



**Gesundheitsversorgung**  
Nationales Forschungsprogramm

Ausschreibung



FONDS NATIONAL SUISSE  
SCHWEIZERISCHER NATIONALFONDS  
FONDO NAZIONALE SVIZZERO  
SWISS NATIONAL SCIENCE FOUNDATION

**Schweizerischer Nationalfonds  
zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung**

Wildhainweg 3

Postfach 8232

CH-3001 Bern

Tel. +41 (0)31 308 22 22

E-Mail [nfp74@snf.ch](mailto:nfp74@snf.ch)

[www.nfp74.ch](http://www.nfp74.ch)

[www.snf.ch](http://www.snf.ch)

© September 2015, Schweizerischer Nationalfonds, Bern

## Inhalt

<b>1. Zusammenfassung</b> .....	<b>5</b>
<b>2. Einleitung</b> .....	<b>7</b>
<b>3. Ziele des NFP 74</b> .....	<b>11</b>
<b>4. Zentrale Forschungsfelder</b> .....	<b>12</b>
Modul 1: Optimierung der Ressourcenallokation durch Verminderung der Unter- und Überbeanspruchung von Leistungen .....	12
Modul 2: Koordination und Zusammenarbeit unter den Gesundheitsfachpersonen .....	13
Modul 3: Versorgung von multimorbiden chronisch Kranken.....	15
<b>5. Spirit des NFP Gesundheitsversorgung</b> .....	<b>17</b>
<b>6. Eingabeverfahren und Projektauswahl</b> .....	<b>18</b>
<b>7. Kontaktinformationen</b> .....	<b>21</b>
<b>8. Akteure</b> .....	<b>22</b>

## Was ist ein Nationales Forschungsprogramm (NFP)?

Im Rahmen der NFP werden Forschungsprojekte durchgeführt, die einen Beitrag zur Lösung national bedeutsamer Gegenwartsprobleme leisten. Gestützt auf Artikel 10 Absatz 2 des Bundesgesetzes über die Förderung der Forschung und der Innovation vom 14. Dezember 2012 (Fassung vom 1. Januar 2015) bestimmt der Bundesrat die Fragestellungen und Schwerpunkte, die in den NFP untersucht werden sollen. Für die Durchführung der Programme, die der Bundesrat entsprechend in Auftrag gibt, zeichnet der Schweizerische Nationalfonds verantwortlich.

In der Verordnung zum Bundesgesetz über die Förderung der Forschung und der Innovation vom 29. November 2013 (Fassung vom 1. Januar 2015, Art. 3 V-FIFG) wird das Fördersystem der NFP wie folgt beschrieben:

«<sup>1</sup> Mit den nationalen Forschungsprogrammen (NFP) des Schweizerischen Nationalfonds (SNF) sollen untereinander koordinierte und auf ein gemeinsames Ziel ausgerichtete Forschungsprojekte ausgelöst und durchgeführt werden.

<sup>2</sup> Als Gegenstand der NFP eignen sich vor allem Problemstellungen:

- a. zu deren Lösung die schweizerische Forschung einen besonderen Beitrag leisten kann;
- b. zu deren Lösung Forschungsbeiträge aus verschiedenen Disziplinen erforderlich sind;
- c. deren Erforschung innerhalb von etwa fünf Jahren Ergebnisse erwarten lässt, die für die Praxis verwertbar sind.

<sup>3</sup> In begründeten Ausnahmefällen kann ein NFP auch dafür eingesetzt werden, gezielt zusätzliches Forschungspotenzial in der Schweiz zu schaffen.

<sup>4</sup> Bei der Auswahl wird auch berücksichtigt, ob:

- a. die erwarteten Resultate aus dem Programm als wissenschaftliche Grundlage für Regierungs- und Verwaltungsentscheide dienen können;
- b. das Programm im Rahmen der internationalen Zusammenarbeit durchgeführt werden kann.»

## 1. Zusammenfassung

Das schweizerische Gesundheitssystem wird häufig als eines der besten weltweit betrachtet, da einige Indikatoren wie hohe Lebenserwartung, Zahl der Gesundheitsfachpersonen und Patientenzufriedenheit sehr positiv ausfallen. Dennoch bestehen verschiedene Herausforderungen. Die Alterung der Bevölkerung und die zunehmende Prävalenz von chronischen Krankheiten erfordern eine gewisse Verlagerung: Das Gesundheitssystem, in dem heute die Behandlung von akuten Krankheiten im Vordergrund steht, sollte vermehrt auf die Prävention und Gesundheitsförderung und auf eine langfristiger angelegte, patientenzentrierte und integrierte Gesundheitsversorgung ausgerichtet werden. Bei der Versorgungsforschung handelt es sich um einen dynamischen Forschungsbereich, der gut aufgestellt ist, um diese Herausforderungen zu meistern und die Entscheidungsträger dabei zu unterstützen, evidenzbasierte Entscheidungen zu treffen. Die Versorgungsforschung untersucht, wie präventive und therapeutische Versorgungsleistungen der Bevölkerung wirksam, sicher und kostengünstig zugänglich gemacht werden können.

Das NFP 74 Gesundheitsversorgung ist darauf ausgerichtet, eine innovative Versorgungsforschung zu fördern, die konkrete Herausforderungen in der Behandlung von chronischen Krankheiten in der Schweiz angeht, aber auch Beiträge zur internationalen wissenschaftlichen Literatur leistet. Die Ziele des NFP Gesundheitsversorgung bestehen darin, Erkenntnisse zur Struktur und Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung in der Schweiz sowie zu den Möglichkeiten zu gewinnen, wie sich die gesundheitlichen Ergebnisse verbessern lassen, mit einem besonderen Schwerpunkt auf der Prävention und Behandlung von Patienten mit (mehrfach) chronischen Erkrankungen. Zusätzlich möchte das NFP in einer längerfristigen Perspektive das Bewusstsein für die derzeitigen Unzulänglichkeiten der Daten zur Gesundheitsversorgung in der Schweiz wecken und zu besser nutzbaren Gesundheitsdaten beitragen. Damit wirkt die Versorgungsforschung mit, diagnostische, präventive und therapeutische Leistungen und deren Inanspruchnahme zu verbessern. Schliesslich strebt das NFP den Aufbau einer starken Forschungsgemeinschaft an, die weltweit führende Versorgungsforschung durchführt.

Das erste Modul des NFP 74 Optimierung der Ressourcenallokation durch Verminderung der Unter- und Überbeanspruchung von Leistungen umfasst die Entwicklung von Methoden und Studien zur Auswertung der Unter- und Überversorgung von Leistungen für Patienten mit (mehrfach) chronischen Krankheiten sowie die Evaluierung von Möglichkeiten zur Minimierung der Unter- und Überversorgung. Das zweite Modul Koordination und Zusammenarbeit unter den Gesundheitsfachpersonen beinhaltet Studien zur Zusammenarbeit im medizinischen Bereich, im Langzeitbereich und bereichsübergreifend im Hinblick auf die Patientenflüsse im Behandlungskontinuum und auf neue Behandlungsmethoden und Abgeltungsmodelle für medizinische und Langzeitversorgung. Das dritte Modul Versorgung von multimorbiden chronisch Kranken umfasst Forschung zu den gesundheitlichen Ergebnissen und damit verbundenen Kosten für Leistungen und Leistungserbringungssysteme, Qualitätsmessgrössen, Erfahrungen der Patienten mit verschiedenen Erbringungssystemen und neue Ansätze für die Priorisierung von Versorgungsleistungen. Diese Module ermöglichen es Forschern, die Versorgungssituation in der Schweiz aus verschiedenen wissenschaftlichen, problemorientierten Perspektiven zu untersuchen. Die drei Forschungsfelder schliessen sich nicht gegenseitig aus. Deshalb können auch Projekte, die zwei oder drei Module betreffen, eingereicht werden. Das NFP Gesundheitsversorgung ist besonders für Entscheidungsträger auf individueller Ebene (Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen und Gesundheitsfachpersonen), auf institutioneller Ebene (stationäre

und ambulante Gesundheitsversorgung, Einrichtungen der Langzeitversorgung) und auf kantonaler oder Bundesebene (Politiker, Gesundheitsbehörden) relevant. Die Ergebnisse bilden eine Wissensgrundlage für evidenzbasierte Entscheidungen in den Bereichen Versorgung und öffentliche Gesundheit im Einklang mit den Werten und Präferenzen der schweizerischen Bevölkerung.

Das NFP 74 ist mit 20 Mio CHF dotiert und wird Projekte mit einer maximalen Laufdauer von 48 Monaten unterstützen. Der Bundesrat hat den SNF am 24. Juni 2015 beauftragt, das NFP 74 Gesundheitsversorgung durchzuführen.

## 2. Einleitung

### Hintergrund

Gesundheitssysteme umfassen eine Vielzahl von Infrastrukturen und Dienstleistungen zur Gesundheitsförderung, Prävention und Behandlung von Krankheiten bei der gesamten Bevölkerung. Oft wird das schweizerische Gesundheitssystem als eines der «besten» der Welt betrachtet. Einige Indikatoren wie die hohe Lebenserwartung, die tiefe Kindersterblichkeit, die Zahl der Gesundheitsfachpersonen, der Zugang zu medizinischen Leistungen und die Patientenzufriedenheit weisen darauf hin, dass die Gesundheitsversorgung in der Schweiz hervorragend ist. Dennoch bestehen auch verschiedene Herausforderungen. Die Alterung der Bevölkerung und die zunehmende Prävalenz von chronischen Krankheiten erfordern eine gewisse Verlagerung: Das Gesundheitssystem, in dem heute die Behandlung von akuten Krankheiten im Vordergrund steht, sollte vermehrt auf die Prävention und Gesundheitsförderung und auf eine langfristiger angelegte, patientenzentrierte und integrierte Gesundheitsversorgung ausgerichtet werden. Die Koordination der Versorgung (sowohl zur Prävention als auch zur Behandlung) im zeitlichen Verlauf und vor allem die Koordination der Übergänge zwischen verschiedenen Bereichen der Gesundheitsversorgung sowie die Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitsfachpersonen werden immer wichtiger. Aufgrund der breiten Verfügbarkeit von gesundheitsbezogenen Informationen im Internet und von Bildungs- und Interaktionsmöglichkeiten, die weit über die klassische Arzt-Patienten-Beziehung hinausgehen, findet im Bereich der Gesundheitskompetenz und des Informationsmanagements zurzeit ein Wandel statt. Zudem gehört das schweizerische Gesundheitssystem zu den teuersten weltweit. Diesbezüglich stellt sich die Frage, wie die verfügbaren Ressourcen eingesetzt werden sollen, um für die Patientinnen und Patienten optimale Ergebnisse und für die Bevölkerung die bestmögliche Gesundheit zu erreichen.

Aufgrund dieser (und weiterer) Herausforderungen wird verbreitet die Auffassung vertreten, die Versorgungsforschung im Gesundheitswesen in der Schweiz zu fördern. Die Versorgungsforschung ist wichtig, um die derzeitigen Stärken und Schwächen des schweizerischen Gesundheitssystems besser zu verstehen und um Lösungen zu entwickeln und zu testen, mit denen sich die oben erwähnten Herausforderungen angehen lassen. Es sollte auch untersucht werden, welche Faktoren die Umsetzung wirksamer Lösungen behindern oder unterstützen. Zudem müssen die Evidenzgrundlagen ausgebaut werden, auf die sich Entscheidungsträger, einschliesslich von gesunden und kranken Menschen, politischen Verantwortlichen, Leistungserbringern und Kostenträgern, bei ihren Entscheidungen stützen können, damit sie diese in Kenntnis der Sachlage und entsprechend ihren Werten und Präferenzen treffen können.

Die Versorgungsforschung untersucht, wie Gesundheitssysteme organisiert, gesteuert und finanziert werden sollen, damit die Gesundheitsversorgungsleistungen zugänglich sind und sicher, wirksam, effizient und benutzerorientiert erbracht werden. Wichtige Bereiche der Versorgungsforschung sind unter anderem (1) die unterschiedliche Inanspruchnahme, vor allem die Unter- und Überbeanspruchung von Leistungen, (2) die Zugänglichkeit von präventiven und therapeutischen Leistungen für die Bevölkerung und für spezifische Gruppen, die durch soziodemografische oder andere Merkmale definiert sind, (3) der Vergleich der Ergebnisse von klinischen oder präventiven Interventionen oder von verschiedenen Arten der Leistungserbringung und -koordination, (4) die Bedürfnisse, Werte und Präferenzen der Bevölkerung (oder

Untergruppen) in Bezug auf die bevorzugte Art der Versorgung und (5) die Wirtschaftlichkeit von Gesundheitsversorgungsleistungen.

Um diese Fragen anzugehen, ist die Versorgungsforschung meist multidisziplinär organisiert und bezieht beispielsweise Forschende aus den Bereichen Medizin, Epidemiologie, Pflege, Psychologie, Statistik, Soziologie, Recht, Ethik, Bioinformatik und Wirtschaftswissenschaften ein. In den verschiedenen Phasen, die von der Ermittlung der Forschungsfragen und der Festlegung der Prioritäten bis zum Transfer der wissenschaftlichen Erkenntnisse in die Praxis reichen, werden zunehmend auch Vertreterinnen und Vertreter der Bevölkerung sowie weitere Interessenträger wie Leistungserbringer, Kostenträger, die Wirtschaft und die Politik einbezogen.

### **Das nationale und internationale Forschungsumfeld**

In Ländern wie den USA, den skandinavischen Ländern oder dem Vereinigten Königreich hat die Versorgungsforschung eine längere Tradition als in der Schweiz. So leistete beispielsweise die Dartmouth-Gruppe Pionierarbeit im Bereich der Messung der regionalen Unterschiede bei der Leistungserbringung sowie für das Verständnis der Gründe für die Unter- und Überbeanspruchung von präventiven und therapeutischen Leistungen. Die skandinavischen Länder verfügen über eine langjährige Tradition von Patienten- und Bevölkerungsregistern, die wichtige Daten für evidenzbasierte Leistungen im Bereich der öffentlichen Gesundheit und der Gesundheitsversorgung enthalten. Im Rahmen der Versorgungsforschung wurden auch randomisierte Studien durchgeführt (z.B. das RAND-Experiment in den 1960er-Jahren). In diesen Ländern konnte sich eine Versorgungsforschung von hoher Qualität entwickeln, weil Daten aus realen Alltagssettings verfügbar sind, häufig aus Krankengeschichten oder aus Gerichtsakten. Wenn Gesundheitsdaten zugänglich sind, können die Forschenden dazu beitragen, dass sie mit der Zeit immer verlässlicher und aussagekräftiger werden. Auf diese Weise können Datenlücken und Unzulänglichkeiten erkannt und beseitigt werden.

In der Schweiz stellt sich die Situation etwas anders dar. Obwohl hier einige Fragen angegangen wurden, die für das Gesundheitssystem von Bedeutung sind, werden wichtige Daten teils nicht routinemässig erhoben (z.B. Längsschnittdaten zur Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung oder grundlegende epidemiologische Daten zu einigen chronischen Krankheiten) oder sind für die Forschung nicht zugänglich (z.B. Daten zu den Kosten). Falls Daten verfügbar sind (z. B. aus bevölkerungsgestützten Kohortenstudien oder beim Bundesamt für Statistik), müssen sie oft aus verschiedenen Datenbanken verknüpft werden, was technisch anspruchsvoll ist (da noch kein einheitlicher Personenidentifikator besteht) und teilweise von Gesetzes wegen nicht zulässig ist. Eine Gruppe von Schweizer Forschenden und Fachleuten für öffentliche Gesundheit hat 2013 ein Manifest für bessere Gesundheitsdaten veröffentlicht, in dem diese Probleme angesprochen wurden. Sie schlugen vor, einen Lernzyklus einzuführen, über den durch die bessere Verfügbarkeit und Zugänglichkeit von Daten sowie durch die Verknüpfung der Daten und eine harmonisierte Datenerfassung allmählich qualitativ hochstehende Gesundheitsdaten bereitgestellt werden.<sup>1</sup>

In der Gesundheitsversorgung und in der Versorgungsforschung bestehen verschiedene Trends und Spannungsfelder, die besondere Aufmerksamkeit erfordern. Zum einen wird der Koordination

---

<sup>1</sup> [http://www.public-health.ch/logicio/client/publichealth/file/konferenz/d\\_Manifest\\_Gesundheitsdaten\\_Druck.pdf](http://www.public-health.ch/logicio/client/publichealth/file/konferenz/d_Manifest_Gesundheitsdaten_Druck.pdf)

und Kontinuität der Gesundheitsversorgung zunehmende Beachtung geschenkt. Zum Beispiel erhalten (multimorbide) chronisch Kranke im Verlauf der Zeit sowohl ambulante als auch stationäre Leistungen sowie Unterstützung durch Sozialdienste und die gemeindenahe Gesundheitsversorgung und durchlaufen verschiedene Übergänge. Die Koordination einer solchen Behandlung ist anspruchsvoll und setzt die Patienten dem Risiko einer Unter- oder Übertherapie aus, wenn sie nicht angemessen erfolgt. In einigen Ländern wurden Versorgungsmodelle entwickelt und eingeführt, welche die Komplexität der Behandlung von chronischen Krankheiten und einen effizienten Einsatz der Gesundheitsfachpersonen berücksichtigen. Zum Beispiel können Pflegeexpertinnen mit erweiterten Kompetenzen, Arztassistenten und spezialisierte Pflegefachpersonen spezifische Aufgaben übernehmen, während sich die Ärztinnen und Ärzte auf jene Aufgaben konzentrieren, die nur sie wahrnehmen können. Für die Schweiz ist es wichtig zu klären, ob und weshalb bestimmte dieser ausländischen Praktiken in einigen Regionen übernommen und auf die hiesigen Verhältnisse abgestimmt werden können (z. B. Übergang zwischen verschiedenen Bereichen) und weshalb die Übernahme bestimmter anderer Praktiken, die andernorts seit vielen Jahren etabliert sind, auf Widerstand stösst.

Das Bewusstsein wächst, dass die Forschungsergebnisse unter Alltagsbedingungen möglichst gut anwendbar sein sollten, damit sie Informationen für die Entscheidungsfindung liefern. Angesichts ihrer Ausrichtung auf die reale Alltagspraxis der Gesundheitsversorgung eignet sich die Versorgungsforschung gut, um Erkenntnisse bereitzustellen, die in der Praxis anwendbar sind. Im Rahmen der Versorgungsforschung werden jene Bevölkerungsgruppen oder Interventionen untersucht, die unter Alltagsbedingungen üblicherweise anzutreffen sind. Diese aus der Alltagspraxis stammenden untersuchten Gruppen sind in Bezug auf ihre Merkmale, die Krankheitsrisiken und die Ergebnisse oft relativ heterogen. Deshalb kann es schwierig sein, die Gesamtschätzung eines Behandlungseffekts bei einzelnen Personen oder Patientengruppen anzuwenden. Es ist zu erwarten, dass der Nutzen und der Schaden, die mit bestimmten präventiven oder therapeutischen Interventionen verbunden sind, für einzelne Untergruppen der heterogenen Gesamtbevölkerung unterschiedlich sind. Daher ist es wichtig, die Wirkungen bei Untergruppen beziehungsweise die wirkungsmodifizierenden Faktoren zu untersuchen. Nur so können den einzelnen Personen Interventionen mit einem optimierten Nutzen-Schaden-Verhältnis empfohlen werden. Dieses Spannungsfeld zwischen allgemein gehaltenen untersuchten Gruppen und dem Bedarf nach individuellen oder zumindest untergruppenspezifischen Wirkungen erfordert grosse Datenbestände, die in kleineren Studien unter Umständen nicht gegeben sind. Unterdessen sind hochentwickelte Methoden zur gültigen Bearbeitung von Forschungsfragen, die auf grossen Beobachtungsstudien beruhen, spezielle Experimenttypen sowie Methoden für die Zusammenfassung mehrerer Studien verfügbar.

Schliesslich bieten die Fortschritte in der Informationstechnologie und im Bereich der epidemiologischen und statistischen Methoden die Möglichkeit, vermehrt in Echtzeit und näher an der realen Alltagspraxis zu arbeiten. Die Versorgungsforschung sollte auf Daten beruhen, in denen die aktuelle Praxis zum Ausdruck kommt. Oft sind die Resultate von randomisierten Studien und Beobachtungsstudien rasch überholt. Verschiedene Aspekte der Gesundheitsversorgung sind zeitgebunden, weil neue Technologien oder Interventionen verfügbar werden, weil sich die personellen oder finanziellen Ressourcen (z. B. Personalmangel in der ärztlichen Grundversorgung oder in der Pflege), die Gesetzgebung oder die Abgeltungssysteme (z. B. DRG) ändern. Während prospektive Langzeitstudien für grundlegende, möglicherweise weniger zeitkritische Entscheidungen im Gesundheitswesen wichtig sind, entwickeln sich Register, nationale

Gesundheitsstatistiken, das Internet (z. B. Suchmaschinen, soziale Medien) und Datenlager (z. B. Krankenversicherung) zu immer wichtigeren Hilfsmitteln, um Fragen in der Versorgungsforschung anzugehen. Für einige Fragen in der Versorgungsforschung können auch pragmatische Kurzzeitstudien hilfreich sein.

Die obigen Überlegungen stellen keine abschliessende Betrachtung dar. Sie sollen jedoch aufzeigen, dass die Versorgungsforschung ein dynamischer Forschungsbereich mit hoher Öffentlichkeitsrelevanz ist. Das NFP 74 Gesundheitsversorgung ist darauf ausgerichtet, eine innovative Versorgungsforschung zu fördern, die konkrete Herausforderungen in der Schweiz angeht, aber auch Beiträge zur internationalen wissenschaftlichen Literatur leisten.

### **Praktischer Nutzen**

Die Versorgungsforschung ist naturgemäss von hoher Praxisrelevanz. Gleichzeitig können von ihr nur dann positive Auswirkungen erwartet werden, wenn sie auf angemessen entwickelten Konzepten, exakten Methoden und auf den Lehren beruht, die aus früheren Studien gezogen wurden. Das NFP 74 Gesundheitsversorgung wird Projekte im Bereich der Versorgungsforschung fördern, mit denen die derzeitige Praxis der Gesundheitsversorgung in der Schweiz untersucht wird, mit einem besonderen Schwerpunkt auf (multimorbiden) chronisch Kranken. Zudem wird das NFP 74 Forschungsprojekte unterstützen, die bestehende und neuartige Möglichkeiten zur Erbringung von Gesundheitsversorgungsleistungen unter Alltagsbedingungen entwickeln und beurteilen. Weiter wird es eine solide Grundlage für die künftige Versorgungsforschung aufbauen.

### **Adressatenkreis der Ergebnisse**

Aufgrund der Praxisrelevanz der Versorgungsforschung richtet sich das NFP 74 Gesundheitsversorgung an einen breiten Adressatenkreis. Die Resultate von Modul 1 «Optimierung der Ressourcenallokation durch Verminderung der Unter- und Überbeanspruchung von Leistungen» werden für die folgenden Interessenträger von Bedeutung sein: Schweizer Bevölkerung, Politikerinnen und Politiker auf nationaler und kantonaler Ebene, Gesundheitsbehörden des Bundes, der Kantone und der Gemeinden, Leistungserbringer und Kostenträger im Gesundheitswesen. Die Ergebnisse von Modul 2 «Koordination und Zusammenarbeit unter den Gesundheitsfachpersonen» werden vor allem für Gesundheitsfachpersonen (Ärztenschaft, Pflegefachpersonen, medizinische Praxisassistentinnen, Spitaldirektoren und Praxisleiterinnen), politische Verantwortliche, Gesundheitsbehörden und Versicherungsgesellschaften relevant sein. Die Forschungsergebnisse im Bereich «Versorgung von multimorbiden chronisch Kranken» (Modul 3) werden für folgende Akteure wichtig sein: Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen und ihr persönliches Umfeld, Gesundheitsfachpersonen, Ausbildungs-, Nachdiplom- und Weiterbildungseinrichtungen, Politikerinnen und Politiker auf nationaler und kantonaler Ebene, Gesundheitsbehörden des Bundes, der Kantone und der Gemeinden, Leistungserbringer und Kostenträger im Gesundheitswesen.

### **3. Ziele des NFP 74**

#### **Wissenschaftliche Ziele**

Das übergeordnete Ziel des Programms besteht darin, Erkenntnisse zur Struktur und Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung in der Schweiz sowie zu den Möglichkeiten zu gewinnen, wie sich die gesundheitlichen Ergebnisse verbessern lassen, mit einem besonderen Schwerpunkt auf der Prävention und Behandlung von (mehreren) chronischen Erkrankungen. Zusätzlich möchte das NFP in einer längerfristigen Perspektive das Bewusstsein für die derzeitigen Unzulänglichkeiten der Daten zur Gesundheitsversorgung in der Schweiz wecken und zu einer besseren Verfügbarkeit, Zugänglichkeit, Verknüpfung und Vergleichbarkeit von Gesundheitsdaten beitragen. Damit kann die Versorgungsforschung dazu beitragen, die diagnostischen, präventiven und therapeutischen Leistungen und deren Inanspruchnahme zu verbessern. Schliesslich strebt das NFP den Aufbau einer starken Forschungsgemeinschaft an, die weltweit führende Versorgungsforschung durchführt.

Die Projekte im Rahmen des NFP 74 sollten zumindest auf eine der folgenden Arten zum Aufbau einer Wissensgrundlage beitragen: Erstens sollten sie das Wissen über die derzeitige Unter- und Überbeanspruchung von diagnostischen, präventiven und therapeutischen Leistungen und über die Art und Weise ausbauen, wie die verschiedenen Akteure des schweizerischen Gesundheitssystems miteinander interagieren. Zweitens sollten sie zum Verständnis beitragen, wie die Leistungsanspruchnahme und -erbringung im schweizerischen Gesundheitswesen künftig optimiert werden kann, gestützt auf fundierte wissenschaftliche Erkenntnisse aus Studien, die innerhalb des schweizerischen Gesundheitssystems exakte und ethisch vertretbare Methoden anwenden und von den Werten und Präferenzen der Schweizer Bevölkerung ausgehen. Drittens sollten sie zum Wissen beitragen, wie ausgehend von der derzeitigen Situation der Leistungsanspruchnahme und -erbringung im schweizerischen Gesundheitswesen eine Gesundheitsversorgung erreicht werden kann, die den heutigen und künftigen Gesundheitsbedürfnissen der Schweizer Bevölkerung entspricht.

#### **Ziele des Wissenstransfers**

Aus dem NFP 74 Gesundheitsversorgung ergibt sich der folgende praktische Nutzen: Bereitstellung einer Wissensgrundlage, um Behörden, Politikerinnen und Politiker, Gesundheitsfachpersonen, Privatpersonen und öffentliche Institutionen bei anstehenden Entscheidungen und Entwicklungen im Zusammenhang mit dem schweizerischen Gesundheitssystem zu unterstützen. Zudem soll das Wissen, das im Rahmen des NFP 74 erarbeitet wird, zu einer evidenzbasierten öffentlichen Diskussion über die Gesundheitsversorgung in der Schweiz beitragen. Ein weiteres Ziel besteht darin, eine anhaltende positive Wirkung auf die Versorgungsforschung in der Schweiz zu erreichen.

Der Adressatenkreis des NFP 74 umfasst somit:

- Parlamentarierinnen und Parlamentarier, die für die betreffenden Themen zuständig sind;
- Behörden auf Bundes-, Kantons- und Gemeindeebene, die für die betreffenden Themen zuständig sind;
- Gesundheitseinrichtungen und deren Organisationen;
- Betroffene Fachpersonen oder deren Verbände und Gesellschaften;
- Betroffene Ausbildungs-, Nachdiplom- und Weiterbildungseinrichtungen;

- Forschende in der Schweiz in den entsprechenden Disziplinen;
- führende Forschungsprogramme und Institutionen im Ausland.

#### **4. Zentrale Forschungsfelder**

Das NFP 74 ist auf drei Forschungsfelder ausgerichtet: «Optimierung der Ressourcenallokation durch Verminderung der Unter- und Überbeanspruchung von Leistungen», «Koordination und Zusammenarbeit unter den Gesundheitsfachpersonen» und «Versorgung von multimorbiden chronisch Kranken». Diese Unterthemen oder Module ermöglichen es, im Rahmen des NFP die Versorgungssituation in der Schweiz aus verschiedenen wissenschaftlichen, problemorientierten Perspektiven zu untersuchen. Die drei Forschungsfelder schliessen sich nicht gegenseitig aus. Deshalb können sowohl Projekte, die sich spezifisch auf eines der drei Module beziehen, als auch Projekte eingereicht werden, die zwei oder drei Module betreffen. Die spezifischen Themen, die nachstehend zu den einzelnen Modulen aufgeführt sind, dienen als Beispiele und sollen zur Entwicklung von innovativen Forschungsprojekten anregen.

##### **Modul 1: Optimierung der Ressourcenallokation durch Verminderung der Unter- und Überbeanspruchung von Leistungen**

In letzter Zeit wurden verschiedene Kampagnen wie «Gemeinsam klug entscheiden» und «Smarter Medicine» lanciert. Sie sollen das Gespräch zwischen Arzt und Patient über die Inanspruchnahme von diagnostischen Untersuchungen und medizinischen Interventionen fördern. Ziel dieser Initiativen ist es, die angemessene Inanspruchnahme von diagnostischen Untersuchungen und medizinischen Interventionen entsprechend den medizinischen Bedürfnissen und den Präferenzen von gesunden und kranken Menschen zu steigern. Durch wissenschaftliche Daten über den Nutzen und Schaden von Interventionen können gesunde und kranke Menschen informiert werden, was die Unter- und Überbeanspruchung von Versorgungsleistungen verringern hilft. Unterbeanspruchung von Gesundheitsversorgungsleistungen wird hier als Unterlassung von diagnostischen Untersuchungen und medizinischen Interventionen definiert, deren Nutzen den Schaden übersteigt. Überbeanspruchung wird als unnötige Durchführung von diagnostischen Untersuchungen und medizinischen Interventionen definiert, von denen mehr Schaden als Nutzen zu erwarten ist.

Für dieses Modul werden Eingaben begrüsst, die darauf ausgerichtet sind:

- neue Konzepte und Methoden zu entwickeln und zu testen, um die Unter- und Überbeanspruchung von diagnostischen, präventiven und therapeutischen Leistungen zu definieren und zu untersuchen (z. B. entsprechend den medizinischen Bedürfnissen, Werten und Präferenzen, wissenschaftlich belegten Daten oder anderen Kriterien);
- die Unter- und Überbeanspruchung von diagnostischen, präventiven und therapeutischen Leistungen und die damit verbundenen Kosten in bestimmten Regionen/Bevölkerungsgruppen (z. B. Migrantinnen und Migranten, Versicherungstyp) in der Schweiz oder regions-/gruppenübergreifend zu untersuchen und die Gründe zu erforschen (z. B. finanzielle Mittel, Infrastruktur, negative Anreize), auf welche die Unter- und Überbeanspruchung von Gesundheitsversorgungsleistungen zurückzuführen ist. Besonders willkommen sind Projekte, mit denen eine Grundlage für die Langzeitüberwachung der

Unter- und Überbeanspruchung von Gesundheitsversorgungsleistungen («Versorgungsmonitoring») entwickelt wird;

- Instrumente (z. B. Entscheidungshilfen, Ermittlung der Präferenzen, klinische/computergestützte Entscheidungsunterstützung) zu entwickeln und zu evaluieren, die den Patientinnen und Patienten und den sie betreuenden Gesundheitsfachpersonen helfen, die diagnostischen, präventiven und therapeutischen Leistungen so zu wählen und/oder zu gewichten, dass der Nutzen maximiert, der Schaden minimiert und zugleich die finanziellen Ressourcen effizient genutzt werden.

Begrüsst werden Eingaben, die auf diagnostische, präventive und therapeutische Leistungen für (multimorbide) chronisch Kranke (von Kindern bis Betagten und von chronischen psychischen bis somatischen Erkrankungen) ausgerichtet sind. Es bestehen keine Einschränkungen hinsichtlich der diagnostischen Untersuchungen, der präventiven oder therapeutischen Interventionen oder der Strategien für das Management von chronischen Erkrankungen oder für die Leistungskoordination innerhalb und über Bereiche und Leistungserbringer hinaus. Die Studien können sich auch auf komplexe Interventionen beziehen (Kombination von Behandlungen, die im Rahmen von Versorgungsnetzen erbracht werden). Falls komplexe Interventionen geplant sind, können sich die Forschenden an den Leitlinien des britischen Medical Research Council zur Entwicklung und Beurteilung von komplexen Interventionen orientieren ([www.mrc.ac.uk/complexinterventionsguidance](http://www.mrc.ac.uk/complexinterventionsguidance)).

Hinsichtlich der Forschungsmethoden (quantitativ, qualitativ oder eine Kombination davon) bestehen keine Einschränkungen. Die Wahl der Methoden sollte der Forschungsfrage entsprechen und darauf abgestimmt werden, wie viele und welche Art von wissenschaftlich belegten Daten zum jeweiligen Thema bereits verfügbar sind. Es wird dringend empfohlen, für alle Studiendesigns und Methoden die verfügbaren Richtlinien für die Konzipierung von Studien und die Berichterstattung heranzuziehen (z. B. abrufbar unter <http://www.equator-network.org/>) und die Methodenwahl und den Methodenmix zu begründen. Die Projekte können sich auf die Entwicklung oder Anpassung von Methoden zur Definition und Bestimmung der Unter- und Überbeanspruchung von Gesundheitsversorgungsleistungen beziehen, sollten jedoch eine Anwendung auf das schweizerische Gesundheitssystem beinhalten. Die Studien sollten so angelegt werden, dass eine möglichst weitgehende Verallgemeinerung der Resultate gewährleistet ist.

Unter 5. Spirit des NFP Gesundheitsversorgung sind weitere allgemeine Hinweise aufgeführt, die für alle drei Module gelten.

## **Modul 2: Koordination und Zusammenarbeit unter den Gesundheitsfachpersonen**

Angesichts der alternden Gesellschaft und der zunehmenden Prävalenz von chronischen Erkrankungen werden die Koordination und Kontinuität der Versorgungsleistungen im medizinischen Bereich und im Langzeitbereich immer wichtiger. Gegenwärtig werden neuartige Versorgungsmodelle entwickelt und evaluiert, welche die Komplexität der diagnostischen, präventiven und therapeutischen Leistungen für (multimorbide) chronisch Kranke berücksichtigen, z. B. mittels multidisziplinären Teams, Fallmanagern, prozessorientierter Organisation der Pflege und Behandlung usw. Einige dieser Modelle sind zweifellos attraktiv. Allerdings ist oft nicht klar, unter welchen Umständen und in welchen Systemen sie funktionieren und letztlich zu besseren gesundheitlichen Ergebnissen führen und welche Auswirkungen sie auf

Gesundheitssysteme haben. Zudem haben wichtige ökonomische (z. B. Abgeltungssysteme) und rechtliche Aspekte (z. B. Auftrag der Kantone im Bereich der Hilfe und Pflege zu Hause für Betagte, z. B. Art. 112c der Bundesverfassung, oder Auftrag zur Sicherstellung der ambulanten medizinischen Grundversorgung, z. B. Art. 117a der Bundesverfassung) einen Einfluss darauf, wie die Gesundheitsversorgung koordiniert wird und wie Gesundheitsfachpersonen zusammenarbeiten.

Begrüsst werden Eingaben, die darauf ausgerichtet sind:

- zu untersuchen, wie die verschiedenen Leistungserbringer in der Schweiz, die im Bereich der medizinischen Diagnostik, Prävention und Therapie sowie der Hilfe und Pflege zu Hause für (multimorbide) chronisch Kranke tätig sind, im medizinischen Bereich, im Langzeitbereich und bereichsübergreifend im Hinblick auf das Behandlungskontinuum zusammenarbeiten und welche Unterschiede nach Region, zwischen ländlichen und städtischen Umfeldern oder in verschiedenen Untergruppen bestehen;
- zu erforschen, wie (multimorbide) chronisch Kranke die Gesundheits- und Langzeitpflegesysteme durchlaufen (d. h. im Längsschnitt), welche Unterschiede nach Region oder Untergruppe bestehen und welche Kosten damit verbunden sind;
- im schweizerischen Gesundheitswesen Versorgungsnetze und -modelle für den medizinischen Bereich und den Langzeitbereich zu evaluieren, die sich ausserhalb der Schweiz bewährt haben, und Möglichkeiten und (z. B. organisatorische oder ökonomische) Hindernisse zu untersuchen, die mit der Umsetzung verbunden sind;
- neuartige Abgeltungsansätze für interdisziplinäre und/oder integrierte Versorgungsmodelle zu entwickeln und in Pilotversuchen zu testen, die gegenwärtig von der Grundversicherung in der Schweiz nicht übernommen werden (z. B. Management von chronischen Krankheiten durch Pflegefachpersonen).

Begrüsst werden Eingaben, die auf die Koordination und Kontinuität der Versorgungsleistungen im medizinischen Bereich und im Langzeitbereich für (multimorbide) chronisch Kranke (von Kindern bis Betagten und von chronischen psychischen bis somatischen Erkrankungen) ausgerichtet sind. Es bestehen keine Einschränkungen hinsichtlich der diagnostischen Untersuchungen, der präventiven oder therapeutischen Interventionen oder der Strategien für das Management von chronischen Erkrankungen oder für die Leistungskoordination innerhalb und über Bereiche und Leistungserbringer hinaus. Dieses Modul ist auf die Koordination und Zusammenarbeit unter den Gesundheitsfachpersonen und nicht hauptsächlich auf die Behandlungsergebnisse bei Patientinnen und Patienten ausgerichtet. Projekte können jedoch sowohl Ziele aus diesem Modul und aus Modul 3 umfassen.

Die Forschenden werden aufgefordert, in Teams zu arbeiten, denen Gesundheitsfachpersonen, Soziologinnen, Psychologen und Wirtschaftswissenschaftlerinnen angehören, und weitere Disziplinen einzubeziehen, um die Machbarkeit und die Akzeptanz (bei Patientinnen und Patienten und Gesundheitsfachpersonen) zu untersuchen und die Wirksamkeit von Zusammenarbeitsbestrebungen bei der Versorgung von (multimorbiden) chronisch Kranken unter Alltagsbedingungen zu vergleichen. Der Einbezug von Interessenträgern, z. B. praktizierenden Gesundheitsfachpersonen, Patientinnen und Patienten, Politikerinnen und Politikern, Gesundheitsbehörden und Kostenträgern (Versicherungsgesellschaften), ist bei diesem Modul ausdrücklich erwünscht. Die Forschenden sollten nach Möglichkeit bestehende Daten nutzen und

Studien, die mit der Erhebung zusätzlicher Daten verbunden sind, effizient planen, um die bestehenden Daten zu ergänzen. Hinsichtlich der Forschungsmethoden (quantitativ, qualitativ oder eine Kombination davon) bestehen keine Einschränkungen. Die Wahl der Methoden sollte auf die Forschungsfrage sowie auf den Umfang und die Art der wissenschaftlich belegten Daten abgestimmt werden, die zum jeweiligen Thema bereits verfügbar sind. Es wird dringend empfohlen, für alle Studiendesigns und Methoden die verfügbaren Richtlinien für die Konzipierung von Studien und die Berichterstattung heranzuziehen (z. B. abrufbar unter <http://www.equator-network.org/>) und die Methodenwahl und den Methodenmix zu begründen.

Unter 5. Spirit des NFP Gesundheitsversorgung sind weitere allgemeine Hinweise aufgeführt, die für alle drei Module gelten.

### **Modul 3: Versorgung von multimorbiden chronisch Kranken**

In der Schweiz ist die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen gegenwärtig stark ärztezentriert, da die meisten diagnostischen, präventiven und therapeutischen Leistungen für (multimorbide) chronisch Kranke von Ärztinnen und Ärzten erbracht werden. Angesichts des demografischen Wandels, der zunehmenden Zahl von Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen und des zu erwartenden Personalmangels in der ärztlichen Grundversorgung ist diese Situation in der Schweiz wahrscheinlich längerfristig nicht aufrechtzuerhalten. Es stehen verschiedene Ansätze zur Verfügung oder werden gegenwärtig entwickelt, um diese Herausforderungen anzugehen. Vielversprechende Ansätze für die Neugestaltung der Organisation und Erbringung der Grundversorgungsleistungen sind die Grundversorgungspraxis als medizinische Koordinationsstelle (Primary Care Medical Home), teilweise auch als «patientenzentriertes medizinisches Zuhause» (Patient Centered Medical Home oder Healthcare Home) bezeichnet, die erweiterte Grundversorgung (Advanced Primary Care) sowie unterstützende (gemeindenah erbrachte) Leistungen im Zusammenhang mit chronischen Krankheiten / Behinderungen. Ausserdem wurden zahlreiche Telemedizinmodelle mit mehr oder weniger aktivem Patienten-Selbstmanagement eingeführt und zurzeit entstehen auch neue Modelle für die gemeindenahe Langzeitbetreuung.

Begrüsst werden Eingaben, die darauf ausgerichtet sind:

- die gesundheitlichen Ergebnisse und die damit verbundenen Kosten bei (multimorbiden) chronisch Kranken zu evaluieren, die im Rahmen neuartiger Modelle für die Organisation und Erbringung von Versorgungsleistungen behandelt werden, mit einem Schwerpunkt auf Patientinnen und Patienten, die oft komplexe Interventionen benötigen;
- zu untersuchen, wie digitale Instrumente zur Unterstützung der Behandlungsprozesse und des Informationsaustausches zwischen den verschiedenen Leistungserbringern (elektronische Krankengeschichte, elektronisches Patientendossier, Shared Documents) die Zusammenarbeit und das Behandlungskontinuum verbessern;
- die Herausforderungen der Messung der Versorgungsqualität bei (multimorbiden) chronisch Kranken anzugehen, damit Qualitätsmessgrössen entwickelt und die Qualitätsleistung von Organisationen und Leistungserbringungssystemen im Bereich der Gesundheitsversorgung verbessert werden können;
- zu untersuchen, wie unterschiedliche Patientinnen und Patienten (z. B. definiert durch ihre Kombination von Erkrankungen oder ihre Präferenzen für gesundheitliche Ergebnisse, Interventionstypen) verschiedene Versorgungsmodelle erleben;

- neuartige Interventionen zu entwickeln und zu evaluieren, die Patientinnen und Patienten mit (mehreren) chronischen Erkrankungen oder einem entsprechenden Risiko und den Leistungserbringern helfen, diagnostische, präventive und therapeutische Leistungen zu gewichten, und im Hinblick auf ein optimales Nutzen-Schaden-Verhältnis («weniger ist mehr») die Patientenmerkmale und -präferenzen berücksichtigen.

In diesem Modul werden Projekte begrüsst, die neuartige diagnostische, präventive und therapeutische Leistungen für (multimorbide) chronisch Kranke (von Kindern bis Betagten und von chronischen psychischen bis somatischen Erkrankungen) entwickeln, in Pilotversuchen testen und evaluieren. Hinsichtlich des gewählten Ansatzes (patientenzentriertes medizinisches Zuhause, Telemedizin oder andere) bestehen keine Einschränkungen. Der Ansatz sollte jedoch nicht auf eine hochspezialisierte Versorgung ausgerichtet sein, die nur relativ wenige Patientinnen und Patienten betrifft (z. B. Krankheitsmanagement für Patientinnen und Patienten nach einer Transplantation), sondern auf grosse Patientengruppen anwendbar sein. Falls komplexe Interventionen vorgesehen sind, können sich die Forschenden an den Leitlinien des britischen Medical Research Council zur Entwicklung und Beurteilung von komplexen Interventionen orientieren ([www.mrc.ac.uk/complexinterventionsguidance](http://www.mrc.ac.uk/complexinterventionsguidance)). Das (von Wagner et al. vorgeschlagene) Chronic Care Model wurde in der Schweiz und in anderen Ländern bereits ausführlich evaluiert. Deshalb wird Studien, die ausschliesslich auf die Umsetzung und Evaluation dieses Modells ausgerichtet sind, keine Priorität eingeräumt.

Hinsichtlich der Forschungsmethoden (quantitativ, qualitativ oder eine Kombination davon) bestehen keine Einschränkungen. Die Wahl der Methoden sollte der Forschungsfrage entsprechen und darauf abgestimmt werden, wie viele und welche Art von wissenschaftlich belegten Daten zum jeweiligen Thema bereits verfügbar sind. Es wird dringend empfohlen, für alle Studiendesigns und Methoden die verfügbaren Richtlinien für die Konzipierung von Studien und die Berichterstattung heranzuziehen (z. B. abrufbar unter <http://www.equator-network.org/>) und die Methodenwahl und den Methodenmix zu begründen. Die Forschenden werden aufgefordert, in Teams zu arbeiten, denen Gesundheitsfachpersonen (Ärzte, Pflegefachfrauen, Physiotherapeuten und andere), Psychologinnen und weitere Fachpersonen angehören, um die Machbarkeit und die Akzeptanz (bei Patientinnen und Patienten und Gesundheitsfachpersonen) von bestehenden und neuartigen Gesundheitsversorgungsleistungen für (multimorbide) chronisch Kranke zu untersuchen und die Wirksamkeit dieser Leistungen unter Alltagsbedingungen zu vergleichen. Der Einbezug von Interessenträgern, z. B. praktizierenden Gesundheitsfachpersonen, Patientinnen und Patienten und Kostenträgern (Versicherungsgesellschaften), ist bei diesem Modul ausdrücklich erwünscht. Die Forschenden sollten nach Möglichkeit bestehende Daten nutzen und Studien, die mit der Erhebung zusätzlicher Daten verbunden sind, effizient planen, um die bestehenden Daten zu ergänzen.

Unter 5. Spirit des NFP Gesundheitsversorgung sind weitere allgemeine Hinweise aufgeführt, die für alle drei Module gelten.

## **5. Spirit des NFP Gesundheitsversorgung**

### **Nachhaltigkeit der Versorgungsforschung in der Schweiz**

Die Perspektive des NFP 74 Gesundheitsversorgung reicht über die Dauer des Programms hinaus. Die Verbesserung der Gesundheitsversorgung in der Schweiz hängt von der Verfügbarkeit, Zugänglichkeit, Verknüpfung und Vergleichbarkeit von Gesundheitsdaten für ethisch vertretbare Nutzungen ab. Das Programm soll zur Verbesserung der Qualität und des Informationsgehalts der Gesundheitsdaten in der Schweiz beitragen, die notwendig sind, um Entscheidungsträger (von Patientinnen und Patienten bis zu politischen Verantwortlichen) zu unterstützen.

In ihrem Projektvorschlag sollten die Forschenden darlegen, inwiefern ihre Studie zu einer besseren Verfügbarkeit, Zugänglichkeit, Verknüpfung und Vergleichbarkeit von Gesundheitsdaten in der Schweiz beiträgt. Ausserdem sollten sie einen Plan für die gemeinsame Nutzung der Daten vorlegen, in dem sie beschreiben, wie die von ihnen benutzten oder erzeugten Daten und Codes (Analyse) öffentlich verfügbar oder zumindest unter gewissen Bedingungen zugänglich gemacht werden, damit die Studie oder die Analysen in anderen Umfeldern oder zu einem späteren Zeitpunkt wiederholt werden können. Ist keine gemeinsame Nutzung der Daten und Codes möglich, sollten die Forschenden erklären, weshalb dies der Fall ist (z. B. wegen Vertraulichkeitsvereinbarungen, ethischen Erfordernissen oder Datenschutzvorschriften).

### **Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses und Umfeld der Forschungsstrukturen**

Das NFP 74 ist darauf ausgerichtet, die wissenschaftlichen Kompetenzen zu erweitern, indem der akademische Nachwuchs und Nachwuchsforschende unterstützt werden. Es werden Projekte gefördert, bei denen dieser Aspekt im Vordergrund steht und die beispielsweise Dissertationsprojekte ermöglichen oder Strukturen und Plattformen für die Grundlagenforschung ausbauen. An den Schweizer Universitäten bestehen mehrere strukturierte Doktoratsstudiengänge (z. B. in Epidemiologie, Biostatistik, Psychologie, Wirtschaftswissenschaften, Ethik usw.). Die Einschreibung von Doktorierenden, die an Projekten im Rahmen des NFP 74 arbeiten, für diese Studiengänge wird sehr begrüsst; dasselbe gilt für die Zusammenarbeit über Studiengänge und Universitäten hinweg (z. B. über die Swiss School of Public Health, <http://www.ssphplus.ch>).

### **Inter- und Transdisziplinarität**

Soweit dies notwendig ist, um Forschungsfragen zu beantworten, sollten die Projekte die disziplinübergreifenden Sichtweisen und Ansätze einbeziehen, d. h. sie sollten mit einer inter- und transdisziplinären Ausrichtung arbeiten. Die Forschenden können aus verschiedenen Disziplinen stammen: Medizin, Epidemiologie, Pflege und verwandte Gesundheitsberufe, Psychologie, Statistik, Soziologie, Rechtswissenschaft, Ethik, Bioinformatik, Wirtschaftswissenschaften, Führung oder andere massgebende Bereiche. In der Phase der Festlegung der Forschungsprioritäten, der Formulierung der Forschungsfrage, der Konzipierung und Planung der Studie, der Durchführung und Analyse der Studie sowie der Interpretation und Verbreitung der Resultate möchten die Forschungsteams unter Umständen auch Beiträge von Interessenträgern der Forschung erhalten. Neben Vertreterinnen und Vertretern der zu untersuchenden Gruppen kann es sich bei den Interessenträgern um Leistungserbringer (Gesundheitsfachpersonen,

Spitaldirektoren oder Praxisleiterinnen), (öffentliche oder private) Kostenträger, die Industrie, politische Verantwortliche (z. B. Politikerinnen und Politiker, Leitlinien-Entwickler) oder Gesundheitsbehörden handeln. Falls der Einbezug von Interessenträgern geplant ist, können sich die Forschenden am «PCORI Methodology Report» orientieren (<http://www.pcori.org/assets/2013/11/PCORI-Methodology-Report.pdf>.)”

### **Nationale und internationale Zusammenarbeit**

Die nationale Zusammenarbeit mit anderen Projekten inner- und ausserhalb des NFP 74 wird begrüsst. Auch die Zusammenarbeit mit Forschungsgruppen in anderen Ländern wird unterstützt, sofern die geplante Kooperation a) zu einem bedeutenden Mehrwert führt, der ohne grenzüberschreitende Zusammenarbeit nicht erreicht werden könnte, oder b) die Schweizer Forschung in Bezug auf den Inhalt oder die Methodik wesentlich bereichert.

## **6. Eingabeverfahren und Projektauswahl**

### **Allgemeine Bedingungen**

Es ist eine einzige Ausschreibung vorgesehen. Falls erhebliche thematische Lücken festgestellt werden, kann eine zweite Ausschreibung durchgeführt werden.

Die Forschungsprojekte, die im Rahmen des NFP 74 durchgeführt werden, sind auf 48 Monate befristet. Das durchschnittliche Budget eines Projekts sollte zwischen CHF 300'000 und 400'000 liegen. Diese Bandbreite dient jedoch nur als Anhaltspunkt. Die Budgets können auch grösser oder kleiner sein.

Im Hinblick auf eine optimale Koordination müssen genehmigte Projekte spätestens drei Monate nach dem Datum ihrer Genehmigung anlaufen.

Es wird ein zweistufiges Eingabeverfahren angewandt: Zunächst werden Projektskizzen, danach auf Einladung Forschungsgesuche eingereicht. Die Leitungsgruppe erwartet, dass Projektskizzen und Forschungsgesuche in englischer Sprache abgefasst werden, ausser es kann nachgewiesen werden, dass sich Deutsch oder Französisch für den jeweiligen Forschungsgegenstand besser eignet. Bevor der Projektvorschlag in deutscher oder französischer Sprache eingereicht wird, ist bei der Programmanagerin des NFP 74 eine diesbezügliche Genehmigung einzuholen. Im Hinblick auf die Beurteilung müssen die Projektskizze und das Forschungsgesuch in der gleichen Sprache abgefasst werden.

Grenzüberschreitende Forschungsprojekte werden unter der Voraussetzung unterstützt, dass die ausländische Kompetenz für die Realisierung des Projekts unabdingbar ist. Der für Forschende im Ausland beantragte Anteil darf in der Regel maximal 30% des Gesamtbudgets betragen und die im Ausland für das Projekt verantwortliche Person kann nicht korrespondierende gesuchstellende Person sein. Für Gesuchstellende aus dem Ausland werden die Normen und Saläransätze des jeweiligen Landes sinngemäss akzeptiert, wobei die Maximalansätze des SNF in der Regel als Obergrenze gelten.

Nehmen Sie bitte mit der Programm-Managerin des NFP 74 Kontakt auf, bevor Sie einen Vorschlag für ein grenzüberschreitendes Forschungsprojekt einreichen.

Alle Formulare, Reglemente und Weisungen für die Projekteingabe sind auf dem Web-Portal [www.mysnf.ch](http://www.mysnf.ch) unter «Informationen/Dokumente» zugänglich, nachdem das entsprechende NFP ausgewählt und ein Gesuch erstellt wurde.

### **Online-Eingabe über mySNF**

Projektskizzen und Forschungsgesuche sind über das Portal mySNF einzureichen ([www.mySNF.ch](http://www.mySNF.ch)). Dazu ist eine Registrierung als Benutzerin oder Benutzer erforderlich. Früher eingerichtete Benutzerkonten sind gültig und geben Zugang zu allen Förderungsinstrumenten des SNF. Es wird empfohlen, neue Benutzerkonten möglichst frühzeitig zu beantragen; sie müssen spätestens fünf Werktage vor dem Eingabetermin auf der Einstiegsseite des Portals mySNF beantragt werden.

### **Projektskizzen**

Eingabetermin für Projektskizzen ist der 18.01.2016.

Neben den Daten, die direkt auf mySNF einzugeben sind, müssen die folgenden Dokumente hochgeladen werden:

- Projektbeschreibung (PDF-Datei)
- Dazu ist die im Portal mySNF bereitgestellte Dokumentvorlage zu verwenden. Die Projektbeschreibung darf nicht mehr als sechs Seiten umfassen.
- Kurzlebensläufe und Publikationslisten für alle Gesuchstellenden (PDF-Dateien)  
Ein Lebenslauf darf nicht länger als zwei Seiten sein. Die Publikationsliste darf jeweils nur die fünf wichtigsten Publikationen umfassen. Es können Links zu den vollständigen Publikationslisten eingefügt werden.

Projektbeschreibungen und Lebensläufe, welche die vorgegebene Länge überschreiten, werden nicht berücksichtigt.

### **Forschungsgesuche**

Eingabetermin für Forschungsgesuche ist der 18.07.2016.

Neben den Daten, die direkt auf mySNF einzugeben sind, müssen die folgenden Dokumente hochgeladen werden:

- Forschungsplan (PDF-Datei)
- Dazu ist die im Portal mySNF bereitgestellte Dokumentvorlage zu verwenden. Die Projektbeschreibung darf nicht mehr als 20 Seiten umfassen.

- Kurzbiosläufe und Publikationslisten für alle Gesuchstellenden (PDF-Dateien)  
Ein Lebenslauf darf nicht länger als zwei Seiten sein. Es können Links zu den Publikationslisten eingefügt werden.
- Auf mySNF können zusätzliche Dokumente (Empfehlungsschreiben, Bestätigung einer Zusammenarbeit oder Kofinanzierung, Formulare zu internationalen Kooperationen usw.) hochgeladen werden.

## **Projektauswahl**

Die Leitungsgruppe beurteilt die eingereichten Projektskizzen und trifft gestützt auf die unten aufgeführten Auswahlkriterien eine endgültige Entscheidung. Bei ihrer Entscheidungsfindung kann sie sich auf internationale Begutachtungen stützen. Gesuchstellenden, die nicht zur Eingabe eines Forschungsgesuchs eingeladen werden, wird dies in einer Verfügung mitgeteilt.

In einem zweiten Schritt lädt die Leitungsgruppe die Autorinnen und Autoren, deren Skizzen zur weiteren Ausarbeitung vorgesehen sind, zur Eingabe eines Forschungsgesuchs ein. In der Einladung kann die Leitungsgruppe Empfehlungen abgeben oder Auflagen für das Forschungsgesuch machen. Gestützt auf externe Begutachtungen sowie auf ihre eigene Beurteilung beantragt die Leitungsgruppe dem Nationalen Forschungsrat (Abteilung Programme und Präsidium), die Forschungsgesuche zu genehmigen beziehungsweise abzulehnen.

## **Auswahlkriterien**

Das Sekretariat der Abteilung Programme prüft die Projektvorschläge in formaler Hinsicht und mit Blick auf die Antragsberechtigung der Gesuchstellenden (vgl. Beitragsreglement des SNF), bevor es sie zur inhaltlichen Begutachtung weiterleitet. Projektskizzen und Forschungsgesuche, welche die Anforderungen nicht erfüllen, werden nicht weiterbearbeitet.

Die Projektskizzen und Forschungsgesuche werden anhand der folgenden Kriterien evaluiert, wobei die Übereinstimmung mit den Programmzielen und die wissenschaftliche Qualität die wichtigsten Kriterien darstellen:

- Übereinstimmung mit den Zielen des NFP: Die Projektvorschläge müssen den in der Ausschreibung dargelegten Programmzielen entsprechen und sich in den Gesamtrahmen des Programms einfügen.
- Wissenschaftliche Qualität: Die Projektvorschläge müssen in Bezug auf die wissenschaftliche Qualität und die Methodik den neuesten internationalen Standards entsprechen. Sie müssen eine innovative Komponente aufweisen und unter Berücksichtigung der abgeschlossenen oder laufenden Forschungsprojekte im jeweiligen Gebiet zielführend sein.
- Inter- und Transdisziplinarität: Bei Projekten mit Forschungsfragen, die von verschiedenen Disziplinen angegangen werden oder Ansätze erfordern, welche die Grenzen zwischen Wissenschaft und Praxis überschreiten, muss sichergestellt sein, dass die Zusammenarbeit zwischen den Akteuren, die Projektleitung und die Methodik angemessen sind.

- Anwendung und Umsetzung: Das Potenzial für die praktische Anwendung und Umsetzung der Resultate ist ein entscheidender Aspekt der NFP. Deshalb kommt Vorhaben mit hoher Praxisrelevanz Priorität zu.
- Personal und Infrastruktur: Für das Projekt müssen angemessene personelle Ressourcen und eine geeignete Infrastruktur sichergestellt sein.
- Berücksichtigung der angebrachten Bemerkungen: Im Hinblick auf die Ausarbeitung des Forschungsgesuchs kann die Leitungsgruppe Bemerkungen zur Projektskizze anbringen und dem Projektteam Vorschläge für Anpassungen machen. (Dieses Kriterium gilt nur für Forschungsgesuche.)

## Zeitplan

Gegenwärtig ist für das NFP 74 der folgende Zeitplan vorgesehen:

Öffentliche Ausschreibung	1. Oktober 2015
Eingabe der Projektskizzen	18. Januar 2016
Einladung zur Einreichung von Forschungsgesuchen	April 2016
Eingabe der Forschungsgesuche	18. Juli 2016
Definitiver Entscheid über die Forschungsgesuche	November 2016
Beginn der Forschung (spätestens)	1. Januar 2017 (1. März 2017)

## Budget

Für dieses NFP stehen insgesamt CHF 20 Millionen zur Verfügung. Die bereitgestellten Mittel werden voraussichtlich wie folgt auf die verschiedenen Forschungsmodule und administrativen Aktivitäten verteilt:

Modul 1	ca. CHF 5 Mio.
Modul 2	ca. CHF 5 Mio.
Modul 3	ca. CHF 7 Mio.
Wissenstransfer, Synthese und wissenschaftliche Unterstützung	ca. CHF 3 Mio.

## 7. Kontaktinformationen

Bei Fragen zur Einreichung der Projektskizzen und Forschungsgesuche wenden Sie sich bitte an die Programmanagerin: Kathrin Peter, [nfp74@snf.ch](mailto:nfp74@snf.ch) oder 031 308 22 22.

Bei Fragen zu finanziellen Angelegenheiten kontaktieren Sie bitte den Bereichsleiter Finanzen: Roman Sollberger, [roman.sollberger@snf.ch](mailto:roman.sollberger@snf.ch) oder 031 308 21 05.

## **Technischer Support für mySNF und elektronische Eingaben**

Hotline:

Tel. + 41 31 308 22 00 (Deutsch)

Tel. + 41 31 308 22 99 (Français)

Tel. + 41 31 308 22 88 (English)

E-Mail: [mysnf.support@snf.ch](mailto:mysnf.support@snf.ch)

Homepage mySNF: [www.mysnf.ch](http://www.mysnf.ch)

## **8. Akteure**

### **Leitungsgruppe des NFP 74**

#### *Präsident*

Prof. Dr. Milo Puhan, Institut für Epidemiologie, Biostatistik und Prävention, Universität Zürich

#### *Mitglieder*

Dr. Penny Hollander Feldman, Center for Home Care Policy and Research Visiting Nurse Service, New York

Prof. Dr. Steffen Flessa, Rechts- und Staatswissenschaftliche Fakultät, Universität Greifswald

Prof. Dr. Thomas Gächter, Rechtswissenschaftliches Institut, Universität Zürich

Prof. Dr. David C. Goodman, The Dartmouth Institute for Health Policy & Clinical Practice, Dartmouth Medical School

Prof. Dr. Katharina Janus, Universität Ulm und Center for Healthcare Management, Columbia University, New York

Prof. Dr. Daniel Strech, Centre for Ethics and Law in the Life Sciences (CELLS), Institut für Geschichte, Ethik und Philosophie der Medizin, Medizinische Hochschule Hannover

Prof. Dr. Michel Wensing, Wissenschaftliches Institut für Qualität im Gesundheitswesen, Radboud-Universitätsspital, Nijmegen

Prof. Dr. Marcel Zwahlen, Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Universität Bern

### **Delegierte des Forschungsrates**

Prof. Dr. Jürg Steiger, Forschungsrat, Schweizerischer Nationalfonds, Transplantationsimmunologie & Nephrologie, Universitätsspital Basel (Delegierter der Abteilung IV Programme)

Prof. Dr. Regina Aebi, Forschungsrätin, Schweizerischer Nationalfonds, Rechtswissenschaftliche Fakultät, Universität Luzern (Stellvertreterin)

### **Programmanagerin**

Dr. Kathrin Peter, Schweizerischer Nationalfonds

### **Leitende/r Wissenstransfer**

NN

**Beobachter für die Bundesbehörden**

Dr. Stefan Spycher, Bundesamt für Gesundheit, Vizedirektor und Leiter des Direktionsbereichs Gesundheitspolitik

**Beobachter für die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren (GDK)**

Dr. Peter Indra, Leiter Gesundheitsversorgung im Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt

**Für das Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation (SBFI), Bern**

Dr. Claudine Dolt, SBFI, Bern