

Endbericht

Gutachten zum Deutschen Cochrane-Zentrum

Für das
Bundesministerium für
Gesundheit

Ansprechpartner:
Dr. Joey-David Ovey
Dr. Ronny Wölbing

Mitarbeiter:
Lisa Krämer
Daniel Freudl
Dr. Friederike Edel
Sebastian Haase

Düsseldorf,
5.9.2014

Inhalt

Abbildungsverzeichnis	iii
Glossar	I
Das Wichtigste auf einen Blick: Management Summary	a
1 Gutachten des Deutschen Cochrane-Zentrums	1
1.1 Hintergrund und Auftrag	1
1.2 Methodisches Konzept	2
2 Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung: Entwicklung und Bedeutung des Deutschen Cochrane-Zentrums	5
3 Allgemeine Aussagen zu den Produkten der Cochrane-Collaboration und zur Arbeit des Deutschen Cochrane-Zentrums	10
3.1 Sichtbarkeit und Bedeutung der Produkte der Cochrane-Collaboration	10
3.1.1 Cochrane Reviews	11
3.1.2 Cochrane Library	15
3.2 Die Aufgaben des DCZ	19
3.2.1 Kernaufgabe 1: Bekanntmachung der Cochrane-Collaboration / Transfer der Forschungsergebnisse	21
3.2.2 Kernaufgabe 2: Ansprechpartner für Interessierte	22
3.2.3 Kernaufgabe 3: Handsearching / Unterstützung bei Literatursuche	23
3.2.4 Kernaufgabe 4: Informationsquelle zur Cochrane Library	23
3.2.5 Kernaufgabe 5: Weiterentwicklung der Qualität von Systematischen Reviews	23
3.2.6 Wissenschaftliche Tätigkeiten und Projekte	29
3.3 Erwartungen an die Arbeit des DCZ	29
3.3.1 Inhalte	29
3.3.2 Finanzierungsrahmen	30
3.4 Ergebnisse nach Akteursgruppen	31
4 Wahrnehmung der Aufgaben beim DCZ – Prozesse und Ergebnisse	33
4.1 Überblick über die Tätigkeiten des DCZ	33
4.2 Tätigkeiten zur Wahrnehmung der Kernaufgaben des DCZ	37
4.2.1 Unterstützung der Strukturen und Prozesse der Cochrane-Collaboration	37
4.2.2 Unterstützung externe Review-Erstellung	40
4.2.3 Advocacy, Beratung, Ansprechpartner, Mitarbeit AGs/Org. (nat./internat.)	41
4.2.4 Wissenstransfer	41
4.2.5 Interne und externe Workshops	42
4.2.6 Multiplikatoren ausbilden	42
4.3 Tätigkeiten zur Wahrnehmung der betriebsnotwendigen Aufgaben des DCZ	43
4.3.1 Leitung	43
4.3.2 Administration	44

4.3.3	Fortbildung	44
4.4	Weitere wissenschaftliche Aufgaben	44
4.4.1	Wissenschaftsmanagement	44
4.4.2	Forschung & Wissenschaftliche Projekte	45
5	Finanzierung des DCZ	47
5.1	Förderung des DCZ seit 2008	47
5.2	Personalausstattung des DCZ	54
5.3	Notwendige Finanz- und Personalausstattung zur Erfüllung der Kernaufgaben als DCZ im Status-Quo	55
5.4	Vergleich mit anderen Cochrane-Zentren	57
5.4.1	Auswahl der Zentren	57
5.4.2	Nordic Cochrane Centre (Kopenhagen), NCC	58
5.4.3	Dutch Cochrane Centre (Utrecht), DCC	59
5.4.4	US Cochrane Centre (Baltimore)	61
5.4.5	Alle Zentren im Überblick	63
6	Eine SWOT-Analyse für das DCZ	65
7	Perspektiven für das Deutsche Cochrane-Zentrum	68
7.1	Perspektiven für die Aufgaben des DCZ	68
7.1.1	Verbleib im Status-Quo	68
7.1.2	Exkurs: Cochrane Strategy to 2020	70
7.1.3	Perspektiven für die inhaltliche Arbeit des DCZ	73
7.2	Organisationsperspektiven für das DCZ	79
7.2.1	Verzicht auf ein Deutsches Cochrane-Zentrum	79
7.2.2	Ansiedlung an einer Universität	81
7.2.3	Ansiedlung im Geschäftsbereich des BMG	83
7.2.4	Ansiedlung bei einer Organisation in der Selbstverwaltung / IQWiG	84
7.2.5	Umwandlung in ein eigenständiges außeruniversitäres Forschungsinstitut	86
7.2.6	Umwandlung in eine Stiftung	88
7.2.7	Übersicht über die Organisationsperspektiven	90
7.3	Finanzierungsperspektiven	92
7.3.1	Institutionelle Förderung	93
7.3.2	Projektförderung	93
7.4	Zusammenfassung der Perspektiven	94

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Projektablauf	1
Abbildung 2: Akteursgruppen	2
Abbildung 3: Stufenmodell der EbHC	7
Abbildung 4: Verweise auf Cochrane beim IQWiG	12
Abbildung 5: Verteilung Review-Autoren in Deutschland auf die Cochrane-Review-Gruppen	13
Abbildung 6: Institutionelle Verankerung der Review-Autoren in Deutschland	14
Abbildung 7: Geografische Verteilung der Review-Autoren in Deutschland	14
Abbildung 8: Cochrane Library: Nutzungszahlen für Deutschland in 2011 und 2012	17
Abbildung 9: Volltext-Downloads nach unterschiedlichen Ländern im Jahr 2012	18
Abbildung 10: Volltext-Downloads der Cochrane Library je 1.000 Einwohner im internationalen Vergleich	19
Abbildung 11: Hintergrund Workshop-Teilnehmer Gesamt 2011 bis 2013	24
Abbildung 12: Teilnehmer systematische Übersichtsarbeiten	25
Abbildung 13: Teilnehmer systematische Literaturrecherche	25
Abbildung 14: Teilnehmer Workshop GRADE	26
Abbildung 15: Teilnehmer GRADE-Aufbau	26
Abbildung 16: Teilnehmer GRADE-Diagnose	27
Abbildung 17: Teilnehmer Evidenzbasierte Innovationen	27
Abbildung 18: Externe Workshops, die von Mitarbeitern des DCZ konzipiert und realisiert wurden, 2011 – 2013.	28
Abbildung 19: Zuordnung Tätigkeiten DCZ zu Aufgabentypen	35
Abbildung 20: Personalaufwände in VZÄ je Tätigkeit	36
Abbildung 21: Personalaufwände in % je Tätigkeit	37
Abbildung 22: Personalaufwände in % je Aufgabentyp	46
Abbildung 23: Entwicklung der eingeworbenen Drittmittel 2008 bis 2013, Stand 03.07.2014	50

Abbildung 24: Überblick der Finanzierungsquellen des DCZ 2008-2013, Stand 03.07.2014	53
Abbildung 25: Gesamtüberblick der Finanzierungsquellen des DCZ im Zeitraum 2008 – 2013, Stand 03.07.2014	54
Abbildung 26: Finanzierungsquellen der Stellenanteile der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des DCZ im Jahr 2013	55
Abbildung 27 Berechnung der Soll-Personalkosten	56
Abbildung 28: SWOT für das DCZ	67
Abbildung 29: Personalausstattung bei Aufgabenwahrnehmung im Status Quo	68
Abbildung 30: Personelle Auswirkungen der Perspektiven für die inhaltliche Arbeit des DCZ	74
Abbildung 31: Personalausstattung bei Verstärkung der Aufgaben im Bereich Methodenadaptation	76
Abbildung 32: Personalausstattung bei Verstärkung der Aufgaben im Bereich Wissenstransfer	78
Abbildung 33: Bewertung der Ansiedlung an einer Universität	83
Abbildung 34: Bewertung der Ansiedlung im Geschäftsbereich des BMG	84
Abbildung 35: Bewertung der Ansiedlung bei einer Organisation der Selbstverwaltung (IQWiG)	85
Abbildung 36: Bewertung der Umwandlung in ein eigenständiges außeruniversitäres Forschungsinstitut	87
Abbildung 37: Umwandlung in eine Stiftung (für die Finanzierung weiterer Aufträge)	89
Abbildung 38: Umwandlung in eine Stiftung (als Organisationslösung)	90
Abbildung 39: Übersicht über alle Organisationsszenarien	91

Glossar

Advocacy

Advocacy stellen Maßnahmen Einzelner oder einer Gruppe im politischen Prozess dar, die zur öffentlichen Unterstützung einer bestimmten Sache oder Politik beitragen sollen. Lobbyismus ist dabei ein Teil der Advocacy, der sich direkt an politische Entscheidungsträger richtet.

Cochrane Central Register of Controlled Trials

Bei dem Cochrane Central Register of Controlled Trials handelt es sich um eine Bibliografie kontrollierter klinischer Studien. Es bietet die Möglichkeit, Studien aus MEDLINE und ähnlichen bibliografischen Datenbanken zu recherchieren. Außerdem lassen sich Studien recherchieren, die im internationalen Handsearchingprozess von Zeitschriften, Konferenzberichten und anderen Quellen gefunden wurden.

Cochrane Library

Die Cochrane Library ist eine Datenbank, die den Zugriff auf systematische Übersichtsarbeiten ermöglicht. Die Übersichtsarbeiten der Cochrane-Collaboration befinden sich in der Cochrane Database of Systematic Reviews. Außerdem enthält die Cochrane Library weitere Datenbanken, ein Studienregister, Informationen zu HTA-Berichten, Studien zu methodischen Aspekten etc.

Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung (Evidence-Based Health Care – EbHC)

In der EbHC werden die Prinzipien der EbM auf alle Gesundheitsberufe und alle Bereiche der Gesundheitsversorgung, einschließlich Entscheidungen zur Steuerung des Gesundheitssystems, angewandt.

Evidenzbasierte Medizin (EbM)

Evidenzbasierte Medizin ist der gewissenhafte, ausdrückliche und vernünftige Gebrauch der gegenwärtig bestverfügbaren externen, wissenschaftlichen Evidenz für Entscheidungen in der medizinischen Versorgung individueller Patienten.

Die Umsetzung erfolgt in einem mehrstufigen Prozess:

- Ableitung einer relevanten, beantwortbaren Frage aus dem klinischen Fall
- Planung und Durchführung einer Recherche der klinischen Literatur

- Kritische Bewertung der recherchierten Literatur (Evidenz) bezüglich Validität und Brauchbarkeit
- Anwendung der ausgewählten und bewerteten Evidenz beim individuellen Fall
- Bewertung der eigenen Leistung.

Handsearching

Beim Handsearching handelt es sich um eine Maßnahme, bei der elektronisch nicht verfügbare Fachzeitschriften systematisch manuell durchsucht werden. Ziel ist es, randomisierte kontrollierte Studien und kontrollierte klinische Studien aufzuspüren und zu erfassen.

Health Technology Assessment (HTA)

Unter Health Technology Assessment (HTA) versteht man die systematische, evidenzbasierte Bewertung medizinischer Verfahren und Technologien im Hinblick auf deren Effekte auf die Gesundheit des Einzelnen, auf das Gesundheitssystem und auf die Gesellschaft.

Systematischer Review, Cochrane-Review

Ein systematischer Review stellt eine bestimmte Fragestellung in den Mittelpunkt und fasst alle dazu verfügbaren relevanten Studien zusammen. Cochrane-Reviews sind systematische Reviews, die nach einem festgelegten Verfahren erstellt werden. Zusätzlich zu jedem Cochrane-Review wird ein Protokoll angefertigt, aus dem die Thematik und die Qualitätskriterien hervorgehen. Cochrane-Reviews werden überarbeitet, wenn neue Studien zu einer zuvor bearbeiteten Fragestellung erscheinen oder ein Korrekturbedarf erkannt wird. (Vgl. auch die ausführliche Beschreibung der Erstellung eines Cochrane-Reviews in Kapitel 4.2.1)

Das Wichtigste auf einen Blick: Management Summary

Der Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit an die Prognos AG hatte zum Ziel, ein veröffentlichungsfähiges unabhängiges Gutachten, das die Arbeit des DCZ beschreibt, bewertet und in ihrer Bedeutung für die evidenzbasierte Medizin in Deutschland kritisch würdigt. Dazu sollen die Aufgaben und Arbeiten des DCZ beschrieben werden. Darüber hinaus sollen Möglichkeiten der dauerhaften Finanzierung der Aufgaben erörtert werden. Bei der Erörterung der Finanzierung ist die aktuelle Situation, die Rahmenbedingungen der Cochrane-Collaboration und vergleichbare Cochrane-Zentren in anderen Ländern zu berücksichtigen. Ein Entwurf dieses Gutachtens wurde mit einem Expertenkreis erörtert.

Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung in Deutschland

Die Aufgaben und Angebote in der evidenzbasierten Gesundheitsversorgung in Deutschland können in zwei Ebenen unterschieden werden. Die erste Ebene umfasst vor allem Aufgaben, die dazu dienen die notwendigen Rahmenbedingungen für eine evidenzbasierte Gesundheitsversorgung zu schaffen und deren Umsetzung zu unterstützen. Hierzu zählen die Methodenentwicklung, internationale Vernetzung, Wissenstransfer und Advocacy. Des Weiteren werden systematische Reviews zu der ersten Ebene gezählt, da sie für weitere Angebote und Produkte in der evidenzbasierten Medizin eine wesentliche Grundlage darstellen. Zu diesen nachgelagerten Angeboten und Produkten, die der zweiten Ebene zugeordnet werden, zählen Nutzenbewertungen, HTAs, Leitlinien und Patienteninformationen.

Entsprechend dieser Abgrenzungen wird deutlich, dass das DCZ hauptsächlich fundamentale Aufgaben übernimmt, die die Grundlagen und Rahmenbedingungen dafür schaffen, dass andere Akteure evidenzbasiert arbeiten können.

Allgemeine Aussagen zu den Produkten der Cochrane-Collaboration und zur Arbeit des Deutschen Cochrane-Zentrums

Die Produkte der Cochrane-Collaboration (Reviews, Cochrane Library) sind unter den Akteursgruppen flächendeckend bekannt, werden genutzt und für ihre Qualität geschätzt. Alternative Angebote zu den Cochrane Reviews und der Cochrane Library kennen und nutzen die Akteure jedoch ebenfalls je nach Angebot und Fragestellung.

Die Aufgaben des DCZ sind nicht alle im selben Maße bekannt wie die Cochrane Reviews und die Library. Als besonders bedeutend

werden die Arbeiten im Bereich Methodenadaptation (v.a. Workshops, Arbeit in den Gremien der Cochrane-Collaboration) sowie im Bereich Wissenstransfer und Advocacy eingestuft. Das Angebot des DCZ wird hier als nicht ausreichend empfunden, alternative Anbieter gibt es in diesen Bereichen wenige. Vor allem werden die Ausweitung des Schulungsangebotes zu spezielleren Fragen und eine bessere laienverständliche Übersetzung von Reviewabstracts gewünscht.

Wahrnehmung der Aufgaben beim DCZ

Insgesamt sind 8,32 Vollzeitäquivalente (VZÄ) für die Aufgabenwahrnehmung im DCZ eingebunden. Die von den Mitarbeitenden des DCZ wahrgenommenen Tätigkeiten decken ein breites Aufgabenspektrum ab, welches die Aufgabentypen „Kernaufgaben“, „Betriebsnotwendige Aufgaben“ und „Weitere wissenschaftliche Aufgaben“ umfassen.

Laut Internetauftritt des DCZ sind die Kernaufgaben:

- Bekanntmachung der Cochrane-Collaboration und ihrer Bedeutung für den deutschsprachigen Raum in der Öffentlichkeit
- Ansprechpartner für Interessierte an der Arbeit der Cochrane-Collaboration
- Koordinierung der Handsuche (handsearching) nach klinischen Studien in medizinischen Fachzeitschriften und Unterstützung von Review-Gruppen bei der Suche nach Literatur
- Informationsquelle und Hilfestellung für Öffentlichkeit, Vertreter und Nutzer des Gesundheitswesens, Politiker und Medien bei Fragen zur Cochrane Library
- Durchführung, Unterstützung und Weiterentwicklung der Methodik zur Verbesserung der Qualität von systematischen Reviews.

Zur besseren Operationalisierung dieser Kernaufgaben wurden im Rahmen von Workshops im DCZ folgende Tätigkeiten identifiziert:

- Unterstützung der Strukturen und Prozesse der Cochrane-Collaboration (inkl. Unterstützung der Review-Erstellung)
- Unterstützung externe Review-Erstellung (keine Cochrane Reviews)
- Advocacy, Beratung, Ansprechpartnerfunktion und Mitarbeit in nationalen und internationalen Arbeitsgruppen und Organisationen

- Wissenstransfer
- Durchführung von internen und externen Workshops
- Ausbildung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren

Betriebsnotwendige Aufgaben sind solche Tätigkeiten, die nicht direkt den Kernaufgaben des DCZ zuzuordnen sind, jedoch entscheidend für eine qualitative Wahrnehmung dieser sind wie Leitung, Administration des DCZ sowie der Besuch von Fortbildungen. Die weiteren wissenschaftlichen Tätigkeiten sind Drittmittelprojekte und Wissenschaftsmanagement.

Gemäß den aufgenommenen Aufwänden der Tätigkeiten, die eindeutig den Kernaufgaben des DCZ zuzuordnen sind, binden diese ohne Führung und Administration 3,16 VZÄ. Die betriebsnotwendigen Aufgaben des DCZ binden 2,05 VZÄ und die wissenschaftlichen Tätigkeiten des DCZ insgesamt 3,11 VZÄ. Somit entfallen auf die Kernaufgaben rund 38% der Personalaufwände.

Finanzierung des DCZ

Die Einnahmen des DCZ speisen sich aus unterschiedlichen Quellen. Grundsätzlich lassen sich vier Kernbereiche der Finanzierung voneinander abgrenzen: Eingeworbene Drittmittel und Förderung grundlegender Arbeiten, Grundförderung durch das Universitätsklinikum/die Medizinische Fakultät Freiburg, Einnahmen aus Workshops und bis zum Jahr 2008 auch Spenden. Unter Berücksichtigung der gesamten Finanzierungssituation stehen dem DCZ im Referenzjahr 2013 rd. 570 T€ eingeworbene Drittmittel und Förderung grundlegender Arbeiten, eine Grundförderung über das Universitätsklinikum/die Medizinische Fakultät Freiburg von rd. 225 T€ und Teilnahmegebühren der Workshops in Höhe von rd. 90 T€; insgesamt eine Summe von rd. 881 T€. Über die Hälfte der Stellen wird durch das Universitätsklinikum Freiburg/die Medizinische Fakultät und das BMG finanziert. Die Abhängigkeit von Drittmitteln wirkt sich negativ auf die Planungssicherheit der Kernaufgaben beim DCZ aus.

Um die Kernaufgaben des DCZ in der gleichen Quantität und Qualität wie heute auszuführen, sind aus Sicht der Prognos AG insgesamt rd. 5 VZÄ erforderlich. Bei dieser Einschätzung wird davon ausgegangen, dass weiterhin durch die Durchführung wissenschaftlicher Tätigkeiten – die nicht als Kernaufgaben eines Cochrane-Zentrums definiert sind – Synergien gehoben werden.

Inhaltliche Perspektiven für das DCZ

Die Analyse hat ergeben, dass die befragten Akteure im Gesundheitswesen den Bedarf nach den Leistungen des DCZ sehen und formulieren v. a. die Erwartung, dass mehr spezielle Schulungen angeboten werden und mehr Review-Abstracts durch die Übersetzung ins Deutsche einem größeren Kreis zugänglich gemacht werden können. Die Regelungen im SGB V räumen der EbM eine grundlegende Bedeutung ein. Auch vor diesem Hintergrund ist für die Prognos AG die derzeitige inhaltliche und thematische Ausrichtung des DCZ nicht ausreichend. Für eine angemessene Wirkung im System sollte daher der bestehende Umfang der Kernaufgaben quantitativ erweitert werden.

Der Bedarf kann in zwei Richtungen besser abgedeckt werden, die unterschiedlich auf das System einwirken können. Zum einen können Anstrengungen unternommen werden, um die Erwartungen und den Bedarf in der Wissenschaft und bei institutionellen Akteuren besser zu befriedigen. Hierzu zählen Leistungen auf der Ebene der Methodenadaptation wie Workshops und die Ausbildung von Multiplikatoren. Zum anderen kann zusätzlich die Ebene der Praktiker stärker angesprochen werden. Hier zählen Aufgaben des Wissenstransfers wie die Übersetzung von Abstracts und Veranstaltungen. Bei einem Ausbau des Bereichs Methodik (Workshops etc.) erhöht sich der Personalbedarf auf rd. 7 VZÄ, beim Ausbau im Bereich Wissenstransfer auf rd. 8 VZÄ. Bei einem Ausbau in beiden Bereichen beträgt der Personalbedarf rd. 10 VZÄ. Dafür sind insgesamt rd. 765 T€ erforderlich.

Organisatorische und finanzielle Perspektiven für das DCZ

Bei der Bewertung der organisatorischen Perspektiven für das DCZ wurden die Kriterien Sicherstellung der Wissenschaftlichkeit, Sicherstellung der Unabhängigkeit, Möglichkeit einer stabilen Finanzierung und Kompatibilität mit den Cochrane-Richtlinien herangezogen.

Bei der Bewertung der Organisationsperspektiven kommen entweder die Ansiedlung an einer Universität oder die Umwandlung bzw. Integration in ein außeruniversitäres Forschungsinstitut in Frage. Geprüft wurde auch die Ansiedlung in der Selbstverwaltung, im Geschäftsbereich des BMG oder die Umwandlung in eine Stiftung, diese haben aber Nachteile gegenüber den zuvor genannten favorisierten Optionen.

Wegen der fundamentalen Bedeutung der Aufgaben für das deutsche Gesundheitswesen könnten neben dem Bund und die Länder auch die Organisationen der Selbstverwaltung bei der Förderung herangezogen werden.

Die außeruniversitäre Forschungseinrichtung bietet die Möglichkeit einer Grundfinanzierung zur Sicherung der Kernaufgaben. Bei der Ansiedlung an einer Universität werden die Kernaufgaben z. T. durch die universitätseigene Finanzierung gedeckt. Der darüber hinausgehende Betrag zur Sicherung der Kernaufgaben kann projektgefördert werden, wenn eine institutionelle Förderung nicht begründet werden kann. Auch die Selbstverwaltung kann sich an der Förderung der Kernaufgaben des DCZ beteiligen.

Düsseldorf, im September 2014

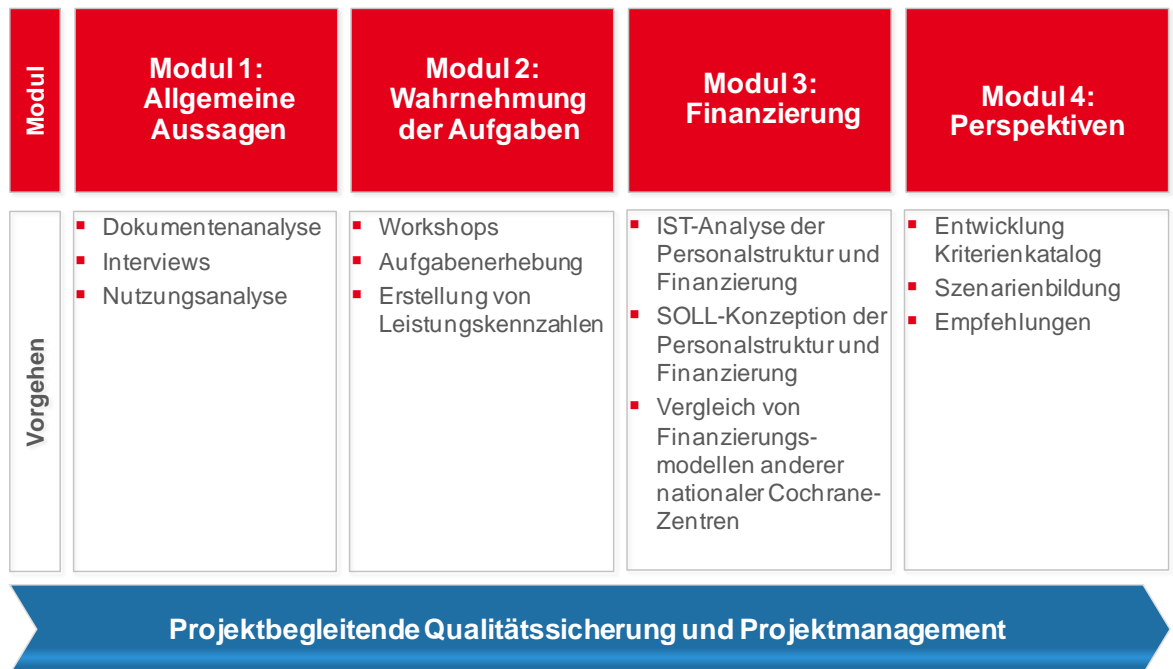
1 Gutachten des Deutschen Cochrane-Zentrums

1.1 Hintergrund und Auftrag

Das Bundesministerium für Gesundheit hat die Prognos AG damit beauftragt, das Deutsche Cochrane-Zentrum (DCZ) zu evaluieren. Ziel des Gutachtens ist ein veröffentlichungsfähiges unabhängiges Gutachten, das die Arbeit des DCZ beschreibt, bewertet und in ihrer Bedeutung für die evidenzbasierte Medizin in Deutschland kritisch würdigt. Dazu sollen die Aufgaben und Arbeiten des DCZ beschrieben werden. Darüber hinaus sollen Möglichkeiten der dauerhaften Finanzierung der Aufgaben erörtert werden. Bei der Erörterung der Finanzierung ist die aktuelle Situation, die Rahmenbedingungen der Cochrane-Collaboration und vergleichbare Cochrane-Zentren in anderen Ländern zu berücksichtigen. Das Gutachten wurde zwischen September 2013 und Juni 2014 erstellt.

Die Prognos AG setzt das Projekt in den folgenden Arbeitsschritten um.

Abbildung 1: Projektablauf



Quelle: Prognos AG 2014

1.2 Methodisches Konzept

Das methodische Konzept und die Bestandteile des Gutachtens orientieren sich an den Fragen, welche durch das BMG in der Leistungsbeschreibung als Erkenntnisinteresse formuliert wurden. Sie bilden die Grundlage für unser Arbeitsprogramm in den oben skizzierten vier Modulen (vgl. Abbildung 1).

Der Untersuchung liegt ein methodisches Konzept zugrunde, welches qualitative und quantitative empirische Feldzugänge verbindet. Im Folgenden sind die einzelnen Bausteine kurz beschrieben:

Desk Research und Dokumentenanalyse

Ein erster Schritt des Gutachtens war die Recherche, Sichtung und Auswertung vorhandener Dokumente und Literatur zur Cochrane-Collaboration sowie zum DCZ. Die Quellen wurden zur Beantwortung der Untersuchungsfragen in allen Modulen ausgewertet.

Fachgespräche / Interviews

Als weitere zentrale Erhebungsmethode wurden leitfadengestützte Interviews durchgeführt. Die Gespräche dienten zum einen der Primärerhebung von Informationen sowie der qualitativen Vertiefung ausgewählter Aspekte rund um die EbM-Landschaft in Deutschland und Arbeit des DCZ. Persönliche telefonische, vereinzelt auch Vor-Ort-Interviews wurden mit den folgenden Akteursgruppen geführt:

Abbildung 2: Akteursgruppen

Institution
Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)
Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ)
BAG Selbsthilfe
Bundesärztekammer
Cochrane Haematological Malignancies Group an der Universität zu Köln
Cochrane Metabolic and Endocrine Disorders Group an am Universitätsklinikum Düsseldorf
Deutsche Forschungsgemeinschaft
Deutsche Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie
Deutsche Krankenhaus-Gesellschaft
Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin
Gemeinsamer Bundesausschuss

Gesundheitsmonitor
GKV-Spitzenverband
Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
Kassenärztliche Bundesvereinigung
Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS)
Stiftung Warentest
Universität Frankfurt am Main
Universität Freiburg
Universität Witten/Herdecke
VFA
Internationale Cochrane Zentren
Cochrane-Collaboration, Oxford
Dutch Cochrane Centre, Utrecht
Nordic Cochrane Center, Kopenhagen
US Cochrane Center, Baltimore

Quelle: Prognos AG 2014

Workshops

Im DCZ fanden zwei Workshops mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern statt. In diesen Workshops wurden die einzelnen Aufgaben erhoben und mit Aufwänden hinterlegt. Zur Validierung der Angaben fanden vor allem Gespräche mit dem Direktor des DCZ, mit dem stellvertretenden Direktor und einer langjährigen Mitarbeiterin statt.

Sekundäranalysen

Durch DCZ geführte Statistiken (bspw. hinsichtlich der Inanspruchnahme von Workshops) wurden im Rahmen der Nutzungsanalyse ausgewertet.

Expertenkreis

Der Entwurf dieses Berichts wurde mit einem Expertenkreis besprochen. Folgende Personen wurden in den Expertenkreis einberufen:

- Dr. Dietrich Bühler, GKV Spitzenverband
- Prof. Dr. Ferdinand M. Gerlach, Johann Wolfgang Goethe Universität Frankfurt a. M., Vorsitzender des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen

- Prof. Dr. Gabriele Meyer, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Erste Vorsitzende des Deutschen Netzwerks für Evidenzbasierte Medizin e.V.
- Prof. Dr. Dr. Günter Ollenschläger, ÄZQ
- PD. Dr. Matthias Perleth, G-BA
- Dr. Ekkehard von Pritzbuer, Kassenärztliche Bundesvereinigung
- Prof. Dr. Bernd Richter, Universitätsklinikum Düsseldorf, Cochrane Metabolic and Endocrine Disorders Group (CMED)
- Dr. Nicole Schlottmann, Deutsche Krankenhaus-Gesellschaft
- Dr. Christian Thomeczek, ÄZQ
- Prof. Dr. Jürgen Windeler, Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
- Gäste des BMG
- Gäste des Projektträgers beim DLR

2 Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung: Entwicklung und Bedeutung des Deutschen Cochrane-Zentrums

Ihren Ursprung hat die Idee der evidenzbasierten Medizin bereits in der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts mit dem von britischen Ärzten entwickelten Konzept der „medical arithmetic“. Den Beginn der aktuellen Bemühungen um evidenzbasierte Medizin stellt jedoch erst das 1972 erschienene Buch des britischen Epidemiologen Professor Archie Cochrane mit dem Titel „Effectiveness and Efficiency: Random Reflections on Health Services“ dar. Durch seine Arbeiten trägt Cochrane dazu bei, dass klinische Epidemiologie und kontrollierte Studien zunehmend akzeptiert werden. Als Anerkennung dieser Arbeit wird er Namensgeber der 1993 in Oxford gegründeten Cochrane-Collaboration.¹

Infobox: Aufbau der Cochrane-Collaboration

Die **Cochrane-Collaboration** hat sich das Ziel gesetzt, aktuelle medizinische Informationen und Evidenzen zu therapeutisch-diagnostischen Fragen allgemein verfügbar zu machen und damit Entscheidungen im Gesundheitswesen zu erleichtern und Patienten aufzuklären und zu beraten. Diese Ziele werden hauptsächlich durch die Erarbeitung, Aktualisierung und Verbreitung von sogenannten systematischen Übersichtsarbeiten („systematic reviews“) erreicht.

Die Cochrane-Collaboration ist weltweit tätig und vereint derzeit über 31.000 Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, wovon 70 % Review-Autorinnen und Autoren sind. Sie setzt sich aus mehreren Entitäten zusammen:

Die **Review-Gruppen** sind für die Erstellung und Aktualisierung der systematischen Übersichtsarbeiten zuständig. Die Autoren können aus unterschiedlichen Ländern und Fachgebieten kommen. Die Review-Gruppen haben eine „Editorial Base“, die die Erarbeitung der Reviews koordiniert. Es gibt zurzeit 52 Review-Gruppen weltweit, zwei davon werden von Deutschland aus koordiniert. Die Übersichtsarbeiten werden in der Cochrane Library veröffentlicht.

Die **Cochrane-Zentren** unterstützen die Mitglieder der Review-Gruppen in dem Gebiet, für welches sie geografisch und sprachlich zuständig sind. Es gibt 14 Zentren weltweit, die un-

¹ Deutsches Netzwerk für Evidenzbasierte Medizin (DNEbM), Geschichte der EbM: <http://www.ebm-netzwerk.de/was-ist-ebm/geschichte> (letzter Zugriff am 28.11.2013)

terschiedliche Gruppen unterstützen, indem sie die Infrastruktur auf- und ausbauen. Darüber hinaus verbreiten sie Informationen über die Arbeit der Cochrane-Collaboration, um den Transfer der Forschungsergebnisse zu erleichtern.

Außerdem gibt es **Methodengruppen**, die die Methodenentwicklung vorantreiben, **Fields**, die besondere Versorgungsaspekte berücksichtigen sowie das **Consumer Network**, das die Einbindung der Patientinnen und Patienten sowie Endverbraucherinnen und Endverbraucher im Gesundheitswesen in den Reviews sicherstellt.

Quelle: Cochrane-Collaboration

Die Idee Archie Cochranes und der Cochrane-Collaboration bildet damit die Grundlage der aktuell verbreiteten Definition von EbM von David L. Sackett. EbM ist demnach der gewissenhafte, ausdrückliche und vernünftige Gebrauch der gegenwärtig bestverfügbaren externen, wissenschaftlichen Evidenz für Entscheidungen in der medizinischen Versorgung individueller Patienten.²

Die Umsetzung erfolgt in einem mehrstufigen Prozess:

- Ableitung einer relevanten, beantwortbaren Frage aus dem klinischen Fall
- Planung und Durchführung einer Recherche der klinischen Literatur
- Kritische Bewertung der recherchierten Literatur (Evidenz) bezüglich Validität und Brauchbarkeit
- Anwendung der ausgewählten und bewerteten Evidenz beim individuellen Fall
- Bewertung der eigenen Leistung.³

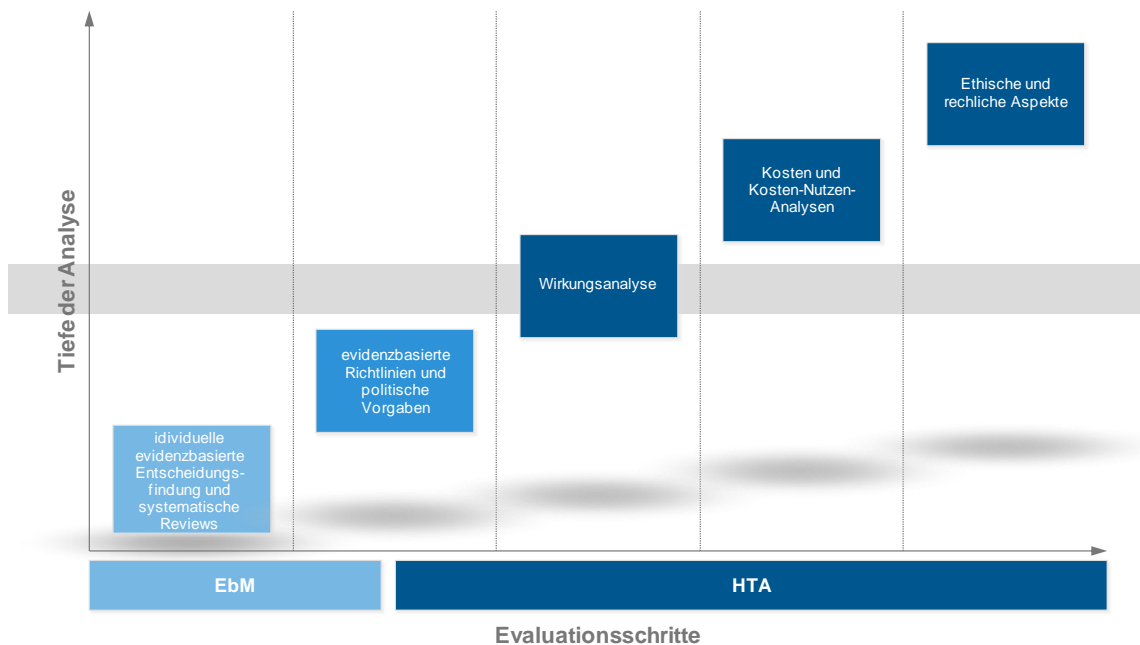
EbM richtet sich demnach im engeren Sinne an die individuelle Entscheidungsfindung in Klinik und Praxis. Dafür werden Methoden, wie systematische Übersichtsarbeiten und Metaanalysen genutzt. Die Grundidee der evidenzbasierten Entscheidungsfindung in der Medizin findet jedoch auch weitgreifende Anwendung, zum Beispiel in Form von Leitlinien oder Health Technology Assessments (HTAs). Diese unterscheiden sich von der EbM im engeren Sinne im Bezug auf die Zielgruppe, die sie erreichen wol-

² Sackett, David L. et al. (1996): Evidence based medicine: what it is and what it isn't. In: BMJ 1996; 312:71.

³ Deutsches Netzwerk für evidenzbasierte Medizin (DNEbM), Definitionen: <http://www.ebm-netzwerk.de/was-ist-ebm/grundbegriffe/definitionen/> (letzter Zugriff am 28.11.2013)

len, als auch hinsichtlich der Tiefe der Analyse und der angewandten Evaluationsschritte. Eddy (2009) spricht hier von einem Stufenprozess, der in Abbildung 3 dargestellt ist. Als EbM wird dort die erste und die zweite Stufe abgegrenzt: die individuelle evidenzbasierte Entscheidungsfindung als auch evidenzbasierte Richtlinien und politische Vorgaben. Gleichzeitig zählt er die zweite Stufe als ersten Schritt eines HTAs, das dann aber noch weitere Stufen, wie Wirkungsanalysen, Kosten-Nutzen-Analysen und die Berücksichtigung ethischer und rechtlicher Aspekte umfassen kann.⁴ Zusammenfassend können diese Instrumente und Methoden alle der evidenzbasierten Gesundheitsversorgung (EbHC) zugeordnet werden, die das Prinzip der EbM auf alle Bereiche der Gesundheitsversorgung anwendet.⁵

Abbildung 3: Stufenmodell der EbHC



Quelle: Eigene Darstellung nach Eddy (2009) und Wiesner (2008)⁶

Eine der aktuellen Herausforderungen evidenzbasierter Gesundheitsversorgung besteht in dem immer größer werdenden globalen Wissenspool. Es gibt bereits 600.000 bis 1.000.000 abgeschlos-

⁴ Eddy, David (2009): Health Technology Assessment and Evidence-Based Medicine: What are we talking about? Value in Health, Vol. 12, Supplement 2, S. 6-7.

⁵ Deutsches Netzwerk für evidenzbasierte Medizin (DNEbM), Definitionen: <http://www.ebm-netzwerk.de/was-ist-ebm/grundbegriffe/definitionen/> (letzter Zugriff am 28.11.2013).

⁶ Eddy, David (2009): Health Technology Assessment and Evidence-Based Medicine: What are we talking about? Value in Health, Vol. 12, Supplement 2, S. 6-7 und Wiesner, Cristof (2008): Die Versorgung psychisch komorbider chronischer Kranker. Eine Analyse der Aussagekraft von HTA am Beispiel des Diabetes mellitus Typ 2. Dissertation Universität Bielefeld.

sene kontrollierte klinische Studien. Pro Jahr werden zudem rund 20.000 randomisierte Studien allein bei PubMed publiziert. Hinzu kommen eine nicht sichere Zahl von laufenden klinischen Studien (rund 45.000). Gleichzeitig wird etwa dieselbe Anzahl an Studien gar nicht veröffentlicht.⁷ Verfechter der EbHC treiben die Erstellung klinischer Studien voran, fordern die Veröffentlichung aller bereits erstellten Studien und setzen sich dafür ein, dass die Erkenntnisse aus diesem Wissenspool mit Hilfe von systematischen Übersichtsarbeiten und Metaanalysen für die Praxis handhabbar gemacht werden.

Entwicklung des Deutschen Cochrane-Zentrums

Die Entwicklung des Deutschen Cochrane Zentrums steht in enger Verbindung zur Etablierung des Konzepts der Evidenzbasierten Medizin in Deutschland. Nach der Gründung der Cochrane Collaboration 1993 in Oxford wurde ein deutsches Referenzzentrum zunächst als Zweigstelle des Amsterdamer niederländischen Cochrane-Zentrums⁸ als Referenzzentrum für die Bundesrepublik in Freiburg gegründet. Aus einem internationalen EU-Projekt am Universitätsklinikum Freiburg, mit dem Ziel randomisierte kontrollierte Studien durch die Suche per Hand in Fachzeitschriften zu identifizieren, entstanden die Bemühungen ein Deutsches Cochrane Zentrum zu etablieren. Dies gelang schließlich mit Unterstützung des niederländischen Cochrane Zentrums im Jahr 1998 nach der Bewilligung einer ersten Förderphase durch das Ministerium für Bildung und Forschung (BMBF) und einer Förderung durch das Universitätsklinikum Freiburg. In den folgenden Jahren konnten daraufhin zwei Review-Gruppen in Köln und Düsseldorf aufgebaut werden. Diese Entwicklung verlief in den 1990er Jahren zeitgleich und in enger Kooperation mit weiteren EbM-Aktivitäten in Deutschland. Zu nennen sind insbesondere die Projektförderung des Forschungsprojektes „Aufbau / Weiterentwicklung einer Datenbasis 'Evaluation medizinischer Verfahren und Technologien (HTA)' in der Bundesrepublik Deutschland“ an der Medizinischen Hochschule Hannover zur Entwicklung von Health Technology Assessment durch das Bundesministerium für Gesundheit als auch die Gründung des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ) durch die Bundesärztekammer (BÄK) und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Ebenfalls im Jahr 1998 wurde das Deutsche Netzwerk evidenzbasierte Medizin (DNEbM) gegründet, zu dessen Fördermitgliedern auch das DCZ zählt.

Seit 2005 wird das DCZ nach zwei Förderphasen des Bundesministeriums für Bildung und Forschung vom Bundesministerium für Gesundheit projektfinitanziert und erhält weiterhin zusätzliche Mittel

⁷ Informationen des Deutschen Cochrane-Zentrums.

⁸ Seit 2014 ist das niederländische Cochrane-Zentrum in Utrecht ansässig.

des Universitätsklinikums Freiburg/der Medizinischen Fakultät als auch Drittmittel aus verschiedenen Quellen. Bezogen auf seine Grundfinanzierung ist das DCZ damit finanziell unabhängig von der Selbstverwaltung und der Industrie. In der EbHC-Landschaft übernimmt das DCZ hauptsächlich fundamentale Aufgaben. Insbesondere die internationale Vernetzung, der Wissenstransfer und die Advocacy schaffen gemeinsam mit der Adaptation der in der Cochrane-Collaboration entwickelten Methoden Grundlagen und Rahmenbedingungen, um EbHC in Deutschland voranzubringen und dienen damit auch anderen EbHC-Akteuren, so zum Beispiel durch Workshops und Schulungen. Das DCZ unterstützt und berät Autoren und Gruppen bei der Erstellung von Reviews, erstellt aber nicht in erster Linie eigene Reviews.

Als Cochrane Entität unterstützt das DCZ die Strukturen und Prozesse der Cochrane-Collaboration in Deutschland und ist Ansprechpartner für die internationalen Cochrane Entitäten im deutschen Sprachraum und die deutschen Review-Gruppen. Neben Deutschland ist das DCZ darüber hinaus auch das Referenzzentrum für Interessierte aus Liechtenstein, Tschechien, Slowakei und Ungarn, in denen es kein Cochrane-Zentrum oder Zweigstelle gibt, und dient damit als Ansprechpartner für Cochrane-Autoren aus diesen Ländern, ohne dass Aktivitäten in diesen Ländern durch das DCZ finanziert werden. Zudem übernimmt das DCZ die Supervision der Österreichischen Cochrane Zweigstelle (ÖCZ) und nimmt in dieser Funktion den Jahresbericht des ÖCZ ab. In der Schweiz übernimmt das DCZ die Begleitung des deutschsprachigen Landesteils des Swiss Cochrane Branch.

Bis 2013 war das DCZ am Institut für Medizinische Biometrie angesiedelt. Seit 2014 ist es als zentrale Einrichtung am Universitätsklinikum Freiburg verortet. Durch diese Änderung ist von einer höheren Transparenz der Geschäftsführung auszugehen. Zudem wird der Leitung des DCZ ermöglicht, eigenständiger zu agieren und der Abstimmungsbedarf wird reduziert.

3 Allgemeine Aussagen zu den Produkten der Cochrane-Collaboration und zur Arbeit des Deutschen Cochrane-Zentrums

Im folgenden Kapitel werden die Aufgaben und Leistungen des DCZ beschrieben. Hierzu werden die zentralen Produkte der Cochrane-Collaboration (Cochrane Reviews und Cochrane Library) erläutert und deren Sichtbarkeit, Bedeutung und Bedarf auf Basis der Experteninterviews und der Nutzungsanalyse beleuchtet. Analog erfolgt diese Darstellung im Anschluss für die Kernaufgaben und wissenschaftlichen Tätigkeiten des DCZ, ergänzt um die Erwartungen, die die befragten Experten an die Arbeit des DCZ richten. Das Kapitel endet mit einer vergleichenden Darstellung der Ergebnisse nach Akteursgruppen.

Zusätzlich erfolgt eine Darstellung des Bedarfs sowie der Erwartungen, die aus der Politik, der Forschung, der medizinischen Praxis und der (Fach-)Öffentlichkeit an das DCZ gestellt werden.

Zur Beantwortung dieser Fragen wurden zentrale Dokumente zur Cochrane-Collaboration und zur Arbeit des DCZ, die Ergebnisse der Experteninterviews sowie der Nutzungsanalyse verwendet.

3.1 Sichtbarkeit und Bedeutung der Produkte der Cochrane-Collaboration

Kernprodukt der Cochrane-Collaboration sind die **Cochrane Reviews**, die von Review-Autoren in Zusammenarbeit mit der jeweils zuständigen Review-Gruppe erstellt werden. Zusätzlich unterhält die Cochrane-Collaboration die **Cochrane Library**. In dieser werden insgesamt sechs Datenbanken zu systematischen Übersichtsarbeiten und kontrollierten klinischen Studien bereitgestellt, darunter z.B. die Cochrane Database of Systematic Reviews. Die Existenz und Sichtbarkeit dieser Produkte wird auf internationaler Ebene maßgeblich durch die Collaboration befördert.

3.1.1 Cochrane Reviews⁹

Sichtbarkeit und Bedarf von Cochrane Reviews

Ohne Ausnahme assoziieren die Befragten mit Cochrane systematische Reviews. Alle nennen die systematischen Reviews als Leistung von Cochrane.

In den meisten Fällen wird bei Bedarf nach Reviews unabhängig vom Anbieter gesucht. Damit werden von den Fachexperten auch andere Reviews und nicht ausschließlich Cochrane-Reviews genutzt. Allerdings steht für die meisten Befragten der Name Cochrane für ein sicheres und hohes Maß an Qualität. Vereinzelt wurde eine instabile Qualität der Reviews kritisiert. Dies spiegelt auch aussagegemäß eine Debatte innerhalb der Cochrane-Collaboration über Qualität wider.

Für die überwiegende Zahl der Befragten stellen die Reviews eine Grundlage ihrer Arbeit dar. Sie werden genutzt, um sich einen Überblick über ein Thema zu verschaffen. Gerade, weil die zunehmende Zahl an Studien eine Zusammenfassung und Bewertung dieser kaum überschaubaren Menge notwendig macht.

In unterschiedlichsten Kontexten waren Sprachbarrieren bei der Nutzung der Reviewergebnisse in der Praxis immer wieder Thema in den Gesprächen. Eine Übersetzung zumindest der Kurzfassung der Reviews ins Deutsche wird daher als wichtig eingeschätzt. Insbesondere kann so eine Alternative zu anderen Informationsquellen, die nicht evidenzbasiert sind oder gar einem Bias unterliegen, geschaffen werden.

Nutzung von Cochrane Reviews auf institutioneller Ebene

Die Nutzung von Cochrane-Reviews auf institutioneller Ebene in Deutschland wurde im Rahmen einer Analyse der folgenden Institutionen und Publikationsformen durchgeführt:

- IQWiQ: Dossierbewertungen, Abschlussberichte, Rapid Reports
- Ärztliches Zentrum für Qualität: Nationale Versorgungsleitlinien
- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA): Tragende Gründe und Dossierbewertungen

Es wurde untersucht, wie häufig auf Cochrane-Reviews innerhalb eines bestimmten Zeitraums referenziert wurde. Die Differenzie-

⁹ Die Themenfindung eines Cochrane Reviews obliegt den jeweiligen Review-Autoren in Abstimmung mit der zuständigen Review-Gruppe. Für eine detaillierte Prozessbeschreibung der Erstellung eines Cochrane Reviews siehe Kapitel 4.2.1.

zung zwischen dem DCZ und der Cochrane Collaboration ist in dieser Nutzungsanalyse nicht möglich. Trotzdem verdeutlichen die Ergebnisse der Analyse die Botschafterfunktion und Reichweite von Cochrane.

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)

Untersucht wurden die Jahre 2012 und 2013. In den berücksichtigten Publikationsformen ist eine sehr hohe Sichtbarkeit von Cochrane festzustellen. Insgesamt hat das IQWiG im genannten Zeitraum 79 Dossierbewertungen, Abschlussberichte und Rapid Reports veröffentlicht. In 38 Dokumenten fand Cochrane dabei Erwähnung.

Abbildung 4: Verweise auf Cochrane beim IQWiG

IQWiG	Insgesamt (2012-2013)	Davon mit Verweis auf Cochrane
Dossierbewertungen	55	17
Rapid Reports	10	9
Abschlussberichte	14	12
Gesamt	79	38

Quelle: Prognos 2014

Vor allem bei Rapid Reports und Abschlussberichten werden Cochrane Reviews herangezogen.

Ärztliches Zentrum für Qualität

In sämtlichen zwölf verfügbaren Nationalen VersorgungsLeitlinien wird auf Cochrane Bezug genommen.

Wie die Analyse bestätigt, spielen Cochrane-Reviews eine wichtige Rolle für evidenzbasierte Entscheidungsgrundlagen im Gesundheitswesen.

G-BA

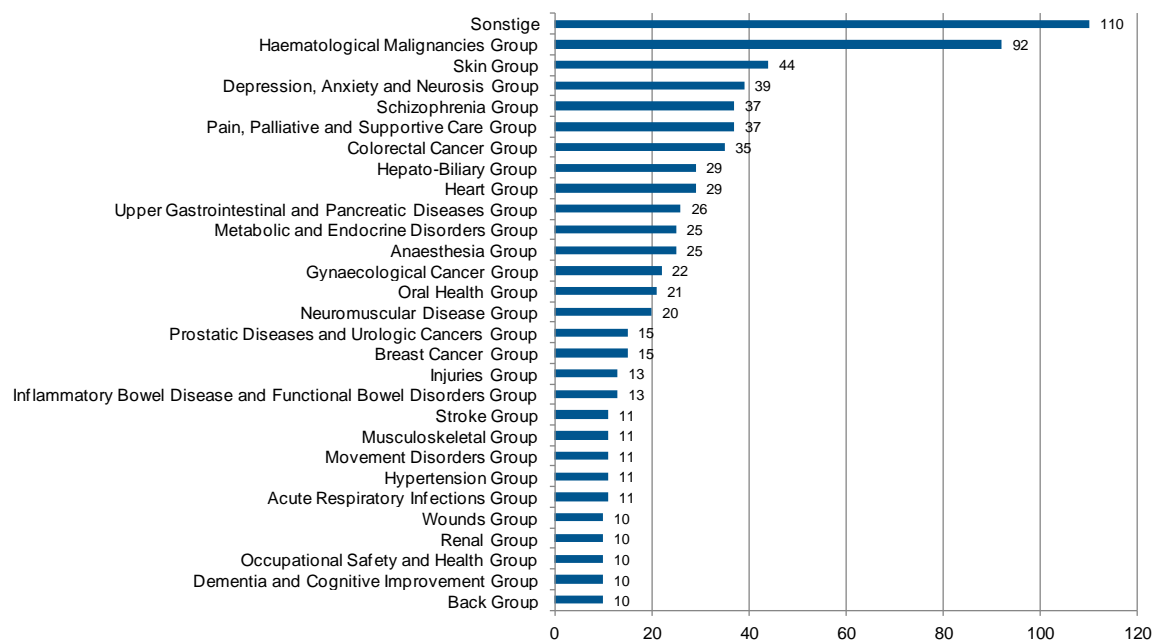
Die Tragenden Gründe des G-BA nehmen in der Regel keinen direkten Bezug zu Cochrane-Reviews, sondern zu IQWiG-Gutachten, so dass hierüber eine indirekte Berücksichtigung von Cochrane-Reviews erfolgt. Auch spielen Cochrane-Reviews bei den Dossierbewertungen keine große Rolle, da hier in der Regel pivotale Studien von Herstellern zu neuen Wirkstoffen bewertet werden. Allerdings werden Cochrane-Reviews im Rahmen der

Festlegung der zweckmäßigen Vergleichstherapien bei Arzneimitteln berücksichtigt bzw. hier ist die Cochrane-Library ein zentraler Anlaufpunkt für die Recherche von relevanten Reviews.

Reviewer in Deutschland¹⁰

Die Zahl der Cochrane-Review-Autoren in Deutschland ist zwischen den Jahren 2000 und 2014 um das 18fache auf 758 angestiegen. Darunter sind 92 Reviewer Mitglieder der Cochrane Haematological Malignancies Group (CHMG) in Köln und 25 Reviewer sind Mitglieder der Cochrane Metabolic and Endocrine Disorders Group (CMED) in Düsseldorf. Die anderen sind Mitglied von Review-Gruppen, die an ausländischen Universitäten angesiedelt sind. Die folgende Abbildung gibt einen Überblick über die Verteilung der Review-Autoren in Deutschland auf die Cochrane-Review-Gruppen.

Abbildung 5: Verteilung Review-Autoren in Deutschland auf die Cochrane-Review-Gruppen

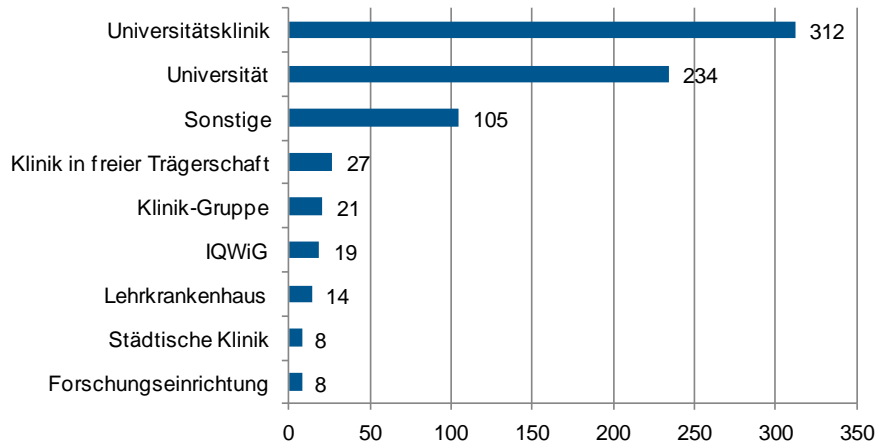


Quelle: Prognos 2014; „ARCHIE“-Datenbank der Cochrane-Collaboration

Die Review-Autoren in Deutschland verteilen sich hinsichtlich ihres institutionellen Hintergrunds auf eine Vielzahl verschiedener Organisationen. Den weitaus größten Teil, mit über zwei Dritteln, bilden Universitätskliniken oder Universitäten. Abbildung 6 gibt einen detaillierten Überblick auf die institutionelle Verankerung der Review-Autoren in Deutschland.

¹⁰ Informationen der Cochrane-Collaboration und des Deutschen Cochrane Zentrums aus der „ARCHIE“-Datenbank.

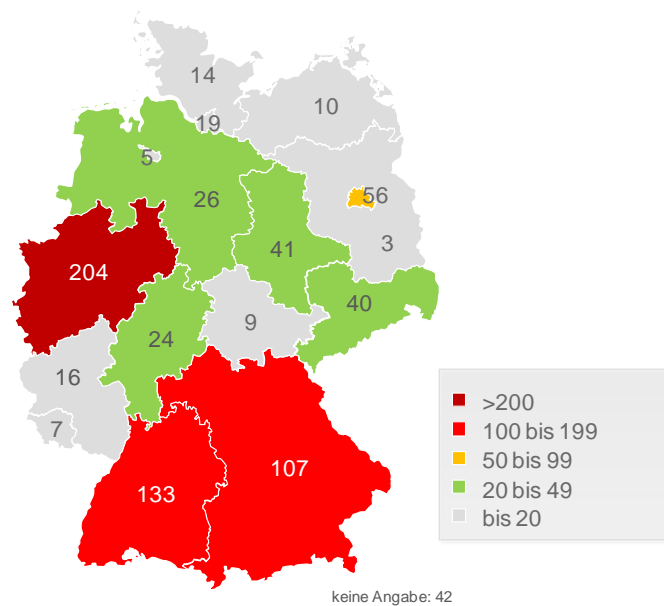
Abbildung 6: Institutionelle Verankerung der Review-Autoren in Deutschland



Quelle: Prognos 2014; „ARCHIE“-Datenbank der Cochrane-Collaboration

Im gesamten Bundesgebiet sind Cochrane-Review ansässig. In einigen Städten gibt es jedoch eine Konzentration von Review-Autoren. So zählt Köln insgesamt 123 Review-Autoren gefolgt von München mit 61 Review-Autoren und Berlin mit 56 Review-Autoren. In Freiburg sind 52 Review-Autoren angesiedelt, in Halle/Saale sowie Heidelberg jeweils 34 Review-Autoren. Die folgende Abbildung zeigt die Verteilung auf die Bundesländer:

Abbildung 7: Geografische Verteilung der Review-Autoren in Deutschland



Quelle: Prognos 2014; „ARCHIE“-Datenbank der Cochrane-Collaboration, Stand: April 2014

Quelle von Studien für HTA

Ein Ansatz zur Messung der Bedeutung von EbHC im internationalen Vergleich ist die Zahl von erstellten klinischen Studien. In einer Studie von Hermann et al. wird die Herkunft klinischer Studien, die in HTA-Berichten des IQWiG über einen Zeitraum von 4,5 Jahren verwendet wurden, untersucht. Aus Deutschland stammten 5% der insgesamt verwendeten Studien. In absoluten Zahlen liegt Deutschland mit 55 Studien auf Platz 4 hinter den USA (293), multinationalen Studien (139) und Großbritannien (79). Setzt man die Zahl der Studien in Relation zur Bevölkerung fällt Deutschland jedoch auf Rang 17, USA auf 13 und Großbritannien auf Platz 7. Führend bei dieser Betrachtung sind die nordischen Länder (Finnland, Island und Schweden). Eine weitere Anpassung auf Basis des Bruttoinlandproduktes lässt Deutschland sogar auf Rang 19 zurückfallen. Angeführt wird das Ranking auch in diesem Fall von den nordischen Ländern Finnland und Island.¹¹

3.1.2 Cochrane Library

Sichtbarkeit und Bedarf der Cochrane Library

Analog zu den Cochrane Reviews ist die Cochrane Library als weiteres zentrales Produkt der Cochrane-Collaboration den befragten Experten als Datenbank für Reviews und medizinische Studien bekannt. Allerdings ist die Sichtbarkeit und Nennung im Vergleich zu Cochrane Reviews etwas geringer. War die Cochrane Library den befragten Experten bekannt, dient sie ihnen in der Regel als eine zentrale Ressource der Informationsgewinnung.

Positiv hervorgehoben wurde die Cochrane Library, da sie übersichtlich sei und es den Nutzern ermöglicht, sich schnell zu orientieren und nach den entsprechenden Cochrane Reviews zu suchen. Als die gängigsten Alternativen zur Cochrane Library wurden seitens der Fachexperten PubMed und Medline genannt.

Nutzung der Cochrane Library in Deutschland

Der Volltextzugriff der Cochrane Library ist kostenpflichtig. Dieser wird über den Verlag Wiley InterScience zur Verfügung gestellt. Dabei können Einzelpersonen sowie Organisationen eine Zugangslizenz erwerben. Die individuelle Rate für einen Jahreszugang liegt momentan bei 387 Dollar (zzgl. Umsatzsteuer) sowie für den Kauf eines einzelnen Reviews bei ca. 35 Dollar (zzgl. Umsatzsteuer). Die Jahreslizenzen für Organisationen richten sich nach

¹¹ Hermann, K. H. et al. (2013): All Nations Depend on the Global Knowledge Pool - Analysis of Country of Origin Studies Used for Health Technology Assessments in Germany. In: PLOS ONE, March 2013, Vol. 8, Issue 3.

der Anzahl der VZÄ. Akademische Einrichtungen erhalten in der Regel vergünstigte Konditionen.

Aus Datenschutzgründen konnte von Wiley InterScience keine detaillierte Übersicht der Lizenzträger übermittelt werden. Allerdings werden auf der Webseite des DCZ einige Organisationen genannt, die einen kostenfreien bzw. kostengünstigeren Zugriff ermöglichen. So bieten die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin und die Landesärztekammer Nordrhein ihren Mitgliedern einen kostenlosen Zugriff auf die Cochrane Library. Die Landesärztekammern Saarland und Schleswig-Holstein haben ihre Lizenzen hingegen nicht verlängert. Auch die Universität Freiburg ermöglicht einen freigeschalteten Zugang. Zusätzlich ist der Zugang kostenfrei für bei Wiley akkreditierte Journalisten. Der G-BA hat einen Zugang zur Cochrane Library. Darüber hinaus bieten einzelne Portale, wie bspw. DIMDI, kostengünstigere Zugriffe auf die Cochrane Library.¹² Insofern verfügen potenzielle Nutzerinnen und Nutzer in Deutschland an Hochschulen oder bei den Verbänden über einen möglichen Zugang zur Cochrane Library.

Die Nutzungszahlen der Cochrane Library für Deutschland in den Jahren 2011 und 2012 zeigen, dass der Download von Volltexten von 97.082 Downloads in 2011 auf 109.657 Downloads in 2012 angestiegen ist (Vgl. Abbildung 8). Zusätzlich erhöhte sich im gleichen Zeitraum auch die Anzahl abgelehnter Cochrane-Zugriffe von 64.339 auf 69.980.¹³ Somit lag der Anteil abgelehnter Zugriffe am Anteil der gesamten Nachfrage (Volltext-Downloads und abgelehnte Zugriffe) bei 39%. Dieser hohe Anteil kann entweder mit einem höheren Zugangsbedarf oder mit der mangelnden Bekanntheit bestehender Zugangsmöglichkeiten zusammenhängen.

Mit Blick auf die Nutzung der Cochrane Library wurde von einigen Fachexperten explizit der Wunsch nach einer Nationallizenz geäußert, um uneingeschränkte Nutzungsbedingungen in Deutschland zu ermöglichen. In der 16. Legislaturperiode wurde eine Nationallizenz von BMG und BMBF bereits abgelehnt, in der 17. Legislaturperiode hat das Deutsche Netzwerk EbM abermals einen kostenlosen Zugang gefordert.¹⁴ Gerade für Zielgruppen, die nicht selbstverständlich mit den Reviews arbeiten, ist eine möglichst niedrige Nutzungsschwelle wichtig. Immer wieder genannt wird die niedrige Nutzung von Evidenz in der klinischen Praxis. Ein verbesserter Zugang zur Library oder eine bessere Bekanntmachung be-

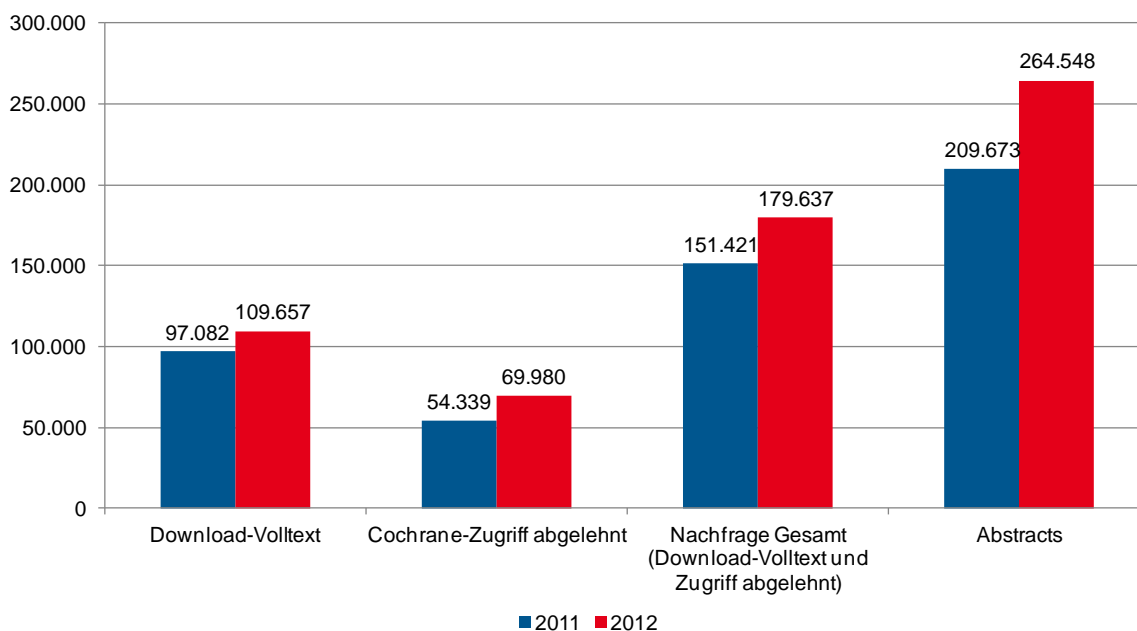
¹² Es ist davon auszugehen, dass es darüber hinaus weitere Organisationen gibt, die ihren Mitgliedern bzw. Mitarbeitern einen Zugriff ermöglichen.

¹³ Es ist zu bedenken, dass viele Institutionen nur einen Zugriff haben. Somit wird ein Zugriffsversuch eines weiteren Nutzers in der gleichen Institution abgelehnt.

¹⁴ <http://www.ebm-netzwerk.de/pdf/dokumente/brief-cochrane-zugang.pdf>

stehender Zugangsmöglichkeiten könnte dort entscheidend sein.¹⁵ Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass Cochrane Reviews und Cochrane Protokolle, die nach dem 01. Februar 2013 publiziert wurden, 12 Monate nach Publikation frei zugänglich sind. Auch sind Beiträge, für die die Review-Autoren gezahlt haben, ebenfalls per Open Access zugänglich.

Abbildung 8: Cochrane Library: Nutzungszahlen für Deutschland in 2011 und 2012



Quelle: Wiley, eigene Darstellung 2014

Im internationalen Vergleich erfolgten die meisten Volltext-Downloads absolut in den USA, die wie Deutschland ebenfalls über keine Nationallizenz verfügen.¹⁶ Abbildung 9 zeigt die Nutzung der Cochrane-Library absolut im internationalen Vergleich nach Zugangsmöglichkeiten.

¹⁵ Nach Informationen der Cochrane-Collaboration zeigen Vergleichszahlen zu Norwegen und Dänemark aus der Vergangenheit, dass eine Nationallizenz großen Einfluss auf die Nutzungszahlen haben kann. Während es in Dänemark für zwei Jahre keine Nationallizenz gab, sind die Zugangszahlen sehr stark zurückgegangen. In Norwegen hingegen gab es keine Aussetzung der Förderung einer Nationallizenz und die Zugangszahlen sind nicht eingebrochen.

¹⁶ In den USA besitzt der Bundesstaat Wyoming eine „funded provision“. In Kanada besitzen folgende Provinzen eine „funded provision“: New Brunswick, Northwest Territories, Nova Scotia, Nunavut, Saskatchewan, Yukon. Die Aktivitäten der Cochrane-Collaboration werden über die Library finanziert. Nach Auskunft der Collaboration gibt es keine Bedenken hinsichtlich der Gewährung von Nationallizenzen.

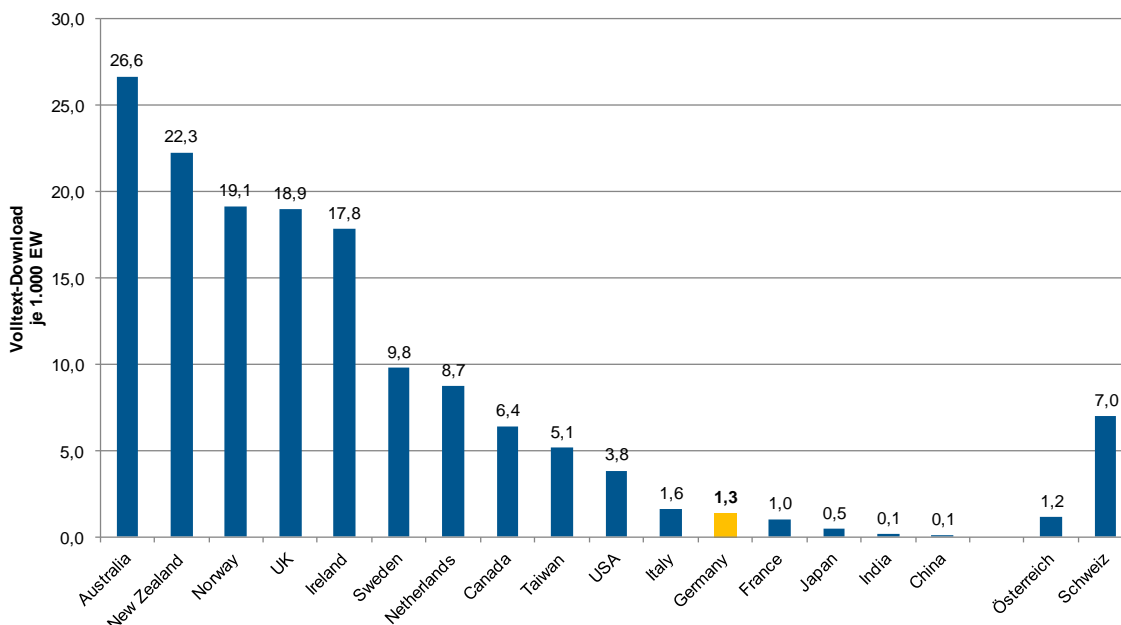
Abbildung 9: Volltext-Downloads nach unterschiedlichen Ländern im Jahr 2012

Land	Zugang	Volltext-Download in 2012
USA	Subscribers	1.202.477
UK	Funded Provision	1.197.586
Australia	Funded Provision	586.243
Canada	Funded Provision	222.926
India	Funded Provision	171.739
Netherlands	Subscribers	145.832
Taiwan	Subscribers	119.520
Germany	Subscribers	109.657
New Zealand	Funded Provision	98.007
China	Subscribers	96.650
Italy	Subscribers	96.014
Norway	Funded Provision	95.522
Sweden	Funded Provision	92.874
Ireland	Funded Provision	83.746
France	Subscribers	64.047
Japan	Subscribers	59.773
Österreich	Subscribers	9.786
Schweiz	Subscribers	55.972

Quelle: Wiley, eigene Darstellung 2014

Mit Blick auf die Volltext-Downloads im internationalen Vergleich je 1.000 Einwohner zeigt sich, dass Australien hier mit 26,6 Downloads international die höchsten Downloads verzeichnet. In Deutschland erfolgten im Jahre 2012 1,3 Downloads je 1.000 Einwohner. Damit liegt die Anzahl der Volltext-Downloads auf einem ähnlichen Niveau wie in Italien oder Österreich, jedoch auf einem niedrigeren Niveau wie in den angelsächsischen Ländern oder in Norwegen bzw. den Niederlanden. Es besteht somit hierzu im Vergleich noch ein Spielraum bezüglich Sichtbarkeit und Nutzung der Cochrane Library für das DCZ und die Akteure im Gesundheitswesen.

Abbildung 10: Volltext-Downloads der Cochrane Library je 1.000 Einwohner im internationalen Vergleich



Quelle: Wiley, eigene Darstellung 2014

3.2 Die Aufgaben des DCZ

Als Entität und Repräsentant der Cochrane-Collaboration orientiert sich das DCZ an den Grundsätzen der evidenzbasierten Medizin mit dem zentralen Ziel, aktuelle medizinische Informationen und Evidenz zu therapeutischen Fragen allgemein verfügbar zu machen.

Die Aufgaben und Verantwortlichkeiten der Cochrane Zentren („Core Functions“) finden sich im Policy Manual der Cochrane-Collaboration.¹⁷ Dabei sind Cochrane Zentren nicht für die Erstellung von Cochrane-Reviews verantwortlich, dies ist Aufgabe der Cochrane-Review-Groups bzw. der Autorentams. Aufgabe der Cochrane Zentren ist ihre inhaltliche Begleitung.

Gemäß der Vorgabe aus dem Policy Manual, definiert das DCZ folgende Kernaufgaben für sich:¹⁸

- Bekanntmachung der Cochrane-Collaboration und ihrer Bedeutung für den deutschsprachigen Raum in der Öffentlichkeit,

¹⁷ Siehe: <http://www.cochrane.org/organisational-policy-manual/33-centres> (Letzter Aufruf: 29.11.2013).

¹⁸ Siehe: <http://www.cochrane.de/de/aufgaben-und-ziele> (Letzter Aufruf: 29.11.2013).

mit dem Ziel, den Transfer von Forschungsergebnissen in die Gesundheitsversorgung und damit die Patienteninformationen zu verbessern.

(Im Folgenden Kernaufgabe 1: Bekanntmachung der Cochrane Collaboration / Transfer der Forschungsergebnisse)

- Ansprechpartner für Interessierte an der Arbeit der Cochrane-Collaboration genannt „Entities“ wie z.B. Centres, Review Groups, Method Groups z.B. bei der Organisation von Veranstaltungen, Koordination der internationalen Zusammenarbeit gleichgelagerter Interessensgruppen, etc.
(Im Folgenden Kernaufgabe 2: Ansprechpartner für Interessierte)
- Koordinierung der Handsuche (handsearching) nach klinischen Studien in medizinischen Fachzeitschriften (Koordination der Beiträge der Collaboration zur Schaffung eines internationalen Registers abgeschlossener und laufender Studien CENTRAL). Unterstützung von Review-Gruppen bei der Suche nach spezieller Literatur in dem Sprachraum, für den das Zentrum zuständig ist.
(Im Folgenden Kernaufgabe 3: Handsearching / Unterstützung bei Literatursuche)
- Informationsquelle und Hilfestellung für Öffentlichkeit, Vertreter und Nutzer des Gesundheitswesens, Politiker und Medien bei Fragen zur Cochrane Library
(Im Folgenden Kernaufgabe 4: Informationsquelle zur Cochrane Library)
- Durchführung, Unterstützung und Weiterentwicklung der Methodik zur Verbesserung der Qualität von systematischen Reviews.
(Im Folgenden Kernaufgabe 5: Weiterentwicklung der Qualität Systematischer Reviews)

Die Wahrnehmung dieser Kernaufgaben wird über eine finanzielle und infrastrukturelle Förderung grundlegender Arbeiten sichergestellt.¹⁹ Zusätzlich zu dieser Grundförderung erfolgt eine Finanzierung über sonstige Drittmittelprojekte. Im Rahmen dieser werden einzelne Mitarbeiter des DCZ mit der Durchführung von Forschungs- und wissenschaftlichen Projekten beauftragt. Schwerpunkt sind dabei in der Regel EbM-Projekte sowie die Erstellung methodischer und systematischer Reviews.²⁰

¹⁹ Siehe detailliert Kapitel 5.

²⁰ Somit können Mitarbeiter des DCZ an der Erstellung von Systematic Reviews beteiligt sein. In der Regel sind dies Cochrane Reviews, nur in Ausnahmen ist dies nicht der Fall. In den letzten Jahren waren Mitarbeiter des DCZ regelmäßig Autoren von Cochrane Reviews, dabei mehrfach im Rahmen von durch das BMBF geförderten systematischen Übersichts-

Diejenigen befragten Experten, die einzelne Angebote der Kernaufgaben des DCZ wie Schulungen, Workshops oder andere Veranstaltungen besucht haben oder Publikationen des DCZ kennen und verfolgen, nehmen das DCZ als trennbaren Akteur von der Cochrane-Collaboration wahr und sehen einen hohen Bedarf für die Leistungen des DCZ. Ein kleiner Teil derjenigen, die hauptsächlich die systematischen Reviews von Cochrane kennen und nutzen, sind sich der Aufgabenteilung und der Verantwortlichkeit in der Leistungserbringung zwischen den unterschiedlichen Entitäten der Cochrane-Collaboration nicht bewusst. Unabhängig davon sehen jedoch auch sie einen hohen Bedarf nach den unterschiedlichen Produkten und Leistungen der Cochrane Entitäten.

Als Begründung für den Bedarf eines deutschen Cochrane-Zentrums wird unter anderem von den befragten Experten ein wahrgenommener Rückstand Deutschlands bei der Vernetzung mit internationalen EbM-Aktivitäten genannt.²¹ Insbesondere wird ein Bedarf gesehen, evidenzbasierte Informationen aus Reviewergebnissen für die Praxis in deutscher Sprache anzubieten. Außerdem wird der Bedarf nach einer unabhängigen Institution in der EbHC-Landschaft hervorgehoben. Eine solche unabhängige Institution wird als notwendig erachtet, um auf Lücken und Missstände im System hinzuweisen.

3.2.1 Kernaufgabe 1: Bekanntmachung der Cochrane-Collaboration / Transfer der Forschungsergebnisse

Die Cochrane-Collaboration wird von den Experten als wichtiges internationales Netzwerk der evidenzbasierten Medizin wahrgenommen und das DCZ als nationaler Netzwerkvertreter. Die Gesprächspartner betonen die Rolle des DCZ, das die internationalen Cochrane-Aktivitäten in die deutsche Community überträgt und für die EbM-Gemeinschaft in Deutschland daher einen wichtigen Knotenpunkt für nationale wie internationale EbM-Aktivitäten darstellt. In dieser Funktion, vor allem als Schnittstelle zu internationalen Entwicklungen, ist das DCZ in Deutschland allein gestellt, weshalb von allen Gesprächspartnern ein Bedarf für das DCZ gesehen wird.

Das DCZ wird von den Gesprächspartnern außerdem als wichtiger Akteur wahrgenommen, der sich den Transfer von Forschungsergebnissen in die Gesundheitsversorgungen und die Transparenz im Gesundheitswesen zum Ziel erklärt hat. Hierzu leistet das DCZ, vorwiegend in Person von Herrn Prof. Dr. Antes, nicht nur politische, sondern auch öffentlichkeitswirksame Lobbyarbeit.

arbeiten. Zusätzlich können Mitarbeiter des DCZ auch Mitglieder in einer Cochrane Review-Gruppe oder eines Autorenteam und damit an der Erstellung von Cochrane-Reviews beteiligt sein, auch wenn für die Erstellung von Cochrane-Reviews die Cochrane Zentren nicht verantwortlich sind.

²¹ Siehe dazu auch die internationalen Vergleiche der Nutzung der Reviews und Cochrane Library in Kapitel 3.1.

Darüber hinaus wurden von vielen Befragten eigeninitiativ die Veranstaltungen des DCZ als sichtbare Angebote genannt sowie auf Publikationen des DCZ verwiesen. Die meisten Befragten stufen die Bedeutung und damit auch den Bedarf dieser Arbeit als besonders hoch ein, da sie unter den anderen Akteuren in der EbM-Landschaft keine Institution sehen, die, gemäß dem EbM-Stufenmodell (siehe Abbildung 3), diese grundlegenden EbM-Aufgaben erfüllt oder erfüllen könnte. Als Grund für diesen hohen Stellenwert nennen die Befragten auch die so wahrgenommene Unabhängigkeit der Cochrane-Collaboration und des DCZ.

Der direkte Impact der Arbeiten des DCZ auf die Versorgungsleistungen in Deutschland wird von einigen Befragten als geringer eingestuft als der der Arbeiten des IQWiG beispielsweise. Die entsprechenden Experten verweisen jedoch als Erklärung auch auf die unterschiedliche institutionelle Ausgestaltung und gesetzliche Verankerung des IQWiG, das Entscheidungsgrundlagen für den G-BA erarbeitet.

3.2.2 Kernaufgabe 2: Ansprechpartner für Interessierte

Dass das DCZ als Ansprechpartner für Interessierte an der Arbeit der Cochrane-Collaboration fungiert, wurde von den Fachexperten als Selbstverständlichkeit angesehen, zumal das DCZ die Cochrane-Collaboration im deutschsprachigen Raum vertritt. Da die Gesprächspartner als Vertreter wesentlicher Institutionen und Organisationen im deutschen Gesundheitswesen befragt wurden und nicht beispielsweise als potenzielle Cochrane-Review-Autoren, äußerten sie einen eher geringen eigenen Bedarf an dieser Aufgabe.²²

Für die Koordination der internationalen Zusammenarbeit gleichgelagerter Interessensgruppen gilt das DCZ den meisten Gesprächspartnern zudem als wichtiger Akteur, durch den die EbM-Gemeinschaft in Deutschland an den internationalen Entwicklungen partizipieren kann und umgekehrt. Die internationale Vernetzung des DCZ wurde von vielen Gesprächspartnern als sehr wichtig und sehr gut beschrieben. Das DCZ wird von den Befragten, als die Schnittstelle zu internationalen Geschehnissen und Entwicklungen der Methodik der EbM wahrgenommen. Der Bedarf für diese Aufgabe wird als entsprechend hoch bewertet.

²² Die Auswahl der Fachexperten erfolgte, um die aus der Politik, in der Forschung, in der medizinischen Praxis und in der (Fach-)Öffentlichkeit gestellten Erwartungen an das DCZ zu identifizieren. Um den Bedarf an dieser Kernaufgabe weiter zu spezifizieren, könnte eine Befragung eines breiteren Kreises von Akteuren aus der Forschungs- und Versorgungslandschaft sinnvoll sein.

3.2.3 Kernaufgabe 3: Handsearching / Unterstützung bei Literatursuche

Die Arbeit, die das DCZ im Rahmen des Handsearchings leistet, ist nicht allen Befragten bekannt, was wiederum darauf zurückgeführt werden kann, dass die Befragten selbst keine Cochrane-Review-Autoren sind. Die Befragten, die das Handsearching kennen, stufen es jedoch als sehr bedeutend ein, da es dazu beiträgt, dass die deutsche EbM-Forschung von der angelsächsischen Welt überhaupt wahrgenommen werden kann. Entsprechend wird ein Bedarf für diese Arbeiten des DCZ gesehen.

3.2.4 Kernaufgabe 4: Informationsquelle zur Cochrane Library

Den Bedarf für die Unterstützungsarbeit bei Fragen zur Cochrane Library stufen einige Befragte als gering ein, da unter den aktuellen Rahmenbedingungen nur wenige davon Gebrauch machen können (Vgl. Kapitel 3.1.2). Als Folgerung daraus wird aber nicht die Abschaffung der Unterstützung, sondern die Verbesserung des Zugangs genannt.

3.2.5 Kernaufgabe 5: Weiterentwicklung der Qualität von Systematischen Reviews

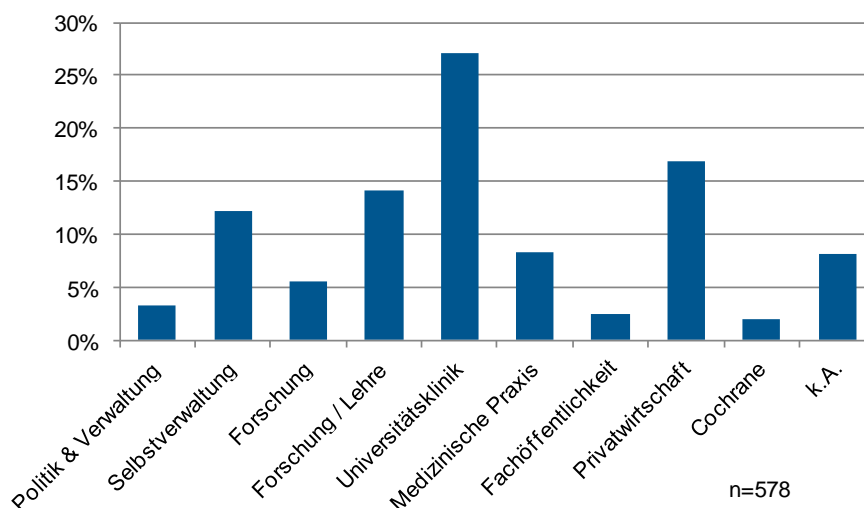
Von der überwiegenden Mehrheit der Befragten wird das DCZ als bedeutender Akteur im Bereich EbM für die Adaptation der Methodenentwicklung auf die Verhältnisse in Deutschland wahrgenommen, der über seine Vernetzung auch in diesem Bereich einen Link zu den internationalen Entwicklungen darstellt. Die internen wie externen Schulungen zur Reviewerstellung und zu Methoden der evidenzbasierten Medizin im Allgemeinen werden selbst von Nicht-Nutzern als wichtig erachtet.

Neben dem DCZ gibt es in Deutschland durchaus auch andere Akteure, die sich mit Methoden der EbM beschäftigen. Alternative Angebote zu den Schulungen des DCZ werden – nach Aussage der Experten, die Schulungen selbst oder über ihre Institution nutzen – jedoch nur für die Basis-Schulungen genutzt (Universitäten in Frankfurt und Lübeck, Ausland). Für neuere methodische Entwicklungen (z.B. GRADE) und auch für tiefere Fortbildungen für aktive EbM Anwender, werden keine Alternativen zum DCZ gesehen. In den Augen der meisten Befragten setzt das DCZ daher die methodischen Standards im Bereich der evidenzbasierten Medizin (Zitat eines Gesprächspartners: „Goldstandard“). Vor allem Universitäten sind in diesem Bereich in Deutschland nach Ansicht der Gesprächspartner noch zu schwach aufgestellt.

Gemäß den vom DCZ übermittelten Dokumenten zu den in der Vergangenheit durchgeführten internen Workshops wurden seit 2011 insgesamt sechs Workshops zu systematischen Übersichts-

arbeiten, drei Workshops zu systematischer Literaturrecherche, drei Workshops GRADE, drei Workshops GRADE Aufbau, ein Workshop GRADE Diagnose sowie ein Workshop Evidenzbasierte Innovationen in den Gesundheitsfachberufen durchgeführt. Daran nahmen insgesamt 578 Personen teil. Abbildung 11 liefert einen Überblick über den Hintergrund der Workshop-Teilnehmer. Den größten Anteil bilden mit 27% Teilnehmer von Universitätskliniken, die sich nicht nur auf die gesamte Bundesrepublik verteilen, sondern auch Teilnehmer von Universitätskliniken aus Österreich und der Schweiz umfassen. Nach eigener Aussage des DCZ sind die Workshops in der Regel schnell ausgebucht und es werden Wartelisten für die Workshops angefertigt. Die Teilnehmerzahlen sind begrenzt, da Übungen an EDV-Arbeitsplätzen stattfinden. Bei den Workshops zu den systematischen Übersichtsarbeiten ist die Grenze sukzessive von 20 auf 50 Teilnehmern angehoben worden.

Abbildung 11: Hintergrund Workshop-Teilnehmer Gesamt 2011 bis 2013

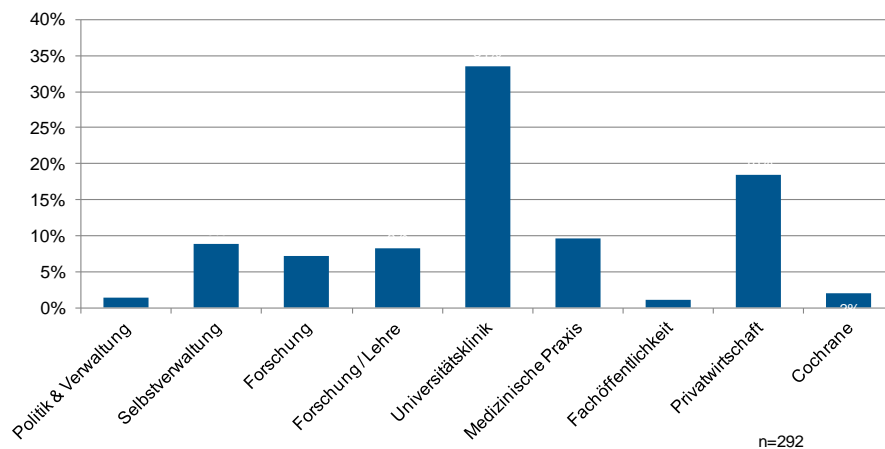


Quelle: Prognos 2014

Allerdings verteilt sich der Anteil der verschiedenen Nutzergruppen unterschiedlich auf die einzelnen Workshopangebote des DCZ. Die folgenden Abbildungen bieten diesbezüglich einen Überblick.

Die sechs Workshops zu systematischen Übersichtsarbeiten weisen mit 292 Teilnehmern die größte Besucherzahl auf. Hier sind 34% der Teilnehmer den Universitätskliniken zuzuordnen.

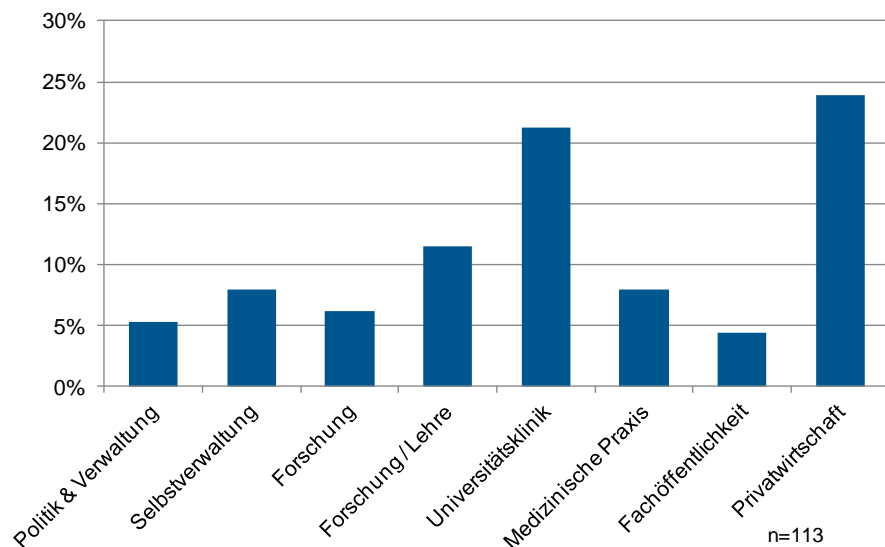
Abbildung 12: Teilnehmer systematische Übersichtsarbeiten



Quelle: Prognos 2014

In den vergangenen drei Jahren nahmen an den Workshops zu systematischer Literaturrecherche insgesamt 113 Teilnehmer teil. Davon lassen sich 24% der Privatwirtschaft zuordnen.

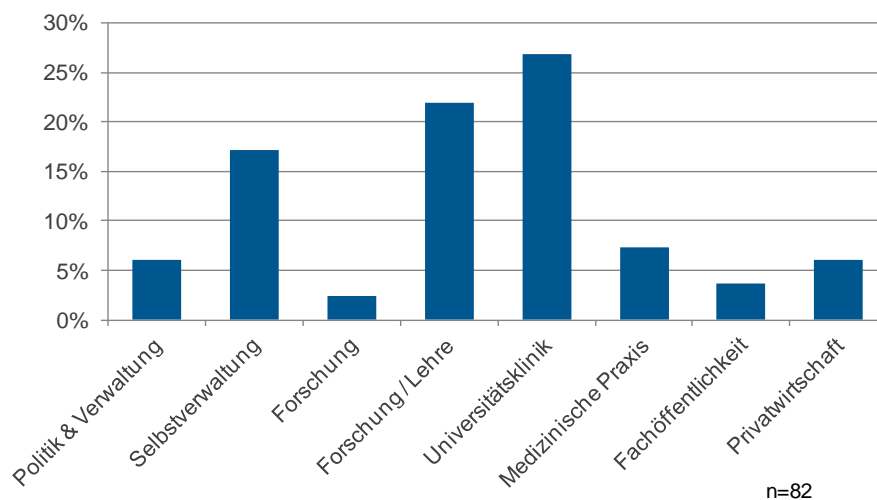
Abbildung 13: Teilnehmer systematische Literaturrecherche



Quelle: Prognos 2014

Etwas geringere Teilnehmerzahlen finden sich für den Workshop GRADE. Hier lassen sich 27% der insgesamt 82 Teilnehmer den Universitätskliniken zuordnen.

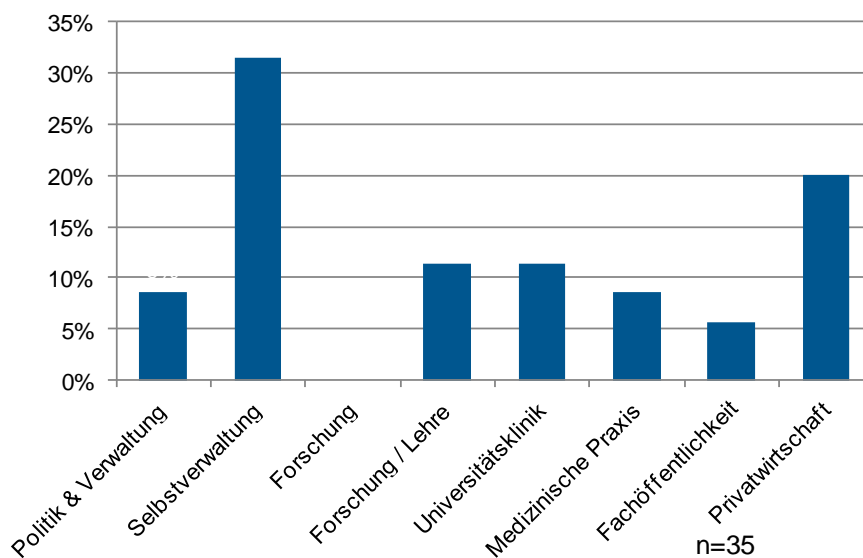
Abbildung 14: Teilnehmer Workshop GRADE



Quelle: Prognos 2014

Es wurden auch drei GRADE Aufbau Workshops durchgeführt. Dabei lassen sich 31% der insgesamt 35 Teilnehmer der Selbstverwaltung zuordnen.

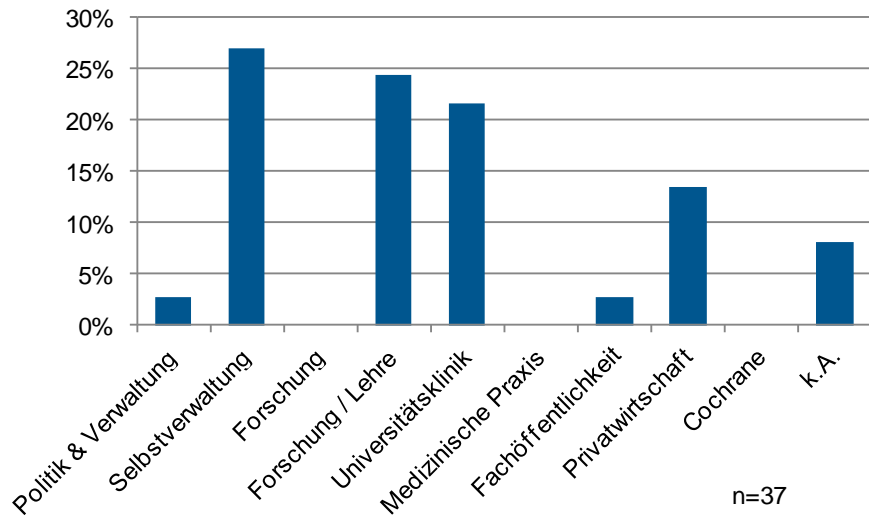
Abbildung 15: Teilnehmer GRADE-Aufbau



Quelle: Prognos 2014

Der Workshop GRADE Diagnose wurde erstmals 2013 durchgeführt. Hier nahmen 37 Personen teil, darunter 27% aus der Selbstverwaltung.

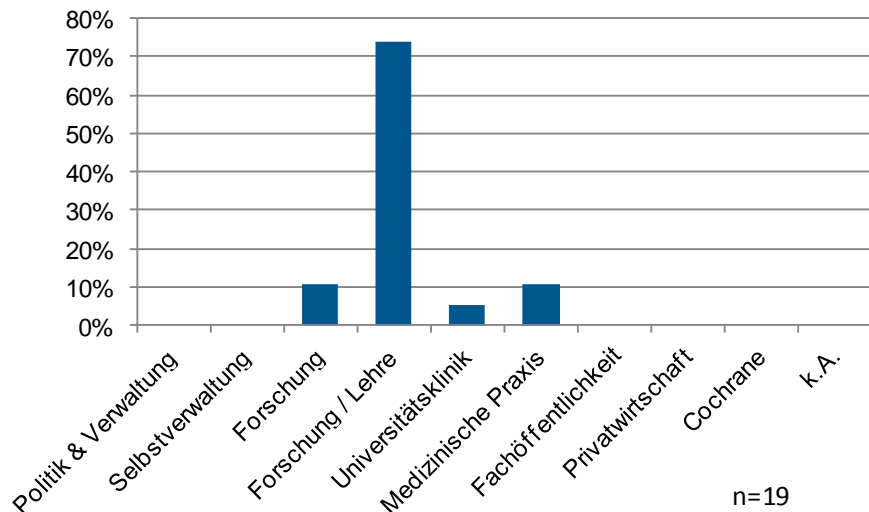
Abbildung 16: Teilnehmer GRADE-Diagnose



Quelle: Prognos 2014

Schließlich wurde 2013 auch erstmals der Workshop Evidenzbasierte Innovationen in den Gesundheitsfachberufen durchgeführt. Dabei lassen sich 74% der 19 Teilnehmer Forschung / Lehre zuordnen.

Abbildung 17: Teilnehmer Evidenzbasierte Innovationen



Quelle: Prognos 2014

Zusätzlich bietet das DCZ auch externe EbM-Workshops an, die nicht in den Räumlichkeiten des DCZ bzw. in Freiburg stattfinden. So wurden zwischen 2011 und 2013 insgesamt 17 externe Workshops vom DCZ konzipiert und durchgeführt. Diese Workshops umfassen hauptsächlich Themen zu GRADE und der Literaturrecherche. Mitarbeiter des DCZ haben in diesem Zusammenhang Workshops u.a. für das Robert-Koch-Institut, für Kassenärztliche

Vereinigungen, für die Patientenvertreter beim Gemeinsamen Bundesausschuss und für die Ständige Impfkommission durchgeführt (siehe Abbildung 18).

Abbildung 18: Externe Workshops, die von Mitarbeitern des DCZ konzipiert und realisiert wurden, 2011 – 2013.

2011	2012	2013
Einführung in die EbM. Workshop GRADE-Methodik, STIKO, Mainz.	Medizinische Literaturrecherche – schnell(er) und sicher(er) zu zuverlässige(re)n Ergebnissen, Management Akademie der KV BW, Freiburg (21.11.2012).	GRADE Training Workshop, Diemen, Niederlande (25.11.2013).
Recherche nach med. Informationen und die Bewertung von wissenschaftlichen Aussagen. Workshop für die Wissenschaftsredaktion von quarks und nano, WDR, Köln.	GRADE – von Studien zu Leitlinien, ÖZ, Krems, Österreich (13.11.2012).	GRADE - von Studien zu Leitlinien, Österreichische Cochrane Zweigstelle, Krems, Österreich (05.-06.11.2013).
What is GRADE? An Overview. Two Day Workshop on GRADE, Immunization Unit, RKI, Berlin.	Incorporating data on adverse effects into systematic reviews. Cochrane Adverse Effects Methods Group, Cochrane Colloquium, Auckland, NZ (30.09.-03.10.2012).	"Mit Zitronen fing es an" - Workshop für die Patientenvertreter des G-BA in Kooperation mit dem DRKS und dem MDS e.V., G-BA, Geschäftsstelle, Berlin (18.10.2013).
	Summer School Clinical Practice Guidelines on Rare Diseases: GRADE, Rom, Italien (09.-11.07.2012).	GRADE Workshop: European Stroke Organization, Frankfurt (25.07.2013).
	Literaturrecherche im Internet. Fortbildung der KV BW für Qualitätszirkelbeauftragte, KV BW, Reutlingen, (23.05.2012).	GRADE Workshop: Diabetes and Nutrition Study Group, Dubrovnik, Kroatien (26.-27.06.2013).
	GRADE Workshop at CVZ, Utrecht, Niederlande (09.02.2012).	Literaturrecherche im Internet für Anfänger - schnell(er) und sicher(er) zu zuverlässige(re)n Ergebnissen, KV BW, Reutlingen (13.04.2013).
	Medizinische Literaturrecherche - schnell und sicher zu zuverlässigen Ergebnissen. 'management akademie' der KV BW, KV BW, Stuttgart.	The GRADE approach for assessment of quality of evidence and grading of recommendations, RKI, Berlin (28.-29.01.2013).

Quelle: DCZ 2014

3.2.6 Wissenschaftliche Tätigkeiten und Projekte

Die wissenschaftlichen Tätigkeiten und Projekte des DCZ wurden nur von einigen Befragten explizit erwähnt und sind nicht allen Gesprächspartnern bekannt.

Der Bedarf der wissenschaftlichen Tätigkeiten des DCZ wurde, von den Gesprächspartnern, die dies als Leistung explizit nannten, auch als wichtige Ergänzung zu anderen wissenschaftlichen Arbeiten genannt. Vereinzelt wurde ein höherer Bedarf geäußert als tatsächlich vom DCZ erbracht wird.

3.3 Erwartungen an die Arbeit des DCZ

Die Frage nach den Erwartungen war entgegen den Dimensionen Sichtbarkeit und Nutzung sowie Bedarf offen formuliert und führte bei der Mehrheit der Befragten zu sehr grundsätzlichen Antworten. Dabei unterschied die Mehrheit der Befragten von sich aus in Inhalte und den Finanzierungsrahmen.

3.3.1 Inhalte

Mit der inhaltlichen Arbeit sind die Befragten mehrheitlich unter den gegebenen finanziellen Rahmenbedingungen zufrieden. Darunter fallen insbesondere:

- die Rolle des DCZ als unabhängiger Akteur in der deutschen EbM-Landschaft, der die Versorgungsentscheidungen im deutschen Gesundheitswesen unterstützt
- als Ansprechpartner und Promotor der internationalen Aktivitäten,
- die Bereitstellung eines niedrighschwelligigen Zugangs zu systematischen Übersichtsarbeiten und das Angebot zu Methodenschulungen sowie der Methodenadaptation.

Einzelne Gesprächspartner äußerten aus ihrer Sicht konkrete inhaltliche Erwartungen, die vor dem Hintergrund besserer finanzieller wie auch institutioneller Rahmenbedingungen vom DCZ erfüllt werden könnten:

- die Ausweitung des Schulungsangebotes zu spezielleren Fragen bspw. in der Leitlinienerstellung oder in Form einer stärkeren Akademisierung durch den Erwerb eines Abschlusses,
- eine stärkere Übersetzung von laienverständlichen Review-Abstracts,

- ein größerer wissenschaftlicher Output.

Von einem Gesprächspartner wurde sehr konkret der Vergleich zu den in anderen Ländern existierenden Wissensinstituten gezogen. Darauf aufbauend wurde die Vorstellung der Weiterentwicklung des DCZ als Wissensinstitut artikuliert, das sich darauf spezialisiert Informationen unabhängig von der Industrie und anderen Interessengruppen zugänglich zu machen. Dieses Wissenszentrum sollte sich darauf konzentrieren, die vielen Informationen aus den Lebenswissenschaften aufzubereiten und sprachlich (Übersetzungen) und inhaltlich zusammenzufassen.

Darüber hinaus wurden jedoch auch inhaltliche Erwartungen an das DCZ geäußert, die unabhängig der finanziellen Ausstattung, vom DCZ geleistet werden sollten und sich auf die Rolle des DCZ in der EbM-Landschaft beziehen. Hierunter fallen die bessere Vernetzung und der Austausch mit den EbM-Akteuren in Deutschland. Vom DCZ wird hier vor allem der stärkere Anstoß zu Fachdiskussionen gefordert sowie eine bessere Aufstellung bzw. Vermarktung als EbM-Plattform. In diesem Zusammenhang wurde die starke Positionierung des Leiters von einigen Gesprächspartnern thematisiert und wie der Übergang zu einer neuen Generation in der EbM zukünftig umgesetzt wird.

Mit Blick auf den Transfer von Forschungsergebnissen in die Gesundheitsversorgung wurden von einzelnen Gesprächspartnern einerseits Erwartungen hinsichtlich einer besseren Vermarktung der Reviews an praktizierende Ärzte geäußert, etwa durch Übersetzungen in die deutsche Sprache, und außerdem eine bessere laienverständliche Aufbereitung der Reviews gewünscht.

3.3.2 Finanzierungsrahmen

Der Finanzierungsrahmen des DCZ wird von der Mehrheit der Befragten im Vergleich zu anderen nationalen und internationalen Einrichtungen als eng wahrgenommen und wird dem DCZ, aufgrund seiner Bedeutung und Relevanz für die EbM-Aktivitäten in Deutschland, nicht gerecht. Vor diesem Hintergrund wird von vielen Befragten die Erwartung einer institutionellen Aufwertung des DCZ formuliert im Zusammenhang mit einer weniger volatilen Finanzausstattung, die momentan über die von der Uniklinik und BMG geleisteten Beiträge von Drittmitteln abhängt. Die Betonung der Wichtigkeit und des Bedarfs einer unabhängigen EbM-Institution in Deutschland, die fundamentale Arbeit leistet, wird auch an dieser Stelle wieder geäußert. Ohne eine öffentliche Grundfinanzierung wird diese Unabhängigkeit als gefährdet gesehen.

3.4 Ergebnisse nach Akteursgruppen

Eine Betrachtung der Ergebnisse der leitfadengestützten Interviews nach Akteursgruppen macht Unterschiede für die Sichtbarkeit, die Nutzung und den Bedarf der Angebote des DCZ deutlich. Demgegenüber kennen alle Akteursgruppen mit den Cochrane-Reviews und der Cochrane-Library die zentralen Produkte der Cochrane-Collaboration.

Die **Selbstverwaltung** und die **medizinische Forschungslandschaft** haben gute Kenntnisse über die Angebote des DCZ und nutzen diese auch intensiv. Sie besuchen regelmäßig Workshops des DCZ und besuchen die Veranstaltungen. Die Angebote sind für ihre Arbeit wichtig und zentral. Sie sehen im DCZ eine wichtige Schnittstelle zu internationalen Akteuren und Methoden in der EbM. Demgegenüber liegen die Kenntnisse der **Patientenvertretung** über die Angebote des DCZ stärker im Bereich der Publikationen und Patienteninformationen.

Die **Selbstverwaltung** betont bei Bedarf und Erwartungen etwas stärker die Lobbyarbeit des DCZ für EbM in der Politik. Insbesondere empfinden es die Befragten als förderlich, dass es mehrere unabhängige Akteure in der EbHC-Landschaft gibt, um Diskussionen anzuregen. Die **medizinische Forschungslandschaft** hebt die hohen Qualitätsstandards der Arbeit des DCZ bezüglich Methodenadaptation stärker hervor. Von ihnen wird zudem geäußert, dass das DCZ eine Lücke füllt, weil Methodik an den Universitäten in der medizinischen Ausbildung eine viel zu geringe Rolle spielt. Sie sehen das DCZ als wichtigen Akteur, der zu einer besseren Vernetzung von Methodikern und Klinikern beiträgt und verstärkt beitragen sollte. Darüber hinaus äußern sie die Erwartung, dass das DCZ eine stärkere Rolle einnehmen sollte, um Sprachbarrieren zwischen internationaler Forschung und deutscher Klinik zu überwinden.

Die Befragten aus dem Bereich der **Patientenvertretung und Verbraucher** schätzen am DCZ ebenfalls die Unabhängigkeit und die Lobbyarbeit für EbM. Allerdings kennen diese Befragten die Angebote des DCZ nicht in demselben Umfang, wie die anderen. Sie kennen und nutzen verschiedene Publikationen und die Informationen für Patienten. Entsprechend wünschen sie sich mehr Publikationen und Informationen, die laienverständlich aufbereitet sind und sehen dafür auch neben dem IQWiG einen Bedarf.

Zwischenfazit

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Produkte der Cochrane-Collaboration unter den befragten Akteuren bekannt sind, genutzt werden und ihre Qualität geschätzt wird. Alternative Angebote zu den Cochrane Reviews und der Cochrane Library kennen und nutzen die Akteure ebenfalls je nach Angebot und Fragestellung.

Die Aufgaben des DCZ sind nicht alle im selben Maße bekannt wie die Cochrane Reviews und die Library. Als besonders bedeutend werden die Arbeiten im Bereich Methodenadaptation (Workshops) sowie im Bereich Wissenstransfer und Advocacy eingestuft. Alternative Anbieter gibt es in diesen Bereichen wenige. Aufgrund der Notwendigkeit, internationale Entwicklungen für das deutsche Gesundheitssystem zugänglich zu machen, sehen die befragten Akteure auch Potenzial in den Bereich Methodenadaptation und Wissenstransfer.

4 Wahrnehmung der Aufgaben beim DCZ – Prozesse und Ergebnisse

Welche konkreten Tätigkeiten vom DCZ und seinen Mitarbeitern wahrgenommen werden ist Gegenstand des Kapitels 4.

Vorgehen zur Verfahrensanalyse

Mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des DCZ wurden zwei Aufgabenerhebungsworkshops durchgeführt. Ziel dieser Workshops war es, die am DCZ durchgeführten Aufgaben zu sammeln und zu kategorisieren sowie sie mit Leistungskennzahlen zu hinterlegen. Im Workshop wurden fünf Leitfragen diskutiert:

- Welche Aufgaben nehmen Sie wahr?
- Welche Verantwortlichkeiten haben Sie?
- Wie häufig nehmen Sie die Aufgabe wahr?
- Mit welchem Personalaufwand ist die Aufgabenwahrnehmung verbunden?
- Wo bestehen interne bzw. externe Schnittstellen?

Im Ergebnis konnte ein Eindruck der tatsächlich wahrgenommenen Aufgaben und der Schwerpunkte der Tätigkeit ermittelt werden.

4.1 Überblick über die Tätigkeiten des DCZ

Die Ergebnisse der Aufgabenerhebungsworkshops geben einen Überblick über die Tätigkeiten der Mitarbeiter des DCZ. Aufbauend auf den Ergebnissen der Aufgabenerhebungsworkshops konnten insgesamt elf übergeordnete Tätigkeiten der DCZ-Mitarbeiter aufgenommen werden.

Die Diskussion in den Aufgabenerhebungsworkshops verdeutlichte, dass die von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern wahrgenommenen Tätigkeiten häufig mehrere Kernaufgaben des DCZ ansprechen. So werden beispielsweise vom DCZ Methoden-Workshops angeboten. Diese dienen zum einen der Kernaufgabe „Bekanntmachung der Cochrane-Collaboration und dem Transfer der Forschungsergebnisse in die Gesundheitsversorgung und der Verbesserung der Patienteninformation“ zum anderen auch der Kernaufgabe „Durchführung, Unterstützung und Weiterentwicklung der Methodik zur Verbesserung der Qualität von systematischen Reviews“.

Allerdings konnten nicht alle aufgenommenen Tätigkeiten den Kernaufgaben direkt zugeordnet werden. Daher wurden im Anschluss an die Workshops neben den Kernaufgaben zwei weitere Aufgabentypen definiert. Als Aufgabentypen des DCZ wurden definiert:

- Kernaufgaben des DCZ
- betriebsnotwendige Aufgaben des DCZ und
- weitere wissenschaftliche Aufgaben des DCZ.

Die folgende Abbildung zeigt die Zuordnung der Tätigkeiten zu den Aufgabentypen.

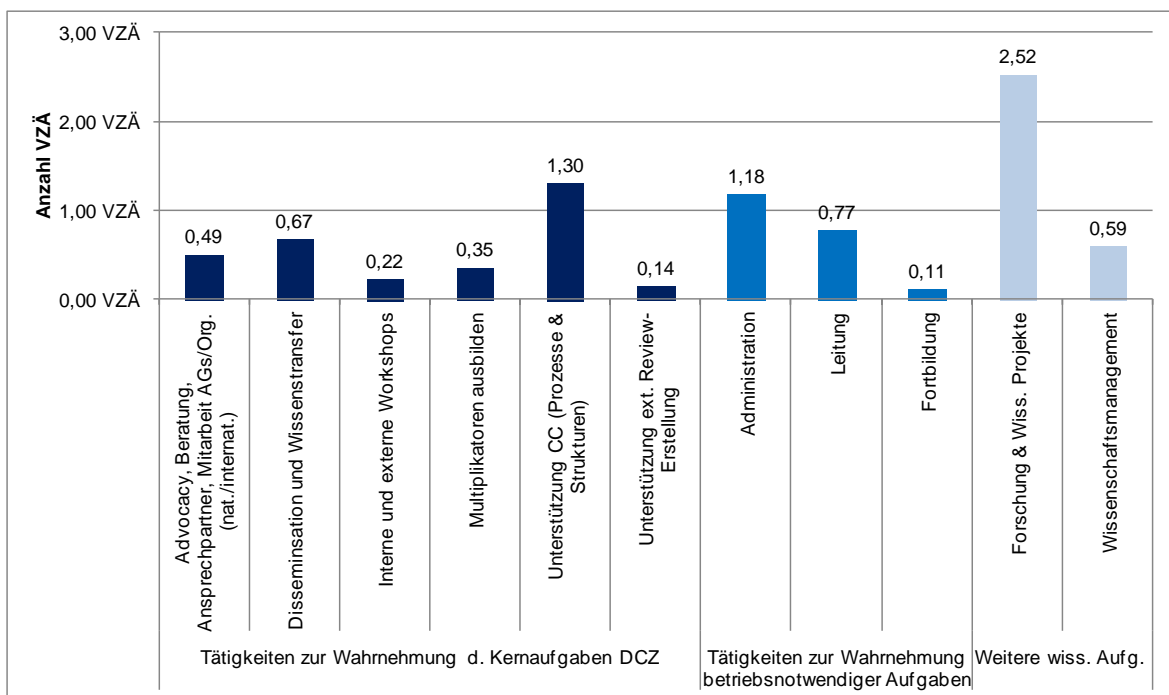
Abbildung 19: Zuordnung Tätigkeiten DCZ zu Aufgabentypen

	Kernaufgaben DCZ					Betriebsnotwendige Aufgaben			Weitere wissenschaftliche Aufgaben
	Bekanntmachung CC / Transfer Forschungsergebnisse	Ansprechpartner für Interessierte	Handsearching / Unterstützung bei Literatursuche	Informationsquelle zur Cochrane Library	Weiterentwicklung der Qualität von Syst. Reviews	Leitung	Administration	Fortbildung	Wissenschaftliche Projekte
Leitung						X			
Administration							X		
Interne und externe Workshops	X				X				
Advocacy, Beratung, Ansprechpartner, Mitarbeit AGs/Org. (nat./internat.)	X	X		X					
Dissemination und Wissenstransfer	X								
Unterstützung CC (Prozesse & Strukturen)		X	X						
Multiplikatoren ausbilden	X				X				
Wissenschaftsmanagement									X
Forschung & Wiss. Projekte, Peer-Review									X
Unterstützung ext. Review-Erstellung					X				
Fortbildung								X	

Quelle: Prognos 2014

Die aufgenommen elf Tätigkeiten binden unterschiedliche Personalaufwände. Insgesamt wurden von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern 8,32 VZÄ aufgenommen.²³ Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Webteams, die direkt von der Cochrane-Collaboration finanziert werden und am DCZ räumlich verortet sind, sind in dieser Berechnung nicht enthalten, da sie keine Aufgaben für das DCZ wahrnehmen. Abbildung 20 zeigt die Verteilung der VZÄ je Tätigkeit sortiert nach Aufgabentypen. Der mit Abstand größte Personalaufwand fällt mit insgesamt 2,52 VZÄ für „Forschung, wissenschaftliche Projekte“ an.

Abbildung 20: Personalaufwände in VZÄ je Tätigkeit

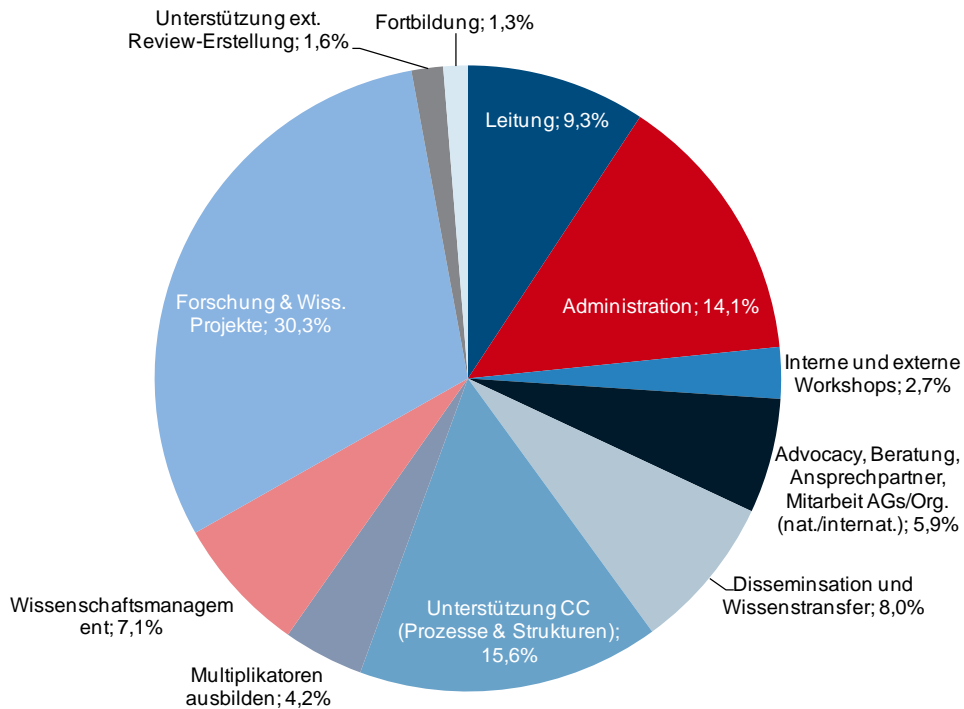


Quelle: Prognos 2014

Wie Abbildung 21 zeigt stellen diese mit 30,3% knapp ein Drittel der verfügbaren VZÄ dar. Die Unterstützungsleistungen für die Cochrane-Collaboration (Prozesse & Strukturen) binden insgesamt 15,6% der VZÄ.

²³ Eine Mitarbeiterin mit 0,25 VZÄ, die sich derzeit in Mutterschutz befindet, wurde dabei nicht berücksichtigt.

Abbildung 21: Personalaufwände in % je Tätigkeit



Quelle: Prognos 2014

Nachfolgend werden die wahrgenommenen Tätigkeiten der Mitarbeiter des DCZ detailliert nach Tätigkeiten zur Wahrnehmung der Kernaufgaben des DCZ, Tätigkeiten zur Wahrnehmung der betriebsnotwendigen Aufgaben des DCZ und den weiteren wissenschaftliche Aufgaben des DCZ dargestellt.

4.2 Tätigkeiten zur Wahrnehmung der Kernaufgaben des DCZ

4.2.1 Unterstützung der Strukturen und Prozesse der Cochrane-Collaboration

Als Cochrane-Entität unterstützt das DCZ die Strukturen und Prozesse der Cochrane-Collaboration in Deutschland und ist Ansprechpartner für die internationalen Cochrane-Entitäten im deutschen Sprachraum, für die deutschen Review-Gruppen sowie für Reviewautoren in Deutschland und dem deutschsprachigen Raum. Neben Deutschland ist das DCZ darüber hinaus auch das Referenzzentrum für Interessierte aus Liechtenstein, Tschechien, Slowakei und Ungarn, in denen es kein Cochrane-Zentrum oder Zweigstelle gibt. Damit dient das DCZ als Ansprechpartner für Cochrane-Autoren aus diesen Ländern, ohne dass Aktivitäten in diesen Ländern durch das DCZ finanziert werden. Zudem übernimmt das DCZ die Supervision der Österreichischen Cochrane Zweigstelle (ÖCZ) und nimmt in dieser Funktion den Jahresbericht

des ÖCZ ab. In der Schweiz übernimmt das DCZ die Begleitung des deutschsprachigen Landesteils des Swiss Cochrane Branch.

Als Ansprechpartner für die internationalen Cochrane-Entitäten im deutschen Sprachraum und die deutschen Review-Gruppen leistet das DCZ eine inhaltliche Unterstützung im Erstellungsprozess eines Cochrane-Reviews. Anhand von drei Phasen wird im Folgenden der Prozess der Review-Erstellung sowie die damit verbundenen Tätigkeiten, Zeiträume und Aufwände dargestellt. In allen drei Phasen werden in der Regel das DCZ und seine Mitarbeiter eingebunden. Folgende drei Phasen können im Rahmen der Review-Erstellung unterschieden werden:

1. Registrierung des Titels
2. Erstellung und Einreichung eines Arbeitsprotokolls
3. Erstellung des Cochrane Reviews

Ausgangspunkt der ersten Phase ist die Entscheidung einer interessierten Autorengruppe, ein Cochrane-Review zu einer bestimmten Fragestellung zu verfassen. Im Idealfall nimmt die an einem Review interessierte Autorengruppe²⁴ Kontakt mit der für die Fragestellung zuständigen Review-Gruppe bzw. ihrer Editorial Base auf und übermittelt die Fragestellung. Diese prüft dann, ob das Thema bereits bearbeitet wurde. Ist dies nicht der Fall, erfolgt eine Freigabe des Titels und das eingereichte Thema ist für die Autorengruppe geschützt. In der Regel dauert dieser Prozess zwischen 1 Woche und 3 Monaten. Die konkrete Begleitungsfunktion des DCZ in dieser Phase kann sich sehr unterschiedlich gestalten und hängt häufig von der Erfahrung des interessierten Autorenteam ab. So fungiert das DCZ als erste Anlaufstelle für viele Autoren im deutschsprachigen Raum, die Interesse an der Erstellung eines Reviews aufweisen, jedoch über die Prozesse und Erstellungsschritte nicht informiert sind. Dies kann sich von der Identifizierung der zuständigen Review-Gruppe bis hin zu einer konkreten Erstberatung über die verschiedenen Schritte oder den Methoden- bzw. Softwareeinsatz im Rahmen einer Review-Erstellung erstrecken. Zusätzlich agiert das DCZ ebenfalls als Vermittler zwischen Autorenteam und den Review-Gruppen, im Falle von Abstimmungsschwierigkeiten dieser beiden. Durchschnittlich erreicht das DCZ einmal pro Woche in diesem Zusammenhang eine inhaltlich eigenständige Frage, die je nach Beratungs- bzw. Vermittlungsbedarf in ihrem konkreten Aufwand für das DCZ variieren.

Ist ein Titel erfolgreich registriert, erfolgt in der zweiten Phase die Erstellung und Einreichung eines Arbeitsprotokolls. Dieses stellt

²⁴ In der Regel umfasst ein Autorenteam mindestens 2 Autoren und maximal 10 Autoren.

auf zwischen 8-20 Seiten einen detaillierten Plan zur Durchführung und zum Vorgehen im geplanten Review dar und ist vom Autorenteam zu erstellen. Das Arbeitsprotokoll wird nach Einreichung bei der Review-Gruppe in einem Peer-Review Verfahren bewertet. Der gesamte Prozess dauert in der Regel zwischen 6-12 Monaten. Weder in dieser Phase noch in der ersten Phase findet eine Priorisierung oder Auswahl von Themen durch die zuständigen Review-Gruppen oder in der Cochrane-Collaboration statt. Es wird durch das wissenschaftliche Interesse und die Bereitschaft zur Übernahme eines Themas eine Relevanz unterstellt, die im Peer-Review-Verfahren bestätigt wird.²⁵ Auch in dieser zweiten Phase ist der konkrete Unterstützungsaufwand, den das DCZ leistet vom Unterstützungsbedarf des Autorenteam abhängig. Dieser kann sowohl kleinere Anfragen zum Protokollplan als auch die Begleitung und Bearbeitung eines ersten Drafts umfassen. Im Falle von Diskrepanzen in den Erwartungen der Review-Gruppe und dem Autorenteam, z.B. hinsichtlich des Einschluss von nicht-randomisierten Studien, kann das DCZ als Vermittler auftreten. Ein Großteil der kleineren Anfragen zum Studienprotokoll, bis zu 50 pro Woche, können vom DCZ per E-Mail beantwortet werden. Autorenteam, die eine intensive Begleitung, das heißt die gemeinsame Erstellung des Studienprotokolls mit dem DCZ, erfordern, variieren zwischen 10-20 Fällen pro Jahr.

Die dritte Phase umfasst die Erstellung des Cochrane-Reviews durch das Autorenteam, gemäß dem Studienprotokoll. Zu den Kernschritten dieser Phase zählen das Eingrenzen der Fragestellung, die Identifizierung der relevanten Literatur, die Bewertung der Literatur, die Zusammenfassung der Ergebnisse und die Interpretation. Im Anschluss wird der Cochrane-Review in einem Peer-Review Verfahren bewertet. Die Veröffentlichung in der Cochrane Library ist der letzte Schritt. Auch in dieser Phase bietet das DCZ den Autorenteam auf Anfrage unterschiedliche Unterstützungsleistungen. Diese kann die statistische Analyse, konkrete Software Beratung, Beratung bei der Aufarbeitung der Ergebnisse oder methodische Fragestellungen umfassen. Während der Großteil der Anfragen über E-Mail bzw. Telefon bearbeitet werden kann, wird in manchen Fällen eine persönliche Beratung für einen Tag durch das DCZ angeboten.

Gemäß den dargestellten Tätigkeiten obliegt dem DCZ in keiner der drei Phasen die Verantwortlichkeit für die Review-Erstellung, sondern eine inhaltliche Begleitungsfunktion. Diese inhaltliche Begleitungsfunktion ist eine Kernaufgabe und auf Anfrage der Autorenteam verbindlich vom DCZ zu leisten. Wird allerdings ein punktuell Maß an Unterstützung überschritten, so entscheiden sich die Mitarbeiter des DCZ manchmal, die (Co-)Autorenschaft

²⁵ Die Frage der Priorisierung von Review-Themen wird derzeit im Rahmen des Strategieprozesses der Cochrane-Collaboration diskutiert.

eines Cochrane-Reviews zu übernehmen. Laut Aussage der Mitarbeiter des DCZ ist dies bei 10-20 Cochrane-Reviews der Fall.

Weitere Unterstützung für internationale Review-Gruppen oder Autorentams werden vom DCZ als Referenzzentrum für deutschsprachige Literaturanfragen entweder im Rahmen von Literaturrecherchen oder von Datenextraktionen geleistet. In 2012 waren dies 5 Anfragen. Sie können jeweils bis zu 10 Arbeitstage umfassen.

Weitere Unterstützungsleistungen sind Qualitätsprüfungen von Übersetzungen oder die Mitgliedschaften in Methodengruppen oder Review-Gruppen. Dabei greifen die Strukturen und Prozesse der Cochrane-Collaboration ineinander. Durch die Mitarbeit in Methodengruppen der Cochrane-Collaboration²⁶ und die Mitarbeit in Review-Gruppen werden sowohl die Strukturen als auch die Prozesse der CC unterstützt.

Auf die Unterstützung der Strukturen und Prozesse der Cochrane-Collaboration fallen insgesamt 1,30 VZÄ. Davon entfallen 0,85 VZÄ auf die Erstellung inhaltlicher Reviews im Rahmen von (Co-)Autorenschaft, die aufgrund des hohen Beratungsbedarfs der Autorentams übernommen werden und 0,45 VZÄ auf die restlichen Unterstützungsleistungen. Dies sind insgesamt 15,6% der verfügbaren VZÄ.

4.2.2 Unterstützung externe Review-Erstellung

Neben der Unterstützung von Autorentams bzw. Review-Gruppen bei der Erstellung von Cochrane Reviews agiert das DCZ auch als Anlaufstelle für Autoren von „nicht-Cochrane“-Reviews. Dies erfolgt vor dem Hintergrund der Unterstützung und Weiterentwicklung der Methodik zur Verbesserung der Qualität von systematischen Reviews, indem diese Autoren für die Standards der Cochrane-Collaboration sensibilisiert werden. Entscheidet sich der Autor des Reviews nicht für die Erstellung nach dem Cochrane-Standard, geht diese Unterstützung in der Regel in keine (Co-)Autorenschaft der Mitarbeiter über, sondern beschränkt sich auf punktuelle Hilfestellungen. Auch hier gehen beim DCZ einmal pro Woche inhaltlich differenzierbare Anfragen ein.

Für die Unterstützung der externen Review-Erstellung fallen 0,14 VZÄ an.

²⁶ Methodengruppen bearbeiten spezifische Fragestellungen zur Methodik systematischer Übersichtsarbeiten und sind damit besonders an der Weiterentwicklung der Cochrane-Collaboration beteiligt.

4.2.3 Advocacy, Beratung, Ansprechpartner, Mitarbeit AGs/Org. (nat./internat.)

Das DCZ ist erste Anlaufstelle für Patienten, Ärzte und Interessierte mit dem Ziel, Informationen zu Cochrane-Aktivitäten zur Verfügung zu stellen oder an andere Anlaufstellen zu verweisen. Die Ergebnisse der Arbeit des DCZ werden auch politischen Entscheidern als Informationsbasis zur Verfügung gestellt. Durch aktive Medienarbeit in großen deutschen Tageszeitungen soll die evidenzbasierte Medizin in Deutschland eine breitere Bekanntheitsbasis und damit gesteigerte Relevanz erfahren. Künftig sollen auch die sozialen Medien genutzt werden. Als Kontaktstelle fungieren die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter als Ansprechpartner für die Antragstellung von Reviews. Sie bringen sowohl medizinische als auch methodische Expertise ein.

National wie international ist das DCZ mit unterschiedlichen Institutionen vernetzt. Die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen bringen sich als Mitglieder in Arbeitsgruppen ein. Dazu zählen z. B. die WHO (HIV, Nutrition dpt, Impfungen, Studienregistrierung) oder die European Stroke Organisation. Darüber hinaus sind Netzwerkpartner in Deutschland das Deutsche Netzwerk EbM und Verbände und wissenschaftliche Gesellschaften der Berufsgruppen Pflege, Hebammen, Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie.²⁷

Insgesamt werden dadurch 0,49 VZÄ gebunden, dies sind 5,9 % der verfügbaren VZÄ.

4.2.4 Wissenstransfer

Der Wissenstransfer ist eine kontinuierliche Aufgabe des DCZ. Hierunter fallen die Publikation von Fachartikeln und das Editieren von Fachzeitschriften zu medizinischen und methodischen Inhalten (z.B. Journal of Clinical Epidemiology)²⁸. Etwa fünf Beiträge werden pro Jahr auf Basis einer Review-Mitautorenschaft von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des DCZ veröffentlicht. Die wissenschaftlichen Erkenntnisse werden zudem für die Praxis aufbereitet. Zusätzlich werden Patienteninformationen anderer Organisationen auf der Webpräsenz des DCZ bereitgestellt. E-Mailverteiler (für Interessenten und Journalisten) werden genutzt, um über Aktivitäten und Beratungsangebote zu informieren.

Darüber hinaus werden wissenschaftliche Großveranstaltungen sowie Vorträge und Präsentationen der wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für den Wissenstransfer genutzt. Des-

²⁷ Als weitere Netzwerkpartner wurden in den Aufgabenworkshops als Auswahl genannt: RKI, Dt. Krebsgesellschaft, AWMF, Institut für Pflegewissenschaften (St. Gallen) und Studienzentrum Freiburg.

²⁸ Für eine detaillierte Übersicht der Veröffentlichung von DCZ-Mitarbeitern, siehe: <http://www.cochrane.de/de/veroeffentlichungen-mitarbeiter>.

weiteren sind Aufgaben der Öffentlichkeitsarbeit und das Informationsangebot der Website des DCZ zentrale Aufgaben. Im Rahmen des Wissenstransfers fungiert das DCZ als Mittler zwischen Methodikern und Nutzern. Beispiele für diese Tätigkeiten in den letzten Jahren sind Referententätigkeiten beim WDR Köln, die von der Leitung des DCZ übernommen werden. Ein finanzieller Ausgleich oder eine finanzielle Honorierung erfolgte nicht. Andere Aktivitäten im Bereich Wissenschaftsjournalismus erfolgen zum Beispiel im Rahmen des Studiengangs Wissenschaftsjournalismus an der Hochschule Darmstadt oder zum Thema EbM-Medizinjournalismus bei privaten Online-Portalen.

Insgesamt werden hiermit 0,67 VZÄ und damit 8,0% der derzeit verfügbaren VZÄ gebunden.

4.2.5 Interne und externe Workshops

Die internen Workshops unterteilen sich im Wesentlichen in Workshops zu systematischen Übersichtsarbeiten, zu Leitlinien, zu diagnostischen Fragestellungen und zur Literaturrecherche. Die wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des DCZ führen jährlich rd. fünf externe und fünf interne Workshops durch. Darunter fallen die Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung der Workshops. Informationen zu den internen Workshops sind in Kapitel 3.2.5 zu finden. Im Jahr 2012 partizipierten Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler des DCZ beispielweise an drei externen Workshops zu GRADE und an einem Workshop zur Nutzenbewertung von Arzneimitteln. 2013 wurden die Aktivitäten bei GRADE verstärkt, es fanden sechs externe Veranstaltungen dazu statt, u.a. auch für Patientengruppen und für das Robert-Koch-Institut. Insgesamt werden dadurch 0,22 VZÄ gebunden, dies sind 2,7% der momentan verfügbaren VZÄ.

4.2.6 Multiplikatoren ausbilden

Das DCZ nimmt Aufgaben der Ausbildung von Multiplikatoren der evidenzbasierten Medizin wahr. Hierunter fallen zum einen die Betreuung externer Gastwissenschaftler im Rahmen sog. Rotationsstellen. Im Jahr 2012 waren bspw. vier Gastwissenschaftler (in der Regel praktizierende Klinikärzte) für die Dauer von 2-12 Monaten am DCZ tätig und wurden von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des DCZ eingewiesen und unterstützt. Aber auch die Begleitung und Betreuung von Praktikanten wird vom DCZ als Aufgabe wahrgenommen; 1-3 Praktikanten werden pro Jahr am DCZ ausgebildet. Zusätzlich können sich, oft aus Anfragen zu Cochrane-Reviews, die vom DCZ nicht beantwortet werden können, Gastaufenthalte von jungen Wissenschaftlern entwickeln, um die entsprechende Kompetenz im Rahmen einer fremdfinanzierten Rotationsstelle zu erlangen. Themenbereiche in der Vergangenheit waren die Pädiatrie, Chirurgie und Urologie. Momentan erfolgt dies im Bereich der Neurologie zum Thema Neuroborreliose.

Durch das Durchführen von Tutorien und Lehrveranstaltungen an der Universität Freiburg und Vorträge an Universitätskliniken sollen weitere Multiplikatoren gewonnen werden. Zweimal pro Jahr führen die MA des DCZ einwöchige Lehrveranstaltungen zu systematischen Reviews an der Universität Freiburg durch, um die wissenschaftliche Praxis für die evidenzbasierte Medizin zu sensibilisieren. Eine gesonderte finanzielle Förderung oder Gegenleistung für diese Tätigkeiten durch die Universität Freiburg erhalten die Mitarbeiter oder das DCZ nicht.

Insgesamt werden durch die Ausbildung von Multiplikatoren 0,35 VZÄ aufgewendet.

4.3 Tätigkeiten zur Wahrnehmung der betriebsnotwendigen Aufgaben des DCZ

Betriebsnotwendige Aufgaben sind diejenigen Aufgaben, die nicht direkt den Kernaufgaben des DCZ zuzuordnen sind, jedoch aus Sicht des Gutachters entscheidend für die qualitative Aufgabewahrnehmung dieser sind. So unterstützt beispielsweise die Administration wesentlich die Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung der internen Workshops des DCZ.

4.3.1 Leitung

Die Aufgaben der Leitung des DCZ umfassen die strategische Positionierung und Weiterentwicklung der Arbeit des DCZ für die Entwicklung und Verbreitung der evidenzbasierten Medizin in Deutschland und die internationale Vernetzung der Arbeit des DCZ. Die Leitung setzt die Schwerpunkte der Fortentwicklung. Zum anderen sind Aufgaben wie Mitarbeiterführung, Supervision und die Akquise von Finanzierungswegen zur Aufrechterhaltung der Arbeit des DCZ Teil der Leitungsaufgabe. Konkrete Aufgaben für die Universität Freiburg werden von der Leitung nicht übernommen. Insgesamt werden für diese Leitungsaufgaben 0,77 VZÄ gebunden.

Zu diesen Leitungsaufgaben übernimmt die Leitung zusätzlich Kernaufgaben des DCZ. So unterstützt die Leitung die Strukturen und Prozesse der Cochrane-Collaboration, dient als Ansprechpartner und ist im Bereich der Advocacy aktiv.

Der Direktor des DCZ wird im Jahr 2014 65 Jahre alt und hat mit dem Universitätsklinikum Freiburg eine Verlängerung seines Vertrags vereinbart. Er wird in seiner Funktion von einem stellvertretenden Direktor unterstützt. Die Frage der Nachbesetzung wird in den nächsten Jahren zu entscheiden sein.

4.3.2 Administration

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Administration nehmen die für das DCZ spezifischen Verwaltungs- und Organisationsaufgaben wahr. Unter den Aufgaben der Organisation fallen Qualitätsmanagement, Finanzmanagement, Personalmanagement, Informationsmanagement und Pflege der DCZ Homepage. Zudem sind die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Administration die ersten Ansprechpartner für Externe und leiten die an sie herangebrachten Anliegen innerhalb des DCZ weiter. Als Verwaltungsaufgaben fallen die administrative Begleitung der Workshops, die administrative Unterstützung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie die Terminkoordination und Reiseplanung der Leitung an. Allgemeine Verwaltungsaufgaben wie die Personaladministration oder die Buchhaltung werden durch die Verwaltung des Universitätsklinikums für das DCZ wahrgenommen. Die Koordination der dadurch entstandenen Schnittstelle zum Universitätsklinikum fällt ebenfalls als Aufgabe der Administration an.

Für die Administration des DCZ sind derzeit 1,18 VZÄ und damit rd. 14,1 % der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eingebunden. Ein wesentlicher Anteil des Arbeitsaufwands entfällt auf die administrative Begleitung der durch das DCZ durchgeführten Workshops.

4.3.3 Fortbildung

Die wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des DCZ nehmen jedes Jahr selbst an Fortbildungen teil.²⁹ Geschätzt fallen ca. 1-2 Fortbildungen pro Jahr mit einer Dauer von 2-4 Tagen an. Insgesamt fallen hierfür 0,11 VZÄ an (1,3% der Personalkapazitäten).

4.4 Weitere wissenschaftliche Aufgaben

Die Tätigkeiten der Mitarbeiter des DCZ, die direkt im Zusammenhang mit wissenschaftlichen Aufgaben bzw. Drittmittelprojekten in Zusammenhang stehen, wurden dem Aufgabentypus „Weitere wissenschaftliche Aufgaben“ zugeordnet.

4.4.1 Wissenschaftsmanagement

Als wissenschaftliche Organisation, die auf das Einwerben von Drittmitteln angewiesen ist, fallen im Rahmen des Wissenschaftsmanagements weitere Aufgaben für das DCZ an. Zu den Aufgaben des Wissenschaftsmanagements werden zum einen das Einwerben von Drittmitteln, die Vorbereitung von Drittmittel-Anträgen

²⁹ Die Teilnahme an Fortbildungen wurde nur in einem der zwei durchgeführten Workshops thematisiert. Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass diese Einschätzung für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des DCZ anzusetzen ist.

und das Stellen von Fördermittelanträgen gezählt. Zum anderen fällt das inhaltliche Projektmanagement der einzelnen am DCZ durchgeführten Projekte als Aufwand an.

In den Aufgabenworkshops wurde angegeben, dass für einen erfolgreichen Drittmittel-Antrag etwa 2-3 Anträge geschrieben werden müssen.

Das Wissenschaftsmanagement bindet insgesamt 0,59 VZÄ, das sind 7,1% der gesamten VZÄ.

4.4.2 Forschung & Wissenschaftliche Projekte

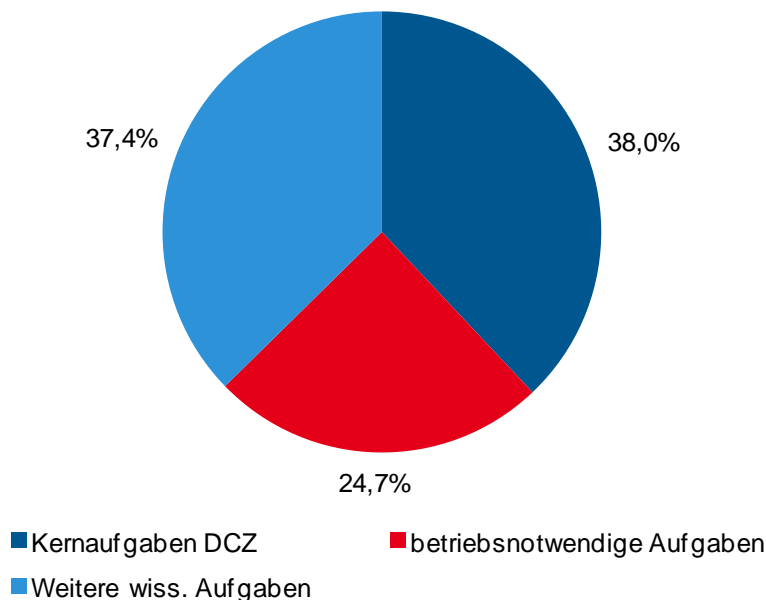
Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des DCZ leisten einen Beitrag zur Weiterentwicklung der Forschung. Sie führen eigenständige methodische Projekte in Form von Reviews durch bspw. zu unerwünschten Nebenwirkungen, Kombination der quantitativen und qualitativen Forschung, Evidence-Mapping, Leitlinienmethodik (GRADE), Publikations-Bias, Netzwerk Meta-Analyse, Diagnostik, seltenen Erkrankungen und Prognostik. Bei diesen Reviews handelt es sich nicht um Cochrane Reviews. Sie dienen zum einen der Finanzierung der Arbeit des DCZ, zum anderen dem internen Wissensaufbau. Indem die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des DCZ selbst eigene Erfahrungen mit der Erstellung von Reviews sammeln, soll die Unterstützungsleistung externer Review-Gruppen verbessert werden.

Mit verschiedenen wissenschaftlichen Projekten, die über Drittmittelfinanziert werden, entwickelt und implementiert das DCZ neue Methoden bspw. mit den EU-Projekten Open und Ecran, dem Multizentrischen DFG-Projekt (Schweiz, Freiburg, Kanada) und einem Projekt für die Ethikkommission. Zudem erstellen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des DCZ insgesamt zwischen zehn bis 20 eigene Reviews jährlich, die nach dem Cochrane-Standard erstellt werden, aber von einem konkreten Auftraggeber gefördert und finanziert werden. Somit unterscheiden sich diese Cochrane-Reviews in ihrer Genese vom in Kapitel 4.2.1 beschriebenen Review-Prozess.

Kontinuierlich wird die Aufgabe des Peer-Review-Verfahrens von wissenschaftlichen Fachartikeln und Forschungsanträgen wahrgenommen. Insgesamt sind ca. 30 Peer-Reviews jährlich von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des DCZ durchzuführen.

Die Tätigkeiten im Bereich Forschung & Wissenschaftliche Projekte binden den größten Anteil an VZÄs. Insgesamt sind dies 2,52 VZÄ, was 30,3% der VZÄ-Gesamt entspricht.

Abbildung 22: Personalaufwände in % je Aufgabentyp



Quelle: Prognos AG 2014

Zwischenfazit

Insgesamt sind 8,32 VZÄ für die Aufgabenwahrnehmung im DCZ eingebunden.³⁰ Die von den Mitarbeitern des DCZ wahrgenommenen Tätigkeiten decken ein breites Aufgabenspektrum ab, welches die Aufgabentypen „Kernaufgaben“, „Betriebsnotwendige Aufgaben“ und „Weitere wissenschaftliche Aufgaben“ umfassen. Dabei sind betriebsnotwendige Aufgaben solche Tätigkeiten, die nicht direkt den Kernaufgaben des DCZ zuzuordnen sind, jedoch aus Sicht des Gutachters entscheidend für eine qualitative Wahrnehmung dieser sind.

Gemäß den aufgenommenen Aufwänden der Tätigkeiten, die zur Wahrnehmung der Kernaufgaben des DCZ aufgewendet werden, binden diese ohne Führung und Administration 3,16 VZÄ. Die Tätigkeiten zur Wahrnehmung der betriebsnotwendigen Aufgaben des DCZ binden 2,05 VZÄ und die wissenschaftlichen Tätigkeiten des DCZ insgesamt 3,11 VZÄ. Somit entfallen auf die Kernaufgaben rund 38% der Personalaufwände (Vgl. Abbildung 22).

³⁰ Eine Mitarbeiterin mit 0,25 VZÄ, die sich derzeit in Mutterschutz befindet, wurde dabei nicht berücksichtigt.

5 Finanzierung des DCZ

Bei der Darstellung der wahrgenommenen Aufgaben am DCZ wurde deutlich, dass die Finanzierungsquelle einen starken Einfluss auf die Schwerpunktsetzung hat. Nachfolgend wird dargestellt, welche Förderer das DCZ in welchem Umfang über die letzten fünf Jahre unterstützt haben. Zudem wird aufgezeigt, welche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter am DCZ derzeit arbeiten und aus welchen Quellen sich die Finanzierung ihrer Stellen speist.

Aufbauend auf den derzeit am DCZ wahrgenommenen Aufgaben und dem dafür zugrunde liegenden Finanzierungsrahmen kann festgestellt werden, welche Finanzierung das DCZ zukünftig bräuchte, um den aktuellen Output weiterhin leisten zu können.

5.1 Förderung des DCZ seit 2008

Die Einnahmen des DCZ speisen sich aus unterschiedlichen Quellen. Grundsätzlich lassen sich vier Kernbereiche der Finanzierung voneinander abgrenzen, die nachfolgend beschrieben werden.

Eingeworbene Drittmittel und Förderung grundlegender Arbeiten

Das DCZ erhält eine Förderung grundlegender Arbeiten und Drittmittel aus dem Deutschen Register für Klinische Studien, der Erstellung systematischer Reviews, der Durchführung methodischer Projekte sowie Europäischer Projekte und sonstiger Projekte. Nachfolgende Abbildung 23 veranschaulicht die Entwicklung der Förderung grundlegender Arbeiten und der eingeworbenen Drittmittel des DCZ. Dabei wird deutlich, dass die finanzielle Ausstattung durch eingeworbene Drittmittel über die Zeit schwankt, jedoch in den Jahren 2012 und 2013 im Vergleich zu den Vorjahren deutlich angestiegen ist. Dies ist auf folgende Gründe zurückzuführen:

- Die Förderung durch das BMG ist von rd. 200 T€ im Jahr 2009, 125 T€ und 130 T€ in den Jahren 2010 und 2011 auf rd. 280 T€ im Jahr 2012 und rd. 240 T€ im Jahr 2013 angestiegen.
- Europäische Projekte, die vor 5 Jahren keine Rolle spielten, tragen nun rd. 120 T€ zu den Einnahmen bei.
- Die Erstellung von systematischen Reviews und HTA-Berichten erreichte im Jahr 2013 eine Höhe von rd. 170 T€. Fördergeber hier sind das BMBF und die GKV.

Grundförderung durch die Universität

Hierzu zählt die Finanzierung von Stellen durch das Universitätsklinikum/die Medizinische Fakultät (bis 31.12.2013 innerhalb des Instituts für Medizinische Biometrie und Medizinische Informatik) sowie die kostenfreie Nutzung der Infrastruktur und Dienstleistungen des Universitätsklinikums. Insgesamt wird die Grundförderung durch das Universitätsklinikum/die Medizinische Fakultät mit 225 T€ beziffert. Sie wird zum einen für Infrastrukturleistungen, zum anderen für die Finanzierung von Personalstellen verwendet.

Das DCZ ist am Universitätsklinikum Freiburg angesiedelt und kann die dort vorgehaltene Infrastruktur kostenfrei nutzen. Zudem nutzt das DCZ Dienstleistungen wie Personaladministration, Buchhaltung, Facility Management, EDV-Unterstützung und Beschaffungen kostenfrei. Drucksachen und Büromaterial sowie Post- und Fernmeldegebühren werden ebenfalls durch das Universitätsklinikum beglichen. Diese Förderung durch das Universitätsklinikum Freiburg wird kostenseitig nicht erfasst.

Über den Haushalt des Universitätsklinikums/der Medizinischen Fakultät werden 75 % der Leitungsstelle, jeweils 25 % der Stellenanteile dreier wissenschaftlicher Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie eine Verwaltungskraft zu 100 % finanziert.

Seit dem 1.1.2014 ist das DCZ gemäß Vorstandsbeschluss vom 13.09.2013 aus dem Institut für Medizinische Biometrie herausgelöst und als Zentrale Einheit im Universitätsklinikum verortet. Weiterhin wird eine Grundförderung in Höhe von 225 T€ zur Verfügung gestellt. Durch die Stellung als Zentrale Einheit und die Herauslösung aus dem Institut für Medizinische Biometrie wird das DCZ zu einer eigenständigen Organisationseinheit. Damit ist von einer höheren Transparenz der Geschäftsführung auszugehen. Zudem wird der Leitung des DCZ ermöglicht eigenständiger zu agieren und der Abstimmungsbedarf wird reduziert.

Spenden

Im Jahr 2008 hat das deutsche Cochrane-Zentrum zusätzlich Spenden in Höhe von insgesamt rd. 24 T€ eingenommen. Da die Unabhängigkeit der Cochrane Zentren von Industrie und privaten Firmen ein wichtiges Gütesiegel darstellt, hat die Cochrane-Collaboration die Finanzierung über Spenden und Sponsoring ausgeschlossen. Daher wurden für das DCZ in den Folgejahren keine weiteren Mittel über Spenden eingeworben. Vor diesem Hintergrund ist bei der Erstellung der Entwicklungsszenarien die Finanzierung über Spenden und Sponsoring nicht einzuplanen.

Workshops

Die Teilnehmergebühren der Workshops decken die Kosten des Caterings, der Materialien und Honorare für externe Referenten sowie die Personalkosten der Wissenschaftlichen Hilfskräfte. Es werden durch die Workshopgebühren keine zusätzlichen Mittel für die Arbeit des DCZ generiert.

Folgende Teilnehmergebühren werden erhoben:

- Systematische Übersichtsarbeiten: 450 €; Studierende: 300 €
- Systematische Literaturrecherche: 380 € für zwei Tage, 190 € für einen Tag
- GRADE-Grundkurs: 400 €
- GRADE-Aufbaukurs: 400 €

Abbildung 23: Entwicklung der eingeworbenen Drittmittel 2008 bis 2013, Stand 03.07.2014³¹

Kurztitel Projekt	Förderkennzeichne	Förderer	Förderlaufzeit	Gesamt	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Förderung grundlegender Arbeiten (bewilligte Summen)										
Die Arbeit des Deutschen Cochrane Zentrums (DCZ) zur Unterstützung von Qualitätssicherung und Wissenstransfer im Gesundheitswesen	IIA5 2511MQS001/ /214 20322 02/001	BMG	01.03.2011 31.12.2012	685.500 €	199.000 €	202.800 €	124.190 €	129.824 €	149.698 €	
Aktivitäten des Deutschen Cochrane Zentrums zur Weiterentwicklung der systematischen Nutzung von Wissen (Knowledge Translation) in der Gesundheitsversorgung in Deutschland (Acting on Knowledge)	IIA5 2512MQS006	BMG	01.05.2012 31.12.2014	377.336 €					134.336 €	243.000 €
Summe					199.000 €	202.800 €	124.190 €	129.824 €	284.034 €	243.000 €
Studienregister										
		Förderer	Förderlaufzeit		2008	2009	2010	2011	2012	2013
Deutsches Register Klinische Studien	*(1)	BMBF	01.08.2007 - 30.09.2012	2.291.729 €	22.740 €	22.740 €	22.740 €	22.740 €	22.740 €	22.740 €
Summe					22.740 €	22.740 €	22.740 €	22.740 €	22.740 €	22.740 €
Anmerkungen:										
(1) Der in den Jahrestrechen ausgewiesene Anteil entspricht 25 % Finanzierung der Stelle des Leiters des DCZ als Projektleiter. Das Projekt selbst ist am IMBI angesiedelt und ist unabhängig vom DCZ.										

³¹ Angaben zu den Fördermitteln und Laufzeiten der Fördermittel des BMG wurden vom BMG übermittelt. Angaben zu allen weiteren Drittmittelprojekten wurden durch die Verwaltung des DCZ und die Drittmittelverwaltung der Universität Freiburg übermittelt.

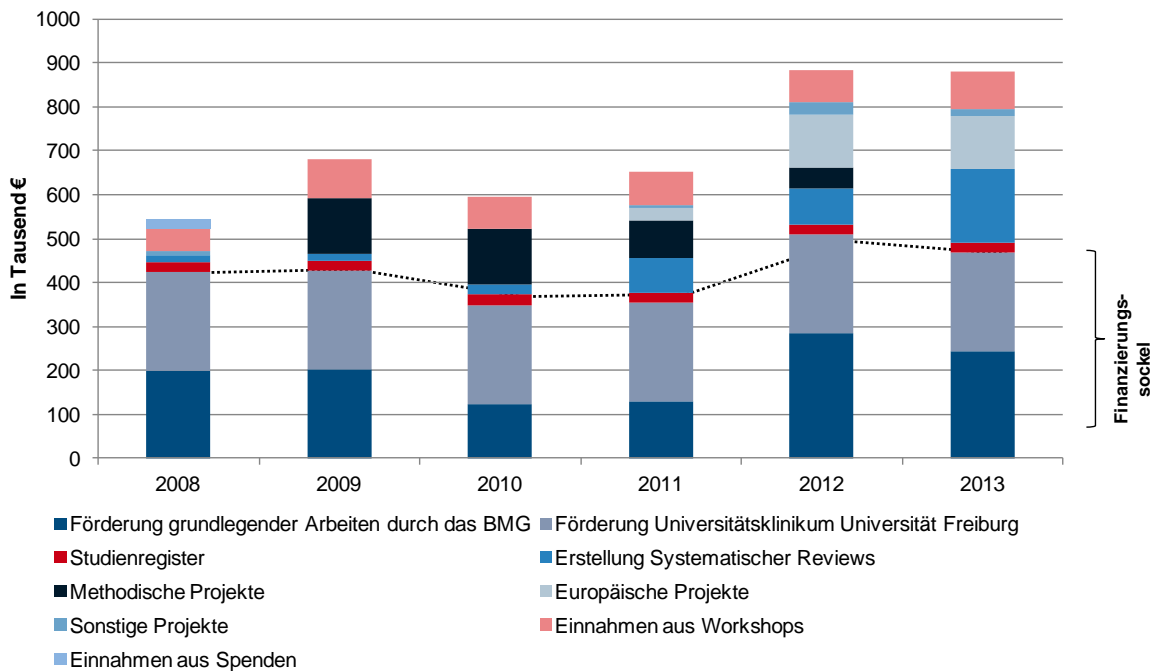
Erstellung Systematischer Reviews		Förderer	Förderlaufzeit	2008	2009	2010	2011	2012	2013	
Die Erstellung einer systematischen Übersichtsarbeit nach Methoden der Cochrane Collaboration zum Thema: Telefonberatung von pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz	01KG1027	BMBF	01.09.2010 30.06.2012	63.880 €		25.152 €	30.604 €	7.335 €		
Systematische Übersichtsarbeit zur Wirksamkeit von Beckenboden Muskeltraining im Vergleich zu anderen aktiven Behandlungen. Ein Cochrane Review	01KG1114	BMBF	01.07.2012 30.06.2014	120.408 €				32.260 €	49.240 €	
Systematische Übersichtsarbeit mit Evaluierung von unerwünschten Nebenwirkungen der LHRH Antagonisten im Vergleich zur Standardhormontherapie beim fortgeschrittenen Prostatakarzinom (Kooperation mit Uniklinik Erlangen, Dr. Frank Kunath)	01KG1218	BMBF	01.02.2013 31.01.2014	78.594 €					22.682 €	
Systematischer Review zur Evaluierung von unerwünschten Wirkungen von intravitrealem Ranibizumab und Bevacizumab zur Therapie der feuchten altersabhängigen Makuladegeneration	01KG1020	BMBF	01.02.2011 31.01.2012	69.352 €			47.944 €	23.641 €		
Erstellung eines Systematischen Reviews/ HTA Reports zum Thema "OCT Verfahren in der Indikation feuchte altersabhängige Makuladegeneration und diabetische Retinopathie"		GKV	15.06.2013 15.06.2014	82.000 €					82.000 €	
Evidenzbericht zur Therapie der AMD		HTA Zentrum Bremen	01.05.2008 31.08.2008	29.750 €	14.875 €	14.875 €				
Analyse der Evidenzbasierung von Ernährungsbroschüren für Schwangere (EVAS)	EVAS	Landesak. Versorgungs- forschung BW	01.07.2012 31.08.2014	35.000 €				20.000 €	15.000 €	
Summe					14.875 €	14.875 €	25.152 €	78.548 €	83.236 €	168.922 €
Anmerkungen:										
2) In den Jahrestanchen wird der durch den Kooperationsvertrag festgelegte und geflossene Anteil des DCZ am Projekt abgebildet; das Projekt selbst ist am Uniklinikum Erlangen verortet.										

Methodische Projekte		Förderer	Förderlaufzeit	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Selective Reporting		DFG	k.A.		88.750 €	88.750 €	47.500 €	47.500 €	
Studien und Publikationspraxis in der Pädiatrischen Hämatologie und Onkologie in Deutschland	DKS 2009.10	Deutsche Krebsstiftung	01.06.2009 31.05.2011	111.600 €	37.200 €	37.200 €	37.200 €		
Summe				0 €	125.950 €	125.950 €	84.700 €	47.500 €	0 €
Europäische Projekte		Förderer		2008	2009	2010	2011	2012	2013
European Communication on Research Awareness Needs (ECRAN)	Grant Agreement number: 305125	EU	01.09.2012 28.02.2013	25.680 €				13.000 €	13.000 €
Developing and Evaluating Communication strategies to support Informed Decisions and practice based on Evidence (DECIDE)	Grant Agreement number: 258583	EU	01.01.2011 31.12.2015	238.228 €				47.300 €	47.300 €
Platform for sharing best practices for management of rare diseases (RARE Best Practice)	Grant Agreement number: 305690	EU	01.01.2013 31.12.2016	82.000 €				30.000 €	30.000 €
Overcome Failure to Publish nEgative fiNdings (OPEN) Coordinator	Grant Agreement number: 282543 *(3)	EU	01.01.2011 31.10.2013	499.999 €			30.000 €	30.000 €	30.000 €
Summe				0 €	0 €	0 €	30.000 €	120.300 €	120.300 €
Anmerkungen:									
3) Fördersumme 499.999 €, die an das DCZ als 'coordinator' geflossen sind. Davon verblieben 90.000 Euro beim DCZ, der Rest wurde nach Eingang an die zehn Konsortiums-Partner weitergeleitet.									
Sonstige Projekte		Förderer	Förderlaufzeit	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Aktualisierung von Gesundheitsinformationen: "Fieber bei Kindern"		IQWiG	05.08.2013 08.09.2013	8.330 €					7.000 €
Entwicklung einer Recherchestrategie		IQWiG	10.02.2011 - 21.12.2012	33.837 €			5.076 €	28.761 €	
Aktualisierung von Gesundheitsinformation		IQWiG	15.10.2012 02.11.2012	9.500 €					7.983 €
ITI Science Impact Factor		ITI	01.04.2008 31.07.2008	10.000 €	10.000 €				
Summe				10.000 €	0 €	0 €	5.076 €	28.761 €	14.983 €
Gesamtsumme				246.615 €	366.365 €	298.032 €	350.887 €	586.571 €	569.945 €

Gesamtüberblick der Finanzierungsquellen

Unter Berücksichtigung der gesamten Finanzierungssituation stehen dem DCZ im Referenzjahr 2013 rd. 570 T€ eingeworbene Drittmittel und Förderung grundlegender Arbeiten, eine Grundförderung über das Universitätsklinikum/die Medizinische Fakultät Freiburg von rd. 225 T€ und Teilnahmegebühren der Workshops in Höhe von rd. 90 T€; insgesamt eine Summe von rd. 881 T€.

Abbildung 24: Überblick der Finanzierungsquellen des DCZ 2008-2013, Stand 03.07.2014



Quelle: Prognos AG 2014

Insgesamt verdeutlicht die Prüfung der Entwicklung der Förderung des DCZ seit 2008 eine schwierige Ausgangslage für die Planung einer langfristigen Entwicklung der Arbeit des DCZ. Die Basisfinanzierung durch BMG und Universitätsklinikum/Medizinische Fakultät Freiburg liegt in den betrachteten Jahren zwischen rd. 350 T€ und rd. 510 T€. Die zusätzlichen Mittel aus eingeworbenen Drittmittelprojekten lagen in den Jahren 2008 und 2013 zwischen rd. 50 T€ und rd. 300 T€.

Abbildung 25: Gesamtüberblick der Finanzierungsquellen des DCZ im Zeitraum 2008 – 2013, Stand 03.07.2014

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Förderung grundlegender Arbeiten durch das BMG (bewilligte Summen)	199.000 €	202.800 €	124.190 €	129.824 €	284.034 €	243.000 €
Förderung Universitätsklinikum/Med. Fakultät Universität Freiburg	225.000 €	225.000 €	225.000 €	225.000 €	225.000 €	225.000 €
Deutsches Register Klinische Studien	22.740 €	22.740 €	22.740 €	22.740 €	22.740 €	22.740 €
Erstellung Systematischer Reviews	14.875 €	14.875 €	25.152 €	78.548 €	83.236 €	168.922 €
Methodische Projekte	0 €	125.950 €	125.950 €	84.700 €	47.500 €	0 €
Europäische Projekte	0 €	0 €	0 €	30.000 €	120.300 €	120.300 €
Sonstige Projekte	10.000 €	0 €	0 €	5.076 €	28.761 €	14.983 €
Einnahmen aus Workshops	49.620 €	88.140 €	73.430 €	77.100 €	70.960 €	86.510 €
Einnahmen aus Spenden	24.000 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Gesamtsumme	545.235 €	679.505 €	596.462 €	652.987 €	882.531 €	881.455 €

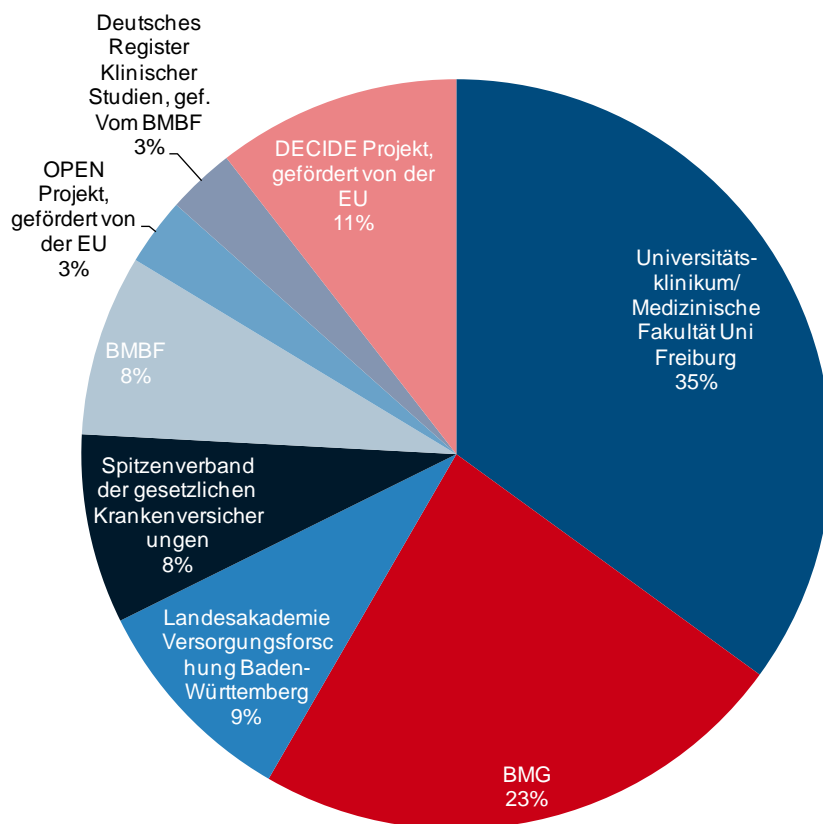
5.2 Personalausstattung des DCZ

Am DCZ arbeiten zum Zeitpunkt der Gutachtenerstellung 12 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, von denen sich eine Person derzeit in Mutterschutz befindet, insgesamt sind damit 8,57 VZÄ am DCZ beschäftigt.³² Am DCZ sind vornehmlich wissenschaftliche Mitarbeiter tätig, die eine Qualifikation für den höheren Dienst vorweisen können; insgesamt 7,17 VZÄ. Diese Mitarbeiter werden durch unterschiedliche Quellen finanziert (siehe Abbildung 26). Desweiteren unterstützen drei wissenschaftliche Hilfskräfte die Durchführung interner und externer Workshops. Sie werden finanziert über die Workshop-Einnahmen sowie die leistungsorientierte Mittelzuweisung bspw. für eingeworbene Drittmittelprojekte.

Räumlich sind am DCZ derzeit acht Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Cochrane-Collaboration angesiedelt, die direkt über die Cochrane-Collaboration finanziert werden (Webteam und Central Operations Unit). Sie sind keine Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des DCZ.

³² Im Kapitel 4.1 wurden 8,32 VZÄ ausgewiesen. Die Differenz von 0,25 VZÄ liegt an der Person, die derzeit im Mutterschutz ist.

Abbildung 26: Finanzierungsquellen der Stellenanteile der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des DCZ im Jahr 2013



Quelle: DCZ auf Basis der Informationen der Universität Freiburg

5.3 Notwendige Finanz- und Personalausstattung zur Erfüllung der Kernaufgaben als DCZ im Status-Quo

Bei der Betrachtung der Soll-Ausstattung werden zum einen die erforderlichen Personalkapazitäten, zum anderen die benötigte Infrastruktur gesondert betrachtet. Um auch künftig die Aufgaben eines Deutschen Cochrane-Zentrums mit dem gleichen Leistungs-niveau erfüllen zu können benötigt das DCZ folgende Personalausstattung:

Zur Erfüllung der Kernaufgaben durch wissenschaftliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter werden weiterhin rd. 3,2 VZÄ eingeplant (siehe Abbildung 22). Hierfür sind Stellen als wissenschaftliche Mitarbeiter erforderlich, es kann somit eine Mischung zwischen ärztlichen wissenschaftlichen Mitarbeitern, Post-Doktoranden und Doktoranden hergestellt werden.

Die Leitung des Cochrane-Zentrums ist nicht Bestandteil der Kernaufgaben eines Cochrane-Zentrums. Dennoch ist die Leitung ein wesentlicher Bestandteil zur Aufrechterhaltung der Erfüllung der Kernaufgaben. Auch bei einer minimalen Soll-Ausstattung sollte eine volle Leitungsstelle, als W3 Professur, für das DCZ eingeplant werden.³³

Werden die Kernaufgaben des DCZ gesondert betrachtet, wird sich der Aufwand der Administration entsprechend verringern. Momentan sind rd. 1,2 VZÄ mit Aufgaben der Administration gebunden (entspricht rd. 14% der Gesamtkapazitäten). Da die Mitarbeiterinnen der Verwaltung derzeit im Wesentlichen die Kernaufgaben unterstützen, kann dieser prozentuale Schlüssel nicht übernommen werden. Entsprechend der Ergebnisse des Aufgabenerhebungsworkshops ist eine der Administrationskräfte zu 30 % mit administrativen Aufgaben für die Workshops betraut; insgesamt 0,3 VZÄ. Bei den anderen Administrationskräften wird angenommen, dass sie jeweils hälftig für die Kernaufgaben und für die weiteren Tätigkeiten eingesetzt werden; insgesamt gerundet 0,5 VZÄ. Somit ergibt sich eine kalkulatorische Summe von gerundet 0,8 VZÄ. Hierfür ist eine Stelle mit Bachelor-Abschluss (bis Entgeltgruppe 12) vorzusehen. Diese Betrachtungsweise impliziert, dass das DCZ weiterhin für unterstützende Verwaltungsaufgaben bspw. Buchhaltung, Personalverwaltung auf Verwaltungskräfte einer anderen Institution zugreifen kann.

Um die Kernaufgaben des DCZ in der gleichen Quantität und Qualität wie heute auszuführen, sind somit insgesamt 5,0 VZÄ erforderlich.

Abbildung 27 Berechnung der Soll-Personalkosten³⁴

	Personal Soll-Ausstattung in VZÄ	Qualifikation	Durchschnittliche Kosten der Soll-Ausstattung gem. Personalkostensätze der DFG 2014	Personalkosten der Soll-Ausstattung
Erfüllung der Kernaufgaben	3,2	Wissenschaftliche Mitarbeiter, angesetzt sind Postdok-Stellen, Variation zw. ärztl. wiss. Mitarbeiter und Doktoranden möglich	63.600 €	203.520 €
Leitung	1,0	Professor, Besoldungsgruppe W 3	92.100 €	92.100 €
Administration	0,8	Verwaltungskräfte, Bachelorabschluss, bis E12	49.500 €	39.600 €
Summe der Personalkosten	5,0			335.220 €

³³ In der Berechnung der Stellenanteile der Leitung, die derzeit auf die Kernaufgaben des DCZ entfallen, wurden 0,8 VZÄ ausgewiesen.

³⁴ Personalmittelsätze der DFG für das Jahr 2014

Quelle: Prognos AG 2014

Für Infrastruktur, Servicefunktionen der Verwaltung und sonstige Materialkosten bspw. Druckkosten, Telekommunikation sollte in Anlehnung an die Projekt- und Programmpauschalen der DFG und des Bundes ein Zuschlag von 20 % berücksichtigt werden; rd. 67 T€.

Somit ist für das DCZ zur Aufrechterhaltung der Erfüllung der Kernaufgaben entsprechend des Niveaus im Referenzjahr 2013 eine Förderung von insgesamt rd. 402 T€ zu kalkulieren. Bei dieser Einschätzung wird davon ausgegangen, dass weiterhin durch die Durchführung wissenschaftlicher Tätigkeiten – die nicht als Kernaufgaben eines Cochrane-Zentrums definiert sind – Synergien gehoben werden. Durch diese Verbindung wird sichergestellt, dass die Kernaufgaben weiterhin auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft durchgeführt werden und die Unterstützungsleistungen des DCZ passgenau erfolgen können.

In den Jahren 2012 und 2013 konnten die Förderungen des Universitätsklinikums/der Medizinischen Fakultät und des BMG die Erfüllung der Kernaufgaben auf diesem Niveau garantieren. In den Jahren 2010 und 2011 wäre dies nicht der Fall gewesen.

Zwischenfazit: Ausstattung DCZ

Das DCZ verfügt über 8,57 VZÄ, davon sind 7,16 dem höheren Dienst zuzuordnen. Zudem werden drei wissenschaftliche Hilfskräfte beschäftigt.

Standard-Verwaltungsaufgaben wie Buchhaltung und Personaladministration werden von der Universität Freiburg für das DCZ erbracht.

Die Finanzierung der Stellen speist sich aus unterschiedlichen Quellen; über die Hälfte der Stellen werden durch das Universitätsklinikum/die Medizinische Fakultät Freiburg und das BMG finanziert.

Um die Kernaufgaben des DCZ in der gleichen Quantität und Qualität wie heute auszuführen, sind insgesamt 5,0 VZÄ erforderlich (rd. 400 T€).

5.4 Vergleich mit anderen Cochrane-Zentren

5.4.1 Auswahl der Zentren

Bei der Auswahl anderer Cochrane-Zentren wurde auf die Vergleichbarkeit geachtet. Dies betraf die Größe des vertretenen Landes und der wissenschaftlichen Aktivitäten in der evidenzbasierten

Medizin und andererseits unterschiedliche Alternativen der Finanzierung (z.B. auch durch Nutzungsentgelte). Auch wenn die Länder vergleichbar groß sind, wurde auf die Heranziehung der Zentren in Großbritannien und Frankreich verzichtet: die EbM-Aktivitäten in Großbritannien sind kaum vergleichbar mit denen in Deutschland, weil es als Gründungs- und Sitzland der Cochrane Collaboration im Land sehr etabliert ist. So zum Beispiel hat knapp die Hälfte der Cochrane Reviewgruppen ihre Redaktion („Editorial Base“) in Großbritannien und fast ein Drittel der Reviewautoren weltweit arbeiten in Großbritannien.³⁵ Das französische Zentrum ist verhältnismäßig jung. Stattdessen fiel die Wahl auf Dänemark, Niederlande und USA.

Das dänische Zentrum gilt als sehr gut ausgestattet und wird großzügig von der dänischen Regierung gefördert. Das niederländische Zentrum hat in den letzten Jahren keine Unterstützung mehr vom Staat erhalten. Das US-Zentrum ist eng mit einer Review-Gruppe vernetzt und ist im Bereich Training aktiv. Somit ergibt sich ein Gesamtbild von unterschiedlichen Finanzierungsaspekten und der Auswirkungen dieser.

5.4.2 Nordic Cochrane Centre (Kopenhagen), NCC

Hintergrundinformationen NCC

Das NCC ist am Rigshospitalet in Kopenhagen organisatorisch angesiedelt. Es wurde zeitgleich mit der Cochrane-Collaboration vor 20 Jahren gegründet. Das NCC hat Branches in Finnland und Norwegen. Außerdem hat das NCC Kontaktpersonen in Island, Polen und Schweden. Es betreut fünf Review-Groups:

- Cochrane Hepato-Biliary Group (Kopenhagen)
- Cochrane Colorectal Cancer Group (Kopenhagen)
- Cochrane Anaesthesia Group (Kopenhagen)
- Cochrane Occupational Safety and Health Group (Kuopio, Finnland)
- Norwegian Satellite of the Cochrane Effective Practice and Organisation of Care (EPOC) Group (Oslo, Norwegen)

Am NCC arbeiten insgesamt 17 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter; davon ein Leiter, sieben Wissenschaftler, sieben Software-Entwickler und zwei Verwaltungskräfte.

³⁵ Quelle: Webpräsenz des UK Cochrane Centre, <http://ukcc.cochrane.org/cochrane-uk-1> (letzter Zugriff am 5.9.2014)

In den ersten acht Geschäftsjahren des NCC erfolgte eine Finanzierung über Projektförderungen. Da die finanziellen Mittel nicht ausreichten, um die Arbeit des NCC nachhaltig zu finanzieren, musste das Zentrum geschlossen werden, bis eine Grundförderung sichergestellt werden konnte.

Finanzierung des NCC

Das NCC wird im Wesentlichen durch die dänische Regierung finanziert. Zudem erhält es finanzielle Mittel für die Software Entwicklung durch die Cochrane-Collaboration und eine Förderung durch den Danish Medical Research Council.³⁶

Das NCC erhält etwa 5.000.000 dänische Kronen (entspricht etwa 670.000 €³⁷) pro Jahr unbefristete Förderung. Diese Summe steht dem Cochrane-Zentrum ohne Zweckbindung zur Verfügung und entspricht ca. 69% der von der Regierung zur Verfügung gestellten Summe, d. h. 31% werden von der Universität als Overhead einbehalten.

Zudem erhält das NCC weitere 5,5 Mio. dänische Kronen (entspricht ca. 735.000 €) für die Software Entwicklung durch die Cochrane-Collaboration und eine Förderung durch das Danish Medical Research Council.

Für die Workshops wird keine Gebühr erhoben. Eine Förderung durch die Industrie ist wie bei allen anderen Cochrane-Zentren ausgeschlossen, da dadurch die Unabhängigkeit der Arbeit des NCC in Frage gestellt würde.

Qualitative Einschätzung der Finanzierungssituation des NCC

Das NCC kann heute auf einer langfristigen Finanzierung aufbauen. Nach Einschätzung des Gesprächspartners wäre ein Fortbestand des NCC ohne die Grundfinanzierung durch die dänische Regierung nicht möglich. Die Ergebnisse der Arbeit des NCC werden für politische Entscheidungen genutzt. Nach Einschätzung des Gesprächspartners haben sich die in das NCC investierten Mittel auf Grund eingesparter Ausgaben rasch amortisiert.

5.4.3 Dutch Cochrane Centre (Utrecht), DCC

Hintergrundinformationen DCC

Das DCC ist an dem Julius Center of the University Medical Center Utrecht (UMCU) organisatorisch verankert. Es existiert seit

³⁶ Die National Licence wird ebenfalls über die Regierung finanziert.

³⁷ 1,00 Dänische Krone = 0,1340 Euro, 28.01.2014

1994 und ist zuständig für die Niederlande, Belgien, Aruba, die Niederländische Antillen und Surinam. 2002 hat der belgische Zweig in Leuven seine Arbeit aufgenommen, dieser ist zuständig für den wallonischen und flämischen Teil Belgiens.

Am DCC war das Netherlands Trial Register ansässig, eine der weltweit ersten nationalen Register für klinische Studien, der von der WHO anerkannt wurde.

Es betreut die Review-Groups und Fields:

- Childhood Cancer Group, Amsterdam
- Fertility Regulation Group, Leiden
- Primary Health Care Field, Nijmegen
- Rehabilitation and Related Therapies Field, Maastricht
- Screening and Diagnostic Tests Methods Group, Amsterdam

Das DCC war am Universitätsklinikum in Amsterdam angesiedelt. Da das Universitätsklinikum Amsterdam keine Infrastrukturförderung mehr in Aussicht stellen konnte, ist das DCC Ende 2013 nach Utrecht umgezogen. Diesem Umzug hat die Cochrane-Collaboration zugestimmt.

Am DCC arbeiteten 9 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter: 0,7 VZÄ in der Verwaltung und 7,7 VZÄ wissenschaftliche Mitarbeiter. Der Umzug nach Utrecht bringt voraussichtlich ein Stellenabbau mit sich: geplant sind 3,9 VZÄ wissenschaftliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Das University Medical Centre wird zudem Wissenschaftler für ca. einen halben Tag pro Woche zur Verfügung stellen. Die Administration wird von der Universität übernommen.

Finanzierung des DCC

Die ursprüngliche Förderung des DCC lag bei 250.000 Gulden, das entspricht ca. 112.500€³⁸. Bis zum Jahr 2011 erhielt das DCC eine Förderung von 100.000 €. Im Zuge der Haushaltskonsolidierung wurden in den Niederlanden sämtliche Fördersummen unter 125.000 € eingestellt. Davon war auch die Förderung des DCC betroffen. Um diesen Ausfall zu kompensieren wurde die „Systematic Review Unit“ gegründet.

Das DCC erhält derzeit ca. 185.000 € Projektförderung durch das Gesundheitsministerium und durch Workshops sowie 175.000 €

³⁸ Diese Summe wurde zunächst verdoppelt, ehe sie wieder auf 250.000 reduziert wurde, ehe sie auf 100.000 Gulden festgelegt wurde.

durch den Dutch Health Insurance Council für Projekte. Es erhält nach wie vor keine Grundförderung. Für die Workshops werden mittlerweile 75 € pro Person als Teilnehmergebühr für einen 2-tägigen Workshop erhoben. Zudem existieren weitere Einkünfte aus verschiedenen Quellen:

- Training für nicht zu Cochrane gehörende Autoren: 60.000 - 80.000€
- Erstellung von Reviews (preferred provider agreement): 200.000 €. Dieser Auftrag wird ab dem 2014 von einem anderen Anbieter übernommen.
- Erstellung anderer Reviews: 50.000 -100.000 €

Qualitative Einschätzung der Finanzierungssituation des DCC

Mit dem Wegfall der Grundförderung ist das DCC in das Projektgeschäft eingestiegen. Nach Aussage des DCC leiden darunter die Kernaufgaben, auch wenn die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auch durch die Reviewerstellung einen Praxisbezug aufrechterhalten sollten. Mit dem Umzug nach Utrecht und die kostenfreie Überlassung der Infrastruktur erhofft sich das DCC eine höhere Priorisierung der Kernaufgaben. Im Vordergrund steht die bessere Nutzbarkeit der Reviews: Cochrane-Reviews seien für die klinische Ebene und Patientenvertretungen zu detailliert (und in der falschen Sprache) aber enthielten die wesentliche Grundlage für politischen Entscheidungen, seien aber nicht politisch geschrieben. Trotzdem besteht wegen der Finanzierungssituation die Wahl derzeit „between giving up and dying slowly“.

5.4.4 US Cochrane Centre (Baltimore)

Hintergrundinformationen USCC

Das USCC ist an der John Hopkins School of Public Health organisatorisch verankert. Das Zentrum erwuchs aus dem Zusammenschluss des New England Cochrane Center Boston Office, des New England Cochrane Center Providence Office und des San Francisco Cochrane Center im Jahr 2002. Seither existieren ein Center und zwei Branches. Im Jahr 2007 wurde der Branch in Boston wieder geschlossen.

Das USCC ist zuständig für die USA und die Karibik und betreut die Branches in San Francisco (CA Branch of the USCC) und Jamaika (Caribbean Branch). Es unterstützt die folgenden Review Groups, Fields und Methods Groups:

- Eyes and Vision Review Group (US Satellite); Baltimore, MD
- Neonatal Review Group; Burlington, VT

- Prostatic Diseases and Urologic Cancers Review Group; Gainesville, FL
- HIV/AIDS Review Group; San Francisco, CA
- Heart Review Group (US Satellite); Chicago, IL
- Complementary Medicine Field; Baltimore, MD
- Cochrane Justice Health Field; Manassas, VA
- Comparing Multiple Interventions Methods Group
- Patient Reported Outcomes Methods Group

Am USCC arbeiten derzeit 10 Vollzeitmitarbeiter und zwischen 10 und 25 Teilzeitkräfte. Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter werden über Drittmittel finanziert.

Finanzierung des USCC

Das USCC kann auf die Infrastrukturleistungen der Universität kostenfrei zugreifen; von der Universität werden 62 % Overheadkosten für Bundeszuschüsse und 30 % Overheadkosten für Einnahmen aus Lehrtätigkeiten berechnet.

Finanzielle Unterstützung erhält das USCC durch Projekte in der Ophthalmologie sowie durch Projekte der National Library of Health. Indirekte Unterstützung erfährt es durch das Department of Epidemiology und das Center for Clinical Trials.

Finanzielle Unterstützung erhält das USCC derzeit durch:

- The National Eye Institute. Bethesda, Maryland. 2002 bis heute
- The Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). 2002 bis heute
- The Cochrane-Collaboration Opportunities Fund. 2007 bis heute
- Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. 2005 bis heute

Die Höhe der Förderung ändert sich jährlich. Der folgende Überblick der Finanzierungssituation der letzten Jahre wurde im Gespräch gegeben:

- Von 2006 bis 2007 \$ 450.000 Förderung vom AHRQ

- Von 2002-2007 ca. \$ 500.000 Konferenz-Förderung. Diese wurde von 2007-2010 auf \$ 100.000 reduziert und wurde danach eingestellt.
- Bislang wurden \$100.000 vom Verbraucherverband zur Verfügung gestellt; derzeit noch \$ 50.000.
- Einmalige Förderung von Online-Kursen durch die Blue Shield Foundation in Höhe von \$ 100.000
- Für die Teilnahme an Workshops wird eine Gebühr erhoben, die zurückerstattet wird, sofern der Review innerhalb von 18 Monaten durchgeführt wird.

Qualitative Einschätzung der Finanzierungssituation des USCC

Die Finanzierung des USCC schwankt stark von Jahr zu Jahr. Die Höhe der Finanzierung ist nach Einschätzung der Gesprächspartnerin derzeit nicht ausreichend. Die Motivation leidet. Es ist schwierig, erfahrene Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler für das USCC zu gewinnen.

5.4.5 Alle Zentren im Überblick

Alle Zentren sind organisatorisch nicht selbständig, sondern an Universitätskliniken angesiedelt. Dadurch werden Synergien im Verwaltungs- und Infrastrukturbereich gehoben und die direkte Verbindung zwischen Praxis und Methodik sichergestellt. Die durchgeführten Workshops werden vornehmlich kostenfrei durchgeführt, teilweise werden Gebühren später zurückerstattet. Die in einigen Fällen erhobenen Teilnahmegebühren dienen nicht der Erwirtschaftung eines Gewinns. Eine Finanzierung über die Industrie ist bei allen Zentren aus Gründen der Unabhängigkeit nicht möglich.

Aus allen Gesprächen lässt sich ein Bedarf einer Grundfinanzierung der Cochrane-Zentren zur Erfüllung der Kernaufgaben ableiten. Entscheidend scheint weniger die Höhe dieser Grundfinanzierung, sondern eine Planungssicherheit über mehrere Jahre zu sein. Alle Zentren sind sehr stark von dem Engagement einzelner Personen abhängig. Der Vergleich mit den anderen Cochrane-Zentren verdeutlicht, dass das benötigte Budget zur Erfüllung der Kernaufgaben eines Cochrane-Zentrums nur schwer zu quantifizieren ist, so unterschiedlich sind die Rahmenbedingungen in den einzelnen Ländern. Zum anderen lässt sich aus der Historie der Zentren deutlich erkennen, dass ein politisches Interesse an den Ergebnissen eines nationalen Cochrane-Zentrums die Höhe der zur Verfügung gestellten Mittel bestimmt. Nur wenn die Ergebnisse für politische Entscheidungen fruchtbar genutzt werden, können

sich die investierten Mittel durch die Vermeidung unnötiger Ausgaben im Gesundheitsbereich amortisieren.

6 Eine SWOT-Analyse für das DCZ

Die Ergebnisse aus den vorangegangenen Kapiteln beschreiben die Sichtbarkeit, Nutzung und den Bedarf der Leistungen des DCZ (wie auch der Cochrane-Collaboration), die Aufgabenwahrnehmung und die Personalkapazitäten des DCZ sowie die finanzielle Ausstattung und Förderung seit 2008. Die ermittelten Ergebnisse werden in einer SWOT-Analyse bewertet, um Stärken und Schwächen wie auch Chancen und Risiken der IST-Situation des DCZ abzuleiten. Auf diesen aufbauend können dann Szenarien für die Zukunft entwickelt werden.

Die Stärken und Schwächen erfassen die Organisationsdimension und stellen eine interne Analyse des DCZ dar.

Stärken:

- Das DCZ ist eine etablierte und anerkannte Institution in der EbM-Landschaft in Deutschland und wird als wichtiger Akteur gesehen.
- Als Nukleus für die EbM-Aktivitäten ist das DCZ ein zentraler Ansprechpartner für eine Vielzahl unterschiedlicher Adressaten. Das DCZ agiert als zentraler Ansprechpartner für alle Cochrane-Akteure im deutschsprachigen Raum. In der deutschen EbM-Landschaft wird das DCZ stark mit Unabhängigkeit assoziiert. Das DCZ verfügt über eine breite internationale Vernetzung.
- Als Entität der Cochrane-Collaboration ist das DCZ ein Repräsentant von qualitativ hochwertigen Produkten (Reviews, Library), die für die EbM zentral sind. Es fördert die Nutzung dieser Quellen und berät Interessentinnen und Interessenten hierzu.
- Die hohe Qualität der Leistungserbringung durch das DCZ wird allgemein geschätzt.
- Insbesondere in der Methodenadaptation (über Workshops) wird dem DCZ eine fundamentale Stellung zugerechnet. Qualitativ anerkannte Aufbauschulungen (wie z.B. GRADE) werden nur vom DCZ angeboten.
- Auch andere Aktivitäten wie das Handsearching und Übersetzung von Abstracts stellen eine Stärke des DCZ dar, weil dadurch die Grundlagen für eine breitere Systematisierung und Nutzung von Evidenz im Gesundheitswesen geschaffen werden. Es kann hierdurch ein besserer Wissenstransfer erfolgen.

Schwächen:

- In der Außenwahrnehmung und der Lobbyarbeit wird das DCZ sehr stark mit der Leitung des DCZ assoziiert und wahrgenommen. Zur Stabilisierung und nachhaltigen Entwicklung des DCZ gilt es, weitere Kräfte für die Außenwahrnehmung zu befähigen und zu installieren, auch im Hinblick auf den bevorstehenden Übergang in der Leitung.
- Das DCZ orientiert sich als Entität der Cochrane-Collaboration an den Grundsätzen der evidenzbasierten Medizin. Allerdings werden vom DCZ keine langfristigen strategischen Ziele formuliert, an denen sich die Arbeit des DCZ orientieren und gemessen werden kann. Somit ist für Außenstehende schwer, die Arbeit des DCZ einzuschätzen und zu würdigen. Zudem erschwert dies die Zuordnung der Maßnahmen des DCZ zu den jeweiligen Zielgruppen im Gesundheitswesen.
- Der Anstoß für Fachdiskussionen blieb in der Vergangenheit hinter den Erwartungen zurück. Zudem wurde in der Vergangenheit eine zu schwache Vernetzung mit den nationalen EbM-Akteuren kritisiert. Das DCZ hat in den letzten Jahren in diesem Bereich Fortschritte erzielt, bspw. durch den Transfer der GRADE-Methodik in die deutsche Versorgungslandschaft.

Die Chancen und Risiken beziehen sich auf externe Umweltfaktoren, die auf die Aufgabenwahrnehmung und die Arbeit des DCZ wirken.

Chancen:

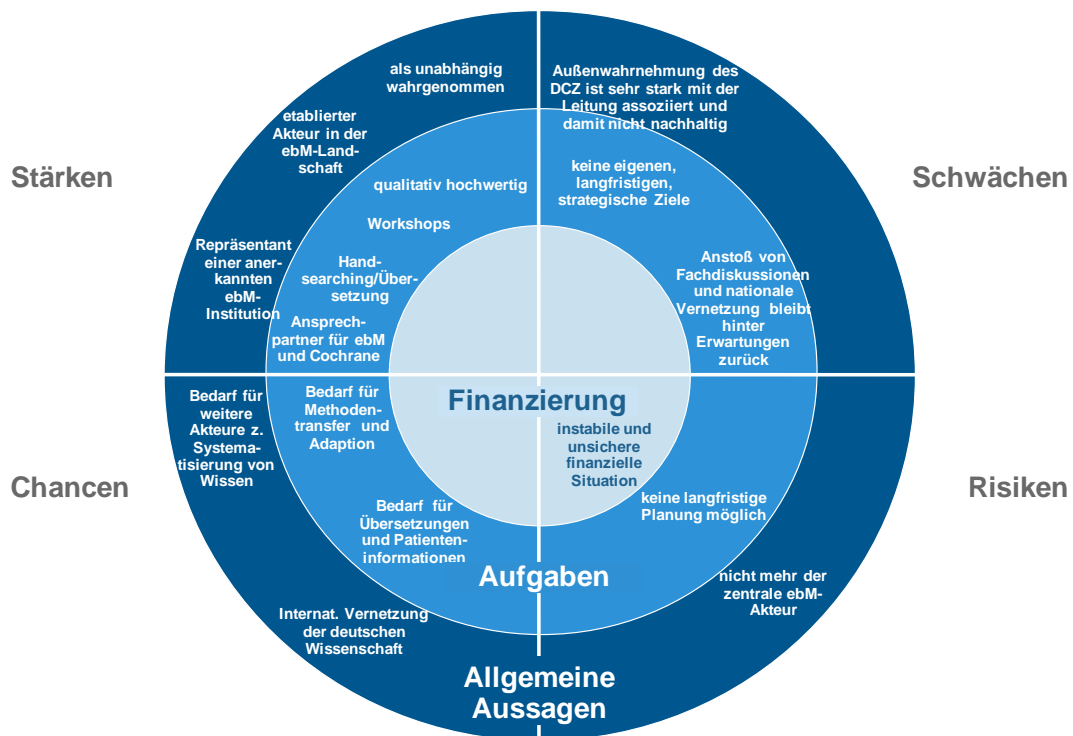
- Vor allem in die Einbindung in die Strukturen der Cochrane-Collaboration ermöglicht es dem DCZ, im Wege der internationalen Vernetzung Nutzen für das deutsche Gesundheitswesen zu erzielen.
- Über die Vernetzung ist das DCZ in der Lage, die internationale Methodenentwicklung der EbM für Deutschland zu adaptieren. Hier besteht Bedarf für eine Ausweitung der bestehenden Angebote an Workshops und Schulungen. Darüber hinaus wird Bedarf gesehen für eine Ausweitung der „Wertschöpfungskette“, um den Transfer wissenschaftlicher Evidenz in die Praxis weiter zu stärken (Übersetzungstätigkeiten und ggf. Patientinformationen).
- Wegen seines Profils kann das DCZ eine Rolle bei der stärkeren Systematisierung von medizinischem Wissen in Deutschland spielen.
- Das DCZ erfüllt fundamentale Aufgaben in der EbM (siehe Abbildung 3), indem es die Erstellung von Reviews durch Schu-

lungen und Beratung ermöglicht und Methoden anwendet, um Wissen bereitzustellen. Somit ergänzt es das IQWiG, das auf der Grundlage der Cochrane-Arbeiten Nutzenbewertungen und Kosten-Nutzen-Bewertungen vornehmen kann.

Risiken:

- Im Vergleich zum Ende der 1990er Jahre ist die EbM-Landschaft in Deutschland deutlich ausgebaut worden. Das DCZ ist nicht der einzige Akteur in diesem Feld und mit dem IQWiG verfügt die Landschaft über eine im Gesundheitssystem stark institutionalisierte Organisation.
- Die finanzielle Förderung des DCZ weist über die letzten Jahre keine Stabilität auf. Dies ist insbesondere durch das Schwanken der eingeworbenen Drittmittelprojekte begründet. Die Grundförderung durch Universitätsklinikum/Medizinische Fakultät Freiburg bleibt relativ konstant, auch das BMG hat das DCZ kontinuierlich gefördert. Dies reichte aber nicht in jedem Jahr für die Finanzierung der Kernaufgaben. Damit sind langfristige Planungsmöglichkeiten schwierig und gleichzeitig ist die Attraktivität des DCZ als Arbeitgeber reduziert.

Abbildung 28: SWOT für das DCZ



Quelle: Prognos AG 2014

7 Perspektiven für das Deutsche Cochrane-Zentrum

Die in diesem Gutachten enthaltenen Analysen zeigen, dass es einen Bedarf der Leistungen des DCZ gibt, und werfen Fragen auf, wie die zukünftige inhaltliche wie organisatorische Aufstellung des DCZ aussehen sollte. Im folgenden Kapitel sollen daher die Perspektiven für das Deutsche Cochrane-Zentrum diskutiert werden.

7.1 Perspektiven für die Aufgaben des DCZ

Bei der Betrachtung der Perspektiven für das Deutsche Cochrane-Zentrum gilt es, zwischen den Perspektiven auf der Aufgabenebene und der Organisationsebene zu unterscheiden. In der folgenden Betrachtung werden zu favorisierende Schwerpunkte aus Sicht der Prognos AG dargestellt.

7.1.1 Verbleib im Status-Quo

Wie oben dargelegt, braucht das Deutsche Cochrane-Zentrum zur Erfüllung der jetzigen Kernaufgaben in der aktuellen Qualität und Quantität 5,0 VZÄ und finanzielle Mittel in Höhe von rd. 400 Tsd. €. (siehe Kapitel 5.3).

Abbildung 29: Personalausstattung bei Aufgabenwahrnehmung im Status Quo

	Status-Quo Kernaufgaben (VZÄ) ³⁹
Leitung	1,0
Administration	0,8
Unterstützung Coch- rane-Strukturen und Reviews	1,4
Methodenadaptation	1,1
Wissenstransfer	0,7
	5,0

Quelle: Prognos AG 2014

Somit können die bestehenden Kernaufgaben (Unterstützung der Strukturen und Prozesse der Cochrane-Collaboration wie Cochrane-Review-Erstellung, Unterstützung anderer Reviews, die Advocacy-Arbeit, der Wissenstransfer von EbM, die Durchführung von

³⁹ Alle Zahlen sind gerundet. Es kann daher zu Rundungsdifferenzen kommen.

Workshops und die Ausbildung von Multiplikatoren) auf dem jetzigen Niveau weitergeführt werden. Nicht enthalten in dieser Auflistung sind die wissenschaftlichen Drittmittelprojekte, die nicht zu den Kernaufgaben gehören.

Die Analyse hat gezeigt, dass das derzeitige Niveau der Wahrnehmung der Kernaufgaben den formulierten Bedarf an Cochrane-Leistungen nicht deckt. Dies gilt v.a. für die Workshopangebote zu Themen wie Literaturrecherche und systematische Übersichtsarbeiten, bei denen u. a. die Teilnehmergrenze sukzessive von 20 auf 50 Teilnehmende ausgeweitet worden ist. Die befragten Akteure im deutschen Gesundheitswesen formulieren die Erwartung, dass sie sich in einzelnen Bereichen mehr Unterstützung durch das DCZ wünschen, so z.B. durch eine Ausweitung des Workshop-Angebots und eine breitere Nutzbarmachung bestehenden Wissens.

Es gibt darüber hinaus einen gesetzlich verankerten Bedarf an Methoden und Instrumenten der evidenzbasierten Medizin. Im einzelnen wird die Bewertung von klinischen Studien nach methodischen Grundsätzen der evidenzbasierten Medizin verlangt, (§ 35 Abs.1 SGB V), Evidenzstufen von Studien vorausgesetzt (§ 35a SGB V), für das IQWiG die anerkannten internationalen Standards der EbM zur Voraussetzung gemacht (§35b SGB V und § 139a Abs. 4 SGB V) und die Bewertung evidenzbasierter Leitlinien zur Aufgabe gemacht (§ 139a Abs. 3 Ziffer 3 SGB V), in der hausarztzentrierten Versorgung die Behandlung nach evidenzbasierten Leitlinien festgelegt (§ 73b SGB V) und die Verfügbarkeit evidenzbasierter Leitlinien als Kriterium für ein Disease Management Programme gefordert (§137f SGB V). Der Gemeinsame Bundesausschuss ermittelt den allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse auf der Grundlage der evidenzbasierten Medizin (§ 5 VO G-BA), die Nutzenbewertungen und die Nachweise der therapeutischen Verbesserung erfordern u.a. systematische Literaturrecherchen und systematische Übersichtsarbeiten (vgl. z. B. § 7, § 27 VO G-BA).

Die Erfordernisse haben zur Folge, dass systematische Übersichtsarbeiten große Systemrelevanz haben. Es ist Aufgabe der Reviewgruppen, darunter der Cochrane Review-Gruppen, die erforderlichen Übersichtsarbeiten zu erstellen. Es ist jedoch nicht Aufgabe der Review-Gruppen, Review-Autoren zu gewinnen und auszubilden, andere Akteure in den Grundsätzen der EbM zu schulen, die Bewertung von Evidenz zu ermöglichen, fremdsprachige Übersichtsarbeiten ins Deutsche zu übersetzen und deutschsprachige Studien für die Berücksichtigung in Übersichtsarbeiten weltweit nutzbarzumachen. Diese fundamentale Arbeit, die die Erstellung und Bewertung von Reviews ermöglicht, fällt in Deutschland im Wesentlichen dem Deutschen Cochrane-Zentrum zu. Zwar werden Basiskurse in EbM an einer Vielzahl von Universitäten angeboten, darüber hinausgehende fortgeschrittene Kurse

sowie Aktivitäten wie das Handsearching und die Unterstützung von Cochrane-Review-Autoren sind jedoch ein Alleinstellungsmerkmal des DCZ.

Die oben beschriebene Rechtslage räumt der EbM eine hohe Systemrelevanz ein. Auch vor diesem Hintergrund ist für die Prognos AG die derzeitige inhaltliche und thematische Ausrichtung des DCZ nicht ausreichend. Für eine angemessene Wirkung im System sollte daher der bestehende Umfang der Kernaufgaben quantitativ erweitert werden.

7.1.2 Exkurs: Cochrane Strategy to 2020

Die Strategy to 2020 ist das Ergebnis eines im Jahre 2013 durchgeführten gemeinschaftlichen Prozesses der Cochrane-Collaboration. In dem Prozess ging es darum, die bestehende strategische Ausrichtung zu erfassen und zu analysieren. Um adäquat auf die zukünftigen Möglichkeiten und Herausforderungen vorbereitet zu sein, wurde anschließend der strategische Anpassungsbedarf identifiziert. Die Strategy to 2020 wird als kooperative Zukunftsvision der gesamten Organisation betrachtet und hängt maßgeblich vom kollektiven Einsatz aller beteiligten Personen ab. Der übergeordnete Zweck der Strategy to 2020 ist, dass die Organisation in den nächsten Jahren in ihrer Gesamtheit (Gruppen, Mitarbeiter, Central Executive) effektiver, effizienter und kohärenter zusammenarbeiten kann.

Um die Ziele und Inhalte der Cochrane-Collaboration besser darzustellen, wurden ebenfalls die Vision und das Leitbild der Cochrane-Collaboration angepasst bzw. überarbeitet.

Die definierten Ziele sprechen sowohl die kollektive als auch die individuelle Arbeitsebene an und sollen die bisher bestehenden Schwächen beheben. Bezüglich der Strategy to 2020 wird das Jahr 2014 innerhalb der Cochrane-Collaboration als Vorbereitungsphase angesehen. Insgesamt wurden 20 Ziele definiert, die jeweils vier übergeordneten Zielkategorien zugeordnet werden. Diese Zielkategorien lauten:

1. Producing evidence

Es sollen hochwertige, relevante und aktuelle Systematic Reviews und andere synthetisierte Evidenzen hergestellt werden. Für den Zeitraum 2014-2015 wurden u.a. die folgenden Ziele definiert:

- Es soll eine Liste mit high-priority Systematic Reviews erstellt werden. Diese Liste soll sich an Patienten, Ärzte und politische Entscheidungsträger richten und die wichtigsten und relevantesten Informationen für diese Zielgruppen beinhalten. Für ein nationales Cochrane-Zentrum ergäben sich somit Chancen, die Interessen nationaler Zielgruppen in die Arbeit der Review-

Gruppen einzubringen, da hier die Priorisierung der Reviews auf Ebene der Collaboration überhaupt stärker adressiert würden.

- Es soll ein Mechanismus entwickelt werden, mit dem high-priority Systematic Reviews aktualisiert werden können.
- Es soll die technische Voraussetzung geschaffen werden, dass Daten und Inhalte effizient bearbeitet werden können. So sollen bessere Bedingungen für die eigentliche Produktion von Systematic Reviews geschaffen werden.

2. Making our evidence accessible

Evidenzen von Cochrane sollen für jeden weltweit nutzbar und zugänglich sein. Für den Zeitraum 2014-2015 wurden u.a. die folgenden Ziele definiert:

- Die Produktpalette soll diversifiziert werden. Außerdem soll die Distribution verbessert werden.
- Die Präsentation und die Handhabung der Cochrane Library soll überarbeitet werden.
- Es sollen neue Wissenstransfer-Strategien entworfen werden. Individuelle Zielgruppen sollen passgenau angesprochen werden.
- Es soll eine Strategie zur Übersetzung wichtiger Inhalte entworfen und übermittelt werden. Es sollen mindestens die offiziellen Sprachen der WHO berücksichtigt werden (Spanisch, Französisch, Russisch, Chinesisch, Arabisch).

3. Advocating for evidence

Cochrane soll zum „home of evidence“ werden. So sollen Informationen für Entscheidungsfindungen im Gesundheitswesen besser bereitgestellt und Anerkennung für die Arbeit von Cochrane erzeugt werden. Insgesamt soll Cochrane als führender Fürsprecher für EbM positioniert werden und die Scharnierfunktion zwischen Forschung und Entscheidungsfindung besser zur Geltung kommen. Für den Zeitraum 2014-2015 wurden u.a. die folgenden Ziele definiert:

- Cochrane soll als Marke etabliert werden. Die bereits vorhandene Bekanntheit soll ausgebaut werden, damit die Philosophie von Cochrane eine noch weitere Reichweite erzielt. Dies soll u.a. erreicht werden, indem die Internetauftritte harmonisiert werden.

- Es sollen Online-Kennzahlen eingeführt werden, damit nachvollzogen werden kann, wie oft Cochrane-Evidenzen zitiert werden.
- Es sollen Partnerschaften mit (internationalen) Gesundheitsorganisationen aufgebaut werden.

4. Build an effective and sustainable organization

Cochrane soll eine vielfältige, inklusive und transparente internationale Organisation sein. So sollen der Enthusiasmus und die Fähigkeiten aller Mitwirkenden gefördert werden. Außerdem soll sich Cochrane weiterhin an den bestehenden Prinzipien orientieren, verantwortlich geführt und effizient gemanagt werden sowie die zur Verfügung stehenden Ressourcen optimal nutzen. Für den Zeitraum 2014-2015 wurden u.a. die folgenden Ziele definiert:

- Es soll eine Cochrane-Mitgliedschaft eingeführt werden. Mitglieder sollen zu günstigeren Konditionen die Kursangebote etc. wahrnehmen können. Cochrane erweitert so gleichzeitig den vorhandenen Expertenpool.
- Es sollen die weltweit existierenden Strukturen der CC überprüft und ggf. angepasst werden.
- Es soll mit der Übersetzung der zur Verfügung stehenden Quellen begonnen werden. Gleichzeitig soll die Anzahl der Mitarbeiter aus nicht-englischsprachigen Ländern um 30% erhöht werden.
- Es soll ein Förderprogramm für Führungskräfte aufgebaut werden. Bis 2020 sollen mindestens 50% der Führungskräfte weiblich sein und über 50% der Führungskräfte sollen aus nicht-englischsprachigen Ländern kommen.

Die Strategy to 2020 wird nicht als Top-Down-Prozess verstanden und erfordert daher die aktive Mitarbeit der nationalen Zentren. Die erfolgreiche Implementierung einiger Ziele hängt erheblich von der individuellen Arbeit der einzelnen Zentren ab. Für die nationalen Zentren sind vor allem folgende Themen von Bedeutung:

- Die Entwicklung neuer Wissenstransfer-Strategien. Da diese Strategien die nationalen Begebenheiten berücksichtigen müssen und nicht von der Cochrane-Collaboration vorgegeben werden können, wird die Strategieentwicklung maßgeblich von den nationalen Zentren abhängen.
- Die Umwandlung in eine Mitgliedsorganisation. dies bietet die Möglichkeit, mehr Akteure für die EbM zu gewinnen aber auch ggf. neue Chancen für die Finanzierung des DCZ und der Review-Gruppen in Deutschland.

- Die Erhöhung der Nutzbarkeit von Reviews kann keine Formate und Wege der Ergebnisaufbereitung nach sich ziehen. Dies erfordert von den Entitäten wie Zentren und Review-Gruppen eine enge Konsultation mit den Zielgruppen vor Ort.
- Vor allem die Zentren in nicht-englischsprachigen Ländern sind gefordert, Cochrane internationaler zu machen und Evidenz auch in anderen Sprachen zur Verfügung zu stellen.
- In Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu investieren und Führungskapazitäten aufzubauen, auch vor dem Hintergrund des ersten Generationswechsels, der in vielen Ländern in den nächsten Jahren anstehen wird.

7.1.3 Perspektiven für die inhaltliche Arbeit des DCZ

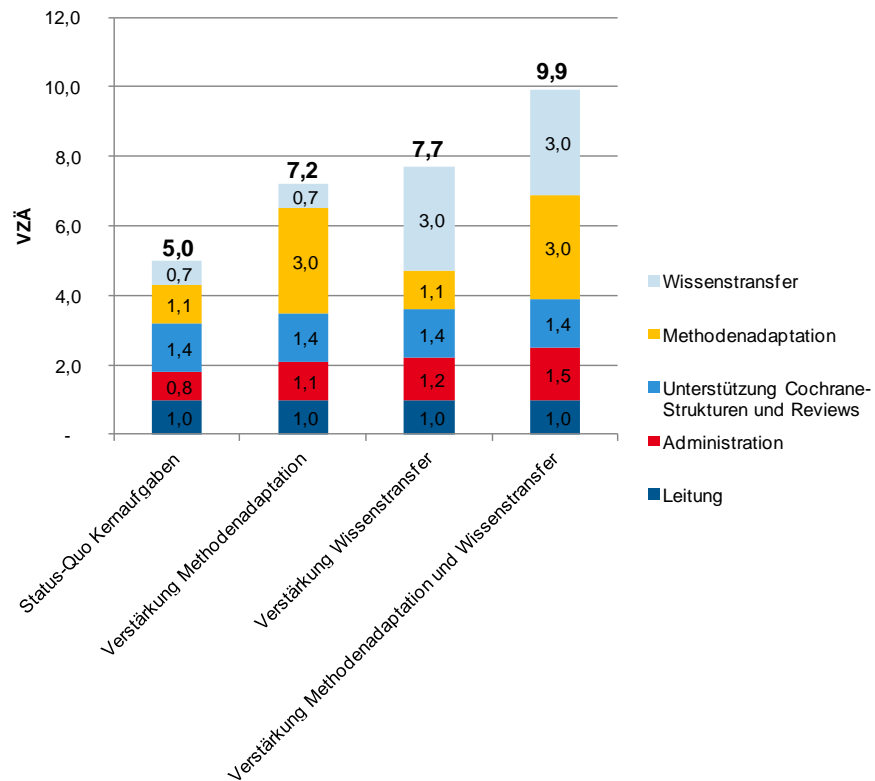
Der Bedarf kann in zwei Richtungen besser abgedeckt werden, die unterschiedlich auf das System einwirken können. Zum einen können Anstrengungen unternommen werden, um die Erwartungen und den Bedarf in der Wissenschaft und bei institutionellen Akteuren besser zu befriedigen. Hierzu zählen Leistungen auf der Ebene der Methodenadaptation wie Entwicklung und Durchführung von Workshops und die Ausbildung von Multiplikatoren. Zum anderen kann zusätzlich die Ebene der Praktiker stärker angesprochen werden. Hier zählen Wissenstransfer-Aufgaben wie die Übersetzung von Abstracts und Veranstaltungen. Demzufolge schlägt Prognos zwei Bausteine der bedarfsgerechten Verstärkung der Aufgaben des Deutschen Cochrane-Zentrums vor.

- Verstärkung der Aufgaben im Bereich Methodenadaptation
- Verstärkung der Aufgaben im Bereich Wissenstransfer

Somit ließe sich das inhaltliche Profil des DCZ bedarfsgerecht verstärken und so der Relevanz für das System der EbM in Deutschland noch gerechter werden. Diese Schwerpunkte entsprechen zudem der „Strategy to 2020“ der Cochrane-Collaboration.

Die anderen Kernaufgaben bleiben von dem vorgeschlagenen Ausbau unberührt. Dem DCZ sollte es dabei weiter frei stehen, ergänzende wissenschaftliche Aufgaben (z.B. Drittmittelprojekte) für unterschiedliche Auftraggeber zu übernehmen. Wie oben dargelegt, werden jedoch diese Projekte nicht zu den Kernaufgaben eines Cochrane-Zentrums gezählt und werden hier nicht thematisiert.

Abbildung 30: Personelle Auswirkungen der Perspektiven für die inhaltliche Arbeit des DCZ



Quelle: Prognos AG 2014

Ausbau der Aufgaben im Bereich Methodenadaptation

Zu den Aufgaben im Bereich Methodenadaptation gehören Workshops, Advocacy und die Ausbildung von Multiplikatoren. Derzeit werden diese Aufgaben von 1,1 VZÄ wahrgenommen.

Ziel des Ausbaus dieses Aufgabenbereichs wäre es zum einen, mehr Review-Autoren in Deutschland zu gewinnen aber auch mehr Personen in der Bewertung von Evidenz zu schulen. Somit kann neben der Erhöhung des Qualifikationsniveaus auch eine bessere Wirkung auf der Ebene der Institutionen im Gesundheitswesen erreicht werden. Zielgruppen dieser Aufgaben sind vornehmlich Akteure im Gesundheitswesen wie Ärztekammer, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen und Krankenkassenverbände sowie die Vertretungen der Krankenhäuser. Darüber hinaus gehören wissenschaftliche Fachgesellschaften, Universitäten und die Vertretung von Patienten und Verbraucher zur Zielgruppe. Im Einzelnen würde ein Ausbau Folgendes beinhalten:

- Mehr spezifische Workshops für die Akteure im Gesundheitswesen über die allgemeinen Workshops hinaus. Bereits jetzt bietet das DCZ Workshops bspw. für Patientenvertreter im G-

BA an. Ziel wäre die Adaptation von aktuellen methodischen Entwicklungen bei der Bewertung von Arzneimitteln und medizinischen Verfahren an die Bedarfe der Akteure im deutschen Gesundheitswesen. Das DCZ kann diese Arbeit auch vor allem wegen der engen Einbindung in die Cochrane-Strukturen effizient leisten. Mögliche Themen wären GRADE oder Methoden zur Bewertung von diagnostischen Verfahren, prognostische Methoden, Critical Appraisal etc.

- Um außerhalb von Workshops mehr Personen in EbM und der Erstellung von systematischen Reviews auszubilden, sollte das DCZ – in Anlehnung an andere nationale Cochrane-Zentren – verstärkt Angebote des E-Learning einsetzen. Die Cochrane-Collaboration bietet bereits unter training.cochrane.org Module in Englisch an. Zielgruppen sind Autoren, Patientenvertreter, Editoren der Review-Gruppen und Trainer. Zu den Inhalten gehören Reviewerstellung, GRADE, Summary of Findings und Diagnostic Test Accuracy. Auch andere Cochrane-Zentren wie das US-Zentrum bieten Online-Kurse an. Zu den Themen gehören Grundlage der EBHC, Regulierung im Gesundheitswesen, Tutorien für Patientenvertreter und Ärzte bei der Anwendung von EbM oder Handsearching. Derzeit gibt es kein solches Curriculum in deutscher Sprache, die über Grundlagenvermittlung in EbM hinausgehen.⁴⁰ Die Entwicklung des Curriculum und die Pflege der Internetseiten können in Kooperation mit anderen Anbietern erfolgen.
- Die bessere Ausbildung von Multiplikatoren, z.B. aus den wissenschaftlichen Fachgesellschaften, die für einige Wochen oder Monate im DCZ hospitieren oder eine Curriculum durchlaufen. Somit können die Grundsätze der EbM bei weiteren Akteuren des Gesundheitswesens schneller verbreitet werden und in die Praxis Eingang finden.
- Zudem können die Advocacy-Aktivitäten ausgebaut werden. Das DCZ versteht es jetzt schon, sich in Zeitschriften und bei Medizinjournalisten gut zu platzieren. Die Beratung von Interessenten und die Rolle als Ansprechpartner zu EbM kann aber auch stärker online z.B. in Social media erfolgen.

Insgesamt kann so der Qualifikationsgrad beispielweise der Personen, die in den Gremien des Gemeinsamen Bundesausschusses oder bei der Erstellung und Entwicklung von Leitlinien tätig sind, zu spezifischen Fragestellungen kontinuierlich gesteigert werden. Auch können über diesen Weg mehr deutsche Wissenschaftler als Review-Autoren gewonnen werden. Bei gleichblei-

⁴⁰ Der MD-Campus des MDS umfasst Online-Seminare zum Thema evidenzbasierte Medizin für Gutachterinnen und Gutachter der MDK-Gemeinschaft. Das DMEbM bietet auch ein Curriculum Evidenzbasierte Medizin und HTA.

bender Qualität kann der Umfang der Leistungen entsprechend des Bedarfs ausgedehnt werden.

Prognos empfiehlt für diese Verstärkung eine Anpassung der Personalkapazitäten in diesem Bereich von derzeit 1,1 VZÄ auf 3,0 VZÄ. Aufgrund der Verstärkung wächst der Bedarf an Administrationsunterstützung entsprechend von insgesamt 0,8 VZÄ auf 1,1 VZÄ. Der Personalbedarf beträgt insgesamt 7,2 VZÄ. Diese Personalkosten inkl. Overhead (20 %) belaufen sich auf rd. 565 T€.

Abbildung 31: Personalausstattung bei Verstärkung der Aufgaben im Bereich Methodenadaptation

	Verstärkung Methodenadaptation (VZÄ)
Leitung	1,0
Administration	1,1
Unterstützung	
Cochrane-Strukturen	1,4
Methodenadaptation	3,0
Wissenstransfer	0,7
	7,2

Quelle: Prognos AG 2014

Es ist nicht das Ziel des DCZ, die Workshops kostendeckend anzubieten. Es ist jedoch denkbar, die Kostenbeiträge für diese Aktivitäten nach den Nutzergruppen zu staffeln. Da ein Hauptnutznießer dieser Leistung die Selbstverwaltung ist, scheint es sinnvoll, diese Akteure an der Finanzierung einer für ihre Arbeit notwendigen Leistung zu beteiligen.

Ausbau der Aufgaben im Bereich Wissenstransfer

Zu den Aufgaben im Bereich Wissenstransfer gehören derzeit die Publikation von Fachartikeln und das Editieren von Fachzeitschriften sowie Vorträge und Präsentationen. Insgesamt fließen 0,7 VZÄ in diesen Bereich ein.

Unter dem Ausbau dieser Aktivitäten versteht Prognos die Verstärkung der Nutzbarmachung von klinischen Studien für Reviews durch das Handsearching. Weiterhin geht es um die verstärkte Übersetzung von englischsprachigen Review-Abstracts ins Deutsche, um die von den Experten kolportierten Sprachbarrieren zu verringern. Zielgruppen dieser Aufgaben sind hier vor allem praktizierende Ärztinnen und Ärzte in den Kliniken und Praxen. Auch Laien und Patienten können von dieser Arbeit profitieren, stehen für uns jedoch wegen der Aktivitäten vom Ressort Gesundheitsinformationen des IQWiG und der UPD nicht als Zielgruppe für das DCZ im Vordergrund.

Die Diskussion rund um ein Wissensinstitut (siehe Kapitel 3.3.1) kann in diesem Zusammenhang aufgegriffen werden. Allerdings soll das DCZ den Wissenstransfer von Cochrane-Ergebnissen vorantreiben. Eine Ausdehnung hin zu einem Wissensinstitut, das generell neuste Erkenntnisse für das deutsche Gesundheitssystem systematisch nutzbar macht, würde gemäß unseren Einschätzungen die Kernaufgaben eines Cochrane-Zentrums deutlich übersteigen.

Im Einzelnen bedeutet dieser Schritt:

- Die Übersetzung der Abstracts von englischsprachigen systematischen Reviews ins Deutsche, um den Zugang zu evidenzbasierten Quellen zu verbessern. Dies entspricht auch einem strategischen Ziel der Cochrane-Collaboration. Darüber hinaus bewirkt dieser Schritt die verstärkte Nutzbarmachung von vorhandenem Wissen für das Gesundheitswesen.
- Die regelhafte Erfassung randomisierter klinischer Studien in der deutschsprachigen medizinischen Literatur, die bspw. nicht in Medline verfügbar sind und somit außerhalb des deutschen Sprachraums nicht verwertbar sind.
- Die Unterstützung bei der Entwicklung besserer nutzbarer Formate für Reviews.

Somit werden Transfer und Nutzung der Ergebnisse der Cochrane-Reviews in die Praxis in Deutschland erleichtert und deutschsprachige Ergebnisse für die Berücksichtigung durch Review-Autoren weltweit erleichtert.

Prognos empfiehlt für diese Verstärkung eine Anpassung der Personalkapazitäten in diesem Bereich von derzeit 0,7 VZÄ auf 3,0 VZÄ in höheren Dienst (z. B. Medicalwriter, Übersetzerinnen und Übersetzer). Aufgrund der Verstärkung wächst der Bedarf an Administrationsunterstützung entsprechend von insgesamt 0,8 VZÄ auf 1,2 VZÄ. Insgesamt beträgt der Personalbedarf für die Kernaufgaben dann 7,7 VZÄ. Die Personalkosten belaufen sich auf rd. 600 T€.

Abbildung 32: Personalausstattung bei Verstärkung der Aufgaben im Bereich Wissenstransfer

	Verstärkung Wissenstransfer (VZÄ)
Leitung	1,0
Administration	1,2
Unterstützung Cochrane-Strukturen	1,4
Methodenadaptation	1,1
Wissenstransfer	3,0
	7,7

Quelle: Prognos AG 2014

Die Leistungen zum Wissenstransfer sind grundsätzlicher Natur und sollten stabil und nachhaltig finanziert werden.

Ausbau von beiden Schwerpunkten

Bei der Verstärkung beider Bereiche ergibt sich für die Kernaufgaben des DCZ einen Personalbedarf von rd. 10 VZÄ. Die Personalkosten belaufen sich auf rd. 765 T€.

	Verstärkung Methodik und Transfer (VZÄ)
Leitung	1,0
Administration	1,5
Unterstützung Cochrane-Strukturen	1,4
Methodenadaptation	3,0
Wissenstransfer	3,0
	9,9

Quelle: Prognos AG 2014

Transparente Ziele und Dokumentation

Unabhängig von der zukünftigen inhaltlichen Ausrichtung sollte das DCZ sich klare Ziele setzen und seine Arbeit dokumentieren. Dies kann beispielsweise über einen Jahresbericht erfolgen, indem die Aktivitäten quantitativ aufgelistet und qualitativ bewertet werden. Dies entspricht auch einem Ziel der Cochrane-Collaboration, die Zielorientierung und Transparenz zu erhöhen.

7.2 Organisationsperspektiven für das DCZ

Nachdem die inhaltlichen Perspektiven für das DCZ ausgearbeitet wurden, werden im Folgenden unterschiedliche Organisationsszenarien präsentiert.

Zur Bewertung der Szenarien werden folgende Kriterien herangezogen:

- **Sicherstellung der Wissenschaftlichkeit:** Die Arbeiten eines Deutschen Cochrane-Zentrums sollten den hohen wissenschaftlichen Anforderungen der evidenzbasierten Medizin entsprechen und sollten daher in einer Organisation eingebettet werden, die die Wissenschaftlichkeit fördert.
- **Sicherstellung der Unabhängigkeit:** die Kernaufgaben eines Deutschen Cochrane-Zentrums müssen mögliche Interessenkonflikte ausschließen. Das schließt eine Vielfalt an Förderquellen nicht aus. Eine Finanzierung aus kommerziellen Quellen könnte jedoch die Zuverlässigkeit und Anerkennung der Ergebnisse gefährden.
- **Möglichkeit einer stabilen Finanzierung:** eine Schwäche des DCZ ist die Schwankung in der Gesamtfinanzierung in den letzten Jahren, sie ist zugleich ein Risiko für die Zukunft. Grundlage für die Stabilisierung ist die Definition der Kernaufgaben. Die Organisationslösung sollte daher eine stabile nachhaltige Finanzierung der Kernaufgaben ermöglichen.
- **Kompatibilität mit den Richtlinien der Cochrane-Collaboration:** Dieses Gutachten befasst sich mit den Perspektiven des Deutschen Cochrane-Zentrums. Dabei ist zu bedenken, dass die Richtlinien der Cochrane-Collaboration (Policy Manual) Anforderungen an die Anerkennung als nationales Zentrum stellen. Diese müssen bei den organisationalen Überlegungen bedacht werden.

7.2.1 Verzicht auf ein Deutsches Cochrane-Zentrum

Was bedeutet der Verzicht auf ein nationales Cochrane-Zentrum für Deutschland? Wir haben festgestellt, dass es einen Bedarf für die Leistungen des Cochrane-Zentrums gibt und haben empfohlen, die Leistungen in zwei Bereichen auszubauen. Insofern stellt für die Prognos AG der Verzicht keine empfehlenswerte Option dar.

Gesetzt jedoch den Fall, es gäbe kein Cochrane-Zentrum in Deutschland: was würde passieren? Das Ende des DCZ ist nicht

mit dem Ende von Cochrane-Aktivitäten in Deutschland gleichzusetzen. Die zwei Review-Gruppen in Köln und Düsseldorf würden ihre Arbeit fortsetzen, weitere Review-Autoren in Deutschland würden zu den Ergebnissen anderer Review-Gruppen weiter beitragen. Es gäbe daher nach wie vor einen Output an Reviews.

Der Verzicht auf ein Deutsches Cochrane-Zentrum heißt auch nicht zwangsläufig, dass die Aktivitäten in Freiburg eingestellt würden. Das Team könnte weiterhin als Zweigstelle eines anderen Cochrane-Zentrums fungieren. Dies wäre eine Rückkehr zur Situation vor der Gründung des DCZ, als die Gruppe um Prof. Dr. Antes eine Zweigstelle des niederländischen Cochrane-Zentrums war. Ob es für ein Land wie Deutschland vertretbar wäre, nicht auf Augenhöhe mit vergleichbaren Ländern in den zentralen wissenschaftlichen Cochrane-Gremien vertreten zu sein, ist eine politische Entscheidung. Da das SGB V und die Verfahrensordnung des G-BA die Anwendung der internationalen Standards in der evidenzbasierten Medizin verlangen und diese Standards im Wesentlichen durch die Cochrane-Collaboration erarbeitet werden, sollte die Mitwirkung in den Gremien von Cochrane sichergestellt werden, zumal das DCZ in der Lage ist, zur Adaptation dieser Methoden und Standards für das deutsche Gesundheitswesen beizutragen.

Im Einzelnen würde der Verzicht auf das DCZ folgendes bedeuten:

- Das derzeitige Angebot an Workshops fiel weg. Auch wenn die Basis-Module von anderen Institutionen angeboten werden, entstünde eine Lücke bei den fortgeschrittenen, spezialisierten und zielgruppenspezifischen Angeboten sowie bei der gesundheitssystemspezifischen Entwicklung neuer Angebote. Akteure aus Deutschland müssten diese Kurse entweder im Ausland besuchen oder es müsste eine andere Institution sich in die Lage versetzen, die Inhalte zu transportieren. Anderenfalls würden die Inhalte gar nicht mehr besucht oder angeboten werden, die Fähigkeit der Akteure im Gesundheitswesen, Evidenz zu bewerten oder Reviews zu erstellen, würde leiden bzw. würde nicht im gleichen Ausmaß wie heute auf das deutsche Gesundheitssystem zugeschnitten sein.
- Review-Autoren in Deutschland, die das DCZ für Unterstützung kontaktieren, müssten auf das Referenz-Zentrum für Deutschland ausweichen. Auch Wissenschaftler, die sich für die Arbeit als Autoren grundsätzlich interessieren und vom DCZ beraten werden, müssten sich anderweitig orientieren.
- Die „Advocacy-Arbeit“ zu Cochrane wie z. B. die Medienpräsenz zu EbM würde nicht mehr geleistet werden. Als Beispiel kann das Buch „Wo ist der Beweis? Plädoyer für eine evidenzbasierte Medizin“ benannt werden, das über die Arbeit des DCZ ins Deutsche übersetzt wurde.

- Die Wissenstransferarbeit, wie z.B. die Übersetzung von Abstracts ins Deutsche oder das Handsearching würde in der bisherigen Form nicht weitergeführt werden. Als Folge steigt die Barriere, sich mit den Ergebnissen systematischer Reviews auseinanderzusetzen, weil weniger deutschsprachige Quellen zur Verfügung stehen. Im Umkehrschluss kann die Nutzung deutscher Studien im Ausland sinken.

Im Ergebnis geht die Möglichkeit, Methodenwissen zu evidenzbasierter Medizin und vor allem zur vom DCZ vertretenen fundamentalen Stufe der EbM zu erschließen zurück. Die weitere Adaptation, Anwendung und die Stabilisierung der Nutzung der Methoden der evidenzbasierten Medizin sowie die Möglichkeit, bspw. Nutzenbewertungen und Leitlinien erstellen zu können, ist von der grundlegenden Arbeit abhängig, die in den Entitäten der Cochrane-Collaboration geleistet werden. Das DCZ spielt als Vermittler für diese Aktivitäten eine wesentliche Rolle. Ein Verzicht auf das DCZ wäre vor diesem Hintergrund nicht zu empfehlen.

In den folgenden Organisationsvarianten können grundsätzlich alle inhaltlichen Perspektiven realisiert werden.

7.2.2 Ansiedlung an einer Universität

Das DCZ wird seit dem 1.1.2014 als zentrale Einheit des Universitätsklinikum Freiburg geführt. Davor war das DCZ eine Arbeitsgruppe des Instituts für Medizinische Biometrie.

Alle anderen betrachteten Cochrane-Zentren waren an Universitäten oder in Universitätskliniken angesiedelt, in der Regel als Arbeitsgruppen innerhalb größerer Institute. Dies entsprach der Lage in Freiburg bis Ende des Jahres 2013. Seit der Reorganisation in Freiburg ist das DCZ nun auch als eigenständige Organisationseinheit innerhalb des Universitätsklinikums zu betrachten. Auch das britische Cochrane-Zentrum bspw. ist eine eigenständige Einheit innerhalb des Universitätsklinikums in Oxford und gleichzeitig Teil des National Institute for Health Research.

Viele der für dieses Gutachten interviewten Expertinnen und Experten betonten die Wichtigkeit der Einbindung in die Strukturen eines Universitätsklinikums. Die Einbindung sichert zum einen die Nutzung einer weiteren wissenschaftlichen Infrastruktur und eröffnet zudem die Möglichkeit für Nachwuchswissenschaftlerinnen und Nachwuchswissenschaftler zu promovieren oder sich zu habilitieren. Die Arbeit am DCZ wird dadurch eine Station im Laufe einer wissenschaftlichen Laufbahn und die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter werden in der Folge zu Multiplikatorinnen und Multiplikatoren. Darüber hinaus gibt es in einer Klinik eine Nähe zum klinischen Alltag, die in anderen Strukturen weniger ausgeprägt ist. Dieser Anwendungsbezug ist laut Meinung der befragten Exper-

tinnen und Experten wichtig für das Vertrauen in der medizinischen Praxis.

Die Unabhängigkeit ist innerhalb einer Universität durch die grundgesetzlich garantierte Freiheit von Forschung und Lehre strukturell gegeben. Dies ist aus unserer Sicht ein Qualitätssiegel für die angebotenen Kurse und Workshops: sie werden frei von Interessenlagen angeboten und können dadurch von allen Akteuren im Gesundheitswesen besucht werden.

Bislang war die Einbindung in die Universität ein Erfolgsfaktor bei der Finanzierung des DCZ. Neben dem BMG hat das Universitätsklinikum/die Medizinische Fakultät Freiburg das DCZ kontinuierlich gefördert, sie bringt dadurch ihr Eigeninteresse am Erhalt des DCZ am Standort Freiburg zum Ausdruck. Die Einbindung in die Universität war bislang jedoch keine Garantie für die erforderliche Stabilität (oder gar Höhe) der Förderung der Kernaufgaben insgesamt, weil dafür Projektmittel erforderlich waren. Grundsätzlich kann jedoch die Universität ein stabiles Umfeld sein. Die Stabilität hängt eher mit der Art und Dauer der Förderung zusammen. Insofern ist die Frage nach den Bedingungen für die Stabilität einer Projektförderung zu stellen. Als Fördergeber für die Kernaufgaben kommen der Bund, die Länder und auch die Selbstverwaltung in Frage. (siehe Kapitel 7.3.2).

An Universitäten fällt ein Overhead für Verwaltungskosten an, der nicht immer transparent gestaltet wird. Die Universitäten in Kopenhagen, Utrecht und Baltimore stellen den dortigen Cochrane-Zentren die grundsätzliche Infrastruktur wie Räume, EDV etc. kostenlos zur Verfügung. Diese Praxis entspricht den Empfehlungen der Gemeinsamen Wissenschaftskonferenz für Deutschland. Leistungen wie Personalwirtschaft, Buchhaltung etc. werden von der Verwaltung des Universitätsklinikums übernommen. Bei einer Herauslösung müssten hierfür ggf. neue Lösungen gefunden werden.

Das DCZ ist seit seiner Gründung in Freiburg angesiedelt. Die Ansiedlung in Freiburg hängt mit der Person des Leiters des DCZ zusammen. Der Ort Freiburg wird mit Cochrane in Verbindung gebracht, was sowohl auf die kontinuierliche Förderung durch die dortige Universität als auch auf die Aktivitäten des Direktors des DCZ zurückzuführen ist. Die Cochrane-Strukturen haben somit bislang vom Engagement einzelner Personen und Institutionen gelebt. Dies muss bei jeder Entscheidung über einen etwaigen Umzug mitgedacht werden: Wer leitet das Zentrum? Wer ist sonst dort tätig? Steht die Universität finanziell und ideell dazu? Ein Umzug würde Transaktionskosten verursachen und der (temporäre) Verlust der Arbeitsfähigkeit zur Folge haben. Aus diesen Gründen erscheint eine Ansiedlung an einer anderen Universität wenig sinnvoll, vor allem vor dem Hintergrund der Bedeutung des persönli-

chen und institutionellen Engagements, das die Cochrane-Strukturen auszeichnet.

Abbildung 33: Bewertung der Ansiedlung an einer Universität

	Sicherstellung der Wissenschaftlichkeit	Sicherstellung der Unabhängigkeit	Möglichkeit einer stabilen Finanzierung	Kompatibilität mit Cochrane-Richtlinien
Ansiedlung an einer Universität	✓	✓	✓	✓

In den Tabellen wird jeweils ein „✓“ gesetzt, wo das Kriterium **in besonderem Maße** erfüllt ist. „o“ bedeutet, das Kriterium ist weder erfüllt noch nicht erfüllt, „-“ bedeutet, das Kriterium ist nicht erfüllt.

Quelle: Prognos AG 2014

7.2.3 Ansiedlung im Geschäftsbereich des BMG

Bei einer Ansiedlung im Geschäftsbereich des BMG würde eine bestehende nachgeordnete Behörde die Kernaufgabe des DCZ übernehmen oder eine neue Institution wäre zu gründen. Die Behörden im Geschäftsbereich des BMG sind das Robert-Koch-Institut (RKI), das Paul-Ehrlich-Institut (PEI), die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) und das Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI). Eine eigene Institution für die Kernaufgaben mit rd. 10 VZÄ wäre nicht praktikabel.

Bei der Integration in den Geschäftsbereich des BMG wäre das DCZ formal an Weisungen des BMG gebunden. Zwar arbeiten die nachgeordneten Behörden im Geschäftsbereich des BMG wissenschaftlich unabhängig, einige Behörden im Geschäftsbereich haben die erforderliche wissenschaftliche Strahlkraft und verfügen über eine exzellente Infrastruktur. Aus Sicht der der medizinischen Praxis könnte jedoch die erforderliche Unabhängigkeit in Frage gestellt werden, denn sie genießen nicht die gleichen Freiheiten wie eine Universität oder eine außeruniversitäre Forschungseinrichtung. So besitzen die Institutionen bspw. kein Promotions- oder Habilitationsrecht. Die Behörden sind zudem nicht in den klinischen Alltag eingebunden.

Die Finanzierung kann bei dieser Variante allerdings stabilisiert werden. Mit einer entsprechenden gesetzlichen Regelung im Sinne der Unterstützung der Grundlagen der evidenzbasierten Medizin durch eine zu nennende Behörde können die notwendigen Stellen ausgebracht werden, das Zuwendungsrecht wäre nicht mehr anzuwenden. Allerdings stellen sich in diesem Szenario ord-

nungspolitische Fragen: Der Bund würde eine Aufgabe, die aus wissenschaftlichem Engagement im Rahmen von Netzwerkarbeit entstanden ist und durch ein Bundesland gefördert wird, zu sich ziehen. Die Cochrane-Collaboration müsste die Einheit als nationales Zentrum anerkennen. Derzeit ist die Anerkennung als Cochrane-Zentrum an einzelne Personen oder Gruppen von Personen verknüpft, nicht an Institutionen. Die Anerkennung bzw. Aberkennung als Zentrum obliegt allein dem Steering Committee der Cochrane-Collaboration.⁴¹

Abbildung 34: Bewertung der Ansiedlung im Geschäftsbereich des BMG

	Sicherstellung der Wissenschaftlichkeit	Sicherstellung der Unabhängigkeit	Möglichkeit einer stabilen Finanzierung	Kompatibilität mit Cochrane-Richtlinien
Ansiedlung im Geschäftsbereich des BMG	✓	o	✓	o

In den Tabellen wird jeweils ein „✓“ gesetzt, wo das Kriterium **in besonderem Maße** erfüllt ist. „o“ bedeutet, das Kriterium ist weder erfüllt noch nicht erfüllt, „-“ bedeutet, das Kriterium ist nicht erfüllt.

Quelle: Prognos AG 2014

7.2.4 Ansiedlung bei einer Organisation in der Selbstverwaltung / IQWiG

Bei einer Ansiedlung in der Selbstverwaltung käme entweder die Gründung eines neuen Instituts oder die Ansiedlung innerhalb des IQWiG in Frage.

Bei einer Ansiedlung im IQWiG würden sich wirtschaftliche und inhaltliche Synergien ergeben. Aufgaben wie Literaturrecherche, Horizon Scanning etc. und die hohen methodischen Anforderungen in beiden Organisationen ergänzen sich. Das Ressort „Kommunikation“ könnte die Advocacy-Arbeit mit übernehmen, das IQWiG verfügt bereits über Übersetzerinnen und Übersetzer im Ressort

⁴¹ Vgl. Cochrane Policy Manual Kapitel 3.3, "Where significant changes are expected to a Cochrane Centre (such as change of location, change of Director, or establishment of an additional Branch/Branches) these need to be communicated to the Monitoring and Registration Committee. It is important to recognise that registration of a Cochrane Centre is made to an individual (or group of individuals) conditional upon their agreement to provide the range of support services outlined above. Cochrane Centres do not belong to institutions or funding agencies in perpetuity. Decisions about registration and de-registration of Cochrane Centres are the sole responsibility of The Cochrane-Collaboration through its Steering Group."

„Gesundheitsinformationen“ und es könnte ein neues Ressort „Bildung für evidenzbasierte Medizin“ gegründet werden. Für Letzteres müsste der G-BA prüfen, ob der Generalauftrag für diese Aktivität ausreicht.

Das IQWiG ist ein unabhängiges Institut. Allerdings ist bei systematischen Reviews die Frage zu stellen, ob es sinnvoll ist, wenn potenzielle Review-Autoren von derjenigen Institution ausgebildet und beraten werden, die die Reviewergebnisse anschließend bei der Bewertung von Interventionen heranzieht. Das IQWiG gelangt dadurch in eine neue Rolle und wird bestimmend in allen Phasen der EbM in Deutschland, während bislang DCZ und IQWiG unterschiedliche Rollen in der EbM-„Wertschöpfungskette“ spielen.

Bei einer Ansiedlung am IQWiG ginge zudem die Einbindung in den klinischen Alltag verloren und die Möglichkeit zur Promotion und Habilitation wäre nur noch organisationsextern gegeben, da das IQWiG kein Promotionsrecht hat.

Diese Option bietet eine stabile Finanzierung an. Der G-BA könnte entscheiden, die Arbeiten des DCZ über den Systemzuschlag zu finanzieren und im IQWiG zu etablieren. Der Generalauftrag müsste dafür angepasst werden. Allerdings müsste die Cochrane-Collaboration der Eingliederung in die Strukturen der Selbstverwaltung zustimmen.

Eine andere Alternative wäre die Gründung einer neuen Einrichtung durch den G-BA. Auch wenn die Akquisition von Drittmittelprojekten die Institution größer machen könnte, ist eine Organisation mit rd. 10 VZÄ sehr klein und wenig praktikabel.

Abbildung 35: Bewertung der Ansiedlung bei einer Organisation der Selbstverwaltung (IQWiG)

	Sicherstellung der Wissenschaftlichkeit	Sicherstellung der Unabhängigkeit	Möglichkeit einer stabilen Finanzierung	Kompatibilität mit Cochrane-Richtlinien
Ansiedlung bei einer Organisation der Selbstverwaltung	✓	✓	✓	o

*In den Tabellen wird jeweils ein „✓“ gesetzt, wo das Kriterium **in besonderem Maße** erfüllt ist. „o“ bedeutet, das Kriterium ist weder erfüllt noch nicht erfüllt, „-“ bedeutet, das Kriterium ist nicht erfüllt.*

Quelle: Prognos AG 2014

7.2.5 Umwandlung in ein eigenständiges außeruniversitäres Forschungsinstitut

Bei einer Umwandlung des DCZ in ein eigenständiges außeruniversitäres Forschungsinstitut würde das DCZ die Anerkennung z.B. der Max-Planck-Gesellschaft, der Leibniz-Gemeinschaft, der Helmholtz-Gemeinschaft oder der Fraunhofer-Gesellschaft erlangen. Die Institute der Leibniz-Gemeinschaft und der Max-Planck-Gesellschaft werden zu 50 % vom Bund und 50 % von den Ländern grundfinanziert (wobei das Sitzland einen größeren Anteil übernimmt). Bei der Helmholtz-Gemeinschaft beträgt der Anteil des Bundes 80% an der Grundfinanzierung, der der Länder 20 %. Fraunhofer-Institute werden i.d.R. zu rd. 30 % durch Bund und Länder grundfinanziert. Mit Aufnahme in eine entsprechende Gemeinschaft gäbe es vorbehaltlich der Ergebnisse der regelmäßigen Evaluationen eine stabile Finanzierung. Da die außeruniversitären Forschungseinrichtungen bei Max-Planck Grundlagenforschung und Helmholtz Großforschung betreiben, müsste jedoch geprüft werden, ob eine Förderung des DCZ überhaupt möglich wäre. Fraunhofer-Institute sind anwendungsorientierter, die der Leibniz-Gemeinschaft weisen unterschiedliche Profile auf, u.a. gibt es dienstleistungsorientierte Institute (sogenannte Einrichtungen, die Infrastrukturen für Wissenschaft und Gesellschaft bereitstellen).

Bei dieser Variante behält das DCZ die Einbettung in wissenschaftlichen Strukturen. Über die Möglichkeit einer gemeinsamen Berufung des Institutsleiters mit einer Universität ist die Promotions- und Habilitationsmöglichkeit gegeben. Die Unabhängigkeit eines außeruniversitären Forschungsinstituts ist garantiert. Daher ist mit diesem Lösungsansatz die Kompatibilität mit Cochrane-Richtlinien aus unserer Sicht gegeben. Die Cochrane-Collaboration müsste der Umwandlung jedoch zustimmen.

Die Kosten könnten steigen. Für ein eigenständiges Institut ist jedes Jahr ein Wirtschaftsplan aufzustellen und der Jahresabschluss zu prüfen. Somit sind weitere Kompetenzen erforderlich, die Verwaltungskosten könnten ansteigen. Bei der Leibniz-Gemeinschaft gibt es Institute, die keine eigene Verwaltung haben und auf die Administrationsleistungen benachbarter Institute oder Universitäten zurückgreifen. In diesem Fall ist trotzdem mit jährlichen Prüfkosten zu rechnen.

Abbildung 36: Bewertung der Umwandlung in ein eigenständiges außeruniversitäres Forschungsinstitut

	Sicherstellung der Wissenschaftlichkeit	Sicherstellung der Unabhängigkeit	Möglichkeit einer stabilen Finanzierung	Kompatibilität mit Cochrane-Richtlinien
Umwandlung in ein eigenständiges außeruniversitäres Forschungsinstitut	✓	✓	✓	✓

In den Tabellen wird jeweils ein „✓“ gesetzt, wo das Kriterium **in besonderem Maße** erfüllt ist. „o“ bedeutet, das Kriterium ist weder erfüllt noch nicht erfüllt, „-“ bedeutet, das Kriterium ist nicht erfüllt.

Quelle: Prognos AG 2014

Mit einer Sollgröße für die Kernaufgaben in Höhe von 10 VZÄ ist die Frage zu stellen, ob das DCZ groß genug ist, um bspw. als eigenständige Einrichtung in die Leibniz-Gemeinschaft aufgenommen zu werden. Die kleinsten Mitgliedsorganisationen weisen derzeit rd. 35 Planstellen auf (vgl. Leibniz-Zentrum für Psychologische Information und Dokumentation in Trier oder die Akademie für Raumforschung und Landesplanung (ARL) in Hannover). Die Leibniz-Gemeinschaft hat keine Untergrenze bei der Zahl von Planstellen, der Zuwendungsbedarf bei der Neuaufnahme muss jedoch bei Einrichtungen ingenieur-, natur-, biowissenschaftlicher oder medizinischer Fachrichtungen in der Regel mindestens 5 Mio. € betragen⁴². Der von uns gedachte Ausbau würde rd. 10 Stellen umfassen und rd. 765 T€ erfordern.

Sinnvoller könnte daher die Aufnahme des DCZ in ein bestehendes Institut sein. In Frage käme bspw. die ZBMed (Deutsche Zentralbibliothek für Medizin) – Leibniz-Informationszentrum Lebenswissenschaften – in Köln, die Infrastrukturen für Wissenschaft und Gesellschaft bereitstellt. Bei einer Integration in die ZBMed ergäben sich Schnittmengen bspw. in Bezug auf die Beratung zur Cochrane-Library: Allerdings müsste das Sitzland Nordrhein-Westfalen der Integration zustimmen. Es wäre zu prüfen, ob das DCZ nach Köln verlagert werden müsste oder ob es bspw. als Außenstelle in Freiburg bleiben könnte. Somit könnte die Einbindung im klinischen Alltag aufrechterhalten werden. Es gibt bereits Leib-

⁴² Ausführungsvereinbarung zum GWK-Abkommen über die gemeinsame Förderung der Mitgliedseinrichtungen der Wissenschaftsgemeinschaft Gottfried Wilhelm Leibniz e.V. – Ausführungsvereinbarung WGL (AV-WGL) – vom 27. Oktober 2008, BAnz Nr. 18a vom 4. Februar 2009, S. 8, zuletzt geändert am 20. April 2012, S.1

niz-Einrichtungen, die über mehrere Bundesländer verteilt (z.B. Senckenberg-Gesellschaft für Naturforschung). Zu bedenken ist die aktuelle Umstrukturierung der ZBMed in eine Stiftung, die bereits fortgeschritten ist und durch eine etwaige Erweiterung um das DCZ – dem die Cochrane-Collaboration zustimmen müsste – ggf. erschwert würde.

7.2.6 Umwandlung in eine Stiftung

Die Umwandlung in eine Stiftung kann in zwei Richtungen ausgelegt werden, zum einen als Finanzierungsweg und zum anderen als Organisationsmodell.

Das DCZ hat bereits Pläne entwickelt, wie eine stabile Finanzierungsstruktur über ein Stiftungsmodell erreicht werden kann: die Stiftung ermöglicht eine breitere Basis der Finanzierung. Demnach könnten Institutionen als Zustifter auftreten. Die Kernaufgaben sollten aus Sicht des DCZ aus öffentlichen Mitteln bezahlt werden, um eine deutliche Trennung zwischen Kernaufgaben und Drittmittelprojekten sichtbar zu machen. Über die Stiftung werden über die Kernaufgaben hinausgehende Projekte finanziert. Die Finanzierung der Kernaufgaben bliebe offen, es bestünde die Gefahr, dass sie wie im Moment unter dem Projektgeschäft leiden würden.

Vorteil der Stiftung ist die Zweckbindung der Mittel: es fließt kein Overhead an die Verwaltung des Universitätsklinikums. In der Satzung wäre festzulegen, dass die Stifter keinerlei Einfluss auf Personalauswahl, Themenauswahl, Arbeitsweise und Ergebnisse des DCZ ausüben dürfen. Diese Stiftung wäre eine privatrechtliche Stiftung. Die Unabhängigkeit wäre zwar strukturell und prozessual abgesichert. Allerdings steht aus Sicht der Prognos AG zu befürchten, dass diese strenge Unterscheidung nach außen nicht vorgenommen wird. Die Akzeptanz nicht nur des DCZ sondern auch von Cochrane insgesamt als unabhängige Instanz könnte dadurch Schaden nehmen. Für die Stiftung fallen zudem Prüfkosten an.

Abbildung 37: Umwandlung in eine Stiftung (für die Finanzierung weiterer Aufträge)

	Sicherstellung der Wissenschaftlichkeit	Sicherstellung der Unabhängigkeit	Möglichkeit einer stabilen Finanzierung	Kompatibilität mit Cochrane-Richtlinien
Umwandlung in eine Stiftung (für die Finanzierung weiterer Aufträge)	✓	○	○	○

In den Tabellen wird jeweils ein „✓“ gesetzt, wo das Kriterium **in besonderem Maße** erfüllt ist. „○“ bedeutet, das Kriterium ist weder erfüllt noch nicht erfüllt, „-“ bedeutet, das Kriterium ist nicht erfüllt.

Quelle: Prognos AG 2014

Als Alternative könnte der Bund, ggf. gemeinsam mit der Selbstverwaltung, eine Stiftung einrichten, deren Zweck beispielweise die Sicherstellung der Infrastruktur der evidenzbasierten Medizin für die Nutzung im deutschen Gesundheitswesen ist. Dies ermöglicht die Förderung der Erstellung von systematischen Reviews an deutschen Hochschulen sowie den besseren Zugang zu Reviews für Akteure im Gesundheitswesen, für Praktiker und für Laien. Hierfür kann eine Geschäftsstelle, z. B. am Universitätsklinikum Freiburg, eingerichtet werden, die die Kernaufgaben eines DCZ wahrnimmt. Darüber hinaus könnte eine solche Stiftung die Review-Gruppen in Deutschland finanziell fördern. Notwendig dabei wäre eine entsprechende gesetzliche Grundlage, die dem DCZ die Aufgabe direkt überträgt. Die Stiftung erhielte Zuwendungen vom Bund und ggf. von der Selbstverwaltung für die Sicherstellung der laufenden Geschäfte (Kernaufgaben) der Geschäftsstelle. Bei der Ansiedlung an einer Universität bleibt die Wissenschaftlichkeit sichergestellt, über die Errichtung einer öffentlich-rechtlichen Stiftung kann die Unabhängigkeit besser sichergestellt werden – auch nach außen – als bei einer privatrechtlichen Stiftung. Weitere Akteure könnten zustiften oder in einem Kuratorium die Arbeit der Stiftung unterstützen. Der Umbau von Cochrane zu einer Mitgliederorganisation (Teil der Cochrane Strategy to 2020) kann durch dieses Modell umgesetzt werden.

Allerdings wäre für ein solches Modell ein politischer Konsens im Bund und ggf. mit der Selbstverwaltung herzustellen. Zudem ist die Frage zu stellen, ob – auch trotz der im SGB V fixierten Systemrelevanz der evidenzbasierten Medizin – es dem Bund zusteht, für fundamentale Aufgaben im Bereich der wissenschaftlichen Methodenadaptation und des Wissenstransfers Regelungen zu schaffen bzw. die Aufgabe an sich zu ziehen. Ggf. wären die Länder zu

beteiligen. Ferner ist die Frage zu stellen, ob eine durch Gesetz errichtete Stiftung mit den Richtlinien der Cochrane-Collaboration kompatibel ist: die Anerkennung als Cochrane-Zentrum ist u.a. an eine Person oder Gruppe von Personen verknüpft. Mit der Schaffung einer gesetzlichen Grundlage für eine entsprechende Stiftung würde der Bund in der Folge nicht zwingend das Deutsche Cochrane-Zentrum fördern, sondern Aufgaben, die auch von einem Cochrane-Zentrum erfüllt werden könnten.

Abbildung 38: Umwandlung in eine Stiftung (als Organisationslösung)

	Sicherstellung der Wissenschaftlichkeit	Sicherstellung der Unabhängigkeit	Möglichkeit einer stabilen Finanzierung	Kompatibilität mit Cochrane-Richtlinien
Umwandlung in eine Stiftung (als Organisationslösung)	✓	✓	✓	o

In den Tabellen wird jeweils ein „✓“ gesetzt, wo das Kriterium **in besonderem Maße** erfüllt ist. „o“ bedeutet, das Kriterium ist weder erfüllt noch nicht erfüllt, „-“ bedeutet, das Kriterium ist nicht erfüllt.

Quelle: Prognos AG 2014

7.2.7 Übersicht über die Organisationsperspektiven

Bei der Bewertung der Organisationsperspektiven ist die Ansiedlung an einer Universität oder die Umwandlung bzw. Integration in ein außeruniversitäres Forschungsinstitut nach den gewählten Kriterien die bestmögliche Option. Nicht geeignet wären demnach die Ansiedlung in der Selbstverwaltung, im Geschäftsbereich des BMG oder die Umwandlung in eine Stiftung.

Abbildung 39: Übersicht über alle Organisationsszenarien

	Sicherstellung der Wissenschaftlichkeit	Sicherstellung der Unabhängigkeit	Möglichkeit einer stabilen Finanzierung	Kompatibilität mit Cochrane-Richtlinien	Summe
Ansiedlung an einer Universität	✓	✓	✓	✓	4
Ansiedlung im Geschäftsbereich des BMG	✓	0	✓	0	2
Ansiedlung bei einer Organisation der Selbstverwaltung	✓	✓	✓	0	3
Umwandlung in ein eigenständiges außeruniversitäres Forschungsinstitut	✓	✓	✓	✓	4
Umwandlung in eine Stiftung (für die Finanzierung weiterer Aufträge)	✓	0	0	0	1
Umwandlung in eine Stiftung (als Organisationslösung)	✓	✓	✓	0	3

In den Tabellen wird jeweils ein „✓“ gesetzt, wo das Kriterium **in besonderem Maße** erfüllt ist. „0“ bedeutet, das Kriterium ist weder erfüllt noch nicht erfüllt, „-“ bedeutet, das Kriterium ist nicht erfüllt.

Quelle: Prognos AG 2014

Die beiden infrage kommenden Optionen weisen unterschiedliche Stärken und Schwächen auf und sind mit Chancen und Risiken verbunden.

Beide Varianten sichern ein wissenschaftliches Umfeld und stellen die Einbindung in ein klinisches Umfeld sicher. Bei der Integration in ein bestehendes außeruniversitäres Institut allerdings könnte diese Einbindung eventuell verloren gehen. Auch die Unabhängigkeit der Einrichtung ist in beiden Varianten sichergestellt.

In beiden Varianten ist die Möglichkeit zur stabilen Finanzierung strukturell gegeben. Dabei hat die Umwandlung in ein außeruniversitäres Institut Vorteile, weil dann bspw. das Zentrum als Mitglied bspw. der Leibniz-Gemeinschaft eine Bund-Länder-Förderung für eine Periode von sieben Jahren erhält, das nach erfolgreicher Evaluation für weitere sieben Jahre verlängert werden kann. Bei der Umwandlung ist der Mindestzuwendungsbedarf in Höhe von 5 Mio. € zu beachten. Daher scheint die Integration in ein bestehendes Institut realistischer. Zur Stabilisierung der Förderung bei der Ansiedlung an einer Universität kann eine vertragliche Regelung zwischen dem DCZ und der Universität helfen, eine dauerhafte Förderung zu sichern. Somit sind Abbrüche der Förderung, z. B. nach einem Wechsel von Führungspersonen, weniger wahrscheinlich.

Cochrane-Zentren werden vom Engagement ihrer Leiter maßgeblich geprägt. Die Besetzung der Position des Direktors ist daher von großer Bedeutung für den Erfolg eines Zentrums. Die zwei infrage kommenden Organisationslösungen bieten unterschiedliche Verfahren für die Besetzung dieser Position. In einer außeruniversitären Forschungseinrichtung wird die Leitungsposition vom Verwaltungsrat des Instituts entschieden. Bund und Sitzland/-länder sind i.d.R. in diesem Gremium vertreten. Eine gemeinsame Berufung mit einer Universität ist üblich und sichert bspw. die Promotionsmöglichkeit für Nachwuchswissenschaftlerinnen und -wissenschaftler. Bei der Ansiedlung an der Universität wird die Position durch die Selbstverwaltung der Hochschule entschieden.

7.3 Finanzierungsperspektiven

Eine Schwäche des DCZ war bislang die Finanzierungsbasis, die über eine Sockelfinanzierung hinaus jährliche Schwankungen aufwies, die die Planbarkeit der Aufgaben erschwerte. Die Prognos AG hat einen Bedarf für die Kernaufgaben des DCZ identifiziert und stellt fest, dass diese Aufgaben in zwei Richtungen ausgebaut werden können. Darüber hinaus kommen wir zu der Erkenntnis, dass die Aufgaben am besten entweder in universitären Strukturen oder in einer außeruniversitären Forschungseinrichtung erbracht werden sollten. Zu klären bleibt, wie die Aufgaben dauerhaft finanziert werden können. Zur Sicherstellung der Kernaufgaben mit den beiden Schwerpunkten Methodenadaptation und Wissenstransfer sind jährlich rd. 765 T€ erforderlich. Als Fördervarianten für die Kernaufgaben stehen entweder die institutionelle oder die Projektförderung zur Auswahl.

7.3.1 Institutionelle Förderung

Die Kernaufgaben sind notwendig für das deutsche Gesundheitswesen. Es ist im Interesse sowohl des Bundes als auch der Selbstverwaltung die Erstellung von systematischen Reviews zu fördern und deren Erstellung zu ermöglichen, indem Autoren ausgebildet werden. Es ist auch in deren Interesse, dass die verfügbare Evidenz bestmöglich bewertet wird und dass dafür der Zugang zur Evidenz vereinfacht wird. Ob dadurch jedoch eine gesetzliche Regelung zur Finanzierung der Aufgabe begründet werden kann, welche die Finanzierung der Aufgabe festlegt, ist fraglich (siehe 7.2.6).

Grundsätzlich steht es dem Bund frei, Einrichtungen institutionell zu fördern. Es stellt sich aber die Frage, ob der Bund die dauerhafte Finanzierung der Kernaufgaben des DCZ über eine institutionelle Förderung sichern kann. Eine institutionelle Förderung des DCZ wurde bereits in der Vergangenheit vom BMG geprüft und konnte bei geltender Beschlusslage des Haushaltsausschusses, der eine Aufnahme zusätzlicher Förderungen durch die Ressorts widerspricht, nicht erfolgen. Eine Änderung dieser grundsätzlichen Rahmenbedingung ist nicht in Sicht. Dies gilt vor allem bei der organisatorischen Ansiedlung des DCZ an einer Universität (Zuständigkeitsbereich der Bundesländer). Alternativ oder ergänzend zur institutionellen Förderung durch den Bund könnte das Sitzland des DCZ die Förderung der Kernaufgaben weiter ausbauen. Darüber hinaus könnte die Selbstverwaltung die Förderung der Kernaufgaben des DCZ prüfen.

Hinsichtlich der institutionellen Förderung bietet die Umwandlung oder Integration in eine außeruniversitäre Forschungseinrichtung Vorteile. Die Aufnahme bspw. in die Leibniz-Gemeinschaft führt zu einer stabilen Finanzierung der Kernaufgaben für mindestens sieben Jahre. Nach Bestehen der Evaluationspflicht erfolgt die weitere Förderung.

7.3.2 Projektförderung

Eine Projektförderung bot bislang insgesamt keine finanzielle Stabilität für die Erbringung der Kernaufgaben des DCZ. Mit diesem Gutachten hat die Prognos AG nun den Umfang an Stellen für die Erbringung dieser Kernaufgaben definiert. Bei der Umwandlung in eine außeruniversitäre Forschungseinrichtung ist die Projektförderung nur für diejenigen Aufgaben relevant, die über die Kernaufgaben hinausgehen. Die Kernaufgaben werden über die Grundförderung gesichert.

Bei der Ansiedlung an einer Universität kann der Restbetrag, der nicht von der Universität übernommen wird, durch eine Projektförderung gesichert werden. Das Universitätsklinikum/die Medizinische Fakultät Freiburg finanzieren das DCZ derzeit mit 225 T€ pro

Jahr. Daher sind zur Sicherung der Kernaufgaben weitere 540 T€ erforderlich. Eine Bundesförderung ist nur auf Grundlage eines entsprechenden qualifizierten Antrages möglich. Die Projektförderung bleibt daher ein Risiko.

Als Alternative könnte der Bund, ggf. gemeinsam mit der Selbstverwaltung, die Projektförderung der Kernaufgaben im Wettbewerb für mehrere, z.B. vier Jahre vergeben. Dieser Schritt betont die Bedeutung der Aufgaben für das deutsche Gesundheitswesen und regt zu einem Qualitätswettbewerb an. Die Finanzierung wird auf eine stabilere Grundlage als jetzt gelegt. Nach Abschluss einer Evaluation kann der Auftrag verlängert werden. Internationale Vernetzung, Einbindung in universitäre Strukturen, entsprechende Referenzprojekte und langjährige Erfahrungen können als Vergabekriterien festgelegt werden. Es ist jedoch denkbar, dass eine andere Einrichtung als das DCZ den Zuschlag erhält. Bei einem Vergabeverfahren werden daher die Kernaufgaben gefördert und nicht das DCZ. Die Vergabe bietet daher keine dauerhafte Finanzierung des DCZ. Auch müsste die Anerkennung durch die Cochrane-Collaboration vorab sichergestellt sein.

7.4 Zusammenfassung der Perspektiven

Die Prognos AG empfiehlt, dass das DCZ bei den Kernaufgaben Schwerpunkte bei der Methodenadaptation und beim Wissenstransfer bildet. Bei einem Verbleib im Status quo ohne einen Ausbau der Schwerpunktbereiche sind für die Erfüllung der Kernaufgaben 5 VZÄ erforderlich. Bei der Verstärkung der Methodenadaptation erhöht sich der Personalbedarf auf 7,2 VZÄ, bei Verstärkung des Wissenstransfers auf 7,7 VZÄ. Beim Ausbau beider Bereiche sind rd. 10 VZÄ erforderlich.

Die Kernaufgaben sollten wegen der Wissenschaftlichkeit entweder im Rahmen von universitären Strukturen oder an einer außeruniversitären Forschungseinrichtung erbracht werden. Somit wird auch die erforderliche Unabhängigkeit am besten gewährleistet. Die außeruniversitäre Forschungseinrichtung bietet die Möglichkeit einer Grundfinanzierung zur Sicherung der Kernaufgaben. Bei der Ansiedlung an einer Universität werden die Kernaufgaben z. T. durch die universitätseigene Finanzierung gedeckt. Der darüber hinausgehende Betrag zur Sicherung der Kernaufgaben kann projektgefördert werden, wenn eine institutionelle Förderung nicht begründet werden kann. Auch die Selbstverwaltung kann sich an der Förderung der Kernaufgaben des DCZ beteiligen.

Düsseldorf, im September 2014

Das Unternehmen im Überblick

Geschäftsführer

Christian Böllhoff

Präsident des Verwaltungsrates

Gunter Blickle

Berlin HRB 87447 B

Rechtsform

Aktiengesellschaft nach schweizerischem Recht

Gründungsjahr

1959

Tätigkeit

Prognos berät europaweit Entscheidungsträger in Wirtschaft und Politik. Auf Basis neutraler Analysen und fundierter Prognosen werden praxisnahe Entscheidungsgrundlagen und Zukunftsstrategien für Unternehmen, öffentliche Auftraggeber und internationale Organisationen entwickelt.

Arbeitsprachen

Deutsch, Englisch, Französisch

Hauptsitz

Prognos AG

Henric Petri-Str. 9

CH-4010 Basel

Telefon +41 61 3273-310

Telefax +41 61 3273-300

info@prognos.com

Weitere Standorte

Prognos AG

Goethestr. 85

D-10623 Berlin

Telefon +49 30 52 00 59-210

Telefax +49 30 52 00 59-201

Prognos AG

Schwanenmarkt 21

D-40213 Düsseldorf

Telefon +49 211 91316-110

Telefax +49 211 91316-141

Prognos AG

Nymphenburger Str. 14

D-80335 München

Telefon +49 89 954 1586-710

Telefax +49 89 954 1586 288-710

Prognos AG

Wilhelm-Herbst-Str. 5

D-28359 Bremen

Telefon +49 421 51 70 46-510

Telefax +49 421 51 70 46-528

Prognos AG

Square de Meeûs 37, 4. Etage

B-1000 Brüssel

Telefon +32 2 791-7734

Telefax +32 2 791-7900

Prognos AG

Friedrichstr. 15

D-70174 Stuttgart

Telefon +49 711 3209-610

Telefax +49 711 3209-609

Internet

www.prognos.com