



VERSORGUNGSFORSCHUNG

Richtungsweisende Förderinitiative



Vom Beschluss des 108. Deutschen Ärztetages, dass sich die Ärztekammern aktiv mit einem eigenfinanzierten Programm in die Versorgungsforschung einbringen, sollte Signalwirkung ausgehen.

Peter C. Scriba, Christoph Fuchs

Die Bundesärztekammer (BÄK) führt auf der Grundlage eines Beschlusses des 108. Deutschen Ärztetages in Berlin (2005) ein Programm zur Förderung der Versorgungsforschung durch. Bei einer Laufzeit von sechs Jahren zielt diese Förderinitiative darauf ab, unter sich verändernden Rahmenbedingungen konkrete Lösungen für eine verbesserte Patientenversorgung und somit auch für eine adäquate ärztliche Berufsausübung aufzuzeigen. Qualität und Unabhängigkeit der von der BÄK geförderten Versorgungsforschung könnten auch helfen, eine möglicherweise weniger unabhängige Beratung der Politik in die Schranken zu weisen. Grundsätzlich bedarf es wegen der Vielfalt des Versorgungsgeschehens im Gesundheitswesen kontinuierlich detaillierterer Analysen, um steuernde Eingriffe ausreichend rational zu fundieren. Der bemerkenswerte und richtungsweisende Beschluss des 108. Deutschen Ärztetages in Berlin sollte einen Impuls zugunsten der

Versorgungsforschung sowohl für den Forschungszweig als auch für institutionelle Drittmittelgeber geben.

Die erhoffte Finanzierungslawine vonseiten der Ministerien und der Krankenkassen hat auf sich warten lassen. Vielfältige Themen harren noch der Bearbeitung. Immerhin kann die BÄK die jüngste Ausschreibung von „Studien in der Versorgungsforschung“ durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (1) auch als Erfolg für sich in dem Sinne verbuchen, dass sie dazu die „Initialzündung“ (2) gegeben hat.

Ergebnisse der BÄK-Versorgungsforschung

Mit der BÄK-Förderinitiative zur Versorgungsforschung werden große, finanziell aufwendige Forschungsvorhaben mit einer Laufzeit von bis zu drei Jahren (Typ-I-Projekte) gefördert, aber auch kleinere Expertisen und Literaturreviews in Auftrag gegeben (Typ-III-Projekte). Die Projekte der ersten dreijäh-

rigen Förderphase sind abgeschlossen. Zusätzlich zu diesen beiden Projektformen wurde der „Report Versorgungsforschung“ als sogenanntes Querschnittsprojekt (Typ-II-Projekt) aufgelegt (3).

Es ist in diesem Rahmen nicht möglich, die Ergebnisse der 17 Einzelprojekte der ersten Phase umfassend darzustellen. Eine Übersicht kann man sich über die „Visitenkarten“ auf der Homepage der Bundesärztekammer (www.baek.de/versorgungsforschung) verschaffen.

Die Forschungsergebnisse aus diesen Projekten werden derzeit in wissenschaftlichen Zeitschriften publiziert. Sofern dies nicht im Deutschen Ärzteblatt erfolgt, gibt es dort eine Zusammenfassung der Ergebnisse. Bezugsquellen für die veröffentlichten Ergebnisse können auf der Homepage der Bundesärztekammer eingesehen werden (*siehe oben*).

Deshalb sollen im Folgenden nur einige Beispiele aus den drei Themenfeldern „Implementierung von Leitlinien“, „Einfluss der Ökono-

misierung der ärztlichen Leistung auf die Patientenversorgung“ und „Wechselwirkungen zwischen arztseitigen Faktoren und Versorgungsrealität (physician factor)“ genannt werden.

Implementierung von Leitlinien

Die anfangs von der Ärzteschaft reserviert entgegengenommenen Leitlinien haben inzwischen zum Beispiel als Nationale Versorgungsleitlinien Akzeptanz gefunden. In dem hier genannten Themenfeld geht es um die Untersuchung des Umsetzungsgrads und gegebenenfalls die Identifikation bestehender Defizite, etwa bei der Implementierung von Leitlinien.

