Einblicke DKVF 2024: Preconverence- und State of the Art-Session

Problemfall Evaluation von Strukturinnovationen

Während Dr. Roland Staples (FAU Nürnberg) auf dem Preconference-Seminar des diesjährigen DKVF die grundlegende Frage aufwarf, ob die Initiatoren des Innovationsfonds eine falsche Definition des Innovationsbegriffs zugrunde legten, brachten Prof. Dr. Holger Pfaff (IMVF Köln) und Prof. Dr. med. Jochen Schmitt (ZEGV Dresden) in der Session „State of the Art" einen Vorschlag für einen neuen evidenzbasierten Ansatz in der Gesundheitspolitik ein, indem sie deutlich machten, wie man von der „theoretisch besten zur praktisch besten Evidenz" kommen kann.

>> Dr. Roland Staples bezog sich in seinem Vortrag auf den in der Wirtschaftswissenschaft gebräuchlichen Innovationsbegriff, der für die mit technischem, sozialem und wirtschaftlichem Wandel einhergehenden (komplexen) Neuerungen steht, die – und nun kommt die Krux: „entdeckt/erfunden, eingeführt, genutzt, angewandt und institutionalisiert werden". Will heißen: Der Innovationsfonds, wie er bislang ins Gesundheitssystem implantiert worden ist, greift zu kurz, weil alleine die per Projekten und Evaluationen als sinnvoll oder nicht sinnvoll erkannten Ideen erst dann zu Innovationen werden, wenn sie – wenn denn positiv vom Innovationsausschuss beschieden – implementiert – das Hauptthema des DKVF 2024 – und damit möglichst vielen, wenn nicht gar allen Versicherten und Patient:innen im Rahmen der sogenannten, aber ebenfalls nicht exakt definierten Regelversorgung zur Verfügung stehen.

Staples, wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Soziologie der FAU Erlangen-Nürnberg am Lehrstuhl I – Arbeits- und Industriesoziologie (Prof. Dr. Rainer Trinczek), ging jedoch auch auf ein – zumindest aus Sicht der Organisations- und Innovationssoziologie – zweites, ebenso grundlegendes Missverständnis ein: Innovation ist nicht gleich Innovation. Es gibt seinen Ausführungen zufolge zum einen inkrementelle, zum anderen disruptive Innovationen. Inkrementelle sind meist Produktinnovationen (ob das nun Mobilphones oder Arzneimittel sind), die vergleichsweise einfach erforscht und implementiert werden können. Disruptive sind hingegen solche, für deren Implementation es der „Figur eines schöpferischen Zerstörers" bedarf. Dieser muss in der Lage sein, „aus der Perspektive der Tradition eines Unternehmens etwas wirklich Neues einzuführen, sich aber auch klar darüber sein, dass eine derartige Disruption eben auch scheitern kann. Die Kernaussage des auf Schumpeter zurückgehenden Begriffs der „schöpferischen Zerstörung" lautet: „Jede ökonomische Entwicklung baut auf dem Prozess der schöpferischen bzw. kreativen Zerstörung auf. Durch eine Neukombination von Produktionsfaktoren, die sich erfolgreich durchsetzt, werden alte Strukturen verdrängt und schließlich zerstört. Die Zerstörung ist also notwendig – und nicht etwa ein Systemfehler –, damit Neuordnung stattfinden kann." (1)

Mit diesem Ausflug in die maßgeblich von Joseph Alois Schumpeter (* 1883 / † 1950) geprägte Innovationsbegrifflichkeit der Wirtschaftswissenschaft wird klar, dass der beim G-BA angesiedelte Innovationsausschuss, in dem hauptsächlich die im Bundesausschuss aktiven Bänke agieren und bestimmen, was gefördert und was vor allem positiv beschieden und zur Umsetzung in die Regelversorgung empfohlen wird und was nicht, ein grundlegendes Problem hat. Eines, das in folgender Frage kulminiert: Sind die von dessen Geldfluss abhängigen Stakeholder des Gesundheitssystems Figuren schöpferischer Zerstörer?

Pfaff: „Was ist Wahrheit?"

