

# Förderung der Versorgungsforschung durch die Bundesärztekammer

## Hintergrund

Das deutsche Gesundheitswesen befindet sich in einer Phase des Umbruchs bei der Finanzierung stationärer und ambulanter Versorgungsleistungen und der Definition des Leistungsumfangs der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Akteure in diesem Feld – Leistungserbringer und Kassen, Politiker und Wissenschaftler – haben bisher keine schlüssige oder einvernehmliche Antwort auf die Frage gefunden, wie die strukturellen Probleme im Gesundheitswesen gelöst werden können. Neben der Komplexität der zu lösenden Probleme wird die Erarbeitung von Lösungskonzepten dadurch erschwert, dass es an Daten und Wissen über die Versorgungssituation und ihre „inneren“ Zusammenhänge mangelt [1].

Stark bestimmt durch die Entwicklung der Public-Health-Disziplinen und sozialwissenschaftlichen Methoden hat sich in Deutschland in den letzten Jahren die Versorgungsforschung als neuer Zweig der Gesundheitswissenschaften akademisch etabliert und zugleich in der Politikberatung an Einfluss gewinnen können [2]. Die Versorgungsforschung nimmt für sich in Anspruch, einen wesentlichen Beitrag zur Entwicklung von Lösungskonzepten für die notwendige Umstrukturierung des Gesundheitssystems zu leisten [3].

Hierbei ist eine auf das deutsche Gesundheitssystem ausgerichtete Forschung notwendig, da die Übertragbarkeit ausländischer bzw. internationaler Studien auf deutsche Verhältnisse wegen direkter

struktureller Einflüsse der unterschiedlichen Gesundheitssysteme auf die Versorgungsrealität nur sehr eingeschränkt oder überhaupt nicht möglich ist [4].

## Situation der Versorgungsforschung in Deutschland

Auf die Relevanz einer Gesundheitssystemforschung, das heißt der Notwendigkeit, die medizinische Versorgung selbst zum Gegenstand wissenschaftlichen Interesses zu machen, wurde bereits 1994 in der Denkschrift der Deutschen Forschungsgemeinschaft „Gesundheitssystemforschung in Deutschland“ hingewiesen. Es wurden Instrumente und Strategien empfohlen, die zu einer höheren Generalisierbarkeit der Forschungsergebnisse der Gesundheitssystemforschung führen [5]. Die Deutsche Forschungsgemeinschaft ordnete die Versorgungsforschung in der Denkschrift „Klinische Forschung“ unter dem Aspekt „patientenorientierte Forschung“ in Abgrenzung zur „grundlagenorientierten“ bzw. „krankheitsorientierten Forschung“ ein [6].

Mit dem Gutachten des Sachverständigenrates für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen von 2000/2001 [7] ist die höchst unbefriedigende Datenlage hinsichtlich des Versorgungsgeschehens exemplarisch offenkundig geworden. Die Datenlage lässt nach Aussage des Sachverständigenrats z. B. kaum seriöse wissenschaftliche Aussagen über die von politischer Seite häufig konstatierte Über-, Unter- und Fehlversorgung im deutschen Gesund-

heitswesen zu. So fand z. B. in Deutschland Forschung zur Versorgung von Diabetikern in der Vergangenheit aufgrund fehlender Ressourcen kaum statt [8].

Das Instrument Versorgungsforschung war 2000/2001 noch nicht in der Lage, die wesentlichen Fragestellungen zu beantworten, obwohl bereits das SVR-Sondergutachten im Jahr 1995 [9] eine Reihe von Themenfeldern der Versorgungsforschung auflistete, „bei denen es für die Kassen unter Berücksichtigung ihrer gesetzlichen Aufgaben und ihrer Interessenlage durchaus attraktiv ist, sich an der inhaltlichen Mitgestaltung und finanziellen Forschungsförderung zu beteiligen (Textziffer 338)“.

Badura et al. [3] weisen darauf hin, dass eine an internationalen Standards orientierte Versorgungsforschung in Deutschland erst seit wenigen Jahren existent ist, ohne jedoch diese Standards näher zu definieren. In diesem Zusammenhang wird auf die umfangreichen staatlichen Fördermaßnahmen im Bereich der Versorgungsforschung in den USA sowie Großbritannien hingewiesen. Als Reaktion auf einen vom britischen Oberhaus vorgelegten Bericht über die Defizite der Versorgungsforschung erfolgte 1988 im Vereinigten Königreich die Etablierung eines speziellen Förder- und Entwicklungsprogramms für Health Services Research mit dem Ziel, die Mittel auf 1,5% des National Health Services Budget aufzustocken [10]. Die in Deutschland für die Versorgungsforschung zur Verfügung gestellten Fördermittel sind hiermit in keiner Weise ver-

