

**Protokoll der Delegiertenkonferenz
der AWMF
am 12. November 2005
in Frankfurt am Main**

Geschäftsstelle | office:
Moorenstr. 5, Geb. 15.12
(H.-Heine-Universität)
D-40225 Düsseldorf
Telefon (0211) 31 28 28
TeleFAX (0211) 31 68 19

AWMF-Büro Berlin
Langenbeck-Virchow-Haus
Luisenstr. 58/59
D-10117 Berlin
Telefon: (030) 2800-4410
TeleFAX: (030) 2800-4419

e-mail: awmf@awmf.org
AWMF online: <http://awmf.org>

Beginn der Sitzung: 9.⁰⁰ Uhr

Vor Eintritt in die Tagesordnung begrüßt Prof. Encke die anwesenden Gäste, namentlich die Präsidentin der Landesärztekammer Hessen, Frau Dr. Stüwe.

TOP 1: Genehmigung der Tagesordnung

Die vorliegende Tagesordnung wird per Akklamation genehmigt.

TOP 2: Genehmigung des Protokolls der Delegiertenkonferenz vom 30. April 2005

Gegen das an alle Fachgesellschaften verschickte Protokoll sind keine schriftlichen Einwendungen bei der Geschäftsstelle der AWMF eingegangen, aus der Versammlung wird ebenfalls kein Änderungsantrag zum Protokoll gestellt. Damit gilt das Protokoll als genehmigt

TOP 3: Bericht des Präsidiums

Prof. Encke berichtet, dass zwischen den Delegiertenkonferenzen eine Klausurtagung des Präsidiums stattgefunden hat, bei der alle wichtigen Fragen der AWMF und zur Gesundheitspolitik besprochen worden sind. Anliegen der AWMF ist die Qualitätssicherung und die Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses in der Medizin. Bei seiner letzten Sitzung hat das Präsidium auch beschlossen, eine **Neufassung der Satzung der AWMF** zur Abstimmung zu stellen, um die AWMF als **eingetragenen Verein** beim Vereinsregister des Amtsgerichts Frankfurt eintragen zu können. Damit würde die AWMF als Verein selbst rechtsfähig. Im Zuge dieser Neufassung der Satzung soll auch das Präsidium erweitert werden mit der Überlegung, jüngere Mitglieder in die Präsidiumsarbeit einzuarbeiten und so zukünftige Präsidenten auf ihre Aufgabe vorzubereiten. ***Der Antrag auf Neufassung der Satzung der AWMF, den das Präsidium bei der nächsten Delegiertenkonferenz im Mai 2006 zur Abstimmung stellen wird, ist dem Protokoll dieser Delegiertenkonferenz beigefügt. Alle Fachgesellschaften sind aufgefordert, den Satzungstext kritisch zu prüfen und Änderungsvorschläge bis zum 31. Januar 2006 dem Präsidium der AWMF zuzuleiten.***

Prof. Encke berichtet über die Zusammenarbeit mit den Bundesministerien für Gesundheit und Soziale Sicherheit, wo auf der Fachebene ein enger Kontakt – insbesondere zum Thema DRG-System – besteht. Ebenfalls enge Kontakte bestehen zum Bundesministerium für Bildung und Forschung, mit dem intensiv die Problematik des „Juniorprofessors“ diskutiert wurde. Gemeinsam mit diesem Ministerium beteiligt sich die AWMF auch an dem „Tag der Gesundheitsforschung“, ebenso wie der Medizinische Fakultätag. Der nächste „Tag der Gesundheitsforschung“ wird zum Thema „Die Welt im Gehirn“ am 19. Februar 2006 stattfinden, die Veranstaltungen dazu werden vor Ort durch die Fakultäten organisiert.

Eine sehr intensive Zusammenarbeit besteht mit der Bundesärztekammer, insbesondere im Bereich der Nationalen Versorgungsleitlinien und in der Gemeinsamen Fachkommission DRG, die unter Beteiligung aller interessierten Fachgesellschaften sehr effizient arbeitet. Dadurch ist auch ein guter Kontakt zum Institut für Entgeltsysteme im Krankenhaus (InEK) entstanden. Die AWMF hat die beteiligten Institutionen der Selbstverwaltung (Deutsche Krankenhausgesellschaft und gesetzliche Krankenversicherung) angemahnt, die im Gesetz vorgeschriebene Begleitforschung zur Einführung des DRG-Systems in Gang zu setzen.

Auch an der Initiative der Bundesärztekammer zur Förderung der Versorgungsforschung ist die AWMF maßgeblich beteiligt, ebenso im Ausschuss „Krankenhaus“ der Bundesärztekammer. Eine langjährige Zusammenarbeit besteht auch im Bereich der Weiterbildung, wo die AWMF bestrebt ist, auch wissenschaftliche Arbeit als Inhalt der Weiterbildung anerkennen zu lassen.

Ebenfalls enger Kontakt besteht mit dem Hochschulverband und dem Wissenschaftsrat, eine sehr enge Zusammenarbeit mit der Vereinigung der Universitätsklinika Deutschlands (VUD) und dem Medizinischen Fakultätentag (MFT). Gemeinsam mit diesen beiden Organisationen hat die AWMF im Sommer den ersten „Innovationskongress der Deutschen Hochschulmedizin“ organisiert, dessen Tagungsband jetzt erschienen ist. Für Juni 2006 ist der nächste Innovationskongress geplant.

In der Diskussion wird darauf hingewiesen, dass die Aktivitäten zur Nachwuchsförderung intensiviert werden sollten. Prof. Treede (Physiologie) weist darauf hin, dass bis zum Jahr 2008 möglicherweise bis zu 40 % des Mittelbaus als Folge des Hochschulrahmengesetzes und der Arbeitszeitregelungen verloren gehen könnten.

Ständige Kommission Leitlinien

Prof. Selbmann berichtet über die Aktivitäten im Leitlinienbereich. Der Vortrag von Prof. Selbmann ist dem Protokoll als **Anlage 1** beigelegt.

In der Diskussion weist Prof. Korting darauf hin, dass in einigen Fächern europäische Lösungen für Leitlinien gesucht werden, um zu verhindern, dass nationale Leitlinien als Handelshemmnisse inkriminiert werden. Dazu könnte die Kooperation mit anderen europäischen Fachgesellschaften intensiviert werden. Prof. Lorenz erinnert daran, dass in der internationalen Diskussion über Leitlinien stets ein „local tailoring“ gefordert wird, um den nationalen, regionalen oder lokalen Bedingungen gerecht zu werden. Deshalb sind europäische Leitlinien nicht unbedingt als „besser“ zu sehen. Frau Dr. Kopp weist darauf hin, dass Leitlinien der Entwicklungsstufe 2 und 3 in die Datenbank des „Guidelines International Network (GIN)“ eingetragen werden können und dann ebenso wie andere Leitlinien aus anderen Ländern für die internationale Diskussion zur Verfügung stehen.

Ständige Kommission Bibliometrie

Wegen einer akuten Erkrankung des Vorsitzenden der Kommission entfällt dieser Berichtspunkt.

Prof. von Wichert berichtet aus dem Präsidium, dass sich die AWMF auf Anregung von einigen Fachgesellschaften mit den **Auswirkungen des Arbeitszeitgesetzes** beschäftigt. Die Übergangsregelung läuft zum Ende des Jahres aus. Der VUD hat ein Musterschreiben an alle Fakultäten geschickt, das an alle zuständigen Landesministerien gerichtet werden soll. In diesem Schreiben soll auf die Probleme an Instituten und Kliniken hingewiesen und auf eine Verlängerung der Übergangsregelung gedrängt werden. Zwar sind Forschung und Lehre im Arbeitszeitgesetz als Ausnahmetatbestände explizit erwähnt, jedoch ist im gleichen Gesetz festgehalten, dass die durchschnittliche Wochenarbeitszeit von 48 Stunden im Durchschnitt eines halben Jahres auch für Forschung und Lehre nicht überschritten werden darf. Prof. von Wichert weist darauf hin, dass geprüft werden sollte, ob die grundgesetzlich garantierte Forschungsfreiheit durch das Arbeitszeitgesetz eingeschränkt wird. Dr. Al Nawas erläutert, dass an den Kliniken ein Kernproblem darin besteht, die Motivation der Mitarbeiter für die Forschung nicht zu zerstören. Frau Dr. Stüwe weist darauf hin, dass das Arbeitszeitgesetz auch eine große Beeinträchtigung in der Krankenversorgung mit sich bringt. Junge Ärzte fragen in letzter Zeit verstärkt bei der Landesärztekammer nach Zertifikaten nach, um im europäischen Ausland tätig werden zu können. Viele arbeiten bereits jetzt am Wochenende in England und verdienen in dieser Zeit so viel wie während der gesamten Woche an einer deutschen Klinik. Weitere Diskussionsteilnehmer betonen, dass durch das Arbeitszeitgesetz die klinische

Arbeit sehr viel mehr gefährdet sei als die Forschungstätigkeit. Wenn die klinische Belastung für die Mitarbeiter reduziert werden könnte, wäre die Forschungsarbeit sehr viel leichter möglich. Prof. von Wichert kündigt an, dass das Präsidium eine Stellungnahme der AWMF formulieren will. Die Delegiertenkonferenz beauftragt das Präsidium per Akklamation, diese Stellungnahme auszuarbeiten.

TOP 4: German Medical Science + GMS gGmbH

Prof. Reinauer berichtet, dass von der AWMF eine gemeinnützige GmbH mit 25.000 EURO Stammkapital (German Medical Science gGmbH) gegründet worden ist, die ins Handelsregister beim Amtsgericht Düsseldorf eingetragen ist und nach dem Auslaufen der DFG-Förderung die Herausgabe von GMS übernehmen soll. Die Fachgesellschaften können Anteile in Höhe von 500 EURO an dieser GmbH erwerben. Dies sollten vor allen Dingen diejenigen Gesellschaften nutzen, die beabsichtigen, eigene Journale über GMS herauszugeben, um die derzeit hohen Kosten bei Verlagen zu reduzieren und schneller und besser elektronisch publizieren zu können. Die Zahl der Zugriffe auf die publizierten Artikel bei GMS hat weiter zugenommen, die interdisziplinäre Ebene wird auch von anderen Zeitschriften und von Zeitungen beachtet, mittlerweile gehen Manuskripte aus der ganzen Welt ein. Dabei ist die Ablehnungsquote mit mehr als 50 % jedoch sehr hoch, da die Redaktion darauf achtet, nur qualitativ hochwertige Beiträge zu publizieren. Herr Neumann berichtet über die Abrufzahlen bei GMS und den angeschlossenen Zeitschriften, die Vortragsfolien von Herrn Neumann sind dem Protokoll als **Anlage 2** beigelegt.

In der Diskussion wird darauf hingewiesen, dass die Einbindung der Zeitschriften von GMS in MEDLINE als außerordentlich wichtig angesehen wird, auch die Repräsentanz in Suchmaschinen im Internet ist von Bedeutung. Dabei ist GMS bei „Google“ bereits jetzt sehr hoch gerankt, Artikel in GMS erscheinen bereits nach wenigen Tagen bei Google an vorderster Stelle.

TOP 5: Wahl des stv. Präsidenten

Prof. Encke berichtet, dass die Amtszeit von Herrn Prof. von Wichert abgelaufen ist. Daher muss satzungsgemäß eine Wahl stattfinden. Herr Prof. von Wichert ist bereit, das Amt weiter auszuüben. Bei der schriftlich und geheim durchgeführten Wahl werden 70 Stimmen abgegeben, davon 64 Ja-Stimmen und 6 Enthaltungen. Damit ist Prof. von Wichert mit sehr großer Mehrheit wieder gewählt und nimmt die Wahl an.

TOP 6: Wahl der Kassenprüfer für das Haushaltsjahr 2005

Das Präsidium hat beschlossen, die Kassenprüfer zukünftig immer in der Herbstsitzung wählen zu lassen, damit in Vorbereitung für die Frühjahrsdelegiertenkonferenz eine ausführliche Kassenprüfung beim Schatzmeister in Düsseldorf stattfinden kann. Daher schlägt das Präsidium vor, zwei Delegierte aus Düsseldorf für diese Aufgabe zu wählen, um unnötige Anreisen zu vermeiden. Vorgeschlagen werden Prof. Ganzer und Prof. Giani. Die Delegiertenkonferenz wählt beide ohne Gegenstimmen per Akklamation.

TOP 7: Strukturqualität von Krankenhäusern und Mindestmengen

Prof. Weiser als Vorsitzender des Verbands der leitenden Krankenhausärzte berichtet, die Vortragsfolien sind dem Protokoll als **Anlage 3** beigelegt.

