

DNVF-Memorandum III – Methoden für die Versorgungsforschung, Teil 4 – Konzept und Methoden der organisationsbezogenen Versorgungsforschung

Kapitel 1 – Definition und Konzept der organisationsbezogenen
Versorgungsforschung

DNVF-Memorandum III – Methods For Health Services Research, Part 4 – Concept and Methods For Organizational Health Services Research

Chapter 1– Definition and Concept of Organizational Health Services
Research



Autoren

Lena Ansmann^{1, 2}, Walter Baumann³, Johannes Gostomzyk⁴, Katja Götz⁵, Ursula Hahn^{6, 7},
Holger Pfaff², Lars Rölker-Denker¹, Stefan Nöst^{8, 9}

Institute

- 1 Department für Versorgungsforschung, Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, Oldenburg
- 2 Humanwissenschaftliche Fakultät und Medizinische Fakultät, Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaften, Universität zu Köln, Köln
- 3 Wissenschaftliches Institut der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen (WINHO GmbH), Köln
- 4 Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention e. V., Mannheim
- 5 Institut für Allgemeinmedizin, Campus Lübeck, Universitätsklinikum Schleswig Holstein, Lübeck
- 6 Fakultät für Gesundheit der Universität Witten/Herdecke, Institut für Medizinische Biometrie und Epidemiologie, Witten
- 7 OcuNet GmbH & Co KG, Geschäftsführung, Düsseldorf
- 8 Duale Hochschule Baden-Württemberg, Studienfachbereich Gesundheit, Angewandte Gesundheits- und Pflegewissenschaften, Stuttgart
- 9 Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Heidelberg, Heidelberg

Schlüsselwörter

Organisationsbezogene Versorgungsforschung, Theorie, Organisationsforschung, Versorgungsorganisation, Memorandum

Key words

organizational health services research, theory, organizational research, healthcare organization, memorandum

Bibliografie

DOI <https://doi.org/10.1055/a-0862-0527>

Gesundheitswesen 2019; 81: e64–e71

© Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York

ISSN 0941-3790

Korrespondenzadresse

Prof. Lena Ansmann

Department für Versorgungsforschung

Abteilung Organisationsbezogene Versorgungsforschung

Carl von Ossietzky Universität Oldenburg

Ammerländer Heerstraße 140

26129 Oldenburg

lena.ansmann@uni-oldenburg.de

ZUSAMMENFASSUNG

Das Forschungsfeld der organisationsbezogenen Versorgungsforschung ist in Deutschland noch relativ jung und von zunehmendem Interesse. Das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung e.V. (DNVF e.V.) hat im Jahr 2009 – getragen von den im DNVF organisierten Fachgesellschaften und Mitgliedern – eine Vertiefung zu „Methoden der organisationsbezogenen Versorgungsforschung“ des Memorandums III, Teil 1 konsentiert [1]. Ausgehend von dieser Veröffentlichung und dem gegenwärtigen Bedeutungsgewinn des Forschungsfeldes wurde eine Weiterentwicklung der konzeptionellen und methodischen Grundlagen erforderlich. Die Neuauflage und Erweiterung der Veröffentlichung aus dem Jahr 2009 gliedert sich in drei Kapitel: (1) Definition und Konzept der organisationsbezogenen Versorgungsforschung, (2) Methodische Ansätze der organisationsbezogenen Versorgungsforschung: Zielgrößen, Datenquellen, Datenerhebung und Datenanalyse, (3) Methodische Ansätze zur Konzeption, Evaluation und Implementierung komplexer Interventionen in Versorgungsorganisationen. Die Herausarbeitung der theoretischen Rahmung und die Definition der Begriffe und Aufgaben der organisationsbezogenen Versorgungsforschung sind Ziele dieses ersten Kapitels.

ABSTRACT

Organizational health services research is still a relatively young field of research in Germany which is of increasing interest. The German Network Health Services Research e.V. (DNVF e.V.) published in 2009 – supported by expert associations and individual members of the DNVF – a guide on “Methods for organizational health services research” of the Memorandum III, part 1 [1]. Originating from this publication and facilitated by the increasing relevance of the field, a necessity to refine the conceptual and methodological basis became evident. The update and extension of the publication from 2009 consists of three chapters: (1) Definition and concept of organizational health services research, (2) Methodological approaches in organizational health services research: indicators, data sources, data collection and data analysis, (3) Methodological approaches for the design, evaluation and implementation of complex interventions in health care organizations. The aim of the first chapter is to present the theoretical framing and the definition of terms and tasks within organizational health services research.

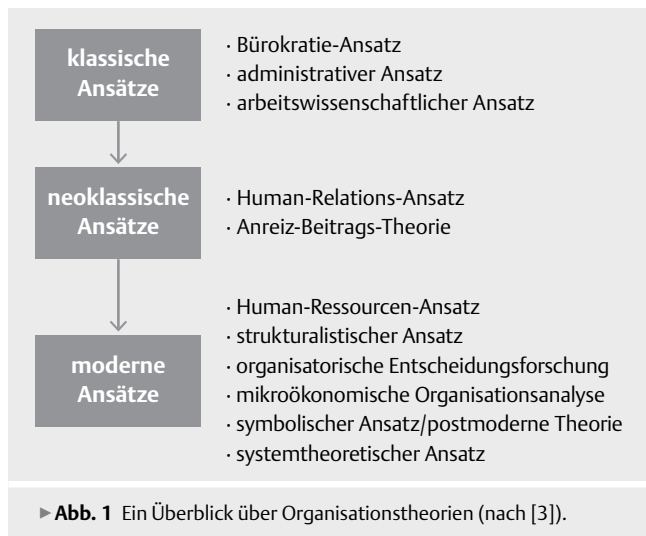
Theoretische Rahmung der organisationsbezogenen Versorgungsforschung

Patienten¹ versorgende Organisationen bilden das „Grundgerüst“ der gesundheitlichen Versorgung und sind stark ausdifferenziert. In ihnen wird Versorgung von der Prävention bis zur Palliativversorgung geleistet und sie sind von der Einzelpraxis bis zum komplexen Klinikum unterschiedlich organisiert. Organisationen entscheiden wesentlich darüber, welche Versorgungsangebote auf welcher Weise bei Versorgungsbedürftigen ankommen [1]. Die Beschäftigung mit diesen Organisationen stellt daher eine Kernaufgabe der gesundheitsbezogenen Versorgungsforschung dar. Zur Bewältigung dieser Aufgabe kann die Versorgungsforschung auf bereits etablierte Theorien und Konzepte der Organisationsforschung sowie auf ökonomische und sozialwissenschaftliche Methoden zurückgreifen und diese auf die Versorgungsforschung anpassen. Im DNVF-Memorandum IV [2] rufen die Autoren zu einer stärkeren theoretischen Fundierung der Versorgungsforschung auf. „Theorie ist die Voraussetzung für den wissenschaftlichen Blick der empirischen Forschung. Empirische Daten erhalten ihre Relevanz [...] über Theorie“ [2]. Von daher erscheint es für die organisationsbezogene Versorgungsforschung notwendig, sich mit dem Kanon der Organisationstheorien zu beschäftigen. Eine strukturierte und fundierte theoretische Rahmung ist letztendlich auch für die Formulierung von Forschungsfragen innerhalb der organisationsbezogenen Versorgungsforschung und ggf. für die Wahl der empirischen Methoden bedeutsam.

Bereits zu Beginn des 20. Jahrhunderts haben sich viele Disziplinen mit dem Thema der Organisationen theoretisch auseinandergesetzt, v. a. die Soziologie, Psychologie, Betriebswirtschaftslehre und Verwaltungswissenschaft [3]. Hervorgegangen sind vielfältige organisationstheoretische Strömungen, die aus unterschiedlichen Sichtweisen und mit unterschiedlichen Schwerpunkten Organisationen und deren Funktionsweisen betrachten. Die Heterogenität der Ansätze ist nicht als „Unreife“ zu deuten [4], sondern spiegelt die Komplexität und Interpretationsbedürftigkeit des Forschungsgegenstandes wider. Der Organisationsbegriff ist demnach abhängig vom Forschungskontext und der Forschungsfragestellung zu definieren. So ist nicht verwunderlich, dass zahlreiche Definitionen von Organisation erstellt wurden, die hier nicht allesamt darstellbar sind. Grundlegend kann jedoch zwischen einem instrumentellen und einem institutionellen Organisationsbegriff unterschieden werden [5].

Der instrumentelle Organisationsbegriff bezieht sich auf das Ergebnis des Prozesses des Organisierens, nämlich die entstandene Struktur einer Organisation. Der instrumentelle Organisationsbegriff versteht Organisation als Regelwerk und Instrument zur Erreichung der Ziele einer Organisation und will damit beantworten, wie eine Organisation idealerweise organisiert sein sollte. Die unter dem instrumentellen Organisationsbegriff inkludierten Regelwerke stellen nur einen Aspekt der Organisation dar [6]. Weiter geht der institutionelle Organisationsbegriff, welcher eine Organisation als System begreift, z. B. Krankenhaus, Gewerkschaft, Schule, Unternehmen [7]. Organisation wird dann über Organisationsmitglieder, -spielregeln, -hierarchien, -grenzen und -zwecke definiert [6]. Zur Festlegung, ob eine Gruppe oder ein System eine Organisation ist oder nicht, werden klassischerweise 3 zentrale Elemente herangezogen: Zweckorientierung, Aufgabenteilung und beständige

1 Obwohl aus Gründen der besseren Lesbarkeit im Text die männliche Form gewählt wurde, beziehen sich alle Angaben auf alle Geschlechter.



Grenzen [7]. Während eine Arztpraxis die 3 Elemente einer Organisation erfüllt, trifft dies bspw. für eine Warteschlange in der Apotheke nicht zu – v. a. aufgrund der beliebigen und wechselnden Grenzziehung zwischen Mitgliedern und Nicht-Mitgliedern der Warteschlange.

Das Handeln von Organisationen ist in einen größeren Kontext eingebettet. Typischerweise werden Organisationen in der Soziologie – ähnlich wie z. B. Gruppen – auf der Mesoebene gesellschaftlichen Handelns verortet und haben zahlreiche Berührungspunkte und Wechselbeziehungen mit der Mikro- und Makroebene. Die Mikroebene bezieht sich auf individuelle Akteure und deren Interaktion und Handeln, z. B. Arzt-Patient-Interaktion. Die Makroebene bezeichnet die Ebene der Gesellschaft, des Kollektivs oder Systems, z. B. Gesundheitssystem und dessen Selbstverwaltung, und beschreibt damit die äußere Rahmung von Organisationen [8] (siehe dazu Abschnitt „Das Mikro-Meso-Makro Konzept“). Um das Handeln von Organisationen sowie deren Zweck, Entstehen, Bestehen und Funktionsweise zu verstehen und zu erklären, können verschiedenste Organisationstheorien zu Hilfe genommen werden, die unterschiedlichen Disziplinen, z. B. der Soziologie oder Ökonomie, entstammen. Dieser Text liefert nachfolgend eine Orientierung, welche organisationstheoretischen Ansätze existieren (► **Abb. 1**). Historisch lassen sich 3 Entwicklungen unterscheiden: klassische Ansätze, neoklassische Ansätze und moderne Ansätze. Während die klassischen und neoklassischen Ansätze noch annähernd in sich geschlossene Denkansätze bieten, sind die modernen Ansätze vielmehr ein Sammelbecken für unterschiedliche Theorien, die nach dem zweiten Weltkrieg entwickelt wurden. Einführende Literatur, die die Ansätze sehr gut zusammenfasst, ist verfügbar [3, 7, 9, 10].

Gegenstand der organisationsbezogenen Versorgungsforschung:

Die Versorgungsorganisation

Unter Versorgungsorganisationen verstehen wir Organisationen, die personenbezogene Dienstleistungen in der Interaktion mit Patienten² erbringen, mit dem Ziel der Prävention, Kuration, Rehabilitation oder Palliation und Pflege. Konstitutiver Kern von Versorgungsorganisationen ist somit die professionelle Interaktion mit

konkreten Personen wie Patienten oder Angehörigen. Beispiele für Versorgungsorganisationen sind Krankenhäuser, Arztpraxen, Rehabilitationskliniken und ambulante Pflegedienste, aber auch Beratungsstellen zu Themen wie Behinderung. Die Professionals im Kernbereich von Versorgungsorganisationen sind vorwiegend für die Patientenversorgung ausgebildet [11]³. Andererseits können sich um den Kernbereich herum zahlreiche andere Funktionsträger gruppieren, um die Prozesse in der Organisation zu unterstützen, wie z. B. Verwaltungskräfte. Die Heterogenität von Versorgungsorganisationen ist zudem groß: angefangen bei kleinen Einzelpraxen als Kleinstorganisationen, bei denen die Trennung von Person und Organisation manchmal nur rudimentär ist, bis hin zu Universitätskliniken mit einer hohen Differenzierung in verschiedene Kliniken, Abteilungen und Teams. Zudem unterliegen Versorgungsformen im deutschen Gesundheitswesen einer Dynamik, die neue Versorgungsorganisationen wie z. B. Medizinische Versorgungszentren entstehen lässt. Für eine Charakterisierung von Versorgungsorganisationen entlang verschiedener Dimensionen sei auf einen Beitrag von Schrappe und Pfaff (2017) verwiesen [13].

Versorgungsorganisationen weisen einige Besonderheiten auf [14]. In Organisationen im Sinne des institutionellen Organisationsbegriffs wird typischerweise über den Eintritt und Austritt von Mitgliedern entschieden. Organisationen schaffen Grenzen, innerhalb derer sich die Mitglieder an Regeln halten müssen. Bei Verstoß droht ihnen das Verlassen der Organisation [6]. Die Grenzen von Versorgungsorganisationen zu definieren ist hingegen nicht trivial. Unstrittig ist, dass die Kernbelegschaft eines Krankenhauses zur Organisation Krankenhaus gehört. In der Regel sind dies die Mitarbeitenden der Organisation. In Organisationen mit Zeit- und Leiharbeit muss die Kernbelegschaft allerdings stetig neu definiert werden. Verbunden mit der Professionalisierung medizinischer, pflegerischer und therapeutischer Berufe sind Versorgungsorganisationen in besonderem Maße von Angehörigen spezifischer beruflicher Qualifikationen geprägt und müssen umgekehrt als ein Instrument ihrer professionellen Kompetenzausübung angesehen werden. Patienten unterliegen den Regeln der Organisation, sie sind gleichzeitig jedoch Koproduzenten der Versorgungsleistung dadurch, dass sie z. B. bei der Wahl einer Behandlungsoption mitentscheiden oder der Behandlungserfolg von der Therapieadhärenz der Patienten abhängt. Nur selten folgt einer mangelnden Regeltreue auf Seiten des Patienten ein erzwungener Austritt aus der Organisation. Patienten werden einem Aufnahme- und Entlassungsprozess unterworfen, der die spezifische temporäre Organisationsmitgliedschaft konstituiert. So werden ihnen beim Eintritt in die Organisation oder z. T. bereits im Vorfeld die dortigen Regeln formell oder informell mitgeteilt. Zudem geht der Patient einen „Behandlungsvertrag“ ein. Patienten kann allerdings die Aufnahme in eine Versorgungsorganisation verwehrt werden, wenn bspw. die verlangte Versorgungsleistung außerhalb des Fachgebietes der

2 Da wir in diesem Text neben der medizinisch-pflegerischen Patientenversorgung auch die rehabilitative und präventive Versorgung einschließen, meinen wir mit Patienten im Folgenden ebenfalls Rehabilitanden und gesunde Bürger, die im Gesundheitswesen versorgt werden.

3 Weitere wichtige an der gesundheitlichen Versorgung Beteiligte sind in Selbsthilfeorganisationen organisierte Personen, die durch ihre eigenen Krankheitserfahrungen in der Regel ein hohes Expertenwissen besitzen [12].

Organisation liegt, der Patient keinen Notfall darstellt oder die Organisation bereits überlastet ist. Am Beispiel der Diskussion um die Organisationsmitgliedschaft von Patienten wird deutlich, dass Organisationsgrenzen aufweichen können [15].

Aufgaben der organisationsbezogenen Versorgungsforschung

Während der traditionelle Ansatz der Versorgungsforschung die Probleme in den Blick nimmt, die bei der Umsetzung von einzelnen Behandlungsansätzen unter Alltagbedingungen entstehen (efficacy-effectiveness-gap), stellen aktuellere Definitionsversuche und Konzepte der Versorgungsforschung komplexe Interventionen auf Organisations- sowie Systemebene in den Vordergrund [16] und weisen dadurch die Komplexität selbst als Forschungsperspektive aus. Es bietet sich daher an, in der organisationsbezogenen Versorgungsforschung Ansätze der Complexity Science anzuwenden, in der Versorgungsorganisationen als komplexe und adaptive Systeme betrachtet werden [17, 18]. Diese Ansätze helfen zu verstehen, wieso Versorgungsorganisationen oft unvorhersehbar und nicht-linear auf Veränderungsmaßnahmen reagieren. In den Ansätzen der Complexity Science geht es also darum, die nicht-linearen und interaktiven Veränderungen der Organisationen zu beschreiben, die unter Umständen nicht-vorhersehbare Ergebnisse hervorbringen [19]. Die organisationsbezogene Versorgungsforschung erklärt die organisationalen Bedingungen – als intermediäre Zielgrößen der Patientenversorgung – zum Forschungsgegenstand und beschreibt Zusammenhänge zwischen dem personen-, organisations- oder gesellschaftsbezogenen Outcome und den Kontextfaktoren auf Ebene der Organisation. Diese konzeptionelle Ausrichtung ist eng verknüpft mit der Entwicklung der Versorgungsforschung hin zur Improvement Science, die sich damit beschäftigt, wie und unter welchen Kontextbedingungen Verbesserungen und Veränderungen in der Versorgung am effektivsten funktionieren [20].

Wir schlagen folgende Definition der organisationsbezogenen Versorgungsforschung vor: Die organisationsbezogene Versorgungsforschung befasst sich mit

- (1) den Rahmenbedingungen, unter denen Versorgungsorganisationen agieren und deren Wechselwirkungen auf Individuums- und Organisationsebene,
- (2) den Strukturen, Prozessen und Kulturen von Versorgungsorganisationen,
- (3) den Interaktionen innerhalb und zwischen Versorgungsorganisationen und
- (4) den Auswirkungen dieser Faktoren auf das Ergebnis und die Organisation gesundheitlicher Versorgung.

Aus unserer Sicht besitzen die im Memorandum aus 2009 formulierten Aufgaben der organisationsbezogenen Versorgungsforschung weiterhin ihre Gültigkeit [14, 21]. Die Aufgaben der organisationsbezogenen Versorgungsforschung bestehen darin,

- die jeweiligen personellen, sozialen, materiellen Strukturen und Prozesse in den Versorgungsorganisationen zu beschreiben und zu erklären,
- deren Auswirkungen auf Inanspruchnahme, Qualität und Kosten der Kranken- und Gesundheitsversorgung zu untersuchen,

- Konzepte zur Optimierung der Versorgungsorganisationen (Organisations- und Versorgungsinnovationen) empirie- und theorieorientiert zu entwickeln,
- die Implementierung von Organisations- und Versorgungsinnovationen begleitend zu erforschen und die Qualität der Implementierungstechniken zu überprüfen,
- die Wirkung der Organisations- und Versorgungsinnovationen und der Implementierungstechniken auf personen-, organisations- und gesellschaftsbezogene Parameter (z. B. Mortalität, Lebensqualität, organisationale Effektivität und Effizienz, soziale Gerechtigkeit, Kosten-Nutzwert) zu erfassen und
- die Implementierungs- und Programmqualität sowie die Organisations- und Versorgungsinnovationen langfristig weiterzuentwickeln und zu optimieren.

Wechselbeziehungen

Versorgungsorganisationen unterliegen wie Organisationen in vielen anderen Bereichen auch der Notwendigkeit sich weiterzuentwickeln. Diese Notwendigkeit wird durch Dynamiken unterschiedlicher Herkunft geschaffen, die auf Versorgungsorganisationen im Gesundheitssystem einwirken. Die Dynamiken, die Versorgungsorganisationen vor vielfältige Herausforderungen stellen, werden im Folgenden mittels des Mikro-Meso-Makro Modells und anhand von Beispielen beschrieben. So stehen Versorgungsorganisationen in Wechselwirkung mit Entwicklungen in der äußeren Umgebung (Makroebene). Andererseits agieren sie im Zusammenspiel mit anderen Organisationen (Mesoebene) und interagieren mit den Individuen, die an der Versorgung in den Organisationen beteiligt sind (Mikroebene) [22].

Auf der Makroebene wirken politisch-rechtliche, ökonomische, soziale und medizinisch-technische bzw. wissenschaftliche Dynamiken auf Versorgungsorganisationen ein. Politisch-rechtliche Einflussfaktoren beinhalten die Gesetzgebung des Bundes und der Länder sowie die nicht zu unterschätzenden untergesetzlichen Regelungen der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen. Gesetzliche und untergesetzliche Regelungen betreffen die Organisationsform, die Zulassung von Versorgungsorganisationen (z. B. Einführung von Medizinischen Versorgungszentren in 2003), den Versorgungsumfang, die Finanzierungen, die Dokumentation und Qualitätssicherung und die Versorgungsgestaltung (z. B. unterschiedliche Formen der geriatrischen und palliativmedizinischen Versorgung in einzelnen Bundesländern [23]). Ökonomische Einflussfaktoren auf Versorgungsorganisationen sind nicht von politisch-rechtlichen Einflussfaktoren trennbar. Aber auch Umweltfaktoren der Organisation können ökonomischer Natur sein und die Versorgungsorganisation beeinflussen. Dazu gehören bspw. die Kaufkraft, der Anteil Privatversicherter einer Region, die Marktentwicklung – mit Folgen für die Organisation bei bspw. der Privatisierung der Trägerschaft von Versorgungsorganisationen – oder der Wandel in der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen. Ein weiterer Umweltfaktor ist die Verfügbarkeit und Qualifizierung von Professionals (z. B. Mangel an Pflegefachkräften, Mangel an niedergelassenen Ärzten in ländlichen Regionen). Darüber hinaus liegen Einflüsse auf Versorgungsorganisationen in der demografischen Entwicklung (z. B. zunehmende Nachfrage nach geriatrischer Versorgung) und der Bevölkerungsentwicklung begründet [24] (z. B. Bevölkerungs-

schwund in ländlichen Gebieten bei gleichzeitig abnehmendem Versorgungsangebot in der Fläche). Der medizinisch-technische und wissenschaftliche Fortschritt führt fortwährend zu Veränderungen in Therapie und Diagnostik sowie in den Behandlungsprozessen, aber auch zu Veränderungen der beteiligten Professionen und Berufsbilder (z. B. Spezialisierung innerhalb der Ärzteschaft, Delegation ärztlicher Leistungen, Akademisierung von nicht-ärztlichen Berufen) [25].

Auf der Mesoebene kann zwischen intra- und interorganisationalen Einflüssen unterschieden werden. Intraorganisationale Faktoren, die Einfluss auf die gesamte Versorgungsorganisation nehmen können, umfassen Prozesse der Organisationsentwicklung, des Managements sowie des organisationalen Lernens [26, 27]. Interorganisationale Einflussfaktoren der Mesoebene entstammen der Interaktion mit anderen vor- und nachgelagerten Versorgungsorganisationen. Beispiele für diese Interaktionssituationen entstammen oftmals Kooperationen, bspw. Patientenüberleitungen, Kooperationen in Krankenhausverbänden oder Praxisnetzwerken, gemeinsam getragene Einrichtungen oder telemedizinische Netzwerke, die oftmals Änderungen der organisationalen Routinen nach sich ziehen. Interaktionen entstehen andererseits auch über zunehmend wettbewerbliche Mechanismen, z. B. Außendarstellung und in geringfügigem Umfang auch Preisbildung [28].

Auf der Mikroebene wird die Versorgungsorganisation durch Interaktionen in der direkten Beziehung zwischen Patienten und den professionellen Organisationsmitgliedern sowie durch Interaktionen innerhalb der Mitarbeiterschaft der Versorgungsorganisation beeinflusst [29, 30]. So kann z. B. eine sich wandelnde Patientenrolle verbunden mit einer veränderten Nachfrage und einem veränderten Handeln von Patienten entsprechende Wandelprozesse in Organisationen auslösen (z. B. im Bezug auf Patientenpartizipation bei Therapieentscheidungen). Auf Seiten der Professionals in Versorgungsorganisationen haben die Fähigkeiten der Mitarbeiter und Führungskräfte eine große Relevanz für die Leistung der Versorgungsorganisation, z. B. durch die Qualifikation von Mitarbeitern und Führungskräften und deren Arbeitsbelastung.

Das Mikro-Meso-Makro Konzept

Das Mikro-Meso-Makro-Modell geht auf ein theoretisches Problem der Soziologie zurück: die Erklärung der Wechselwirkung zwischen individuellem Handeln (Mikro) und gesellschaftlichen Strukturen (Makro). Als heuristisches Grundmodell dafür dient in der Soziolo-

gie die sogenannte Colemansche Badewanne [31]. Dieses Modell erklärt kollektive Phänomene auf der Makroebene (wie z. B. die Antibiotikaresistenz-Rate in Deutschland) unter Rückgriff auf individuelles Handeln von Akteuren (Mikroebene, z. B. Verschreibungsverhalten von Ärzten). Deren Handeln ist wiederum erklärbar über die soziale Situation (Makroebene, z. B. Bewusstsein über Folgen unnötiger Antibiotika-Verschreibungen), in der sich der Akteur befindet. Daraus ergibt sich eine Makro-Mikro-Makro-Kette. Baut man das Modell aus, können Organisationen als Mesoebene betrachtet werden. Den Organisationen wird dabei eine vermittelnde bzw. moderierende Funktion zugeschrieben. Beispielsweise ist der Hausarzt vom Gesetzgeber dazu verpflichtet, in seiner Organisation die Informierung des Patienten über die Erstellung und Aushändigung eines Medikationsplans umzusetzen (SGB V §31a). Oder ein Krankenhaus implementiert einen klinischen Versorgungspfad, um den Anforderungen einer medizinischen Leitlinie unter Berücksichtigung der spezifischen intraorganisationalen Bedingungen gerecht zu werden und die entsprechende Patientengruppe leitlinienkonform zu behandeln. Aus der Perspektive einer organisationsbezogenen Versorgungsforschung stehen folglich immer auch die Zusammenhänge und Wechselwirkungen zwischen den Ebenen im Mittelpunkt des Interesses. Die Mikro-Meso-Makro Perspektive ist als Heuristik gerade auch für die Implementierungsforschung in der Versorgung bedeutsam. So können beispielsweise förderliche Faktoren und Barrieren von Interventionen in Versorgungsorganisationen dahingehend unterschieden werden, auf welcher der Ebenen sie vorkommen und v. a. welche Zusammenhänge oder Wechselwirkungen zwischen den Ebenen bestehen. Dies wird für das Beispiel der Implementierungsbarrieren zur Verdeutlichung ausgeführt:

- Mikroebene (individueller Akteur) – Individuelle Barrieren einzelner Professionals oder Gruppen von Professionals, z. B. Veränderungsresistenz, Sorge vor Autonomieverlust, individuelle Barrieren einzelner Patienten oder Patientengruppen, z. B. Sprachbarrieren,
- Mesoebene (korporativer Akteur) – Organisationale Barrieren in der Organisationskultur, in Strukturen und Prozessen, z. B. mangelnde Innovationsfähigkeit oder Veränderungsbereitschaft,
- Makroebene (gesellschaftliche Strukturen/Rahmenbedingungen) – Strukturelle Barrieren, wie z. B. Vorgaben der Selbstverwaltung; politische Zielsetzungen (z. B. Pay for Performance); regionale Dynamiken, wie z. B. Sicherstellung der Versorgung

► **Tab. 1** Analyserahmen der organisationsbezogenen Versorgungsforschung zur Systematisierung von Forschungsfragestellungen mit Beispielfragestellungen.

	Institutioneller Organisationsbegriff („Unterscheiden sich Versorgungsorganisationen?“)	Instrumenteller Organisationsbegriff („Wie sind Unterschiede zwischen Versorgungsorganisationen zu erklären?“)
Mikroebene	Unterscheidet sich die Prozesszufriedenheit von operierten Patienten zwischen Krankenhäusern mit bzw. ohne ambulantem Operationsangebot?	Wie stellen Krankenhäuser eine gleich hohe Prozesszufriedenheit und Behandlungsqualität für Patienten nach ambulanten bzw. stationären Operationen sicher?
Mesoebene	Verbessern sich Pflegeheime in der Behandlungsqualität, wenn sie an Qualitätsvergleichen mit anderen Heimen (Benchmark) teilnehmen, stärker als Pflegeheime, die nicht teilnehmen?	Wie lernen Pflegeheime aus Qualitätsvergleichen mit anderen Pflegeheimen? Wie werden Verbesserungsmaßnahmen ausgelöst und umgesetzt?
Makroebene	Erhöht sich die Rate an leitlinienkonformen Therapien in Arztpraxen nach Veröffentlichung einer aktuellen klinischen Leitlinie zur Behandlung von Bluthochdruck?	Wie lässt sich eine aktuelle Leitlinie zur Behandlung von Bluthochdruck bundesweit in Arztpraxen implementieren? Was sind Hürden und Förderfaktoren? Was sind wirksame Implementierungsmethoden?

auf dem Land; ethische Rahmenbedingungen, wie z. B. Patientenbeteiligung bei Therapieentscheidungen.

Das Spezifische der organisationsbezogenen Versorgungsforschung ist, dass der Forschungsgegenstand oder die Forschungsfrage immer auf der Mesoebene zu verorten ist, wenngleich die Wechselbeziehungen zu den anderen Ebenen bedeutsam sind. Basierend auf den Ausführungen zum Organisationsbegriff und zum Mikro-Meso-Makro-Modell schlagen wir einen Analyserahmen vor, mit dem sich Forschungsfragestellungen systematisieren lassen (siehe ► **Tab. 1** mit Beispielfragestellungen zur Verdeutlichung). Konkrete nationale Studienbeispiele, die Forschungsfragen auf den verschiedenen dargestellten Ebenen und unter Berücksichtigung der Wechselwirkungen beantworten, sind in dem Sammelband von Körner et al. (2018) [32] zu finden.

FAZIT

Es gibt in den verschiedenen Disziplinen vielfältige Definitionen, Modelle und Theorien über das Funktionieren von Organisationen. Diese Vielfalt kann genutzt werden, um unterschiedliche Forschungsfragen, Methoden und Analyseverfahren für die organisationsbezogene Versorgungsforschung abzuleiten. Hierbei sollten Fragestellungen und Methoden die Komplexität des Forschungsgegenstandes angemessen berücksichtigen. Dies sollte zum einen durch ein besonderes Augenmerk auf die Wechselwirkungen der Mesoebene mit der Mikro- und Makroebene realisiert werden. Zum anderen sollte es neben der Identifikation von Unterschieden hinsichtlich der Versorgungsqualität zwischen Versorgungsorganisationen (institutionell) auch Ziel der organisationsbezogenen Versorgungsforschung sein, zu verstehen, wodurch diese Unterschiede zu erklären sind und über welche Mechanismen organisationale Interventionen zu Veränderungen führen (instrumentell). In den folgenden Kapiteln werden für die organisationsbezogene Versorgungsforschung angemessene und relevante Forschungsmethoden vertieft. In Kapitel 2 [33] werden methodische Besonderheiten mit ihren Konsequenzen für die Datenerhebungen, -nutzung und -analyse umrissen. In Kapitel 3 [34] werden Methoden der Evaluation und Implementierung komplexer Interventionen in Versorgungsorganisationen vertieft.

Interessenkonflikt

Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- [1] Baecker D. Zur Krankenbehandlung ins Krankenhaus. In: Baecker D., (Hrsg.). Wozu Gesellschaft? Berlin: Kadmos; 2007: 237–266
- [2] Baumann W, Farin E, Menzel-Begemann A et al. Memorandum IV. Theoretische und normative Fundierung der Versorgungsforschung. Gesundheitswesen 2016; 78: 337–352
- [3] Scott WG. Organization Theory. An Overview and an Appraisal. Academy of Management Journal 1961; 4: 7–26
- [4] Pfeffer J. Barriers to the advance of organizational science. Paradigm development as a dependable variable. Academy of Management Review 1993; 18: 599–620
- [5] Bea FX, Göbel E. Organisation. Theorie und Gestaltung. 4. Aufl. Stuttgart: Lucius & Lucius; 2010
- [6] Kühl S. Organisationen. Eine sehr kurze Einführung. 1. Aufl. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss; 2011
- [7] Schreyögg G. Organisation. Grundlagen moderner Organisationsgestaltung; mit Fallstudien. 5. Aufl. Wiesbaden: Gabler; 2008
- [8] Esser H. Soziologie. Allgemeine Grundlagen. 3. Aufl. Frankfurt/M.: Campus-Verl.; 1999
- [9] Kühl S., (Hrsg.). Schlüsselwerke der Organisationsforschung. Wiesbaden: Springer VS; 2015
- [10] Kieser A, Ebers M., (Hrsg.). Organisationstheorien. 6. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer; 2006
- [11] Pfaff H, Neugebauer E, Glaeske G. Lehrbuch Versorgungsforschung. Systematik – Methodik – Anwendung. 2. Aufl. 2017
- [12] Borgetto B. Selbsthilfezusammenschlüsse. In: Pfaff H, Neugebauer E, Glaeske G et al. Systematik – Methodik – Anwendung. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer GmbH; 2017: 187–196
- [13] Schrappe M, Pfaff H. Grundlegende organisationstheoretische Konzepte. In: Pfaff H, Neugebauer E et al. Anwendung. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer GmbH; 2017: 239–250
- [14] Wirtz MA, Albert U-S, Bornemann R, et al. Methoden der organisationsbezogenen Versorgungsforschung. In: Pfaff H, Neugebauer E, Glaeske G., (Hrsg.). Lehrbuch Versorgungsforschung. Systematik – Methodik – Anwendung. 2. Aufl. 2017: 89–97
- [15] Nowak P. Eine Systematik der Arzt-Patient-Interaktion. Systemtheoretische Grundlagen, qualitative Synthesemethodik und diskursanalytische Ergebnisse zum sprachlichen Handeln von Ärztinnen und Ärzten: Lang 2010
- [16] Schrappe M, Pfaff H. Versorgungsforschung vor neuen Herausforderungen. Konsequenzen für Definition und Konzept. Gesundheitswesen 2016; 78: 689–694
- [17] Braithwaite J, Churrua K, Long JC et al. When complexity science meets implementation science: a theoretical and empirical analysis of systems change. BMC medicine 2018; 16: 63
- [18] Plsek PE, Greenhalgh T. The challenge of complexity in health care. BMJ: British Medical Journal 2001; 323: 625–628
- [19] Thompson DS, Fazio X, Kustra E et al. Scoping review of complexity theory in health services research. BMC health services research 2016; 16: 87
- [20] Berwick DM. The science of improvement. JAMA 2008; 299: 1182–1184
- [21] Pfaff H, Albert U-S, Bornemann R et al. Methoden für die organisationsbezogene Versorgungsforschung. Gesundheitswesen 2009; 71: 777–790
- [22] Offermanns G. Prozess- und Ressourcensteuerung im Gesundheitssystem. Neue Instrumente zur Steigerung von Effektivität und Effizienz in der Versorgung. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag Berlin Heidelberg; 2011
- [23] Weißbuch Geriatrie. Band I: Die Versorgung geriatrischer Patienten – Strukturen und Bedarf. 3. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer; 2016
- [24] Fendrich K, Hoffmann W. More than just aging societies. The demographic change has an impact on actual numbers of patients. J Public Health 2007; 15: 345–351
- [25] Reimers L. Medizinisch-technischer Fortschritt: theoretische Grundlagen, Regelungsbereiche, Finanzierung und Vergütung. Eine ökonomische Untersuchung am Beispiel des deutschen und des US-amerikanischen Gesundheitssystems. Baden-Baden: Nomos-Verl.-Ges.; 2009

- [26] Wang CL, Ahmed PK. Organisational learning. A critical review. *The Learning Organization* 2003; 10: 8–17
- [27] Rosenthal T, Wagner E. Organisationsentwicklung und Projektmanagement im Gesundheitswesen. Grundlagen – Methoden – Fallstudien. Heidelberg: Economica-Verl; 2004
- [28] Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. 1. Aufl. Bern: Huber; 2012
- [29] Holleederer A, Wildner M. Versorgungsforschung für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) und das öffentliche Gesundheitswesen. *Gesundheitswesen* 2015; 77: 232–236
- [30] Schwartz FW, Busse R. Denken in Zusammenhängen. Gesundheitssystemforschung. In: Schwartz FW, Abelin T, Walter U, (Hrsg.). *Das Public Health Buch. Gesundheit fördern – Krankheit verhindern*. München: Urban & Fischer; 2003: 518–545
- [31] Coleman JS. *Grundlagen der Sozialtheorie*. München: Oldenbourg; 1991
- [32] Körner M, Ansmann L, Schwarz B et al., (Hrsg.). *Organizational Behaviour in Healthcare. Theoretical Approaches, Methods and Empirical Results*. 1. Aufl. Wien, Österreich: LIT Verlag; 2018
- [33] Rölker-Denker L, Kowalski C, Ansmann L et al. DNVF-Memorandum III - Methoden für die Versorgungsforschung, Teil 4 – Konzept und Methoden der organisationsbezogenen Versorgungsforschung, Kapitel 2 – Methodische Ansätze der organisationsbezogenen Versorgungsforschung: Zielgrößen, Datenquellen, Datenerhebung und Datenanalyse. *Gesundheitswesen* 2019. doi:10.1055/a-0862-0565
- [34] Wirtz MA, Bitzer EM, Albert US et al. DNVF-Memorandum III – Methoden für die Versorgungsforschung, Teil 4 – Konzept und Methoden der organisationsbezogenen Versorgungsforschung, Kapitel 3 – Methodische Ansätze zur Evaluation und Implementierung komplexer Interventionen in Versorgungsorganisationen. *Gesundheitswesen* 2019. doi:10.1055/a-0862-0588

Entwicklung, Kommentierung und Abstimmung des Memorandums

Nach den Standards der Erstellung von Memoranden des DNVF wurde die Zustimmung des DNVF-Vorstands zur Erarbeitung eines Memorandums eingeholt und alle Mitglieder und Mitgliedsorganisationen wurden zur Mitarbeit eingeladen. Es haben sich 20 Personen aktiv an der Erstellung des Memorandums beteiligt (Autorengruppe). Die Autorengruppe stimmte die Grundstruktur des Memorandums ab, bildete für jedes der 3 Kapitel eine Autorengruppe und erstellte gemeinsam den Entwurf des Memorandums. Struktur und Inhalt wurden auf dem Deutschen Kongress für Versorgungsforschung in 2017 und 2018 diskutiert. Alle Mitglieder- und Mitgliedsorganisationen des DNVF hatten in einer 3-monatigen Kommentierungsphase vom 10.07. bis 10.10.2018 die Möglichkeit, zum Entwurf Stellung zu nehmen. Auf die Kommentierungen wurde in einer finalen Überarbeitung vollumfänglich reagiert. Danach wurde eine finale Fassung erstellt, die an die ordentlichen sowie an die korrespondierenden institutionellen Mitglieder des DNVF mit der Einladung zur Mitzeichnung versandt wurde. Die Autoren des aktuellen Memorandums möchten sich bei allen am Konsentierungsprozess Beteiligten für ihre konstruktiven Diskussionsbeiträge bedanken.

Folgende Fachgesellschaften haben sich im Rahmen des Kommentierungsprozesses am Memorandum zu Konzept und Methoden der organisationsbezogenen Versorgungsforschung beteiligt:

- Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe
- Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft
- Deutsche Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislauferkrankungen
- Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaft
- Deutsche Gesellschaft für Senologie

Folgende Wissenschaftliche Institute und Forschungsverbände haben sich im Rahmen des Kommentierungsprozesses am Memorandum zu Konzept und Methoden der organisationsbezogenen Versorgungsforschung beteiligt:

- Centre for Health and Society
- LVR-Institut für Versorgungsforschung

Folgende persönliche Mitglieder des DNVF haben sich im Rahmen des Kommentierungsprozesses am Memorandum zu Konzept und Methoden der organisationsbezogenen Versorgungsforschung beteiligt:

- Eugenia Larjow

Das Memorandum zu Konzept und Methoden der organisationsbezogenen Versorgungsforschung wird von folgenden ordentlichen und korrespondierenden institutionellen Mitgliedern des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung e. V. getragen.

Von folgenden Mitgliedern der Sektion „Fachgesellschaften“:

- Deutsche Diabetes Gesellschaft e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin
- Deutsche Gesellschaft für Ambulante Allgemeine Pädiatrie

- Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Angiologie – Gesellschaft für Gefäßmedizin e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V.
- Deutsche Krebsgesellschaft e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Medizinische Soziologie e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer und Gesichtschirurgie e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Neurologie e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Senologie e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde e.V.
- Deutsche Ophthalmologische Gesellschaft e.V.
- Deutsche Sepsis-Gesellschaft e.V.

Von folgenden Mitgliedern der Sektion „Wissenschaftliche Institute und Forschungsverbände“:

- Centre for Health and Society, Universitätsklinikum Düsseldorf
- Center for Health Care Research, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
- Gesundheit Österreich GmbH
- Institut für Hausarztmedizin der Universität Bonn

- Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft der Humanwissenschaftlichen Fakultät und der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln (KöR)
- Institut für Patientensicherheit, Universitätsklinikum Bonn
- Interdisziplinäres Zentrum für Versorgungsforschung im Gesundheitswesen der Universität Witten/Herdecke
- Landesinstitut Gesundheit des Bayerischen Landesamts für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit
- LVR-Institut für Versorgungsforschung
- Medizinische Hochschule Brandenburg, Theodor Fontane
- Sektion Versorgungsforschung und Rehabilitationsforschung, Universitätsklinikum Freiburg
- Wissenschaftliches Institut der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen GmbH
- Zentrum für Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der TU Dresden
- Zentrum für Versorgungsforschung Köln
- Universität Potsdam, Professur für Rehabilitationswissenschaften

Von folgenden Mitgliedern der Sektion „Juristische Personen und Personenvereinigungen“:

- Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V.
- Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e.V.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung
- OptiMedis AG
- 4QD - Qualitätskliniken.de GmbH