**Abgrenzung der Versorgungsforschung****Uneingeschränkt zur Versorgungsforschung zählen:**

- die Grundlagenforschung in versorgungsrelevanten Bereichen (z. B. kognitive und kommunikative Prozesse, Compliance, Arzteinstellungen, Determinanten von Arztentscheidungen),
- Untersuchungen zur Arbeitszufriedenheit und zu den Arbeitsbedingungen der Ärzte und der anderen Gesundheitsberufe,
- Untersuchungen zur Arzt-Patienten-Beziehung,
- Qualitätsforschung (z. B. Qualitätssicherung, -entwicklung, -management) zu Versorgungsleistungen,
- Untersuchungen ökonomischer Aspekte der Versorgung,
- Inanspruchnahmeforschung, Bedarfsforschung, sonstige Untersuchungen zur Versorgungsepidemiologie,
- methodische Entwicklungen im Bereich der Versorgungsforschung (z. B. risk adjustment, multivariate Modelle, Erhebungsinstrumente),
- klinische Studien, Metaanalysen und systematische Reviews zur effectiveness,
- HTA, sofern sie effectiveness untersucht,
- Arzneimittel- und Medizinprodukte-Studien unter Alltagsbedingungen (sog. Phase-IV-Studien).

**Nicht zur Versorgungsforschung zählen:**

- HTA, Metaanalysen und systematische Reviews, sofern diese nur efficacy untersuchen,
- klinische Studien zur efficacy (die also unter Idealbedingungen durchgeführt werden),
- Arzneimittelstudien der Phasen I-III,
- Studien, die nicht explizit gesundheitsbezogene Dienstleister untersuchen,
- die analytische Epidemiologie zur Ursachen- und Risikoermittlung, die sich nicht auf spezifische Versorgungsformen bezieht.

Auszug aus dem Papier „Definition und Abgrenzung der Versorgungsforschung“ des Arbeitskreises Versorgungsforschung beim Wissenschaftlichen Beirat der Bundesärztekammer (vgl. <http://www.bundesaerztekammer.de>)

gleichbar. Das von BMBF und den Spitzenverbänden der Krankenkassen seit 2000 finanzierte Programm zur Versorgungsforschung [11] ist grundsätzlich positiv zu bewerten, kann jedoch mit einem Fördervolumen in Höhe von 1 Mio. EUR jährlich mit dieser internationalen Vergleichsgröße nicht konkurrieren. Es wird zu Recht darauf hingewiesen, dass die finanzielle Dimension dieses Programms nicht ausreichend ist, um einen nachhaltigen Impuls zur Weiterentwicklung der Versorgungsforschung zu geben [3].

Als Konsequenz dieser Ausgangslage verabschiedete die Ständige Kongresskommission „Deutscher Kongress für Versorgungsforschung“, resultierend aus einem Zusammenschluss von 25 wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften, im September 2003 ein Memorandum zur Versorgungsforschung [12]. In diesem Memorandum wird die Förderung der Versorgungsforschung durch Bundes- und Landesministerien, durch Stiftungen und Kostenträger ausdrücklich honoriert und auf

die Vorleistungen aus der Förderung der Public-Health-Forschung und der Rehabilitationsforschung durch das BMBF hingewiesen. Gleichzeitig wird herausgestellt, dass eine effiziente und international anerkannte Versorgungsforschung in Deutschland aber nur punktuell praktiziert wird. Wesentliche finanzielle Forderungen des Memorandums richteten sich an die Bundesregierung und alle Kostenträger der Sozialversicherung sowie die Deutsche Forschungsgemeinschaft. Im Besonderen werden die Krankenkassen zur Bereitstellung von Prozessdaten aufgefordert. Kriterien für eine effiziente und international anerkannte Versorgungsforschung werden im Memorandum nicht herausgearbeitet.

Im Jahr 2001 wurde ein erster deutscher Kongress für Versorgungsforschung in Köln durchgeführt. Dabei zeigte sich ein mangelnder Konsens, bezogen auf die Definition sowie die Eingrenzung des Forschungsgegenstandes. Dieser erscheint dringend geboten, da das Themenspektrum nach Badura et al. [3] breit ist und

z. B. die Bedarfsforschung, die Evaluation von Versorgungsleistungen, die Technologiebewertung und Qualitätssicherung beinhaltet. Eine Arbeitsgruppe des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer hat diesbezüglich einen Vorschlag erarbeitet (☐ **Übersicht 1**). Der zweite Versorgungsforschungskongress in Hamburg (2003) befasste sich mit Fragen der psychosozialen Versorgung. Nach Einschätzung vieler Teilnehmer wurde auf dem dritten deutschen Kongress für Versorgungsforschung in Bielefeld (2004) die medizinisch-ärztliche Perspektive nicht hinreichend berücksichtigt.

Umsetzbare Ergebnisse werden durch die Versorgungsforschung jedoch nur dann erzielt werden können, wenn sich die Untersuchungen durch eine besondere Nähe zur klinisch-praktischen Patientenversorgung auszeichnen (Stichwort „letzte Meile des Gesundheitswesens“). Die Perspektive der Versorgungsforschung muss sich im Besonderen dem konkreten ärztlichen Handeln widmen. Eine diesbezügliche Weiterentwicklung von Ansätzen der Public-Health-Forschung erscheint notwendig.