In der Diskussion weist Prof. Polonius darauf hin, dass sich die Fachgesellschaften und Berufsverbände bei der Diskussion um Mindestmengen nach Möglichkeit im Vorfeld der Beschlussfassung des Gemeinsamen Bundesausschusses auf eine Position einigen sollten. Prof. Bauer erklärt, dass er sowohl die Festlegung von Prozess- und Strukturqualitätsmerkmalen als auch bei Hochrisikoeingriffen die Festlegung von Mindestmengen für begründbar hält. Frau Dr. Kopp berichtet, dass das Beispiel der Brustzentren zeigt, dass die Umsetzung hochwertiger Leitlinien, die zu einer hohen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität führen, die Festlegung von zahlenmäßigen Mindestmengen erübrigt. Prof. Windeler weist auf die Probleme hin, die durch die Auswertung der BQS-Zahlen entstehen könnten, da ein erhebliches Fehlerpotential in der Tatsache begründet liegt, dass es sich nicht um eine komplett flächendeckende Erhebung handelt. Prof. Encke gibt zu bedenken, dass bei der Festlegung von Mindestmengen möglicherweise die Kliniken motiviert werden könnten, die Indikation für solche Eingriffe auszuweiten, um die Mindestmenge zu erreichen.

TOP 8: Aktuelle Daten zur Sekundärprävention am Beispiel des Koloskopiescreenings

Dr. Brenner vom Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung berichtet über die Auswertung der Dokumentationen zum Koloskopiescreening aus den Jahren 2003 und 2004. Die wichtigsten Daten aus dem Vortrag von Dr. Brenner sind dem Protokoll als **Anlage 4** beigefügt.

In der Diskussion wird klargestellt, dass es sich bei den Daten tatsächlich um reine Screening-Untersuchungen handelt und keine Fälle in die Dokumentation einbezogen werden, bei denen ein vorliegendes Symptom oder das Resultat eines Hämoccult-Tests die Untersuchung ausgelöst hätte. Prof. Encke sieht in dieser Untersuchung ein praktisches Beispiel für die Versorgungsforschung, in der Diskussion wird auch auf das Problem der unscharfen Erfassung von Komplikationen hingewiesen. Dr. Brenner regt an, dass eine Arbeitsgruppe der AWMF sich mit einer schärferen Definition von Komplikationen der Koloskopie-Untersuchung beschäftigen könnte.

TOP 9: Versorgungsforschung

Die Vortragsfolien von Prof. Pfaff sind dem Protokoll als **Anlage 5** beigefügt.

In der Diskussion wird darauf hingewiesen, dass möglicherweise ökonomisch bedingt ein besonderes Interesse von Krankenhausketten an dem der Versorgungsforschung vorliegen könnte. Prof. Pfaff berichtet über die BMBF-Förderung für Versorgungsforschung, die aus Mitteln des Ministeriums selbst und aus Mitteln der gesetzlichen, der privaten Krankenversicherung und der Rentenversicherung gespeist wird. Prof. Selbmann weist darauf hin, dass viele Gesundheitsdaten im Bereich der Gesundheitsberichterstattung des Bundes vorliegen, die bisher für Versorgungsforschungsprojekte wenig genutzt werden. Die Daten sind abrufbar über die Internetadresse www.gbe-bund.de.

Das Präsidium regt an, eine **ad hoc-Kommission „Versorgungsforschung“** der AWMF einzusetzen, die sich intensiver mit den Fragen der Versorgungsforschung beschäftigen sollte. Die Fachgesellschaften sind aufgefordert, Mitglieder für diese ad hoc-Kommission beim Präsidium der AWMF einzureichen, die Kommissionsarbeit sollte von Prof. Pfaff und Prof. Selbmann koordiniert werden.

TOP 10: Medizinischer Dienst und klinische Forschung

Die Vortragsfolien von Prof. Windeler sind dem Protokoll als **Anlage 6** beigefügt.

In der Diskussion betont Prof. Selbmann, dass die AWMF die „Evidenz“-basierte Medizin ganz im Sinne von Sackett begreift und von daher Tendenzen entgegentritt, die ausschließlich Studienergebnisse benutzen wollen. Insgesamt sei zu beachten, dass die Methodenbewertung auf einer Wertebasis erfolgt, die von unterschiedlichen Interessen bestimmt wird. Frau Dr. Kopp weist darauf hin, dass der Bedarf an Bewertung von vorliegenden Fakten immer dann steigt, wenn nur wenige oder widersprüchliche wissenschaftliche Daten vorliegen. An dieser Stelle ist der Konsens der Experten unübertroffen.

TOP 11: Bologna-Prozess und Medizinstudium

Der Vortragstext von Prof. von Troschke ist dem Protokoll als **Anlage 7** beigefügt. In der Diskussion weist Prof. von Jagow darauf hin, dass die Medizinausbildung nach der neuen Approbationsordnung zum Teil schon mit Querschnittslehrveranstaltungen stattfindet und am Kenntniserwerb der Studierenden orientiert ist. Der Medizinische Fakultätentag wird sich weiterhin intensiv mit diesem Thema beschäftigen. Prof. Gebel weist darauf hin, dass die „Trimesterisierung“ des Studiums bereits dazu führt, dass sehr viel weniger Doktoranten vorhanden sind und eine Promotion anstreben. Die Diskussion kreist im Wesentlichen um die Frage, ob der Bachelor-Masterstudiengang für die ärztliche Tätigkeit taugt. Dies wird mehrheitlich in einer von der AWMF mit unterzeichneten Stellungnahme des Hochschulverbandes abgelehnt.

TOP 12: Berichte

Vom **Medizinischen Fakultätentag**:

Prof. von Jagow berichtet über die Themen des vergangenen Medizinischen Fakultätentages, bei dem die Studiendekane und das IMPP über die Umsetzung der neuen Approbationsordnung und die Modellstudiengänge berichtet haben. Ein weiterer Berichtspunkt war die Optimierung der Ressourcen –Nutzung

durch die leistungsorientierte Mittelzuteilung (LOM), die Gestaltung der LOM bei knappen Mitteln und ähnliche Themen. Weiterhin hat sich der Medizinische Fakultätentag mit den Chancen der medizinischen Forschung und der Finanzierung klinischer Studien beschäftigt. Ein weiterer Berichtspunkt war die Entwicklung von Leitlinien als akademische Leistung. Der nächste Medizinische Fakultätentag wird im Juni 2006 in Greifswald stattfinden. Zur Zeit arbeiten auch zwei Kommissionen des Medizinischen Fakultätentages, eine davon beschäftigt sich mit der Umsetzung der neuen Approbationsordnung, die zweite Kommission mit dem Verhältnis klinischer und wissenschaftlicher Schwerpunkte und der Kompatibilität von klinischen und akademischen Strukturen.

Aus dem **Wissenschaftlichen Beirat der Bundesärztekammer**:

Prof. Encke berichtet, dass der Wissenschaftliche Beirat der Bundesärztekammer im Wesentlichen das Förderungsprogramm für die Versorgungsforschung vorbereitet hat, welches vom letzten Deutschen Ärztetag beschlossen worden ist. Dazu sind bereits sehr viele Förderanträge eingegangen.

Aus dem **Kuratorium für Klassifikation im Gesundheitswesen (KKG)**:

Der Vortrag von Herrn Müller ist dem Protokoll als **Anlage 8** beigelegt.

Öffentlichkeitsarbeit der AWMF:

Der Bericht von Herrn Müller ist dem Protokoll als **Anlage 9** beigelegt.

TOP 13: Verschiedenes

Termine der nächsten Delegiertenkonferenzen: Die nächsten Delegiertenkonferenzen der AWMF finden im kommenden Jahr statt am **13. Mai 2006** und am **11. November 2006**, beide jeweils im Steigenberger AIRPORT-Hotel Frankfurt am Main.

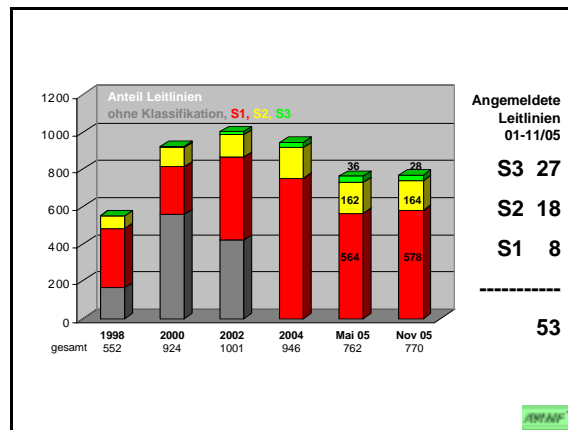
Ende der Sitzung: 14.15 Uhr

Protokoll:
Prof. Encke, W. Müller

Anlage 1 zu TOP 3:

Bericht aus der Leitlinienkommission der AWMF zur Delegiertenkonferenz am 12.11.2005

- Leitlinienaktivitäten der FG
- Implementierung von LL
- Gespräche mit DKG und DKH
- Vertretung der AWMF bei Konferenzen anderer
- Einladung zur 16. Leitlinienkonferenz der AWMF



Folie 1

BÄK-Förderinitiative zur Versorgungsforschung

- 3 Themenbereiche:
 - Implementierung von Leitlinien
 - Einfluss der Ökonomisierung auf die Patientenversorgung
 - Wechselwirkung zw. Arztseitigen Faktoren und Versorgungsqualität
 - Mehr als 50 Antragsskizzen (insgesamt 172)
 - Entscheidung über Vollerträge März 2006

Folie 2

Gespräche der AWMF mit DKH und DKG zur Entwicklung von onkologischen LL

Grundsätze der AWMF:

- Onkologische LL werden nach AWMF-Regelwerk erstellt.
- AWMF unterstützt FG bei der Erstellung hochwertiger LL.
- Leitlinien bleiben Eigentum der FG.
- FG bleiben involviert in der Prioritätensetzung der Versorgungsbereiche.
- FG sind bzw. werden kompetent in der LL-Entwicklung.
- Transparente Kommunikation zwischen AWMF und DKG.
- DKG ist bei allen onkologischen LL-Vorhaben dabei.

Folie 3

Einladung

Sehr geehrte Frau Kollegin! Sehr geehrter Herr Kollege!

Im Rahmen der 3. G-I-N Konferenz in Lyon werden ÄZQ und AWMF gemeinsam einen Diskussionsworkshop "Leitlinien-Aktivitäten in den deutschsprachigen Ländern – Bestandaufnahme und Kooperationsmöglichkeiten" (Guideline Activities in the Countries of German Language - State of the Art and Opportunities for Collaboration - in German only) anbieten. Die entsprechende

Workshop von AWMF und ÄZQ

Leitlinien-Aktivitäten in den deutschsprachigen Ländern – Bestandaufnahme und Kooperationsmöglichkeiten

5.12.05 16.-17.30 Lyon

Guenter Ollenschläger (ÄZQ, Berlin) Ina Kopp (AWMF, Marburg / Düsseldorf)

Folie 4

16. Leitlinienkonferenz der AWMF

Zeit: am Freitag, **09.12.2005**
9:45 bis ca. 16:00 Uhr

Ort: im Hörsaal des Langenbeck-Virchow-Hauses der DGCh,
Luisenstr. 58/59, 10117 **Berlin** (Mitte)

Folie 5

16. Leitlinienkonferenz der AWMF Berlin 09.12.2005

9:45-10:00 Begrüßung (H.K. Selbmann, Tübingen)

10:00-10:15 Grußworte (H. Bauer, Berlin; A. Encke, Frankfurt)

10:15-11:45 Leitlinien im Gesundheitswesen: Kompetenzen, Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten

- Position des G-BA (R. Hess, Siegburg)
- Position der AWMF (H.K. Selbmann, Tübingen)
- Position der ärztlichen Körperschaften BÄK/KBV (G. Ollenschläger, Berlin)
- Position des IQWiG (P.T. Sawicki, Köln)
- Leitlinienmethodik: Strategien der AWMF (I. Kopp, Marburg)

11:45-13:00 Wahrgenommene Wirklichkeit und zukünftige Erwartungen – Diskussion (Mod. Selbmann)

BMGS (H. Kastenholz), BÄK (G. Jonitz), KBV (B. Gibis), DKG (N. Schlottmann), IQWiG (P.T. Sawicki), MDS (J. Windeler), AWMF (A. Encke), Vertreter der Patienten (M. Danner)

Folie 6

16. Leitlinienkonferenz der AWMF Berlin 09.12.2005

13:45-14:45 LL-Koordinierung am Beispiel von „Modell“-Leitlinien

- S3-Leitlinie Enterale Ernährung (L. Valentini, Berlin)
- S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie der Colitis Ulcerosa (J.C. Hoffmann, Berlin)
- S3-Leitlinie (in Entw.) Diagnostik und Therapie unipolarer depressiver Störungen (P. Sitta, Freiburg)
- Nationale Versorgungsleitlinie Asthma (M. Lelgemann, Berlin)

14:45-15:45 Implementierung von Leitlinien

- Übersicht - Modellprojekte (G. Ollenschläger, Berlin)
- Praktische Erfahrungen: DEGAM-Leitlinien (F.M. Gerlach, Frankfurt)
- Praktische Erfahrungen: Mammakarzinom (I. Schreier, Kiel)

15:45-16:00 Schlusswort (H. K. Selbmann, Tübingen)

