



## Arbeitskreis „Versorgungsforschung“ beim Wissenschaftlichen Beirat

# Rahmenkonzept zur Förderung der Versorgungsforschung durch die Bundesärztekammer

[am 17.12.2004 vom Vorstand der Bundesärztekammer verabschiedet]

## I Präambel

Die heutigen Zielsetzungen im Gesundheitssystem – hohe Qualität, Kosteneffektivität und Sicherung des faktisch chancengleichen Zugangs für alle zu Gesundheitsleistungen – implizieren Zielkonflikte mit erheblichen Anforderungen an das Gesundheitswesen. Insbesondere die Rahmenbedingung steigender Kosten stagnierender oder sinkender Einnahmen in einer alternden Gesellschaft mit zunehmendem Anstieg von Multimorbidität und chronischen Krankheiten verursacht dringenden und dauerhaften Handlungsbedarf.<sup>1</sup> Erfahrungsgemäß tragen medizinische und technische Innovationen nicht nur zur Qualitätssteigerung in der medizinischen Versorgung, sondern oftmals auch zur Ausgabensteigerung bei. Dabei behält die Forderung in Deutschland gesundheitspolitische Priorität, Zugang zu qualitativ hochwertiger Versorgung für die gesamte Bevölkerung zu gewährleisten.

Um diese konfliktären Zielsetzungen zu lösen, unterwirft die Gesundheitspolitik das Gesundheitswesen fortlaufender und grundlegender struktureller Änderungen. Diese Änderungen haben neben partiell positiven u. U. auch erhebliche negative Implikationen für die Arbeitsweise, die Arbeitszufriedenheit und die Leistungsfähigkeit von Ärzten und anderen Gesundheitsberufen, für die Qualität der medizinischen und pflegerischen Versorgung und die Patientenzufriedenheit. Damit soll die Notwendigkeit wissenschaftlich und praktisch gut begründeter Steuerungseffekte in das Gesundheitswesen keinesfalls grundsätzlich verneint werden, aber in der aktuellen Gesundheitspolitik beruhen die diesen Eingriffen und Änderungen zu Grunde liegenden Analysen und Bewertungen der medizinischen Versorgungslage häufig auf unzureichenden wissenschaftlichen Grundlagen<sup>2</sup>. Dies kann zu

---

<sup>1</sup> Vgl. Thorpe, K.E. / Florence, C.S. / Joski, P.: Which Medical Conditions Account for the Rise in Health Care Spending? In: Health Affairs, Web Exclusive, W4, 2004, S. 437-445

<sup>2</sup> Mit dem Gutachten des *Sachverständigenrats für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen* von 2000 / 2001 ist die höchst unbefriedigende Datenlage hinsichtlich des Versorgungsgeschehens offenkundig geworden. Die Datenlage lässt z. B. kaum seriöse wissenschaftliche Aussagen über die von politischer Seite konstatierte „Über-, Unter- und Fehlversorgung“ im deutschen Gesundheitswesen zu.

Fehlentscheidungen in der strukturellen Ausgestaltung des Gesundheitswesens führen. Der Aufbau einer umfassenden und wissenschaftlich belastbaren Versorgungsforschung in Deutschland als Ausgangspunkt für die Konzeption und Implementierung struktureller Veränderungen ist daher von entscheidender Bedeutung.

Mit dieser Förderinitiative soll den die medizinische Versorgungslage der Bevölkerung und die ärztliche Berufszufriedenheit negativ beeinflussenden Tendenzen entgegen gewirkt und sollen die Potenziale einer verbesserten Patientenversorgung und ärztlicher Berufsausübung gestärkt werden. Der Deutsche Ärztetag hat dies mehrfach gefordert und die Bereitschaft erklärt, sich am Aufbau einer wissenschaftlich fundierten Versorgungsforschung in Deutschland zu beteiligen, die sowohl internationale Vergleiche als auch die Evaluation aller innovativen Maßnahmen zur Steuerung und Finanzierung einschließt. Die Bündelung unabhängigen wissenschaftlichen Sachverständigen in einem Netzwerk soll dazu beitragen, die Kompetenz und das Wissen der in Praxis und Wissenschaft tätigen Ärzteschaft im Bereich der Versorgungsforschung zur Geltung zu bringen.

Die vielfältigen Probleme der Kranken- und Gesundheitsversorgung verlangen die interdisziplinäre Entwicklung, Weiterentwicklung, Erprobung und Bewertung tragfähiger Problemlösungen. Die Kernaufgabe ist der Transfer von medizinischen, biotechnischen oder psychosozialen Erkenntnisfortschritten in die Versorgungspraxis und die Überprüfung von klinischen, nichtklinischen, ggf. auch ökonomischen Effekten neuer oder „etablierter“ Verfahren, Technologien oder Versorgungsformen unter Alltagsbedingungen. Wesentliche interdisziplinäre Schritte dieses wissenschaftlichen Evaluationsprozesses werden heute unter dem Begriff der „Versorgungsforschung“ zusammengefasst. Diese gewinnt in der öffentlichen und in der privat finanzierten Forschungsförderung zunehmend an Bedeutung, obwohl der Begriff und ihre Gegenstände bislang sehr variabel und weit gefasst sind. Vor diesem Hintergrund erscheint für eine erfolgsversprechende wissenschaftliche Bearbeitung neben einer definitorischen Eingrenzung<sup>3</sup> eine Einengung auf kurz- und mittelfristig erfolgreich zu bearbeitende Themenfelder sinnvoll.