Nicht Schumpeter, sondern Luhmann zitierte Prof. Dr. Holger Pfaff, Lehrstuhlinhaber des Brückeninstituts und Direktor des Instituts für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft (IMVR) der Universität zu Köln, um aufzuzeigen, warum Innovationen so lange brauchen, bis sie aus einer positiv evaluierten Idee Realität werden. Nach Luhmanns Systemtheorie besteht jede Gesellschaft aus verschiedenen Systemen: dem der Politik, dem der Wirtschaft, dem der Zivilgesellschaft und schließlich dem der Wissenschaft. Pfaff: „Alles sind selbstbezügliche, sogenannte autopoietische Systeme mit ihrem eigenen Code." In der Politik gehe es um Macht, in der Gesundheitswirtschaft um Geld, in der Zivilgesellschaft um Bedürfnisbefriedigung und in der Wissenschaft um nichts weniger als die Wahrheit. Nach der Systemtheorie hören jedoch die vier Systeme nicht aufeinander. Pfaff: „Sie beeinflussen sich kaum, das ist die Vorhersage von Luhmann. Das ist ein bisschen ernüchternd." Alle Systeme wollen zudem, so Pfaffs eigene These, ihre Strukturen bewahren: die Professionals wollen weitermachen wie bisher, die Politik will alles beim Alten lassen und die Selbstverwaltung sowieso. Das heißt, so Pfaff: „Die Systeme wehren sich grundlegend gegen Einflussnahme aus der Wissenschaft." Und wenn wir auch noch selbst Zweifel reinbringen, führe das zu einem doppelten Strukturkonservatismus. Das führe dazu, dass man entweder ganz auf Evaluationen verzichtet oder dass Politiker sagen, „wenn ich von euch nichts höre, dann entscheide ich abends beim Wein". „So wurde es jedenfalls von einem Gesundheitsminister kolportiert", setzte Pfaff hinzu.

Und mit Blick auf das Kongressthema des DKVF 2024 führt er aus: „Ich bin mal ganz kritisch: Die Implementierungswissenschaft entwickelt Techniken, damit die Zivilgesellschaft und die Gesundheitswirtschaft die Dinge endlich mal übernehmen, für die wir die Wahrheit herausgefunden haben. Und dann sind wir enttäuscht, wenn das nicht passiert, weil die Systeme sagen: „Das interessiert mich nicht." Und noch viel kritischer: „Man will damit eigentlich die evidenzbasierte Form in die Gesellschaft hineinpressen. Da kann man sich auch fragen: Wo bleibt da die Partizipation?"

Erschwerend komme hinzu, dass selbst die Wahrheit eine Frage der Sichtweise sei, wodurch mehrere existieren können. So gebe es beispielsweise schon bei der Frage, ob die Koloskopie in der Lage sei, die Mortalität zu senken, zwei Wahrheiten: die relative und

die absolute Absenkung. Pfaff: „Alleine daran sieht man, dass es mehrere Wahrheiten geben kann, selbst da, wo wir Daten haben."

Obendrein existieren nach Pfaff mehrere Wahrheitsstufen. Das wird insbesondere dann sichtbar, wenn Grundlagenwissenschaftler – ob nun Statistiker oder Epidemiologen –, bei denen es um nichts weniger als die totale Wahrheit geht, Studien der Versorgungsforschung beurteilen. Am Beispiel der viel diskutierten WiZen-Studie (2) haben Pfaffs Worten zufolge aus ihrer jeweiligen grundlagenwissenschaftlichen Sicht all diejenigen recht, die sagen, auf Basis dieser Studie könne man die Aussage noch nicht treffen, ob die Intervention wirklich gut sei. Dieser scheinbare Widerspruch sei hauptsächlich darin begründet, dass Versorgungsforschung eine „Anwendungswissenschaft" sei, deren Aufgabe es wäre, „dafür zu sorgen, dass einigermaßen gut evaluierte Interventionen in die Praxis kommen". Pfaff weiter: „Weil dem so ist, haben wir Versorgungsforscher nicht den Blick der total reinen Wahrheit."

Obwohl es natürlich bei der Versorgungsforschung immer um die höchst erzielbare Wahrheit gehe, verbirgt sich hier laut Pfaff das schwierige Thema der Evidenzgrade, genauer; des Unterschieds zwischen der theoretisch besten Evidenz und der praktisch besten Evidenz. Und der durch diese Diskrepanz verursachten Probleme und Missverständnisse.

Das erklärte Ziel der Versorgungsforschung, eine rationale Gesundheitspolitik auf Basis evidenzbasierten Wissens zu fördern, geschieht laut Pfaff bislang mit der Anwendung der Prinzipien und Methoden der evidenzbasierten Medizin. Die wiederum basiert auf randomisiert kontrollierten Studien (RCT) und Meta-Analysen möglichst vieler RCTs; am besten der 1a- oder 1b-Evidenzstufe und damit der theoretisch besten Evidenz. Alles, was darunterliege, werde vom IQWiG abgelehnt, obwohl es inzwischen Bewegungen gebe, dieses Vorgehen aufzuweichen.

Oder eben öffentlich kritisiert, wie am Beispiel der WiZen-Studie (3) geschehen. So habe Andreas Stang in seinem Editorial im Deutschen Ärzteblatt mit dem Titel „Evaluierbarkeit des Effekts der Zertifizierung onkologischer Zentren" das Argument aufgeführt, dass die diskutierte Studie (4) unter dem Level liege, das normalerweise akzeptiert werden könne.

Hier müsse man wissen, führte Pfaff ähnlich wie Staples aus, dass Innovation nicht gleich Innovation sei, und man drei Innovationstypen unterscheiden müsse, und dies bereits dann, wenn eine Evaluation geplant werde:

- Produktinnovationen (Medikamente, Arzneimittel)
- Prozessinnovationen (Leitlinien etc.)
- Strukturinnovationen

Das EbM-System, das Pfaffs Worten zufolge natürlich seine Berechtigung hat, ist jedoch nicht für jeden Innovationstyp geeignet. Selbstverständlich sei eine Evaluation via RTC bei Produktinnovationen der Fall, nur sehr eingeschränkt indes bei Strukturinnovationen. Am Beispiel der Innovationsfondsprojekte führte er aus, dass man eigentlich schon drei drei Jahre vor Projektstart einen Piloten durchführen müsste, um das einzuführende Grundprinzip zu testen. Danach sollte im Idealfall eine Vier-Jahres-Studie durchgeführt werden, wenn man das MASI-Framework ernst nehmen würde, und dann erst die Projektbeantragung folgen, was dann insgesamt acht Jahre dauert. Danach müssen die Ergebnisse veröffentlicht und reviewt werden, was weitere sieben oder acht Jahre benötigen könne. Pfaff: „Das heißt: Wir sind 15 Jahre zu spät dran." Aber nur dann, wenn keine Replikation der Studienergebnisse gefordert wird, was im Falle von Strukturinnovationen so gut wie unmöglich ist, weil alle etablierten Strukturen jeweils unterschiedliche Kontexte und dadurch auch Outcomes aufweisen. Pfaffs erstes Zwischenfazit: „Wir haben ein echtes Problem: Wir brauchen eine Lösung für Strukturinnovationen." Man habe nur die Wahl: „Wir lassen es entweder bleiben oder warten eben 20 Jahre." Wobei Letzteres nicht zur Wahl stehe, weil sich in der Zwischenzeit neue Techniken entwickelt haben oder andere schon wieder veraltet sind und sich auch die Strukturen selbst ändern. Will heißen: „Es gibt mehrere Probleme, die der Evaluierbarkeit von Strukturinnovationen entgegenstehen."

Hinzu kommt erstens, was bereits im Jahr 1948 im Aufsatz „Widerstand gegen Wandel" beschrieben worden sei. Der Grund dafür sei, dass Menschen eben nicht immer das machen, was wir uns als Wissenschaftler vorstellen, was das Experiment zumindest verunreinigt. Zweitens führe der im Idealfall nötige hohe Zeitaufwand dazu, dass man auf den Pilot verzichtet und damit „Kinderkrankheiten" in die beantragte Projektstudie integriert und diese mittestet, was wiederum das Ergebnis verfälschen kann. Da bei so entstehenden Komplex-Paket-Tests immer ein Gesamtpaket an Interventionen getestet werde, wisse man hinterher nicht, welche Bestandteile wirklich wirksam sind. Was wiederum ebenfalls die Replikation erschwere.

