

Katrin Hertrampf, Falk Schwendicke

# Was will und kann zahnmedizinische Versorgungsforschung?\*

## Warum Sie diesen Beitrag lesen sollten?

Versorgungsforschung ist ein relativ junger Forschungsbereich, der allerdings in den letzten Jahren deutlich an Aufmerksamkeit gewonnen hat.

Ausgehend von der Relevanz der Versorgungsforschung in anderen klinischen Disziplinen dürften die Möglichkeiten der deutschen zahnmedizinischen Versorgungsforschung gewaltig sein. Der vorliegende Beitrag erläutert, was Versorgungsforschung ist, will und kann, und zeigt zukünftige Wege für die zahnmedizinische Versorgungsforschung in Deutschland auf.

## Zusammenfassung

Versorgungsforschung entwickelt, beschreibt, erklärt und bewertet Versorgungsprozesse und -ergebnisse sowie relevante Einflussfaktoren auf die Versorgung. Charakteristisch sind u.a. eine starke Patientenorientierung, der Fokus auf die kontextbezogene Anwendung und Umsetzung von Interventionen, die Beleuchtung nicht nur individueller, sondern auch gruppen- oder bevölkerungsrelevanter Parameter und eine Multidisziplinarität und Multiprofessionalität. Die Relevanz von Versorgungsforschung in Deutschland steigt. Zahnmedizinische Versorgungsforschung sollte innovative, sektorenübergreifende Versorgungskonzepte entwickeln, evaluieren und deren Implementierung begleiten. Der gemeinsame Risikofaktorenansatz und die unterstützende Rolle von Zahnmedizin für medizinische Versorgung können hierbei Schlüsselaspekte sein. Zudem sollten Patienten- und Nutzerorientierung und soziale und regionale Versorgungsungleichheiten im Vordergrund stehen. Um diese Anforderungen zu erreichen bzw. eine solche thematische Breite auch methodisch abzudecken, muss sich die zahnmedizinische Versorgungsforschung in Deutschland weiterentwickeln, u.a. durch Professionalisierung und vermehrte Vernetzung der Akteure im Bereich der zahnmedizinischen Versorgungsforschung.

## Schlüsselwörter

Evidenz-basierte Medizin; Forschungsebene; Gesundheitspolitik; Methoden; Public Health; Wirksamkeit

Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel: Prof. Dr. Katrin Hertrampf, MPH  
Abteilung für Zahnerhaltung und Präventivmedizin, Charité – Universitätsmedizin Berlin: PD Dr. Falk Schwendicke

\*Deutsche Übersetzung der englischen Version von Hertrampf K, Schwendicke F: Dental health services research: What does it want, what can it do? Dtsch Zahnärztl Z Int 2019; 1: 106–111

Zitierweise: Hertrampf K, Schwendicke F: Was will und kann zahnmedizinische Versorgungsforschung? Dtsch Zahnärztl Z 2019; 74: 173–178

Peer-Review-Artikel: eingereicht: 18.02.2019, Fassung akzeptiert: 18.03.2019

DOI.org/10.3238/dzz.2019.0173–0178

## Dental health services research: What does it want, what can it do?

**Abstract:** Health services research develops, describes, clarifies, and evaluates health service processes, outcomes and relevant factors that impact on service provision. A consumer/patient focus, contextual relevance and population-relevant parameters in addition to individual-level assessments as well as multidisciplinary and multiprofessionalism are characteristic features of health services research. The relevance of health services research in Germany is increasing. Dental health services research should aim to (1) develop innovative, cross-disciplinary care concepts and to implement them, (2) consider the common risk factor approach and dentistry's role in medical services, (3) focus on consumer/patient preferences, and (4) target social and regional health inequalities. To allow methodologically robust and thematically broad evaluations, dental health services research in Germany needs to professionalize and to link with relevant actors in the healthcare system.

**Keywords:** evidence-based medicine; research levels; healthcare policy; methods; public health; effectiveness

### Was ist Versorgungsforschung?

Versorgungsforschung ist definiert als „ein fachübergreifendes Forschungsgebiet, das die Kranken- und Gesundheitsversorgung und ihre Rahmenbedingungen beschreibt und kausal erklärt, zur Entwicklung wissenschaftlich fundierter Versorgungskonzepte beiträgt, die Umsetzung neuer Versorgungskonzepte begleitend erforscht und die Wirksamkeit von Versorgungsstrukturen und -prozessen unter Alltagsbedingungen evaluiert.“ [3]. Charakteristisch für die Versorgungsforschung sind u.a. eine starke Patientenorientierung, der Fokus auf die kontextbezogene Anwendung und Umsetzung von Interventionen, die Beleuchtung nicht nur individueller, sondern auch gruppen- oder bevölkerungsrelevanter Parameter und eine Multidisziplinarität und Multiprofessionalität [6].

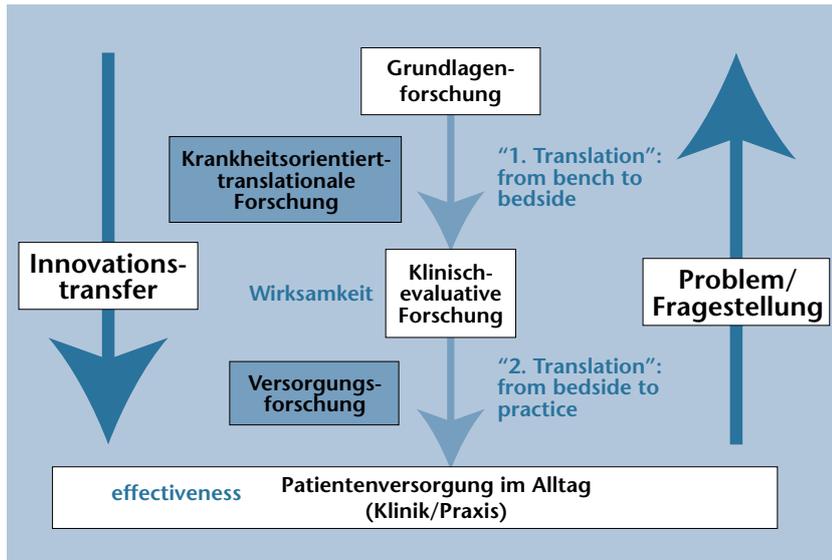
Die Versorgungsforschung ist im Vergleich zur Grundlagenforschung und der klinischen Forschung als eher jüngere Wissenschaftsrichtung in Deutschland anzusehen. Sie hat aber in den 20 Jahren ihres Bestehens nicht nur stetig an Wahrnehmung, sondern

auch immer stärker an Relevanz gewonnen. Dies ergab sich aus dem Erkenntnisgewinn, dass wissenschaftliche Ergebnisse aus Grundlagen- und klinisch-evaluativer Forschung nicht eins zu eins in den Versorgungsalltag transferierbar sind bzw. diesen nie oder nur stark eingeschränkt erreichen. Somit bedarf es einer sich der klinisch-evaluativen Forschung anschließenden Ebene, die die Erkenntnisse der vorangegangenen Ebenen unter Alltagsbedingungen überprüft, Ursachen für Implementierungshürden identifiziert und schlussendlich im Versorgungsalltag angewandte Interventionen evaluiert und weiterentwickelt.

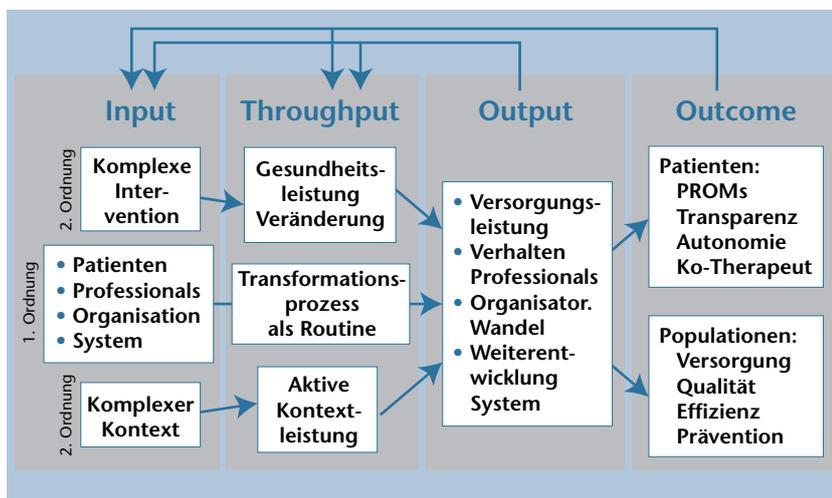
Dies ist darin begründet, dass sowohl Grundlagen- als auch klinisch-evaluative Forschung auf eigene Methoden zurückgreifen, deren Erkenntnisse nicht zwingend zu anwendbaren Interventionen führen bzw. Interventionswirksamkeiten im Versorgungsalltag fehlerhaft einschätzen. So fokussiert die klinisch-evaluative Forschung oftmals auf die Wirksamkeit einer Intervention (efficacy), wobei das idealisierte (wenn auch nicht immer vollends tragfähige) Studienmodell die randomisiert-kon-

trollierte Studie ist (RCT). Die Ergebnisse dieser klassischen RCTs im Bereich der klinischen Forschung können allerdings keine Aussage zur Wirksamkeit von Interventionen unter Alltagsbedingungen (effectiveness) machen, die ja Subjekt zahlreicher weiterer Faktoren (z.B. Studienpopulation, Patientenadhärenz, Anwendbarkeit der Intervention, Nachhaltigkeit) ist. Auch weitergehende und für die weitergehende Anwendung einer Intervention im Versorgungsgeschehen relevante Aspekte, wie die Kosten einer Intervention (efficiency), werden nur bedingt (und wenn dann oftmals nur in dem speziellen Umfeld eines klassischen RCTs) überprüft. Eine solche Überprüfung ist jedoch erforderlich, da es regelmäßig zu einer Überschätzung der Wirksamkeit der Ergebnisse dieser RCTs bei der Übertragung in den Versorgungsalltag kommt (sog. effectiveness gap; ähnliches gilt bspw. aber auch für die Übertragung von Ergebnissen der Grundlagen- in die klinische Forschung). Dies ist eben genau in den speziellen Methoden und der speziellen Umgebung (hochselektive Patientenkollektive, optimierte Anwendungsprotokolle, standardisierte und oftmals stark sensitive Ergebnisparametererhebung, kurze Nachuntersuchungszeiträume) der klinischen Forschung begründet. Unter Alltagsbedingungen sind Patientenkollektive deutlich heterogener, die Durchführbarkeit der Studien aufgrund vieler externer Faktoren oft fordernder, die Ergebnisüberprüfung teils schwerer zu standardisieren und damit untersucherabhängig, die relevanten Studienzeiträume lang.

Während also klinisch-evaluative Forschung durch die angewandten Methoden eine hohe interne Validität hat (die Ergebnisse sind methodisch robust), ist die externe Validität solcher Studien oft begrenzt, u.a. weil in Routineumgebungen andere Patientenkollektive, z.B. mit Begleiterkrankungen, bestehenden Medikationen oder prekärem sozialen Umfeld im Mittelpunkt stehen können. Eine solche Erweiterung der Einschlusskriterien führt jedoch zu heterogenen Patientenkollektiven und deutlich komplexeren Settings (z.B. Praxen anstelle von Kliniken) und hat somit in Konsequenz auch Einfluss auf die metho-



**Abbildung 1** Verschiedene Forschungsebenen müssen für eine erfolgreiche Vorwärts- und Rückwärtstranslation vernetzt werden.



**Abbildung 2** Das Throughput-Modell mod. nach [4, 7]; detaillierte Beschreibung siehe Text. PROMs: Patient-reported outcome measures, also durch Patienten berichtete Endpunktmaße

dische Umsetzbarkeit und die Güte etwaiger Datenerhebungen. Daher sind diese Studien in der Durchführung sehr ressourcenintensiv.

### Welche Methoden nutzt Versorgungsforschung?

Der Versorgungsforschung fällt demnach zu, die „Umsetzung wissenschaftlicher Erkenntnisse in die Praxis der Gesundheitsversorgung hinsichtlich ihrer Wirkung auf Qualität und Effizienz in individueller und sozioökonomischer Perspektive“ zu erforschen [5]. Um diese Ziele zu erfüllen, nutzt die Versorgungsforschung zahlreiche Methoden, die

oftmals jedoch nicht spezifisch für die Versorgungsforschung entwickelt wurden, sondern anderen Forschungsebenen entlehnt sind. Charakteristisch ist allerdings der multimethodische Ansatz vieler Versorgungsforschungsprojekte. Dieser ergibt sich aus der Vielfalt der zu beleuchtenden Aspekte, wenn beschreibend, evaluierend, kausal erklärt und weiterentwickelnd (siehe Definition oben) gearbeitet werden soll.

Versorgungsforschung nutzt also Methoden aus zahlreichen Disziplinen:

- Grundlage sind oft Beobachtungsstudien, die sich durch lange Nach-

untersuchungszeiträume und eine Routineumgebung auszeichnen; u.a. kommen vermehrt Abrechnungs- oder Registerdaten zum Einsatz.

- Ebenso werden jedoch auch Methoden der evidenzbasierten Medizin eingesetzt, also die kritische Bewertung vorhandener Studien (systematische Reviews, Meta-Analysen, Meta-Synthesen, Health Technology Assessments) und der klinisch-evaluativen Forschung entlehnte Studiendesigns (pragmatische, oft Cluster-randomisierte RCTs).
- Um die Effekte einer Intervention im Routinealltag umfänglich und über Sektorengrenzen hinweg zu eruieren, werden Elemente der Lebensqualitätsforschung eingesetzt. Versorgungsforschung bezieht Betroffene mit ein und erhebt Endpunkte, die durch Betroffene berichtet werden (Patient-Reported Outcomes) oder den Betroffenen in den Mittelpunkt stellen (Patient-Centered Outcomes).
- Eng verwandt dazu werden Methoden der Psychologie und der qualitativen Forschung eingesetzt. Versorgungsforschung versucht zu verstehen, wie und warum Versorgung stattfindet; quantitative Forschung stößt gerade bei der vertieften Exploration von der Versorgungshandlung zugrundeliegenden Ursachen an ihre Grenzen.
- Ebenso werden Methoden der Soziologie und der Organisationswissenschaften eingesetzt; diese werden oftmals gebündelt als „Implementierungsforschung“ im Rahmen der Versorgungsforschung verwendet. Hierbei wird versucht zu verstehen, warum Interventionen in der Routineversorgung nicht oder nicht nach Empfehlungen angewendet werden; ebenso werden Interventionen entwickelt, die die Anwendungsbereitschaft erhöhen und die Anwendungsqualität verbessern sollen (Implementierungsforschung versucht, die zweite Translationslücke zu schließen, Abb. 1).
- Versorgungsforschung verwendet gerade zur Evaluation Elemente der Gesundheitsökonomie (Effizienz einer Intervention) und der Qualitäts- und Sicherheitsforschung sowie der

Ethik (Akzeptanz von Interventionen, ethische Implikationen von Ressourcenallokationen).

- Schlussendlich muss Versorgungsforschung eng mit klinischen Disziplinen der Zahnmedizin und Medizin (z.B. Pflegeforschung, Geriatrie etc. im Bereich der Alterszahnmedizin) zusammenarbeiten, um die fachbezogene Kompetenz mit einbeziehen zu können).

Zur Systematisierung der Forschungsbereiche, -methoden und -betroffenen in der Versorgungsforschung haben Pfaff und Schrappe bereits 2011 das Throughput-Modell entwickelt; dieses wurde 2017 überarbeitet und modifiziert [4, 7]. Dieses Modell erlaubt, für spezifische Fragestellungen systematisch und umfänglich relevante Einflussfaktoren zu erfassen, Methoden zu deren Beschreibung bzw. Beeinflussung zu definieren und entsprechende Endpunkte zu identifizieren bzw. zu operationalisieren (Abb. 2).

Nach wie vor besteht dieses Modell aus den vier im Folgenden aufgeführten Bereichen:

1. Als „Input Faktoren“ wurden Faktoren wie Patienten, deren Bedarfe und Inanspruchnahme, Angehörige der Gesundheitsberufe („Professionals“), am Versorgungsgeschehen beteiligte Organisationen (z.B. Krankenversicherungen) und das Gesundheitssystem (Sozialversicherungsmodell, Privatversicherungsmodell, NHS) beschrieben. Ebenso werden hier materielle und immaterielle Ressourcen subsummiert. In dem modifizierten Throughput-Modell (Abb. 2) wurden diese Faktoren als Faktoren 1. Ordnung beschrieben und um Faktoren 2. Ordnung, z.B. Kontextfaktoren, Interventionen, erweitert.
2. Der „Throughput-Faktor“ beschreibt die Versorgungsleistungen, beispielsweise Gesundheitsleistung (z.B. Präventions-, Diagnostik- und Therapieformen), Gesundheitstechnologien und ihren Kontext, in dem diese Versorgungsleistung erbracht werden soll (da dieser einen aktiven Beitrag zur Umsetzung oder zur Hemmung der Leistung haben kann). Oftmals steht dieser Aspekt der Versorgungsforschung im Vordergrund, da genau hier sich Verbesserungen der Versorgungsqualität, des Zuganges zur Versorgung etc. versprochen werden. Gerade weil der Kontext (der spezifische Patient, Arzt, deren Interaktion und die Umgebung) so eine starke Rolle spielt und die Transformation einer „wissenschaftlichen Intervention“ in eine täglich angewendete Leistung nicht automatisch erfolgt, sondern zahlreichen Einflussfaktoren (Input) unterliegt, sollten Interventionen zur Verbesserung der Versorgungsleistung theoriebasiert sein, also auf einem Verständnis darüber beruhen, wie genau sie im Alltagsgeschehen zu einer besseren Versorgung führen sollen und welche Einflussfaktoren sie dabei berücksichtigen. Sie sollten behandlungsspezifisch und ursächlich für eine Verbesserung der Versorgung (Behandlungserfolg) sein [2].
3. „Output-Faktoren“ beschreiben Wirkungen (z.B. von Interventionen), die wiederum Auswirkungen auf die Input-Faktoren haben. Dies kann konkret eine Auswirkung für den Patienten bedeuten, bedingt durch eine bestimmte Behandlungsmaßnahme, aber auch Auswirkungen auf Organisationsstrukturen.
4. Schließlich beschreiben die „Outcome-Faktoren“ die Versorgungsergebnisse. Bei der Betrachtung dieser Ergebnisse ist entscheidend, welche Ergebnisse die Versorgungsempfänger, unsere Patienten, wirklich empfangen und wie diese bewertet werden. Diese Ergebnisbetrachtung, ihre Interpretation und sich daraus ergebende Schlussfolgerungen bzw. Handlungsempfehlen sollten auch vor dem Hintergrund von Aspekten beispielsweise wie Belastbarkeit und Angemessenheit diskutiert werden. Die Modifikation bzw. Erweiterung des Throughput-Modells hinsichtlich der Faktoren 2. Ordnung ergänzt den Blickwinkel übergeordneter Strukturen. Hierbei wird vor allem die Kontextleistung betrachtet, wobei der Kontext positiv (also die Ergebnisse einer Versorgungsleistung verbessernd) oder negativ (verschlechternd) wirken kann.

## Was kann Versorgungsforschung in der Zahnmedizin in Deutschland leisten und wie sollte sie sich weiterentwickeln?

Nach wie vor werden die Möglichkeiten der Versorgungsforschung in der Zahnmedizin gerade in Deutschland unterschätzt. Der Bedarf bzw. die Notwendigkeit einer Stärkung und eines Ausbaus zahnmedizinischer Versorgungskapazitäten und -qualitäten ist vorhanden bzw. geboten. Eine Vielzahl von Fragen mit hoher Relevanz für die zahnmedizinische Versorgung, für standes- bzw. gesundheitspolitische Diskussionen und zur Verbesserung zahnmedizinischer Versorgungsmodelle und -strukturen sind nur mit Versorgungsforschung zu beantworten.

Eine Reihe von Schwerpunkten sind hierbei denkbar:

- (1) Zahnmedizinische Versorgungsforschung sollte innovative Versorgungskonzepte entwickeln, evaluieren und deren Implementierung begleiten. Hierbei sind besonders relevante Patientengruppen hervorzuheben, bei denen die Alltagsversorgung in Deutschland zurzeit nur bedingt mit etablierten Konzepten aufwarten kann, z.B. alte, multimorbide und chronisch kranke Patienten (z.B. Demenzerkrankte, Patienten mit Diabetes mellitus oder anderen systemisch-organischen Erkrankungen). Diese Patientengruppen sind nur selten im Rahmen klinisch-evaluativer Forschung abzubilden und stellen eine wachsende Bevölkerungsgruppe mit zunehmend komplexem Bedarf (u.a. durch den zunehmenden Erhalt von Zähnen) dar [8]. Weiterhin sollten Versorgungskonzepte entwickelt und evaluiert werden, die zahnmedizinische und medizinische Versorgung verknüpfen. Der gemeinsame Risikofaktorenansatz ist hierbei ein Schlüsselaspekt, kann er doch auch strategische Türen für zahnmedizinische Forschung öffnen und den Zahnarzt bzw. die Zahnärztin wieder stärker in das weitergehende Versorgungsgeschehen einbinden [9]. Ebenso

Öffentlich geförderte zahnmedizinische Projekte			
Prof. Dr. Stefan Listl	Universitätsklinikum Heidelberg	Dent@Prevent – Implementierung von Routinedaten & PROMS in die Evidenz-informierte intersektorale (zahn-)medizinische Versorgung	2016
Prof. Dr. Christian H. Splieth	Universitätsmedizin Greifswald	IpKiSuN – Unterstützende Intensivprophylaxe für Kinder mit zahnärztlicher Sanierung unter Narkose	2016
OA Dr. Ghazal Aarabi	Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf	MuMi – Förderung der Mundgesundheitskompetenz und Mundgesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund	2017
Prof. Dr. Katrin Hertrampf, MPH	Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel	MundZaRR – Mundgesundheitsverbesserung durch zahnärztlich delegierte, pflegebegleitende Remotivation und Reinstruktion	2018

**Tabelle 1** Zahnmedizinische Projekte, die durch den Innovationsfond gefördert werden.

kann Zahnmedizin teilweise als relevante unterstützende Säule in der allgemeinmedizinischen Therapie, z.B. durch Parodontistherapie von Diabetikern, wirken; auch hierfür bedarf es allerdings Konzepte, die den Patientenfluss, eine adäquate Langzeitbetreuung, eine angemessene Remuneration und entsprechende Qualitätsindikatoren abbilden.

- (2) Zahnmedizinische Versorgungsforschung sollte Aspekte der Patienten- und Nutzerorientierung fokussieren. Hierbei steht die Stärkung der Patientenautonomie und Entscheidungskompetenz (partizipative Entscheidungsfindung) und, allgemein, die Berücksichtigung von Patientenpräferenzen im Vordergrund. Gerade im internationalen Vergleich wird dieses Thema bisher in Deutschland wenig diskutiert bzw. beforscht. Zudem ist hier eine Verschränkung mit der klinischen Forschung möglich, werden doch hier auch patientenzentrierte Endpunkte vermehrt in die Studienstandards miteinbezogen (z.B. bei der Definition von Mindestendpunkten, sog. Core Outcomes, die Studien zu einem bestimmten zahnmedizinischen Problem untersuchen

und berichten sollten) [1]. Im Bereich der Alters-, Pflege- und Behindertenzahnmedizin ist die Angehörigeneinbeziehung ein relevantes und bisher wenig thematisiertes Problem.

- (3) Erfolge bei der Verbesserung der Mundgesundheit stehen in der Mediendiskussion oft im Vordergrund, die weiterhin ausgeprägte und sich zum Teil sogar verschärfende soziale und regionale Ungleichheit in der Gesundheitsversorgung wird mitunter nicht thematisiert. Zahnmedizinische Versorgungsforschung ist gefragt, wenn es um die Entwicklung und Evaluation von Konzepten zur Reduktion dieser Ungleichheit geht. Hier wird vor allem die Verknüpfung mit der Public Health Forschung und anderen Themen, z.B. der Sozialforschung und Gesundheitssystemforschung, vonnöten sein.
- (4) Eng verbunden mit regionalen Ungleichheiten ist die Frage zahnmedizinischer Versorgung. Zahnärztliche Bedarfsplanung wird vor dem Hintergrund der demografischen Polarisierung sowie dem Trend zur Verstädterung auch in der Zahnmedizin (Stichwort: Medizinische Versorgungszentren) ein zunehmend

wichtiges Thema. Eine flächendeckende, wohnortnahe Versorgung von hoher Qualität wird möglicherweise ohne aktive Steuerung nicht zu gewährleisten sein. Zahnmedizinische Versorgungsforschung kann helfen zu verstehen, welche Faktoren diesen Strukturwandel treiben, ob und wie sie modifizierbar sind und wie Steuerungselemente, z.B. auch im Rahmen sektorübergreifender Versorgungskonzepte, angewandt werden können, um eine regionale Ungleichversorgung zu begrenzen.

- (5) Zahnärztliche Versorgung in Deutschland findet vor allem in Praxen statt; Versorgungsforschung sollte dem entsprechen und dort stattfinden, wo auch die Versorgung ist. Die Etablierung von Praxisnetzwerken, die sowohl Outcome-bezogene als auch prozessbezogene Studien durchführen, ist ein relevantes Ziel. Ebenso sollte zahnmedizinische Versorgungsforschung vermehrt mit Daten aus der Routineversorgung operieren. Trotz der bekannten Schwächen von Sekundärdaten lassen sie teilweise ein tiefes und vor allem repräsentatives Verständnis der Versorgung zu. Ebenso erlaubt eine sinnvolle Verknüpfung eine Perspektive auf zahnmedizinische Fragestellungen unter Rückgriff auf Daten aus anderen Versorgungssektoren. Die Zusammenarbeit mit Kostenträgern und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen kann hier sinnvoll sein.

Um diese Anforderungen zu erreichen bzw. eine solche thematische Breite auch methodisch tief abdecken, muss sich die zahnmedizinische Versorgungsforschung in Deutschland weiterentwickeln. Hierzu sind (1) seitens der Hochschullandschaft Veränderungen wünschenswert. So tragen in vielen anderen Ländern (u.a. USA, Großbritannien, Niederlande) Lehrstühle mit Versorgungsfor-schungsbezug (z.B. Community Dental Health, Dental Public Health) signifikant zur zahnmedizinischen Lehre bei, sind aber institutionalisierte Akteure im Bereich der Versorgungsforschung. In Deutschland ist dies bisher

die Ausnahme; eigenständige Abteilungen für zahnmedizinische Versorgungsforschung existieren überhaupt nicht. (2) Zum anderen sollte sich Versorgungsforschung auch als Schwerpunkt einzelner Standorte abbilden. Bisher ist dies nur in wenigen Universitätsklinik der Fall; stattdessen stehen Grundlagen- und klinische Forschung im Vordergrund. Mit zunehmender Bundesförderung (siehe unten) und einem verstärkten Augenmerk der Forschungspolitik auf dieses Feld wird sich dies möglicherweise ändern; zahnmedizinische Zentren könnten hier demnach Vorreiter an einzelnen Standorten sein und in diesem Sinn profil- und beispielgebend sein. (3) Es bedarf einer vermehrten Vernetzung der Akteure im Bereich der zahnmedizinischen Versorgungsforschung. Kooperationsmodelle aus Universitäten, Praxen, Sozialeinrichtungen, Kammern, KZVen/KVen, Krankenkassen, Patientenvereinen können eine deutlich größere Breite aufweisen und die Schlagkraft einzelner Initiativen deutlich verstärken. Generell ist eine stärkere Verknüpfung mit der Medizin zwingend; die medizinischen Disziplinen treten selten proaktiv an die Zahnmedizin heran, sind aber gleichwohl bei einem Kooperationsangebot oftmals interessiert und stehen ihr positiv gegenüber. (4) Zuletzt müssen bereits vorhandene Förderungsangebote identifiziert und genutzt werden. Sowohl die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG; ohne Ausschreibungen) als auch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF; mit Ausschreibungen) und der Innovationsfond (Förderung von Versorgungsforschung oder Evaluation neuer Versorgungsmodelle durch den gemeinsamen Bundesausschuss, mit themengebundener und themenoffener Ausschreibung) stehen als Förderer zur Verfügung. Während die DFG fordert, „beantragte Projekte sollten aber eine grundlegende Fragestellung adressieren, deren Ergebnisse auch übertragbar auf andere Problemstellungen sein sollten“, sind BMBF und Innovationsfond mitunter deutlich anwendungsnäher. In allen 3 Fördersträngen konkurriert die Zahnmedizin mit anderen Disziplinen. Nichtsdestotrotz konnten Förderanträge aus der Zahnmedizin in

den letzten Jahren auch im Innovationsfond reüssieren (Tab. 1).

### Schlussfolgerungen

Die Relevanz von Versorgungsforschung in Deutschland steigt. Zahnmedizinische Versorgungsforschung sollte innovative, sektorenübergreifende Versorgungskonzepte entwickeln, evaluieren und deren Implementierung begleiten. Der gemeinsame Risikofaktorenansatz und die unterstützende Rolle von Zahnmedizin für medizinische Versorgung können hierbei Schlüsselaspekte sein. Zudem sollten Patienten- und Nutzerorientierung sowie soziale und regionale Versorgungsungleichheiten im Vordergrund stehen. Um diese Anforderungen zu erreichen bzw. eine solche thematische Breite auch methodisch abzudecken, muss sich die zahnmedizinische Versorgungsforschung in Deutschland weiterentwickeln, u.a. durch Professionalisierung und vermehrte Vernetzung der Akteure im Bereich der zahnmedizinischen Versorgungsforschung und erfolgreiche Einwerbung kompetitiver Drittmittel.

### Interessenkonflikte:

Die Autoren erklären, dass kein Interessenkonflikt im Sinne der Richtlinien des International Committee of Medical Journal Editors besteht.

### Literatur

1. Kirkham JJ, Gorst S, Altman DG et al.: Core Outcome Set-STAndards for Reporting: The COS-STAR Statement. *PLoS Med* 2016; 13: e1002148
2. Paterson C, Dieppe P: Characteristic and incidental (placebo) effects in complex interventions such as acupuncture. *BMJ* 2005; 330: 1202–1205
3. Pfaff H: Versorgungsforschung – Begriffsbestimmung, Gegenstand und Aufgaben. In: Pfaff H, Schrappe H, Lauterbach K, Engelmann U, Halber M (Hrsg): *Gesundheitsversorgung und Disease Management. Grundlagen und Anwendungen der Versorgungsforschung.* Verlag Hans Huber, Bern 2003, 13–23
4. Pfaff H, Schrappe M: Einführung in die Versorgungsforschung. In: Pfaff H, Glaeske G, Neugebauer E, Schrappe M (Hrsg): *Lehrbuch Versorgungsforschung.* Schattauer, Stuttgart 2011, 257

5. Schrappe M, Glaeske G, Gottwik M et al.: Memorandum II zur Versorgungsforschung in Deutschland „Konzeptionelle, methodische und strukturelle Voraussetzungen der Versorgungsforschung“. *Dtsch Med Wochenschr* 2005; 130: 2918–2922

6. Schrappe M, Pfaff H: Versorgungsforschung vor neuen Herausforderungen: Konsequenzen für Definition und Konzept. *Gesundheitswesen* 2016; 78: 689–694

7. Schrappe M, Pfaff HE: Einführung in die Versorgungsforschung. In: Pfaff H, Neugebauer E, Glaeske G, Schrappe M (Hrsg): *Lehrbuch Versorgungsforschung*, 2. Auflage. Schattauer, Stuttgart 2017, 1–63

8. Schwendicke F, Krois J, Kocher T, Hoffmann T, Micheelis W, Jordan AR: More teeth in more elderly: Periodontal treatment needs in Germany 1997–2030. *J Clin Periodontol* 2018; 45: 1400–1407

9. Sheiham A, Watt RG: The Common Risk Factor Approach: a rational basis for promoting oral health. *Community Dent Oral Epidemiol* 2000; 28: 399–406



(Foto: privat)

**DR. FALK SCHWENDICKE**  
Abteilung für Zahnerhaltung und  
Präventivzahnmedizin  
Charité – Universitätsmedizin Berlin  
Aßmannshäuser Str. 4–6  
14197 Berlin  
falk.schwendicke@charite.de



(Foto: Pressestelle CAU)

**PROF. DR. KATRIN HERTRAMPF,**  
**MPH**  
Klinik für Mund-, Kiefer- und  
Gesichtschirurgie,  
Universitätsklinikum Schleswig-  
Holstein, Campus Kiel  
Arnold-Heller-Str. 3, Haus 26  
24105 Kiel  
hertrampf@mkg.uni-kiel.de