4%	3%	Setting	(GV) amb	(37%) 55%	(56%) 65%
	Gesundheitswiss.	2%	0%		stat	18%	14%
	Psychologie	2%	0%		System	9%	13%
	Ergo/Physio/Ernährung	2%	0%				

Die erfolgreichen Gesuchsteller sind Mediziner (57%), gefolgt von Public Health Experten bzw. Sozial- und Präventivmediziner (14%), Pflegewissenschaftler (11%), Pharmazeuten (5%), Ökonomen (5%), einem Ethiker (3%) einer Psychologin und einem Ernährungswissenschaftler. Insgesamt sind 59% der erfolgreichen Gesuchsteller Professoren, Privatdozenten oder habilitiert, 62% haben einen PhD oder Dokortitel. Die Zusprachen gingen zu 76% an universitäre Antragsteller, 14% der erfolgreichen Gesuchsteller sind an einem (Universitäts-)Spital beschäftigt, 8% an einer Fachhochschule und 3% an anderen Einrichtungen. Die monetäre Aufschlüsselung der zugesprochenen Gelder zeigt praktisch dieselbe Verteilung: 74% der Gelder gingen an Universitäten, 12% an (Universitäts-)Spitäler, 9% an Fachhochschulen und 5% an andere Forschungsinstitute.

Bezüglich der Ebene, auf der die Forschung stattfindet, weisen die erfolgreichen Gesuche eine ähnliche Verteilung auf wie die Grundgesamtheit (Mikroebene 14%, Mesoebene 69%, Metaebene 17%). Gleiches gilt für die Art der Forschung: 63% haben die Zusprache für Grundlagenforschung erhalten, 37% für angewandte Forschung.

Zweidrittel der erfolgreichen Gesuche fokussieren auf Fragestellungen im Bereich der ambulanten Versorgung (65%), fast alle davon explizit auf die ambulante Grundversorgung, 14% haben die stationäre Versorgung im Blick, ebenfalls 14% das Gesundheitssystem und 8% die Pflege bzw. palliativpflege zu Hause.

3. Analyse der bisher durch den SNF finanzierten Versorgungsforschungsprojekte

Wie die Ergebnisse der Umfrage zeigen, wird in der Schweiz bereits seit Jahren Versorgungsforschung gemacht. In den meisten Fällen wurde bzw. wird die Forschung jedoch nicht explizit als Versorgungsforschung bezeichnet und taucht damit unter diesem Begriff auch in keiner Statistik auf. Um einen Eindruck zu gewinnen, wie viele versorgungsforschungsrelevante Projekte vom Schweizerischen Nationalfonds (SNF) finanziert wurden bzw. werden und was für Projekte dies sind, wurde die Projektdatenbank P3 des SNF sowie diejenigen (bereits abgeschlossenen und laufenden) Nationalen Forschungsprogramme (NFPs), welche

thematisch der Versorgungsforschung nahe stehen, nach geförderten Projekten durchsucht, die der Versorgungsforschung zugeordnet werden können.

Die Projektdatenbank P3 wurde mit unterschiedlichen Stichworten, wie z.B. Versorgungsforschung, Outcome-Forschung, Bedarfsforschung, Inanspruchnahmeforschung, HTA, Qualität, Impact Assessment, Health Economy, etc. (siehe Methodenteil B 2b) durchsucht. Die durch die Stichworte ermittelten Projekte wurden daraufhin geprüft, ob Sie inhaltlich der Versorgungsforschung zuzuordnen sind. In einem zweiten Schritt wurden die Namen der Empfänger der im ersten Schritt identifizierten Projekte als Suchbegriff in die Datenbank eingegeben und alle so gefundenen Projekte ebenfalls darauf geprüft, ob sie der Versorgungsforschung zuzuordnen sind. Die Suche in P3 hat insgesamt 47 Versorgungsforschungsprojekte identifiziert (darunter 4 Einzelprojekte aus NFPs), die seit 1975¹¹ im Umfang von über 13 Mio CHF durch den SNF finanziert wurden.

Von folgenden (laufenden und abgeschlossenen) Nationalen Forschungsprogrammen wurden alle Projekte auf versorgungsforschungsrelevante Fragestellungen untersucht: NFP 67 «Lebensende» (laufend), NFP 53 «Muskuloskeletale Gesundheit – Chronische Schmerzen» (abgeschlossen 2004), NFP 49 «Antibiotika-Resistenz» (abgeschlossen 2006) sowie das NFP 08 «Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit im schweizerischen Gesundheitswesen» (abgeschlossen 1986). Letzteres ist ein gutes Beispiel dafür, dass auch in der Schweiz bereits seit über 30 Jahren Versorgungsforschung gemacht wird, wenn auch nicht unter diesem Begriff. Laut SNF war das Ziel des NFP 08, «das schweizerische Gesundheitswesen, vor allem den ambulanten Sektor, zu durchleuchten und Beiträge zur Verbesserung seiner Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit zu leisten». Nichts anderes also, als Versorgungsforschung. Zwar wurden im Rahmen des NFP 08 einige Projekte durchgeführt, die man nicht direkt zur Versorgungsforschung zählen würde, aber der Grossteil der Projekte, z.B. mit Schwerpunkt «Zusammenwirken der Gesundheitsberufe» oder «Datenbeschaffung zur ambulanten Versorgung» kann der Versorgungsforschung zugeordnet werden. Insgesamt wurden im Rahmen der oben erwähnten NFPs zusätzlich 41 Projekte identifiziert, die zur Versorgungsforschung gerechnet werden können.

Der SNF hat seit 1975 also mindestens bereits 26.6 Mio CHF für Versorgungsforschung investiert (siehe Tabelle 5)¹², 27% davon flossen in die Westschweiz, 15% ins Tessin und 57% in die Deutschschweiz. Aus fachlicher Perspektive sind die meisten dieser Projekte (n=88) im Bereich Medizin (24%) anzusiedeln, gefolgt von Sozial- und Präventivmedizin (inkl. [klinische] Epidemiologie) (18%), Palliative Care (16%), Kommunikationswissenschaften (13%), Ökonomie (9%), Sozialwissenschaften und Ethik (9%), Pflegewissenschaften (3%), Recht (2%), Psychologie (2%), sowie Arbeitsmedizin, IT und Physiotherapie (je 1%). Etwas mehr als die Hälfte der gesamten Fördersumme wurde im Rahmen von NFPs bewilligt (55%), die übrigen Mittel durch Förderinstrumente wie Project Funding (meist über die Abteilungen 1-3), das ProDoc-Programm, Sinergia oder andere Projektförderungen. Insgesamt gingen 58% des Gesamtbetrags an universitäre Gesuchsteller, 31% an Gesuchsteller von (Universitäts-)Spitäler, 8% an private Forschungsinstitutionen und 4% an Personen von Fachhochschulen. Eine Liste aller als Versorgungsforschung identifizierter, durch den SNF finanzierter Projekte findet sich in der Tabelle im Anhang 2.

¹¹ In der Datenbank P3 sind alle vom SNF finanzierten Gesuche seit 1975 verzeichnet. Da nicht bei allen Einträgen das Datum bzw. die Laufzeit des jeweiligen Projektes angegeben wird, kann für die Finanzierung der versorgungsforschungsrelevanten Projekte kein genauer Zeitraum angegeben werden.

¹² Bei dieser Analyse nicht berücksichtigt wurden die Ausgaben des SNF für Kohortenstudien, obgleich diese wichtige Daten für die Versorgungsforschung liefern können (siehe Diskussion).

Tabelle 5: Durch den Schweizerischen Nationalfonds (SNF) finanzierte Projekte, die der Versorgungsforschung zugeordnet werden können (n=88). NFP=Nationales Forschungsprogramm, SPM=Sozial- und Präventivmedizin, FH=Fachhochschulen.

Disziplin	Anzahl Projekte (in %) (n=88)	Förderinstrument	Anzahl Projekte (in %) (n=88)	Finanzrahmen (CHF) Gesamt 26'551'085	Gesamtkostenanteil (in %)
Medizin	24%	NFP	51%	14739791	55%
PH/SPM	18%	Project funding (Div. I-III)	27%	5437740	20%
Palliative Care	16%	Careers	3%	1888736	7%
Kommunikationswiss.	13%	ProDoc	6%	1207664	5%
Ökonomie	9%	Sinergia	1%	1000000	4%
Sozialwiss./Ethik	9%	Project funding (special)	6%	953801	4%
Recht	2%	Projekte	2%	865592	3%
Pflegewiss.	3%	Interdisciplinary projects	1%	424886	2%
Psychologie	2%	Institution			
Arbeitsmedizin	1%	Universität	55%	15306940	58%
IT	1%	(Uni)Spital	32%	8164032	31%
Physiotherapie	1%	privat/andere	7%	2091419	8%
		FH	7%	988694	4%

D. Diskussion:

Die «Workforce» und ihre Forschung

Die vorliegende Arbeit macht deutlich, dass die Schweiz über eine beachtliche «Workforce» an Versorgungsforschern verfügt, und dass die vielzitierten Kinderschuhe, in denen die Versorgungsforschung in der Schweiz zu stecken vermutet wird, so klein nicht mehr sind. Laut Umfrage gibt es in der Schweiz (mindestens) 190 Studien- bzw. Projektleiter (Principle Investigators, PIs) im Bereich Versorgungsforschung, von denen knapp die Hälfte bereits seit über einem Jahrzehnt in diesem Forschungsbereich aktiv ist. Ob mit dem Fragebogen tatsächlich eine Vollerhebung, d.h. die Rückmeldung aller PIs im Bereich Versorgungsforschung, erreicht wurde, ist fraglich. Wenn man sich allerdings die Zahlen der Bewerber beim Förderprogramm Versorgungsforschung ansieht (es waren 177 verschiedene Gesuchsteller) und davon ausgeht, dass die meisten oder zumindest viele PIs im Bereich Versorgungsforschung dort im Verlauf der letzten vier Jahre ein Projekt eingegeben haben – da es schliesslich momentan die einzige explizite Förderquelle für dieses Forschungsgebiet ist – liegt die Zahl von 190 PIs wohl nicht allzu weit weg von der tatsächlichen Anzahl der (besonders aktiven) Versorgungsforschern. Die SNF-Datenbank-Analyse hat insgesamt 64 unterschiedliche Forscher identifiziert, die Gelder für Versorgungsforschungsprojekte vom SNF zugesprochen bekommen haben.

Die Zahlen der Umfrage und die Analyse der beiden Datenbanken decken sich in vielen Punkten: Versorgungsforschung findet in der Schweiz hauptsächlich an Universitäten, namentlich an Instituten der Medizinischen Fakultäten, oder an (Universitäts-)Spitälern statt. In Anbetracht der Tatsache, dass die Fachhochschulen erst 1997 gegründet wurden (FHSG 1995), ist ein Fachhochschulanteil von 25% ein Zeichen dafür, dass sich die Versorgungsforschung dort im Laufe des letzten Jahrzehnts erfolgreich etablieren konnte. Einen nicht zu vernachlässigenden Anteil machen zudem die privaten Forschungsinstitute sowie die Forschungsabteilungen der Krankenkassen aus, wobei letztere vor allem bezüglich der vorhandenen Datengrundlage einen entscheidenden Vorteil haben. Die Interdisziplinarität und Multiprofessionalität, durch die sich die Versorgungsforschung auszeichnet, spiegelt sich in den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit wider: Neben der Fachdisziplin Medizin, welcher der Hauptanteil der Forschung zuzuordnen ist, haben Disziplinen wie Ökonomie, Kommunikationswissenschaften, Pflegewissenschaften, Sozialwissenschaften, Ethik, und andere einen teilweise bedeutenden Anteil an der heute in der Schweiz durchgeführten Versorgungsforschung.

Laut Umfrage wird in der Schweiz hauptsächlich anwendungsorientierte Versorgungsforschung gemacht und nur zu einem Drittel grundlagenorientierte Versorgungsforschung. Diese Angaben widersprechen sowohl den Zahlen der geplanten Forschungsprojekte (also der Gesuche, die beim Förderprogramm Versorgungsforschung eingegeben, aber nicht bewilligt wurden), als auch den Zahlen der durch die SAMW bewilligten Gesuche, bei denen klar die Grundlagenforschung im Vordergrund steht. Aufgrund fehlender Abstracts in der P3-Datenbank konnte leider keine definitive Kategorisierung der SNF-finanzierten Forschungsprojekte vorgenommen werden, aber eine Grobanalyse der vorhandenen Abstracts und Interpretation der Projekttitle deutet ebenfalls darauf hin, dass bisher in der Schweiz vorwiegend grundlagenorientierte Versorgungsforschung betrieben wurde. Die Kategorisierung der Forschung ist nicht ganz trivial: die anwendungsorientierte Versorgungsforschung kann nach Pfaff nochmals in drei Kategorien unterteilt werden: die «Gestaltende Versorgungsforschung», also die Entwicklung wissenschaftlich fundierter Versorgungskonzepte wie z.B. die Entwicklung von Leitlinien, die «Begleitende Versorgungsforschung», also die Erforschung

der Umsetzung und dauerhafte Verankerung neuer Versorgungskonzepte in der Alltagsversorgung, sowie die «Bewertende Versorgungsforschung», also Untersuchung der «effectiveness» von einzelnen Behandlungsmethoden, Verfahren oder Leitlinien mittels Experimenten und die Evaluierung komplexer Versorgungsstrukturen und –prozesse (Pfaff 2003). Oft werden im Rahmen ein und derselben Studie die Probleme und Einflussfaktoren mittels grundlagenorientierter Versorgungsforschung klassifiziert bzw. bestimmt und Lösungsansätze durch anwendungsorientierte Forschung entwickelt. Zudem bestehen gerade im Bereich der Bewertenden Versorgungsforschung Überschneidungen mit der Grundlagenforschung, je nach dem ob es sich um neu eingeführte Behandlungsmethoden oder Verfahren handelt oder eben um etablierte Praxis, die es zu beschreiben und erklären gilt (was dann entsprechend wieder der Grundlagenforschung zuzuordnen wäre), was die Kategorisierung der Projekte schwierig macht.

Bezüglich der Ebenen der Versorgungsforschung wird die Mesoebene (die Ebene der institutionellen Leistungserbringer) klar am meisten beforscht, was nicht weiter überrascht, da auf dieser Ebene die meisten Versorgungsleistungen erbracht werden. Der Fokus von vielen Projekten liegt laut Umfrage und Datenbank-Analyse im Bereich der ambulanten Grundversorgung, aber auch die anderen Settings werden rege beforscht, und es lassen sich anhand der zur Verfügung stehenden Daten keine besonders vernachlässigten Bereiche ausmachen. Gleiches gilt für die Themen der Forschung, wobei die Datengrundlage hier nicht besonders ergiebig ist: Um den Fragebogen nicht zu umfangreich zu gestalten, wurde bei den Themen der Forschung lediglich Über-, Unter- und Fehlversorgung sowie Optimierung der Versorgung abgefragt. Interessant wäre natürlich eine detailliertere Aufschlüsselung, z.B. bezüglich Zugang und Inanspruchnahme, Integrierte Versorgung, Patientenorientierung, etc. Bei der Auswertung der SAMW-Projekt-datenbank wäre eine solche thematische Zuordnung theoretisch möglich gewesen. Da im Rahmen dieser Arbeit allerdings nicht geprüft wurde, ob die bei der SAMW eingegebenen Gesuche, denen durch das Förderprogramm Versorgungsforschung keine Finanzierung zugesprochen wurde, anderweitig Unterstützung erhielten und tatsächlich realisiert wurden¹³, wurde auf eine detaillierte thematische Kategorisierung verzichtet. Aufgrund der teilweise fehlenden Abstracts in der SNF-Datenbank konnte auch bei diesen Projekten keine thematische Zuordnung vorgenommen werden. Entsprechend der demografischen Entwicklung unserer Gesellschaft stehen bei vielen Forschungsprojekten chronisch kranke sowie ältere und pflegebedürftige Menschen im Mittelpunkt. Die Perspektive, aus der die PIs die Versorgung bei ihrer Forschung betrachten, stimmt zahlenmässig mit den fachlichen Hauptdisziplinen der Forschenden überein. Es kann also realistischer Weise davon ausgegangen werden, dass die meisten Forschenden ihren Blick innerhalb ihres Fachgebietes auf die Versorgung richten.

Bei den Ergebnissen der SAMW-Datenbank-Analyse fällt auf, dass sowohl die Fachhochschulen als auch die (Universitäts-)Spitäler¹⁴ bei den erfolgreichen Gesuchen des SAMW-Förderprogramms prozentual untervertreten sind. Laut Umfrage findet 25% der Versorgungsforschung in den Fachhochschulen statt, die Projektförderung fliesst jedoch nur zu 9% (SAMW) an die Fachhochschulen (beim SNF fließen sogar nur 4% der Gelder zu den Fachhochschulen). Im Rahmen des SAMW-Förderprogramms entspricht das einer Förderquote von 8% (zum Vergleich: bei den universitären Gesuchen beträgt die Förderquote ca. 30%).

¹³ Diese Information wird im Rahmen der Evaluation des Förderprogramms «Versorgungsforschung im Gesundheitswesen» von der SAMW abgefragt und im Frühsommer 2015 auf der Website der SAMW veröffentlicht werden.

¹⁴ Bei der Gruppe der (Universitäts-)Spitäler handelt es sich zum grossen Teil um Universitätsspitäler und zu einem kleinen Teil um Kantonsspitäler, Stadtspitäler oder Privatspitäler.

Viele der Fachhochschul-Gesuche können bezüglich der Bewertungskriterien¹⁵ im Quervergleich mit den universitären Gesuchen nicht überzeugen; oft sind es vor allem methodische Schwächen, die dafür verantwortlich sind, dass die entsprechenden Gesuche es nicht bis an die Spitze der Förderlisten schaffen. Der Anteil der (Universitäts-)Spitäler, an denen laut Umfrage 17% der Versorgungsforschung stattfindet, ist mit 27% der Gesuche beim SAMW-Förderprogramm und über 30% der SNF-Zusprachen tendenziell hoch. Diese Diskrepanz ist sehr wahrscheinlich dadurch zu erklären, dass viele der Gesuchsteller sowohl an der medizinischen Fakultät als auch an einem Universitätsspital affiliert sind und bei der Umfrage eine universitäre Anbindung angegeben haben. Bei der Projektförderung wurde hingegen eher nach dem Ort, wo die Forschung tatsächlich stattfindet kategorisiert, was in praktisch allen Fällen das Spital war bzw. ist. Im Rahmen des SAMW-Förderprogramms ist die Förderquote der (Universitäts-)Spitäler mit 9% auffallend tief. Die Erfahrung zeigt, dass der Grund hierfür meistens nicht bei einer zu schlechten Qualität der Gesuche liegt, sondern dass häufig sehr spezifische Versorgungsbereiche (mit dementsprechend kleinen Fallzahlen) adressiert werden bzw. das Potential einer Verallgemeinerung der zu erwartenden Ergebnisse in Frage gestellt wird. Die SAMW ist im Rahmen ihrer Möglichkeiten bemüht, die Rückmeldungen an die Forschenden (auf Anfrage) entsprechend detailliert zu verfassen, so dass die Gesuchsteller vom Evaluationsverfahren durch die (Peer-)Reviewer profitieren können.

Wissenschaftlicher Output, Rahmenbedingungen und Nachwuchsförderung

Die Gruppe «Health Services Research-Europe» hat 2011 eine Literaturanalyse publiziert, laut der im Zeitraum zwischen 2004 und 2010 770 versorgungsforschungsrelevante Publikationen aus der Schweiz sowie 906 solcher Publikationen über die Schweiz veröffentlicht wurden (HSR-Europe 2011). In Relation zum Bruttoinlandsprodukt gesetzt ergibt das laut HSR-Europe einen Wert von 1.89 respektive 2.23 per 1 Milliarde CHF. Die aus der Umfrage resultierende Gesamtzahl von 858 wissenschaftlicher Publikationen¹⁶ (von insgesamt 105 Pls) liegt im selben Range (im Zeitraum von 2008 bis 2012). Ein Blick über die Landesgrenzen hinaus zeigt, dass die Schweiz laut HSR-Europe zwar nicht gerade an der Spitze der Europäischen Versorgungsforschung steht, aber bei weitem auch nicht am Schluss: In Deutschland, wo die Versorgungsforschung zwar auch noch ein verhältnismässig junges Forschungsgebiet ist, das aber bereits seit mehr als zehn Jahren eine hochdotierte und systematische Finanzierung erhält, liegt der entsprechende Wert bei ca. 0.5 resp. 0.9, in Frankreich bei 0.5 resp. 0.6. In Grossbritannien, wo die Versorgungsforschung bereits seit vielen Jahrzehnten Tradition hat und entsprechende Infrastrukturen bestehen liegen die Werte bei 4.1 resp. 3.2, in Schweden bei 3.5 resp. 3.8 (HSR-Europe 2011).

Bis zum Datum der Umfrage wurden insgesamt etwas mehr als 2 Mio CHF durch das Förderprogramm Versorgungsforschung ausgeschüttet¹⁷. Die Umfrage-Ergebnisse reflektieren diese Zahl ziemlich genau. Von Seiten des SNF flossen zwischen 2008 und 2012 etwas über 8.5 Mio CHF in die Versorgungsforschung, laut SNF-Datenbank-Analyse über 26.5 Mio CHF seit 1975. Obgleich Kohortenstudien wichtige Daten für die Versorgungsforschung liefern (können), wurden sie nicht mit in die Datenbank-Analyse eingeschlossen, da eine Beziffe-

¹⁵ Es sind dies (i) wissenschaftlichen Qualität, (ii) Nutzen, Relevanz, Innovation sowie Nachhaltigkeit des Projektes für das öffentliche Gesundheitswesen, (iii) fachliche Qualifikation des/der BewerberIn sowie (iv) wissenschaftliche Vernetzung (siehe http://www.samw.ch/dms/de/Forschung/Bangerter/d_Reglement_2013.pdf).

¹⁶ Die Fragen nach dem wissenschaftlichen Output (Publikationen im Bereich Versorgungsforschung in den letzten fünf Jahren) und den (finanziellen) Rahmenbedingungen waren aufwendig zu beantworten, weshalb einige Pls den Fragebogen vor Teil 4 abgebrochen haben. Um eine annähernd realistische Einschätzung von gesamten Publikationszahlen, zur Verfügung stehenden Stellenprozent, Angaben zur Projektfinanzierung, etc. zu bekommen, müsste man die Zahlen entsprechend hochrechnen.

¹⁷ Die beiden ersten Förderrunden fanden in 2012 statt (mit Auszahlung Mitte 2012 und Anfang 2013), die Ausschüttung der dritten Förderrunde erfolgte im Frühjahr 2014, die der vierten im Frühjahr 2015.

rung der versorgungsforschungsrelevanten Anteile nur schwer möglich ist. Es ist anzunehmen, dass durch die im Rahmen dieser Arbeit vorgenommenen Datenbank-Recherche nicht gänzlich alle vom SNF-finanzierten, versorgungsforschungsrelevanten Projekte identifiziert wurden. Aber da sich die Informationen zu den Fachdisziplinen bzw. den institutionellen Anbindung der Beitragsempfänger relativ gut mit den Umfrageergebnissen und den Ergebnissen der SAMW-Datenbank-Analysen decken, kann zumindest angenommen werden, dass die gefundene Teilmenge einer mehr oder weniger repräsentativen Stichprobe entspricht.

