

Zusammenfassung

Mit dem Begriff Versorgungsforschung verbindet sich die Vorstellung, dass Wissenschaft helfen kann, durch ein besseres Verständnis der patientennahen Prozesse innerhalb des hoch komplexen Systems der medizinischen Versorgung innovative Entwicklungen unter der Leitidee von Qualität und Kosteneffektivität möglichst zeitnah und breitenwirksam zu implementieren. Nachdem sich 2003 fünfundzwanzig Fachgesellschaften zu dieser Neuorientierung der Forschung positiv geäußert haben, stellt sich zugleich mit der Frage nach den erforderlichen Ressourcen die Frage nach den methodologischen Voraussetzungen Erfolg versprechender Studien. Es wird dafür plädiert, die Entwicklung von Health Technology Assessment und Versorgungsforschung als Parallelprozesse zu begreifen, die darauf angewiesen sind, ihre Relevanz und Akzeptanz von Beginn an auch unter dem Aspekt der Erfassung des Forschungs-Impacts zu diskutieren. Die reklamierte Gleichbehandlung mit der biomedizinischen Grundlagenforschung wird davon abhängen, ob es gelingt, die theoretischen Grundlagen von Versorgungsforschung so wirksam zu begründen, dass diese nicht als beiläufige Anwendungsforschung, sondern mit der Orientierung auf zeitnahe und nachhaltige Implementation von Innovationen notwendigerweise auch als Grundlagenforschung verstanden wird.

Schlüsselwörter

Versorgungsforschung · Health Technology Assessment · Theorie der letzten Meile

Abstract

The scientific approach to health services research is thought to provide a better understanding of patient-centered processes within the hyper-complex system of medicine. The basic idea is to create new forms of routine within a framework of high quality and efficiency. In Germany in 2003 more than twenty-five medical societies demanded a consequent promotion of health services research. Besides the crucial question of sufficient resources, this leads to the value of methodological standards within health services research. Health Services Research and Health Technology Assessment should be looked upon as parallel processes which both depend on demonstrating relevance and gaining public acceptance. Evaluations of the impact of health services research should be integrated into a broader theoretical concept. Solid foundations for health services research as a basic theory for understanding the “last mile” of medicine are necessary in order to achieve the same esteem as the biomedical research now holds.

Key words

Health Services Research · Health technology assessment · theory of the last mile

Institutsangaben

Arbeits- und Koordinierungsstelle Gesundheitsversorgungsforschung, VFwF e.V. – Universität Bremen

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Norbert Schmacke · Arbeits- und Koordinierungsstelle Gesundheitsversorgungsforschung, Universität Bremen · Bibliothekstraße 1 · 28359 Bremen · E-mail: schmacke@uni-bremen.de

Bibliografie

Gesundh ökon Qual manag 2004; 9: 167–171 © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York · DOI 10.1055/s-2004-813125 · ISSN 1432-2625

Im September 2003 wandte sich die Ständige Kongresskommission „Deutscher Kongress für Versorgungsforschung“ im Namen von 25 wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften mit einem Memorandum [1] an die Öffentlichkeit und machte geltend, dass Versorgungsforschung als eigenständige, interdisziplinär wie fachübergreifend tätige Disziplin gleichberechtigt in die Förderprogramme des Bundes und der Deutschen Forschungsgemeinschaft aufzunehmen sei, wobei die Erwartung ist, dass sich auch die Kostenträger der Sozialversicherung stärker als bisher engagieren. Für den Gegenstand von Gesundheitsversorgungsforschung hat Pfaff den symbolischen Begriff der „letzten Meile“ [2] geprägt, womit die über allen Anstrengungen der Akteure im Gesundheitswesen schwebende Frage angesprochen wird, was für die Patientinnen und Patienten am Ende als unmittelbarer Nutzen eines milliardenschweren Unternehmens „medizinische Versorgung“ erfahrbar wird. Die Argumentation des Memorandums spricht zunächst einmal für sich, wobei gewissermaßen nebenbei verlautet, dass man es im Bereich Versorgungsforschung anteilig auch mit Grundlagenforschung zu tun habe. Dies ist leichter gesagt als getan.

Die nachfolgenden Ausführungen gehen davon aus, dass eine derartige Wertschätzung von Versorgungsforschung in der Tat dringend notwendig, aber nicht ohne weiteres zu erreichen ist. Wie so oft fragt sich nämlich bei dem Beklagen grundsätzlicher Defizite, wie sehr es um das Beheben einer neu entstandenen Problemlage geht, und inwieweit tiefer liegende Konflikte angesprochen werden, die nicht – wie im Memorandum unterstellt – vor allem einem Paradigmenwechsel im Krankheitspektrum geschuldet sind, sondern hartnäckigen Barrieren bei der Beforschung von Innovationen, Behandlungsvariationen und Qualitätsstandards. Letztere Vermutung ist nicht gänzlich von der Hand zu weisen, wenn man auf die Bilanzen der US-amerikanischen Health Services Research blickt [3], welche zahlreiche der heute als vordringlich zu bezeichnenden Fragen von Versorgungsforschung seit nunmehr etwa 50 Jahren mit durchaus wechselndem Erfolg untersucht hat. Aus der historischen Darstellung und Analyse von Thomas McCarthy und Kree L. White, zweier Pioniere der Health Services Research sei hervorgehoben, dass 1952 auf einer Konferenz in der Medical School von Chapel Hill als Keynote Speaker Jerry N Morris bereits auf die Notwendigkeit populationsbezogener Studien in der Versorgungslandschaft und die Methodik der Randomisierung hinwies – und dass ein entsprechender Forschungsansatz gleichberechtigt neben der Biomedizin zu etablieren sei.

Dieser behutsame Start der Betrachtungen möge nicht mit Resignation verwechselt werden. Er steht vielmehr für die Besinnung auf die Skepsis als einer Kerntugend von Wissenschaft. Einige skeptische Frage lauten:

- An welchen Endpunkten kann Versorgungsforschung am Ende die eigenen Bemühungen glaubhaft, d.h. nachvollziehbar messen?
- Wie fest ist der Boden der Hypothesen, die eine bessere Kosteneffizienz ermitteln wollen?
- Wie gut sind die Bewegungsgesetze von Sozialversicherungssystemen wirklich zu verstehen?

Im Sinne von Glaubwürdigkeit und Akzeptanz erscheint es notwendig, eine Theorie der Versorgungsforschung zu begründen, welche auch den Impact der von ihr angestoßenen Interventionen im Feld der Versorgung thematisiert und sich nicht mit plausiblen Annahmen auf dem Weg zur Optimierung medizinischer Versorgung zufrieden gibt. Deshalb ist es sinnvoll, das Thema des Impacts gemeinsam für die Ansätze von HTA und Versorgungsforschung zu beleuchten.

Dass HTA und die Frage nach dem Impact von Innovationsansätzen in Deutschland und vielen anderen Ländern überhaupt eine beachtliche Aufmerksamkeit erhalten hat, ist – die Pioniere des HTA in Deutschland sehen dies selbst so, deshalb besteht nicht die Gefahr, dass diese Aussage falsch verstanden wird – ganz überwiegend der Tatsache geschuldet, dass der Gesetzgeber HTA und evidenzbasierte Leitlinien als relevantes Steuerungsinstrument betrachtet und demzufolge in die Sozialgesetzgebung aufgenommen hat [4]. Damit ist eine erste wichtige Voraussetzung für ein Prosperieren von HTA und Versorgungsforschung erfüllt. Die Chancen der Entfaltung dieser neuen Forschungs- und Steuerungsansätze werden nun maßgeblich davon abhängen, ob die Erwartungen in die neuen Instrumente erfüllt werden können und ob HTA und Versorgungsforschung am Ende als neue Routinen tatsächlich auch die Wertschätzung erfahren, die ihnen prinzipiell zugedacht ist. Vielleicht wächst die Einsicht in die Notwendigkeit der Förderung hochwertiger Versorgungsforschung auch durch die stärkere Diversifizierung in der Vertragswelt der gesetzlichen Krankenversicherung und das Setzen auf den Markt [5, 6].

Das Best Practice Prinzip

Als Leitidee von HTA und Versorgungsforschung kann abstrakt gesprochen der Gedanke der Optimierung oder des Ersetzens vorhandener Standards gelten. Perleth, Jakubowski und Busse [7] kommen in ihrer Kurzdarstellung eines Berichts für die Europäische Kommission zur Frage „Best Practice“ im Gesundheitswesen u.a. zu der Schlussfolgerung, dass die Identifizierung von Barrieren zur Entwicklung von Best-Practice-Modellen in der Medizin eine zentrale Aufgabe von Forschung zu sein habe – und dass diese nur scheinbar triviale Aufgabe eine Vielfalt von Handlungs- und Einstellungsebenen in der Akteurswelt in Betracht ziehen müsse. Die Bandbreite reicht von fehlender und/oder widersprüchlicher bzw. unterschiedlich interpretierter Evidenz über fehlende Ressourcen oder mangelnde Befähigungen zur Umsetzung von Evidenz im System wie bei den Experten – bis hin zu offen konfligierenden Interessen und unterschiedlichen Präferenzen. Die Frage nach den Barrieren schließt die kritische Bewertung bisheriger Bemühungen zu ihrer Überwindung ein, um zu neuen, Erfolg versprechenden Ansätzen gelangen zu können – und um der Politik nahe legen zu können, in welche rechtlichen, strukturellen und ökonomischen Gesetze einzugreifen wäre, um die kontinuierlichen Reformbemühungen in allen Gesundheitssystemen effektiver zu gestalten.

Das Beispiel Leitlinien

Dies lässt sich am Beispiel der leitliniengestützten Medizin beispielhaft demonstrieren (ein exzellenter Überblick zum Wechselverhältnis von Leitlinien und HTA findet sich in [8]). Im Vorfeld von Leitlinien sind systematische Reviews darum bemüht, den State of the Art für ein bestimmtes therapeutisches Vorgehen, zum Beispiel zur Optimierung der Behandlung des diabetischen Fußes oder zu den differenziellen Effekten in der invasiven Kardiologie zu ermitteln. Das Resultat gilt es dann in eine evidenzbasierte Leitlinie umzusetzen. Derartige hochwertige Leitlinien entstehen seit einigen Jahren – unter erheblichem Aufwand – vermehrt, nachdem die Ära der Konsensus-Leitlinien zu Recht heftig kritisiert worden war. Versorgungsforschung ist nun mit der Tatsache konfrontiert, dass aus einer Vielfalt von Gründen Praktiker der Umsetzung von evidenzbasierten Leitlinien erhebliche Widerstände entgegensetzen. Die Gründe reichen von mangelnder Kenntnisnahme über Skepsis gegenüber der Methode der evidenzbasierten Medizin und mangelnder Übung im Umgang mit systematischen Reviews bis hin zum Eindruck der Überforderung durch die Inflation von Leitlinien und der Angst vor dem Verlust ärztlicher Autonomie [9–11]. Die Leistung von Versorgungsforschung besteht darin, den Alltag der Medizin zu analysieren und damit zugleich Lösungswege aufzuzeigen, wie die Evidenz in die Praxis gelangen kann. So zeigt sich, dass „Non-Response“ in der Leitlinienfrage verständlich gemacht werden kann – und dass dies z. B. erhebliche Konsequenzen für die Frage der Fortbildung der Ärzteschaft haben müsste. Offenbar müssen drei Ebenen berücksichtigt werden, wenn Fortbildung erfolgreich sein will:

- die Vermittlung des best verfügbaren Wissens mit Methoden der Erwachsenenbildung
- die Berücksichtigung der emotionalen Seiten der Arzt-Patient-Beziehung
- die Betrachtung des Systems ärztlichen Handelns (sowohl in der Eigen- wie der Fremdwahrnehmung)

Ein prima vista wenig spektakulärer Ansatz, der sich der immer wieder beschriebenen Kluft zwischen Evidenz und Praxis gewidmet hat, ist die flächendeckende Verbreitung der Clinical Evidence (CE) der BMJ Publishing Group in der Ärzteschaft [12]. Diese hat in Italien die dortige Initiative des Gesundheitsministeriums, eine hochwertige italienische Übersetzung der CE zu verteilen, nicht nur gewürdigt, sie scheint vielmehr – nach Selbsteinschätzung – die CE auch intensiver im Alltag zu verwenden als die bisher entwickelten und publizierten Leitlinienkonvolute. Damit ist der Nutzen dieser staatlichen Intervention natürlich noch nicht belegt, Versorgungsforschung hierzu wäre nicht nur reizvoll, sondern angesichts der skizzierten Widerstände gegen die systematische Nutzung der Methode der Evidenzbasierten Medizin von vitaler Bedeutung.

Focus: Barrieren

Das Erkennen und Überwinden der Fortschrittsbarrieren in der Versorgung gehört mit anderen Worten zu den Kernaufgaben von Versorgungsforschung. Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass sich zwischen der Analyse von Bero et al [13] zur Überwindung von Implementationsbarrieren gegenüber HTA-

Resultaten und der Übersicht von Grol [14] zu den Voraussetzungen eines erfolgreichen Qualitätsmanagements in der Medizin überraschende Übereinstimmungen finden, von denen folgende genannt werden sollen:

- gezielte Besuche bei Leistungserbringern durch Peers oder andere akzeptierte Experten,
- Verwendung von Erinnerungssystemen (möglichst IT-gestützt),
- interaktive Elemente in Fortbildungsveranstaltungen
- und (am erfolgversprechendsten wie aufwändigsten): kombinierte Interventionen aus den geschilderten Einzelementen.

Methodentriangulation

Für die Unterstützung der letztgenannten mehrdimensionalen Ansätze finden sich etwa zeitgleich weitere Belege, teils aus quantitativen, teils aus qualitativen Studien [15, 16]. Tracy et al. [17] haben ebenfalls mit quantitativen wie qualitativen Ansätzen der Sozialforschung das Feld der Allgemeinmedizin unter dem Aspekt der Befolgung evidenzbasierter Handlungsempfehlungen beforcht. Dies führt zu einer grundsätzlichen Erkenntnis für die Versorgungsforschung: die Methodentriangulation wird zur unabdingbaren Voraussetzung tragfähiger Forschungsstrategien – und dies bedeutet aber anders betrachtet, dass Versorgungsforschung sich mit allen Urteilen und Vorurteilen über die Reichweite einzelner wissenschaftlicher Methoden konfrontiert sehen kann. Während den einen Biometrie und multiple logistische Regression ein Buch mit sieben Siegeln bleibt, bringen die anderen kein Verständnis für den Diskurs der objektiven Hermeneutik auf. Dies sind keine akademischen Überlegungen, sondern – in Fortführung der Barrierendebatte – echte Hemmnisse auf dem Weg zu erfolgreichen Forschungsanträgen innerhalb der eingeschliffenen Bahnen, wenn hier nicht wirksam für umfassende Forschungskonzepte geworben werden kann.

Das magische Dreieck

Die Frage „qualitativ oder quantitativ“ hat Leys [18] mit Blick auf die Gesundheitspolitik betrachtet. Er bilanziert, dass auf allen Seiten (Professionelle, Stakeholder wie Patienten) Werte, Präferenzen und Perspektiven ausschlaggebend dafür sind, was als „best verfügbare Evidenz“ ins Auge genommen und akzeptiert wird. HTA und Versorgungsforschung, die wirkungsvoll sein wollen, die m. a. W. ihr Impact interessiert, sind insofern dazu „verurteilt“, die Werteebene mit ins Kalkül zu ziehen. Einer der Pioniere der evidenzbasierten Medizin, John Muir Gray, hat auf diesen Zusammenhang schon lange aufmerksam gemacht, indem er davon sprach, dass Entscheidungen innerhalb des Gesundheitswesens immer von drei Ebenen abhängen: von der Evidenz, von den bereitgestellten Ressourcen und von den jeweilig zugrunde liegenden Werten [19]. Dieses magische Dreieck der Bearbeitung des Themas Innovationen in der Medizin [20] bildet die Hintergrundfolie für die Entwicklung einer Theorie der Versorgungsforschung, welche gleichberechtigt neben der biomedizinischen Grundlagenforschung und den klinischen Studien Garant für eine Nutzen stiftende und kosteneffektive medizinische Versorgung werden kann.

Die Bürgerorientierung

Es ist unschwer zu prognostizieren, dass mit der Etablierung des neuen Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen die Notwendigkeit der Methodentriangulation noch klarer werden wird. Einer der Aufträge dieses Instituts lautet, im Lichte der best verfügbaren Evidenz an dem Projekt der „Bereitstellung von für alle Bürgerinnen und Bürger verständlichen allgemeinen Informationen zu Qualität und Effizienz in der Gesundheitsversorgung“ zu arbeiten. Da dies nicht sinnhaft umgesetzt werden kann, ohne bei der Erstellung derartiger Materialien wie deren Evaluation von Beginn an über Fragen der Informationsverdichtung und Verständnissicherung nachzudenken, sind neben der evidenzbasierten Medizin einschlägige Methoden der Sozialwissenschaften, der Pädagogik, der Psychologie und der Medienwissenschaften zu bemühen. Dies mag im ersten Anlauf noch nicht so gesehen werden, wird aber spätestens bei dem Versuch, den Impact derartiger „verständlicher allgemeiner Informationen“ zu messen, aufgerufen werden.

Die Priorisierungsdebatte

Erfahrungen aus dem UK sprechen dafür, dass für die Priorisierung von versorgungsrelevanten Forschungsthemen im dortigen NHS die Methode der systematischen Bewertung wissenschaftlicher Publikationen sich als besonders effektiv erwiesen hat, während der aufwändige Prozess der Abfrage unter Entscheidern, Patienten und Leistungserbringern eine Flut an Themenvorschlägen erbrachte, von denen aber nur sehr wenige am Ende in den Förderkatalog aufgenommen wurden [21]. Hiermit ist ein weiteres Mal ein Zirkel beschrieben, der dadurch charakterisiert ist, dass die Erwartungen an die Auswahl der Forschungsthemen und -methoden (im Sinne eines begründeten Vertrauensvorschlusses) durch die Ergebnisse der Forschung (Relevanz, Praxisnähe, Kosteneffektivität) gerechtfertigt werden müssen, um so die nächste Welle an Forschungsförderung zu legitimieren.

Whistling in the dark

HTA und Versorgungsforschung sind als Geschwister zu verstehen. HTA wird von der Frage getrieben, wie relevante medizinische Innovationen so früh wie möglich im Lichte vorhandener medizinisch-wissenschaftlicher Studien und Kompetenzen für gesundheits- und sozialpolitische Entscheidungen bewertet werden können. Versorgungsforschung wird von der Frage getrieben, wie der mit möglichst hochwertigen Methoden und unter dem Aspekt der Alltagstauglichkeit bewertete medizinische Fortschritt so rasch wie möglich und vor allem nachhaltig im System verankert werden kann. Versorgungsforschung wird dabei auch in Zukunft von den „Kinderfragen“ der traditionsreichen Health Services Research getragen werden:

- Wie können Untersuchungs- und Behandlungsvariationen abgebildet werden?
- Wie groß ist die beeinflussbare Varianz?
- Durch welche Maßnahmen kann das System bewegt werden, gute Qualität zu möglichst niedrigen Preisen zu erbringen?

Man wird die Schwierigkeiten nicht unterschätzen dürfen, die verschiedenen Logiken und Sichten der Beteiligten des überkomplexen medizinischen Versorgungssystems ein Stück weit näher aneinander zu bringen. Zu sehr differieren die Einschätzungen, welche Art von Forschung relevante Fragen und Ergebnisse zutage fördert [22, 23]. Das Verstehen dieser unterschiedlichen Welten ist vielleicht eine der am wenigsten entwickelten Kompetenzen von Forschung. Die Aporien sind zahlreich, weil Evidenz und Impact nicht automatisch deckungsgleich sein können [8, 24] und weil partizipative Forschung nicht schlicht Übernahme der Erwartungen von Auftraggebern bedeuten kann [25]. Insoweit bleibt es eine offene Frage, wie die unterschiedlichen Förderer von Versorgungsforschung am ehesten davon überzeugt werden können, dass Versorgungsforschung von einer eigenen belastbaren Theorie getragen wird, welche sich um die Bewertung und die Realisierung von Innovationen im immer sperrigen Alltag kümmert. Wenn dieses Vertrauen schrittweise entsteht, dann können die Forderungen des eingangs genannten Memorandums entgegen mancherlei Befürchtungen im nächsten Jahrzehnt auf große Beachtung stoßen.

Literatur

- 1 Badura B, Busse R, Gostomzyk J et al. Memorandum zur Versorgungsforschung in Deutschland. Situation – Handlungsbedarf – Strategien. Hamburg 28.9.2003
- 2 Pfaff H. Versorgungsforschung – Begriffsbestimmung, Gegenstand und Aufgaben. In: Pfaff H, Schrappe M, Lauterbach KW, Engelmann U, Halber M (Hrsg). Gesundheitsversorgung und Disease Management. Grundlagen und Anwendungen der Versorgungsforschung. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hans Huber, 2003: 13 – 23
- 3 McCarthy T, White KL. Origins of Health Services Research. Health Services Research 35
- 4 Wild C, Gibis B. Evaluations of health interventions in social insurance-based countries. Germany, the Netherlands, and Austria. Health Policy 2003; 53: 187 – 196
- 5 Gibis BR, Juzwishin D. Devolving Healthcare Delivery to Regional Health Authorities: Is Health Technology Assessment Prepared to Follow? Healthcare Management Forum 2003; 16: 24 – 31
- 6 Schmacke N. Wettbewerb in der Gesetzlichen Krankenversicherung – eine neue Mode? Universitas 2004; 59: 49 – 58
- 7 Perleth M, Jakubowski E, Busse R. What is ‚best practice‘ in health care? State of the art and perspectives in improving the effectiveness and efficiency of the European health care systems. Health Policy 2001; 5: 235 – 250
- 8 Helou A, Perleth M. Leitlinien und Health Technology Assessment (HTA). In: Schwartz FW u.a (Hrsg). Das Public Health Buch. München; Wien; Baltimore: Urban & Schwarzenberg, 2003: 739 – 754
- 9 Schneider CA et al. Leitlinienadäquate Kenntnisse von Internisten und Allgemeinmedizinern am Beispiel der arteriellen Hypertonie. ZaeFQ 2001; 95: 339 – 344
- 10 Cabana MD. Why Don't Physicians Follow Clinical Practice Guidelines? JAMA 1999; 282: 1458 – 1465
- 11 McKenna HP, Ashton S, Keeney S. Barriers to evidence-based practice in primary care. Journal of Advanced Nursing 2004; 45: 178 – 189
- 12 Formoso G, Moja L, Nonino F et al. Clinical Evidence: a useful tool for promoting evidence-based practice? BMC Health Serv Res 2000; 3
- 13 Bero LA, Grilli R, Grinshaw JM et al. Gettino research findings into practice: Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of intervention to promote the implementation of research findings. BMJ 1998; 317: 465 – 468
- 14 Grol R. Improving the Quality of Medical Care. Building bridges among professional pride, payer profit, and patient satisfaction. JAMA 2001; 286: 2578 – 2585
- 15 Grimshaw JM et al. Changing provider behaviour: an overview of systematic reviews of interventions. Med Care 2001; 39: 112 – 45

- ¹⁶ Solberg L et al. Lessons from experienced guideline implementers: attend to many factors and use multiple strategies. *Jt Comm J Qual Improv* 2000; 26: 171 – 188
- ¹⁷ Tracy CS, Dantas GC, Upshur R. Evidence-based medicine in primary care: qualitative study of family physicians. *BMC Family Practice* 2003; 4: 6
- ¹⁸ Leys M. Health care policy: qualitative evidence and health technology assessment. *Health Policy* 2003; 65: 217 – 226
- ¹⁹ Muir Gray JA. Evidence-based healthcare: how to make health policy and management decisions. London: Churchill Livingstone, 1997
- ²⁰ Schmacke N. Innovationen in der Medizin: das magische Dreieck von Evidenz, Werten und Ressourcen. *Zeitschrift für qualitative Bildungs-, Beratungs- und Sozialforschung* 2004 (im Druck)
- ²¹ Chase D, Milne R, Stein K et al. What are the relative merits of the sources used to identify potential research priorities for the NHS HTA programme? *Int J Technol Asses Health Care* 2000; 16: 743 – 750
- ²² Dash P, Gowman N, Traynor M. Increasing the impact of health services research. *BMJ* 2003; 327: 1339 – 1341
- ²³ Lomas J, Fulop N, Gagnon D et al. On Being a Good Listener: Setting Priorities for Applied Health Services Research. *The Milbank Quarterly* 2003; 81: 363 – 388
- ²⁴ Jacob R, Mc Gregor M. Assessing the impact of health technology assessment. *Int J of Health Technology Assessment in Health Care* 1997; 13: 68 – 80
- ²⁵ Perleth M, Schwartz FW. Health Technology Assessment (HTA), evidenzbasierte Medizin (EbM). *Alter Wein in neuen Schläuchen? Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* 2001; 44: 857 – 864

Erratum

In Ausgabe 1/2004 der *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement* ist versehentlich bei den bibliographischen Daten das falsche Jahr angegeben.

Die korrekte Zitierung lautet: *Gesundh ökon Qual manag* 2004; 9: 24 – 59

Der Verlag bedauert den Fehler.