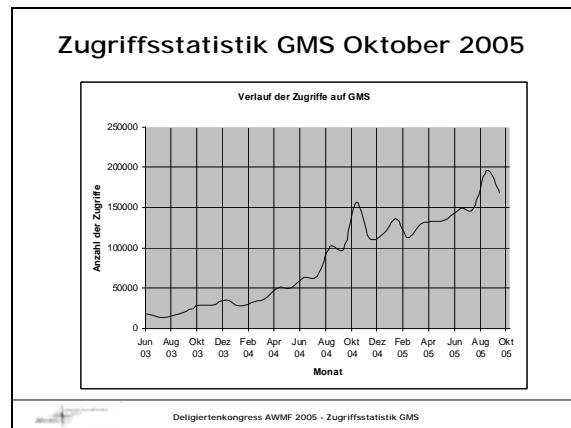
Folie 7

Folie 8

Anlage 2 zu TOP 4:



Folie 1



Folie 2

Artikelzahl insgesamt: 206

Journal	Anzahl veröffentlichter Artikel
gms e-journal	26
awmf	57
psm	18
tss	6
zma	61
cto	27
mibe	13

Deligiertenkongress AWMF 2005 - Zugriffsstatistik GMS

Folie 3

Journalzugriffe Oktober 2005

awmf	4218
cto	2387
gms	7177
mbi	1766
mibe	3176
psm	3845
tss	1230
zma	5133

Deligiertenkongress AWMF 2005 - Zugriffsstatistik GMS

Folie 4

Artikel-Ranking im Oktober 2005

[Zugriffe]: [Datei]

1100	/pdf/meetings/ruecken2004/04ruecken1.pdf
1003	/xml/meetings/dgu2004/04dgu0013.xml
636	/en/meetings/ruecken2004/04ruecken1.shtml
529	/pdf/journals/mibe/2005-1/mibe000001.pdf
357	/pdf/gms/2005-3/000020.pdf
351	/en/meetings/dgu2003/03dgu0141.shtml
331	/en/meetings/dgu2004/04dgu1026.shtml

Deligiertenkongress AWMF 2005 - Zugriffsstatistik GMS

Folie 5

Anlage 3 zu TOP 7:

Strukturqualität von Krankenhäusern und Mindestmengen

VLK H.F. Weiser
Verband der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e.V.

Folie 1

Mindestmengenregelung als Qualitätsindikator

- Fallpauschalengesetz §17b 23.04.2002
- BMGS und Spitzenverbände der GKV (MDS) fordern 1. MM-Katalog 4. Quartal 2003
- Unterstützung durch einige Fachgesellschaften und Berufsverbände
- DKG/VLK → Datenlage von Studien/Metaanalysen inkonsistent:
 - Case Mix Adjustierung
 - Heterogene Auswertungsmethoden
 - Unterschiedliche Ergebnisvariablen
 - Deutsche Versorgungsdaten (→)
- Auswirkungen auf die deutsche Krankenhauslandschaft → Prognosemodelle ??

VLK

Folie 2

BÄK-Gutachten 2003 (Prof. Dr. med. Geraedts)

"... stellt sich die methodische Studienqualität als hoch problematisch dar."

"Keine auf hohen Evidenzlevel abgesicherte Korrelation von Leistungsmengen und Versorgungsqualität"

⇒ Positiver Trend

VLK

Folie 3

Intention der Selbstverwaltungspartner 2003

- Positives Signal an Politik → Qualitätssicherung ↑
- Erarbeitung wiss. valider und rechtssicherer Mindestmengen und Schwellenwerte durch GBA (91/7) und IQWIG
- Einbeziehung deutscher Versorgungsdaten
- Wenn Datenlage nach Überprüfung durch "Stabsstelle f. Methodik u. Statistik (GBA/IQWIG)" weiterhin inkonsistent, d.h. ausreichend hohe Evidenz nicht nachweisbar
⇒ Struktur- und Prozessqualität

VLK

Folie 4

Entwicklung GBA/IQWIG 2004/05

GKV präferiert Mindestmengen und Schwellenwertberechnungen unter dem Mantel der Qualitätsverbesserung unverhohlen als Instrument zum Ausschluss von Leistungsanbietern und zur Kostenreduktion!

GBA §91 Abs. 7 SGB V 20.09.2005 MM-Katalog 01.01.2006	- Lebertransplantation	10 → 20 /KH	}	Substitutionsengriffe
	- Nierentransplantation	20 → 25 /KH		
	- Komplex. Ösophagus	5 → 10 /KH		
	- Komplex. Pankreas	5 → 10 /KH		
	- Stammzelltransplant.	10 → 25 /KH		
	• Knie-TEP	50 /KH		

VLK

Folie 5

GBA Auftrag → IQWIG 09.06.2005

"Entwicklung und Anwendung von Modellen zur Berechnung von Schwellenwerten bei Mindestmengen für die Knie-Totalendoprothese"

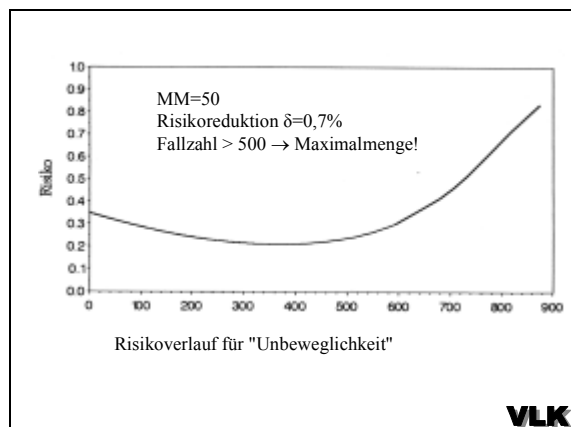
Vorbericht: 17.10.2005 BQS-Datenpool 2004 → 110 349
2003 → 90 004

- Qualitätsindikatoren:

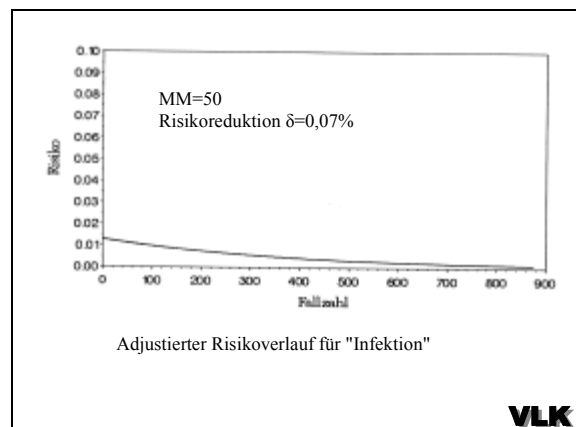
- Beweglichkeit (Extension/Flexion mindestens 0/0/90)
- Postop. Wundinfektion (CDC-Kriterien)

VLK

Folie 6



Folie 7



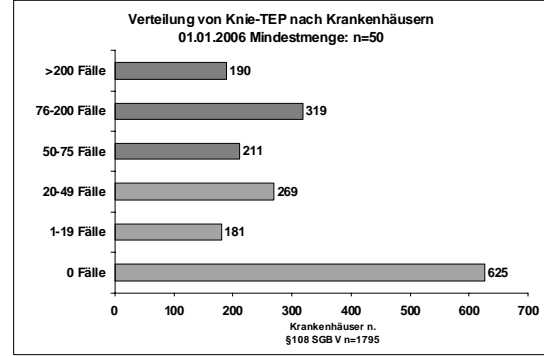
Folie 8

IQWiG-Schlussfolgerung bei MM=50 (17.10.2005)

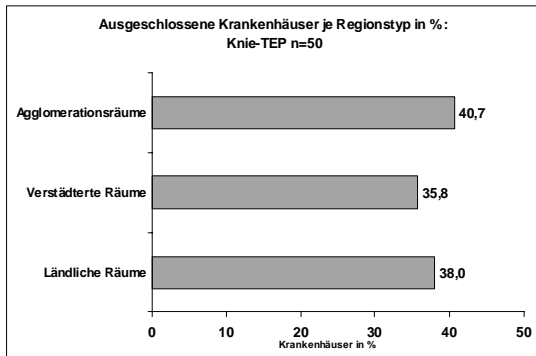
"Damit stellt die eingeführte MM=50 keine Maßnahme dar, für die aus den BQS-Daten bzgl. der gewählten Qualitätsindikatoren eine relevante Qualitätsverbesserung abzuleiten ist."



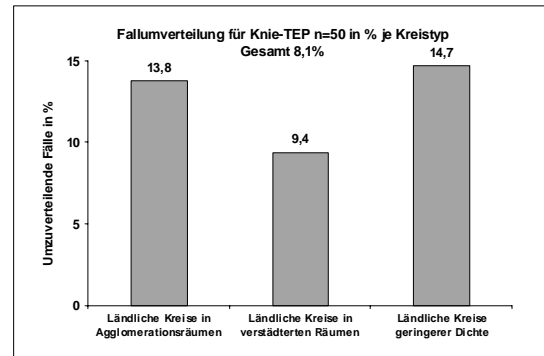
Folie 9



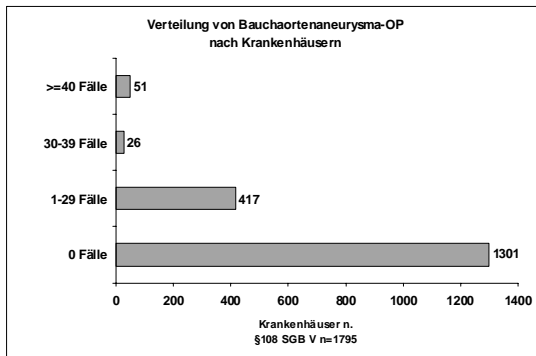
Folie 10



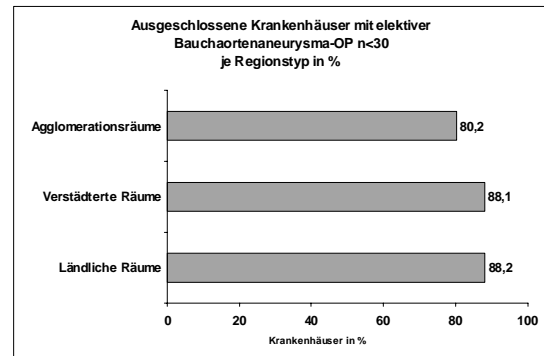
Folie 11



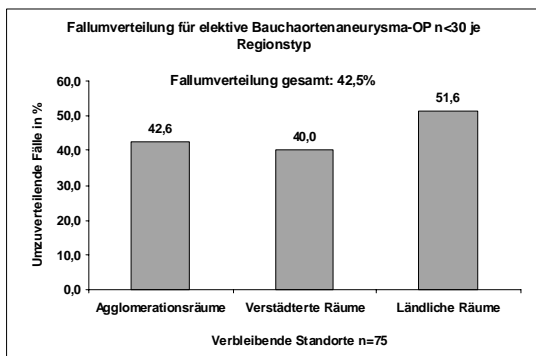
Folie 12



Folie 13



Folie 14



Folie 15

Konsequenzen nach 2-jähriger MM-Diskussion

Alle am Entscheidungsprozess Beteiligten einschließlich der Patientenvertreter im GBA haben weitgehend realisiert, dass die Spitzenverbände der GKV weniger die Versorgungsqualität als vielmehr Leistungsausschluss und Kostenreduktion zum Ziel haben.

- Politische und öffentliche Kritik
- Handlungsdruck ↑
- Einsicht ?



Folie 16

Konsequenzen nach 2-jähriger MM-Diskussion

- 05.08.2004 Antrag der GKV/MM-Staffelung für NICU/VLBW-Neugeborene nach Regionstypen
 Behandlungsfälle 2005 n=15-30; 2006 n=20-35; 2007 n=20-40
- ⇒ Erstmals Struktur- und Prozessqualität als Qualitätsparameter unter Verzicht auf Mindestmengen
 Beschluss GBA gemäß §91/7 SGB V vom 20.09.2005 mit Wirkung zum 01.01.2006
- (Kinder Hämatologie-Onkologie)

VLK

Folie 17

"Vereinbarung über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen"

Fachgesellschaften/Verbände

Stufenkonzept (Level 1-4) gestaffelt nach Pat.-Risiko und Versorgungsnotwendigkeit

- Perinatalzentrum Level 1 → Höchstes Pat.risiko
- Perinatalzentrum Level 2 → Intermediäre Versorgung hohes Risiko
- Perinataler Schwerpunkt → Kinderklinik+Geburtsklinik
- Geburtsklinik

VLK

Folie 18

Vorteile: Struktur- / Prozessqualität

- Definition von Versorgungseinrichtungen n. Stand des med. Wissens u. Versorgungsnotwendigkeit
- Festlegung personeller und fachlicher Anforderungen
- Festlegung organisatorischer und infrastruktureller Anforderungen
- Definition von Maßnahmen zur Qualitätssicherung
- Konsentierung von Nachweisverfahren

Ergebnisqualität ↑

VLK

Folie 19

Fazit: Mindestmengen/Schwellenwerte vs. Struktur- und Prozessqualität

- ⇒ Weitgehende Unabhängigkeit von Datenqualität
- ⇒ Multiple Steuerungsgrößen zur Qualitätsverbesserung
- ⇒ Planungssicherheit für Leistungserbringer

Kostenreduktion ?

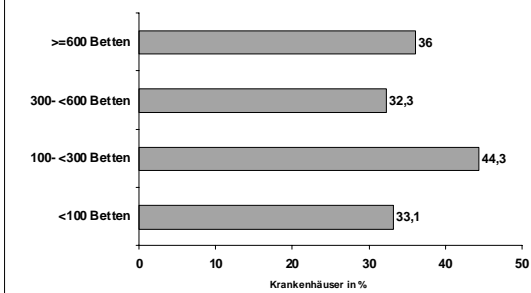
Gültiger MM-Katalog ?

Antrag auf Aussetzung MM Knie-TEP bis 2007

VLK

Folie 20

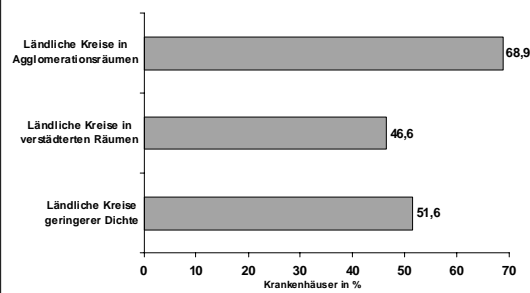
Ausgeschlossene Krankenhäuser je Bettengrößenklasse:
Knie-TEP n=50



DKI

Folie 21

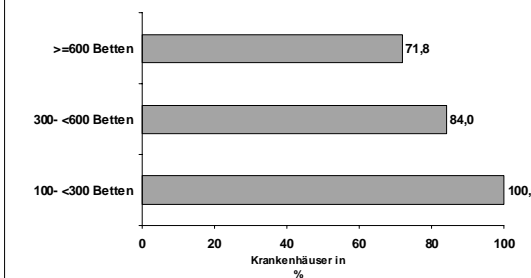
Ausgeschlossene Krankenhäuser je Kreistyp in %:
Knie-TEP n=50



DKI

Folie 22

Ausgeschlossene Krankenhäuser mit elektiver
Bauchaortenaneurysma-OP n<30
je Bettengrößenklasse in %



DKI

Folie 23

Anlage 4 zu TOP 8:

Wissenschaftliche Begleitung zur Einführung der Früherkennungskoloskopie

Ausgewählte Ergebnisse des Koloskopiescreenings Im Zeitvergleich 2003 und 2004

Vortrag bei der Delegiertenkonferenz der AWMF am 12. November 2005 in Frankfurt a. M.

Dr. Gerhard Brenner
Dr. Lutz Altenhofen

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland
Herbert-Lewin-Platz 3, 10623 Berlin
Tel. (030) 4005 - 24 01 – Fax (030) 39 49 37 39
E-Mail: gbrenner@kbv.de

Folie 1

Wissenschaftliche Begleitung zur Einführung der Früherkennungskoloskopie

Vergleich der vorläufigen Ergebnisse aus dem Jahr 2004 mit Ergebnissen aus dem Jahr 2003

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung
Herbert-Lewin-Platz 3, 10623 Berlin

Folie 2

Wissenschaftliche Begleitung zur Einführung der Früherkennungskoloskopie

Wissenschaftliche Begleitung zum Koloskopiescreening durch das ZI

- Okt. 2002 Erweiterung des Krebsfrüherkennungsprogramms um das Koloskopiescreening
- April 2003 Beauftragung des ZI mit wissenschaftlicher Begleituntersuchung durch Spitzenverbände der Krankenkassen und KBV
- Febr. 2005 Veröffentlichung des Jahresberichts 2003 „Früherkennung des Darmkrebses und möglicher Vorstufen“
- Juli 2005 Nachbefragung zu Komplikationen und Tumorstadien
- Sept. 2005 Versand der Feedback-Berichte 2003 an ca. 1.800 koloskopierende Arztpraxen
- Nov. 2005 Vorlage der Entwurfsfassung des Jahresberichts 2004 an wissenschaftlichen Beirat und Auftraggeber
- Jan. 2006 Versand der Feedback-Berichte 2004 an koloskopierende Arztpraxen

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung
Herbert-Lewin-Platz 3, 10623 Berlin

Folie 3

Wissenschaftliche Begleitung zur Einführung der Früherkennungskoloskopie

Früherkennungs-Koloskopien 2003 und 2004

Jahr	abgerechnet	dokumentiert
2003	509	303
2004	606	538

Auswertungsquote: 2003: 59,5% ; 2004: 88,7%

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung
Herbert-Lewin-Platz 3, 10623 Berlin

Folie 4

Wissenschaftliche Begleitung zur Einführung der Früherkennungskoloskopie

Beteiligung der Bevölkerung 2004

Alter in Jahren	Männer	Frauen
über 79	0,6	0,3
75-79	1,5	1,2
70-74	2,3	2,1
65-69	3,3	3,5
60-64	3,7	4,6
55-59	2,7	4,0
Gesamt	2,7	2,7

N (2004) = 537.734

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung
Herbert-Lewin-Platz 3, 10623 Berlin

Folie 5

Wissenschaftliche Begleitung zur Einführung der Früherkennungskoloskopie

Kumulative Beteiligung der Bevölkerung 2003 und 2004

Alter in Jahren	Männer	Frauen
über 79	1,0	0,5
75-79	2,7	2,1
70-74	4,2	3,9
65-69	6,0	6,6
60-64	6,6	8,6
55-59	5,0	7,5
Gesamt	4,9	5,0

N = 840.786

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung
Herbert-Lewin-Platz 3, 10623 Berlin

Folie 6

Wissenschaftliche Begleitung zur Einführung der Früherkennungskoloskopie

Geschlechtsverteilung der Koloskopieteilnehmer 2003 und 2004

Geschlecht	2003	2004
Frauen	59,5	57,8
Männer	40,5	42,2

N (2004) = 537.734

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung
Herbert-Lewin-Platz 3, 10623 Berlin

Folie 7

Wissenschaftliche Begleitung zur Einführung der Früherkennungskoloskopie

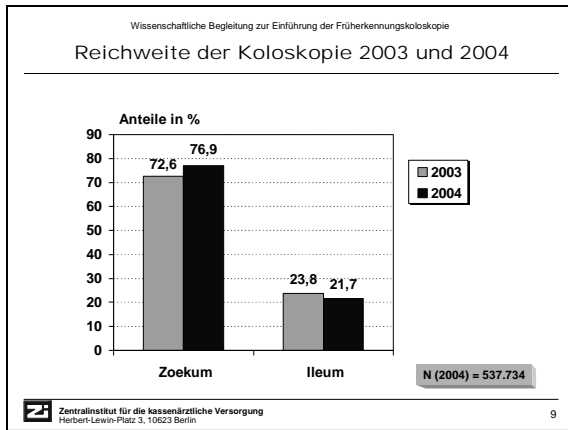
Altersverteilung der Teilnehmer 2003 und 2004

Alter in Jahren	2003	2004
über 79	1,7	2,0
75-79	5,5	6,0
70-74	11,8	12,4
65-69	25,9	26,8
60-64	34,1	31,3
55-59	20,9	21,5

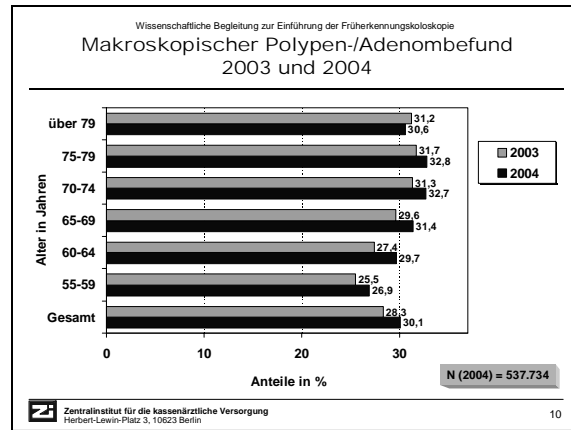
N (2004) = 537.734

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung
Herbert-Lewin-Platz 3, 10623 Berlin