- Evaluation der Anwendung von Leitlinien am Beispiel der Leitlinie zu MRSA: Die Leitlinie des Robert-Koch-Instituts (RKI) zur Kontrolle von Stämmen des Methicillin-resistenten *Staphylococcus aureus* (MRSA) hat einen weiteren Anstieg dieser Infektionen nicht verhindern können. Angaben untersuchter Krankenhäuser zur Struktur- und Prozessqualität sowie eine Validierungsstudie und Querschnittuntersuchungen vor Ort ergaben, dass die Krankenhäuser die Leitlinien relativ gut umgesetzt haben und teilweise mehr Präventionsmaßnahmen durchführen, als durch die Leitlinien vorgegeben sind. Die Studie bestärkt die protektive Rolle der Dekolonisation mit Mupirocin und antiseptischer Ganzkörperwaschung. Diese Ergebnisse weisen also auf einen möglichen Überarbeitungsbedarf der Leitlinie hin (I. Chaberny, Hannover, P. Gastmeier, Berlin).

- Qualitätsverbesserung der antithrombotischen Behandlung bei chronischem Vorhofflimmern: Die Verbesserung der Leitlinienkonformität durch Fortbildung mit oder ohne computergestützten Behandlungsalgorithmus im Vergleich zu Kontrollen ohne Intervention war geringer als erwartet. Die Computerassistenz wurde von den Ärzten paradoxerweise als hilfreich empfunden (C. H. Gleiter, Tübingen).

- Messbarkeit der „De-facto-Compliance“ kardiovaskulärer Leitlinien: Hier zeigte sich eine adäquate Leitlinienkenntnis (perceptive Compliance) bei nur etwa 40 Prozent der Ärzte (postalische Befragung zur Leitlinienkenntnis). Überraschenderweise fand man keinen Behandlungsunterschied bei Ärzten mit adäquater Leitlinienkenntnis gegenüber Ärzten mit inadäquater. (W. Höpp, I. Schubert, Köln).

- Leitlinien-Implementierungsstudie Asthma: Diese Studie zeigt, dass sowohl bei Ärzten als auch bei Medizinischen Fachangestellten ein Wissenszuwachs mit einer Verhaltensmodifikation bewirkt werden kann. Diese Zunahme ist bei Kinderärzten bei hohem Ausgangswert nicht signifikant, bei Hausärzten schon deutlicher und bei Medizinischen Fachangestellten erheblich (M. Butzlaf, M. Redaelli, N. Koneczny, Witten/Herdecke).

- Implementierung der S3-Leitlinie zu ambulant erworbener Pneumonie (CAPNETZ): Durch die aktive Implementierung kann die leitliniengerechte Behandlung von Patienten erhöht werden. Ein signifikanter Einfluss auf die Letalität wurde allerdings nicht beobachtet

(T. Welte, Hannover, T. Schäfer, Lübeck).

Schon diese wenigen Beispiele zeigen höchst unterschiedliche, manchmal enttäuschende Ergebnisse in Zusammenhang mit der Implementierung von Leitlinien. Methodisch interessant ist die Unterscheidung von perzeptiver und De-facto-Compliance, also von der Kenntnis und Anwendung der Leitlinien. Künftig wird die Wirkung von Leitlinien auf die tatsächliche Versorgung eine noch stärkere Beachtung im Sinne von Qualitätsforschung erfahren müssen.

Einfluss der Ökonomisierung

Mehr als in früheren Jahrzehnten müssen Ärzte bei ihrem Handeln an ökonomische Konsequenzen denken. Das lenkt ihre Aufmerksamkeit stärker als früher von der eigentlichen Versorgungstätigkeit ab. Kürzel wie DRG (Diagnosis Related Groups) und G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss) haben für die stationäre und die ambulante Medizin wegweisende und einschränkende Bedeutung erlangt. Dies wirkt sich auf die Versorgungsdichte, die individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) und andere Bereiche aus, wie die folgenden Projektbeispiele zeigen.