In diesem Zusammenhang ist festzustellen, dass die Versorgungsforschung an den medizinischen Fakultäten in Relation zur Grundlagenforschung und zur klinischen Forschung unterbewertet ist [13]. Letztlich ist es aber das Ziel aller medizinischen Forschung, die Versorgungsqualität zu verbessern. Daher sollte auch im akademischen Bereich die Attraktivität der Versorgungsforschung für Nachwuchswissenschaftler verbessert werden.

Die häufig vorgetragene Klage, dass es in Deutschland „keine Daten“ gäbe, ist bezogen auf konkrete Fragestellungen meist nicht gerechtfertigt (z. B. [14]). Wertvolle Daten sind bereits zugänglich gemacht. Auf Bundesebene stehen Daten des Gesundheitsmonitorings [15] zur Verfügung. Dennoch ist festzustellen, dass die vielfältig vorliegenden Daten bisher für sekundärstatistische Auswertungen nur bedingt zur Verfügung stehen und somit nicht in angemessener Weise genutzt werden können.

Schließlich wird die enge Einbindung der Kassen in die Programmgestaltung sowie in die Begutachtung von Anträgen von Experten als zwingend notwendig er-

Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch -  
Gesundheitsschutz 2006 · 49:130-136  
DOI 10.1007/s00103-005-1209-0  
© Springer Medizin Verlag 2006

F. Bäsler · C. Fuchs · P. C. Scriba

## Förderung der Versorgungsforschung durch die Bundesärztekammer

### Zusammenfassung

Der 108. Deutsche Ärztetag 2005 verabschiedete eine auf 6 Jahre angelegte Förderinitiative zur Versorgungsforschung, um zur Weiterentwicklung dieses in Deutschland noch jungen und nicht hinreichend etablierten Wissenschaftsfeldes beizutragen. Die Projektförderung wird hierbei in den 3 Themenfeldern erfolgen: 1.) Einfluss der Ökonomisierung der stationären und ambulanten Leistung auf die Patientenversorgung, 2.) Implementierung von Leitlinien in den ärztlichen Alltag und 3.) „Physicians factor“. Gleichzeitig soll durch die

Initiative der Bundesärztekammer mit der Darlegung methodischer Standards, der Erschließung und Aufarbeitung von Datenquellen sowie mit der Implementierung eines Netzwerkes von Forschergruppen, Forschungsförderern und Akteuren im Gesundheitswesen zur inhaltlichen Weiterentwicklung dieses Wissenschaftszweiges beigetragen werden.

### Schlüsselwörter

Versorgungsforschung · Förderinitiative · Bundesärztekammer

## The German Medical Association support initiative on health care research

### Abstract

The 108th German Medical Assembly adopted a 6-year support initiative for health care research in order to contribute to the further development of this young scientific discipline which has not yet been sufficiently established in Germany. The program is focussed on the following subjects: (1) influence of economic changes on outpatient and inpatient medical care, (2) implementation of medical guidelines in medical routine and (3) the physician factor. Setting method-

ical standards in this new field and opening up access to medical data should provide a relevant impulse to health care research in Germany. The promoting strategy of the German Medical Association will be completed by initiating a network of scientists, research promoters and health care players.

### Keywords

Health care research · Support initiative · German Medical Association

achtet [13]. Ein durch Selbstverwaltung gekennzeichnetes Gesundheitssystem wird sich nur dann angemessen weiterentwickeln, wenn wissenschaftliche Erkenntnisse, die Strukturänderungen begründen, von allen Selbstverwaltungspartnern verwertet werden können. Ergebnisse der Versorgungsforschung werden nur dort auf fruchtbaren Boden fallen, wo von Anfang an eine Einbindung in den Erkenntnisprozess stattgefunden hat. Die den Krankenkassen zur Verfügung stehenden Geldmittel sowie ihre Funktion als Datenhalter lassen ihr Engagement im Bereich der Versorgungsforschung notwendig erscheinen.

Forschungsansätze und Erkenntnisse der evidence based medicine sollten mit denen der Versorgungsforschung besser als bisher verbunden werden. In der Versorgungspraxis ist die Übertragung von Erkenntnissen aus randomisierten, kontrollierten klinischen Studien, die dem Goldstandard der evidence based medicine entsprechen, nur bedingt möglich [16]. Die unzureichende Erfassung der Komplexität der Versorgungspopulation und zu kurze Beobachtungszeiten sowie andere methodische Probleme zeigen die Grenzen der Anwendbarkeit der Methoden der evidence based medicine als Instrument zur Steuerung des Gesundheitssystems. Zu kostenintensiven technischen Methoden werden häufiger hochwertige Studien durchgeführt als zu medizinischen Verfahren, die durchaus plausibel erscheinen und mit einem erheblich niedrigeren, medizinischen und finanziellen Aufwand verbunden wären (Problem der Evidenzfalle [17]). Auf die ursprüngliche Intention der evidence based medicine nach Sackett [18] als Instrument zur Entscheidungsfindung in individuellen Behandlungssituationen ist in diesem Kontext besonders hinzuweisen.