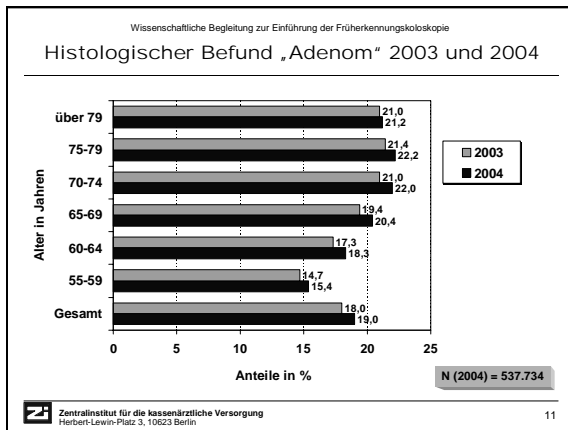
Folie 8



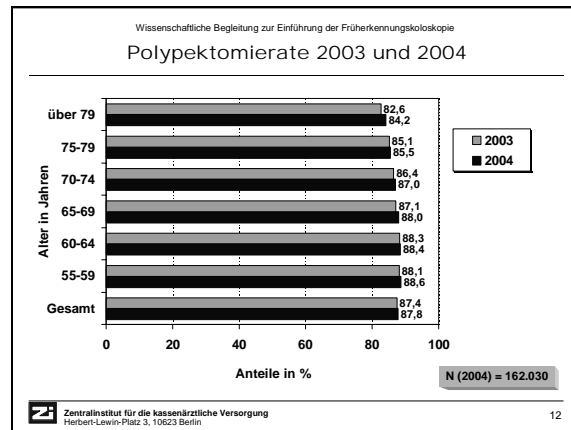
Folie 9



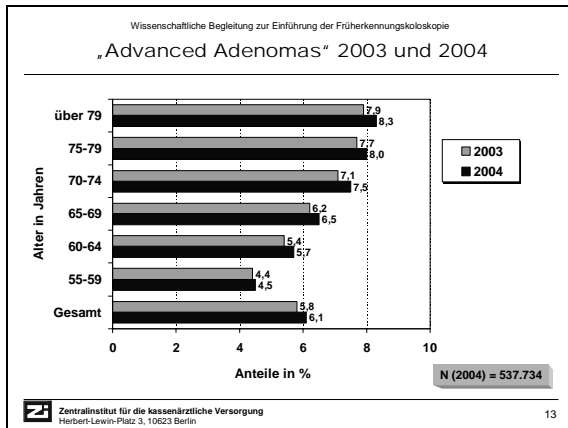
Folie 10



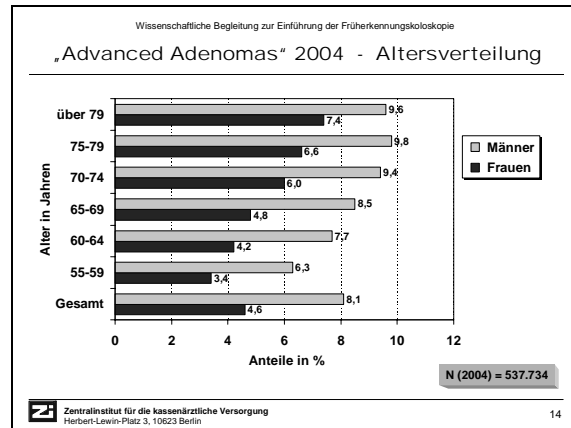
Folie 11



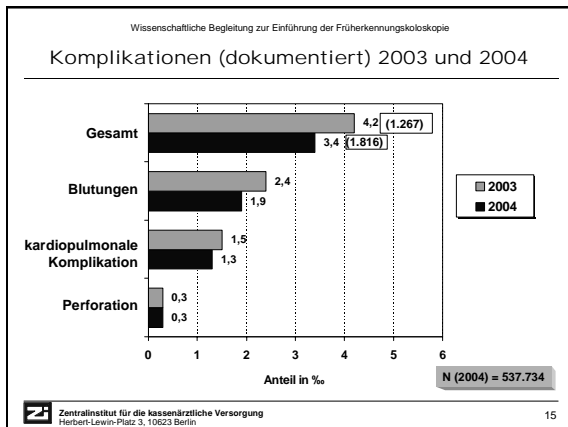
Folie 12



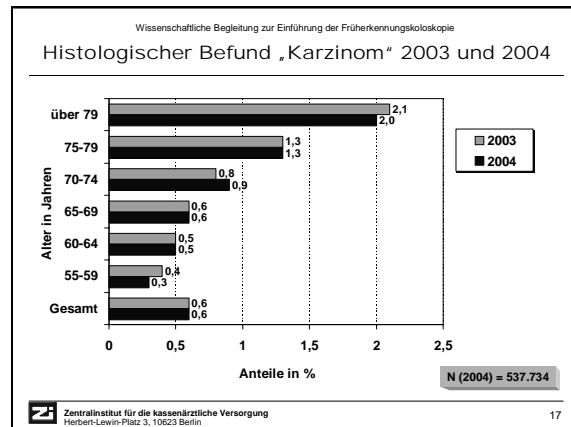
Folie 13



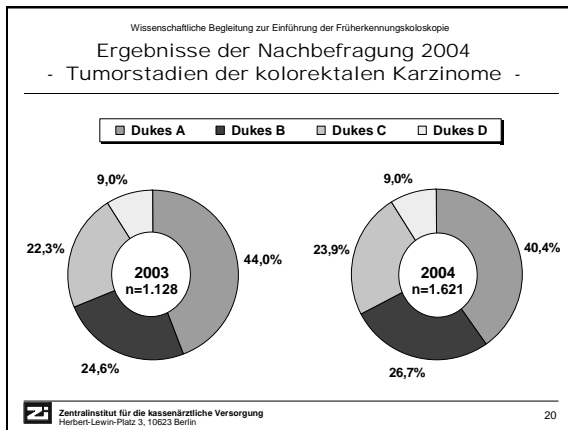
Folie 14



Folie 15



Folie 16



Folie 17

- Wissenschaftliche Begleitung zur Einführung der Früherkennungskoloskopie
- Resümee aus dem Koloskopiescreening
- Ca. 600.000 Teilnehmer pro Jahr
 - Akzeptanzsteigerung ca. 18 % gegenüber 2003
 - Kumulative Beteiligungsrate über 10 Jahre liegt z. Zt. bei 25 % der Berechtigten
 - Hohe Beteiligungsrate von Frauen im Alter zwischen 55 und 65 Jahren
 - Stabile Ergebnisse über Befunde und Diagnosen im Zweijahresvergleich
 - Jeder dritte Teilnehmer hat einen Polypen-/Adenombefund
 - Risikogruppe mit fortgeschrittenem Adenom (ca. 6 %) hat den größten Nutzen
- Zentrallinstitut für die kassenärztliche Versorgung
Herbert-Lewin-Platz 3, 10623 Berlin
- 22

Folie 18

- Wissenschaftliche Begleitung zur Einführung der Früherkennungskoloskopie
- Resümee aus dem Koloskopiescreening
- Hohe Polypektomierate vermeidet zukünftige Karzinomentwicklung
 - 0,6 % der Teilnehmer haben eine histologisch gesicherte Karzinomdiagnose
 - 67 % der Karzinomfälle liegen in den prognostisch günstigen Stadien Duke A und B
 - Männer haben gemessen an den entdeckten Befunden tendenziell ein höheres Risiko als Frauen
 - Hohe Sicherheit des Screenings mit ca. 4 Komplikationen auf 1.000 Fälle
 - Validierung und Stadienermittlung durch Nachbefragung
- Zentrallinstitut für die kassenärztliche Versorgung
Herbert-Lewin-Platz 3, 10623 Berlin
- 23

Folie 19

Anlage 5 zu TOP 9:

Versorgungsforschung

Holger Pfaff
Vortrag vor der Delegiertenkonferenz der AWMF,
12. November 2005, Frankfurt a. M.

ZVfK
Zentrum für
Versorgungsforschung
Köln

Univ.-Prof. Dr. Holger Pfaff
Sprecher des ZVfK
www.zvfk.de
www.medizin.uni-koeln.de/institute/arbeitsmedizin

Abteilung Medizinische Soziologie,
Inst. f. Arbeits- und Sozialmedizin,
Univ. zu Köln

Folie 1

Gliederung

- 1 Was ist Versorgungsforschung?
- 2 Weshalb Versorgungsforschung?
- 3 Aktivitäten der Versorgungsforschung
- 4 Die wichtige Rolle der Fachgesellschaften
- 5 Fazit

ZVfK
Zentrum für
Versorgungsforschung
Köln

Univ.-Prof. Dr. Holger Pfaff
Sprecher des ZVfK
www.zvfk.de
www.medizin.uni-koeln.de/institute/arbeitsmedizin

Abteilung Medizinische Soziologie,
Inst. f. Arbeits- und Sozialmedizin,
Univ. zu Köln

Folie 2

Definition der Bundesärztekammer

„Versorgungsforschung ist die wissenschaftliche Untersuchung der Versorgung

- von Einzelnen und
- der Bevölkerung

mit gesundheitsrelevanten Produkten und Dienstleistungen unter Alltagsbedingungen“

Quelle: Arbeitskreis Versorgungsforschung beim wissenschaftlichen Beirat der BÄK; 2004: 2

ZVfK
Zentrum für
Versorgungsforschung
Köln

Univ.-Prof. Dr. Holger Pfaff
Sprecher des ZVfK
www.zvfk.de
www.medizin.uni-koeln.de/institute/arbeitsmedizin

Abteilung Medizinische Soziologie,
Inst. f. Arbeits- und Sozialmedizin,
Univ. zu Köln

Folie 3

Wissenschaftliche Aufgaben der Versorgungsforschung

1. Beschreibung der Versorgungssituation
2. Erklärung der Versorgungssituation
3. Wissenschaftlicher Beitrag zur Verbesserung der Versorgungssituation (Konzepterstellung)
4. Wissenschaftliche Begleitung neuer und vorhandener Versorgungskonzepte (Versorgungsstrukturen und –prozesse)
5. Evaluation neuer und vorhandener Versorgungskonzepte unter Alltagsbedingungen (effectiveness)

1-2 = Grundlagenforschung & anwendungsnahe Forschung
3-5 = Beiträge der Versorgungsforschung zur „lernenden Versorgung“

ZVfK
Zentrum für
Versorgungsforschung
Köln

Univ.-Prof. Dr. Holger Pfaff
Sprecher des ZVfK
www.zvfk.de
www.medizin.uni-koeln.de/institute/arbeitsmedizin

Abteilung Medizinische Soziologie,
Inst. f. Arbeits- und Sozialmedizin,
Univ. zu Köln

Folie 4

Versorgungsforschung = 3. Säule medizinischer Forschung

Biomedizinische
Forschung

↓

Klinische
Forschung

↓

Versorgungs-
forschung

ZVfK
Zentrum für
Versorgungsforschung
Köln

Univ.-Prof. Dr. Holger Pfaff
Sprecher des ZVfK
www.zvfk.de
www.medizin.uni-koeln.de/institute/arbeitsmedizin

Abteilung Medizinische Soziologie,
Inst. f. Arbeits- und Sozialmedizin,
Univ. zu Köln

Folie 5

Gegenstand der Versorgungsforschung I

Versorgungssystem

Input → Throughput
- Versorgungsstrukturen
- Versorgungsprozesse → Output → Outcome

z. B.:
- Ressourcen
- Leitlinien

Versorgungsleistung

Wirkung/
Ergebnis

z.B. Fachärzte z.B. Brustzentren z.B. OP/Chemotherapie Lebensqualität/
Rezidivrate

ZVfK
Zentrum für
Versorgungsforschung
Köln

Univ.-Prof. Dr. Holger Pfaff
Sprecher des ZVfK
www.zvfk.de
www.medizin.uni-koeln.de/institute/arbeitsmedizin

Abteilung Medizinische Soziologie,
Inst. f. Arbeits- und Sozialmedizin,
Univ. zu Köln

Folie 6

Gegenstand der Versorgungsforschung II

Versorgung

Präventive
Versorgung

Kurative
Versorgung

Rehabilitative
Versorgung

ZVfK
Zentrum für
Versorgungsforschung
Köln

Univ.-Prof. Dr. Holger Pfaff
Sprecher des ZVfK
www.zvfk.de
www.medizin.uni-koeln.de/institute/arbeitsmedizin

Abteilung Medizinische Soziologie,
Inst. f. Arbeits- und Sozialmedizin,
Univ. zu Köln

Folie 7

Was ist neu an der Versorgungsforschung?

Organisationsblick:
Versorgungsstrukturen und –prozesse aus der Sicht der Sozial- und Verhaltenswissenschaften

Verhaltensblick:
Arzt- und Patientenverhalten aus der Sicht der Sozial- und Verhaltenswissenschaften

Wirkungsgrad-Frage:
Wie viel kommt letztlich beim Patienten an?

ZVfK
Zentrum für
Versorgungsforschung
Köln


Univ.-Prof. Dr. Holger Pfaff
Sprecher des ZVfK
www.zvfk.de
www.medizin.uni-koeln.de/institute/arbeitsmedizin

Abteilung Medizinische Soziologie,
Inst. f. Arbeits- und Sozialmedizin,
Univ. zu Köln

Folie 8


Gliederung

- 1 Was ist Versorgungsforschung?
- 2 Weshalb Versorgungsforschung?**
- 3 Aktivitäten der Versorgungsforschung
- 4 Die wichtige Rolle der Fachgesellschaften
- 5 Fazit



ZVFK
Zentrum für
Versorgungsforschung
Köln

Univ.-Prof. Dr. Holger Pfaff
Sprecher des ZVFK
www.zvfk.de
www.medizin.uni-koeln.de/institute/arbeitsmedizin



Abteilung Medizinische Soziologie,
Inst. f. Arbeits- und Sozialmedizin,
Univ. zu Köln

Folie 9


Weshalb Versorgungsforschung?

Problemstellung:

1. Versorgungsprobleme sind meist komplex und disziplinenübergreifend („Versorgungsprobleme „kennen“ keine Disziplinen“)
2. Die Gesundheitspolitik führt flächendeckende Großversuche ohne Pretest, Vorher-Nachher-Messung und Politikfolgenforschung durch (Folge: z.B. kein Ausmerzen der „Kinderkrankheiten“ vor dem Start möglich: „Toll Collect“-Problem; Lernen wird erschwert)
3. Das Gesundheitswesen besitzt zur Zeit nur eine begrenzte Kapazität zur Lösung der Versorgungsprobleme


Lösung:

Erhöhung der Problemlösungskapazität durch Versorgungsforschung und die Etablierung eines lernenden Versorgungssystems



ZVFK
Zentrum für
Versorgungsforschung
Köln

Univ.-Prof. Dr. Holger Pfaff
Sprecher des ZVFK
www.zvfk.de
www.medizin.uni-koeln.de/institute/arbeitsmedizin




Abteilung Medizinische Soziologie,
Inst. f. Arbeits- und Sozialmedizin,
Univ. zu Köln

Folie 10

Ziele der Versorgungsforschung


1. Wissen über die Kranken- und Gesundheitsversorgung generieren
2. Wissenschaftliche Untersuchung der relativen Wirksamkeit (effectiveness) von Behandlungsmethoden, Verfahren, Leitlinien und komplexen Strategien im Gesundheitswesen.
3. Umsetzung der wissenschaftlichen Erkenntnisse in die Versorgungspraxis verbessern (z.B. Leitlinienumsetzung)
4. Ein lernendes Versorgungs- und Gesundheitssystem etablieren

=> Versorgungsforschung untersucht die „letzte Meile“ im Gesundheitswesen:
Krankenhaus, Arztpraxis, Patient



ZVFK
Zentrum für
Versorgungsforschung
Köln

Univ.-Prof. Dr. Holger Pfaff
Sprecher des ZVFK
www.zvfk.de
www.medizin.uni-koeln.de/institute/arbeitsmedizin




Abteilung Medizinische Soziologie,
Inst. f. Arbeits- und Sozialmedizin,
Univ. zu Köln

Folie 11


Gliederung

- 1 Was ist Versorgungsforschung?
- 2 Weshalb Versorgungsforschung?
- 3 Aktivitäten der Versorgungsforschung**
- 4 Die wichtige Rolle der Fachgesellschaften
- 5 Fazit



ZVFK
Zentrum für
Versorgungsforschung
Köln

Univ.-Prof. Dr. Holger Pfaff
Sprecher des ZVFK
www.zvfk.de
www.medizin.uni-koeln.de/institute/arbeitsmedizin




Abteilung Medizinische Soziologie,
Inst. f. Arbeits- und Sozialmedizin,
Univ. zu Köln

Folie 12


Übergreifende Aktivitäten

1. Ständige Kongresskommission Deutscher Kongress für Versorgungsforschung (Stand 10.11.2005: 33 Fachgesellschaften)
<http://www.dkvf.de>
2. Ständige Koordinationsgruppe Versorgungsforschung beim Vorstand des Wissenschaftlichen Beirates der Bundesärztekammer
<http://www.bundesaeztekammer.de>
3. Clearingstelle Versorgungsforschung Nordrhein-Westfalen
<http://www.versorgungsforschung.nrw>



ZVFK
Zentrum für
Versorgungsforschung
Köln

Univ.-Prof. Dr. Holger Pfaff
Sprecher des ZVFK
www.zvfk.de
www.medizin.uni-koeln.de/institute/arbeitsmedizin



Abteilung Medizinische Soziologie,
Inst. f. Arbeits- und Sozialmedizin,
Univ. zu Köln


Folie 13

Ständige Kongresskommission: Kongresse und Memoranden

(1) Deutscher Kongress für Versorgungsforschung (DKVF)


Jahr	Ort	Ausrichter
1. DKVF 2002	Köln	Univ. Köln
2. DKVF 2003	Hamburg	Psychosoz. FG der AWMF
3. DKVF 2004	Bielefeld	DGPH
4. DKVF 2005	Berlin	DGSMP & DGMS
5. DKVF 2006	Ludwigshafen	DGK
6. DKVF 2007	Dresden	DGPH
7. DKVF 2008	Düsseldorf	DGCH
8. DKVF 2009	noch zu benennen	DEGAM

(2) Memorandum zur Versorgungsforschung I (2003) & II (2005)



ZVFK
Zentrum für
Versorgungsforschung
Köln

Univ.-Prof. Dr. Holger Pfaff
Sprecher des ZVFK
www.zvfk.de
www.medizin.uni-koeln.de/institute/arbeitsmedizin



Abteilung Medizinische Soziologie,
Inst. f. Arbeits- und Sozialmedizin,
Univ. zu Köln

Folie 14


Versorgungsforschung – international

Links zu internationalen HSR-Organisationen/Netzwerken (Auswahl):

USA
<http://www.ahrq.gov>
<http://www.nlm.nih.gov/hsrph.html>


UK
<http://www.hsra.ac.uk>
http://www.nhsconfed.org/influencing/health_services_research_network.asp
<http://www.nice.org.uk>

Australia/NZ
<http://www.chere.uts.edu.au/hsraanz>



ZVFK
Zentrum für
Versorgungsforschung
Köln

Univ.-Prof. Dr. Holger Pfaff
Sprecher des ZVFK
www.zvfk.de
www.medizin.uni-koeln.de/institute/arbeitsmedizin




Abteilung Medizinische Soziologie,
Inst. f. Arbeits- und Sozialmedizin,
Univ. zu Köln

Folie 15


Gliederung

- 1 Was ist Versorgungsforschung?
- 2 Weshalb Versorgungsforschung?
- 3 Aktivitäten der Versorgungsforschung
- 4 Die wichtige Rolle der Fachgesellschaften**
- 5 Fazit



ZVFK
Zentrum für
Versorgungsforschung
Köln




Univ.-Prof. Dr. Holger Pfaff
Sprecher des ZVFK
www.zvfk.de
www.medizin.uni-koeln.de/institute/arbeitsmedizin



Abteilung Medizinische Soziologie,
Inst. f. Arbeits- und Sozialmedizin,
Univ. zu Köln




Folie 16

Versorgungsforschung = Medizin + Gesundheits- und Sozialwissenschaften		
Krankenversorgung beinhaltet Interventionen in folgende Systeme:		
Körpersystem	=>	Medizin
Psychisches System	=>	Psychologie
Soziales System (z.B. Klinik)	=>	Soziologie
=> Versorgungsforschung	=	Medizin + Gesundheits- und Sozialwissenschaften

 ZVFK Zentrum für Versorgungsforschung Köln
 Univ.-Prof. Dr. Holger Pfaff Sprecher des ZVFK www.zvfk.de
 Abteilung Medizinische Soziologie, Inst. f. Arbeits- und Sozialmedizin, Univ. zu Köln




Folie 17

Gesundheits- und Sozialwissenschaften
<ul style="list-style-type: none"> Gesundheits- und Sozialwissenschaften (Public Health): z.B.: <ul style="list-style-type: none"> Medizinische Soziologie Medizinische Psychologie Sozialmedizin Epidemiologie und Statistik Gesundheitsökonomie Sozialwissenschaftliche Organisationsforschung Gesundheits- und Sozialwissenschaften sind die Grundlagenfächer der Versorgungsforschung Sie liefern die <ul style="list-style-type: none"> theoretischen und die methodischen Grundlagen

 ZVFK Zentrum für Versorgungsforschung Köln
 Univ.-Prof. Dr. Holger Pfaff Sprecher des ZVFK www.zvfk.de
 Abteilung Medizinische Soziologie, Inst. f. Arbeits- und Sozialmedizin, Univ. zu Köln




Folie 18

Integration als Voraussetzung für gute Versorgungsforschung
<p>Zentrale Integrationsaufgaben</p> <ol style="list-style-type: none"> Integration der relevanten wissenschaftlichen Fächer <ul style="list-style-type: none"> Integration der klinischen Fächer Integration der nicht-klinischen - methodischen und psychosozialen - Fächer Integration von klinischen und nicht-klinischen Fächern Integration von Wissenschaft und Praxis

 ZVFK Zentrum für Versorgungsforschung Köln
 Univ.-Prof. Dr. Holger Pfaff Sprecher des ZVFK www.zvfk.de
 Abteilung Medizinische Soziologie, Inst. f. Arbeits- und Sozialmedizin, Univ. zu Köln




Folie 19

Nutzen der Versorgungsforschung für die Fachgesellschaften
<ul style="list-style-type: none"> Erhöhung des Wirkungsgrades der medizinischen Forschung Erhöhung der Kompetenz, fachspezifische, fachübergreifende und allgemeine Versorgungsprobleme zu lösen Gemeinsame Entwicklung fachübergreifender Versorgungskonzepte Gemeinsame Entwicklung und Nutzung von angemessenen Forschungsmethoden und -theorien <p>⇒ Plattform für den Wissensaustausch schaffen (Plattform-Strategie)</p>

 ZVFK Zentrum für Versorgungsforschung Köln
 Univ.-Prof. Dr. Holger Pfaff Sprecher des ZVFK www.zvfk.de
 Abteilung Medizinische Soziologie, Inst. f. Arbeits- und Sozialmedizin, Univ. zu Köln




Folie 20

Wie können die Fachgesellschaften Versorgungsforschung fördern?
<ul style="list-style-type: none"> AG Versorgungsforschung innerhalb der Fachgesellschaft Aktive Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses im Bereich Versorgungsforschung (Anreize schaffen) Public Health-Ausbildung in Deutschland erhalten: Zusatzqualifikation für Mediziner (MPH) Grundlagenfächer der Versorgungsforschung an den Fakultäten erhalten und ausbauen <ul style="list-style-type: none"> Medizinische Soziologie Medizinische Psychologie Gesundheitsökonomie Epidemiologie und Statistik Public Health

 ZVFK Zentrum für Versorgungsforschung Köln
 Univ.-Prof. Dr. Holger Pfaff Sprecher des ZVFK www.zvfk.de
 Abteilung Medizinische Soziologie, Inst. f. Arbeits- und Sozialmedizin, Univ. zu Köln

Folie 21

Fazit
<p>Versorgungsforschung</p> <ul style="list-style-type: none"> ist ein national und international aufstrebendes Fach kann nur interdisziplinär betrieben werden führt die arbeitsteiligen Fächer durch die Problemorientierung wieder zusammen ist die dritte Säule der medizinischen Forschung setzt Förderung des Nachwuchses und der gesundheits- und sozialwissenschaftlichen Grundlagenfächer voraus erhöht – gut gemacht – den Wirkungsgrad medizinischer Forschung <p>⇒ Versorgungsforschung = Optimierung der letzten Meile</p>

 ZVFK Zentrum für Versorgungsforschung Köln
 Univ.-Prof. Dr. Holger Pfaff Sprecher des ZVFK www.zvfk.de
 Abteilung Medizinische Soziologie, Inst. f. Arbeits- und Sozialmedizin, Univ. zu Köln

Folie 22

Anlage 6 zu TOP 10:

Medizinischer Dienst und klinische Forschung

Prof. Dr. med. Jürgen Windeler
Leitender Arzt
Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS), Essen

Vorsitzender des
Deutschen Netzwerks Evidenz-basierte Medizin (DNEbM)

Prof. Dr. med. J. Windeler 1 / 13 MDS, 2005

Folie 1

Was ist der Medizinische Dienst ?

SGB V, Neuntes Kapitel, §§ 275 ff.

Medizinische Dienste der Krankenkassen (16 MDK)
Medizinischer Dienst der Spitzenverbände (MDS)
Ca. 6.000 Mitarbeiter, davon mehr als 1.000 Ärzte
Beratungs- und Begutachtungsdienstleistung
Einzelfallbegutachtung
Grundsatzberatung, u.a. im Gemeinsamen Bundesausschuss

Prof. Dr. med. J. Windeler 2 / 13 MDS, 2005

Folie 2

Der Medizinische Dienst ...

- .. identifiziert Forschungsbedarf und Forschungsfragen
- .. unterstützt medizinische Forschung
- .. beteiligt sich an (klinischer) Forschung
- .. bewertet medizinische Forschungsergebnisse
- .. unterstützt die Umsetzung von Forschungsergebnissen

Prof. Dr. med. J. Windeler 3 / 13 MDS, 2005

Folie 3

Zentraler Konfliktbereich

Grenze zwischen
Forschung
sowohl als Prozess
als auch als Stadium eines „Produktes“
und
Versorgung
dabei speziell als GKV-Leistung

Prof. Dr. med. J. Windeler 4 / 13 MDS, 2005

Folie 4

Eindrücke

Das Überleben sichern - Bleibt der medizinische Fortschritt in der Onkologie in Deutschland finanzierbar ?
Pressemitteilung vom 26.10.2005

Gerade ~~schwerkranke~~ stationäre Patienten wären ... vom Einsatz dieser (möglicherweise) lebensrettenden, lebensverlängernden oder die Lebensqualität erheblich verbessernden Maßnahmen ausgeschlossen.
Stellungnahme der AWMF 15.3.2005

... Garantie, die gemeinsam entwickelten Verfahren schon nach kurzer Zeit im klinischen Routinebetrieb einzusetzen, ...
Pressemitteilung der AWMF 20.6.2005

Prof. Dr. med. J. Windeler 5 / 13 MDS, 2005

Folie 5

Spannungsfelder

abstrakt:

ärztliches Gewissen, § 275 (5)
Evidenz-basierte Medizin
Sozialgesetz / Sozialrecht
Patientenschutz

Prof. Dr. med. J. Windeler 6 / 13 MDS, 2005

Folie 6

Spannungsfelder

konkret:

- Einzelfallgutachten
- Methodenbewertungen
- Off label use
- Screening
- Verfahrensordnung
- Idw-Meldungen

Prof. Dr. med. J. Windeler 7 / 13 MDS, 2005

Folie 7

Der Medizinische Dienst ...

- .. identifiziert Forschungsbedarf und Forschungsfragen
- .. unterstützt medizinische Forschung
z.B.
a HTA-Bericht zu ESWT bei orthop. Indikationen
- .. beteiligt
- .. bewertet „Ein wissenschaftlich geführter Wirksamkeitsnachweis, wie vom Bundessozialgericht gefordert, ist bislang für keine der „gängigen Indikationen“ erbracht worden. Die Aussage, nunmehr könne die Methode (ESWT) bei diesen oder jenen Indikationen „in die Breitenanwendung entlassen“ werden, ist anhand der Datenlage nicht zu bestätigen.“ 1996
Seitdem 18 RCT
- .. unterstützt

Prof. Dr. med. J. Windeler 8 / 13 MDS, 2005

Folie 8

Der Medizinische Dienst ...

- .. identifiziert Forschungsbedarf und Forschungsfragen
- .. unterstützt medizinische Forschung
 - a z.B.
 - .. beteilig Mitarbeiter in Beiräten zur Projektförderung
 - .. bewertet Projekt Innovationsbegleitung beim MDS
- .. unterstützt die Umsetzung von Forschungsergebnissen

Prof. Dr. med. J. Windeler 9 / 13 MDS, 2005

Folie 9

Der Medizinische Dienst ...

- .. identifiziert Forschungsbedarf und Forschungsfragen
- .. unterstützt medizinische Forschung
 - a z.B.
 - .. beteilig Projekte zur Versorgungsforschung
- .. bewertet klinische Forschungsergebnisse
- .. unterstützt die Umsetzung von Forschungsergebnissen

Prof. Dr. med. J. Windeler 10 / 13 MDS, 2005

Folie 10

Der Medizinische Dienst ...

- .. identifiziert Forschungsbedarf und Forschungsfragen
- .. unterstützt medizinische Forschung
 - a z.B.
 - .. beteilig HTA-Berichte
 - .. bewertet Mitarbeit G-BA
 - .. unterstütz Stellungnahmen / Reviews

Prof. Dr. med. J. Windeler 11 / 13 MDS, 2005

Folie 11

Der Medizinische Dienst ...

- .. identifiziert Forschungsbedarf und Forschungsfragen
- .. unterstützt medizinische Forschung
 - a „In der Gesamtschau der Studienlage und der Positionen wie Einstellungen der zentralen Akteure des Versorgungsgeschehens wird am Beispiel der Hormontherapie deutlich, dass der Weg von der publizierten Evidenz zum Handeln unter Alltagsbedingungen sehr weit ist.“
- .. bewertet
 - a Klauber et al. Wechseljahre in der Hormontherapie, WiDQ 2005

Prof. Dr. med. J. Windeler 12 / 13 MDS, 2005

Folie 12

Der Medizinische Dienst ...

- .. identifiziert Forschungsbedarf und Forschungsfragen
- .. unterstützt medizinische Forschung
 - an der richtigen Stelle
- .. beteiligt sich an (klinischer) Forschung
- .. bewertet medizinische Forschungsergebnisse
- .. unterstützt die Umsetzung von Forschungsergebnissen
- .. setzt sich für eine Kongruenz des Stands der Erkenntnisse und des Stands der Versorgung ein

Prof. Dr. med. J. Windeler 13 / 13 MDS, 2005

Folie 13

Der Bologna Prozess und das Medizinstudium in Deutschland

J. v. Troschke

Es ist derzeit in Deutschland nicht einfach, sachlich, d.h. ohne Emotionen über dieses Thema zu diskutieren (*siehe z.B. UNI-SPIEGEL, 29.09.2005*) - insbesondere innerhalb der medizinischen Profession. Das hat Gründe:

- (1) Die Medizinischen Fakultäten haben gerade damit begonnen, die mit weitreichenden Innovationen verbundene neue Approbationsordnung für Ärzte (ÄAppO) umzusetzen; und das unter schwierigen Bedingungen.
- (2) Die Umsetzung der Kapazitätsverordnung (KapVO) führt dazu, dass die Medizinischen Fakultäten sich permanent vor Gericht rechtfertigen müssen.
- (3) Die Universitätskliniken sind von weitreichenden strukturellen Veränderungen betroffen als Folge von Mittelkürzungen, der Umstellung der Trägerschaften und der Einführung von DRG's.
- (4) Professoren, Abteilungen, Institute und Kliniken müssen sich einer permanenten Überprüfung ihrer Leistungen stellen mit der Konsequenz einer leistungsorientierten Mittelvergabe (LOM).
- (5) Schließlich sieht sich die ärztliche Profession konfrontiert mit kontinuierlicher Kritik, wachsendem Misstrauen in der Berichterstattung der öffentlichen Medien und den gesundheitspolitischen Diskussionen.

Soziologen sprechen in diesem Zusammenhang schon von Tendenzen der Deprofessionalisierung und einem Statusverlust des Arztberufes.

In diesem Zusammenhang ist es mehr als verständlich, wenn die Bereitschaft in der Medizin gering ist, sich mit neuen Konzepten für die ärztliche Ausbildung auseinanderzusetzen, insbesondere, wenn die Begründungen auf den ersten Blick nicht sehr überzeugend sind.

Der Bedarf an einer weiteren europäischer Harmonisierung der Ärzteausbildung wird von vielen in Frage gestellt, zumal eine verbindliche EU-Richtlinie den einheitlichen Aufbau des Medizinstudiums mit der Vorgabe einer Ausbildungsdauer von mindestens 5.500 Stunden bzw. 6 Jahren regelt (*Richtlinie 93/16/WG; vgl. auch Bundesärztekammer 2004*)).

Die im Bologna-Prozess vorgesehene Einführung einer gestuften Ausbildung mit einem Bachelor als erstem berufsqualifizierenden Abschluss provoziert die Frage, wozu ein ‚Bachelor in Medicine‘ fähig sein soll, welches Berufsfeld dafür in Frage käme und ob möglicherweise politisch eine Abwertung des Arztberufes bzw. die Einführung von „Billig-Ärzten“ oder „Schmalspur-Ärzten“ intendiert sein könnte. Entsprechend heftig waren die Reaktionen der ärztlichen Standesorganisationen. Die Arbeitsgemeinschaft Hochschulmedizin, bestehend aus dem Deutschen Hochschulverband, der Bundesärztekammer, dem Marburger Bund, dem Medizinischen Fakultätentag, der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften sowie der Bundesvereinigung der Landeskonferenz Ärztlicher und Zahnärztlicher Leiter von Kliniken, Instituten und Abteilungen der Universitäten und Hochschulen Deutschlands sah sich deshalb veranlasst am 25.08.2005 in Berlin in einer Pressekonferenz festzustellen, dass „die Qualitätsanforderungen an den Beruf des Arztes die Einführung von konsekutiven Bachelor- und Master-Studiengängen in der Medizin“ nicht zulassen (*vgl. Arbeitsgemeinschaft Hochschulmedizin 2005*).

Die World Federation for Medical Education (WFME) hat dagegen im Februar 2005 zusammen mit der „Association for Medical Education in Europe“ (AMEE), der Association of Medical Schools in Europe (AMSE) und der World Health Organization (WHO Europa) ein „Statement on the Bologna Process and Medical Education“ veröffentlicht und kommt dabei zu dem Ergebnis „The organizations endorse the purpose of the Bologna declaration and support that medical education as a part of higher education should be fully involved in the Bologna process“ (*vgl. World Federation for Medical Education 2005*).

Zur Klärung der in diesem Zusammenhang entstandenen Fragen wurde von der Service-Stelle Bologna, der Hochschulrektorenkonferenz unter Beteiligung des Bundesministeriums für Bildung und Forschung, des Medizinischen Fakultätentages, der Hochschulen für Gesundheit e.V. und der Medizinischen Fakultät der Universität Bonn am 14./15. Oktober 2005 eine Arbeitstagung durchgeführt zur Diskussion von „Potenzialen und Grenzen des Europäischen Reformprozesses für die Medizin und die Gesundheitswissenschaften in Deutschland“. Am ersten Tag wurden in englischer Sprache Vorträge von Repräsentanten der European Medical Association (EMA), der European Medical Student Association (EMSA) sowie der World Federation for Medical Education (WFME) diskutiert. Anschließend wurden Erfahrungen des Auslandes in Schweden, England und der Schweiz vorgestellt. Am zweiten Tag wurden Stellungnahmen der Bundesärztekammer, des Deutschen Medizinischen Fakultätentages, der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA), der Hochschulen für Gesundheit sowie der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland vorgestellt, um anschließend in Arbeitsgruppen verschiedene Teilaspekte zu diskutieren. Den

Abschluss bildete eine Plenardiskussion mit einem Schlusswort des Präsidenten der Hochschulrektorenkonferenz Prof. Dr. med. P. Gaechtgens.

Es zeigte sich, dass der Informationsbedarf, insbesondere bei den deutschen Teilnehmern groß war und viele Vorurteile bestanden, die relativiert und richtig gestellt werden konnten.

Grundlegend war die Klarstellung, dass niemand beabsichtigt, dass diejenigen, die einen Bachelor in Medicine erhalten, ärztlich tätig sein sollen (*siehe auch HRK-Stellungnahme vom 23.09.2005*). Es geht somit nicht um die Einführung einer neuen Form von Basisärzten. Der Bachelor-Abschluss könnte dagegen hilfreich sein für die relativ hohe Anzahl derjenigen Studierenden, die in Deutschland ein Medizinstudium beginnen; offenkundig ohne die Approbation anzustreben. Obwohl die diesbezüglichen Statistiken nicht eindeutig sind, wird von einer Quote über 40% gesprochen. Wenn man an die hohen Kosten und die lange Dauer eines Medizinstudiums denkt, dass dann ohne einen formellen Abschluss beendet wird, spricht einiges für die Einführung eines Bachelor-Grades, zumal davon ausgegangen werden kann, dass auf dem Gesundheitsmarkt dafür durchaus eine Nachfrage besteht. In diesem Zusammenhang versteht sich das Ausbildungskonzept, das in der Schweiz vom Wintersemester 2006/07 an durchgeführt werden wird. Danach werden die Medizinstudenten nach drei Jahren einen Bachelor in Medicine (180 ECTS) erhalten und anschließend konsekutiv ein auf zwei Jahre konzipiertes Masterstudium absolvieren (120 ECTS). Nach einem weiteren praxisbezogenen Wahlstudienjahr erfolgt ein Staatsexamen, das obligatorisch für die Erteilung der Approbation, d.h. des eidgenössischen Arztdiplomes ist. Die Masterstudenten können sich aber auch entscheiden ein PhD-Studium anzuschließen und damit eine Karriere in der Forschung zu beginnen. Ein wesentlicher Bestandteil dieses Modells ist die Unterscheidung zwischen obligatorischen Kernmodulen und Wahlmodulen mit denen die Studierenden sich ihr spezifisches Ausbildungsprofil zusammenstellen können. So kann zum Beispiel ein chirurgisch interessierter Student auf Bereiche, die ihn weniger interessieren verzichten und dafür eine vertiefte Ausbildung in Anatomie vorsehen, sowie später im Rahmen von Praktika im In- und Ausland verschiedene chirurgische Fachrichtungen kennenlernen. Forschungsinteressierte Studierende können an Forschungsprogrammen teilnehmen und während des Studiums in Forschungslabors arbeiten. Der Präsident der Schweizerischen Medizinischen Interfakultätskommission, Prof. C. Bader, sieht in diesem Konzept Möglichkeiten zu einem generellen Ausbildungsrahmen im Bereich Gesundheit, in dem nicht nur zukünftige Ärztinnen und Ärzte, sondern auch all jene Zugang hätten, die in irgendeiner Form medizinische Kenntnisse erwerben möchten. Damit könnte es Motor sein zur Schaffung neuer Gesundheitsberufe und zwar vom technischen Bereich (für Ingenieure im Bereich Neurowissenschaften) über Bereiche Gesundheitsrecht und -ökonomie bis hin zu vertieften Studien im Pflegebereich (Krankenpflegerinnen, Physiotherapeuten usw.). Nach der Meinung von Bader hätte dieses Modell den Vorteil „dass zielgerichtete Ausbildungen möglich wären. Den Bedürfnissen der Industrie, der Verwaltungen und nicht zuletzt den Bedürfnissen des Gesundheitssystems, welches einem steten Wandel unterworfen ist, könnte so optimal entsprochen werden“ (*Bader 2005, S. 3*).

Weitergehend sind die Vorstellungen des Vereins „Hochschulen für Gesundheit e.V.“. Prof. E. Göpel von der FH Magdeburg-Stendal stellte ein „Memorandum zur Ausbildung in den Gesundheitsberufen“ vor, das ein einheitliches, gemeinsames BA-Studium mit der Fokussierung auf den „gesunden Menschen“ vorsieht mit einer anschließenden Spezialisierung in Masterstudiengänge für verschiedene Gesundheitsberufe, von denen einer der des Arztes sein soll. Ein Konzept, das auf der HRK-Tagung zur Kenntnis genommen, aber nicht weiter diskutiert wurde (*Göpel 2005*).

Konsensus bestand dagegen darin, dass der Bologna-Prozess weit mehr bedeutet als die Einführung gestufter Studiengänge. Es geht vor allem um die Verbesserung der Qualität der Hochschulausbildung, die Erhöhung der Mobilität für Dozenten und Studierende sowie die Erhöhung der Transparenz für alle direkt und indirekt Beteiligten, d.h. die Anbieter von Studiengängen, die (potenziellen) Studierenden und schließlich die potenziellen Arbeitgeber.

Dabei ist die Modularisierung, die Einführung von Credit-Punkten (nach dem ECTS-System) sowie die vergleichende Benotung von Leistungen von besonderer Bedeutung.

Bisher ist die Lehre an den Medizinischen Fakultäten in Deutschland so organisiert, dass Fachvertreter im Rahmen der Studienpläne ihrer Fakultät, entsprechend den Vorgaben der Ärztlichen Approbationsordnung ihrer Lehrdeputate, Lehrveranstaltungen anbieten und durchführen. Die Lehrleistungen werden in Semesterwochenstunden gemessen, der Lehrerfolg, wenn überhaupt, in Prüfungen zum Semesterende. Die Studierenden sind selber dafür verantwortlich, die zum Bestehen der Staatsexamen notwendigen Kenntnisse zu erwerben. Vorherrschend war der Fachbezug, das zur Verfügung stehende Lehrdeputat (in Semesterwochenstunden) und das Lehrengegment der Professoren (im Kontext einer im Grundgesetz garantierten Freiheit von Forschung und Lehre). Da die Lehrleistungen nur wenig zur Reputation des Wissenschaftlers beitrugen, war das Lehrengegment begrenzt und wurde eher als zusätzlich erbrachte Leistung verstanden. Die Orientierung am fachlichen Selbstverständnis der Dozenten und ihrem Lehrdeputat sowie die Freiheit der Gestaltung der Inhalte und der Didaktik wird schon seit einiger Zeit, insbesondere unter

dem Anspruch der Gewährleistung eines qualitativ hochwertigen Hochschulstudiums in Frage gestellt. Der Bologna-Prozess sieht dementsprechend grundlegende Neuorientierungen vor.

- Die Input-Orientierung, verbunden mit der Vermittlung von Lehrinhalten soll abgelöst werden durch eine **Outcome-Orientierung mit der Vermittlung von Kompetenzen**.
- Die Orientierung an Semesterwochenstunden soll abgelöst werden durch den studentischen **workload, der sich aus Präsenzstunden und Selbststudium zusammensetzt**.
- Das Curriculum soll nicht mehr aus einem Lehrangebot isolierter Lehrveranstaltungen (Vorlesungen, Seminare, Kurse, Praktika etc.) bestehen, sondern aus **Modulen, die mit ECTS** gewichtet werden und festlegen, welche Kompetenzen wie vermittelt und geprüft werden sollen.
- Damit wird die Vermittlung fachbezogener Lehrgegenstände relativiert, bezogen auf die **multidisziplinäre Kompetenzvermittlung** in Modulen.

In diesem Zusammenhang ergeben sich viele Überschneidungen mit Reformansätzen, die derzeit an Medizinischen Fakultäten in Deutschland im Rahmen der Umsetzung der ÄAppO erprobt und eingeführt werden. Dabei ist allen klar, dass es sich um einen langen Prozess handelt, in dem Erfahrungen gesammelt und zur Prozessoptimierung genutzt werden müssen.

Für die Lehrstuhlinhaber und die Medizinischen Wissenschaftlichen Fachgesellschaften können sich daraus weitreichende Konsequenzen ergeben. In der Forschung hat sich schon seit einiger Zeit die Praxis interdisziplinärer Kooperation etabliert, sei es in wissenschaftlichen Studien oder in der Form von Zentrumsgründungen. So wurde z.B. an der Medizinischen Fakultät der Universität Köln ein Zentrum für Versorgungsforschung eingerichtet, in dem verschiedene Fachvertreter zusammenarbeiten. Entsprechende Kooperationen werden durch die Ärztliche Approbationsordnung in der Lehre vorgegeben; sowohl in der Verschränkung von vorklinischer Theorie und klinischer Praxis sowie in den 12 Querschnittsbereichen. In diesem Kontext bietet sich die Entwicklung von Modulen an, die Bologna-Kriterien entsprechen. Damit wird die Darstellung der Fächer an Bedeutung verlieren. Vielmehr geht es um Patientenbeschwerden, wie „Kopfschmerzen“, „Rückenschmerzen“, „Unwohlsein“ oder Krankheitsbilder wie „Diabetes Mellitus“, „Querschnittslähmung“ oder „chronische Arthritis“. In der Lehre sind dann diejenigen gefragt, die willens und fähig sind, angehenden Ärzten praxisrelevante Kompetenzen zu vermitteln, bzw. sie zu motivieren und zu befähigen diese im Selbststudium zu erwerben.

In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage nach der Zukunft der über vierzig Fächer in der Medizin. Schon jetzt ist es so, dass nicht an allen Medizinischen Fakultäten alle Fächer mit einer Professur vertreten sind. Viele Fächer werden von anderen Lehrstühlen mit vertreten. Als Folge permanenter Mittelkürzungen sehen sich Medizinische Fakultäten gezwungen, Institute, Abteilungen und Kliniken zusammenzulegen. Die Ausschreibung von Professorenstellen wird zunehmend mit der Erwartung verbunden, die Lehre an mehreren Medizinischen Fakultäten zu gewährleisten. Wenn dieser Trend sich fortsetzt, ist zu erwarten, dass die Bedeutung der Fächer und damit der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften stark abnehmen wird - mit weitreichenden Konsequenzen.

Eine Möglichkeit darauf zu reagieren wäre gegeben mit der gemeinsamen Erarbeitung eines Kerncurriculums (core curriculum), in dem festgelegt wird, welche Module unter Beteiligung welcher Fachvertreter grundlegend sind für eine qualitativ hochwertige Ausbildung von Ärzten und dementsprechend an allen Medizinischen Fakultäten in Deutschland angeboten werden müssten. Das hätte auch den Vorteil, dass die für die Organisation der Module verantwortlichen Professoren erprobte und erfolgreiche Konzepte übernehmen und diese ggf. durch eigene Schwerpunktsetzungen ergänzen könnten. Dabei könnte die Orientierung an Medizinischen Leitlinien hilfreich sein, mit der Ausrichtung der Lehre an der Vermittlung von Kompetenzen zum Umgang mit medizinischen Leitlinien. Im Sinne der Profilbildung und Schwerpunktsetzung könnten die Medizinischen Fakultäten darüber hinaus eigenständige Module entwickeln, die sie von den Lehrangeboten anderer Hochschulen unterscheiden. Im Diploma Supplement würde dann deutlich gemacht werden, welche besonderen Kompetenzen die Studierenden an ihrer Medizinischen Fakultät erworben haben.

Die Erarbeitung von Modulen ist eine schwierige und langwierige Aufgabe, insbesondere wenn sie einen grundlegenden Paradigmawechsel notwendig macht, d.h. die Orientierung an den Studierenden, ihrem workload und den zu vermittelnden Kompetenzen. Die traditionelle Rolle des Universitätsprofessors, der Studierende an seinem Wissen teilhaben lässt, wird damit ersetzt durch die Rolle des Hochschullehrers, der Studierende dabei unterstützt, selbständig Kenntnisse und Fähigkeiten zu erarbeiten.

Der Präsident der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung, Prof. Hahn, hat auf der Veranstaltung der HRK zu Recht darauf hingewiesen, dass es nicht darum gehen kann morgen den Bologna-Prozess im Medizinstudium umzusetzen. Das ist schon allein wegen der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen unmöglich. Es kommt vielmehr darauf an, sich auf zukünftige Entwicklungen einzustellen, um diese rechtzeitig in angemessener Weise zu berücksichtigen.

In diesem Sinne plant die Hochschulrektorenkonferenz im nächsten Jahr eine Folgeveranstaltung, auf der insbesondere Erfahrungen aus Deutschland mit der Umsetzung von Elementen des Bologna-Prozesses vorgestellt und diskutiert werden sollen.

Als richtungweisend kann die Aussage von Prof. Kaiser von der Universität Basel angesehen werden: „There is a benefit of Bologna if we go in the right direction“. **Internet-Adressen unter denen weitergehende Informationen abrufbar sind:**

www.emanet.org

Kontakt@IMAnet.org als Internetadressen der Bundesvereinigung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V., BVMD

www.wfme.org Internetadresse der World Federation of Medical Education

www.mmc.nhs.uk

www.gmc-uk.org

www.schweden.gof.se

www.hsv.se

www.programmkontovet.se

www.bologna-bergen2005.no

Literatur:

Arbeitsgemeinschaft Hochschulmedizin (2005): Bachelor für Arztberuf nicht berufsqualifizierend (Berlin, 25.08.2005).
http://www.hochschulverband.de/cms/fileadmin/pdf/resolutionen/Resolution_der_AG_Hochschulmedizin.pdf

Bader, C. (2005): „Bologna“ in der Medizin. Von der Deklaration zur Revolution? In: SAMW 2/2005, S. 1-4.

Bundesärztekammer (2004): Was ist die Richtlinie 93/16 EWG des Rates?
http://www.bundesaerztekammer.de/30/Auslandsdienst/20FAQ/FAQ_A/A05.html

Göpel, E. (2005): Aktualisierung eines Memorandums zur Ausbildung in den Gesundheitsberufen für die HRK-Konferenz am 14./15.10.2005 in Bonn: Sozialer Wandel und Veränderungen gesundheitsbezogener Berufsbilder - Konsequenzen für die Ausbildung in den Gesundheitsberufen (Manuskript).

HRK (2005): Gezielte Fehlinformationen gefährden die bereits laufenden Bemühungen im Bologna-Prozess. HRK reagiert auf Darstellungen in der Presse zum Bachelor in Jura und Medizin (23.09.2005).
http://www.hrk.de/95_2802.php

Richtlinie 93/16/EWG des Rates vom 5. April 1993 zur Erleichterung der Freizügigkeit für Ärzte und zur gegenseitigen Anerkennung ihrer Diplome, Prüfungszeugnisse und sonstigen Befähigungsnachweise.
http://europa.eu.int/smartapi/cgi/sga_doc?smartapi!celexapi!prod!CELEXnumdoc&lg=DE&numdoc=31993L0016&model=guichett

UNI-SPIEGEL, 29.09.2005: Bachelor-Alarm. Hinein in den Beruf, aber in welchen?
<http://www.spiegel.de/unispiegel/studium/0,1518,376801,00.html>

World Federation for Medical Education (2005): Statement on the Bologna Process and Medical Education (February 2005).
http://www.bologna-bergen2005.no/Docs/03-Pos_pap-05/050221-WFME-AMEE.pdf

Anlage 8 zu TOP 12:

Arbeitsgemeinschaft der
Wissenschaftlichen
Medizinischen
Fachgesellschaften

AWMF S

Delegiertenkonferenz 12. Nov. 2005

TOP 12

**Bericht aus dem
Kuratorium für Fragen der
Klassifikation im
Gesundheitswesen (KKG)**

1

Folie 1

Das KKG

- hat Empfehlungen zur Entwicklung einer modernen, ausbaufähigen Prozeduren-Klassifikation ausgesprochen, die vom BMGS jedoch weitgehend ignoriert werden („Beratungsresistenz“).
- soll organisatorisch vom DIMDI betreut werden, das sich jedoch seit Beginn des Jahres 2005 außer Stande sieht, 2 Sitzungen des KKG pro Jahr durchzuführen.

3

Folie 3

Das KKG

- ist ein Beratungsgremium des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS)
- besteht aus Vertretern aller relevanten Gruppen im Gesundheitswesen – die AWMF ist dort mit 3 Vertretern repräsentiert
- befasst sich mit allen Fragen der Klassifikationen (ICD, OPS etc.)
- berät das DIMDI bei der Bearbeitung der Klassifikationen

2

Folie 2

Das KKG

- hat seinen Vorsitzenden (Prof. Dr. R. Klar, Freiburg, Vertreter der AWMF) beauftragt, das BMGS erneut auf die Bedeutung der Klassifikationen z.B. für eine sachgerechte Entwicklung des DRG-Systems hinzuweisen.

Nach der bevorstehenden Regierungsbildung bleibt abzuwarten, ob das (neue? alte?) BMGS sachlichen Argumenten zugänglicher ist als in der Vergangenheit.

4

Folie 4

Anlage 9 zu TOP 12:

Arbeitsgemeinschaft der
Wissenschaftlichen
Medizinischen
Fachgesellschaften

AWMF S

Delegiertenkonferenz 12. Nov. 2005

TOP 12

**Öffentlichkeitsarbeit
der AWMF**

6

Folie 1

Veranstaltungskalender beim „idw“:

Zur Zeit
6 Veranstaltungen im
Kalender des idw eingetragen
(Stand 9.11.2005)
www.idw-online.de

8

Folie 3

Pressemitteilungen über „idw“:

Bisher 792 AWMF-
Pressemitteilungen über
idw verbreitet (Stand 9.11.2005)
www.idw-online.de

7

Folie 2

**Statistik
Website:**

Abrufe seit
Oktober 1995:

AWMF online
37.527.561

Leitlinien
28.317.979

Seitenabrufe insgesamt / Leitlinien
im WWW-Informationssystem "AWMF online"
- Entwicklung innerhalb von 24 Monaten -

9

Folie 4

Statistik Website:	Leitlinien-Abrufe	
	Summe Monate	letzte 6 Monate
1 Mammakarzinom	19224	1259
2 Therapie des Diabetes mellitus Typ 1	18464	48
3 Antihypertensiv. Therapie d. Diabetes mellitus Typ 2	15086	-296
4 Arterielle Hypertonie	15145	637
5 Nat.Versorg.LL Asthma	11665	4444
6 Thromboembolieprophylaxe Chirurgie + periop. Medizin	10780	270
7 Diagnostik + Therapie des Morbus Crohn	9018	406
8 Kolorektales Karzinom	8877	112
9 Pädiatrische Gastroenterologie: Bauchschmerzen	8730	517
10 Brustkrebs-Früherkennung	8694	475
11 Neuropathie bei Diabetes mellitus Typ 1 und 2	8690	-17
12 Nat.Versorg.LL Diabetes mellitus Typ II	8638	801
13 Diagnostik und Therapie der Colitis ulcerosa	8223	433
14 Psychiatrie: ADHS im Erwachsenenalter	7783	282
15 Venenthrombose und Lungenembolie	7319	413
16 Sozimed. Leistungsbeurteilung bei Bandscheibenfrakturen	7230	243
17 Urologie: PSA-Bestimmung/Prostatakarzinomdiagnostik	7203	-444
18 Psychoziales und Diabetes mellitus	7080	127
19 Gynäkologie: Empfängnisverhütung	6674	308
20 HNO: Antibiotika-Therapie	6525	85
21 Schlafmedizin: Nicht erholsamer Schlaf	6452	387
22 Koronare Herzkrankheit / Angina pectoris	6348	273
23 Definition, Klassifikation + Diagnostik des Diabetes mellit	6149	436
24 HNO: Hörsturz	6037	256
25 Orthopädie: Lumbale Spinalkanalstenose	5992	382

Folie 5

Mitteilungen aus der AWMF bei gms

Folie 6




**Termine der nächsten
Delegiertenkonferenzen:**
13. Mai 2006
+
11. November 2006
**Steigenberger AIRPORT-Hotel,
Frankfurt/M.-Flughafen**

Bitte beachten Sie den beiliegenden Entwurf des Präsidiums für die Neufassung der Satzung.

Änderungs- und Korrekturvorschläge für die Neufassung der Satzung müssen bis zum 31. 01. 2006 bei der AWMF-Geschäftsstelle eingereicht werden.