Sowohl Ärzten als auch Ökonomen dient eine evidenz-basierte Versorgungsforschung als Entscheidungsgrundlage und Leitfaden, um medizinisch effektiv und ökonomisch effizient handeln zu können. Dabei muss bei zunehmender Mittelknappheit die Wahl nicht nur

---

<sup>3</sup> Siehe Papier „Definition und Abgrenzung der Versorgungsforschung“ des Arbeitskreises (**Anlage**)

zwischen alternativen Behandlungssystemen bei klinischen Behandlungsanlässen, sondern auch zwischen den Behandlungsanlässen selbst getroffen werden (Priorisierung). Das wichtigste Ziel eines Gesundheitssystems sollte dabei jedoch in der gerechten und medizinisch sachgerechten Behandlung aller Bevölkerungsgruppen gesehen werden.

Es stellt sich zukünftig die Kernfrage, welche Veränderungen in der institutionellen Struktur die Funktionsfähigkeit des gesamten Gesundheitssystems oder seiner wesentlichen Teile tatsächlich verbessern und wie diese Veränderungen erfolgreich in den Kontext eines Gesundheitssystems implementiert werden können.<sup>4</sup>

Unter der Zielvorstellung, die Sozialsysteme unter Berücksichtigung von Solidarität, Subsidiarität, Verantwortung und Gerechtigkeit weiter zu entwickeln, strebt die Bundesärztekammer eine offene und rational belastbare gesellschaftliche Debatte über das an, was auch zukünftig als gute medizinische Versorgung gelten kann. Dies ist angesichts der Diskussion um eine nicht transparente Rationierung von Versorgungsleistungen von besonderer Bedeutung. Auch hierzu werden Voraussetzungen durch die Versorgungsforschung geschaffen. Ziel des Deutschen Ärztetages ist es daher, Impulse für die angemessene Entwicklung und Weiterentwicklung der Versorgungsforschung zu geben.

In einem ersten Schritt konstituierte sich hierzu im Juni 2004 ein Arbeitskreis „Versorgungsforschung“ beim Wissenschaftlichen Beirat, der das folgende Konzept zur Förderung der Versorgungsforschung durch die Bundesärztekammer vorlegte.

Als initiale Themenfelder für eine erste Konkretisierung des Förderprojektes sind

- die Implementierung von Leitlinien in den ärztlichen Alltag (vgl. Abschnitt II),
- der Einfluss der Ökonomisierung der stationären und ambulanten ärztlichen Leistung auf die Patientenversorgung und die Freiheit der ärztlichen Tätigkeit (vgl. Abschnitt III) und
- der *physician factor* (vgl. Abschnitt IV)

ausgewählt worden.

---

<sup>4</sup> Groenewegen P, Workshop 21: Future directions for health systems research, European Journal of Public Health 2003, 13 (4): 34

## II Implementierung von Leitlinien in den ärztlichen Alltag

(Berichtersteller: Prof. Dr. H.K. Selbmann und Prof. Dr. A. Encke)

### Problemaufriss / Gründe für die Priorisierung

Behandlungsleitlinien sind systematisch entwickelte Aussagen, die den gegenwärtigen Erkenntnisstand wiedergeben und den behandelnden Ärzten und ihren Patienten die Entscheidungsfindung für eine angemessene Behandlung spezifischer Krankheitssituationen erleichtern. Sie stellen damit eine Quelle von aktuellem externem Wissen dar, aus der der Arzt bei der Behandlung eines Patienten schöpfen kann. Dieses Wissen muss der Arzt im Sinne der evidenzbasierten Medizin in Gleichklang mit seinem eigenen Können und den Bedürfnissen des Patienten bringen und dann entsprechend handeln. Leitlinien müssen nicht immer den gesamten Krankheitsverlauf (von der Prävention bis zur Rehabilitation) umfassen. Die kleinste Leitlinie besteht aus nur einer Entscheidungshilfe für eine bestimmte klinische Frage. Auch für diese kleinen Bausteine gilt das Folgende.

Auf ihrem Weg vom Entwurf auf einer überregionalen Ebene bis zu ihrer Modifikation oder ihrer Rücknahme durchlaufen Leitlinien fünf Lebensphasen:

1. Entwurf  
Auswahl der Behandlungssituation, systematisches Review des externen Wissens (Literatur) und der Erfahrungen, Konsensherstellung, Methodenreport
2. Kritische Bewertung und Entscheidung über Einführung  
Beurteilung der Stärke der Evidenz (interne Validität) und der Erfahrungen, der Machbarkeit und der Anwendbarkeit auf die Zielpatienten, Schätzung der Kosteneffektivität, Festlegen der Verbindlichkeit, der Verantwortung und der Finanzierung
3. Verbreitung  
Konzertierte Aktion der Medien, Integration in die Aus-, Weiter- und Fortbildungsprogramme
4. Implementierung  
Anpassen der Leitlinie, Einführungsplanung, Monitoring des Einsatzes der Leitlinie in der Routine mit Qualitätsindikatoren, Evaluierung der Effektivität (externe Validität) und der Effizienz
5. Fortschreibung  
Überwachung der Notwendigkeit der Überarbeitung oder der Rücknahme.

Erst nach der Implementierung in den ärztlichen Alltag kann der Nutzen einer Leitlinie zum Tragen kommen. Das bedeutet, dass die Implementierung ganz wesentlich über den Nutzen einer Leitlinie entscheidet. Ihre externe Evaluierung schließt immer sowohl die Leitlinien-Qualität als auch die Leitlinien-Implementierung mit ein. Daher kann es sein, dass eine sehr gut implementierte, aber in der Qualität mäßige Leitlinie zu einem höheren Nutzen für Patient, Arzt oder System führt als eine qualitativ exzellente, die nur mit mäßigem Erfolg implementiert wurde. Die Entwicklung einer Leitlinie muss daher immer auch die Implementierungsmöglichkeiten im Blickfeld haben.