## Handlungsbedarf aus der Sicht und Zielsetzung der Bundesärztekammer

Solange aufgrund beschränkter medizinischer Erkenntnisse die Möglichkeiten der Heilkunde begrenzt waren, wurden Ärzte auf dem gesamten Spektrum der Medizin ausgebildet. Fragen der Versorgungsforschung wurden nicht gestellt. Der Fortschritt innerhalb der Medizin der letzten

Jahrzehnte wurde wesentlich durch eine hohe Spezialisierung erreicht. Davon unabhängig steht nach wie vor das Wohl des einzelnen Patienten im Zentrum ärztlichen Handelns. Daraus folgt, dass Ärzte die Erkenntnisse der medizinischen Spezialgebiete und der Gesundheitswissenschaften bezogen auf den jeweiligen Patienten anwenden müssen. Vor diesem Hintergrund müssen Ärzte ihre eigene Vorgehensweise unter Berücksichtigung des hohen Spezialisierungsgrades innerhalb der Medizin und weiterer wissenschaftlicher Erkenntnisse ständig kritisch reflektieren.

Dieses individuelle ärztliche Interesse wird aus der Perspektive der Bundesärztekammer dadurch verstärkt, dass Versorgungsforschung als wichtiges Instrument zur Politikberatung wahrgenommen wird. Ein spürbarer Mehrwert der Versorgungsforschung liegt hierbei in der bereichsübergreifenden Erforschung von Versorgungszusammenhängen, der Integration unterschiedlicher Sichtweisen und Analyseebenen und einer empirisch abgesicherten Folgenabschätzung von Eingriffen in das Versorgungsgeschehen. Eine Versorgungsforschung im Sinn einer Gesundheitssystemforschung macht die durch politische Entscheidungen bestimmte Versorgungsrealität selbst zum Forschungsgegenstand. Auf Grundlage dieses Selbstverständnisses wird Versorgungsforschung zum Instrument der wissenschaftlichen Politikberatung.

Beispielsweise konnte die Diskussion über die Festlegung von Mindestmengen in den Gremien der Selbstverwaltung durch ein von der Bundesärztekammer in Auftrag gegebenes Gutachten [19] versachlicht werden. Als weiteres Beispiel für eine wissenschaftliche Politikberatung kann die kritische Reflexion einer im politischen Rahmen oft zitierten Studie zur Qualität in der ambulanten bildgebenden Diagnostik [20] angeführt werden.

Grundsätzlich ist zu fordern, dass politische Entscheidungen zur Steuerung des Gesundheitssystems wissenschaftlich begründet und in ihren Wirkungen evaluiert werden. Eine Begründung allein auf der Basis von Expertenmeinungen ist nicht hinreichend.

Aus Sicht der Bundesärztekammer ist es daher wesentlich, an der Ausgestaltung

der Versorgungsforschung zu partizipieren, um dazu beizutragen, dass dieses Forschungsfeld Antworten auf die wichtigen Fragestellungen liefert.

Aus der aktuellen Situation der Versorgungsforschung in Deutschland ergibt sich vor diesem Hintergrund aus Sicht der Bundesärztekammer Handlungsbedarf in folgenden Punkten:

- ▬ Die finanzielle Förderung der Versorgungsforschung ist unzureichend. Eine zeitlich befristete Förderinitiative aus Mitteln der Bundesärztekammer im Sinn einer Anschubfinanzierung zur Versorgungsforschung erscheint notwendig.
- ▬ Die akademische Anerkennung der Versorgungsforschung ist nicht ausreichend. Bei den medizinischen Fakultäten und Drittmittelgebern müssen Prozesse des Umdenkens eingeleitet werden.
- ▬ Um eine effektive Weiterentwicklung der Versorgungsforschung zu ermöglichen, ist eine Eingrenzung des Fördergegenstandes geboten. Versorgungsforschung, die sich nicht schwerpunktmäßig dem konkreten ärztlichen, d. h. patientenorientiertem Handeln widmet, wird den an sie gerichteten Erwartungen nicht gerecht werden.
- ▬ Angemessene methodische Standards innerhalb der Versorgungsforschung in Deutschland sind zu entwickeln.
- ▬ Eine weitere Etablierung der Versorgungsforschung muss mit der Erschließung und Aufbereitung von Datenquellen verbunden sein.
- ▬ Die Herausforderungen zur Erhaltung der Leistungsfähigkeit des deutschen Gesundheitswesens machen Kooperationen mit allen Akteuren im Gesundheitssystem – insbesondere unter Einbeziehung der Selbstverwaltungspartner – notwendig.

Die von der Bundesärztekammer aus dieser Bewertung abgeleiteten Konsequenzen sind bei der Beschreibung der Förderinitiative (Abschnitt VI) dargestellt.

### **Beschlusslage des Deutschen Ärztetags zur Versorgungsforschung**

Der Deutsche Ärztetag hat schon frühzeitig die Bedeutung der Versorgungsforschung erkannt. So heißt es in einer Entschließung des Außerordentlichen Deut-

schen Ärztetages 2003: „Das deutsche Gesundheitswesen wird zurzeit mit den Negativattributen ‚Über-, Unter- und Fehlversorgung‘ schlechtgeredet. Die Begründungen dafür bleiben vage und halten einer wissenschaftlichen Prüfung nicht stand. Zwingend geboten ist eine Beschreibung der Versorgungsstandards im deutschen Gesundheitswesen, die auch den internationalen Vergleich mit einschließt. Die Ärzteschaft ist bereit, sich am Aufbau einer Versorgungsforschung zu beteiligen.“

Der Deutsche Ärztetag 2004 konkretisierte die Bereitschaft der Ärzteschaft, sich auf diesem Gebiet zu engagieren, wie folgt: „Besonders, wenn Ressourcen knapp sind, braucht Gesundheitspolitik eine solide wissenschaftliche Grundlage. Der Deutsche Ärztetag bekräftigt den Willen der Ärzteschaft, sich am Aufbau einer wissenschaftlichen Versorgungsforschung zu beteiligen.“

Der Deutsche Ärztetag ließ dieser Ankündigung konkrete Taten folgen: Auf dem 108. Deutschen Ärztetag 2005 wurde eine Förderinitiative zur Versorgungsforschung mit großer Mehrheit der Delegierten beschlossen.

Diese richtungweisende Entscheidung verdeutlicht die hohen Erwartungen der verfassten Ärzteschaft an die Versorgungsforschung. Der Beschluss hat Signalwirkung und soll nach Scriba [13] eine „regelrechte Finanzierungslawine von Seiten der Ministerien und Kassen“ auslösen.

### **Planung der Förderinitiative**

Zur Vorbereitung einer eigenständigen Förderinitiative der Bundesärztekammer wurde im Juli 2003 eine erste Expertenanhörung durchgeführt. Wesentlich erschien eine direkte Projektförderung ohne die Implementierung zusätzlicher Strukturen zur Förderung der Versorgungsforschung. Ein rein indikationsbezogener Förderansatz wurde von den Experten als nicht nachhaltige Förderstrategie bewertet. Gleichzeitig wurde seit dieser Anhörung eine enge Kooperation mit der Arbeitsgemeinschaft der Medizinisch Wissenschaftlichen Fachgesellschaften (AWMF) etabliert.

Zur weiteren Konkretisierung der Förderinitiative wurde 2004 ein Arbeitskreis Versorgungsforschung beim Wissenschaftlichen Beirat unter der Feder-

## Übersicht 2

**Themenfelder des vom 108. Deutschen Ärztetag beschlossenen Rahmenkonzepts zur Förderung der Versorgungsforschung**

Einfluss der Ökonomisierung der stationär und ambulant erbrachten ärztlichen Leistung auf die Patientenversorgung und die Handlungsfreiheit der ärztlichen Tätigkeit

Implementierung von Leitlinien in den ärztlichen Alltag

Wechselwirkung zwischen arztseitigen Faktoren und Versorgungsrealität (sog. Physicians factor).

führung von Prof. Dr. Schwartz berufen. Hierbei zeigte sich, dass für eine wissenschaftlich erfolgreiche und nachhaltige Förderinitiative 4 Voraussetzungen notwendig sind:

- die definitorische Eingrenzung der Versorgungsforschung,
- eine Einengung auf kurz- und mittelfristig erfolgreich zu bearbeitende Themenfelder,
- Festlegung von methodischen Standards der Versorgungsforschung,
- Aufbereitung der Datenquellen für die Versorgungsforschung.

Im Ergebnis legte der Arbeitskreis ein Rahmenkonzept zur Förderung der Versorgungsforschung vor, das dem Beschluss des 108. Deutschen Ärztetages zugrunde gelegt wurde.

**Die Förderinitiative der Bundesärztekammer****Finanzielle Förderung der Versorgungsforschung**

Der 108. Deutsche Ärztetag stellte Fördermittel in Höhe von jährlich 750.000 Euro über einen Zeitraum von 6 Jahren zur Verfügung. Mit dieser in der Geschichte der Bundesärztekammer einmaligen Förderinitiative will die Bundesärztekammer einen nachhaltigen Impuls zur Entwicklung einer wissenschaftlichen Versorgungsforschung in Deutschland geben.

**Anerkennung der Versorgungsforschung**

Der 108. Deutsche Ärztetag beschloss einen jährlichen Sachstandsbericht über die Förderinitiative zur Versorgungsforschung. Neben der Bereitstellung von Finanzmitteln wird somit auch kontinuierlich eine politische Plattform bereitgestellt und zur Anerkennung der Versorgungsforschung beigetragen. Die Ansiedlung der Ständigen Koordinationsgruppe Versorgungsforschung an den Vorstand des Wissenschaftlichen Beirats verdeutlicht die wissenschaftliche Ausrichtung der Förderinitiative. Unter anderem durch die enge Einbindung AWMF soll die akademische Anerkennung der Versorgungsforschung vorangetrieben werden.

**Eingrenzung des Fördergegenstandes**

Als Grundlage für eine erfolgreiche Förderinitiative wurde auf 2 Ebenen die Eingrenzung des Fördergegenstandes vorgenommen: Zum einen wurde auf die Ergebnisse des Papiers „Definition und Abgrenzung der Versorgungsforschung“ Bezug genommen (vgl. **Übersicht 1**), zum anderen wurden zur Operationalisierung der notwendigen Eingrenzung des Fördergegenstandes als thematische Aggregationsebene sog. Themenfelder festgelegt. Konkreter Fördergegenstand sind demnach grundsätzlich nur Projekte, die Fragestellungen aus diesen Feldern bearbeiten. Die Eingrenzung auf Themenfelder ermöglicht es einerseits, die Projektmittel so einzusetzen, dass nachhaltige Impulse zur Weiterentwicklung der Versorgungsforschung möglich sind. Andererseits geben sie einen hinreichend flexiblen Rahmen vor, um ggf. auch kurzfristig aufkommende Fragestellungen in die Förderinitiative integrieren zu können.

Die von der Bundesärztekammer geförderte Versorgungsforschung wird sich nach der Beschlusslage des Deutschen Ärztetages auf die in **Übersicht 2** dargestellten 3 Themenfelder beziehen, die nach der Dringlichkeit der zugrunde liegenden Problematik und der Erfolgswahrscheinlichkeit ihrer Bearbeitung ausgewählt wurden.

Das Themenfeld „Einfluss der Ökonomisierung der stationären und ambulanten ärztlichen Leistung auf die Patientenversorgung und die Freiheit der ärztlichen Tätigkeit“ beinhaltet die Beobachtung und Evaluation der aus der Umstellung der Finanzierung von Gesundheitsleistungen resultierenden Veränderungen hinsichtlich der Versorgungsangebote, der Versorgungsinhalte und insbesondere der Versorgungsergebnisse und stellt damit eine der wesentlichen aktuellen Umstrukturierungen im deutschen Gesundheitswesen in den Focus der Förderinitiative.

Das Themenfeld „Implementierung von Leitlinien in den ärztlichen Alltag“ knüpft an ein wesentliches Element zur Qualitätssicherung ärztlicher Leistungen an, bietet breite Anknüpfungspunkte zur evidence based medicine und stellt den Transfer von Ergebnissen der Wissenschaft in die ärztliche Praxis in den Mittelpunkt der Betrachtungen. Der Praxisbezug der Versorgungsforschung wird durch die Wahl dieses Themenfeldes herausgestellt.

Schließlich bietet das Themenfeld „Physicians factor“ in besonderer Weise die Möglichkeit, die Beeinflussung der Behandlungsergebnisse durch arztseitige Faktoren (z. B. Berufszufriedenheit, nichtmonetäre und monetäre Leistungsanreize) zu untersuchen.

**Netzwerkbildung**

Die notwendige Weiterentwicklung und Anerkennung der Versorgungsforschung bedarf aus Sicht der Bundesärztekammer einer Förderstrategie, die über die Förderung einzelner Institutionen hinausgeht und dem interdisziplinären Ansatz der Versorgungsforschung gerecht wird. Die Bundesärztekammer wird daher auf die Bildung eines Netzwerkes hinarbeiten. Dies wird z. B. durch eine Einbindung geeigneter Kooperationspartner in die Förderinitiative erfolgen.

Angestrebt wird nicht nur ein Netzwerk qualitativ herausragender Forschergruppen, sondern vielmehr ein Netzwerk aus Forschergruppen, Forschungsförderern und Akteuren im Gesundheitswesen. Dies ist aufgrund des Forschungsgegenstandes der Versorgungsforschung not-

wendig. Da mit dem Gesundheitssystem selbst auch die Akteure dieses Systems in das Blickfeld der wissenschaftlichen Betrachtung rücken, liegt es nahe, diese in das Netzwerk einzubeziehen. So ist z. B. die Einbeziehung klinisch tätiger und niedergelassener Ärzte in die Netzwerkbildung angezeigt, um die Implementierung der Forschungsergebnisse als gutes ärztliches Handeln in die Versorgungsrealität zu ermöglichen.

Nach Meinung des Gesundheitspolitikers Kirschner [21] ist es wichtig, dass die Forscher näher an die konkreten Fragestellungen der Selbstverwaltung und der Gesundheitspolitik herangeführt werden. Die von der Bundesärztekammer angestrebte Netzwerkbildung könnte hierzu maßgeblich beitragen.

Nicht nur in Deutschland ist das Verhältnis der Ärzteschaft zur Gesundheitsökonomie und somit auch zur Versorgungsforschung von Unverständnis, Misstrauen und Ablehnung gekennzeichnet. Eine der tieferen Ursachen hierfür dürfte sein, dass im Mittelpunkt des ärztlichen Handelns nicht das gesellschaftliche Ganze, sondern das Individuum steht [22]. Eine Netzwerkbildung zwischen Forschern und klinisch tätigen Ärzten könnte den Informationsbedarf seitens der Ärzteschaft hinsichtlich des Verständnisses moderner Forschungsmethodik positiv beeinflussen.

Schließlich zwingt die Problematik der zu Verfügung stehenden Datenquellen zu einem Netzwerk zwischen Forschergruppen und Akteuren im Gesundheitssystem, da z. B. Gesetzliche Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen Halter wichtiger Routinedaten sind. Die Vertrauensstelle nach § 303 a-f SGB V bietet hierzu neue Möglichkeiten einer Netzwerkbildung.

### Methodischer Anspruch an die Versorgungsforschung

Versorgungsforschung kann nicht über eine einheitliche Methodik definiert werden [23]. Dennoch werden die methodischen Standards innerhalb der Versorgungsforschung von entscheidender Bedeutung für die Weiterentwicklung dieses Wissenschaftsfeldes sein. Im Rahmen der Förderinitiative soll zu deren Weiterentwicklung

Tabelle 1

Projektarten des vom 108. Deutschen Ärztetag beschlossenen Rahmenkonzepts zur Förderung der Versorgungsforschung		
	Maximale Förderdauer	Maximale Fördersumme
I. „Normale“ Projekte in Themenfeldern	3 Jahre	200.000 EUR
II. Querschnittprojekte (z. B. int. Vergleich, „Jahrbuch Versorgungsforschung“)	2 Jahre	50.000 EUR
III. Kleine Einzelprojekte/Kurzgutachten/Expertisen	1 Jahr	10.000 EUR Ggf. Vorgabe eines Jahresbudgets
i) Zu spezifischen aktuellen Themen		
ii) Zur Vorbereitung neuer Themenfelder		

*Die Förderinitiative der Bundesärztekammer zur Versorgungsforschung ist als Forschungs- und Entwicklungsprojekt nach § 100 Abs. 2 n) GWB zu bewerten und unterliegt folglich nicht dem Vergaberecht.*

beitragen werden. Dem Anspruch der Bundesärztekammer entsprechend, werden nur Projekte von hoher methodischer Qualität gefördert werden.

### Erschließung und Aufbereitung von Datenquellen

Die Bewertung der versorgungsrelevanten Informationen der verfügbaren Datenquellen hängt von der zu bearbeitenden Fragestellung ab. Im Rahmen der Projektvergabe durch die Bundesärztekammer wird daher eine Bestandsaufnahme der verfügbaren Datenquellen auch einhergehen müssen mit einer Defizitanalyse sowie ggf. dem Vorschlag zur Aufnahme zusätzlicher Parameter in regulär laufende Datenerhebungen oder dem Akzeptieren der Notwendigkeit neuer Datenerhebungen. Auf die praktikable Erschließung von Daten über niedergelassene Ärzte wird großer Wert gelegt werden, da bei diesen Daten eine größtmögliche Nähe zur Alltagssituation zu vermuten ist. Grundsätzlich ist nach Kurth die Nutzung von Vorhandenem in Kombination mit zusätzlich erforderlichen, dabei sorgfältig auf die Fragestellung ausgerichteten Datenerhebungen zu empfehlen [24].

### Implementierte Strukturen

Als entscheidendes Steuergremium wurde eine Ständige Koordinationsgruppe Versorgungsforschung (SKV) berufen, die eine Konkretisierung der Themenfelder des Rahmenkonzepts sowie die Aus-

wahl, Begleitung und Erfolgskontrolle der einzelnen Förderprojekte näher zu bestimmen hat. Die Ständige Koordinationsgruppe Versorgungsforschung ist u. a. paritätisch mit Vertretern der Vertrags- und Klinikärzte besetzt. Auf ein möglichst unbürokratisches Verfahren zur Vergabe von Förderprojekten wird großen Wert gelegt.

### Projektarten

Das Rahmenkonzept sieht 3 unterschiedliche Typen von Projekten vor. Neben Hauptprojekten mit einer Förderdauer von bis zu 3 Jahren (Typ-I-Projekte) sollen auch Querschnittsaufgaben bearbeitet werden (Typ-II-Projekte) und soll zusätzlich z. B. durch Kurzgutachten und Expertisen (Typ-III-Projekte) flexibel und kurzfristig auf aktuelle Entwicklungen reagiert werden. Die Charakteristika der einzelnen Projektarten sind in **■ Tabelle 1** dargestellt.

### Projektelevaluation

Das Rahmenkonzept sieht die Einsetzung eines Berichterstatters (Projektpaten), der laufend vom Projektleiter über den Projektverlauf zu informieren ist und gegenüber der SKV als Ansprechpartner dient, für alle Typ-I-Projekte vor. Eine projektbegleitende Qualitätssicherung wird integraler Bestandteil der Förderinitiative sein. Dies wird sich auch in Regelungen zur Veröffentlichung aller Ergebnisse in renommierten Publikationsmedien widerspiegeln.

## Ausblick

Die Vergabe von Forschungsprojekten vom Typ I erfolgt über ein 2-stufiges Verfahren: Nach einer Aufforderung zur Einreichung von Projektskizzen im September 2005 wurden ausgewählte Antragsteller zur Einreichung von ausführlichen Förderanträgen aufgefordert. Die geförderten Forschungsprojekte sollen im zweiten Quartal 2006 beginnen.

Der aktuelle Sachstand zur Förderinitiative der Bundesärztekammer ist abrufbar unter <http://www.baek.de> (Themen A-Z: Versorgungsforschung). Unter dieser Rubrik finden sich auch alle zitierten Arbeitsergebnisse der Gremien der Bundesärztekammer.

