

Prof. Dr. Gerd Glaeske
Zentrum für Sozialpolitik, Universität Bremen

Stellungnahme

Öffentliches Fachgespräch

zum Thema

„Perspektiven der Versorgungsforschung“

am 13. Juni 2012

*Prof. Dr. Gerd Glaeske
Zentrum für Sozialpolitik, Universität Bremen
Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung
UNICOM-Gebäude
Mary-Somerville-Straße 5
28359 Bremen*

Stellungnahme für ein Fachgespräch des Ausschuss für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung am 13. Juni 2012 zum Thema

Perspektiven der Versorgungsforschung

1. Begriffsbestimmung

Die Versorgungsforschung ist eine wichtige Ergänzung der klinischen Forschung, sie kann diese aber nicht ersetzen. Gute Versorgung ist immer evidenzbasiert, insofern prüft Versorgungsforschung die Übertragung der Erkenntnisse der evidenzbasierten Medizin im Alltag der Medizin vor allem unter dem Aspekt der Patientenorientierung und der Unter-, Über- und Fehlversorgung (Glaeske et al. 2009; Ernstmann 2011). Wegen der bei der Einführung von neuen medizinischen Methoden, Behandlungsstrategien oder Strukturen oftmals fehlenden Evidenz zum Nutzen bzw. zum Zusatznutzen solcher neuen Maßnahmen empfehlen Chalkidou et al. (2008), dass Entscheidungen zur Bewertung und zur Finanzierung von neuen Technologien im Gesundheitswesen in einen breiteren Kontext der Forschungspolitik eingegliedert werden sollten. In diesem Zusammenhang gewinnt auch die Versorgungsforschung an Bedeutung. Im Koalitionsvertrag der CDU/CSU/FDP-Regierung wird sie explizit unter dem Titel „Mehr Forschung in der Versorgung“ erwähnt: „Die Gesundheitsforschung trägt dazu bei, mit Innovationen die Lebensqualität von Menschen aller Lebenslagen zu erhöhen und gleichzeitig die Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems zu sichern. Erkenntnisse über das Versorgungsgeschehen unter Alltagsbedingungen sind dabei besonders wichtig, damit die Qualität und Effizienz der Gesundheitsversorgung bei begrenzten Ressourcen weiter steigt. Daher werden wir die Versorgungsforschung systematisch ausbauen.“ (Koalitionsvertrag 2009, S. 93). Nach Pfaff ist Versorgungsforschung „eine grundlagen- und problemorientierte fachübergreifende Forschung, welche die Kranken- und Gesundheitsversorgung [in den Krankenhäusern, Arztpraxen und sonstigen Gesundheitseinrichtungen] in ihren Rahmenbedingungen [real life] beschreibt, kausal erklärt und aufbauend darauf Versorgungskonzepte entwickelt, deren Umsetzung begleitend erforscht und/oder unter Alltagsbedingungen evaluiert“ (Pfaff 2005). Im Fokus der Versorgungsforschung stehen daher der Bedarf, die Qualität (Prozess, Ergebnis) und die Verbesserung der im Alltag des Systems erbrachten Versorgung (Donner-Banzhoff et al. 2007). Sie evaluiert und fördert somit den Innovationstransfer aus klinischen Studien (efficacy) in die klinische Praxis (effectiveness) (Schrappe & Scriba 2006).

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (früher Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen) hat in seinen Gutachten aus den Jahren 1995, 1997, 2001, 2007 und zuletzt im Jahre 2009 (Ziffer 1219) eine Aktivierung der defizitären Versorgungsforschung in Deutschland

angemahnt. Dieser Mahnung hat sich der außerordentliche Deutsche Ärztetag im Februar 2003 angeschlossen. Im Jahr 2005 beschloss der Deutsche Ärztetag ein eigenes Förderprogramm für Versorgungsforschung, das gezielt Themenbereiche adressiert, in denen aktuell Forschungsdefizite bestehen.

Hinsichtlich der Gesundheits- und Krankenversorgung sowie deren Rahmenbedingungen ergeben sich folgende Aufgaben:

- Beschreibung und Analyse der Versorgungssituation,
- hierauf aufbauend Entwicklung von Versorgungskonzepten,
- wissenschaftliche Begleitung der Umsetzung (Implementierung) neuer Versorgungskonzepte,
- Evaluierung neuer und alter Versorgungskonzepte unter realen Bedingungen („medizinischer Alltag“) auf der Ebene der Gesamtbevölkerung oder definierter relevanter Populationen.

Versorgungsforschung kann in diesem Zusammenhang unterschiedliche Blickrichtungen einnehmen und die Versorgung z.B. aus Sicht

- der Nutzerinnen und Nutzer,
- der Anbieter (Ärzte, Apotheker, Krankenhäuser, pharmazeutische Hersteller etc.),
- der Organisatoren (gesetzliche Kranken- oder Pflegekassen (GKV, GPV) oder private Kranken- und Pflegeversicherung (PKV, PPV) oder
- der Politik
- der Gesundheitsökonomie

analysieren.

2. Aktuelle Themenfelder der Versorgungsforschung

Zu den derzeit vordringlich bearbeiteten und zu bearbeitenden Fragestellungen und Themenbereichen der Versorgungsforschung gehören:

- Analysen auf der Ebene des Gesundheitssystems, Organisationsforschung.
- Nutzenmessung diagnostischer, therapeutischer, rehabilitativer und präventiver Maßnahmen
- Fragen des Zugang und Inanspruchnahme aus Sicht der Nutzerinnen und Nutzer
- Leistungsmessung und Leistungsbewertung im Gesundheitswesen einschließlich der Frage der Effizienz (Benchmarking Kosten-Nutzen-Verhältnis etc.)
- Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement
- Innovationen in der Versorgung
- Patientensouveränität, Patientenrechte, Patienteninformation. (informed consent, Patientensouveränität, Partizipation bei der Wahl der diagnostischen und therapeutischen Strategie und der Definition des Behandlungsziels, sowohl aus Sicht der Akteure wie aus Sicht der Nutzerinnen und Nutzer)

Versorgungsforschung ist nicht an spezifische Versorgungssektoren oder –schwerpunkte gebunden. Häufig ist gerade die transsektorale Betrachtung von Behandlungsabläufen erforderlich. Diese steht in Deutschland noch immer viel zu wenig im Mittelpunkt, die sektorale Betrachtung der Versorgung (ambulant, stationär, rehabilitativ) herrscht noch immer vor. Die Konsequenz aus solchen sektororientierten Versorgungsformen sind aber häufig Ineffizienzen und Belastungen für die Patientinnen und Patienten, die z.B. durch eine defizitäre Kooperation und Kommunikation zwischen den verschiedenen Sektoren zustande kommen (Schnittstellenprobleme). Aus den Ergebnissen der Versorgungsforschung können solche Defizite aufgedeckt und, wenn es erforderlich erscheint, Vorschläge für optimierte Abläufe abgeleitet werden. Die Inanspruchnahme innerhalb eines Systems ist nachgewiesenermaßen vom sozialökonomischen Status der Versicherten abhängig, Angehörigen der mittleren und oberen Schichten haben häufig einen besseren Zugang zu den Angeboten des Gesundheitssystems und besitzen größere Gesundheitschancen als Versicherte aus

den unteren sozialen Schichten oder Angehörige vulnerabler Gruppen (Migrantinnen und Migranten, Obdachlose, arme ältere Menschen usw.)

3. Aufgaben der Versorgungsforschung

Es ist Aufgabe der Versorgungsforschung, den Zusammenhang zwischen erreichten Therapieergebnissen und den eingesetzten Ressourcen zu analysieren und daraus Aussagen über die Effektivität und Effizienz sowie über Verteilungs- und Zugangsgerechtigkeit abzuleiten (Pfaff et al., 2011). Analysiert wird die Beziehung zwischen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, und deren Folgen, z.B. bezüglich der Honorierungs- oder Entgeltsysteme, der Bedarfsplanung und -steuerung auf Unter-, Über- und Fehlversorgung. Untersucht werden der Einfluss neuer Kooperations- oder Professionskonzepte („Professionenmix“ und Delegationsverfahren bei der Behandlung, z.B. mit Blick auf die Pflege- oder Heilmittelberufe).

In vielen Fällen haben Ergebnisse aus der Versorgungsforschung direkte oder indirekte Auswirkungen auf die Versorgung der Bevölkerung:

- Sie können bei erkannten Defiziten in der Qualität und Organisation der medizinischen Versorgung Optimierungsprozesse anregen und die Evidenzbasis für deren Ausgestaltung liefern (z.B. Über- und Fehlversorgung in der Antibiotkatherapie für Kinder oder in der Anwendung von Neuroleptika bei Menschen mit Demenz abbauen, Unterversorgung in der Sekundärprophylaxe von Frauen nach Herzinfarkt oder in der Therapie mit inhalierbaren Corticoosteroiden bei Patientinnen und Patienten mit Asthma ausgleichen)
- Sie können zur Definition von Anreizen für eine verbesserte Versorgung führen, die z.B. im Rahmen selektiver Verträge, Konzepten der integrierten Versorgung oder Medizinischen Versorgungszentren eingesetzt werden (z.B. in einer besser abgestimmten Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen)
- Sie können Anforderungen für bessere Produkte oder Verfahren, für Produkt- und Verfahrensalternativen oder Vorschläge für neue Behandlungswege aufzeigen, und dadurch der klinischen Forschung neue Impulse geben

- Sie können Bewertungen von Behandlungsabläufen innerhalb der Sektoren und unter gemeinsamer Betrachtung aller Sektoren ermöglichen, um Optimierungsprozesse einzuleiten
- Sie können Hinweise dafür liefern, welche Leistungen z.B. aus dem stationären Bereich in den ambulanten verlagert werden können, und gleichzeitig Parameter zum Monitoring der Qualität aufzeigen (z.B. im Hinblick auf stationär und ambulant durchzuführende Operationen).
- Sie können helfen, die ökonomischen Konsequenzen unterschiedlicher medizinischer Versorgungsstrategien abzubilden und damit effizienzoptimierend zu wirken.

Insgesamt fördert eine aktive Versorgungsforschung eine Evaluationskultur, die im deutschen Gesundheitswesen noch immer wenig entwickelt ist. Insbesondere in Bereichen, in denen eine Evaluation nicht gesetzlich vorgeschrieben ist, die aber wegen ihrer Versorgungsrelevanz und / oder neuen Organisations- und Anreizstrukturen dringend im Bezug auf die Prozess- und Ergebnisqualität einer Begleitforschung bedürften, sollten angemessene Evaluationsstrategien in Zukunft obligat werden. Versorgungsforschung kann daneben auch aus eigener Initiative weitere und speziellere Studien in Gang setzen, die mit geeigneten Studiendesigns ganz bestimmte Fragestellungen und Hypothesen deskriptiv oder konfirmatorisch prüfen.

4. Methoden der Versorgungsforschung

Die Versorgungsforschung bedarf keiner neuen und schon gar keiner eigenen theoretischen oder methodischen Grundlagen (Glaeske et al, 2009). Versorgungsforschung definiert sich über ihre Fragestellungen. Ihre Aufgabe ist es, Forschungsbedarfe zu identifizieren, zu priorisieren und geeignete Studiendesigns zur Beantwortung der Fragen zu anzuwenden. Eigens erhobene Primärdaten und / oder bereits vorhandene Daten (Sekundärdaten, Registerdaten usw.) werden mit einer angemessenen Methodik ausgewertet. Die Auswahl der Methodik ist dabei abhängig von den Fragestellungen, vom Studiendesign, den verfügbaren Daten und einer Vielzahl weiterer Randbedingungen (Zeitraumen, Zugänglichkeit der Datenquellen, Akzep-

tanz bei den Teilnehmern und betroffenen Akteuren im Versorgungssystem, Verfügbarkeit von Förderung, datenschutzrechtliche und gesetzliche Rahmenbedingungen etc.).

Das Methodenspektrum der Versorgungsforschung ist sehr breit und umfasst Methoden der klinischen Epidemiologie, der deskriptiven und analytischen Versorgungsepidemiologie, der Sozialwissenschaften, der Psychologie und der Ökonomie. Neben quantitativen Forschungsmethoden sind wesentlich auch qualitative Ansätze relevant. Einer spezifischen Forschungsmethodik der Versorgungsforschung bedarf es nicht. Allerdings können spezifische Fragen der Versorgungsforschung Anlässe für methodische Weiterentwicklungen sein.

Studien zur Evaluation neuer Versorgungskonzepte in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind zudem im Hinblick auf die Finanzierung abzusichern. Da die Ergebnisse für die Weiterentwicklung der GKV von besonderer Wichtigkeit sind, sollte den Kassen gesetzlich die Möglichkeit eingeräumt werden, solche Studien mit einem festen prozentualen Anteil der Leistungsausgaben zu finanzieren (z. B. mit 0,1% pro Jahr) (Glaeske 2008; Glaeske et al, 2010). Solche Studien müssen aber auch Eingang in die Förderung der Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) finden, die bislang vor allem Grundlagen-, aber keine Anwendungs-orientierte Forschung gefördert hat.

5. Qualifikationen und Anforderungen in der wissenschaftlichen Disziplin „Versorgungsforschung“

Während meiner Mitgliedschaft im Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR-Gesundheit) von 2003 bis 2009 wurde in den drei zuletzt publizierten Gutachten 2005, 2007 und 2009 zusammen mit den Kolleginnen und Kollegen immer wieder auf die Notwendigkeit hingewiesen, die Versorgungsforschung zu fördern und im Forschungs- und Lehrbereich der Universitäten zu verankern. Im Gutachten 2009 haben wir in Ziffer 1219 unsere Vorstellungen noch einmal zusammengefasst:

„Der Rat hat in den vergangenen Jahren immer wieder die Intensivierung der Versorgungsforschung angemahnt, insbesondere dann, wenn neugefasste gesetzliche

Rahmenbedingungen in der GKV innovative Vertrags- oder Versorgungsmöglichkeiten ermöglichten, deren Folgen schwer abschätzbar waren („Politikfolgenforschung“). Eine obligatorische Evaluation ist nach wie vor nur bei Modellvorhaben nach §§ 63-65 SGB V vorgesehen, nicht aber im Zusammenhang mit der hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V, mit den Rabattverträgen für Arzneimittel nach § 130a Abs. 8 oder mit der Integrierten Versorgung nach § 140a ff SGB V. Auch für die bereits seit langem angebotenen DMPs fehlen weitgehend adäquate Evaluationsvorhaben, die im Rahmen eines kontrollierten Designs eine valide Aussage über Nutzen und Wirtschaftlichkeit zulassen. Dies ist umso unverständlicher, als der Gesetzgeber bereits im Jahre 2000 mit den §§ 303a ff SGB V Rahmenbedingungen für eine wissenschaftliche Evaluation in der GKV ermöglicht hat. Bisher konnten sich die mit der Umsetzung beauftragten Gremien der Kassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung jedoch nicht auf ein Konzept zur Nutzung, zur Zusammenführung der Daten aus dem Bereich der Ärzte und Kassen sowie zu Auswertungsschwerpunkten einigen. In diesem Zusammenhang mag es ein Mangel sein, dass in dieser gesetzlichen Regelung die Mitwirkung von Sachverständigen aus dem Bereich der Wissenschaft nicht vorgesehen ist und auch die Datenschutzbestimmungen einen sinnvollen Umgang mit den vorhandenen Daten nur bedingt ermöglichen, obwohl in der Zwischenzeit Konzepte vorliegen, die unter Beachtung des Datenschutzes personenbezogene Auswertungen mittels Pseudonymisierung ermöglichen. Hier sollten auch praktikable Wege ermöglicht werden, die eine vereinfachte Zusammenführung von Versorgungsinformationen für wissenschaftliche Zwecke erlauben.

In diesem Gutachten werden weit reichende Veränderungen für unser Gesundheitssystem vorgeschlagen. Daher sollten solche Entwicklungen wissenschaftlich begleitet und evaluiert werden müssen, um die Konsequenzen für die Versicherten, für die Leistungserbringer, für die Kostenträger und für das gesamte System erkennen und bewerten zu können. Nur auf dieser Basis kann entschieden werden, ob neue Versorgungskonzepte weiter verfolgt und breit implementiert werden sollten. Studien zur Evaluation neuer Versorgungskonzepte sind zudem im Hinblick auf die Finanzierung abzusichern. Da die Ergebnisse für die Weiterentwicklung der GKV von besonderer Wichtigkeit sind, sollte den Kassen gesetzlich die Möglichkeit eingeräumt werden, solche Studien mit einem festen prozentualen Anteil der Leistungsausgaben zu finanzieren (z. B. 0,1%).“

Diese angesprochenen Schwerpunkte (allgemeine Evaluation bis hin zur „Politikfolgeforschung“ und der Etablierung einer „Gegenöffentlichkeit“ gegen die Dominanz des positivistisch und individualistisch orientierten medizinisch-industriellen Komplex), die sicherlich nicht den gesamten Bereich der Versorgungsforschung darstellen, lassen aber einige der wichtigsten Qualifikationen erkennen, die als unentbehrlich angesehen und in die Lehre integriert werden müssen, wenn die Versorgungsforschung auf Dauer im Wissenschaftsbereich Bestand und Erfolg haben soll.

- Die Versorgungsforschung wird sich vor allem über eine Allokationsforschung in unserem Gesundheitswesen etablieren können. Es müssen Fragen nach dem patientenorientierten Nutzen aller geplanten Maßnahmen ebenso beantwortet werden wie Fragen der Kosten-Nutzen-Bewertung. In diesem Bereich ist die Versorgungsforschung derzeit besonders gefragt, in allen aktuellen Gesetzesvorhaben (AMNOG; Versorgungsstrukturgesetz) geht es um solche Fragestellungen. Der Bezug zu unserem Versorgungssystem sollte in allen Forschungs- Anwendungsfeldern eine Rolle spielen, daher sind intime Kenntnisse unseres Versorgungssystems und methodische Kompetenz in allen Feldern zu berücksichtigen. Die „richtigen“ Kriterien sollten sich daher immer auch an der Patienten- und Systemorientierung messen lassen. In diesem Zusammenhang sind gesundheitswissenschaftliche, gesundheitspolitische und gesundheitsökonomische Kompetenzen neben einer qualifizierten Kenntnis der methodischen Instrumentarien der Epidemiologie von besonderer Bedeutung, die sich auch im universitären Angebot der Versorgungsforschung wiederfinden sollten.
- In den Bereichen Medizinische Informatik oder im Bereich Medizinische Statistik und Biometrie muss auch die Qualitätssicherung der Daten eine Rolle spielen, die im Rahmen der Versorgungsforschung genutzt werden (insbesondere ein Thema bei der weitverbreiteten Sekundärdatenforschung). Hier gibt es immer wieder unangenehme Überraschungen im Hinblick auf Defizite und Limitationen, die im Hinblick auf die Aussagen bewertet werden müssen.

- Hinzu kommen Kompetenzen in der Medizinsoziologie, um Strukturen und Organisationen in unserem Gesundheitssystem auf der Basis soziologischer Theorien erkennen, analysieren und interpretieren und dort, wo es notwendig erscheint, Veränderungen anregen zu können. So sind Z.B. die Theorien von Niklas Luhmann zur Analyse von Organisationen ohne Zweifel auch für die Organisationen im Gesundheitswesen (Krankenhäuser, Krankenkassen usw.) von besonderer Bedeutung. Die Medizinsoziologie ist unerlässlich für die Theorie- und Methodenbildung. Das Gesundheitssystem basiert auf Organisationen, die in ihrer Bedeutung, ihrem Verhinderungswillen und in ihren Förderungsmöglichkeiten erkannt und gekannt werden müssen – die Medizinsoziologie hilft in diesem Bereich sicherlich weiter. Dies ergibt sich m.E. auch aus dem von Pfaff, Neugebauer, Schrappe und mir herausgegebenen „Lehrbuch Versorgungsforschung“. (Pfaff, Neugebauer, Glaeske, Schrappe, 2011)

6. Das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF)

Das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung e.V. besteht seit dem Mai 2006 und hat sich zur Aufgabe gesetzt, die derzeitigen Forschergruppen in der Versorgungsforschung zu vernetzen, die Fortbildung der Forscher und des wissenschaftlichen Nachwuchses konsequent zu fördern und die methodischen Grundlagen für dieses neue Fach zu definieren und für deren Beachtung und Umsetzung zu sorgen. Aus diesem Grunde wurden Memoranden publiziert, die vor allem die methodischen Grundlagen und Konzepte zum Inhalt hatten. Aus dem gleichen Grunde wurde von Mitgliedern des Vorstandes des DNVF das „Lehrbuch Versorgungsforschung“ publiziert. Die 54 Mitglieder des Netzwerkes (klinische Fachgesellschaften, wissenschaftliche Institute einzelne Persönlichkeiten u.a.) beschäftigen sich in unterschiedlicher Weise mit Themen der Versorgungsforschung und tragen die Ergebnisse auf den jährlich stattfindenden Kongressen für Versorgungsforschung vor. Damit wird die Versorgungsforschung mehr und mehr in den wissenschaftlichen und den öffentlichen Bereich getragen. Eine Förderinitiative ähnlich denen im Bereich Public Health oder der Allgemeinmedizin könnte aber dazu beitragen, eine wissenschaftliche Basis der Versorgungsforschung ähnlich der von „Health Care Research“ in den USA zu entwickeln.

7. Literatur

- Chalkidou C, Lord J, Fischer A, Littlejohns P (2008) Evidence-based Decision-making: when should we wait for more information? *Health Affairs*. 27 (6): 1642-1653.
- Donner-Banzhoff N, Schrappe M, Lelgemann M (2007) Studien zur Versorgungsforschung. Eine Hilfe zur kritischen Rezeption. *Z Arztl Fortbild Qualitätssich* 101 (7):463-471.
- Ernstmann E (2011) Zur Bedeutung der Versorgungsforschung. Ein Überblick. *Urologe* 50:673-677
- Glaeske G, Augustin M, Abholz H et al (2009) Epidemiologische Methoden für die Versorgungsforschung. *Gesundheitswesen* 71(10):685-693
- Glaeske G (2008), Mehr Sicherheit und Gerechtigkeit bei Behandlungsentscheidungen. Kosten-Nutzen-Analysen im Gesundheitssystem unter besonderer Berücksichtigung der Onkologie, in: *Der Onkologe* 7: 660-668.
- Glaeske G, Höffken K, Ludwig WD, Schrappe M, Weißbach L, Wille E (2010) Sicherstellung einer effizienten Arzneimittelversorgung in der Onkologie. Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Bremen. August 2010.
- Pfaff H, Abholz H, Glaeske G, Icks A, Klinkhammer-Schalke M, Nellessen-Martens G, Neugebauer EAM, Ohmann C, Schrappe M, Selbmann HK, Stemmer R. für den Vorstand des Deutschen Netzwerkes Versorgungsforschung (2011) Stellungnahme: Versorgungsforschung: unverzichtbar bei Allokationsentscheidungen. DMW 2011
- Pfaff H, Neugebauer EAM, Glaeske G, Schrappe M (2011) Lehrbuch Versorgungsforschung. Schattauer. Stuttgart.
- Koalitionsvertrag der CDU/ CSU und FDP (2009), www.cducsu.de/upload/koavertrag0509.pdf, zuletzt besucht am 20.1.2012.
- Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band II: Qualitätsentwicklung in Medizin und Pflege. Baden-Baden: Nomos; 2001.
- Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit : Band II Qualitätsentwicklung in Medizin und Pflege. Baden-Baden: Nomos; 2001.
- Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen. Band III: Über-, Unter- und Fehlversorgung III. 1: Grundlagen, Übersichten, Versorgung chronisch Kranker. Nomos: Baden-Baden; 2002.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Gutachten 2007. Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Band I. Baden-Baden: Nomos; 2008.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Gutachten 2007. Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Band II. Baden-Baden: Nomos; 2008

Sachverständigenrat zur Begutachtung des Gesundheitssystems (2009), Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens, www.svr.de, zuletzt besucht am 20.1.2012 (Kurzfassung und Bundestagsdrucksache).

Schrapppe M, Scriba PC (2006) Versorgungsforschung: Innovationstransfer in der Klinischen Forschung. Z ärztl Fortbild Qual Gesundheitswes. 100: 571-580.