Der Fragebogen richtete sich ausschliesslich an Principle Investigators (PIs), also an Personen, die als Studien- und/oder Projektleiter im Bereich Versorgungsforschung tätig sind. Projektmitarbeiter, wie z.B. wissenschaftliche Mitarbeiter, Doktoranden, Masterstudenten oder andere, wurden nicht befragt. Diese Einschränkung wurde in Kauf genommen, um Mehrfachangaben (bezüglich Art der Forschung, Ebene, Setting, Zielpersonen, Publikationen, Finanzrahmen) zu vermeiden, die dasselbe Forschungsprojekt betreffen. Die Frage, wie viel Stellenprozent der PIs für ihre Mitarbeitenden im Bereich Versorgungsforschung zur Verfügung stehen, sollte zumindest einen Hinweis darauf geben, wie gross die tatsächliche «Workforce» im Bereich Versorgungsforschung in der Schweiz ist. Aufgrund eines Einstellungsfehlers im französischsprachigen online-Fragebogen, der erst nach einigen Tagen bemerkt und korrigiert wurde, konnten just bei der Frage nach den zur Verfügung stehenden Stellenprozent von 32 franz. Antworten lediglich 18 ausgewertet werden; insgesamt waren es damit 126 Antworten. Sieht man sich die Verteilung genauer an, gibt es nur wenige Institute an denen mehrere FTEs für Mitarbeitende im Bereich Versorgungsforschung zur Verfügung stehen (z.B. 4 oder mehr FTE stehen lediglich 4% der PIs (n=5) zur Verfügung, diese arbeiten an zwei Instituten für Sozial- und Präventivmedizin, am Institut für Hausarztmedizin, an einer Fachhochschulen, und an einer medizinischen Klinik).

Bezüglich der Situation, wie es um den wissenschaftlichen Nachwuchs im Bereich Versorgungsforschung steht, geben die Umfrageergebnisse aus oben genannten Gründen leider wenig Spezifisches her. Derzeit gibt es in der Schweiz praktisch keine versorgungsforschungsspezifische Aus- oder Weiterbildung¹⁸, was darauf hindeutet, dass eine systematische Nachwuchsförderung fehlt. Laut Informationen, die der SAMW vorliegen, ist an der Universität Luzern ein PhD-Programm mit Fokus Health Systems and Services Research im Aufbau. Im qualitativen Teil des Fragebogens wird von vielen PIs explizit darauf hingewiesen, dass es dringend angezeigt ist, mehr Fachspezialisten im Bereich Versorgungsforschung auszubilden (z.B. in Form von spezifischen Masterprogrammen, erweiterten PhD-Programmen oder im Rahmen eines universitären Studiengangs «Versorgungsforschung»), aber auch Weiter- und Fortbildungsangebote (z.B. im Bereich Methodenkompetenz) zu etablieren, damit junge Forschende für die Versorgungsforschung gewonnen werden können, und damit eine Professionalisierung der Forschungsgemeinschaft stattfindet. Laut Umfrage haben etwas mehr als 50% der PIs eine Weiter- bzw. Fortbildung absolviert, welche sie für die Versorgungsforschung qualifiziert. Einige mussten dafür ins Ausland reisen, aber auch im Rahmen der bestehenden Schweizer Weiterbildungsprogramme (z.B. in den Bereichen Public Health, Statistik, Epidemiologie) werden laut Umfrage versorgungsforschungsrelevante Inhalte vermittelt.

Datengrundlagen

Der OECD-Bericht von 2011 spricht es deutlich aus: die Schweiz muss sich besser um die Sammlung von Gesundheitsdaten kümmern. *«Der Bund sollte die Erfassung eines minima-*

¹⁸ 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.

len gesundheitsbezogenen Datensets in allen Kantonen institutionalisieren, um Inkonsistenzen in den von den Kantonen gesammelten Informationen zu beheben. Langfristig sollte die Datenerfassung über Versorgungsqualität, Public Health und ambulante Versorgung beim Bund angesiedelt werden. Damit liesse sich sicherstellen, dass die erfassten Daten einheitlich und vergleichbar sind, und - was noch wichtiger ist – es würde eine Trennung vorgenommen zwischen der Regierungsebene, die für den Gesundheitsbetrieb zuständig ist, und der Ebene, die dessen Leistungen überwacht» (OECD/WHO 2011a).

Auch in der Schweiz wird die Datensituation von verschiedenen Seiten beklagt, ganz aktuell z.B. betreffend medizinische Routedaten (Berlin 2014) oder Registerdaten (Hostettler 2012; Scheidegger 2014). Zwar existieren in vielen Bereichen Daten zur Gesundheitsversorgung, doch der Zugang zu diesen Daten sowie die Kompatibilität sind in vielen Bereichen mangelhaft. Zudem gibt es einige Bereiche, in denen Daten gänzlich fehlen. Public Health Schweiz hat im Sommer 2013 mit einem Manifest «Bessere Gesundheitsdaten für ein effizienteres Gesundheitswesen» auf die unbefriedigende Datenlage reagiert und fordert eine Verbesserung der Verfügbarkeit, der Vollständigkeit, der Verknüpfbarkeit sowie der Vergleichbarkeit von Gesundheitsdaten (Public-Health-Schweiz 2013).

Laut Fragebogen generieren über 90% der PIs mit ihrer Versorgungsforschung eigene Primärdaten. Diese sind ein wichtiger Beitrag, denn im Gegensatz zu der Auswertung von vorhandenen (Routine-)Daten, welche häufig im Rahmen von deskriptiver, also grundlagenorientierter Versorgungsforschung vorgenommen wird, lassen sich Fragen zu neuen Versorgungsmodellen oder zum Einsatz neuer diagnostischer bzw. therapeutischer Interventionen unter Alltagsbedingungen nur durch eigene Studien, im besten Fall prospektive, randomisierte Interventionsstudien, klären (SAMW 2014). Über die Hälfte der PIs nutzt (zudem) bestehende Daten, und die Antworten zeigen, allen voran Daten aus Datenbanken und Registern sowie die Datensammlungen des Bundes als Quelle dienen. Eine Verbesserung der Datenqualität, des Zugangs und der Kompatibilität im Sinne des Manifests von Public Health Schweiz wäre demnach ein entscheidender Faktor für Verbesserung und Stärkung der Versorgungsforschung in der Schweiz.

Landesteilspezifische Unterschiede

Die getrennte Analyse der deutsch- und französischsprachigen Antworten der Fragebogen-Erhebung haben einige landesteilspezifische Unterschiede in der Schweizer Versorgungsforschung aufgedeckt: Allen voran ist der Anteil französischsprachiger PIs an der Gesamtzahl der PIs höher (40%), als man ihn aufgrund der demographischen Situation vermuten würde (ca. 23% aller Schweizer sind französischsprachig)¹⁹. Ob dies ein Hinweis darauf ist, dass in der Westschweiz verhältnismässig mehr Personen Versorgungsforschung betreiben oder ob hier ein Selection Bias vorliegt, kann aufgrund der vorhandenen Daten nicht abschliessend beantwortet werden. Die beiden Analysen der Datenbanken weisen allerdings nicht darauf hin, dass in der Westschweiz mehr Personen Versorgungsforschung betreiben: Der Westschweizer Anteil an Gesuchen beim Förderprogramm Versorgungsforschung beträgt 22%, von den SNF-Zusprachen im Bereich Versorgungsforschung gingen 27% in die Westschweiz.

Auffällig ist zudem, dass die Verteilung zwischen Universitäten und Fachhochschulen sowie die Verteilung zwischen den Fachdisziplinen Medizin und Pflegewissenschaften in der Westschweiz ausgeglichen ist, wohingegen in der Deutschschweiz die Versorgungsforschung überwiegend an Universitäten und überwiegend im Fachbereich Medizin stattfinden. Grund

¹⁹ Aus der italienischen Schweiz sind lediglich drei (französischsprachige) Antworten eingegangen. Zudem kamen fünf deutschsprachige Fragebögen aus der Westschweiz.

hierfür ist zum einen die anders aufgestellt und ausgerichtete Pflege-Ausbildung: diese findet in der Westschweiz ausnahmslos an Fachhochschulen statt, die einen Forschungsauftrag haben, wohingegen ein Grossteil der Pflege-Ausbildung in der Deutschschweiz an höheren Fachschulen stattfindet, die keinen Forschungsauftrag haben. Zudem existieren in der Deutschschweiz zwei universitäre Institute für Pflegewissenschaften (in Basel und Zürich) und drei medizinische Fakultäten (in Basel, Bern und Zürich), in der Westschweiz lediglich ein Institut für Pflegewissenschaften (in Lausanne) und zwei medizinische Fakultäten (in Lausanne und Genf), dafür viele Fachhochschulen. Laut Umfrage flossen zwischen 2008 und 2012 mehr Fördergelder des SNF in die Westschweiz als in die Deutschschweiz (4.6 Mio CHF vs. 3.9 Mio CHF), was den SNF in diesen Jahren zur Hauptgeldquelle für Versorgungsforschung in der Westschweiz macht. Die lange Tradition der Versorgungsforschung (in der Romandie sind 68% der Versorgungsforschenden seit mindesten einem Jahrzehnt in diesem Bereich tätig), und mit ihr der Grad der Professionalisierung, ist sicherlich ein Grund, dass die Westschweizer Forscher in den letzten Jahren bei der Einwerbung von SNF-Fördergeldern so erfolgreich waren. Ob dies ein Fluktuationseffekt ist (der Westschweizer Gesamtanteil der SNF-Gelder seit 1975 liegt bei 27%), oder ein Trend ist, der auch in Zukunft zu beobachten ist, wird sich zeigen.

(Zukunfts-)Perspektiven

Nach Meinung der PIs gibt es eine Bandbreite von Versorgungsbereichen, in denen dringend Forschungsbedarf angezeigt ist. In einigen Fällen spiegeln die Antworten der PIs auf die Frage, wo genau der grösste Handlungsbedarf besteht, das eigene jeweils Forschungsgebiet wider. Viele Antworten adressieren hingegen fachunabhängige und übergeordnete Bereiche, in denen häufig die Zusammenarbeit verschiedener Gesundheitsfachpersonen eine besondere Herausforderung darstellt (z.B. das Schnittstellenmanagement zwischen Settings und Disziplinen, Qualität und Patientensicherheit, etc.). Die Ausführungen machen zudem deutlich, dass gerade auch im anwendungsorientierten Bereich der Versorgungsforschung, also bei der Entwicklung und Implementierung von neuen Versorgungs- und Finanzierungsmodellen, Nachholbedarf besteht.

Bezüglich der Voraussetzungen, die notwendig sind zur Stärkung und Förderung der Versorgungsforschung in der Schweiz, waren sich viele PIs in ihren Antworten erstaunlich einig: Es braucht eine nationale Strategie im Sinne einer übergeordneten Forschungsagenda, eine stärkere Koordination und bessere Vernetzung sowie mehr und nachhaltigere Finanzierungsmöglichkeiten der Versorgungsforschung in der Schweiz. Die SAMW hat diesen Anliegen insofern Rechnung getragen, als dass sie im Januar 2014 einen Antrag für ein Nationales Forschungsprogramm zur «Versorgungsforschung im Schweizer Gesundheitssystem» beim Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation (SBFI) eingegeben hat, welches – sofern es den Bundesrätlichen Zuschlag im Juni 2015 erhält – im Herbst 2015 lanciert wird. Auch die Erfahrungen aus dem Förderprogramm zeigen, dass immer wieder Projekte (teilweise auch solche mit sehr ähnlichem Fokus) aus verschiedenen Institutionen eingereicht werden, ohne dass die Zusammenarbeit mit anderen Institutionen gesucht wird. Gerade für das Kriterium der Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse kann der Einbezug unterschiedlicher Standorte in ein Forschungsprojekt äusserst wichtig sein. Der einzige derzeit bestehende Vernetzungsanlass im Bereich der wissenschaftlichen Versorgungsforschung ist das Symposium Versorgungsforschung, welches von der SAMW im Rahmen des Förderprogramms jedes Jahr im November veranstaltet wird²⁰. Neben der mündlichen Präsentation

²⁰ Zudem existiert das «Zürcher Forum für Versorgungsforschung», bei welchem rein wissenschaftliche Aspekte aber eher eine untergeordnete Rolle spielen.

von Projekten und Ergebnissen aus unterschiedlichen Fachgebieten²¹, findet eine nicht-fachgebundene, wissenschaftliche Poster-Präsentation statt, in deren Rahmen alle Akteure eingeladen werden, Ihre Projekte im Bereich Versorgungsforschung vorzustellen. Auf den Call 2014 sind über 60 Poster-Bewerbungen eingegangen, was zeigt, dass es den Forschenden ein Bedürfnis ist, mit ihren Peers in Kontakt zu kommen und über Ihre Arbeiten zu sprechen. Um die Vernetzung – allen voran diejenige zwischen den Landesteilen – zu stärken, wäre neben wissenschaftlichen Anlässen wie dem oben genannten Symposium die Ausschreibung von Projektgeldern für multizentrisch und multidisziplinär ausgerichtete Forschungsprojekte im Bereich Versorgungsforschung hilfreich; zudem würden nationale Workshops bzw. Weiter- und Fortbildungsveranstaltungen dazu beitragen, dass sich die Forschenden kennenlernen und ihnen Möglichkeit zum Austausch bieten.

Die von den PIs genannten Kriterien für eine zukünftige Priorisierung bestimmter Teilgebiete bzw. fachlicher Schwerpunkte im Bereich Versorgungsforschung decken sich bestens mit den Kriterien, nach denen die Expertenkommission des Förderprogramms Versorgungsforschung die eingereichten Gesuche beurteilt. Dass viele PIs die Fallzahlen als ein Kriterium nennen, weist darauf hin, dass in der Schweizer Versorgungsforschung immer noch die „grossen Probleme“ im Vordergrund stehen und derzeit zu wenig Kapazität vorhanden ist (sei es personell oder finanziell), um sich selteneren Phänomenen bzw. kleinen Patientengruppen anzunehmen. Es wäre zu wünschen, dass die Versorgungsforschung sich in der Schweiz im Laufe der nächsten Jahre so etabliert, dass sie im Wettbewerb mit anderen Forschungsbereichen erfolgreich Fördergelder zu akquirieren vermag. Ziel sollte sicherlich sein, dass ein Grossteil der Fördergelder nicht mehr von privaten Stiftungen, sondern – im Sinne einer langfristigen und systematischen Förderung – vom Nationalfonds kommt.

²¹ Die SAMW veranstaltet das Symposium jedes Jahr mit unterschiedlichen Partnern bzw. Fachdisziplinen. Namentlich waren dies die Onkologie (2012), die Hausarztmedizin (2013), die Fachhochschulen (2014) sowie Ethik und Ökonomie (2015).

Danksagung:

Mein Dank gilt an erster Stelle Dr. Hermann Amstad, der mir ermöglicht hat, einen bedeutenden Teil der vorliegenden Arbeit im Rahmen meiner regulären Arbeitszeit bei der SAMW zu verfassen. Zudem war er stets ein wertvoller Diskussionspartner.

Prof. Thomas Rosemann möchte ich für die vielen informativen Diskussionen zum Thema Versorgungsforschung und seinen nimmermüden Einsatz für die Sache ganz herzlich danken. Prof. Johann Steuer danke ich für die Projektbetreuung und die freundliche und unkomplizierte Zusammenarbeit.

Ich danke Franca für die Erstellung der beiden hübschen Grafiken (1 und 4) und meiner lieben Freundin Conny für die Erheiterung vieler gemeinsamer Kursstunden.

Ein grosses Dankeschön geht zudem an meinen Mann und an meine Mutter, ohne deren grosszügige Bereitschaft zur Kinderbetreuung diese Arbeit (sowie der Abschluss der Weiterbildung) gar nicht möglich gewesen wäre.

Literatur:

- BAG (2013) Gesundheit 2020.
- Berlin C (2014) Versorgungsforschung mit Routinedaten in der Schweiz: eine Herausforderung. Schweizerische Ärztezeitung 50:1892-1895
- Busato A (2012) Versorgungsforschung in der Schweiz – Standortbestimmung und Ausblick. Schweizerische Ärztezeitung 12:896-898
- 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):702-708
- FHSG (1995) Bundesgesetz über die Fachhochschulen vom 6. Oktober 1995. SR 414.71.
- Hostettler S (2012) Medizinische Register: Wo liegt der Schlüssel zum Erfolg? Schweizerische Ärztezeitung 35:1251-1255
- HSR-Europe (2011) Health Services Research into European Policy and Practice. Final report of the HSREPP project. Utrecht: NIVEL
- Mayring P (2002) Einführung in die qualitative Sozialforschung.[Introduction into qualitative social science research]. Beltz
- OECD/WHO (2011a) Bewertung und Empfehlungen: Zusammenfassung OECD-Bericht. BAG
- OECD/WHO (2011b) OECD Reviews of Health Systems: Switzerland 2011. OECD Publishing
- Pfaff H (2003) Versorgungsforschung–Begriffsbestimmung, Gegenstand und Aufgaben. Gesundheitsversorgung und Disease Management Grundlagen und Anwendungen der Versorgungsforschung, Bern: Verlag Hans Huber S:13-23
- Public-Health-Schweiz (2013) Bessere Gesundheitsdaten für ein effizienteres Gesundheitswesen. In: Schweiz PH (ed).
- Raspe H (2010) Versorgungsforschung in Deutschland: Stand-Perspektiven-Förderung. Stellungnahme. Wiley-VCH
- 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
- SAMW (2014) Stärkung der Versorgungsforschung in der Schweiz. In: akademien-schweiz (ed) swiss academics reports. vol 9, Nr. 1,
- Scheidegger D (2014) Medizinische Register: jetzt – aber richtig SAMW Bulletin 3
- Schwartz F, Scriba P (2004) Versorgungsforschung und Politikberatung. Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement 9(03):161-166
- Schwartz FW, Busse R (2003) Denken in Zusammenhängen: Gesundheitssystemforschung. Das Public Health Buch 2:518-545
- Stuppardt R (2011) Versorgungspraxis braucht Versorgungsforschung. Der Urologe 50(6):685-690

Anhang

Anhang 1: Meinung der Pls im Hinblick auf die zukünftige Planung der Versorgungsforschung in der Schweiz.

Frage: In welchen Bereichen der Versorgungsforschung besteht Ihrer Meinung nach derzeit der grösste Handlungsbedarf?
<p>Organisatorische Aspekte:</p> <ul style="list-style-type: none">• Zusammenarbeit (zwischen Leistungserbringern, zwischen Disziplinen)• Arbeitsbedingungen und Gesundheit vom Personal in Spitäler• Fachkraftentwicklung, Gesundheitspersonalmangel• Vermeidung von Mehrfacherfassungen• Humane Versorgungsressourcen (pflegende Angehörige, Ehrenamtliche)• Kriterien für gesetzl. Anerkennung der Berufsausübung• Politische und rechtliche Rahmenbedingungen der Versorgung
<p>Schnittstellenmanagement:</p> <ul style="list-style-type: none">• Schnittstellenqualität über verschiedene Settings hinaus• Gesamte Behandlungskette über die Institutionen hinaus (Continuum of Care)• Sektorenübergreifende Analysen• Disziplinübergreifende Ansätze, insbesondere für vulnerable Gruppen
<p>Übergeordnete Aspekte (unabhängig von Ebene, Setting oder Zielpersonen):</p> <ul style="list-style-type: none">• Bestandsaufnahme und Bewertung von Strukturen, Behandlungsmethoden und Behandlungswegen• Internationale Vergleiche• Prozessoptimierung• Qualität und Sicherheit• Outcome-Messung• Benchmarking• Anreizsysteme• Überversorgung• Überarztung• Unterversorgung• Learning Health Care System• Verteilung der Versorgung innerhalb der Schweiz• Comparative effectiveness research.• Leitlinien• Früherkennung• Steuermechanismen/ -instrumente
<p>Neue Versorgungs- und Finanzierungsmodelle:</p> <ul style="list-style-type: none">• Integrierte Versorgungsmodelle• Innovative Finanzierungsmodelle• Neue Versorgungsmodelle mit Advanced Practice Nurses• Interventionsstudien• Implementationsforschung• RCTs zur Implementierung innovativer Versorgungsmodelle
<p>Konkrete Aspekte in einzelnen Settings bzw. mit spezifischen Zielpersonen / Perspektiven:</p> <ul style="list-style-type: none">• Hochspezialisierte Medizin• Health Technology Assessment & Cost-effectiveness analyses of service provision in general• Disziplinübergreifende Ansätze der Gesundheitsförderung und Prävention, insbesondere für vulnerable Gruppen• Nutzen und Schaden von präventiven Massnahmen in der Allgemeinbevölkerung• Förderung von Gesundheitskompetenz und Selbstmanagement bei chronischer Krankheit• Effekt der Einführung der Fallpauschen in somatischer Medizin und Psychiatrie• Einbezug von Lebensstillmerkmalen und der Meinungen der PatientInnen• Sicherstellung bedarfsgerechter, gruppenspezifischer Ernährungsversorgung• Berücksichtigung der Komplementärmedizin• Testung von Medikamenten mit abgelaufenem Patentschutz• Compliance

<ul style="list-style-type: none"> • Konsultationsforschung • Versorgung Nichteinwilligungsfähiger • Ambulante (nicht-ärztliche) Versorgung • Patienten-Empowerment • Nachsorge bei Kinderkrebs • Maternal Health • Chronisch Kranke • Seltene Krankheiten • Schmerztherapie • Langzeitpflege • Multimorbidität • Effektivität von 'evidence based' Behandlungsmethoden • Stationäre Versorgung, Hospitalisationsdauer
<p>Fachliche Bereiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Grundversorgung • Pädiatrie • Geriatrie • Psychiatrie • Pflege • Palliative Care • Arbeitsmedizin • Logädie • Gesundheitsökonomie
<p>Datengrundlage:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Datenzugang und -austausch • Einsatz moderner Technologien
<p>Methodenkompetenz:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Methodologische Grundlagen und Entwicklungen • Schaffung von Methodenkompetenz für Umgang mit grossen Datensätzen • Förderung der Modellierung

Frage: Welche Voraussetzungen und Strukturen sind Ihrer Meinung nach notwendig zur Stärkung und Förderung der Versorgungsforschung in der Schweiz?

Nationale Strategie, Koordination und Vernetzung:

- Mehr Systematik, mehr Koordination
- Kollaborationsstelle beim Bund
- gemeinsame/überdachende und interdisziplinäre Forschungsagenda
- Nationale Plattform bzw. Netzwerk Versorgungsforschung
- Interdisziplinäre Forschungsteams
- Vernetzung zwischen Fachhochschulen Gesundheit und Schweizerischen Universitäten
- Vereinfachung/Vernetzung kantonaler Gesundheitssysteme
- Bessere und effizientere Erkenntnisdiffusion

Rahmenbedingungen:

- Akademische Verankerung an med. Fakultäten
- Feste personelle und finanzielle Strukturen
- Verbesserte Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern, Disziplinen und Professionen
- Anerkennung der Versorgungsforschung als wichtige und relevante Forschungsdisziplin
- Einheitliche Richtlinien zur Beurteilung der Versorgung in einem föderalistischen System
- Politische Unterstützung, bessere gesetzliche Grundlagen
- Trennung Lehre / Forschung und Spitalbetrieb
- Bereitschaft der einzelnen Institutionen, Hand zu bieten bei der Erhebung von Daten
- Weniger Administration
- Integration, Sozial- und Verhaltenswissenschaftlicher Ansätze

Funding:

- Mehr Ressourcen, langfristige/kontinuierliche Mittel
- interdisziplinäre Besetzung der Auswahlgremien in Förderinstitutionen

<ul style="list-style-type: none"> • Nationale Förderprogramme • Inter- und transdisz. Projektförderung • Klare Unterstützung durch Bund und Kantone • Unterstützung durch SNF, eine SNF Division HSR • Unterstützung durch Erträgen der "Dienstleistung" • Eigenes Forschungsprogramm unter Einbeziehung von Patienten und Angehörigen in der Planung • Strukturen für praxisnahe Grundlagenforschung • Unterstützung von Nachwuchswissenschaftlern • Unabhängiges Gremium - offene Fragestellungen • Förderung von Forschung in der Klinik und weniger an Universitäten. Sensibilisierung von Klinikpersonal für Wichtigkeit dieser Forschung
<p>Infrastruktur:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kompetenzzentrum Versorgung • Einrichtung neuer Abteilungen/Forschungseinheiten/Institute mit entsprechender Finanzierung • Schaffung eines Methoden-Kompetenzzentrums • Schaffung von interkantonalen Forschungsstrukturen • Register, die u.a. fachspezifisch die Qualität der Versorgung messen und beurteilen
<p>Daten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Harmonisierung, Schaffung von und Zugang zu Datengrundlagen • Gute Verfügbarkeit von Sekundärdaten, Public Files von Interventionsstudien • Detailliertere Datenerfassung bei Krankenkassen • Abschaffung der Hürden Datensicherheit, Anonymisierung, Datenzugang • Einbezug von Patienten/Klienten und Personaldaten, -informationen • Systematische Erfassung und zur Verfügungsstellung der Daten im ambulanten und stationären Bereich • Verbesserte Möglichkeiten der Verknüpfung klinischer, epidemiologischer und administrativer Datensätze
<p>Aus- Weiter- Fortbildung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • prepare healthcare professionals • Mehr fachspezialisten erziehen • Professionalisierung der research community • Aufbau eines universitären Studiengangs im Bereich Versorgungsforschung • Im Moment mangelt es an ausreichend Forschern mit dem methodischen Kenntnissen und dem medizinischen Background • kritische Menge von Fachleuten • Masterprogramme • Kongresse

Frage: Welches sind Ihres Erachtens die wichtigsten Kriterien für eine zukünftige Priorisierung bestimmter Teilgebiete / fachlicher Schwerpunkte im Bereich Versorgungsforschung?

Patientennutzen:

- Ausrichtung auf Patientenorientierte, effiziente und qualitativ angemessene Versorgungssysteme
- Patientenwohl
- Die Interesse der PatientInnen sollte im Vordergrund stehen, Versorgungsforschung sollte unabhängig der typischen Lobbygruppen stattfinden
- Orientierung an Zielgruppen
- Personennutzen im Alltag

Qualität, Relevanz, Innovation, Nachhaltigkeit der Forschung:

- Wissenschaftliche Qualität, wiss. Evidenz
- Sozio Ökonomischer Impact für die Zukunft
- Auswirkung auf Nachhaltigkeit
- Zukunftsfähigkeit
- Langfristige Wirkung
- Blick auf die gesamtheitliche Systemsicht

<ul style="list-style-type: none"> • Innovations- und Veränderungspotential für das Gesundheitswesen • Systemrelevanz; "low hanging fruits" • Therapeutischer Nutzen • Zukünftiger Versorgungsbedarf • Versorgungsforschung sollte unabhängig der typischen Lobbygruppen stattfinden • Ethische Kriterien • Gute Forschungsmethodik • Forschungsprojekte der Fachhochschulen müssen beachtet werden und nach z.T. angepassten Kriterien gegenüber den Universitäten gefördert werden • Public Health Relevanz • Relevanz für die klinische Praxis oder Gesundheitspolitische Entscheidungsfindung
<p>Verallgemeinerbarkeit:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Breitenwirkung, Skalierbarkeit von Studie zu flächendeckender Einführung • Operationalisierung von Masszahlen für Über-, Unter- und Fehlversorgung
<p>Fallzahlen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ältere Menschen • Vulnerable Gruppen • Chronische Erkrankung • Gesundheitsversorgungsbedürfnisse der Bevölkerung • Demografische Herausforderungen • Burden of disease • Nutzen für die Allgemeinheit • Häufigkeit von Erkrankungen • Grundversorgung
<p>Kosten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anteil Ressourcenbedarf an den Gesundheitskosten • häufige und ökonomisch relevante Krankheiten • Potenzial für kostendämpfende Effekte im Gesundheitswesen • Einsparpotential bei "unnützen" Behandlungen • Effizienz des Systems in Bezug auf personelle und finanzielle Ressourcen • Effizienz der Intervention: Aufwand der Studie/Projekt/Anzahl der Patienten die potentiell und unmittelbar davon profitieren • integraler Ansatz inkl. gesundheitsökonomische Betrachtung • Potenzial zur Einsparung von Gesundheitskosten • Kosteneinsparungspotentiale in Verbindung mit der Dimension der Qualität der Leistung
<p>Lebensqualität:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chronische Krankheiten von Kindern, die lange Auswirkungen haben könnten (viele verbleibende Lebensjahre) • Verbesserung von Lebensqualität, Reduktion von Nebenwirkungen • Relevanz für wichtige Gesundheitsoutcomes (Lebensdauer, Lebensqualität) • Fixer des objectifs (chiffrés) de réduction de la morbidité et la mortalité hospitalière
<p>Qualitätssicherung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pflegequalität, Sicherung des Qualitätsniveaus • Auswirkungen auf Qualität • Klärungsbedürftige Heterogenität von Versorgungsansätzen/-strukturen innerhalb der Schweiz oder zwischen der Schweiz und anderen Ländern • Qualität der Versorgung in Anbetracht des drohenden Hausärztemangels
<p>Vernetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Einbindung von Praxispartnern • Zusammenarbeit und Koordination, eHealth • Multidisziplinarität • Betrachtung der gesamten Behandlungskette • Inter- und Transdisziplinarität • Koordinierende, Netzwerkbildende Prozesse • impliquer différentes professionnelles dans le choix des fonds à octroyer et ne pas privilégier que les sciences purement médicales et quantitatives • Interkantonale und interkulturelle Kollaboration
<p>Lücken:</p> <ul style="list-style-type: none"> • schlechter Evidenzlage und Fehlen von Forschung

<ul style="list-style-type: none"> • Engpässe in der Versorgung • Primär erkannte Versorgungslücken (Unter- und Fehlversorgung) in der ambulanten Grundversorgung • Aufzeigen der "Lücken"
<p>Praxisrelevanz:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Machbarkeit • Implementierung in die Praxis • Relevanz für die klinische Praxis oder Gesundheitspolitische Entscheidungsfindung • Transferpotential in die Praxis • Anwendbarkeit der Resultate • Klinische und epidemiologische Relevanz • Praxisnähe • Direkte Umsetzung/ Praxisrelevanz
<p>Prioritätenfindung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prioritätensetzung durch systematisches Stakeholderinvolvement • Développer un think-tank indépendant d'experts multidisciplinaires nationaux et internationaux • Offenheit und Gleichberichtigung verschiedener Forschungsansätze und Vorhaben aus den unterschiedlichen Disziplinen der Gesundheitswissenschaften

Anhang 2: Ergebnisse der in Kapitel B 2b beschriebenen Suche in der Datenbank P3 des Schweizerischen Nationalfonds. Die 88 als Versorgungsforschung eingestuftten Projekte wurden im Zeitraum zwischen 1975 und 2013 mit einem Gesamtvolumen von CHF 26'551'085.– gefördert.

	Titel	Gesuchsteller	Institut	Förder- instrument	Summe (CHF)
1	Outpatient treatment for low-risk patients with pulmonary embolism: a randomized controlled trial	Aujesky Drahomir	Service de Médecine Interne Département de Médecine CHUV	Project funding (Div. I-II)	260000
2	Langzeitkosten bei Patienten mit chronischen Rückenschmerzen: 3-Jahres- Nachkontrollen einer randomisierten kontrollierten Studie	Bachmann Stefan	Rehabilitationszentrum Klinik Valens	NRP 53	232218
3	Betreuungsqualität am Lebensende aus Sicht der Hausärzte und -ärztinnen sowie Angehörigen	Bally Klaus	Institut für Hausarztmedizin, Universität Basel	NRP 67	303069
4	Unbezahlbar? Der Wert medizinischer Behandlungen am Lebensende	Beck Konstantin	CSS Institut für empirische Gesundheitsökonomie, Luzern	NRP 67	255848
5	Entscheidungen am Lebensende extrem Frühgeborener in der Schweiz	Berger thomas	Neonatologische und Pädiatrische Intensivstation, Kinderspital Luzern	NRP 67	232297
6	Agequae in prisons: Reality, policies and practical solutions concerning custody and health care for ageing prisoners in Switzerland	Bernice Elger	Institut für Bio- und Medizintechnik Basel (BMB) Universität Basel	Interdisciplinary projects	424886
7	Decision-making incapacity at the end of life and its assessment in Switzerland	Biller-Andorno Nikola	Institut für Biomedizinische Ethik Ethik-Zentrum der Universität Zürich	NRP 67	476143
8	Individuelle (soziale, kulturelle und regionale) und strukturelle Determinanten der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in der Schweiz: Bestandsaufnahme; Band 1: Gesamtübersicht; Band 2: Detailresultate	Bisig Brigitte Elisabeth	Institut für Sozial- und Präventivmedizin Universität Zürich	Publication grants	22875
9	Individual (social, cultural and regional) and structural determinants of health services utilization in Switzerland: State of the art	Bisig Brigitte Elisabeth	Institut für Sozial- und Präventivmedizin Universität Zürich	NRP 45	240000
10	Multidimensional intervention programme to reduce antibiotic prescriptions for acute respiratory tract infections in adults: A randomised controlled trial in primary care	Bucher Heiner C.	Abteilung für Infektiologie Institut für klinische Epidemiologie Universitätsspital Basel	Project funding (Div. I-II)	214113
11	Procalcitonin guided antibiotic use in acute respiratory tract infection in primary care - a randomized controlled trial	Bucher Heiner C.	Abteilung für Infektiologie Institut für klinische Epidemiologie Universitätsspital Basel	Project funding (Div. I-II)	150000
12	Procalcitonin or C reactive protein versus guidelines for patient management of acute respiratory tract infections in primary care: A randomized controlled pragmatic trial	Bucher Heiner C.	Abteilung für Infektiologie Institut für klinische Epidemiologie Universitätsspital Basel	Project funding (Div. I-II)	166667
13	Routine Prescription Feedback and Peer Comparison to Lower Antibiotic Prescriptions in Primary Care - a Pragmatic Randomized Controlled Trial	Bucher Heiner C.	Abteilung für Infektiologie Institut für klinische Epidemiologie Universitätsspital Basel	Project funding (Div. I-II)	224642
14	Regionale Unterschiede medizinischer Behandlungen am Lebensende	Busato André	Institut für Sozial- und Präventivmedizin (ISPM), Universität Bern	NRP 67	18000
15	Schweizer Atlas der Erkrankungen des Bewegungsapparates	Busato André	MEM Research Center for Orthopedic Surgery, Institute for Evaluative Research in Orthopedic Surgery, University of Bern	NRP 53	250238
16	Nursing Workforce and Quality of Care in European Hospitals	De Geest Sabina	Institut für Pflegewissenschaft Universität Basel	Scientific Conferences	10000
17	Improving Long-Term Successful Outcome after Renal Transplantation: A Randomized Controlled Trial to Decrease Subclinical Noncompliance with Immunosuppressive Regimen in..	De Geest Sabina	Abteilung für Transplantationsimmunologie und Nephrologie Universitätsspital Basel	NRP 46	323053
18	Entscheidungsfaktoren für die Einweisung auf die Intensivstation	Escher Monica	Schmerzberatung und Palliativpflege,	NRP 67	233271

					Abteilung Klinische Pharmakologie und Toxikologie Universitätsklinikum Genf (HUG)			
19	Extrem Frühgeborene an der Grenze zur Lebensfähigkeit: Was beeinflusst die Entscheidungen?	Fauchère Jean-Claude			Klinik für Neonatologie, Universitätsspital Zürich	NRP 67		519459
20	Economic Analysis of Outpatients' Antibiotics Consumption in Switzerland	Filippini Massimo			Istituto di Finanza, Facoltà di economia, Università della Svizzera italiana	NRP 49		249916
21	Productive Efficiency in Non-profit and Public Nursing Homes	Filippini Massimo			Insitituo Mecop Università della Svizzera italiana	ProDoc (Research Module, RM)		208506
22	Attitudes de la population générale à l'égard des traitements psychiatriques et des médicaments psychotropes, facteurs déterminants et compliance.	Fischer Werner			Département de Psychiatrie Hôpitaux Universitaires de Genève HUG	Project funding (Div. I-III)		80000
23	Drop-out en psychiatrie ambulatoire, réseaux sociaux et systèmes de valeurs	Fischer Werner			Département de Psychiatrie Hôpitaux Universitaires de Genève HUG	Project funding (Div. I-III)		103220
24	Les services de soins en psychiatrie ambulatoire publique étude de leur image, leurs usagers, leur fonctionnement et leur efficience	Fischer Werner			Institutions Universitaires de psychiatrie Unité d'investigation sociologique	NRP 08		373711
25	Système d'information statistique et planification du domaine ambulatoire de santé publique	Gilliand Pierre			Insititue de hautes études en administration publique (IDHEAP)	NRP 08		398910
26	Pattern of use of health and related social services by elderly patients: towards an information system for planning and management	Griffiths Adrian			Health Management Institute	NRP 08		208642
27	Sterbewünsche bei Menschen in schwerer Krankheit	Gudat Keller Heike			Hospiz im Park, Arlesheim	NRP 67		447405
28	Medizinische Entscheidungen am Lebensende: Häufigkeit und Trends in der Schweiz	Gutzwiller Felix			Insititue für Sozial- und Präventivmedizin, Universität Zürich	NRP 67		480873
29	Ein schweizerischer Health Survey: Methoden zur Definition und Erfassung von Gesundheits- und Versorgungs- indikatoren	Gutzwiller Felix			Universität de Lausanne - LA	NRP 08		983240
30	Impact des nouveaux modes de gestion sur la santé au travail et la satisfaction des cadres dans les milieux hospitaliers romands	Haberey-Knuessi Véronique			Haute Ecole de Santé Arc HES-SO	Project funding (special)		181556
31	Massnahmen der Kosten- und Leistungskontrolle im Gesundheitswesen	Hauser Heinz			Schweiz. Insititue für Aussenwirtschaft und angewandte Wirtschaftsforschung Universität St. Gallen	NRP 08		292420
32	Soziale Situation, sozialmedizinische Orientierungen und Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen	Heintz Peter			Soziologisches Insititue Universität Zürich	NRP 08		207197
33	Ausgaben am Lebensende aus ökonomischer Sicht	Hintermann Beat			Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät der Uni Basel	NRP 67		177296
34	Erfassung und Analyse des Kosten- und Leistungsaufwandes in Arztpraxen und Spitälern zur objektiven Bewertung von medizinischen Massnahmen	Horisberger Bruno			Forschungsgruppe für Management im Gesundheitswesen an der Fachhoch- schule für Wirtschaft St. Gallen	NRP 08		205379
35	Can early introduction of specialized palliative care limit intensive care, emergency and hospital admissions in patients with severe and very severe COPD? a randomized study	Janssens Jean-Paul			Laboratoire de recherches Service de Pneumologie Hôpital Cantonal	NRP 67		263843
36	Neue Methode zur Bewertung der Therapie von Schultererkrankungen	Jolles Brigitte			Service d'Orthopédie et de Traumatologie de l'Appareil Moteur, Hôpital Orthopédique de la Suisse Romande, Lausanne	NRP 53		465094
37	Schmerzbehandlung bei Arthrose: Netzwerk-Meta-Analyse	Jüni Peter			Insititue für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern	NRP 53		395684
38	Versorgung mehrfach erkrankter und betagter Menschen am	Kaplan Vladimir			Kreispsital für das Freiamt Muri	NRP 67		305954

	Lebensende							
39	Konzepte Psychischer Gesundheit und Zugang zur öffentlichen Versorgung aus der Perspektive von Kindern, Jugendliche und ihren Familien	Käppler Christoph	Zentrum für Kinder und Jugendpsychiatrie Universitäts-Poliklinik Zürich	NRP 52	384498			
40	Datenanalyse in der Krankenversicherung	Konkordat der Schweizer Krankenkassen		NRP 08	829440			
41	Zur Evaluation einer Schmerzbehandlung in Gruppen für türkische Männer und Frauen mit chronischen Schmerzen	Langewitz Wolf	A Abteilung Psychosomatik, Innere Medizin, Universitätsklinik Basel	NRP 53	305295			
42	Entscheidungsfindung in der hausärztlichen Betreuung am Lebensende	Liebig Britte	Institut für Kooperationsforschung und - entwicklung, Hochschule für Angewandte Psychologie FHNW	NRP 67	173550			
43	Erprobung und Validierung patientenspezifischer Verlaufsvorhersagen in der Psychotherapie	Lutz Wolfgang	Abt Klinische Psychologie und Psychotherapie Institut für Psychologie Universität Bern	Project funding (Div. I-III)	94732			
44	Quantification et qualification des prestations de soins ambulatoires	Martin Jean	Institut suisse de la santé publique	NRP 08	115743			
45	Religion, Gesundheit und Alter: Einflüsse auf die Inanspruchnahme und Bereitschaft zur Übernahme von gesundheitlicher Versorgung	Martin Mike	Zentrum für Gerontologie Universität Zürich	NRP 58	352045			
46	Die Wirksamkeit eines pädagogisch-psychologischen Behandlungsansatzes bei verhaltensauffälligen Kindern	Meile Bruno	Erziehungsberatungsstelle Pädagogisches Institut Universität Zürich	NRP 08	129674			
47	Psychotherapie bei Personen mit Essstörungen. Eine Untersuchung über Therapiekarriere und Inanspruchnahme unterschiedlicher Behandlungsformen	Milos Gabriella	Psychiatrische Poliklinik Universitätsspital Zürich	Project funding (Div. I-III)	399300			
48	Children with special health care needs in Switzerland: prevalence, health care utilization and social determinants	Mohler-Kuo Meichun	Institut für Sozial- und Präventivmedizin Universität Zürich	Projekte	375000			
49	Der Sterbewunsch bei Bewohnern von Alters- und Pflegeheimen	Monod Stéfanie	A Abteilung Geriatrie und geriatrische Rehabilitation des CHUV	NRP 67	457539			
50	Rückenschmerzen in der Schweizer Bevölkerung	Müller Urs	Institute of Evaluative Research in Orthopedic Surgery, University of Berne	NRP 53	399218			
51	Medication Literacy and Empowerment in the Misuse of Prescription Drugs	Nakamoto Kent	Isituto Media e Giornalismo Facoltà di Scienze della comunicazione Università della Svizzera Italiana	Project funding (Div. I-III)	332512			
52	Assessing the impact of Diagnosis Related Groups (DRGs) on patient care and professional practice: an interdisciplinary approach	Nikola Biller-Andorno	Institut für Biomedizinische Ethik Ethik- Zentrum der Universität Zürich	Sinergia	1000000			
53	Determinanten der Entscheidung für die Inanspruchnahme einer ambulanten ärztlichen Einrichtung.	Pauli Hannes G.	Institut für medizinische Lehre Medizinische Fakultät Universität Bern	Project funding (Div. I-III)	404240			
54	Der Patient in der ambulanten ärztlichen Versorgung	Pauli Hannes G.	Institut für medizinische Lehre Medizinische Fakultät Universität Bern	NRP 08	423133			
55	Equality in health, equality for health: Justice, status and the social gradient in health	Peter Schaber	Institut für Biomedizinische Ethik Ethik- Zentrum der Universität Zürich	Project funding (Div. I-III)	225746			
56	Disease management: effectiveness and implementation	Peytremann Bridevaux Isabelle	Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive (IUMSP) Université de Lausanne - CHUV	Careers	403266			
57	Disease management: effectiveness and implementation	Peytremann Bridevaux Isabelle	Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive (IUMSP) Université de Lausanne - CHUV	Careers	501102			
58	Disease management: effectiveness and implementation	Peytremann Bridevaux Isabelle	Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive Université de Lausanne - CHUV	Careers	984368			

59	Appropriateness of care in inflammatory bowel disease	Pittet Valérie	Université de Lausanne - LA	Project funding (special)	296000
60	Impact of a telenursing service on satisfaction and health outcomes of children with inflammatory rheumatic diseases and their family: a crossover trial	Ramelet Anne-Sylvie	Unité de recherche en santé HECV Santé HES-SO	Project funding (special)	132586
61	Age-related frailty and health services utilization in the Swiss community-dwelling population	Santos-Eggimann Brigitte	Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive Université de Lausanne - CHUV	Project funding (Div. I-III)	75994
62	Selbstmedikation	Schär Meinrad	Institut für Epidemiologie, Biostatistik und Prävention (EBPP) Universität Zürich	NRP 08	163500
63	Analysis of patient-physiotherapist interaction in an orthopaedic outpatient setting	Schoeb Veronika	HES de Suisse occidentale - HES-SO	Project funding (special)	101077
64	Communication and Health	Schulz Peter	Istituto Media e Giornalismo Facoltà di Scienze della comunicazione Università della Svizzera italiana	ProDoc (Training module, TM)	249000
65	"Bad" Literacy, Health Empowerment, and the Problem of Vaccination Refusal	Schulz Peter	Istituto Media e Giornalismo Facoltà di Scienze della comunicazione Università della Svizzera italiana	Project funding (Div. I-III)	350599
66	Adaptivity in Communication and Health	Schulz Peter	Istituto Media e Giornalismo Facoltà di Scienze della comunicazione Università della Svizzera italiana	Project funding (Div. I-III)	381525
67	Doctor-patient relationships in the information age	Schulz Peter	Istituto Media e Giornalismo Facoltà di Scienze della comunicazione Università della Svizzera italiana	Project funding (Div. I-III)	297678
68	Increasing acceptance of age thresholds for mammographic screening by applying the theory of regulatory focus	Schulz Peter	Istituto Media e Giornalismo Facoltà di Scienze della comunicazione Università della Svizzera italiana	Project funding (Div. I-III)	287230
69	Judgement Skills in Health Literacy: Measurement and Role in Effective Patient Empowerment	Schulz Peter	Istituto Media e Giornalismo Facoltà di Scienze della comunicazione Università della Svizzera italiana	ProDoc (Training module, TM)	353848
70	Patient Empowerment and Health Literacy: Model Validation and Communication Strategies for Improving Chronic Pain Management	Schulz Peter	Istituto Media e Giornalismo Facoltà di Scienze della comunicazione Università della Svizzera italiana	Project funding (Div. I-III)	293994
71	More Informed, More Involved: The Roles of Psychological Empowerment and Health Literacy for Older Patients' Participation in Health Care.	Schulz Peter	Istituto Media e Giornalismo Facoltà di Scienze della comunicazione Università della Svizzera italiana	Project funding (Div. I-III)	329873
72	Selbstbehandlung von chronischen Rückenschmerzen mit dem Internet (ONESELF)	Schulz Peter	Facoltà di Scienze della Comunicazione, Università della Svizzera italiana, Lugano	NRP 53	304329
73	Towards a judicious use of antibiotics by doctors and patients	Schulz Peter	Facoltà di Scienze della comunicazione, Università della Svizzera italiana	NRP 49	258100
74	Pflegende Angehörige in komplexen Situationen am Lebensende	Sottas Beat	sottas formative works, Bourguillon	NRP 67	282836
75	Pflege von chronischkranken, geriatrischen Patienten durch Mitarbeiter von Angehörigen	Stähelin Hannes	Geriatrische Universitätsklinik Kantonsspital Basel	NRP 08	262766
76	A targeted psychiatric intervention in complex patients identified by means of the INTERMED: A randomized clinical trial	Stiefel Friedrich	Service de Psychiatrie de Liaison Dépt. Universitaire de Psychiatrie Adulte Département de Psychiatrie - CHUV	Project funding (Div. I-III)	185405
77	Identification of psychosocial co-morbidity and increased health care utilization in patient with rheumatoid arthritis	Stiefel Friedrich	Service de Psychiatrie de Liaison Dépt. Universitaire de Psychiatrie Adulte	Project funding (Div. I-III)	32982

78	Kommunikationsfähigkeit bei der Versorgung von Patienten am Lebensende	Stiefel Friedrich	Département de Psychiatrie - CHUV	NRP 67	538347
79	Health Technology Assessment in der Schweiz	Tag Brigitte	Dienst für Konsiliaripsychiatrie, CHUV, Lausanne	ProDoc (Research Module, RM)	156082
80	Intramurale Medizin. Gesundheitsfürsorge zwischen Heilauftrag und Strafvollzug in der Schweiz	Tag Brigitte	Lehrstuhl für Strafrecht, Strafprozessrecht Rechtswissenschaftliches Institut Universität Zürich	Project funding (Div. I-III)	125441
81	Individual decision on antibiotic treatment - A case for utility assessment	Uehlinger Domink	Lehrstuhl für Strafrecht, Strafprozessrecht Rechtswissenschaftliches Institut Universität Zürich	NRP 49	150000
82	The scientific basis of medical guidelines: The impact of evidence and health care environment on the development, acceptance and utilisation of guidelines for gastrointestinal...	Vader John-Paul	Abteilung Nephrologie/Hypertonie Département für Innere Medizin Inselspital	Project funding (Div. I-III)	161847
83	Predicting engagement with community mental health services for chronic schizophrenia: Recovery orientation, insight or therapeutic bond - what's most crucial?	Vauth Roland	Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive Université de Lausanne - CHUV	Projekte	490592
84	Effects of home care policy on health care use in Switzerland	Weaver France	Psychiatrische Universitäts- Poliklinik Zweigstelle, Basel	ProDoc (Research Module, RM)	240228
85	Palliative Pflege am Lebensende bei Menschen mit intellektuellen Behinderungen	Wicki Monika	Département d'économétrie METRI - SES Université de Genève	NRP 67	194546
86	The Zurich Life And Death with Advanced Dementia (ZULIDAD) Study	Wolf Henrike	Interkantonale Hochschule für Heilpädagogik, Zürich	NRP 67	476072
87	Procalcitonin guided antibiotic therapy and hospitalisation in patients with lower respiratory tract infections. The "ProHOSP" Study	Zimmerli Werner	Gerontopsychiatrisches Zentrum Hegibach Psychiatrische Universitätsklinik Zürich	Project funding (Div. I-III)	260000
88	Determinants of geographic and temporal variation of cardiovascular health care in Switzerland	Zwahlen Marcel	Medizinische Universitätsklinik Kantonsspital Liestal	Project funding (special)	242582
			ISPM Bern	Gesamt	26551085

Versorgungsforschung

Umfrage: Wie gestaltet sich die Situation der Versorgungsforschung derzeit ...

Ihnen wurde der Link zu dieser Umfrage weitergeleitet unter der Annahme, dass Sie als Principal Investigator im Bereich Versorgungsforschung aktiv sind.

Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) hat 2012 das erste Förderprogramm im Bereich Versorgungsforschung ins Leben gerufen und setzt sich für einen Ausbau der Förderung der Versorgungsforschung in der Schweiz ein. Für eine nationale Bestandesaufnahme der existierenden Forschungsaktivitäten im Bereich Versorgungsforschung sind wir auf Ihre Mithilfe angewiesen.

Bitte nehmen Sie sich ein paar Minuten Zeit, um den folgenden Fragebogen auszufüllen.

Sie dürfen den Link gerne an andere Principal Investigators im Bereich Versorgungsforschung weiterleiten.
Besten Dank für Ihre Unterstützung!

Versorgungsforschung

Angaben zur Person, zum Institut und zur Aus-, Weiter- und Fortbildung

***1. Sind Sie als Principal Investigator (d.h. als Projektleiter/in, Studienleiter/in) im Bereich Versorgungsforschung tätig?**

- Ja
 Nein

Anderes (bitte angeben)

***2. Name, Vorname**

***3. Akademischer Abschluss / akademische Abschlüsse**

***4. Hochschule/Organisation, an der die aktuelle Forschung stattfindet**

***5. Institut/Abteilung**

***6. Ort**

***7. Ihre Position**

***8. Welches ist Ihre fachliche Hauptdisziplin?**

***9. Haben Sie eine Weiter- bzw. Fortbildung absolviert, die Sie für die Versorgungsforschung qualifiziert?**

- Nein
 Ja (bitte unten angeben, um welche es sich handelt)

Versorgungsforschung

Einteilung und Zuordnung der durchgeführten Versorgungsforschung

Versorgungsforschung findet auf verschiedenen Ebenen und in unterschiedlichen Settings statt. Je nach Perspektive stehen unterschiedliche Aspekte der Versorgung sowie verschiedene Zielgruppen im Fokus und je nach Fragestellung werden unterschiedliche Datengrundlagen und Methoden verwendet.

Bitte versuchen Sie, die von Ihnen durchgeführte Forschung den unten aufgelisteten Kriterien so gut als möglich zuzuordnen. Über das Kommentarfeld «andere» unter jeder Frage können Sie zusätzliche Informationen bzw. Kategorien angeben.

***10. Auf welcher Ebene findet die von Ihnen durchgeführte Versorgungsforschung statt? (mehrere Antworten möglich)**

- Mikro-Ebene: individuelle Versorgungsinteraktionen (z.B. Arzt-Patient-Beziehung, Determinanten von Arztentscheidungen)
- Meso-Ebene: Analyse von Organisation und Erbringung von Gesundheitsdiensten und medizinischer Betreuung (z.B. im Spital, in der Praxis, Spitex, etc.) sowie Einschätzung und Bewertung von Versorgungsleistungen (z.B. Indikatoren, Qualität, Effektivität, Angemessenheit)
- Makro-Ebene: Analyse des Gesundheitssystems (auf regionaler, nationaler oder internationaler Ebene) und dessen gesundheitspolitischer und volkswirtschaftlicher Vorgaben (Gesundheitssystemforschung)

Andere (bitte angeben)

***11. Aus welcher Perspektive betrachten Sie die Versorgung bei Ihrer Forschung? (mehrere Antworten möglich)**

- Aus ökonomischer Perspektive
- Aus Public Health Perspektive
- Aus medizinischer Perspektive
- Aus rechtlicher Perspektive
- Aus ethischer Perspektive
- Aus sozialwissenschaftlicher Perspektive
- Aus der Perspektive der Organisation der Leistungserbringung

Andere (bitte angeben)

Versorgungsforschung

*12. In welchem Setting findet die Versorgung statt, die Sie beforschen? (mehrere Antwo

- Grundversorgung im ambulanten Sektor
- Grundversorgung im stationären Sektor
- Sekundärversorgung im ambulanten Sektor
- Sekundär- oder Tertiärversorgung im stationären Sektor
- Rehabilitation
- Prävention und Gesundheitsförderung
- Gesundheitssystemebene

Anderes (bitte angeben)

*13. Welche Art der Versorgungsforschung betreiben Sie? (mehrere Antworten möglich)

- Grundlagenorientierte Versorgungsforschung (z.B. mit dem Ziel, die verschiedenen Elemente des Versorgungssystems zu beschreiben und mögliche Zusammenhänge kausal zu erklären)
- Anwendungsorientierte 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)

Andere (bitte angeben)

Versorgungsforschung

Forschungsfragen, Datenquellen und Methoden

***14. Welches Thema steht bei Ihrer Forschung im Mittelpunkt? (mehrere Antworten möglich)**

- Unterversorgung
- Überversorgung
- Fehlversorgung
- Optimierung der Versorgung

Anderes (bitte angeben)

***15. Stehen bei Ihrer Forschung spezifische Zielgruppen im Vordergrund (z.B. Kinder und Jugendliche, chronisch Kranke, Gesundheitsdienstleister, etc.)?**

- Nein
- Ja (bitte hier angeben, um welche es sich handelt)

***16. Welche Datenquellen nutzen Sie für Ihre Forschung? (mehrere Antworten möglich)**

- Eigens erhobene Primärdaten (z.B. durch Studien, Umfragen, etc.)
- Bestehende Datenquellen (z.B. Sekundärdaten, Registerdaten, etc.)

17. Welche Methoden und Techniken setzen Sie für Ihre Forschung hauptsächlich ein?

Versorgungsforschung

Fragen zur Publikationsaktivität, zur Finanzierung und zur Vernetzung

***18. Wie viele Publikationen (peer-reviewed) zum Thema Versorgungsforschung haben Sie in den letzten Jahren als Erst- bzw. als Letztautor veröffentlicht? (Bitte keine Co-Autorschaften angeben)**

2008:	<input type="text"/>
2009:	<input type="text"/>
2010:	<input type="text"/>
2011:	<input type="text"/>
2012:	<input type="text"/>

***19. Wie viel Stellenprozent (FTE) stehen für Ihre Versorgungsforschung zur Verfügung?**

Wie viel Stellenprozent (FTE) Ihrer eigenen Stelle investieren Sie in Versorgungsforschung?

Wie viel Stellenprozent (FTE) haben Sie für MitarbeiterInnen im Bereich Versorgungsforschung zur Verfügung

***20. Wie werden die Stellenprozent aus Frage 19 finanziert?**

Durch die Universität (Anteil in %)

Über Drittmittel (Anteil in %)

Andere (Anteil in %)

***21. Darüber hinaus: Wie viel haben die von Ihnen durchgeführten Versorgungsforschungsprojekte im Mittel pro Jahr gekostet? (Bitte beantworten Sie diese Frage nur, wenn Sie selbst Hauptantragsteller der Fördergelder waren/sind; bitte geben Sie ausschliesslich Projektgelder an, keine Lohnkosten)**

2008:	<input type="text"/>
2009:	<input type="text"/>
2010:	<input type="text"/>
2011:	<input type="text"/>
2012:	<input type="text"/>

Versorgungsforschung

***22. Woher kamen die Projektgelder für die von Ihnen in den letzten fünf Jahren durchgeführten Versorgungsforschungsprojekte? (Bitte tragen Sie die entsprechenden Prozentzahlen in die jeweiligen Felder ein)**

Bund (z.B. BAG)	<input type="text"/>
Kanton	<input type="text"/>
Universität / Hochschule	<input type="text"/>
SNF	<input type="text"/>
Förderprogramm «Versorgungsforschung» der SAMW	<input type="text"/>
andere private Stiftungen	<input type="text"/>
Industrie	<input type="text"/>
Krankenversicherungen	<input type="text"/>
Ausland	<input type="text"/>
andere	<input type="text"/>

23. Haben Sie in den letzten fünf Jahren Versorgungsforschungsprojekte in Zusammenarbeit mit anderen Institutionen / Spezialisten durchgeführt? Falls ja, geben Sie bitte die Namen der wichtigsten Institute / Kollaborationspartner an

Versorgungsforschung

Zukünftige Versorgungsforschung: Ihre Meinung ist gefragt

24. In welchen Bereichen der Versorgungsforschung besteht Ihrer Meinung nach derzeit der grösste Handlungsbedarf?

25. Welche Voraussetzungen und Strukturen sind Ihrer Meinung nach notwendig zur Stärkung und Förderung der Versorgungsforschung in der Schweiz?

26. Welches sind Ihres Erachtens die wichtigsten Kriterien für eine zukünftige Priorisierung bestimmter Teilgebiete / fachlicher Schwerpunkte im Bereich Versorgungsforschung?

27. Weitere Bemerkungen

Kritische Würdigung / Methodenkritik

Die Konzeption des Fragebogens wurde als eine der ersten Aufgaben im Rahmen der Masterarbeit erledigt. Sowohl die Fragestellungen als auch die Antwortmöglichkeiten würde ich heute (fast anderthalb Jahre später) sicherlich in einigen Punkten anders vornehmen. Gerade die Kategorisierung der Forschung in Settings (Grundversorgung ambulant, Grundversorgung stationär, Sekundärversorgung ambulant, Sekundär- und Tertiärversorgung stationär, etc.) hat sich als zu wenig umfassend erwiesen: so fehlt beispielsweise eine spezifische Abfrage der Pflege (ambulant, stationär, im Pflegeheim, zu Hause) sowie Kombinationsantworten, wie z.B. Sektorenübergreifende Versorgung, oder Methodenforschung. Zudem ist die Antwortauswahl bei den Forschungsthemen (Übersorgung, Unterversorgung, Fehlversorgung, Optimierung der Versorgung) viel zu sehr eingeschränkt (die Antwort «Optimierung der Versorgung» ist ohnehin redundant und ohne jeglichen Mehrwert) und hat sich im Nachhinein als wenig informativ bzw. sinnvoll herausgestellt. In diesem Bereich hätte eine grössere Bandbreite an vorgegebenen Antworten mit nur einem kleinen Mehraufwand für den Beantworter sehr viel mehr an Informationen liefern können (z.B. bezüglich Zugang und Inanspruchnahme, Bedarfsforschung, Patientenorientierung, etc.). Der Fragebogen beinhaltete eine offene Frage, welche Methoden die PIs für ihre Versorgungsforschung anwenden; diese konnte (offensichtlich aufgrund des unterschiedlichen Verständnisses) nicht ausgewertet werden. Hier hätte es dringend einer Erklärung (z.B. in Form eines Zusatztextes) oder einer Kategorisierung in Form einer geschlossenen Frage bedurft.

Die Ergebnisse, welche die vorliegende Arbeit bezüglich Nachwuchsförderung im Bereich Versorgungsforschung liefert, sind spärlich. Hier wäre eine Fokusgruppe mit Nachwuchswissenschaftlern sowie potentiellen Nachwuchsforschern im Bereich Versorgungsforschung angezeigt gewesen, um eine Idee über den Bedarf, mögliche Schwierigkeiten und Anregungen für die Planung der zukünftigen Nachwuchsförderung zu erhalten.

Die Auswertung der SNF-Datenbank wurde internetbasiert vorgenommen und war eine eher mühsame Angelegenheit. Die Verschlagwortung der Projekte in der Datenbank wurde offensichtlich durch die Gesuchsteller selbst (in Form von freiem Text, d.h. ohne Vorgaben von bestehenden Kategorien) und nicht durch eine für die Datenbank zuständige Person durchgeführt, was eine systematische Suche verunmöglicht hat. Es wäre sicherlich hilfreich gewesen, beim SNF nachzufragen, ob man die Analyse direkt (also mit der eigentlichen Datenbank, nicht über das Internet) durchführen darf. Möglicherweise hätte der Datensatz in der Datenbank noch über hilfreiche Zusatzinformationen verfügt. Zudem hätte die Eingabe aller Namen, die in der Umfrage und bei der SAMW-Datenbank-Analyse auftauchen, in die P3-Datenbank sicherlich zur Vollständigkeit der Analyse beigetragen; aus Zeitgründen wurde darauf allerdings verzichtet.

Die Arbeit beinhaltet lediglich einen Vergleich, wie die Schweiz bezüglich Versorgungsforschung gegenüber dem Ausland dasteht, nämlich basierend auf der Anzahl Publikationen im Bereich Versorgungsforschung²² (Quelle: HSR-Europe Bericht 2011). Für eine tatsächliche Beurteilung des Outputs oder gar des Outcomes der Schweizer Versorgungsforschung (und einen darauf basierenden Vergleich mit dem Ausland) wären diverse zusätzliche Informationen notwendig, deren Beschaffung den Rahmen der vorliegenden Arbeit gesprengt hätte.

²² Da sich die Anzahl Publikationen aus dem HSR-Europe Bericht mit denen aus der Umfrage praktisch deckt, wurde auf eine eigene Literaturrecherche verzichtet.

Public Health Relevanz

Zwischen Versorgungsforschung und Public Health Forschung gibt es eine breite Schnittmenge und ebenso wie die Public Health Forschung ist auch die Versorgungsforschung ein multidisziplinäres Forschungsgebiet. Beide Forschungszweige bedienen sich gemeinhin einem ähnlichen Methoden-Set und haben dieselbe Zielgruppe im Blick: die gesamte (zu versorgende) Bevölkerung. Ihr Ziel ist es, adäquate Antworten auf und nachhaltige Lösungen für die Gesundheitsbedürfnisse der Bevölkerung zu erarbeiten.

Die Public Health Relevanz der Versorgungsforschung liegt auf der Hand: Sie leistet einen wichtigen Beitrag, gesundheitliche Chancenungleichheit, Unterversorgung oder auch Rationierung bei vulnerablen Gruppen aufzudecken. Zudem hilft sie, Überversorgung zu identifizieren bzw. zu vermeiden und trägt so zur Reduktion von damit verbundenen zusätzlichen Risiken auf Patientenseite bei.

Versorgungsforschung findet in jedem patientenorientierten Fachgebiet statt und fokussiert generell auf die gesamte Inzidenz und/oder Prävalenz eines bestimmten Gesundheitsversorgungsproblems und im Gegensatz zur klinischen Forschung enthält Versorgungsforschung immer auch normwissenschaftliche Anteile (Raspe 2010). Da viele für die Versorgungsrealität zentrale Fragen nur im Rahmen und mit Hilfe von Grundversorgern untersucht und beantwortet werden können, kommt der medizinischen Grundversorgung – insbesondere im Hinblick auf eine umfassende und integrierte Versorgung der Bevölkerung – eine besondere Bedeutung zu.

Die vorliegende Arbeit ist von Relevanz für Public Health in der Schweiz, da sie als Grundlage für die zukünftige Planung und Förderung der Versorgungsforschung in der Schweiz dient. Zudem soll sie zu einem breiteren Verständnis von Versorgungsforschung beitragen, indem sie die Rolle und den Anwendungsbereich von Versorgungsforschung präzisiert.

Selbständigkeitserklärung

Hiermit bestätige ich, dass ich die gesamte Arbeit selbständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Alle Stellen der Arbeit, die wörtlich oder sinngemäss aus Quellen entnommen wurden, habe ich als solche kenntlich gemacht.

Katrin Crameri

Geschätzter zeitlicher Aufwand für die Masterarbeit: 350 Stunden,
davon Kontaktzeit mit Betreuer: 2 Stunden.

Curriculum Vitae

Katrin Crameri

Dr.sc.nat., Dipl. Biol. (*22.02.1977)

BERUFSERFAHRUNG

Ressortleiterin	Leiterin Ressort Wissenschaft und Forschung der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften, Co-Leiterin Ressort Öffentlichkeitsarbeit und Mitglied der Geschäftsleitung
Geschäftsführung	Geschäftsführerin <i>ad interim</i> der Swiss Clinical Trial Organisation (SCTO), Basel, 11/2011-01/2012
Forschung	Postdoktorandin am Institut für Neuropathologie, UniversitätsSpital Zürich, 2006-2007
Wissenschaftsjournalismus	Praktikantin bei Netzeitung.de, 2002
Industriepraktikum	Studentische Mitarbeiterin im Pharmaunternehmen Schering, Abteilung für Mikrobiologie, Mikrobiologische Qualitätskontrolle, Berlin, 2001

WEITERBILDUNG

2011-heute	Master of Public Health, Universität Basel, Bern und Zürich
2009	Rechnungswesen und Controlling in NPO, Universität Fribourg (1 Woche)
2008/2009	Clinical Investigator Course, Universitätsspital Basel (Module 1-3)

AUSBILDUNG

2003-2006	Doktorarbeit am Zürcher Zentrum für Neurowissenschaften (ETH/UZH), Abteilung für Psychiatrische Forschung, Universität Zürich.
2001-2002	Diplomarbeit am Max-Delbrück-Zentrum für Molekulare Medizin, Berlin
1996-2001	Studium der Molekularbiologie (Eberhard-Karls Universität Tübingen, Humboldt-Universität zu Berlin, Cornell University New York)
1987-1996	Gymnasium Markdorf

MITGLIEDSCHAFTEN

seit 2012	Mitglied bei Public Health Schweiz
2008-2014	Stiftungsratsmitglied der Schweizerischen Stiftung für Medizinisch-Biologische Stipendien (SSMBS)
2007-2012	Mitglied der Ethikkommission für Tierversuche der Akademien der Wissenschaften Schweiz

VORTRÄGE (Auswahl)

«*Physician scientists in Switzerland: a flourishing endeavour*»

Gastvortrag MD-PhD Retreat 2013, Lausanne

«*Health Services Research: Lösungen für eine effiziente, patientenorientierte Versorgung*»

Gastvortrag Seminar zur Gesundheitspolitik der Sozialdemokratischen Fraktion der Bundesversammlung, 2013, Bern

«*Aktivitäten der SAMW zum Thema: Transparenz und Qualität in der klinischen Forschung*»

Gastvortrag Forum Klinische Forschung, Swiss Clinical Trial Organisation (SCTO), 2013, Bern

«The physician-scientist as an endangered species?»

Gastvortrag MD-PhD/MSc-Retreat der Universität Zürich, 2011, Wislikon

«Förderprogramm für Forschung in der Grundversorgung: Evaluation 2011»

Vortrag vor der Expertenkommission für Forschungsförderung in der Grundversorgung, 2011, Bern

«Zugang zu wissenschaftlichen Fachzeitschriften an nicht-Universitätsspitalern»

Vortrag im Rahmen eines nationalen Workshops, 2010, Bern

«Effects of DHCR24 depletion in vivo and in vitro»

Wissenschaftlicher Vortrag im Rahmen der APOPIS-Konferenz, 2006, Nizza

VERÖFFENTLICHUNGEN (Nicht Peer-reviewed, Auswahl)

Wir brauchen die Daten der Versorgungsforschung. Gastbeitrag in *PHYSIOACTIVE* 6/2014

Bericht «Nachwuchs für die Klinische Forschung in der Schweiz», SAMW und BAG 2014 (Co-Leiterin Arbeitsgruppe und Hauptautorin)

Stärkung der Versorgungsforschung in der Schweiz. *Swiss Academies Reports* 9 (1) 2014 und *SAMW-Bulletin* 1/2014 (Hauptautorin)

Die SAMW setzt sich für erleichterten Zugang zu medizinischer Fachliteratur ein. *Schweizerische Ärztezeitung* 2012;93: 25

Genetik im Medizinischen Alltag, Leitfaden der SAMW 2011 (Mitglied Redaktionskommission)

PUBLIKATIONEN (Peer-reviewed)

Kuehnle K, Winkler DT, Meier-Abt PJ. 2009. Swiss national MD-PhD-program: an outcome analysis. *Swiss Med Wkly*. 19;139(37-38):540-6.

Kulic L, Wollmer MA, Rhein V, Pagani L, **Kuehnle K**, Cattepoel S, Tracy J, Eckert A, Nitsch RM. 2009. Combined expression of tau and the Harlequin mouse mutation leads to increased mitochondrial dysfunction, tau pathology and neurodegeneration. *Neurobiol Aging*. 32(10):1827-38 Epub 09 Nov 25.

Kuehnle K, Cramer A, Kälin R, Luciani P, Benvenuti S, Peri A, Ratti F, Rodolfo M, Kulik L, Heppner FL, Nitsch RM, Mohajeri MH. 2008. Prosurvival effect of DHCR24/Seladin-1 in acute and chronic responses to oxidative stress. *Mol. Cell. Biol.* 28(2):539-50

Cramer A*, Biondi E*, **Kuehnle K***, Lutjohann D, Thelen KM, Perga S, Dotti CG, Nitsch RM, Ledesma MD, Mohajeri MH. 2006. The role of seladin-1/DHCR24 in cholesterol biosynthesis, APP processing and Abeta generation in vivo. *EMBO J*. 25;25(2):432-43. *equal contribution

Bandapalli OR, Geheeb M, Kobelt D, **Kuehnle K**, Elezkurtaj S, Herrmann J, Gressner AM, Weiskirchen R, Beule D, Bluthgen N, Herzel H, Franke C, Brand K. 2006. Global analysis of host tissue gene expression in the invasive front of colorectal liver metastases. *Int J Cancer*. 1;118(1):74-89.

Murakami S, **Kuehnle K**, Stern DB. 2005. A spontaneous tRNA suppressor of a mutation in the *Chlamydomonas reinhardtii* nuclear MCD1 gene required for stability of the chloroplast petD mRNA. *Nucleic Acids Res*. 9;33(10):3372-80.

Gaugler MN, Tracy J, **Kuehnle K**, Cramer A, Nitsch RM, Mohajeri MH. 2005. Modulation of Alzheimer's pathology by cerebro-ventricular grafting of hybridoma cells expressing antibodies against Abeta in vivo. *FEBS Lett*. 31;579(3):753-6.

Mohajeri MH, **Kuehnle K**, Li H, Poirier R, Tracy J, Nitsch RM. 2004. Anti-amyloid activity of neprilysin in plaque-bearing mouse models of Alzheimer's disease. *FEBS Lett*. 26;562(1-3):16-21.

Mohajeri MH, Gaugler M N, Martinez J, Tracy J, Li H, Cramer A, **Kuehnle K**, Wollmer MA, Nitsch RM. 2004. Assessment of the Bioactivity of Antibodies against β -Amyloid Peptide in vitro and in vivo. *Neurodegenerative Diseases* 1:160-167.