Während die Erstellung und die kritische Bewertung einer Leitlinie in den Händen von Fachgesellschaften, Trägern der Selbstverwaltung oder anderen Organisationen liegen, liegt die Verantwortung für die Verwendung der Leitlinie letztendlich beim behandelnden Arzt und seinem Patienten. Durch folgendes Prozedere kann dem Arzt und seinem Patienten die Implementierung und Verwendung der Leitlinie erleichtert werden:

- Feststellung des Bedarfs an einer Leitlinie in der Klinik oder Praxis
- Adaptierung einer überregionalen Leitlinie an die vorhandenen strukturellen und personellen Möglichkeiten
- Einführungsplanung (Barrierenanalyse, Anreize, Fortbildung, interner Qualitätszirkel, Zeit- und Aktivitätenplan)
- Bereitstellung der Leitlinie
  - (Erstellung von verschiedenen Leitlinien-Versionen, Behandlungspfade, Stationsbücher, *Guideline Server*)
- Integration der Leitlinie in die medizinische Dokumentation und das lokale Informationssystem
- Überwachung der Einhaltung und der Wirksamkeit der Leitlinie
  - (Monitoring von Indikatoren der Prozess- und Ergebnisqualität)
- Unterstützung bei der Verwendung der Leitlinie
  - (Erinnerung, wiederholte Fortbildung)
- Regelmäßige Fortschreibung der Leitlinie.

Nach Grol und Grimshaw (2003) sind bei der Implementierung von Leitlinien folgende Theorien und in Klammern Barrieren zu beachten:

- **Kognitive Theorie** (mangelndes Wissen, keine Selbsterfahrung)
- **Verhaltenstheorie** (falsche Anreize, Rückmeldungen und externe Stimuli)
- **Sozialtheorie** (fehlender sozialer Druck durch Führung oder Gruppe)
- **Verkaufstheorie** (unattraktive Vermarktung des Wissens und Handelns)

- **Organisationstheorie** (Systemfehler).

Dementsprechend muss eine Barrierenanalyse immer am Anfang jeder Leitlinienimplementierung stehen.

Grol und Grimshaw haben 2003 ein systematisches Review über 17 Maßnahmen zur Optimierung der Implementierung erstellt, das letztendlich die drei Klassen von Strategien einer internationalen Arbeitsgruppe unter der Federführung von Peter A. Gross (Leeds Castle Meeting 2001) bestätigt:

- **generell ineffektive Strategien**
  - passive Verbreitung von Informationen
  - Veranstaltungen mit Frontvorträgen
- **ab und zu effektive Strategien**
  - Audit und Rückmeldung mit Vergleichen
  - lokale Konsensusgruppe, Einbindung lokaler Meinungsbildner
  - Patientenbeteiligung
- **generell effektive Strategien**
  - Erinnerungshilfen z.B. durch Informationstechnologien
  - interaktive Fortbildung und Betreuung (Qualitätszirkel)
  - Besuche vor Ort
  - Kombinierte Strategie (Einbau ins Qualitätsmanagement).

Die Evidence-Lage ist hier – wie zu erwarten - nicht besonders hoch. Es fehlen vielfach gut geplante und gut durchgeführte Studien. Diese setzen bekanntlich eine nicht immer vorhandene Bereitschaft zum Experiment im ärztlichen Alltag voraus. Hinzu kommt, dass die Strategien in der Regel kulturelle Elemente enthalten, so dass eine Übertragung von Studienergebnissen aus den Niederlanden oder den USA auf deutsche Verhältnisse nicht immer und ohne weiteres möglich ist.

### **Inhalte von Versorgungsforschung in diesem Themenfeld**

Eine systematische Untersuchung von Implementierungsverfahren in Deutschland sollte bei der Präsentation der Leitlinie (Versionen für Ärzte, Patienten und Forscher; einzelne Leitlinie oder Leitlinienprogramme; elektronische und materielle Fassung etc.) beginnen und beim Nutzen für den Patienten und den Arzt (Verbesserung der Ergebnisqualität) enden. Als Zwischenstufen können der Erkenntnisgewinn bei Ärzten und Patienten, die gewonnene Bereitschaft zur Umsetzung bei beiden und die tatsächliche Verbesserung der

Prozessqualität dienen. Dass dazu geeignete Studiendesigns gehören versteht sich von selbst (Grimshaw et al. 2000)

U.a. stellen sich folgende Fragen:

- Welche Anforderungen stellen Patienten und Ärzte an die Verständlichkeit und Sicherheit von Leitlinien? Wie sind diese Anforderungen zu erfüllen?
- Welche Medienwege sind für die schnelle Verbreitung von Leitlinien am besten geeignet?
- Lassen sich Leitlinien problemlos in die Ausbildung von Ärzten integrieren?
- Sind die international erarbeiteten Strategien zur Leitlinien-Implementierung auf das deutsche Gesundheitswesen übertragbar?
- Sind Standards zur Integrierung von Leitlinien und Behandlungspfade in EDV-gestützte Informationssysteme denkbar?
- Gibt es einen Indikatorsatz pro Fachgebiet, mit dem die Verwendung von Leitlinien im ärztlichen Alltag beobachtet werden kann?
- Wie können alte Leitlinienversionen durch ihre fortgeschriebenen Versionen schnell ersetzt werden?

Durch das richtig gewählte Implementierungsverfahren

- wird das Wirkungspotenzial einer Leitlinie erst richtig ausgeschöpft,
- erreichen die Inhalte der Leitlinien schneller die Entscheidungssituationen von Arzt und Patient,
- wird der Aufwand für den Arzt bei der Umsetzung der Leitlinie reduziert,
- erhöht sich die Transparenz für Arzt und Patient und
- vergrößert sich die Berufszufriedenheit beim Arzt.