All dies führe bei Strukturen zu hohen Innovations- und Evaluationskosten, die abschrecken würden. Anders sei dies bei Medikamenten, bei denen einfach das „Trial and Error"-Prinzip anwendbar sei. Pfaff: „Genau das ist der große Vorteil von RCT: Ich brauche keine Theorie. Man kann eine Idee testen, indem man den Versuch-Irrtum-Weg geht und schaut, bis man irgendwann die Lösung hat. Das geht bei Strukturen nicht, auch weil das viel zu lange dauert." RCT-Ergebnisse gelten zudem auch noch nach 20 Jahren, weil sie eine stabile Umwelt, ein sich nicht veränderndes Medikament und einen sich ebenso nicht verändernden Menschen voraussetzen.

Angesichts dynamischer Umwelten und schnell veraltender Strukturinnovationen funktioniere das EbM-System indes nicht. All dies, vor allem aber die eingeschränkte Anwendbarkeit der Kriterien der evidenzbasierten Medizin, bringt laut Pfaff Strukturinnovationen zur „Grenze der Evaluierbarkeit". Pfaff: „Alleine schon darum sind unsere Evaluationsergebnisse, egal, wie wir sehr wir uns auch anstrengen mögen, prinzipiell immer kritisierbar." Es würde sich immer ein Kritiker:innen finden, die die reine Wahrheit haben wollen. Das würden jene nicht aus Bösartigkeit tun, sondern „weil sie gelernt haben, dass die Wahrheit" an oberster Stelle steht. Auch wenn – ein erneuter Ausflug zu Luhmann – es die absolute Topwahrheit gar nicht gibt.

Das Fatale dabei: „Dadurch werden Zweifel gesät." Dabei zitierte er aus dem Buch „Merchants of Doubt" (5) von Erik M. Conway und Naomi Oreskes: Es müssen nur ein oder zwei Leute Zweifel äußern und schon glaubt die Mehrheit nicht mehr an wissenschaftliche Ergebnisse. Was sich nach Pfaff wiederum auf die Implementierung auswirkt: „Wenn manche Leute schon aufgrund ganz geringer Zweifel – was auch genetisch implantiert sein mag – beginnen, etwas nicht zu tun, gibt es von der Versorgungsforschung entweder nur vorsichtige oder gar keine Ratschläge mehr, weil wir ja nicht sicher sein können, ob eine Wirksamkeit wirklich voll belegt ist."

Doppelter Strukturkonservatismus:

Der wissenschaftliche Strukturkonservatismus trifft auf Systeme (politische und gesundheitswirtschaftliche Systeme), die sich nicht verändern wollen und selbst strukturkonservativ sind

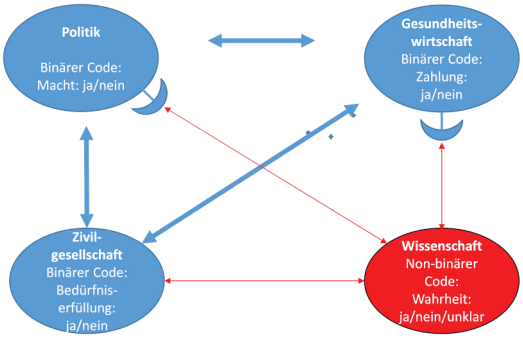


***Abb. 1:** Doppelter Strukturkonservatismus. Quelle: DKVF-2024-Vortrag „State of the Art: Von der theoretisch besten zur praktisch besten Evidenz: ein Vorschlag für einen neuen evidenzbasierten Ansatz in der Gesundheitspolitik" (Holger Pfaff, Jochen Schmitt, Ibrahim Demirer).*

Das wiederum führt seiner Ansicht nach zu einem wissenschaftlich induzierten Strukturkonservatismus. Dessen Definition, nachzulesen im demnächst in der Zeitschrift „Health Care Research & Implementation" erscheinenden Artikel „Give innovation a chance: Overcoming structural conservatism of evidence-based medicine and health policy decision-making by returning to Sackett": „Eine Praxis, die Entscheidungen in einer Weise trifft, die systematisch – gewollt oder ungewollt – der Entwicklung und Implementierung neuer Strukturen im Wege steht und damit indirekt alte Strukturen bewahrt."

Pfaffs (Selbst)-Mahnung: „Wir sind mit daran schuld, dass nichts vorwärtsgeht, weil wir zu viel Zweifel an unseren eigenen Studien äußern. Das ist unser Anteil am Strukturkonservatismus, der daran beteiligt ist, dass die Entwicklung und Implementierung neuer Strukturen nur schleppend vorangeht und indirekt alte Strukturen bewahrt werden." Und dies vor dem Hintergrund, dass die alten Strukturen bisher nie getestet wurden, weil sie aus ihrer jeweiligen Zeit und deren Möglichkeiten entstanden seien. Pfaff: „Doch wir bürden neuen Dingen eine Evaluationsqualität auf, die die alten Strukturen gar nicht bestehen mussten, weil sie einfach so entstanden sind."

Will heißen, so Pfaff: „Wir stehen unter Handlungsdruck." Die Versorgungsforschung könne es nicht wollen, dass letztendlich der Bauch entscheidet, weil „wir nicht liefern". Will auch heißen, so Pfaff weiter: „Bevor wir gar keine Evidenz mehr liefern, müssen wir einen Mittelweg zwischen der höchsten und gar keiner finden." Von daher müsse man künftig zwischen drei Typen von Evidenz unterscheiden:

a) die theoretisch beste Evidenz, welche die EbM mit ihrem impliziten Zweifelsfreiheitsmemo anstrebt.
b) die bestverfügbare Evidenz, die David Sackett in seiner Definition beschreibt
c) die praktisch beste Evidenz, die unter den gegebenen Umständen das höchste Evidenzniveau erreicht, die Pfaff und sein Kollege Schmitt ins Spiel bringen.

Das bedeutet nichts anderes, als zuallererst für jede Bedingungskondition definiert werden muss, welche Evidenz maximal möglich ist, wenn die neuesten Methoden angewandt werden. Im Umkehrschluss verlange die Definition einer Maximalevidenz auch den Willen der Forschungscommunity, dieses Maximum auch einzuhalten: „Wenn es möglich ist, machen wir die Studie auch, darunter akzeptieren wir es nicht."

Dabei gehe es nicht um pragmatische Evaluation oder auch um eine realistische Evaluation. Es geht um nichts weniger als darum, das „höchst erreichbare Evaluationsdesign unter den jeweils gegebenen Kontextbedingungen auf Grundlage des neuesten Stands der Evaluationsforschung unter Einfluss mechanistischer Studien" anzustreben. Für diese Arbeit schlagen Pfaff und Schmitt einen strukturieren Konsensfindungsprozess nach dem Vorbild der S3-Leitlinienerstellung vor: „Dort muss festgelegt werden, was unter dem jeweils gegebenen Kontext die praktische höchst erzielbare Evidenz darstellt."

Klar sei bislang lediglich, dass das bestverfügbare Evidenzniveau je nach Kontext und den jeweils gegebenen politischen, ökonomischen, sozialen, ethischen, psychologischen, organisationalen, regionalen, kulturellen, technischen und strukturellen (Rahmen-)Bedingungen mit Sicherheit anders ausfällt. Es könne sein, dass im Kontext A tatsächlich durchaus ein RCT durchgeführt werden kann, in weiteren Kontexten hingegen nicht, doch dafür vielleicht eine kontrollierte, eine quasi-experimentelle, eine quantitative oder eine Korrelationsstudie.

Dennoch bleibt Pfaffs Ausführungen zufolge unbestritten, dass immer eine Unsicherheitslücke zwischen der theoretisch besten Evidenz und der praktisch besten Evidenz existieren wird. Diese Unsicherheitslücke müsse jedoch von Wissenschaft, Politik wie Gesellschaft akzeptiert werden, wohl wissend, dass diese jederzeit von Kritikern genutzt werden könne. Die Politik muss nach Pfaff zudem akzeptieren, unter Unsicherheit entscheiden zu müssen. Pfaff: „EBM ist – übertrieben gesagt – etwas für Angsthasen." Im Gesundheitssystem müsse man ähnlich wie in der Wirtschaft lernen, Entscheidungen unter Unsicherheiten zu treffen. Jedoch müssen die Unsicherheiten extrem minimiert werden, indem seitens der Wissenschaft das maximal Mögliche probiert und methodisch an die Grenze gegangen worden ist".

Mit einem Rekurs auf die WiZen-Studie, die aus seiner Sicht für die getestete Konstellation die bestverfügbare Evidenz darstellt, fügte er hinzu: „Man kann es vielleicht noch besser hinbekommen, doch wissen wir noch nicht wie."

Schmitt: die Frage des „Wie"

Das „Wie" erklärte Prof. Dr. med. Jochen Schmitt, Direktor des Zentrums für Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung (ZEGV) des Universitätsklinikums und der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus, Dresden, und derzeit stellvertretender Vorsitzender des DNVF, in seinem Vortrag „EbM*plus* – internationale Perspektiven und Entwicklungen". Schmitts Ausführungen vorauszuschicken ist die Feststellung, dass die Definition des „EbM*plus*"-Modells, das die beiden deutschen Versorgungsforscher Pfaff und Schmitt entwickelt haben, parallel zur internationalen „EbM+"-

Zitationshinweis

Stegmaier, P.: „Problemfall Evaluation von Strukturinnovationen“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (06/24), S. 16–19.
http://doi.org/10.24945/MVF.05.24.1866-0533.2663

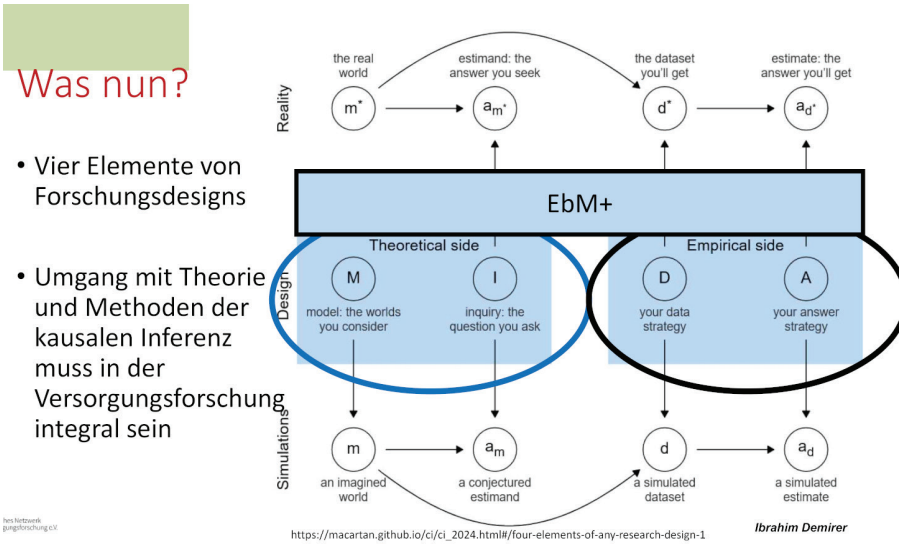


Abb. 2: *Vier Elemente von Forschungsdesigns. Quelle: DKVF-2024-Vortrag „EbMplus – internationale Perspektiven und Entwicklungen“ (Jochen Schmitt).*

Entwicklung entstanden ist. Beide – „EbM+“ und „EbM*plus*“ – das ist laut Schmitt ganz wichtig – kommen aus der eigentlichen EbM-Bewegung heraus. Es handele sich damit um keine Kontrabewegung, sondern um die Erweiterung des traditionellen EbM-Konzepts mithilfe der Integration zusätzlicher Dimensionen sowie einer breiteren und diverseren Evidenzbasis.

EbM+ (international) ist laut Schmitt maßgeblich geprägt von zwei Entwicklungssträngen:

Prof. Jon Williamson, Professor of Reasoning, Inference and Scientific Method, Leeds, mit dessen zentralem Thema der Kausalität: „Evidence of Mechanisms should be integrated with evidence of correlation to better assess causal claims“ („Der Nachweis von Mechanismen sollte mit dem Nachweis einer Korrelation integriert werden, um kausale Behauptungen besser beurteilen zu können.“). Dabei postuliert er, dass eine kausale Schlussfolgerung einen „Correlation Claim“ und einen „Mechanistic Claim“ erfordert, wobei eine Evidenzart nicht ausreichend sei, um Kausalität darzustellen. Ebenso führt Williamson in Rückbesinnung auf Bradford Hill „Evidencial Pluralism“ ein – ein Modell, das laut Schmitt im Endeffekt auf eine Kombination von quantitativen, qualitativen und mechanistischen Studien hinausläuft. Er sagt laut Schmitt damit, dass eine Evidenz, basierend auf einer Studie und einem Design, nicht ausreichend ist, um eine Kausalität darzustellen. Deshalb sei es immer notwendig, qualitative Studien mit quantitativen und mechanistischen zu kombinieren, um den Efficacy-Effectiveness-Gap zu überwinden. Nach Williamsons Verständnis ist Effektivität „Efficacy plus external Validity“. Schmitt: „Das ist hochinteressant, weil diese externe Validität über möglichst robuste Mechanismen, die unter verschiedenen Bedingungen immer gleich wirken, entsteht.“

Prof. Trisha Greenhalgh, Professor of primary health care, Oxford, mit ihrem Ansatz einer „real evidence-based medicine“. Sie fordert laut Schmitt eine Reform und Neubewertung der klassischen EbM, um sie an die Herausforderungen einer komplexen und dynamischen Gesundheitslandschaft anzupassen, was interdisziplinäre Ansätze notwendig macht: Medizin, Sozialwissenschaften, Informatik, Austausch von Wissen und Erfahrungen.

Wichtig ist zu wissen, dass beim internationalen „EBM+“-Verständnis zum einen nur empirisch belegte Mechanismen und nur empirische, mit Daten belegte Theorien zählen. Und zum anderen, dass „+“ in erster Linie für biomedizinische Zusammenhänge steht. Anders beim deutschen „EbM*plus*“, bei dem mit dem „*plus*“ vor allen Dingen die Anwendung und Einbeziehung sozialwissenschaftlicher Theorien gemeint ist.

Dieser Unterschied ist wichtig, weil – so Schmitt – „Kausalität bei komplexen Interventionen kontextabhängig sein“ kann und damit immer neben deterministischen auch probabilistische Mechanismen mit ihren technischen, interpersonellen und psychologischen Komponenten eine Rolle spielen, die immer auch Einfluss auf den Outcome haben werden.

Kleine Anmerkung: Pfaff und Schmitt haben initial auch zwischen deterministischen und probabilistischen Theorien unterschieden und dann den Fokus verstärkt auf probabilistische Theorien gelegt, weil diese nach ihrer Überzeugung entscheidend sind, insbesondere für alles jenseits des Szenarios „einfacher Interventionen“.

Ein weiterer wichtiger Unterschied ist, dass sich die internationale „EbM+“-Entwicklung bisher vornehmlich mit „Micro-Level-Interventionen“ beschäftigt, wie es Schmitt ausdrückte. Beim deutschen „EbM*plus*“-Modell stünden hingegen vor allem Prozess- und Strukturinnovationen im Fokus. Das heißt laut Schmitt: „Obwohl die deutsche Versorgungsforschung bisher nur wenige Bezüge zu internationalen „EbM-Entwicklungen hergestellt hat, können wir auch international einen relevanten Beitrag leisten!“

Dazu müsse die deutsche Versorgungsforschung zusätzlich zur reinen Anwendungsforschung sich wieder mehr der Grundlagenforschung widmen. Es müssen laut Schmitt grundlegende und zentrale Prinzipien und Mechanismen entwickelt und getestet werden, um am Mechanismusverständnis im Versorgungs- und interpersonellen Kontext zu arbeiten. <<

von:
MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier

Literatur

1: https://t1p.de/ois0v
2: https://t1p.de/idijm
3: https://t1p.de/74mwm
4: https://t1p.de/df0o9
5: https://t1p.de/bipnt

Links zu den auf dem DKVF gehaltenen Vorträgen:

Pfaff: https://t1p.de/zfhms
Schmitt: https://t1p.de/61sgt

Basis der Ausführungen von Pfaff und Schmitt sind deren aufeinander aufbauende Arbeiten:
doi.org/10.3389/fpubh.2021.727427
doi.org/10.1111/jep.13890
DOI: 10.1055/a-2350-6435