- Demografischer Wandel und Aufrechterhaltung der Gesundheitsversorgung in Mecklenburg-Vorpommern: Auf der Grundlage der traditionellen Landesbettenplanung und auf der Basis der Datensätze nach § 21 Krankenhausentgeltgesetz wurden mittels kleinräumiger Bevölkerungsprognose im Land Mecklenburg-Vorpommern Voraussagen für die Anzahl der Behandlungstage im Jahr 2020 gemacht. Für die Patientengruppe vom 50. bis zum 65. Lebensjahr sowie vom 75. bis zum 85. Lebensjahr steigt die Zahl der Behandlungstage im Vergleich zum Bedarf im Jahr 2005 deutlich, wohingegen sie bei den jüngeren Jahrgängen sinkt. Dies ist im städtischen Bereich mit 15 bis 25 Prozent deutlicher als in den sehr unterschiedlich abschneidenden Landkreisen. Empfohlen wird eine Geschlechts- und Altersadjustierung der Bedarfsprognosen (P. Schuff-

WAS IST VERSORGUNGSFORSCHUNG?

Versorgungsforschung ist die wissenschaftliche Untersuchung des Versorgungsgeschehens von Einzelnen und der Bevölkerung mit gesundheitsrelevanten Produkten und Dienstleistungen unter Alltagsbedingungen.

Die wichtigste Aufgabe dieses grundlagen- und anwendungsorien-

tierten fachübergreifenden Forschungsgebiets ist zu fragen, wie weit die Versorgung des Einzelnen in Krankenhaus oder Praxis vom möglichen Optimum abweicht. Das Leitbild der „lernenden Versorgung“ trägt dazu bei, Optimierungsprozesse zu fördern und Risiken zu vermindern (www.baek.de/versorgungsforschung).

Werner, G. Doblhammer-Reiter, Rostock).

Dasselbe Bundesland, Mecklenburg-Vorpommern, verfügt über bevölkerungsrepräsentative Daten zur Morbidität und zur Inanspruchnahme niedergelassener Ärzte (SHIP-Studie). Mit Angaben der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern wurde der Wiederbesetzungsbedarf in Praxen bis zum Jahr 2020 ermittelt. Altersassoziierte Erkrankungen nehmen in diesem Zeitraum zum Teil erheblich zu. Gleichzeitig scheiden bis 2020 circa 40 Prozent der Hausärzte aus. Sowohl die Morbiditätslast als auch das Alter der Hausärzte zeigen erhebliche regionale Unterschiede. Die Anzahl der Arztkontakte wird für Urologen, Internisten und Hausärzte voraussichtlich um zehn bis 20 Prozent zunehmen, wohingegen bei Gynäkologen ein Rückgang um zwölf Prozent prognostiziert wird. Für die allgemein- und fachärztliche Versorgung empfiehlt es sich, die Veränderung der Inanspruchnahme in die regionale und nationale Bedarfsplanung mit einzubeziehen (W. Hoffmann, U. Siewert, K. Fendrich, Greifswald).

● Einfluss von DRG und Disease-Management-Programmen (DMP) auf die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Diabetes mellitus Typ 1: Bei Kindern und Jugendlichen mit Typ-1-Diabetes veränderten sich nach der DRG- und DMP-Einführung die stationären Aufenthaltshäufigkeiten nur geringfügig (geringer Anstieg), die ambulanten Kontakte nahmen zu. Outcome-Indikatoren wie HbA_{1c} und Hypoglykämien waren verändert, Ketoazidosen unverändert. Ungünstige Verläufe fand man im Pubertätsalter und bei Migrationsstatus. (A. Icks, R. Holl, Düsseldorf).

● Leistungsbegrenzung und Leistungsangebote in Arztpraxen: Zwei westdeutsche Regionen (Lübeck und Freiburg im Breisgau) wurden verglichen, um die Häufigkeit von Leistungsbegrenzungen und dem Angebot beziehungsweise der Nachfrage von individuellen Gesundheitsleistungen zu ermitteln. Die postalische Befragung von Versicherten der Gmünder Ersatzkasse

ergab, dass bei 41 Prozent der in der Studie eingeschlossenen ambulanten Patienten eine IGeL angeboten (insbesondere von Augenärzten und Gynäkologen) oder von ihnen selbst nachgefragt worden war. 20 Prozent der Befragten gaben an, bei mindestens einem dieser Arztbesuche eine medizinische Leistung oder eine schriftliche Verordnung nicht erhalten zu haben, und zwar vor allem bei Orthopäden, praktischen/Allgemeinärzten und Augenärzten. 43 Prozent dieser Patienten wurde die abgelehnte Leistung als IGeL angeboten. Dieses Vorgehen lässt aus der Sicht der Autoren einen transparenten IGeL-Katalog, erstellt durch eine neutrale Instanz, wünschenswert erscheinen (H. Raspe, S. Richter, Lübeck).