### **III Einfluss der Ökonomisierung der stationären und ambulanten ärztlichen Leistung auf die Patientenversorgung und die Freiheit der ärztlichen Tätigkeit**

Aktuell: Fallpauschalierung (DRG), Stationersetzende Maßnahmen und ambulante Operationen, EBM

(Berichtersteller: Prof. Dr. med. N. Roeder, Universitätsklinikum Münster)

#### **Problemaufriss / Gründe für die Priorisierung des Themenfeldes**

Ökonomische Rahmenbedingungen haben unbestreitbar einen Einfluss auf die ärztliche Tätigkeit. Vor dem Hintergrund einer fortschreitenden Verknappung der Mittel der gesetzlichen Krankenversicherung und einer zunehmend restriktiven Definition der Notwendigkeit medizinischer Leistungen durch nichtärztliche Institutionen befindet sich Deutschland aktuell in einer Phase des kompletten Umbruchs der Finanzierung stationärer und ambulanter Gesundheitsleistungen.

Die Finanzierung von Krankenhausleistungen wird nach vielen Jahren der Kostendeckung und daran anschließenden mehreren Jahren der Budgetierung von einer vorwiegend verweildauerorientierten Leistungsfinanzierung auf eine fallorientierte pauschalierte Leistungsfinanzierung umgestellt. Gleichzeitig wird die Frage der stationären Behandlungsnotwendigkeit zunehmend enger als bisher definiert. Die unter der fallpauschalierten Vergütung zu erwartende Verkürzung der stationären Verweildauer wird zu einer stärkeren Nachfrage von vertragsärztlichen Leistungen führen, ohne dass bisher eine adäquate Anpassung der Finanzierung erfolgt ist (Leistungsverlagerung, *cost-shifting*).

Die „ambulante Öffnung“ der Krankenhäuser, die Einrichtung Medizinischer Versorgungszentren und die integrierte Versorgung stehen im Fokus der Gesundheitsreformgesetzgebung (Katalog ambulanter Operationen und stationersetzender Maßnahmen nach § 115 b SGB V, Änderungen im GMG (§ 95 SGB V, § 116 a und b SGB V, §§ 140 a ff. SGB V)) und werden die Schnittstelle zwischen vertragsärztlicher Versorgung und Krankenhausbehandlung nachhaltig beeinflussen. Auch die Umstellung der vertragsärztlichen Vergütung verbunden mit einer Reglementierung durch fachgebietsbezogene Regelleistungsvolumina werden als Einflussgrößen auf die Versorgung zu werten sein.

Die aktuell betriebene Umstellung der Vergütung von Krankenhausleistungen auf DRG-Fallpauschalen bildet den Einstieg in den politisch angestrebten durchgreifenden Umbau der Gesundheitsfinanzierung. Aus den oben genannten Gründen wird dies nicht nur die Rahmenbedingungen für die Menschlichkeit, die Qualität der Patientenversorgung, das



ärztliche Handeln und damit das ärztliche Selbstverständnis in der stationären Behandlung, sondern auch komplementäre Leistungsbereiche neu ordnen. Umso bedeutsamer wird es, durch das DRG-System gesetzte Anreize und Zwänge im Hinblick auf das Fallmanagement und die Behandlungsführung frühzeitig erkennen und aus ärztlicher Sicht bewerten sowie beantworten zu können. Hierzu bedarf es einer fundierten Versorgungsforschung, die mögliche Fehlentwicklungen und diesbezügliche Lösungsansätze anhand belastbarer Daten nachweisen bzw. aufzeigen kann.

### **Inhalte von Versorgungsforschung in diesem Themenfeld**

Die durch die Fallpauschalierung zu erwartenden Verweildauerkürzungen und der erhebliche ökonomische Druck, der auf den Krankenhäusern lastet, wird zu Veränderungen der stationären Leistungsinhalte führen. Einerseits werden weniger komplexe Fälle gar nicht mehr vollstationär behandelt, andererseits werden sich die Behandlungsmuster bei den bisher und zukünftig vollstationär behandelten Patienten voraussichtlich an die neuen ökonomischen Rahmenbedingungen anpassen. In den meisten Fachgebieten wird nicht oder nur sehr wenig nach nationalen oder internationalen Leitlinien diagnostiziert und therapiert.

Veränderte Anreize können auch einen Einfluss auf das Verhalten der Beteiligten haben, weshalb insbesondere die Versorgung schädigende Fehlanreize im Fokus der Betrachtung liegen sollten.

Ob die zu erwartenden Veränderungen hinsichtlich der Verweildauer im Krankenhaus aber insbesondere auch hinsichtlich der Leistungsinhalte einen Einfluss auf die stationäre aber auch auf die sektorübergreifend betrachtete Versorgungsqualität haben, kann nur im Rahmen von sauberen Studien zur Versorgung (Versorgungsforschung) evaluiert werden. Notwendig wäre eigentlich eine differenzierte Bestandsaufnahme des Status quo vor Einführung der neuen Vergütungsformen gewesen. Diese hat nicht stattgefunden, weshalb eine solche wenigstens zum jetzigen Zeitpunkt des Beginns der Umstellung erfolgen sollte.