## Korrespondierender Autor

Dr. F. Bäslar

Dezernat VI, Bundesärztekammer,  
Herbert-Lewin-Platz 1, 10623 Berlin  
E-Mail: [Frieder.Baessler@baek.de](mailto:Frieder.Baessler@baek.de)

## Literatur

- Pfaff H (2003) Versorgungsforschung – Begriffsbestimmung, Gegenstand und Aufgaben. In: Pfaff H, Schrappe M, Lauterbach KW et al. (Hrsg) Gesundheitsversorgung und Disease Management – Grundlagen und Anwendung der Versorgungsforschung, 1. Aufl. Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle, S 13–23
- Koch U (2003) Versorgungsforschung tut not. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 46:623–624
- Badura B, Schaeffer D, v. Troschke J (2001) Versorgungsforschung in Deutschland – Fragestellungen und Förderbedarf. Z Gesundheitswesen 4:294–311
- Stellungnahme der Ärztlichen Zentralstellung Qualitätssicherung vom 8.9.2000 im Auftrag von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung zur Anfrage des Sachverständigenrats für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. <http://www.versorgungsforschung.net> (Zugriff 8.8.2005)
- Deutsche Forschungsgemeinschaft (1995) Gesundheitssystemforschung in Deutschland. Schwartz FW, Badura B, Blanke B, Henke K-D, Koch U, Müller R (Hrsg) Denkschrift. VCH, Weinheim
- Deutsche Forschungsgemeinschaft (1999) Klinische Forschung. Meyer zum Büschenfelde et al. (Hrsg) Denkschrift. Wiley-VCH, Weinheim
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Gutachten 2000/2001: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden 2002 (vgl. <http://www.svr-gesundheit.de>).
- Scherbaum WA, Hauner H (2003) Versorgung von Menschen mit Diabetes in Deutschland – wo stehen wir heute? Dtsch Med Wochenschr 128:1159–1160
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Sondergutachten 1995 Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden (vgl. <http://www.svr-gesundheit.de>)
- Crombie IK, Davies HTO (1997) Research in Health Care. Design, conduct and interpretation of Health Services Research. 2. Aufl. John Wiley, Chichester
- Versorgungsforschung (2005) Ergebnisse der gemeinsamen Förderung durch das BMBF und die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen. Broschüre BMBF und BKK Bundesverband Bonn, Berlin
- Memorandum zur Versorgungsforschung in Deutschland, Situation – Handlungsbedarf – Strategien (2004) Dtsch Med Wochenschr 129(14):771–773 (vgl. <http://www.dkvf.de>)
- Scriba PC (2005) Versorgungsforschung – Ärztliche Kompetenz. Dtsch Med Wochenschr 130:1577–1578
- Häussler B, v. Zahn J (2003) Umfang invasiver reproduktionsmedizinischer Eingriffe in Deutschland als Gegenstand der Versorgungsforschung. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 46:655–658
- Kurth BM, Ziese T, Tiemann F (2005) Gesundheitsmonitoring auf Bundesebene. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 48:261–272
- Rothwell PM (2005) External validity of randomised controlled trials: „To whom do results of this trial apply?“. Lancet 365:82–93
- Gawlik C, Gibis B (2000) EbM in der Gesundheitsversorgung. In: Kunz R, Ollenschläger G, Raspe H et al. (Hrsg) Lehrbuch evidenzbasierte Medizin in Klinik und Praxis. Deutscher Ärzteverlag, Köln, S 349–358
- Sackett D, Rosenberg WMC, Muir Gray JA et al. (1996) Evidence-based medicine: what it is and what it isn't. BMJ 312:71–72
- Geraedts M (2004) Evidenz zur Ableitung von Mindestmengen in der Medizin. <http://www.bundesaeztekammer.de/30/Qualitaetsicherung/55Externe/ZZGutachten.pdf> (Zugriff 8.8.2005)
- Streuff R, Selbmann HK (2003) Probleme der Qualitätsbeurteilung im Versorgungsalltag am Beispiel einer Studie zur Qualitätskontrolle in der ambulanten bildgebenden Diagnostik. Gesundheitsökonomie Qualitätsmanagement 8:253–269
- Kirschner K (2001) Mängel in der Versorgung. Versorgungsforschung – Brücke zwischen medizinischem Qualitätsanspruch und Finanzierungsfrage. Gesellschaftspolitische Kommentare (gpk) 1:6–11
- Fuchs C (2003) Aufgaben der Versorgungsforschung aus Sicht der Ärzteschaft. In: Pfaff H, Schrappe M, Lauterbach KW et al. (Hrsg) Gesundheitsversorgung und Disease Management – Grundlagen und Anwendung der Versorgungsforschung, 1. Aufl. Hans Huber, Bern Göttingen Toronto Seattle, S 47–52
- Schäfer T, Gericke CA, Busse R (2005) Health Services Research. In: Ahrens W, Pigeot I (Hrsg) Handbook of epidemiology. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo, pp 1473–1539
- Kurth BM (2005) Braucht Versorgungsforschung (neue) Daten? Vortrag auf dem 108. Deutschen Ärztetag 2005. <http://www.bundesaeztekammer.de> (Zugriff 8.8.2005)