

„Versorgungsforschung gel wirklich nur gemeinsam"

Im Interview: Prof. Dr. Lena Ansmann (li.) und Prof. Dr. Nicole Ernstmann, die beiden Kongresspräsidentinnen des DKVF 2026

Im September kehrt der Deutsche Kongress für Versorgungsforschung an seinen Ursprungsort zurück und feiert an der Uniklinik Köln sein 25-jähriges Jubiläum. Die Kongresspräsidentinnen Prof. Dr. Lena Ansmann, Medizinsoziologin am IMVR der Universität zu Köln, und Prof. Dr. Nicole Ernstmann, Diplom-Psychologin und Professorin für Versorgungsforschung in Köln, zeigen im Gespräch mit „Monitor Versorgungsforschung" auf, warum es sich lohnt, dem von ihnen gestalteten Fachkongress teilzunehmen. Das Motto „Menschen. Beziehungen. Organisationen" ist für sie viel mehr als eine Trias der Schlagworte, sondern die Beschreibung eines Wegs in eine mögliche Zukunft der patientenzentrierten Versorgung.

 / This article was published under the license CC BY 4.0 and can be used

>> Der von Ihnen als Präsidentinnen geleitete Kongress – übrigens der erste mit einer Doppelspitze und obendrein einer weiblichen – steht unter dem Motto „Menschen. Beziehungen. Organisationen." Beim ersten Kongress vor 25 Jahren hieß das Motto wesentlich programmatischer „Versorgungskontext verstehen, Praxistransfer befördern". Bei Ihrem Kongressmotto entdeckt man diese Programmatik nicht so offensichtlich. Was übersehe ich?

Ansmann: Auf den ersten Blick ist es eine Aufreihung von Schlagworten. Für uns steckt jedoch in den drei Begriffen eine doppelte Programmatik. Zum einen bilden die drei Begriffe die beiden Fachperspektiven von Nicole Ernstmann und mir ab: Die Trias „Menschen, Beziehungen, Organisationen" steht einerseits für die psychologische Perspektive von Nicole Ernstmann und andererseits für meine soziologische Perspektive. Gemeinsam forschen wir zur patientenzentrierten Versorgung, zu Beziehungen zwischen Ärzt:innen und Patient:innen und allen anderen Mitarbeitenden im Gesundheitswesen. Organisationen treiben mich als Soziologin seit Langem um – eine der ersten Arbeitsgruppen, die das DNVF gegründet hat, war ja die zur organisationsbezogenen Versorgungsforschung. Und nicht zu vergessen: Wir feiern ein großes Jubiläum des Deutschen Kongresses für Versorgungsforschung, auf dem sich seit mehr als einem Vierteljahrhundert Menschen mit all ihren Beziehungen treffen und das DNVF die Organisationsstruktur als Netzwerk beisteuert.

„Das oft gehörte und gebrauchte Argument, dass unser Gesundheitssystem so einzigartig sei und sich deshalb ein Vergleich schlichtweg nicht lohnt, stimmt einfach nicht."
Prof. Dr. Lena Ansmann

lingt

25 Jahre sind auch eine stolze Ansage in die Zukunft.

Ernstmann: Genau das steckt für uns im Titel, er ist deshalb Rückblick und Ausblick zugleich. Was wir in diesen 25 Jahren gelernt haben, ist vor allem eines: Versorgungsforschung gelingt wirklich nur gemeinsam. Wir haben als beschreibende Wissenschaft angefangen mit Bedarfs- und Inanspruchnahmefragen und sind über die Jahre zu einer Wissenschaft mit deutlich interventionellerer Ausrichtung geworden. Sobald man Versorgung nicht nur beschreiben, sondern gestalten will, hat man es mit Organisationen zu tun, mit den Versorgenden, mit der Selbstverwaltung und mit der Politik. Und man muss immer die Patientinnen und Patienten einbeziehen. In den letzten zehn Jahren wurde mehr als deutlich, wie zentral die Betroffenenperspektive ist. Die Begriffe „Menschen" und „Beziehungen" stehen dafür, dass unsere Forschung deutlich partizipativer werden muss.

Das klingt nach einem Anspruch, der leicht formuliert und schwer eingelöst ist.

Ernstmann: So ist es. Lange hatten wir uns das wohl vorgenommen, doch fehlten dafür gute Studiendesigns. Inzwischen entwickeln wir dazu Ideen und Lösungen, sehen aber auch die Herausforderungen. Auf dem Kongress fragen wir deshalb: Wie können wir die partizipativen Ansätze, die wir entwickelt haben, überhaupt evaluieren? Das ist eine Agenda für die Zukunft. Denn die Fragen an die Versorgungsforschung werden nicht weniger, sie werden mehr.

Ein Schwerpunkt, den Sie in Ihrem Programm betonen, ist die Internationalisierung. Deutschland galt in der Versorgungsforschung immer als Sonderfall – eigenes System, eigene Logik. Wohin geht Ihr Blick über die Grenze?

Ansmann: Das oft gehörte und gebrauchte Argument, dass unser Gesundheitssystem so einzigartig sei und sich deshalb ein Vergleich schlichtweg nicht lohne, stimmt einfach nicht. Ich bin überzeugt, dass es viele übergreifende Erkenntnisse gibt. Wir vergleichen doch ohnehin, wenn es um größere Reformansätze geht. Dann blickt man sofort nach Dänemark oder in die Niederlande. Das künftig weitaus systematischer und wissenschaftlicher zu tun, ergibt Sinn. Hinzu kommen geteilte Herausforderungen wie etwa knappe Kassen, demografischer Wandel und Fachkräftemangel. Das Voneinander-Lernen ist beispielsweise auch in Bezug auf die jeweils verwandten Methoden und Ansätze der Evaluation in der Versorgungsforschung in verschiedenen Ländern vielversprechend. Auf dem Kongress wird man darum in einer Session zur Evaluation komplexer Interventionen mit Beiträgen aus England, den Niederlanden und Deutschland sehr schön sehen können, wie unterschiedlich die Ansätze tatsächlich sind. In Großbritannien gibt es beispielsweise sogenannte Rapid Evaluations. Das bedeutet, dass ein Fördergeber einen Evaluator sucht, der innerhalb eines halben Jahres ein Ergebnis produzieren soll, das dann direkt genutzt werden kann. So etwas ist bei uns eigentlich undenkbar, weil wir ganz andere Erwartungen an Zeithorizonte haben.

Sie haben die Abstracteinreichung für internationale Beiträge geöffnet. Im Programmraster findet man zudem international besetzte Plenen – aber unter den eingereichten Abstracts kommen relativ wenige aus dem Ausland. Ist die Internationalisierung mehr Kulisse?

Ansmann: Es ist ein Versuch der Internationalisierung. Hier müssen wir uns jedoch ganz ehrlich fragen, welchen Zweck unser DKVF für internationale Forschende überhaupt haben kann. Einige andere Länder führen seit vielen, vielen Jahren eigene Kongresse durch, wie etwa Health Services Research UK in Großbritannien. Warum sollten britische Forschende dann bei uns einreichen? Wir gehen deshalb andersherum vor: Wir holen internationale Perspektiven herein, um das Programm attraktiver zu machen. In der Session zu den International Societies haben wir Vorstandsvorsitzende internationaler Fachgesellschaften – u. a. aus England, den USA, aus Neuseeland und Australien, die teils online zugeschaltet sind. Sie stellen ihre Gesellschaften vor, und wir diskutieren, etwa zu der Frage, ob wir nicht mehr europäische und internationale Netzwerke benötigen. Mal schauen, wie sich das entwickelt.

Das klingt sehr pragmatisch.

Ernstmann: Ist es auch. Aber wir sind zuversichtlich. Uns hat es auch gefreut, dass die Resonanz auf das Angebot, auf Deutsch oder Englisch einzureichen und zu präsentieren, groß ist. Das ist aber auch kein Wunder, denn unser DKVF ist seit Langem ein Kongress, der viele junge Menschen, die in drittmittelgeförderten Projekten arbeiten und promovieren, anzieht. Die „Jugend" ist viel internationaler als die Generation, die vor rund 30 Jahren damit begonnen hat, unsere immer noch junge Wissenschaftsrichtung zu entwickeln und zu etablieren. Wenn wir in unseren Studiengängen fragen, ob sie einen Gastbeitrag aus beispielsweise Birmingham hören wollen, sind sofort alle dabei. Ich glaube, wir müssen gar nicht schieben, wir müssen nur unsere Türen noch weiter öffnen, und die Internationalität wird immer stärker. Eine zweite Strategie muss es jedoch sein, Themen zu setzen, die international gut bespielt sind. Wir haben etwa eine Kooperation mit dem Deutschen Netzwerk Gesundheitskompetenz aufgebaut, das seine Jahrestagung als Pre-Conference-Workshop in Nachbarschaft zu unserem Kongress abhält. Denn Gesundheitskompetenz ist per se ein sehr internationales Thema. So entstehen thematische Cluster, die dann auch wieder Einreichungen aus dem europäischen Ausland anziehen.

Bleiben wir bei den Zahlen. Die Einreichungen sind um 21 Prozent gegenüber dem Vorjahr gesunken. Das ist kein kleiner Rückgang.

Ansmann: Das stimmt, und der Rückgang ist durchaus interessant. Kausal erklären können wir den Fakt nicht sicher, aber unsere Herleitung ist folgende: Im letzten Jahr, als der DNVF in Hamburg stattfand, lag die Einreichungszahl bei über 800, dieses Jahr bei 643. Es scheint eine Zwei-Jahres-Welle zu geben, da jedes zweite Jahr parallel ein großer anderer gemeinsamer Kongress stattfindet – dieses Jahr in Göttingen, mit der DEGAM, dem EbM-Netzwerk, der DGMS und DGSMP. Viele überlegen dann, ob sie beide Kongresse beschicken, oder teilen ihre Beiträge auf.

Ernstmann: Ich habe gar nicht nach einer Erklärung gesucht, weil ich mit der Zahl ganz glücklich bin. Wir liegen immerhin im oberen Drittel der letzten fünf Jahre. Und wir feiern das Jubiläum an dem Ort, an dem die Kongressreihe entstanden ist und das Netzwerk gegründet wurde. Nach den schwierigeren Standortwechseln der letzten Jahre – von Berlin über Potsdam – ist Köln verkehrsgünstig, und wir haben erneut einen echten Campuskongress: mitten in einer Uniklinik der Maximalversorgung, inmitten eines Comprehensive Cancer Centers.



Prof. Dr. rer. medic. Lena Ansmann

ist Kongresspräsidentin des DKVF 2026. Sie studierte Public Health in Bremen, Bielefeld und Malmö und promovierte 2014 in Köln. Nach Stationen als wissenschaftliche Mitarbeiterin und Juniorprofessorin an der Universität zu Köln war sie 2017–2023 Professorin für Organisationsbezogene Versorgungsforschung in Oldenburg. Seit 2023 hat sie die W3-Professur für Medizinsoziologie am IMVR der Universität zu Köln inne. Sie ist Vorstandsvorsitzende der DGMS und Mitglied im DNVF und der EACH.

Ein weiterer Punkt, über den wir reden müssen, ist die hohe Akzeptanzquote. Sie haben, wenn ich richtig liege, nur acht Abstracts abgelehnt. Ist eine Akzeptanzquote hundert Prozent noch Qualitätssicherung?

Ansmann: Diese Frage stellt sich jedes Kongressteam, und die meisten Fachkongresse gehen ähnlich damit um. Will heißen: Es gibt keine feste Ablehnungsrate. Wir tun, was möglich ist: Wir gehen die Gutachten jeder einzelnen Einreichung durch und platzieren einen schwächer bewerteten Beitrag an anderer, nicht so wichtiger Stelle im Programm. Der Grund ist schlicht und einfach, dass der Nachwuchs, der womöglich ein Abstract ohne fertige Ergebnisse einreicht, bei uns eine Chance bekommen soll. Sonst müssten wir, ganz hart genommen, nur noch Arbeiten annehmen, bei denen alle Daten vorliegen. Dann wären wir weniger aktuell und würden dem Nachwuchs den Zugang erschweren. Das ist für mich so etwas wie gelebte Nachwuchsförderung.

Frau Professorin Ernstmann, teilen Sie diese Einschätzung?

Ernstmann: Ich sehe das etwas anders. Ihre Frage nach der Annahmequote ist letztlich die Frage nach Qualitätskriterien. Und da sehen wir eine enorme Entwicklung. Ich war in den letzten 25 Jahren in vielen Programmkomitees. Die ersten zehn Jahre waren sehr heterogen, auch weil die Kongresse damals vom DNVF gemeinsam mit wechselnden klinischen Fachgesellschaften organisiert wurden. Da reichten viele ein, die keine Ausbildung in Versorgungsforschung hatten. Darüber sind wir hinweg, die Qualität steigt spürbar. Andererseits – und da bin ich ganz bei Ihnen – entstehen viele neue Hochschulstandorte, bei denen wir die Qualität ganz dringend sichern müssen. Versorgungsforschung wird von neuen Standorten gern als Forschungsschwerpunkt gewählt, vielleicht weil sie sehen, dass viele in der Versorgung liegende Probleme gelöst werden müssen, aber möglicherweise auch, weil unser Fach ohne teure Labore und Einrichtungen auskommt. Umso wichtiger ist es beispielsweise der Gruppe der Hochschullehrenden im DNVF, weiter an Qualitätskriterien zu arbeiten. Man muss aber auch beachten, dass alle Menschen, die die Hunderte an Abstracts begutachten, das ehrenamtlich und sehr aufwendig tun. Dass die Übereinstimmung mehrerer Gutachtender zum selben Beitrag durchweg hoch ist, mag ein Zeichen dafür sein, dass das System funktioniert. Das spricht auch für die über die vielen Jahre gewachsene Qualität.

Sie sprechen Strukturen an. Wer baut dieses Fach institutionell?

Ernstmann: Ein wichtiger Ort des Austauschs ist die Gruppe der Hochschullehrenden, die es seit zehn Jahren gibt. Dort tauschen sich Mitarbeitende von Universitäten, Hochschulen für angewandte Wissenschaften und medizinischen Hochschulen darüber aus, welche Professuren und Studiengänge wir dringend brauchen. Mittlerweile gibt es immerhin zehn Masterstudiengänge im Bereich Versorgungsforschung, wobei die ältesten – Heidelberg und Köln – auch schon wieder zehn Jahre alt sind. Darauf können wir mit Stolz zurückblicken: Welchen wissenschaftlichen Nachwuchs haben wir hervorgebracht, und wo geht er hin – in die Wissenschaft, in Ministerien, Behörden, Fördereinrichtungen? Die offene und ganz dringend zu diskutierende Frage ist allerdings, ob unser Kerncurriculum noch zu den Problemen und Methoden der nächsten Jahre passt.

Braucht es dafür spezialisierte Zentren – oder wächst hier alles historisch und ungesteuert?

Ernstmann: Genau das treibt mich um. Wir haben einmal gemappt, wie sich die Standorte derzeit clustern. Herauskommt, was nicht verwunderlich ist, dass die Standorte historisch gewachsen sind und aus den fachlichen Expertisen der „Gründungszeit" stammen. Die Frage ist, ob wir mehr Bündelung brauchen. Brauchen wir zehn Standorte beispielsweise mit onkologischer Expertise oder reichen drei oder vier? Mein Wunsch ist, dass wir die Standorte in den nächsten 25 Jahren so weiterentwickeln, dass die Versorgungsforschung für die wichtigsten und drängendsten Fragen unserer Zeit die richtigen Lösungen liefert und wir den Nachwuchs darin so gut wie möglich ausbilden.



Prof. Dr. Nicole Ernstmann

ist Kongresspräsidentin des DKVF 2026. Sie ist examinierte Krankenschwester und Diplom-Psychologin, promovierte 2007 in Köln und habilitierte sich 2012. Nach Jahren am ZVFK und IMVR wurde sie 2011 W1-Professorin in Köln, 2015 W2-Professorin für Psychosomatik und Kommunikation in Bonn, wo sie das CHSR leitete. 2021 wurde sie auf eine W3-Professur für Versorgungsforschung an die Universität zu Köln berufen. Seit 2022 leitet Nicole Ernstmann den Lehrstuhl für Versorgungsforschung am IMVR der Universität zu Köln.

Zur politischen Lage gehört nicht nur der Kostendruck, sondern auch eine wachsende Wissenschaftsskepsis. Trifft das auch die Versorgungsforschung?

Ansmann: Das treibt uns um, wie alle Wissenschaftsbereiche. Wie groß ist die Skepsis, wie groß ist das Vertrauen in die Wissenschaft noch? Auch hier muss die Versorgungsforschung investieren, etwa in Wissenschaftskommunikation – dazu gibt es übrigens eine AG im DNVF. Aber es besteht große Unsicherheit im Umgang damit und bei der Frage, ob das überhaupt Aufgabe der Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler ist. Man muss sich darauf einstellen, dass die Zeiten nicht einfacher werden und wir dafür neue kommunikative Kompetenzen brauchen. Dafür sind die Studiengänge wichtig – aber auch ein Kongress, auf dem man Vertrauen bildet.

Zur Tagespolitik. Genau am Tag unseres Gesprächs stand endgültig fest, dass der Innovationsfonds künftig nur noch mit 100 Millionen Euro ausgestattet ist – etwa die Hälfte der Summe der Vorjahre. Viele Institutionen haben mit dieser Förderung ihre Strukturen aufgebaut. Wie überlebt das Fach die Halbierung?

Ansmann: Das beschäftigt uns alle. Zwei Dinge dazu. Erstens: Es ist immer noch viel Geld, und die Förderung wurde eben nicht komplett gestrichen. Damit erkennt die Politik durchaus die Erfolge der Versorgungsforschung an – ansonsten hätte man den Fördertopf gleich ganz eingestellt. Zweitens: Die Versorgungsforschung ist mit dieser Förderschiene enorm gewachsen, es sind viele Standorte und neue Partner hinzugekommen. Dass jetzt mehr Institute um weniger Mittel konkurrieren, führt ganz natürlich zu Spannungen, aber das ist ein normaler Prozess. Ich habe den Eindruck, dass viele inzwischen auch den Wert der DFG-Förderung erkannt haben, wo man themenunabhängiger, dafür weniger anwendungsnah forschen kann. Und die Zahl der Anträge an den Innovationsfonds sinkt auch nicht. Das kann dazu führen, dass eine härtere Selektion vielleicht sogar zu besseren Projekten führt.

Das ist eine sehr konstruktive Lesart einer Förderkürzung. Man könnte auch sagen: Jetzt hat die Versorgungsforschung endlich wieder Zeit für Grundlagenforschung.

Ernstmann: Wir vereinen so viele klinische, wissenschaftliche und methodische Fachgesellschaften – wir könnten der Ort sein, an dem priorisiert wird, an dem wir Versorgungsforschungsziele bündeln, gerade weil die Ressourcen knapper werden. Ein Beispiel ist das Symposium der Deutschen Krebshilfe auf dem DKVF: Dort überlegen die Projekte eines Förderschwerpunkts – am Beispiel der onkologischen Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund –, was sie projektübergreifend gelernt haben. Genauso bei den Lotsenprojekten aus dem Innovationsfonds. Diesen übergreifenden Erkenntnisgewinn kann nur das DNVF leisten.

Da hake ich gerne ein: Eine stringente Forschungsagenda für das Fach Versorgungsforschung vermisse ich seit vielen Jahren. Ausschreibungsgetrieben kann jeder forschen, was er will – aber es gibt keine klare Strategie, die sagt: Das sind die zehn Wissenslücken, die wir unbedingt schließen müssen. Woran soll sich die Versorgungsforschung sonst messen lassen?

Ernstmann: Ich bin ganz bei Ihnen, und diese Notwendigkeit wird noch deutlicher werden. Ich glaube, alle in der Versorgungsforschung hätten eine große Bereitschaft, mehr in Priorisierung und Agenda-

Zitationshinweis

Ansmann, L., Ernstmann, N., Stegmaier, P.: „Versorgungsforschung gelingt wirklich nur gemeinsam", in „Monitor Versorgungsforschung" (04/26), S. 6–10. http://doi.org/10.24945/MVF.04.26.1866-0533.2842

Setting zu gehen. Wo sonst gibt es so viele Fachgesellschaften zusammen mit einem Netzwerk, das sich vorgenommen hat, Versorgung zu gestalten? Das ließe sich steuern.

„Wir müssen nicht nur Implementierungs-, sondern auch Deimplementierungs-Expert:innen werden."
Prof. Dr. Nicole Ernstmann

Damit verschiebt sich die Perspektive auch von der Frage, was neu ins System kommt, hin zu der Frage, was wieder herausmuss.

Ernstmann: Das ist ein zentraler Punkt. Wir haben Innovationen bisher fast nur von einer Seite gedacht: neue Leistungen implementieren. Wir müssen aber nicht nur Implementierungs-, sondern auch De-Implementierungs-Expert:innen werden und fragen: Was muss im System bleiben? Was darf nicht bleiben, weil es die Solidargemeinschaft unnötig belastet? Wir haben eine aktuelle Entscheidung gesehen, künftig auch bei der Homöopathie zu prüfen, was die Solidargemeinschaft weiter tragen soll. Wir stehen für eine evidenzbasierte Versorgungsgestaltung, und dazu gehören solche Fragen.

Man könnte fast mit Beuys fragen: „Ist das Versorgung, oder kann das weg?" 25 Jahre heißt auch: 25 Jahre, in denen etwas nicht gelungen ist. Wo hat das Fach blinde Flecken?

Ansmann: Interessant, dass Sie das sagen, denn es gibt im DNVF eine erste Idee, in Richtung „kritische Versorgungsforschung" zu reflektieren. Dazu wird es eine internationale Session geben. Es geht dabei nicht darum, uns selbst schlechtzureden, sondern konstruktiv zu fragen: Wo sehen wir Probleme nicht, weil uns die Methoden oder die Ausbildung fehlen? Wir machen zum Beispiel viele Mixed-Methods-Studien. In diesen Teams treffen qualitativ und quantitativ Ausgebildete aufeinander, die oft eine andere Sprache sprechen und verschiedene Vorstellungen davon haben, wie Wissen entsteht. Das reflektieren wir in einer State-of-the-Art-Session. Und wir haben diskutiert: Wenn man als versorgungsforschende Person kritische Ergebnisse produziert – was schlägt einem eigentlich entgegen?

Ernstmann: Deshalb hat sich vor Kurzem auch eine Ad-hoc-Kommission im DNVF gegründet. Uns wurde gespiegelt – und das ist gut so –, dass die Versorgungsforschung bisher nicht sehr divers ist. Wenn die Fragestellungen kultur- und diversitätssensibler werden, müssen wir prüfen, ob wir mit unseren Perspektiven gut genug abbilden, was wir beforschen. Ich finde es gut, dass wir das einmal anschauen.

Zur Grundlagenforschung und Theoriebildung: Fast alle Theorien stammen aus Soziologie, Ökonomie oder Verwaltungswissenschaft. Gibt es überhaupt Theorien aus der Versorgungsforschung selbst?

Ernstmann: Durchaus. So wie sich das Fach methodisch bei den Bezugsdisziplinen bedient, tut es das auch theoretisch, das ist klar. Aber es gibt viele Modelle und Frameworks, die aus der Versorgungswissenschaft heraus entwickelt wurden, um Bedarf, Inanspruchnahme oder gesundheitliche Ungleichheiten vorherzusagen. Denken Sie an die Rahmenmodelle, die vorgeben, wie wir evaluieren und implementieren. Man muss allerdings genau unterscheiden zwischen Theorien, Modellen und Rahmenmodellen. Auf den letzten beiden Ebenen sehe ich viel Eigenständiges, das wir an Studierende weitergeben können. Zugleich sagen wir allerdings: Bedient euch der Theorien eurer Herkunftsdisziplinen, wenn es um Verhalten, Einstellungen oder organisationalen Wandel geht.

Ansmann: Der Begriff „Theorie" ist manchmal missverständlich. Theorien wirklich großer Reichweite sind in diesem jungen Fach wohl noch nicht viele entstanden. Aber Frameworks und Modelle geringerer Reichweite sehr wohl – das Andersen-Modell der Inanspruchnahme etwa wird viel genutzt und sogar in DFG-Projekten weiterentwickelt. Der ganz große Klassiker kommt vielleicht erst in hundert Jahren. Warten wir es ab.

Nach welcher Logik ist das Kongressprogramm gebaut?

Ernstmann: Wir hatten in der Ausschreibung bestimmte Stränge entlang des Kongressmottos und der geplanten Schwerpunkte angelegt. Das ist gut aufgegangen: Alle Themen, zu denen wir eingeladen haben, finden sich im Kongress wieder. Weil die Beiträge qualitativ hochwertig waren, konnten wir thematisch stimmige Sessions clustern. Manches ist aber auch lebensweltlicher organisiert als früher. So haben wir mehrere Sessions zur Versorgungsforschung mit Kindern und Jugendlichen – lange ein blinder Fleck in Deutschland – und erstmals Sessions zu familienzentrierten Versorgungsansätzen. Denn ohne die Berücksichtigung von Lebenswelten gelingt weder patienten- noch familienzentrierte Versorgung.

Ansmann: Das war nicht immer so einfach. Man überlegt sich Stränge, weiß aber nicht, ob am Ende ein stimmiges Programm entsteht. Diesmal hat es funktioniert. Besonders freut mich, dass das Thema „Organisationen" sichtbarer wird. Wir hatten aus der AG „Organisationsbezogene Versorgungsforschung" heraus einmal zwei Kongressjahrgänge ausgewertet und festgestellt: Es gibt sehr viel organisationsbezogene Forschung, aber die Forschenden wissen es oft gar nicht. Sie untersuchen Krankenhäuser, Prozesse, Strukturen und machen Interventionen, ohne den organisationalen Kontext als relevant zu markieren. Jetzt haben sich viele explizit den Organisationsthemen zugeordnet, auch weil die Stränge es nahelegten. Das Thema ist sichtbarer geworden.

Worauf freuen Sie sich beim Jubiläumskongress am meisten?

Ernstmann: Auf die internationalen Gäste und darauf, wie sie aufgenommen werden. Vor allem aber auf die Eröffnung. Wir sitzen für die Eröffnungsplenarsitzung sogar in dem Hörsaal, in dem der erste DKVF eröffnet wurde – ein historischer Kreis, der sich schließt. Wir haben mit Professor Holger Pfaff, dem ersten DKVF-Präsidenten und DNVF-Ehrenmitglied, einen Blick zurück auf 25 Jahre, verbunden mit Denkaufgaben für die Zukunft. Und mit Professor Michael Hallek den aktuellen Blick aus der Perspektive des Sachverständigenrats. Er wird die Frage stellen, wohin sich die Versorgungsforschung entwickeln soll. Auch das BMG und das NRW-Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales beteiligen sich mit Grußworten und geben uns politische Aufgaben mit. Und die abschließende Plenarsitzung hat der Nachwuchs vollständig selbst gestaltet – weder Vorstand noch Präsidentinnen noch Programmkomitee haben eingegriffen. Besonders am Herzen liegt mir der Patiententag: Wenn wir es schaffen, mehr Menschen einzubeziehen, für die wir Versorgung gestalten, wird das eine schöne Veranstaltung.

Vielen Dank für das Gespräch. <<
Das Interview führte MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier.