



Argumente zur Förderung der Versorgungsforschung durch die Bundesärztekammer

- Fragen und Antworten -

Ergänzung zum Rahmenkonzept
(i. d. F. v. 17.12.2004)

I Bedeutung für die Ärzteschaft

1. Was ist Versorgungsforschung?

Versorgungsforschung ist die wissenschaftliche Untersuchung der Versorgung von Einzelnen und der Bevölkerung mit gesundheitsrelevanten Dienstleistungen und Produkten unter Alltagsbedingungen. Dazu studiert die Versorgungsforschung wie Finanzierungssysteme, soziale und individuelle Faktoren, Organisationsstrukturen und –prozesse und Gesundheitstechnologien den Zugang der Patienten und Versicherten zur Kranken- und Gesundheitsversorgung sowie deren Ergebnisse (outcome), Qualität und Kosten beeinflussen.

Gegenstand der Versorgungsforschung ist die „letzte Meile“ des Gesundheitssystems, d. h. sie zeichnet sich durch ihre besondere Nähe zur klinisch praktischen Patientenversorgung der ärztlichen Tätigkeit aus (vgl. auch Papier „Definition und Abgrenzung der Versorgungsforschung, **Anlage 2**).

2. Warum sollte die Bundesärztekammer die Versorgungsforschung fördern?

Mit dem Gutachten des *Sachverständigenrats für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen* von 2000 / 2001 ist die generell sehr unbefriedigende Datenlage hinsichtlich des Versorgungsgeschehens exemplarisch offenkundig geworden. Die Datenlage lässt zu wenig seriöse wissenschaftliche Aussagen über das von politischer Seite aufgegriffene Thema „Über-, Unter- und Fehlversorgung“ als angebliches Kennzeichen des deutschen Gesundheitswesens zu, nach der eine qualitativ gute (Normal-)versorgung nicht zu existieren scheint.

Gleichzeitig wird von verschiedenen Seiten in Veröffentlichungen eine vermeintliche schlechte Qualität des deutschen Gesundheitswesens sowie der ärztlichen Berufsausübung behauptet.

Beispielhaft hierzu seien die folgenden Äußerungen genannt:

- „Gemessen am Notwendigen sind 62 Prozent aller Kliniken in Deutschland entbehrlich.“ „Was heute als Ärztemangel gilt, ist, abgesehen von ländlichen Regionen im Osten, Zeichen von Überkapazitäten.“ (Focus vom 29. Juli 2002)
[Benchmarking in Bezug auf die Bettenkapazität pro Einwohner in Europa, USA, Kanada und Australien]
- „Jedes Jahr werden in Deutschland irrtümlich rund 100 000 Frauen in Deutschland wegen Brustkrebs operiert, obwohl sie gar keinen Tumor haben.“ (Focus-online vom 15.08.2002)
[Primärquelle Gutachten Sachverständigenrat 2000/2001 zitiert eine Schätzung nicht notwendiger Biopsien nach Koubenec, in dem o.g. Artikel wird aus der Schätzung eine Tatsachendarstellung, aus Biopsien werden Operationen. Aus wissenschaftlicher Sicht wäre die Wechselwirkung von Sensitivität und Spezifität einer diagnostischen Prozedur zu berücksichtigen, außerdem ist zu diskutieren, dass nach den Daten der *International Cancer Agency* in Lyon die langfristigen Heilungsergebnisse für Mammakarzinompatientinnen in Deutschland besser als in anderen europäischen Ländern sind]
- „Jede zweite ambulante Röntgenuntersuchung ist technisch nicht in Ordnung. Rund ein Drittel der bildgebenden Diagnostik ist überflüssig.“ (Pressemitteilung BMGS vom 21.11.2002 zur Studie „Qualität in der ambulanten bildgebenden Diagnostik“ der Universität Köln, November 2002)
[Die Verallgemeinerung der Studienergebnisse wird auf Grund der Auswahl der beteiligten Hausärzte, Patienten und radiologisch tätigen Ärzten hinterfragt. Für die nachträgliche Bewertung der Notwendigkeit der Durchführung bildgebender Verfahren sind vorher keine Kriterien definiert worden. Dies führte z. T. zu erheblichen Differenzen in der Beurteilung durch die Gutachter und zeigt deshalb kein objektives Bild der Versorgungssituation auf. (Zur methodischen Kritik im Detail: R. Streuf, H.K. Selbmann "Probleme der Qualitätsbeurteilung im Versorgungsalltag am Beispiel einer Studie zur Qualitätskontrolle in der ambulanten bildgebenden Diagnostik", Zeitschrift *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement* 2003, S. 253-259).]

Auch in einem Ranking der WHO 2000 wurde Deutschlands Gesundheitswesen aufgrund einer wissenschaftlich nicht haltbaren Methodik auf Platz 25 hinter Malta, Portugal, Griechenland, Oman und Kolumbien eingestuft.



Diese Form der unberechtigt schlechten Darstellung ärztlicher Berufsausübung hat zum gegenwärtigen Zeitpunkt besonders negative Konsequenzen, da die Gesundheitspolitik vor dem Hintergrund steigender Kosten, stagnierender oder sinkender Einnahmen der Sozialversicherungen und zunehmendem Anstieg von Multimorbidität das Gesundheitswesen fortlaufend grundlegender struktureller Änderungen unterwirft. Dies mündet in einer vielfach nicht zuvor offengelegten Absenkung des Standards der medizinischen Versorgung und hat erhebliche negative Implikationen für die Arbeitsweise, die Arbeitszufriedenheit und die Leistungsfähigkeit von Ärzten. Die Position der Ärzteschaft muss in der aktuellen Phase des Umbruchs besonders zum Ausdruck gebracht werden.

Eine Grundlage hierzu kann mittels der Versorgungsforschung gelegt werden.

Die Bündelung unabhängigen wissenschaftlichen Sachverständigen in einem Netzwerk soll dazu beitragen, die Kompetenz und das Wissen der in Praxis und Wissenschaft tätigen Ärzteschaft seriös und öffentlich wahrnehmbar zur Geltung zu bringen.

Damit wird die Ärzteschaft in die Lage versetzt, sich qualifiziert auf der Basis belastbarer Daten bzw. qualifizierter Untersuchungen zu den gesundheitspolitischen Themen zu äußern und konkrete Lösungen mit der Zielsetzung einer verbesserten Patientenversorgung und ärztlicher Berufsausübung aufzuzeigen. Die Förderinitiative verfolgt damit auch das Ziel, die Arbeitszufriedenheit von Ärzten im ambulanten und stationären Sektor zu verbessern.

3. Welcher spürbare Mehrwert entsteht für die Vertrags- und Krankenhausärzte?

Das deutsche Gesundheitswesen befindet sich aktuell in einer Phase des Umbruchs der Finanzierung stationärer und ambulanter Versorgungsleistungen. Diese Zusammenhänge systematisch zu erforschen, ist im Bereich der Krankenversorgung nur über den Ansatz der Versorgungsforschung möglich. Ein spürbarer Mehrwert der Versorgungsforschung liegt also in der bereichsübergreifenden Erforschung von Versorgungszusammenhängen, der Integration unterschiedlicher Sichtweisen und Analyseebenen, und einer empirisch abgesicherten Folgenabschätzung von Eingriffen in das Versorgungsgeschehen.

So werden z. B. die durch die Fallpauschalierung zu erwartenden Verkürzung der stationären Verweildauer und der erhebliche ökonomische Druck, der auf den Krankenhäusern lastet, zu Veränderungen des Umfangs der diagnostischen und therapeutischen Leistungen im Krankenhaus führen – mit entsprechenden Verlagerungseffekten in die ambulante Praxis. Eine fundierte Versorgungsforschung könnte mögliche Fehlentwicklungen und Lösungsansätze zu deren Beseitigung anhand belastbarer Daten nachweisen bzw. aufzeigen. So könnten z. B.

die durch das DRG-System bedingten Anreize und Zwänge im Hinblick auf das Fallmanagement und die Behandlungsführung frühzeitig erkannt und aus ärztlicher Sicht bewertet werden. Heimliche Rationierung könnte aufgedeckt werden.

Im Hinblick auf die vielfältigen Effekte von Fallpauschalen wäre eigentlich eine differenzierte Bestandsaufnahme des Status quo vor Einführung der neuen Vergütungsformen notwendig gewesen. Diese hat nicht stattgefunden, weshalb eine solche wenigstens zum jetzigen Zeitpunkt des Beginns der Umstellung erfolgen sollte (vgl. auch Frage 9).

Untersuchungen zum Einfluss der maßgeblichen arztseitigen Faktoren (z. B. Berufszufriedenheit, „work / life-balance“, nichtmonetäre neben monetären Leistungsanreizen) auf die Patientenversorgung (sog. „physician factor“) können die Bedeutung positiver Rahmenbedingungen der ärztlichen Berufsausübung im stationären und ambulanten Bereich anhand belastbarer Daten belegen. Dadurch könnte ein direkter Mehrwert für die Ärzteschaft erzielt werden, z. B. Entlastung von Dokumentationsaufgaben und sinnvolle Arbeitszeitregelungen.

Die Projektauswahl des Förderprojekts wird unter Beachtung der Zielkriterien Versorgungsrelevanz und Wahrscheinlichkeit der Versorgungsverbesserung zu erfolgen haben, um einen spürbaren Mehrwert für die Vertrags- und Krankenhausärzte zu erzielen.

4. Sind die Interessen der Allgemeinmedizin angemessen berücksichtigt?

Die Versorgungsforschung untersucht nach ihrem Selbstverständnis die Versorgungsrealität unter Alltagsbedingungen. Damit steht die allgemeinmedizinische Perspektive im Vordergrund, da diese die breite Versorgung der Bevölkerung maßgeblich bestimmt und in der Hand des Hausarztes in der Regel die Versorgungs- und Behandlungsstränge zusammenlaufen. Bestimmte, für die Versorgungsrealität zentrale Fragen können nur im Rahmen und mit Hilfe von niedergelassenen Ärzten in der Allgemeinmedizin untersucht und beantwortet werden. Hierzu gehören u.a. Fragen der Primär- und Sekundärprävention, der Versorgung benachteiligter Patienten oder von Risiko-Patientengruppen, der Koordination von Versorgungsabläufen (z.B. "gate-keeping"), der besseren Integration psychosozialer Inhalte in die Versorgungswirklichkeit oder der Erhebung von Daten zum Inanspruchnahmeverhalten von Patienten bzw. Patientengruppen.

Untersuchungen zum Einfluss arztseitiger Faktoren auf die Patientenversorgung - sog. „physician factor“ - vgl. Abschnitt IV des Rahmenkonzepts – sollen vorrangig im hausärztlichen Bereich durchgeführt werden, sind aber auch bezogen auf Krankenhausärzte und ambulant tätige Fachärzte durchzuführen.



In der *Ständigen Koordinationsgruppe Versorgungsforschung* soll darüber hinaus die angemessene Vertretung der Allgemeinmedizin sichergestellt werden.

5. Warum beschränkt sich das Rahmenkonzept auf drei Themenfelder?

Das potentielle Untersuchungsfeld der Versorgungsforschung ist per Definitionen sehr umfassend und bedarf für ein Fördervorhaben der Konkretisierung. Bei einem zu breit gefassten Förderkonzept besteht entsprechend die Gefahr, dass überproportional viele Anträge aus den Randbereichen der Versorgungsforschung eingereicht werden. Die Beschränkung des Förderprogramms auf definierte Themenfelder ist deshalb auch vor dem Hintergrund der von der Bundesärztekammer einsetzbaren Fördermittel geboten.

Die Themenfelder wurden nach der Dringlichkeit der zugrundeliegenden Problematik und der Erfolgswahrscheinlichkeit ihrer Bearbeitung ausgewählt, um einen größtmöglichen spürbaren Mehrwert für die Ärzteschaft insgesamt zu erzielen, zumal jedes einzelne Themenfeld breite Kreise der Kollegenschaft berührt. Die notwendige und vorgesehene Konkretisierung auf relevante Fragestellungen innerhalb der einzelnen Themenfelder ermöglicht ein hohes Maß an Flexibilität bezogen auf politisch bedeutsame Aspekte.

Die Themenfelder sollen nach ca. drei Jahren überprüft und ggf. angepasst werden.

6. Welche Konsequenzen hätte ein Verzicht auf die Förderung der Versorgungsforschung durch die Bundesärztekammer?

Die Versorgungsforschung gewinnt in der öffentlichen und privat finanzierten Forschungsförderung zunehmend an Bedeutung. Falls die Bundesärztekammer diesen Forschungsbereich nicht besetzt, besteht die Gefahr, dass nichtärztliche Institutionen diesen Bereich zum Nachteil der ärztlichen Berufsausübung dominieren. Die verfasste Ärzteschaft würde in der gesundheitspolitischen Diskussion weiter an Meinungsführerschaft einbüßen. Die Medizin würde weiter zunehmend einer ökonomisierenden Betrachtungsweise unterworfen, die nur von finanziellen Anreizen (monetary incentives) ausgeht. Dies liefe der tatsächlichen ärztlichen Berufskultur zuwider.

Es ist absehbar, dass die Diskussion zur Steuerung der Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung sich zunehmend auf Datenerhebungen - unterschiedlicher Qualität - stützen wird. Es stellt sich für die verfasste Ärzteschaft die Frage, ob sie an dieser Entwicklung partizipieren oder sie lediglich passiv verfolgen will.

II Bedeutung in der Forschungslandschaft – Kooperationen

7. Warum kann die Förderung der Versorgungsforschung nicht (ausschließlich) durch die medizinischen Fakultäten bzw. durch andere Forschungsinstitutionen übernommen werden?

Die Forschungslandschaft an medizinischen Fakultäten wird z. Z. bestimmt durch eine sehr hohe Gewichtung der experimentellen Grundlagenforschung. Die Versorgungsforschung wird in den Fakultäten noch nicht ausreichend anerkannt und von der jungen Forschergeneration mit geringeren Karrierechancen verbunden. Um die notwendige Weiterentwicklung und Anerkennung der Versorgungsforschung innerhalb der Hochschulen zu erreichen erscheint eine zeitlich befristete externe Förderinitiative notwendig. Die Bundesärztekammer könnte hierzu einen wesentlichen Beitrag leisten.

Darüber hinaus ist eine zentrale Koordination der Forschungsprojekte bzw. die Implementierung eines funktionsfähigen Netzwerks von herausragender Bedeutung für eine nachhaltige Förderung der Versorgungsforschung. Dies kann nicht durch einzelne Institutionen bzw. Fakultäten alleine gewährleistet werden.

8. Interferieren die drei Themenfelder des Rahmenkonzepts mit Forschungsförderprogrammen anderer Institutionen?

Das vom Bundesministerium für Bildung und Forschung und den Spitzenverbänden der Gesetzlichen Krankenkassen aufgelegte Förderprogramm zur Stärkung und Förderung der Versorgungsforschung (Förderrichtlinien vom 29.01.2004¹) stellt den besonderen Bezug der geförderten Fragestellungen zur Gesetzlichen Krankenversicherung, insbesondere die Relation von Aufwänden und Ergebnissen, in den Vordergrund.

Das Förderprogramm der Bundesärztekammer bereichert hingegen das Wissenschaftsfeld durch die arzt- und patientenzentrierte Perspektive. Überschneidungen sind nicht ganz auszuschließen aber unwahrscheinlich; gegebenenfalls wird sich die Solidität der ärztlich geförderten Versorgungsforschung im Vergleich zu anderen Trägern zu erweisen haben.

Die vom Bundesministerium für Bildung und Forschung erfolgreich implementierten Kompetenznetzwerke in der Medizin haben Teilbezüge zur Versorgungsforschung, insbesondere aus dem Blickwinkel der Epidemiologie. Die Fragestellungen zu den Themenfeldern des Rahmenkonzepts stehen jedoch nicht im Fokus der Kompetenznetzwerke.

¹ http://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/foerderung/bekanntmachungen_bmbf/Foerderung_Versorgungsforschung

9. In welchem besonderen Verhältnis steht das Themenfeld „Einfluss der Ökonomisierung“ zur gesetzlich vorgesehenen Evaluation der Wirkung des DRG Systems?

Gemäß § 17 b Abs. 8 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) sollen die Vertragsparteien auf Bundesebene eine Begleitforschung zu den Auswirkungen der neuen Vergütungssysteme, insbesondere zur Veränderung der Versorgungsstrukturen und zur Qualität der Versorgung durchführen. Dabei sind auch die Auswirkungen auf die anderen Versorgungsbereiche sowie die Art und der Umfang von Leistungsverlagerungen zu untersuchen. Die Forschungsaufträge sollen ausgeschrieben, das DRG-Institut miteinbezogen werden. Die Begleitforschung ist mit dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) abzustimmen. Erste Ergebnisse sind Ende des Jahres 2005 zu erwarten.

Konkrete Vorgaben einer Ausgestaltung sind weder im KHG noch in der dazu gehörigen Begründung zu finden. Es bleibt daher sehr fraglich, in welcher Qualität die zugehörige Evaluation angelegt sein wird. Aus dem Abschlußbericht des Institutes für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK gGmbH) vom 21.12.2004 ist kein Ansatz für ein entsprechendes Evaluationsvorhaben zu entnehmen.

Angesichts der potentiellen Auswirkungen des neuen Fallpauschalensystems auf die Versorgungsstrukturen der nächsten Jahre und der in Deutschland nicht oder nur sehr bedingt vorliegenden validen Daten zur Qualität und Quantität der Versorgungsstrukturen und Patientenversorgung im ambulanten und stationären Bereich gilt es, eine qualitativ hochwertige Evaluation und Datenbasis auf der Grundlage solider Bewertungskriterien zeitnah anzustreben.

Für die Diskussion der Ärzteschaft insbesondere mit den Selbstverwaltungspartnern und dem BMGS wird es von erheblicher Relevanz sein, mögliche entstehende Fehlentwicklungen im Sinne einer Unter- und Fehlversorgung und den resultierenden Adaptationsbedarf im Fallpauschalensystem zeitnah auf der Basis eigener, valider Daten darlegen bzw. auch bei Bedarf widerlegen zu können.

Ebenso wird es zur Sicherung der Prämisse der Therapiefreiheit entscheidend sein, ob über valide Evaluationsdaten bzw. Daten der Versorgungsforschung nachweisbar sein wird, dass es durch eine Fallpauschalenvergütung u. a. zu möglichen Verschlechterungen in der Versorgung von Patienten mit sehr spezifischen bzw. sehr aufwändigen Behandlungen kommt.



Weiterhin wären diese Daten einerseits elementare Grundlage für die weitere Diskussion zur Entwicklung einer leistungsgerechten sektorübergreifenden Finanzierungsstruktur, andererseits hilfreich bei der anstehenden Diskussion zur weiteren Sicherung der Implementierung von Innovationen.

Da insgesamt angesichts der Erfahrungen in anderen gesetzlich vorgeschriebenen Evaluationsansätzen (s. § 137 f SGB V Evaluation der DMP, die erst dreieinhalb Jahre nach Beginn der Programme gestartet wird) nur sehr bedingt ein hohes, qualitätsgesichertes Niveau der Evaluation gemäß § 17 b Abs. 8 KHG erwartet werden darf, bleibt es zur Sicherung der Gestaltungsfähigkeit der Ärzteschaft insbesondere in der Diskussion zu den neuen Vergütungssystemen unerlässlich, eine solide Argumentationsbasis über die zeitnahe Vergabe einer eigenen Versorgungsforschung zu ermöglichen. Die Kosten-Nutzen-Relation dieses Schrittes dürfte durch die Einflussnahme auf den größten Kostenblock der gesetzlichen Krankenversicherungen gegeben sein.

10. Warum wird die DFG nicht eingebunden?

Die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) fördert zur Zeit hauptsächlich experimentelle Grundlagenforschung. Entsprechend findet die Versorgungsforschung bei der DFG noch keine ausreichende Berücksichtigung. Das gemeinsam von BMBF und DFG aufgelegte Förderprogramm zur Förderung von klinischen Studien in Deutschland ist vor diesem Hintergrund ausdrücklich zu begrüßen, die Ausrichtung im Sinne einer *Effectiveness*-Forschung sollte jedoch stärker Berücksichtigung finden.

Eine Kooperation mit der DFG ist mittelfristig anzustreben.

11. Wie steht die Kassenärztliche Bundesvereinigung zum Rahmenkonzept?

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) begrüßt das Rahmenkonzept der Bundesärztekammer ausdrücklich und wird im Zuge der Umsetzung zu konkreten Gesprächen über mögliche Beteiligungen an einzelnen Projekten, die insbesondere die Vertragsärzteschaft berühren, bereit stehen.



12. Welche wissenschaftlichen Kooperationen sind vorgesehen?

Die *Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlich Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)* war bereits im Arbeitskreis Versorgungsforschung mit mehreren Vertretern an der Entwicklung des Rahmenkonzepts beteiligt. Da Vertreter der AWMF auch zukünftig in der *Ständigen Koordinationsgruppe Versorgungsforschung* mitarbeiten, ist die Kooperation mit den wissenschaftlichen Fachgesellschaften sichergestellt.

Eine enge Kooperation mit dem *Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄzQ)*, dem *Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (ZI)* sowie der *Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ)* ist im Rahmenkonzept bereits angelegt.

Als weitere wissenschaftliche Kooperationspartner sind z. B. denkbar:

- Stiftungen (z.B. Bertelsmann, Volkswagen)
- Datenaufbereitungsstelle nach § 303 f SGB V
- Cochrane-Zentrum
- Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin (DNEbM)
- Kompetenznetzwerke aus der BMBF-Forschung
- Clearingstelle Versorgungsforschung NRW
- Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen.



III Finanzierung

13. Kann durch ein Fördervolumen von 750.000 EUR pro Jahr überhaupt ein relevanter Impuls zugunsten der Versorgungsforschung gewährleistet werden?

Durch das projektierte Fördervolumen können voraussichtlich maximal 2 - 3 konkrete Projekte vom Typ I² pro Jahr gefördert werden. Hierdurch alleine kann nur partiell ein Impuls zugunsten der Versorgungsforschung gewährleistet werden.

Die direkte Forschungsförderung entspricht nicht der Primärmotivation des Förderprojekts der Bundesärztekammer. Eine direkte Förderung von Typ I Projekten soll nur erfolgen, wenn diese Modellcharakter haben und ein hohes Potential zur Bildung eines Netzwerks zur Versorgungsforschung beinhalten.

Eine weitere wesentliche Absicht ist es, durch das begleitende Aufzeigen von Wissenslücken andere Förderer zu motivieren (vgl. Frage 19), sich zugunsten der Versorgungsforschung (stärker) zu engagieren.

14. Warum ist eine Verpflichtungsermächtigung über sechs Jahre notwendig?

Da die Strukturen der Versorgungsforschung in Deutschland erst aufgebaut bzw. gefestigt werden müssen, ist in dieser Anlaufphase eine verlässliche Förderdauer notwendig, um einen nachhaltigen Impuls zu entwickeln. Da die normalen Projekte (Projektart I² des Rahmenkonzepts) mit einer (maximalen) Förderdauer von 3 Jahren verbunden sind, sollte die Gesamtlaufzeit so bemessen sein, dass nach Auswertung der ersten geförderten Studien eine Nachjustierung des Förderprojekts möglich ist und eine zweite „Förderwelle“ von Typ I Projekten vorgenommen werden kann.

² Zu den einzelnen Projektarten siehe Tabelle 1 auf Seite 16 des Rahmenkonzepts (Stand 17.12.2004).

Typ I-Projekte: „normale“ Projekte in den Themenfelder mit einer max. Förderdauer von 3 Jahren und einer max. Fördersumme von 200.000 €

Typ II-Projekte: Querschnittsprojekte mit einer max. Förderdauer von 2 Jahren und einer max. Fördersumme von 50.000 €

Typ III-Projekte: kleine Einzelprojekte, Kurzgutachten oder Expertisen mit einer max. Förderdauer von 1 Jahr und einer max. Fördersumme von 10.000 €



15. Bestehen absehbare Haushaltsrisiken bei der Bundesärztekammer, die das Gesamtvorhaben erheblich beeinträchtigen können, insbesondere hinsichtlich der Gewinne aus dem Deutschen Ärzteverlag?

Nach Abschluss des Umzugprojekts sind aus heutiger Sicht keine Haushaltsrisiken bei der Bundesärztekammer erkennbar. Mit einem für das Projekt „Versorgungsforschung“ relevanten Rückgang der Gewinne aus dem Deutschen Ärzteverlag ist für den Projektzeitraum nicht zu rechnen.

16. Welche haushaltstechnischen Korrekturmöglichkeiten gibt es nach dem Startschuss für das Gesamtprojekt? Kann die Durchführung des Rahmenkonzepts oder einzelner Projekte im Ausnahmefall vorzeitig beendet werden?

Im Rahmenkonzept ist eine Zwischenevaluation nach zwei bis drei Jahren vorgesehen. Neue Projekte vom Typ I (d. h. Projekte mit großem Fördervolumen) werden erst nach dieser Auswertung neu gestartet. Da dem Vorstand der Bundesärztekammer die Letztentscheidung über die Mittelfreigabe für alle geförderten Projekte obliegt, kann zu jedem Zeitpunkt die Neuvergabe von Fördermitteln beendet werden.

Zu vergebenen Forschungsaufträgen sind die jeweiligen vertraglichen Verpflichtungen auch für den Auftraggeber verpflichtend. Die Förderdauer ist hierbei begrenzt: für

Typ I Projekte:	max. 3 Jahre
Typ II Projekte:	max. 2 Jahre
Typ III Projekte:	max. 1 Jahr.

Wissenschaftliche Forschungsprojekte können seriös nur realisiert werden, wenn die Finanzierung über einen angemessenen Zeitraum sichergestellt ist. Eine größtmögliche Flexibilität für die Bundesärztekammer findet im Rahmenkonzept Beachtung. Im Bedarfsfall könnte der Vorstand der Bundesärztekammer in Abhängigkeit von der Haushaltslage schwerpunktmäßig Projekte mit einer eher kürzeren Laufzeit fördern.



17. Ist es satzungsrechtlich zulässig, dass die Landesärztekammern über ihren Beitrag zur Bundesärztekammer Forschungsvorhaben fördern?

Die Bundesärztekammer leitet ihre Aufgaben im Wesentlichen von der Zuständigkeiten der Landesärztekammern ab, wobei der Zweck der Arbeitsgemeinschaft - Bundesärztekammer - der ständige Erfahrungsaustausch unter den Ärztekammern und die gegenseitige Abstimmung ihrer Ziele und Tätigkeiten ist. Zur Erreichung dieser Ziele übernimmt es die Bundesärztekammer u.a., in Angelegenheiten, die über den Zuständigkeitsbereich eines Landes hinausgehen, die beruflichen Belange der Ärzteschaft zu wahren. In diesem Zusammenhang ist als „berufliche Belange“ die Abgabe kritischer Stellungnahmen zu Gesetzesvorhaben im gesetzlich übertragenen Aufgabenbereich sowie die Abgabe von Stellungnahmen zu Fragen, die von allgemeiner Bedeutung für den jeweiligen Berufsstand sind, anerkannt.

Um dezidierte Stellungnahmen zu Fragen der Versorgungsforschung, die für den Berufsstand von allgemeiner Bedeutung sind, abgegeben zu können, bedarf es auch der Förderung entsprechender Forschungsvorhaben.

Daher ist es zulässig, dass Landesärztekammern über ihren Beitrag Forschungsvorhaben zur Versorgungsforschung fördern.

18. Bestehen Möglichkeiten der Kofinanzierung durch andere Institutionen?

Ein wesentliches Ziel des Förderprogramms ist die Motivationsförderung bei anderen Institutionen, sich angemessen und dauerhaft zugunsten der Versorgungsforschung zu engagieren. Eine langfristige Finanzierung der Versorgungsforschung durch die Bundesärztekammer entspricht nicht der Intention des Projekts.

Eine Finanzierung aus EU-Mitteln sollte angestrebt werden, sofern und sobald multinationale Projekte angestoßen werden.

Projekte vom Typ III sind als berufspolitisches Instrument zu verstehen, um kurzfristig auf die gesundheitspolitische Diskussion eingehen zu können (sei es durch reaktives Entkräften von Behauptungen oder aktives Herausarbeiten von positiven Aspekten des gegenwärtigen Systems oder der spezifischen Perspektive der Ärzteschaft). Hierzu sind längerfristig nur relativ geringe Fördervolumina notwendig.

Als Querschnittsprojekt vom Typ II könnte z.B. ein „Jahrbuch zur Versorgungsforschung“ aufgelegt werden, das Forschungsdefizite öffentlichkeitswirksam beleuchtet. Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) könnte durch eine entsprechende Aufarbeitung motiviert werden, die Versorgungsforschung bei aufgezeigten Forschungsdefiziten zu unterstützen.



19. Welche Drittmittelgeber sind mittelfristig potentiell bereit, eine Anschluss- bzw. Dauerfinanzierung zugunsten der Versorgungsforschung zu übernehmen?

Längerfristig wäre eine Finanzierung der Versorgungsforschung durch folgende Institutionen anzustreben:

- Krankenkassen
- Bundesmittel (BMBF, BMGS)
- Drittmittel von Seiten der DFG und von Stiftungen (Bertelsmann, Volkswagen)

20. Wird die Versorgungsforschung auch von ärztlichen Institutionen der Selbstverwaltung im Ausland gefördert?

Die *Japanese Medical Association* hat ein eigenes Institut gegründet, das durch ein Vorstandsmitglied geleitet wird. Das Institut beschäftigt sich mit ökonomischen, sozialen und ethischen Aspekten der Medizin und verfügt über einen eigenen Mitarbeiterstab, der durch externe Mitarbeiter zeitlich befristet verstärkt wird.

In den USA, Kanada und in Großbritannien ist die Versorgungsforschung bereits etabliert.



IV Durchführung

21. Wie wird gewährleistet, dass die Interessen der Landesärztekammern berücksichtigt werden? Haben die Landesärztekammern Einwirkungsmöglichkeiten auf die Projektauswahl?

Dem Vorstand der Bundesärztekammer obliegt die Letztentscheidung über die Durchführung und Mittelfreigabe für die Projekte.

Diese Entscheidungen werden durch die *Ständige Koordinationsgruppe Versorgungsforschung (SKV)* und dem übergeordneten Gremium, dem Vorstand des Wissenschaftlichen Beirats fachlich vorbereitet.

Dem Vorstand der Bundesärztekammer steht es frei, alle nachgeordneten Gremien – also auch direkt die *SKV* – zu Vorschlägen für Projektförderungen zu konsultieren und daraufhin in eigener Verantwortung zu entscheiden.

Es entspricht der bewährten Zusammenarbeit mit dem Wissenschaftlichen Beirat konkrete Anregungen aus den Landesärztekammern konstruktiv aufzugreifen.

22. Können innerhalb des Rahmenkonzepts aktuell aufkommende berufspolitisch besonders wichtige Fragestellungen aufgegriffen werden?

Über Typ III-Projekte (d.h. kleine Einzelprojekte, Kurzgutachten oder Expertisen) können aktuell aufkommende berufspolitisch wichtige Fragestellungen aufgegriffen werden. Das Gutachten von Prof. Dr. Geraedts; Düsseldorf „Evidenz zur Ableitung von Mindestmengen in der Medizin“ für den Deutschen Ärztetag 2004 hat hierbei eine Vorbildfunktion.

23. Warum ist keine Einzelprojektförderung mit engumrissenen Fragestellungen ohne einen „organisatorischen Überbau“ vorgesehen?

Das Förderprogramm der Bundesärztekammer muss als kohärentes Ganzes sichtbar werden und darf sich nicht in der Förderung einzelner Projekte verlieren. Eine wesentliche Zielsetzung des Rahmenkonzepts besteht in der Motivation von weiteren Drittmittelgebern zur Förderung der Versorgungsforschung. Dies kann nicht über ausschließlich geförderte Einzelprojekte gelingen, sondern bedarf koordinierter Aktionen bzw. Querschnittsprojekte.

Eine unkoordinierte Auswahl von Einzelprojekten würde auch zu keiner erkennbaren Schwerpunktsetzung führen und damit die Nachhaltigkeit der Förderung gefährden.



24. Wer entscheidet über die Veröffentlichung der Projektergebnisse ?

Die Bundesärztekammer ist dem Grundsatz der Freiheit der Forschung verpflichtet. Daher ist eine interessengeleitete Zensur von Forschungsergebnissen ausgeschlossen. So ist im Rahmenkonzept festgelegt, dass sämtliche Ergebnisse in renommierten, der (Fach-) Öffentlichkeit zugänglichen wissenschaftlichen Medien veröffentlicht werden müssen.

25. Welchen Beitrag leistet der Wissenschaftliche Beirat zur Ausfüllung des Rahmenkonzepts?

Der Vorstand des Wissenschaftlichen Beirats ist ein in der Zusammenarbeit mit dem Vorstand der Bundesärztekammer erfahrenes und bewährtes Gremium. Angesichts des Umfangs der eingesetzten Haushaltsmittel erscheint es dem Vorstand der Bundesärztekammer geboten, den Beiratsvorstand mit seinem fach- und wissenschaftspolitischen Sachverstand eine wesentliche Steuerungsfunktion zu übertragen. Durch die interdisziplinäre Zusammensetzung des Beirats werden die Vorschläge der *Ständigen Koordinationsgruppe Versorgungsforschung* aus der Perspektive der gesamten wissenschaftlichen Medizin beleuchtet.

Konkret sind folgende Beiträge des Wissenschaftlichen Beirats hervorzuheben:

- Leitung der *Ständigen Koordinationsgruppe Versorgungsforschung* durch den Beiratvorsitzenden
- Vorsitz des Begutachtungskomitees für Förderentscheidungen über Projekte vom Typ I durch diesen
- Ggf. Benennung von Berichterstatlern („Projektpaten“) zu einzelnen Förderprojekten aus dem Kreis des Wissenschaftlichen Beirats.

26. Wer hat die Letztentscheidung über die Mittelfreigabe für einzelne Projekte?

Die Kompetenzen des Vorstands der Bundesärztekammer bzgl. Grundsatz und Haushaltsangelegenheiten bleiben gewahrt.

Projektmittel für Projekte vom Typ I und II werden erst nach Beschluss des Vorstands freigegeben. Auch für Projekte vom Typ III ist im Rahmenkonzept ein Widerspruchsrecht des Vorstandes der Bundesärztekammer verankert.