● Einschluss- und Prozessqualität im DMP Diabetes mellitus Typ 2: Zum Stand der Versorgung in diesem DMP erfolgte eine zweimalige telefonische Befragung von jeweils 500 am DMP teilnehmenden und 500 nicht daran teilnehmenden GKV-Versicherten. Zusätzlich wurden hausärztliche, anonymisierte Daten von 2 000 Patienten ausgewertet. DMP-Teilnehmer erhalten häufiger eine Diabetesschulung, re-

gelmäßige Konsultationen, jährliche Überweisungen zum Augenarzt, Überweisungen zum Diabetologen, jährliche Fußuntersuchungen und den Diabetespass. Die Auswertung der hausärztlichen Patientendaten steht noch aus. Bei DMP-Patienten findet man in den Projektergebnissen insgesamt einen begrenzt positiven Effekt auf die Versorgungsqualität (H. Kaduszkiewicz, H. van den Bussche, Hamburg).

„Physician Factor“

Welchen Einfluss haben das Befinden und die Motivierung von Ärzten auf das Behandlungsgeschehen? Dies ist die Fragestellung des dritten Themenfelds.

● Anreize für die Niederlassung von Ärzten: Bei einer Analyse der Anreizwirkungen von monetären und nichtmonetären Merkmalen auf die Niederlassungsentscheidung von Ärzten zeigte sich, dass das einflussreichste Merkmal das monatliche Nettoeinkommen war. Darüber hinaus sind die Anzahl der zu leistenden Bereitschaftsdienste und das Schul- und Betreuungsangebot für die Kinder wichtig. Mit der Methode des „discrete choice model“ können alle Merkmale zu

REPORT VERSORGUNGSFORSCHUNG

Die Herausgeberschaft für die Gesamtreihe „Report Versorgungsforschung“ haben Prof. Dr. Bärbel-Maria Kurth, Mitglied des Vorstands des Wissenschaftlichen Beirats, sowie die Autoren dieses Beitrags übernommen.

Band 1 (2008): Monitoring der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland. Konzepte, Anforderungen, Datenquellen, B.-M. Kurth (Hrsg.), Deutscher Ärzte-Verlag, Symposium „Zur Bildung von Netzwerken für ein kontinuierliches Monitoring der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland“ am 12. Dezember 2006.

Band 2 (2009): Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten. Befunde und Interventionen, F.-W. Schwartz/P. Angerer (Hrsg.), Deutscher Ärzte-Verlag, Symposium am 10. Februar 2009.

Band 3 (2010, in Druck): Die Versorgung psychisch kranker alter Menschen. Bestandsaufnahme und Herausforderung für die Versorgungsforschung, G. Stoppe (Hrsg.), Symposium am 21. Oktober 2009.

Band 4 (2011, in Planung) „Transition“ – spezielle Versorgungsanforderungen in der medizinischen Betreuung beim Übergang vom Kindes- und Jugendalter zum Erwachsenenalter.



Vergleichszwecken untereinander umgerechnet werden, und zwar in die fiktive Einheit „Einkommen in Euro“. Die Entscheidung, sich nicht auf dem Land niederzulassen, ist kaum umkehrbar. Neben der Höhe des Einkommens wäre eine familienfreundliche Planung der zu leistenden Bereitschaftsdienste für die Steuerung der Niederlassungsbereitschaft auf dem Land, von größter Bedeutung (H.-H. König, O. Günther, Leipzig).

● Wechselwirkung der Qualität des Arbeitslebens von Klinikärzten mit der Qualität der Patientenversorgung: Aus München kommt der Nachweis, dass sich Qualität und Leistung der ärztlichen Arbeit durch Arbeitsfreude steigern lassen. Durchgeführt wurde eine mehrjährige Kohortenstudie mit Fragebogenerhebungen zur Arbeitssituation und zum gesundheitlichen Befinden von Ärzten an bayerischen Krankenhäusern. Ein zweiter Teil beinhaltet eine Intervention mit Analyse und gezielter Optimierung der Arbeitssituation in einem Kooperationskrankenhaus. Arbeitsmenge, Zeitdruck und Unterbrechungen sowie Informationsprobleme belasten die Klinikärzte, von denen 13 Prozent außerdem über Mobbing berichteten und zehn Prozent kritische Depressionswerte aufwiesen. Die Intervention zielte auf ein systematisches Vorgesetzten-Feedback und die Vermeidung von Arbeitsunterbrechungen ab. Die Befragung der Patienten ergab eine stärkere Zufriedenheit auf der Interventionsstation im Vergleich zur Kontrolle.

Die Studie bestätigt den Einfluss des Befindens von Ärzten auf die tatsächliche Versorgungsqualität. Darüber hinaus zeigen sich erste positive Ergebnisse von Interventionen zur Verbesserung des Arztbefindens (P. Angerer, J. Glaser, F. Pedrosa Gil, München).

● Karriere- und Lebensplanung von Medizinstudierenden und angehenden Ärzten: Der Berliner Reformstudiengang schneidet im Vergleich zum Regelstudiengang besser ab, was die Studienzufriedenheit und das Belastungsempfinden bei Studienanfängern und bei Studierenden im praktischen Jahr (PJ)

betrifft. 90 Prozent aller befragten Studierenden streben eine Facharztweiterbildung an; während des Studiums bekundeten circa zwei Drittel die Absicht, später eine praktische ärztliche Tätigkeit auszuüben. Etwa 40 Prozent der PJler schließen eine anschließende Auslandstätigkeit nicht aus. Die Wertschätzung des Privatlebens gegenüber dem Berufsleben nimmt im Verlauf des Studiums zu (A. Kuhlmeier, S. Dettmer, Berlin).

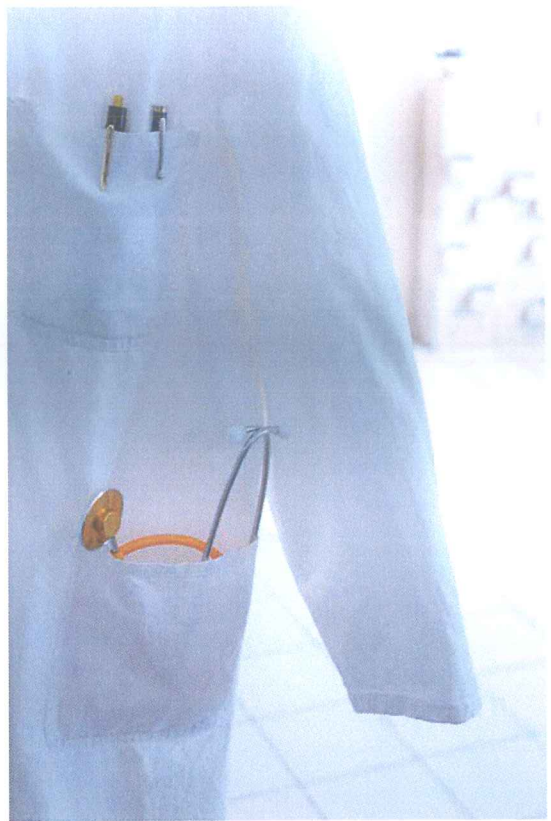
● Ausstiegstendenzen aus der kurativen Tätigkeit bei ärztlichen Berufsanfängern: Eine weitere Studie befasste sich mit den Berufseinstiegsproblemen und den Berufsausstiegstendenzen in verschiedenen Ländern Europas und in den USA. Die vergleichende Studie kommt unter anderem zu dem Er-

gebnis, dass dort die Häufigkeit des endgültigen Ausstiegs aus der Weiterbildung oder aus dem Beruf eher gering ist und gleichzeitig der Bedarf an Ärzten und die Stellenzahl für Ärzte zunehmen. Aufgrund ihrer gering gehaltenen Ausbildungskapazität setzen einzelne Länder daher in großem Umfang auf eine Immigration von Ärzten (van den Bussche, H., Hamburg).

Die Projekte der zweiten Förderphase (4) sowie einer nachgehenden begrenzten Ausschreibung weiterer Typ-I-Projekte sind noch nicht abgeschlossen. Alle Forschungsvorhaben und Auftragnehmer sind über die jeweiligen „Visitenkarten“ auf der Homepage der Bundesärztekammer (www.baek.de/versorgungsforschung) einsehbar.