DRGs bilden derzeit mit sehr unterschiedlicher Homogenität lediglich den durchschnittlichen Behandlungsaufwand ab, ohne die Behandlungsinhalte sowie die Behandlungsprozesse und die erreichten Behandlungsziele (Ergebnisqualität) zu definieren. Sie bilden ab, „was derzeit in Deutschland von den verschiedensten Leistungserbringern gerade gemacht wird“. Jeder Leistungserbringer definiert für seine Leistungen eine gute Qualität, obwohl sich die Leistungsinhalte bei ähnlichen Erkrankungsbildern teilweise erheblich unterscheiden können. Eine Bewertung der verschiedenen Leistungsinhalte hinsichtlich der Notwendigkeit und des

Nutzens für den Patienten und ihrer indikationsgerechten Finanzierung steht bisher für die meisten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen aus. Die Beobachtung und Evaluation der aus der Umstellung der Finanzierung von Gesundheitsleistungen resultierenden Veränderungen hinsichtlich der Versorgungsangebote, der Versorgungsinhalte und insbesondere der Versorgungsergebnisse ist daher eine große Herausforderung für die Versorgungsforschung.

Es bestehen starke Interaktionen mit den beiden anderen priorisierten Themenschwerpunkten „**Arztzufriedenheit**“ und „**Leitlinien**“.

Mögliche Fragestellungen einer Versorgungsforschung in diesem Themenfeld wären:

1. Einfluss der Fallpauschalierung auf Art, Umfang und Qualität der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen und diagnostischen Tiefe: Status quo und Veränderung unter neuen ökonomischen Rahmenbedingungen (z.B. Rückgang inner- / extraklinischer Konsile, geringere Berücksichtigung der Multimorbidität, Ausgrenzung „schlechter Risiken“). (Kernfrage: Erhält der Patient noch die aus ärztlicher Sicht notwendige Diagnostik und Therapie? Wie ist medizinische Notwendigkeit zu definieren?).
2. Einfluss der Fallpauschalierung auf die Verschiebung von Leistungen vom stationären z. B. in den ambulanten Sektor (*cost shifting*).
3. Einfluss der Fallpauschalierung auf die hochspezialisierte Versorgung und die Versorgung komplexer Fälle.
4. Einfluss der Fallpauschalierung auf die Versorgung chronisch kranker Patienten unter besonderer Berücksichtigung der **sektorübergreifenden Behandlung** aber auch unter Berücksichtigung der neu zu definierenden Schnittstelle zwischen Akutbehandlung (Krankenhaus) und der Vor- und Nachbehandlung (z. B. Ambulante Behandlung, Rehabilitation).
5. Einfluss der veränderten Finanzierung auf die Implementierung des medizinischen Fortschritts (Innovation), z. B. Onkologie.
6. Einfluss der geänderten Rahmenbedingungen auf das regionale Versorgungsangebot
7. Auswirkungen auf die Patientenzufriedenheit, die ärztlichen Arbeitsbedingungen und die ärztliche Weiterbildung.

Die o. a. Veränderungen stellen die größte Herausforderung für die Leistungserbringer im deutschen Gesundheitswesen in der Nachkriegszeit dar. Die Qualität der Weiterentwicklung von Vergütungssystemen zur Finanzierung von Versorgungsleistungen im stationären und ambulanten Sektor unter Berücksichtigung der medizinischen Notwendigkeiten aus ärztlicher Sicht wird die ärztliche Tätigkeit im Krankenhaus und im vertragsärztlichen Bereich entscheidend beeinflussen. Eine Einflussnahme setzt in einem datengestützten fallpauschalierenden System wie dem DRG-System voraus, dass auf der Basis eigener Daten argumentiert werden kann.

Die derzeitige Diskussion findet jedoch vorwiegend noch auf der Ebene der nicht datengestützten Meinungsäußerung statt. Soll die Medizin zukünftig nicht vorwiegend ökonomisch dominiert werden („Preis- statt Qualitätswettbewerb“), müssen kurzfristig qualifizierte Untersuchungen zum Einfluss veränderter ökonomischer Rahmenbedingungen auf die Qualität und das Angebot der Versorgung durchgeführt werden. Nur dann wird die Ärzteschaft, vertreten durch die Bundesärztekammer, in die Lage versetzt, sich qualifiziert auf der Basis belastbarer Daten zu den o. a. Fragestellungen zu äußern und konkrete Lösungen aufzuzeigen.

## IV Physician factor

(Berichterstatter Prof. Dr. Schwartz und Frau Prof. Dr. Stoppe)

### Problemaufriss / Gründe für die Priorisierung

Arztseitige Faktoren (*job satisfaction*; nichtmonetäre neben monetären Incentives) sind maßgebliche Einflussfaktoren in der Versorgung, die sich als *physician factor* der patientenseitigen Einflussgröße (*patient factor*) gegenüberstellen lassen. Der *physician factor* hat in der bisherigen Versorgungsforschung zu wenig Aufmerksamkeit erfahren. Jüngste Studien zu diesem Thema zeigen, dass *job satisfaction* von Ärzten (analog anderer unmittelbar am Patienten arbeitender Gesundheitsberufe) nicht nur mit der Gesundheit und dem Wohlbefinden von Ärzten eng assoziiert ist (Ramirez et al. 1996), sondern auch mit der Patientenzufriedenheit (Haas et al. 2000) und mit der gesamten Behandlungsqualität (Kassirer, 1998). Es gibt Hinweise, dass im letzten Jahrzehnt die ärztliche *job satisfaction* abgenommen hat, dass die ständige Reorganisation der Versorgungssysteme und der hohe Druck auf Ärzte dabei eine Rolle spielen (Konrad et al. 1999; McMurray et al. 1997; Williams et al. 1999). *Job satisfaction* ist durch mindestens fünf Dimensionen (Bovier, Perneger 2003) charakterisiert, sie betreffen die:

1. **Patientenversorgung** (z.B. Wahrnehmung der Qualität der eigenen Versorgung, Kompetenzerleben, Autonomie, Beziehung zu den Patienten),
2. **Arbeitsbelastung** (z.B. das Stressniveau bei der Arbeit, das Ausmaß von Administration und verfügbare Zeit für Familie, Freunde oder Freizeit),
3. **Einkommen und Prestige** (z.B. Form und Höhe des derzeitigen Einkommens und damit verbundener sozialer Status),
4. **persönliche Befriedigung** (z.B. intellektuelle Stimulation durch die Arbeit) und
5. **professionelle Beziehungen** (z.B. professionelle Beziehungen zu Kollegen oder zu nicht-ärztlichen Teammitgliedern).

Dabei wird deutlich, dass eine ökonomische und gesundheitspolitische Steuerungstheorie, die nur von finanziellen Anreizen (*monetary incentives*) ausgeht, an der tatsächlichen Berufskultur der Ärzte vorbeizieht (Grumbach et al. 1998). Zu den Einflüssen bei der Patientenversorgung gehören neben kommunikativen Einflussgrößen auch geschlechts- und altersbezogene Einflüsse sowie sozialschichtabhängige Faktoren (Holstein, Hansen, Due 2004)

### Inhalte von Versorgungsforschung in diesem Themenfeld

Zu den genannten Dimensionen lassen sich beispielhaft Forschungsfragen formulieren bzw. bereits vorhandene empirische Befunde zusammenfassen:

So konnte gezeigt werden, dass subjektives Kompetenzerleben und nicht nur die objektive Kompetenz die Arzt- / Patientenbeziehung, die Patientenaufklärung und Behandlungsqualität beeinflussen. Auch ist die Überweisungsrate zum Spezialisten oder anderen Stellen davon abhängig (am Beispiel der Demenzversorgung: Cody et al. 2002; Turner et al. 2004, van Hout et al. 2000). Dies ist umso wichtiger, als subjektive und objektive Kompetenz oft nicht übereinstimmen und mehrheitlich das subjektive Kompetenzerleben die Fortbildungsaktivität steuert. Subjektive Einstellungen, auch Tabuisierungen, beeinflussen ebenfalls ärztliches Verhalten, z. B. gegenüber weiblichen oder alten oder depressiven Patienten, bei ethisch relevanten Fragestellungen zur Palliativmedizin oder bei latent negativen Behandlungseinstellungen im Alter (Riedel-Heller et al. 1999, Blank et al. 2001; Rosenblatt et al., Stoppe et al. 1999). Ob eine Beeinflussung von subjektivem Kompetenzerleben und Einstellungen durch (curriculäre) Bildung möglich ist, ist offen; entsprechende Studien (z. B. nach Katz 1990) sind veraltet.

Weitere, insbesondere durch gesundheitspolitische Veränderungsprozesse, ausgelöste wichtige Forschungsfragen sind:

1. Wie werden sich neue und wettbewerbsorientierte Versorgungsformen auf die arztseitigen Versorgungsmodalitäten, auf Autonomie und Kompetenzerleben auswirken? Wie wirken sich Interdisziplinarität und leitliniengestützte Medizin auf ärztliche Autonomie, Kompetenzerleben, auf die Beziehung zu Patienten und auf *job satisfaction* aus?
2. Lassen sich ein steigendes Stressniveau und ein Zusammenhang zur Versorgungsqualität darstellen? Welchen Einfluss haben in diesem Zusammenhang Modelle zu Überstundenregelungen?
3. Wie wird Ausmaß und Sinnhaftigkeit von Administration bewertet und lassen sich Beziehungen zwischen Administrationsaufwand und Versorgungsqualität darstellen?
4. Wie stark ist die tatsächliche Korrelation zwischen materiellen Anreizen und professioneller und sozialer Zufriedenheit, und welche Rolle spielt dabei die Stärke der Beziehung von materiellen Anreizen und Bezugsgrößen, wie z.B. Qualitätsmaße oder *utilization management*? Kann es zu einem „Verdrängungseffekt“ von intrinsischer durch extrinsische Motivation kommen, wenn eine Tätigkeit vorwiegend auf intrinsischer Motivation beruht und die externen z.B. monetären Anreize als einengend oder kompromittierend empfunden werden?
5. Wie wirken sich die wandelnden Stile von Kommunikation und Kooperation zwischen Medizinern und Management auf die *job satisfaction* aus?

## **V Durchführungplanung: zu implementierende Strukturen, Entscheidungsinstanzen, Entscheidungswege, Vorhabensbegleitung und Evaluation**

(Berichtersteller: Prof. Dr. Busse, modifiziert<sup>5</sup>)

Initiale Programmdauer: Sechs Jahre, mit Gesamtevaluation sowie ggf. Verlängerung durch den Deutschen Ärztetag nach fünf Jahren

### **Zu implementierende Strukturen**

Für die Dauer des Programms wird beim Vorstand des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer (WB) eine Ständige Koordinationsgruppe Versorgungsforschung (SKV) eingerichtet (Leitung: Vorsitzender des WB). Diese Koordinationsgruppe geht aus dem bisherigen Arbeitskreis Versorgungsforschung hervor und besteht aus den Federführenden der Unterarbeitsgruppen sowie den Berichterstattern zu den Abschnitten II bis V dieses Rahmenkonzepts. Eine enge Kooperation mit dem ÄZQ, dem ZI sowie der Arzneimittelkommission ist hierbei anzustreben.

Die Geschäftsführung der Ständigen Koordinationsgruppe Versorgungsforschung liegt bei der BÄK.

Die SKV führt die beiden bereits eingesetzten UAGs „Methoden der Versorgungsforschung“ und „Datenquellen für Versorgungsforschung“ fort. Das Ziel der ersten UAG liegt in der Schaffung methodischer Standards, die von den Projektnehmern zu berücksichtigen sind. Die zweite UAG soll eine Sammlung möglicher Datenquellen für die Projekte erstellen.

Nicht ständig, sondern lediglich bei Förderentscheidungen über Projekte vom Typ I (s.u.) – was voraussichtlich nur alle zwei bis drei Jahre der Fall sein wird – wird ein Begutachtungskomitee benötigt, dem sachkundige Experten angehören, die i.d.R. weder dem SKV angehören, noch selbst einen Antrag gestellt haben. I.d.R. wird hierbei auch an ausländische – bzw. im Ausland tätige – Hochschullehrer zu denken sein. Dem Begutachtungskomitee sitzt der Vorsitzende des Wissenschaftlichen Beirats vor.

---

<sup>5</sup> durch Beschluss des Vorstands der Bundesärztekammer vom 17.12.2004

### **Bestandteile und Ergebnisse des Programms**

Das Programm „Versorgungsforschung“ der BÄK muss als kohärentes Ganzes sichtbar werden und darf sich keinesfalls in der Förderung einzelner Projekte verlieren. Es soll außerdem sichergestellt werden, dass bereits nach relativ kurzer Dauer verwertbare (Einzel-)Ergebnisse vorliegen.

Diesem Zweck dienen folgende Maßnahmen:

1. Grundlage des Programms bilden die Themenfelder dieses Rahmenkonzepts, die nach ca. drei Jahren überprüft und ggf. angepasst werden.
2. Pro Themenfeld werden vom SKV im Einvernehmen mit dem Vorstand des WB spezifische Fragestellungen formuliert, die anschließend grundsätzlich auszuschreiben sind (gemäß des *policy-oriented research*-Vorgehens der EU im sechsten Rahmenprogramm). Darin sollen auf der Grundlage der Ergebnisse der UAGs „Methoden“ und „Datenquellen“ auch Auflagen zur Methodik und den Datenquellen vorgegeben werden.
3. Es werden drei unterschiedliche Typen von Projekten gefördert, um neben den relativ lange laufenden „normalen“ Projekten einerseits auch querschnittliche Aufgaben bearbeiten zu können und andererseits flexibel und kurzfristig auf aktuelle Entwicklungen reagieren zu können (Tabelle 1).
4. Neben der natürlich erfolgenden Publikation der Ergebnisse der einzelnen Projekte werden die Ergebnisse aller Projekte zusammengefasst, um sowohl dem Ärztetag und der Öffentlichkeit einen Überblick „zur Lage der Versorgungsforschung in Deutschland“ zu schaffen als auch durch das begleitende Aufzeigen von Lücken und weiterem Forschungsbedarf andere Förderer zu motivieren, sich bzgl. der Versorgungsforschung (stärker) zu engagieren.

**Tabelle 1: Projektarten**

	<b>max. Förderdauer</b>	<b>max. Förder-summe</b>	<b>Ausschreibung<sup>6</sup></b>	<b>Auswahl / Begutachtung</b>
I. „normale“ Projekte in Themenfeldern	3 Jahre	€ 200.000	Öffentlich oder beschränkt an mind. 5 Personen / Institutionen	Kompetitive Begutachtung unter Einbeziehung externer (auch internationaler) Gutachter
II. Querschnittprojekte (z.B. int. Vergleich, „Jahrbuch Versorgungsforschung“)	2 Jahre	€ 50.000	beschränkt	Begutachtung durch i.d.R. 2 Mitglieder des SKV oder des WB
III. kleine Einzelprojekte / Kurzgutachten / Expertisen i) zu spezifischen aktuellen Themen, ii) zur Vorbereitung neuer Themenfelder	1 Jahr	€ 10.000  ggf. Vorgabe eines Jahresbudgets	Nicht notwendig	Nicht notwendig

### **Entscheidungsinstanzen, -kompetenzen und -wege**

Entscheidungen hinsichtlich des Programms „Versorgungsforschung“ sollen zwar so schlank wie möglich gehalten werden und so basisnah wie möglich erfolgen, aber die Kompetenzen des Ärztetages und des Vorstandes der BÄK bzgl. Grundsatz- und Haushaltsangelegenheiten müssen gewahrt bleiben. Auch ist es existenziell, dass der WB in die Entscheidungswege eingebunden ist. Außerdem darf der Verdacht einer „Selbstbedienungsmentalität“ gar nicht erst aufkommen. Vor diesem Hintergrund gibt es fünf Entscheidungsinstanzen, deren Kompetenzen sich im Entscheidungsweg je nach inhaltlicher, zeitlicher und finanzieller Tragweite sowie möglicher persönlicher Betroffenheit unterscheiden.

Verkürzt gesagt obliegt dem Ärztetag die Kompetenz über die Einrichtung (sowie Fortführung) des Programms sowie den Haushalt. Der Vorstand der BÄK beauftragt die SKV und ihm obliegt die letztendliche Entscheidung über die Freigabe von Finanzen für Einzelprojekte – mit der Ausnahme von Typ III-Projekten, über die die SKV entscheidet. Für Typ I-Projekte ist eine öffentliche oder zumindest eine begrenzte Ausschreibung an (mindestens) fünf Personen / Institutionen notwendig, die grundsätzlich nicht der SKV angehören dürfen. Die Begutachtung erfolgt kompetitiv unter Hinzuziehung externer Experten im Begutachtungskomitee (s.o.). Die SKV fasst die positiven Voten zu einer Empfehlung über das gesamte zu fördernde Paket von Projekten zusammen und leitet es über den WB-Vorstand dem BÄK-Vorstand zu.

<sup>6</sup> Die Bundesärztekammer unterliegt als privatrechtlicher Verein nicht der EU-Vergaberichtlinie



Tabelle 2 fasst die Entscheidungswege für sechs Entscheidungskategorien zusammen.

**Tabelle 2: Entscheidungskompetenzen und -wege**

	Begutachtungs- komitee	SKV	WB Vorstand	BÄK- Vorstand	Ärztetag
Gesamtprogramm (mit initialen Themenfeldern gemäß Rahmenkon- zept)	-	-	P	V	B
Haushalt	-	-	-	V	B
Prüfung bisheriger und ggf. Festlegung neuer Schwerpunkte in 2007 oder 2008	-	E*	P	B	-
Förderung Projekte Typ I	P	E	P	B	-
Förderung Projekte Typ II	-	E	P	B	-
Förderung Projekte Typ III	-	E, B	P	W	-

B = Beschluss; E = empfehlende Vorlage; P = (notwendiges) positives Votum; V = Vorschlagsrecht; W = Widerspruchsrecht; \*z.B. auf Grundlage von Projekten vom Typ III

### **Vorhabensbegleitung und Evaluation**

Für jedes Projekt vom Typ I (ggf. auch für Typ II-Projekte) übernimmt ein Mitglied des SKV (oder evtl. des WB) die Funktion des Berichterstatters („Projekt-pate“), der laufend vom Projektleiter über den Projektverlauf zu informieren ist und gegenüber der SKV als Ansprechpartner dient. Die Projektleiter können von der SKV auch gebeten werden, direkt zu berichten bzw. allgemeine oder spezifische Qualitätsberichte, Zwischenauswertungen, Dokumentationen etc. zu erstellen.

Die Kriterien und Verfahren der Projektevaluation werden zum frühestmöglichen Zeitpunkt festgelegt und schriftlich fixiert. Wichtige Bestandteile der Evaluation sind das Operationshandbuch, regelmäßige Projektberichte und alle im Rahmen der projektbegleitenden Qualitätssicherung zusätzlich erstellten Dokumente, Berichte, schriftlichen Auswertungen etc. sowie der Projektabschlussbericht. Die Ergebnisse der Projekte müssen nach Vorab-Information des Wissenschaftlichen Beirats und des Vorstands der Bundesärztekammer in internationalen Zeitschriften mit *Peer-Review*-Verfahren und / oder in der (Fach-)Öffentlichkeit zugänglichen Medien (z.B. Dt. Ärzteblatt) veröffentlicht werden.

## Literatur

(beim Arbeitskreis)

### Mitglieder des Arbeitskreises:

Prof. Dr. med. R. **Busse**

Lehrstuhl Management im Gesundheitswesen, Technische Universität Berlin

Prof. Dr. med. B. **Häussler**

Geschäftsführer des Instituts für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH, Berlin

Prof. Dr. med. W. **Hoffmann**, MPH

Direktor des Instituts für Community Medicine (kollegiale Leitung mit Prof. Dr. phil. Th. Kohlmann), Leiter der Abteilung Versorgungsepidemiologie und Community Health, Ernst-Moritz-Arndt Universität Greifswald

Prof. Dr. med. M. M. **Kochen**

Direktor der Abteilung Allgemeinmedizin, Universität Göttingen

Prof. Dr. med. H. **Kunath**

Medizinische Akademie, Institut für Med. Informatik und Biometrie, Technische Universität Dresden

Frau Prof. Dr. med. B.-M. **Kurth**

Leiterin der Abteilung f. Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung, Robert-Koch-Institut Berlin

Prof. Dr. phil. H. **Pfaff**

Leiter d. Abteilung Medizinische Soziologie, Institut und Poliklinik für Arbeits- und Sozialmedizin, Universität zu Köln

Prof. Dr. med. Dr. phil. H. H. **Raspe**

Direktor des Instituts für Sozialmedizin des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein (Campus Lübeck)

Prof. Dr. med. N. **Roeder**

Leiter des Medizincontrollings des klinischen Vorstands, Universitätsklinikum Münster

Prof. Dr. med. J. **Schölmerich**

Direktor der Klinik und Poliklinik für Innere Medizin I, Universität Regensburg

Prof. Dr. med. F. W. **Schwartz (Vorsitzender)**

Direktor der Abteilung für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Medizinische Hochschule Hannover

Frau Prof. Dr. med. G. **Stoppe**,

Leiterin des Bereichs Allgemeine Psychiatrie, Psychiatrische Universitätsklinik Basel

**von der AWMF entsandte Mitglieder:**

Prof. Dr. med. W. **Gaebel**

Direktor der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universität Düsseldorf

Prof. Dr. rer. nat. Ch. **Ohmann**

Wissenschaftlicher Leiter des Koordinierungszentrums für Klinische Studien, Universität Düsseldorf

Prof. Dr. rer. biol. hum. Dipl.-Math. H.-K. **Selbmann**

Geschäftsführender Direktor des Instituts für Medizinische Informationsverarbeitung, Universität Tübingen

Prof. Dr. med. J. v. **Troschke**

Leiter der Abteilung für Medizinische Soziologie, Universität Freiburg

**Ständige Gäste bzw. BÄK-nahe Begleiter:**

Prof. Dr. med. Dr. hc. J.-D. **Hoppe**

Präsident der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages

Prof. Dr. med. habil. J. **Schulze**

Präsident der Sächsischen Landesärztekammer

Prof. Dr. med. Dr. h. c. Peter C. **Scriba**

Vorsitzender des Wissenschaftlichen Beirats bei der Bundesärztekammer

Prof. Dr. med. A. **Encke**

Präsident der AWMF

Prof. Dr. med. C. **Fuchs**

Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer

Prof. Dr. med. G. **Ollenschläger**

Geschäftsführer Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin

Prof. Dr. med. B. **Müller-Oerlinghausen**

Vorsitzender der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft