



Sachstand

Informationssystem Versorgungsforschung

Informationssystem Versorgungsforschung

Aktenzeichen: WD 9 - 3000 - 023/16
Abschluss der Arbeit: 27. April 2016
Fachbereich: WD 9: Gesundheit, Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Die Wissenschaftlichen Dienste des Deutschen Bundestages unterstützen die Mitglieder des Deutschen Bundestages bei ihrer mandatsbezogenen Tätigkeit. Ihre Arbeiten geben nicht die Auffassung des Deutschen Bundestages, eines seiner Organe oder der Bundestagsverwaltung wieder. Vielmehr liegen sie in der fachlichen Verantwortung der Verfasserinnen und Verfasser sowie der Fachbereichsleitung. Arbeiten der Wissenschaftlichen Dienste geben nur den zum Zeitpunkt der Erstellung des Textes aktuellen Stand wieder und stellen eine individuelle Auftragsarbeit für einen Abgeordneten des Bundestages dar. Die Arbeiten können der Geheimschutzordnung des Bundestages unterliegende, geschützte oder andere nicht zur Veröffentlichung geeignete Informationen enthalten. Eine beabsichtigte Weitergabe oder Veröffentlichung ist vorab dem jeweiligen Fachbereich anzuzeigen und nur mit Angabe der Quelle zulässig. Der Fachbereich berät über die dabei zu berücksichtigenden Fragen.

Inhaltsverzeichnis

1.	Allgemeines zur Versorgungsforschung	4
2.	Informationssystem Versorgungsforschung (Datentransparenz)	5
2.1.	Durchführung des Datenaustausches	5
2.2.	Zugriff auf die im Rahmen des Informationssystems Versorgungsforschung erhobenen Daten	6
2.3.	Datenlimitationen	8
3.	Versorgungsforschung in den USA	8
4.	Literaturverzeichnis	10

1. Allgemeines zur Versorgungsforschung

Im Gesundheitswesen werden viele Daten routinemäßig erhoben und gespeichert. Diese Daten können Informationen zur Gesundheitsplanung und -berichterstattung sowie zur Verbesserung der Versorgungsqualität liefern – eine entsprechende Auswertung der Daten erfolgt im Rahmen der sog. Versorgungsforschung. Dabei werden Strukturen und Prozesse des Gesundheitssystems unter Alltagsbedingungen untersucht, um auf der Basis aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse Entscheidungen über Versorgungsleistungen zu ermöglichen. Gegenstand der Versorgungsforschung können neben der Verordnung von Arznei-, Hilfs- und Heilmitteln u.a. die Qualität der Versorgung mit diagnostischen und therapeutischen Methoden oder der Nutzen und die Risiken des Einsatzes von medizinischen Geräten sein.¹ Der Ausbau der Versorgungsforschung wird durch öffentliche Mittel gefördert.²

Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) hat im Jahr 2014 ein Gutachten veröffentlicht, in dem die Möglichkeiten zur Nutzung pseudonymisierter Daten für die Versorgungsforschung in Deutschland aufgezeigt werden. Gegenstand des Gutachtens mit dem Titel „Daten für die Versorgungsforschung. Zugang und Nutzungsmöglichkeiten“³ ist die derzeitige Nutzung von Routinedaten in der Gesundheitsforschung und deren Anwendungsfelder. In dem Gutachten wird für eine Vielzahl verschiedener Einrichtungen wie Sozialversicherungsträger, amtliche Statistiken und Forschungsdatenzentren, aber auch für die private Krankenversicherung aufgeführt, welche Daten zu welchem Zweck erhoben werden. Die Autoren gehen dabei u.a. jeweils auf die gesetzlichen Grundlagen, die Aktualität der erhobenen Daten sowie die Nutzungsmöglichkeiten ein.⁴

Im Rahmen des Gutachtens wird auch das sog. „Informationssystem Versorgungsforschung“ (Datentransparenz) als eine Datenquelle im Bereich der Versorgungsforschung betrachtet. Die gesetzliche Grundlage für dieses Informationssystem findet sich in den §§ 303a-303e Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V)⁵, die zur Schaffung einer Datenbasis und zur Datennutzung im Jahr 2004

-
1. Vergleiche hierzu z.B. die Informationen des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG), im Internet abrufbar <http://www.bmg.bund.de/glossarbegriffe/v-y/versorgungsforschung.html>.
 2. So gibt es in Deutschland den Aktionsplan Versorgungsforschung, mit dem die Forschung für ein patientenorientiertes Gesundheitswesen gefördert werden soll. Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) (2014).
 3. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (2014).
 4. Das Gutachten enthält außerdem Informationen zu datenschutzrechtlichen Regelungen und zur Analyse und zum Management von Daten. Eine kurze Zusammenfassung des Gutachtens lässt sich u.a. im Internet abrufen unter <http://www.dgou.de/news/news/detailansicht/artikel/dimdi-veroeffentlicht-gutachten-zu-daten-fuer-die-versorgungsforschung.html>.
 5. Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), zuletzt geändert durch Artikel 2 Absatz 12 des Gesetzes vom 17. Februar 2016 (BGBl. I S. 203).

durch das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG)⁶ eingeführt wurden. Zum 1. Januar 2012 wurden die gesetzlichen Regelungen zur Datentransparenz durch das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG)⁷ neu ausgestaltet. Dadurch sollte die Datengrundlage für die Weiterentwicklung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und die Versorgungsforschung verbessert werden.⁸ Die nachfolgenden Ausführungen zur Versorgungsforschung in Deutschland konzentrieren sich ausschließlich auf die Regelungen zur Datentransparenz; Informationen zu weiteren Datenquellen im Bereich der Versorgungsforschung können dem Gutachten des DIMDI entnommen werden.

2. Informationssystem Versorgungsforschung (Datentransparenz)

2.1. Durchführung des Datenaustausches

Nach § 303a Abs.1 S.1 SGB V werden die Aufgaben der Datentransparenz von öffentlichen Stellen des Bundes wahrgenommen; dies ist zum einen die sog. Vertrauensstelle, zum anderen handelt es sich um die sog. Datenaufbereitungsstelle.⁹ Beide Stellen werden vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) mit der Verordnung zur Umsetzung der Vorschriften über die Datentransparenz (Datentransparenzverordnung – DaTraV)¹⁰ bestimmt und mit den Aufgaben der Datentransparenz betraut. In der DaTraV sind darüber hinaus Regelungen zum Datenumfang, zum Datenübermittlungsverfahren sowie zum Verfahren der Pseudonymisierung enthalten (vgl. hierzu § 303a Abs.2 SGB V).

Nach § 2 DaTraV wurde das DIMDI sowohl mit der Wahrnehmung der Aufgaben der Vertrauensstelle (Abs.1) als auch der Datenaufbereitungsstelle (Abs.2) betraut, wobei beide Stellen räumlich, organisatorisch und personell eigenständig zu führen sind. Aufgabe der Vertrauensstelle ist nach § 303c SGB V die Überführung der an sie übermittelten Liste der Pseudonyme in periodenübergreifende Pseudonyme; dies erfolgt im Einvernehmen mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI). Der Datenaufbereitungsstelle obliegt es nach § 303d Abs.1 S.1 SGB V, die vom Bundesversicherungsamt (BVA) und von der Vertrauensstelle übermittelten Daten zur Erstellung von Datengrundlagen für die gesetzlich vorgesehenen Zwecke aufzubereiten und den gesetzlich vorgesehenen Nutzungsberechtigten zur Verfügung zu stellen. Zur Erfüllung dieser Aufgaben hat das DIMDI das Informationssystem Versorgungsdaten (Datentransparenz) eingeführt, das für ausgewählte Datenbereiche (z.B. Diagnosen oder Arzneimittelverordnungen) einen

6 Gesetz vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190), zuletzt geändert durch Artikel 1 Gesetz vom 15. Dezember 2004 (BGBl. I S.3445).

7 Gesetz vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983), zuletzt geändert durch Artikel 8a Gesetz vom 12. April 2012 (BGBl. I S. 579).

8 Vergleiche hierzu AOK Gesundheitslexikon, Stichwort Datentransparenz, abrufbar unter http://www.aok-bv.de/lexikon/d/index_00281.html.

9 Bis zum Ende des Jahres 2011 oblag es nach § 303a Abs. 1 SGB V dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung eine sog. Arbeitsgemeinschaft für Aufgaben der Datentransparenz zu bilden, die wiederum nach § 303a Abs. 2 SGB V die Erfüllung der Aufgaben einer Vertrauens- sowie einer Datenaufbereitungsstelle zu gewährleisten hatte.

10 Datentransparenzverordnung vom 10. September 2012 (BGBl. I S. 1895).

geregelten Zugang zur kassen- und jahresübergreifenden Auswertung von Daten für Forschungs- und Steuerungszwecke ermöglicht.

Datenquelle für das Informationssystem Versorgungsforschung sind die Daten, die zur Berechnung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) von den gesetzlichen Krankenkassen an das BVA geliefert werden; es liegen insofern Daten für die Jahre 2009 bis 2012 vor.¹¹ Das BVA übermittelt diese Daten zur weiteren Nutzung im Informationssystem Versorgungsdaten an das DIMDI. Im Rahmen des Morbi-RSA werden zusätzlich zu den Stammdaten Versorgungsdaten aus dem Arzneimittel-, den ambulanten und stationären Sektoren sowie aus sonstigen Sektoren (z.B. Sachleistungen wie Heil- und Hilfsmittel) erhoben, von denen jedoch lediglich eine Teilmenge zugänglich ist.¹² Zur Wahrung des Datenschutzes arbeitet das DIMDI mit dem BSI zusammen. Damit die einzelnen Versicherten nicht identifizierbar sind, werden die Versicherungsnummern durch Pseudonyme ersetzt. Die Ergebnismengen werden für sich genommen faktisch anonymisiert und Daten nur nach entsprechender Prüfung und Genehmigung zusammgeführt.¹³

2.2. Zugriff auf die im Rahmen des Informationssystems Versorgungsforschung erhobenen Daten

Das Informationssystem Versorgungsforschung wird vom DIMDI auf der Grundlage der vom BVA übermittelten Daten geführt. Das DIMDI ist jedoch nicht die einzige Institution, die Zugriff auf diese Daten hat. Ziel der Versorgungsforschung ist es, datenbasierte Entscheidungen im Bereich der Versorgung zu ermöglichen. An einer Auswertung der zugänglichen Daten hat daher eine Vielzahl an Institutionen aus dem Gesundheitswesen Interesse; allerdings wird nicht für alle interessierten Institutionen der Zugriff auf die im Informationssystem Versorgungsforschung gespeicherten Daten ermöglicht. Vielmehr enthalten die Regelungen zur Datentransparenz Vorgaben zur Datennutzung und damit auch zum Kreis der Nutzungsberechtigten. So dürfen lediglich die in § 303e Abs.1 SGB V benannten Institutionen diese Daten verarbeiten und nutzen:

- der GKV-Spitzenverband (Nr. 1),
- die Bundes- und Landesverbände der Krankenkassen (Nr. 2),
- die Krankenkassen (Nr. 3),
- die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und die Kassenärztlichen Vereinigungen (Nr. 4),
- die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisationen der Leistungserbringer auf Bundesebene (Nr. 5),
- die Institutionen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes und der Länder (Nr. 6),
- die Institutionen der Gesundheitsversorgungsforschung (Nr. 7),

11 Vergleiche hierzu Informationen des DIMDI zum Informationssystem Versorgungsforschung, im Internet abrufbar unter <http://www.dimdi.de/static/de/versorgungsdaten/index.htm>.

12 Eine Übersicht über die in den einzelnen Sektoren erhobenen Versorgungsdaten einschließlich der Kennzeichnung der jeweils zugänglichen Daten findet sich bei DIMDI (2015) sowie DIMDI (2014), S. 80f.. Ausführlichere Informationen zum Morbi-RSA finden sich bei BVA (2008).

13 DIMDI (2015).

-
- die Hochschulen und sonstigen Einrichtungen mit der Aufgabe unabhängiger wissenschaftlicher Forschung, sofern die Daten wissenschaftlichen Vorhaben dienen (Nr. 8),
 - der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) (Nr. 9),
 - das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) (Nr. 10),
 - das Institut des Bewertungsausschusses (Nr. 11),
 - der oder die Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten (Patientenbeauftragter) (Nr. 12),
 - die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene (Nr. 13),
 - das Institut nach § 137a (Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen – IQTIG) (Nr. 14),
 - das Institut nach § 17b Absatz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (DRG-Institut) (Nr. 15),
 - die für die gesetzliche Krankenversicherung zuständigen obersten Bundes- und Landesbehörden sowie deren jeweilige nachgeordnete Bereiche und die übrigen obersten Bundesbehörden (Nr. 16),
 - die Bundesärztekammer (BÄK), die Bundeszahnärztekammer (BZÄK), die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) und die Bundesapothekerkammer (BAK) (Nr. 17) sowie
 - die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) (Nr. 18).

Die Verarbeitung und Nutzung der im Informationssystem Versorgungsforschung gespeicherten Daten besteht jedoch nach § 303e Abs.1 SGB V auch für die genannten Institutionen nur dann, soweit dies für die Erfüllung ihrer Aufgaben erforderlich ist. Nach § 303e Abs.2 SGB V können die Nutzungsberechtigten die Daten für die folgenden Zwecke verarbeiten und nutzen:

- zur Wahrnehmung von Steuerungsaufgaben durch die Kollektivvertragspartner (Nr. 1),
- zur Verbesserung der Qualität der Versorgung (Nr. 2),
- zur Planung von Leistungsressourcen (zum Beispiel Krankenhausplanung) (Nr. 3),
- für Längsschnittanalysen über längere Zeiträume, Analysen von Behandlungsabläufen, Analysen des Versorgungsgeschehens zum Erkennen von Fehlentwicklungen und von Ansatzpunkten für Reformen (Über-, Unter- und Fehlversorgung) (Nr. 4),
- zur Unterstützung politischer Entscheidungsprozesse zur Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung sowie
- zur Analyse und Entwicklung von sektorenübergreifenden Versorgungsformen sowie von Einzelverträgen der Krankenkassen.

Bei Anfragen zur Verarbeitung und Nutzung der gespeicherten Daten prüft die Datenaufbereitungsstelle nach § 303e Abs.3 SGB V i.V.m. § 5 Abs.3 DaTraV, ob es sich bei dem Antragsteller um einen Nutzungsberechtigten handelt und ob der Zweck zur Verarbeitung und Nutzung der Daten dem vorgenannten Katalog entspricht. Darüber hinaus wird geprüft, ob der Umfang und die Struktur der Daten für diesen Zweck ausreichend und erforderlich sind. Ist dies der Fall, werden die Daten nach § 5 Abs.4 DaTraV grundsätzlich anonymisiert und zusammengefasst im erforderlichen Umfang zur Verfügung gestellt. Gemäß § 5 Abs.5 DaTraV erfolgt ausnahmsweise die Bereitstellung als Einzeldatensätze pseudonymisiert, wenn der angegebene und nach § 303e Abs.2 SGB V zulässige Nutzungszweck nicht durch die Verarbeitung von anonymisierten Daten

erreicht werden kann. Bei einer solchen Bereitstellung ist zu gewährleisten, dass die betroffenen Versicherten nicht wieder identifiziert werden können. Eine krankenkassenbezogene Auswertung ist nach § 5 Abs.6 DaTraV nur mit Einwilligung der jeweiligen Krankenkasse zulässig; diese ist vom Nutzungsberechtigten mit seinem Antrag vorzulegen. Auch ist auszuschließen, dass durch krankenkassenbezogene Auswertungen in Kombination mit weiteren Auswertungen Erkenntnisse über Krankenkassen, die keine Einwilligung zu einer Auswertung gegeben haben, gewonnen werden können.

Das Informationssystem Versorgungsforschung wird grundsätzlich von den gesetzlichen Krankenkassen finanziert. Allerdings müssen die einzelnen Nutzer für die Nutzung des Informationssystems Gebühren entrichten, deren Höhe sich nach der Verordnung zur Erhebung von Gebühren und Auslagen für die Bereitstellung von Daten nach den Regelungen der Datentransparenzverordnung (Datentransparenz-Gebührenverordnung – DaTraGebV)¹⁴ richtet.

2.3. Datenlimitationen

Im Informationssystem Versorgungsforschung wird – wie bereits dargestellt – eine Vielzahl an Versorgungsdaten gespeichert, deren Auswertung Informationen zur Versorgungslage für den überwiegenden Teil der deutschen Bevölkerung liefert. Allerdings gibt es Datenlimitationen, die in einigen Bereichen eine Auswertung verhindern.¹⁵ So enthält der im Informationssystem Versorgungsforschung vorgehaltene Datensatz nicht unbedingt alle für eine Auswertung notwendigen Daten. Für eine vollständige Übermittlung der im Rahmen des Morbi-RSA erhobenen Daten eines Jahres ist es zudem erforderlich, dass auch im Folgejahr eine Versicherung in der GKV besteht. Wenn der Versicherte im Folgejahr verstirbt, erfolgt daher keine vollständige Datenübermittlung. Bei der Übermittlung der vorliegenden Daten besteht ohnehin ein Zeitverzug von vier Jahren. Zur Verbesserung der im Rahmen des Informationssystems Versorgungsforschung gewonnenen Datengrundlage ist eine Anpassung der DaTraV geplant.¹⁶

3. Versorgungsforschung in den USA

Auch in den USA existieren gesetzliche Regelungen zum Umgang mit Patientendaten. Die wesentlichen Regelungen wurden im Jahr 1996 durch den Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) eingeführt und sind seitdem als sog. Privacy Rule Bestandteil des Code of Federal Regulations (CFR). Die darin enthaltenen Regelungen beziehen sich auf die Nutzung und Weitergabe von geschützten Patientendaten (sog. protected health information – PHI). Nach dem

14 Datentransparenz-Gebührenverordnung vom 30. April 2014 (BGBl. I S. 458).

15 Vgl. hierzu DIMDI (2014), S. 81- 83.

16 Vergleiche hierzu DIMDI (2015).

Gesetzestext¹⁷ gehören dazu sämtliche gespeicherten oder übermittelten Gesundheitsinformationen, die dem einzelnen Patienten zugeordnet werden können (individually identifiable)¹⁸. Zu den Gesundheitsinformationen allgemein gehören dabei zum einen sämtliche Informationen zum vergangenen, gegenwärtigen oder zukünftigen physischen oder mentalen Gesundheitszustand eines Patienten. Zum anderen gehören hierzu Informationen im Zusammenhang mit der Abrechnung vergangener, gegenwärtiger oder zukünftiger Gesundheitskosten.

Die gesetzlichen Regelungen zum Schutz von Gesundheitsdaten gelten für die Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen, also etwa für Krankenhäuser, Krankenversicherungsunternehmen und Abrechnungsstellen im Gesundheitswesen.¹⁹ Die vom Gesetz erfassten Institutionen dürfen demnach²⁰ grundsätzlich keine geschützten Gesundheitsdaten nutzen oder weitergeben, es sei denn, deren Verwendung und Weitergabe sei gesetzlich vorgesehen oder (unter bestimmten Voraussetzungen) erlaubt. So gilt das Verbot der Datennutzung bzw. -weitergabe weder im Kontakt der jeweiligen Institution mit dem Patienten noch im Zusammenhang mit der Erbringung oder der Abrechnung von Gesundheitsleistungen. Daneben existieren verschiedene weitere Sachverhalte, in denen das CFR die Nutzung oder Weitergabe der geschützten Gesundheitsdaten erlaubt. Hierfür ist²¹ jedoch grundsätzlich eine schriftliche Zustimmung des Patienten erforderlich. Nur in bestimmten Fällen ist eine Verwendung bzw. Weitergabe der Daten jedoch auch ohne schriftliche Zustimmung möglich:²² So können geschützte Patientendaten ohne Zustimmung des jeweiligen Patienten genutzt und weitergegeben werden, wenn die Nutzung bzw. Weitergabe im Rahmen von Maßnahmen im öffentlichen Gesundheitswesen (public health activities) sowie im Hinblick auf die Aufsicht über das Gesundheitswesen (health oversight activities) stattfinden. Aber auch zu Forschungszwecken (research purposes) können Daten unter bestimmten Voraussetzungen ohne vorherige Zustimmung der Patienten genutzt und weitergegeben werden. Werden geschützte Gesundheitsdaten verwendet oder weitergegeben, ist von den Beteiligten generell sicherzustellen, dass nur das erforderliche Mindestmaß an Informationen genutzt wird.²³

-
- 17 Title 45 Subtitle A Subchapter C Part 160 CFR (45 CFR 160.103). Dieser Teil des CFR enthält eine Vielzahl an Begriffsdefinitionen, die u.a. im Hinblick auf die Nutzung und Weitergabe von Gesundheitsdaten von Bedeutung sind, und kann im Internet abgerufen werden unter <https://www.law.cornell.edu/cfr/text/45/part-160>.
- 18 Daten, die keinen Rückschluss auf den Patienten zulassen, fallen somit nicht unter die Bestimmungen des CFR und können ohne die darin festgelegten Beschränkungen genutzt und weitergegeben werden.
- 19 Die Regelungen gelten auch für sog. business associates, d.h. für Personen oder Institutionen, die vertraglich mit den vorgenannten Institutionen im Zuge der Nutzung oder Weitergabe von Patientendaten in irgendeiner Form zusammen arbeiten. Hierzu zählen unter anderem Systeme zum Austausch von Gesundheitsinformationen (Health Information Exchange – HIE), die häufig zur Vernetzung verschiedener Akteure im Gesundheitswesen gebildet werden.
- 20 Title 45 Subtitle A Subchapter C Part 164 CFR45 (CFR 164.502). Dieser Teil des CFR enthält die Regelungen zum Umgang mit (geschützten) Gesundheitsdaten und kann im Internet abgerufen werden unter <https://www.law.cornell.edu/cfr/text/45/part-164/subpart-C>.
- 21 Gemäß 45 CFR 164.508(a).
- 22 Vergleiche hierzu 45 CFR 164.510.
- 23 Gemäß 45 CFR 164.502 (b).

Anders als in Deutschland gibt es kein einheitliches staatliches Informationssystem zum Austausch von Gesundheitsdaten. Allerdings wird der Austausch von Gesundheitsdaten zwischen den Akteuren im Gesundheitswesen durch verschiedene gesetzgeberische aber auch finanzielle Maßnahmen gefördert.²⁴

4. Literaturverzeichnis

Angewandte Versorgungsforschung. Studienheft der Apollon Hochschule für Gesundheitswirtschaft, im Internet abrufbar unter https://www.apollon-hochschule.de/fileadmin/user_upload/MaHM/Probelektion_Health_Management_MaHM.pdf.

Bundesministerium für Bildung und Forschung(2014), Aktionsplan Versorgungsforschung – Forschung für ein patientenorientiertes Gesundheitswesen, im Internet abrufbar unter https://www.bmbf.de/pub/Aktionsplan_Versorgungsforschung.pdf.

Bundesversicherungsamt (2008), So funktioniert der neue Risikostrukturausgleich im Gesundheitsfonds, im Internet abrufbar unter http://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/Wie_funktioniert_Morbi_RSA.pdf.

Busse, Reinhard (2015), Versorgungsforschungsförderung & Innovationsfonds international. Erfahrungen zur Realisierung und Sicherung von Qualität, Transparenz und Nachhaltigkeit, PowerPoint-Präsentation, im Internet abrufbar unter https://www.mig.tu-berlin.de/fileadmin/a38331600/2015.lectures/Berlin_2015.05.18.rb_Innovationsfonds.pdf

Deutsche Forschungsgemeinschaft (2010), Versorgungsforschung in Deutschland: Stand – Perspektiven – Förderung, Stellungnahme, im Internet abrufbar unter http://www.dfg.de/download/pdf/dfg_im_profil/reden_stellungnahmen/2010/stellungnahme_versorgungsforschung.pdf.

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (Hg.) (2015), Basisinformation – Informationssystem Versorgungsdaten, im Internet abrufbar unter <http://www.dimdi.de/static/de/versorgungsdaten/dokumente/basisinfo-versorgungsdaten.pdf>.

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (Hg.) (2014), Daten für die Versorgungsforschung. Zugang und Nutzungsmöglichkeiten, im Internet abrufbar unter <https://www.dimdi.de/static/de/versorgungsdaten/wissenswertes/datengutachten/dimdi-sekundaerdaten-expertise.pdf>.

Fischer, Franz-Josef (u.a.) (2016), Pay for performance: Erfahrungen mit der Bewertung medizinischer Leistungsqualität aus den USA, in: Das Krankenhaus: Zentralblatt für das deutsche Krankenhauswesen 108/3 (2016), S. 186 – 189, im Internet abrufbar unter <http://www.daskrankenhaus-online.de/webapp.jsf>.

24 Vergleiche hierzu Groves, Peter (u.a.) (2013), S. 5.

Groves, Peter (u.a.) (2013), The ‚big data‘ revolution in healthcare – Accelerating value and innovation, Center for US Health System Reform Business Technology Office, Januar 2013, im Internet abrufbar unter http://www.pharmatalents.es/assets/files/Big_Data_Revolution.pdf.

Pfaff, H./ Pförtner, T.-K. (2016), Der Beitrag der Versorgungsforschung zur Chancengerechtigkeit in der Gesundheit und in der Versorgung, in: Das Gesundheitswesen, im Internet abrufbar unter <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/html/10.1055/s-0041-111300>.

Pfaff (u.a.) (2011), Lehrbuch Versorgungsforschung – Systematik – Methodik – Anwendung, Schattauer, in Auszügen im Internet abrufbar unter https://books.google.de/books?id=2r_oInfhWsYC&printsec=frontcover&hl=de%20-%20v=one-page&q&f=false#v=onepage&q&f=false.

Pieloth, Kathrin (u.a.) (2015), Versorgungsforschung: Wer leistet welchen Beitrag? Schlaglichter zum Stellenwert der Versorgungsforschung in Deutschland, in: Monitor Versorgungsforschung 01/2015, S. 10-11, im Internet abrufbar unter, http://www.insight-health.de/sites/insight-health.de/files/downloads/ih_beaetraege-zur-versorgungsforschung_mv-01-2015.pdf

Ende der Bearbeitung