Report Versorgungsforschung

Um die für die Versorgungsforschung nutzbaren und regulär erhobenen Daten geht es im Band 1 der Reihe „Report Versorgungsforschung“. Im „Monitoring der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland“ (Kurth 2008) werden Konzepte eines kontinuierlichen



Die Versorgungsforschung hat durch die Förderung der Bundesärztekammer ihre Methodik verbessert, ihr Ansehen vermehrt und neue Erkenntnisse gewonnen.

Versorgungsmonitorings vorgestellt, die Vernetzungsmöglichkeiten unterschiedlicher Daten, Anforderungen an die Qualität der Daten sowie deren Einsatzmöglichkeiten für die Qualitätsmessung erläutert. Angesichts des Nutzens der bei den Kasernen vorliegenden Versorgungsdaten forderte der Deutsche Ärztetag 2008, existierende Datenmonopole für die wissenschaftliche Analyse und für wichtige Aufgaben der Standesvertretung zu öffnen. Dies ist eine Auseinandersetzung, die die Aufmerksamkeit der Politik finden sollte (5).

In Band 2 der Reihe wird das Thema „Physician Factor“, also im weitesten Sinne der Einfluss des Faktors „Arzt“ auf die Qualität der Patientenversorgung, aufgegriffen. Hintergrund für die thematische Befassung ist die Erkenntnis, dass die Versorgungsqualität nicht nur von den Fähigkeiten der Ärzte, sondern entscheidend auch von ihrer Bereitschaft und ihren Möglichkeiten zum Engagement abhängt. Dieses setzt Wohlbefinden und Gesundheit voraus. Die Schaffung gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen für Ärzte ist somit ein

zentrales Thema der Versorgungsforschung (Schwartz, F.-W., Angerer, P.: Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten – Befunde und Interventionen, 2010).

Band 3 der Reihe befasst sich mit dem Problem der „Versorgung psychisch kranker alter Menschen“ und schließt neben zentralen Themen, wie Demenz, auch weniger diskutierte Themen, wie etwa die hohe Suizidrate älterer Menschen, ein. Es werden Schwachstellen in der Gesamtversorgung, wie Über-, Unter- und Fehlmedikation, sowie die weitgehend fehlende psychotherapeutische Versorgung im höheren Lebensalter aufgezeigt und der Handlungsbedarf im Sinne einer Empfehlung an die politischen Entscheidungsträger deutlich gemacht (Stoppe, G., Hrsg.). Der Band wird Mitte 2010 erscheinen.

Für den Band 4 ist ein Symposium zum Thema „Spezielle Versorgungsanforderungen in der medizinischen Betreuung beim Übergang vom Kindes- und Jugendalter zum Erwachsenenalter („Transition“) in Vorbereitung.

Mit diesen Bänden zur Versorgungsforschung hat die Bundesärztekammer einen Weg gefunden, das wissenschaftliche Material zu aktuellen und auch für die Gesundheitspolitik wichtigen Themen umfassend zusammenzutragen und sich auf dieser Basis, gerade auch zu politischen Themen, fundiert zu äußern.

Expertisen und Literaturreviews

Enger umschriebene konkrete Fragestellungen lassen sich durch die Typ-III-Projekte bearbeiten. Bisher wurden zehn Expertisen – von denen die meisten bereits abgeschlossen sind (siehe Übersicht unter www.baek.de/versorgungsforschung) – unter anderem zu folgenden Themen in Auftrag gegeben:

- Einfluss der pharmazeutischen Industrie auf die wissenschaftlichen Ergebnisse und die Publikation von Arzneimittelstudien
- Möglichkeiten zur Prävention und Früherkennung von Kindesvernachlässigung und -misshandlung für Ärzte (und Zahnärzte)
- Evaluation der Ärztezufriedenheit bezüglich beruflichen Stressniveaus und medizinischer Ausbildung
- Adjustierung der Risikofaktoren von Prognosemodellen zur Hochrechnung

der Patientenanzahl bis zum Jahr 2020

● Notwendigkeit eines ungehinderten Zugangs zu sozial- und krankheitsbezogenen Versicherten-daten für die Bundesärztekammer und andere ärztliche Körperschaften sowie wissenschaftliche Fachgesellschaften zur Optimierung der ärztlichen Versorgung.

Der Vorstand der Bundesärztekammer hat überdies entschieden, mehrere Typ-III-Projekte zur ärztlichen Bedarfsplanung auszuschreiben. Die hier genannten Expertisen und Literaturreviews haben sich als sehr hilfreiches Instrument erwiesen, um kurzfristig in politisch relevanten Diskussionen mit wissenschaftlich fundierten Argumenten Stellung beziehen zu können.

Ziele wurden erreicht

Die durch die Ärzteschaft selbst gesteckten Ziele der Förderung der Versorgungsforschung wurden bereits zu weiten Teilen erreicht: Positiv zu bewerten ist das große Interesse der Fachkreise an den Ausschreibungen. Dies wird unter anderem erkennbar an den 175 Antrags-skizzen, die auf die Ausschreibung der ersten Förderphase eingereicht wurden. Von den besonders qualifizierten Skizzen betrafen 40 Prozent den ambulanten Bereich, mehr als 40 Prozent bezogen den ambulanten und den stationären Sektor übergreifend in die Betrachtung ein.

Zudem hat die Versorgungsforschung grundsätzlich an Anerkennung und Differenziertheit ihrer eigenen Methoden gewonnen. Die grundlagennahe Versorgungswissenschaft hat sich konstruktiv in das BÄK-Programm eingebracht und bei der außergewöhnlich transparenten und zugleich konstruktiven Begutachtung sowie bis hinein in die anschließende Förderung und Durchführung der Projekte mitgewirkt. Dies hat zur wissenschaftlichen Anerkennung der Förderinitiative der Bundesärztekammer entscheidend beigetragen.

Erfreulicherweise findet die Versorgungsforschung gerade jetzt Zugang zu einer deutlich großzügigeren staatlichen Forschungsförderung („Initialzündung“). Wahr-

nehmbar ist eine bessere Kooperation der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften und der Bundesärztekammer. Es gibt kaum ein medizinisches Fachgebiet, in dem die Versorgungsforschung nicht auf Interesse stößt. Dabei sind die Bereiche am fortgeschrittensten, in denen die Methoden zur Qualitätsmessung am besten entwickelt sind. Die Bemühungen um Qualität im Rahmen der BÄK und die erreichte Qualität sind sichtbar geworden.

Die Demonstration der wissenschaftlichen Kompetenz der ärztlichen Selbstverwaltung ist gelungen. Die Förderinitiative der Bundesärztekammer zur Versorgungsforschung hat zu einer typischen Win-win-Situation geführt: Die Bundesärztekammer zeigt, dass sie ihre Aussagen auf eine wissenschaftlich anerkannte Fundierung gründet. Die Versorgungsforschung hat durch die Förderung der Bundesärztekammer ihre Methodik verbessert, ihr Ansehen vermehrt und neue Erkenntnisse gewonnen.

■ Zitierweise dieses Beitrags:
Dtsch Arztebl 2010; 107(17): A 812–6

LITERATUR

1. Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF): Richtlinien zur Förderung von Studien in der Versorgungsforschung. Bundesanzeiger Nr. 21 vom 9. 2. 2010.
2. Hoppe J-D: Öffentliche Einladung an die Ärztinnen und Ärzte in Deutschland. Dtsch Arztebl 2010; 107(8): A 310–1.
3. Bäsler F, Fuchs C, Scriba P C: Förderung der Versorgungsforschung durch die Bundesärztekammer. Bundesgesundheitsbl-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz 2006; 49: 130–6.
4. Scriba P C, Berger J: Versorgungsforschung: Die Förderinitiative der Bundesärztekammer. Dtsch med Wochenschr 2007; 132: 1424–6.
5. Schwartz F W, Scriba P C: Versorgungsforschung und Politikberatung. Gesundh ökon Qual manag 2004; 9: 161–6.

Anschrift der Verfasser

Prof. Dr. med. Peter C. Scriba
Vorsitzender des Wissenschaftlichen Beirats
der Bundesärztekammer und der Ständigen
Koordinationsgruppe Versorgungsforschung

Prof. Dr. med. Christoph Fuchs
Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer
und des Deutschen Ärztetages
Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin