

Aus dem Institut für Allgemeinmedizin
an der Medizinischen Hochschule Hannover
- Direktorin: Prof. Dr. med. Eva Hummers-Pradier -

Werden aus Abstracts Veröffentlichungen?
Motivation und Hemmnisse der wissenschaftlichen
Allgemeinmedizin in Deutschland

Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin
in der Medizinischen Hochschule Hannover

vorgelegt von
Janin Stöcker
aus
Hamburg

Hannover 2009

Angenommen vom Senat der Medizinischen Hochschule Hannover
am:

Gedruckt mit der Genehmigung der Medizinischen Hochschule Hannover

Präsident: Prof. Dr. med. Dieter Bitter-Suermann

Betreuer der Arbeit:

Prof. Dr. med. Eva Hummers-Pradier / Dr. med. Thomas Fischer

Referent: PD Dr. med. Nils Schneider

Koreferent: Prof. Dr. med. Reinhard Pabst

Tag der mündlichen Prüfung: 07.04.2010

Prüfungsausschussmitglieder:

Frau Prof. Dr. Brigitte Lohff

Herr Prof. Dr. Siegfried Geyer

Frau Prof. Dr. Karin Lange

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	1
Tabellenverzeichnis	3
1. Einleitung.....	4
1.1. Definition des Faches Allgemeinmedizin	4
1.2. Institutionalisierung und Lehre im Fach Allgemeinmedizin	5
1.3. Forschung im Fach Allgemeinmedizin.....	8
1.3.1. Ziele und Voraussetzungen.....	8
1.3.2. Originalarbeiten	10
1.3.3. Studiendesign und Methoden allgemeinmedizinischer Forschung.....	11
1.4. Anreiz und Barrieren allgemeinmedizinischer Forschung.....	12
1.4.1. Auffassung niedergelassener Allgemeinmediziner zur Forschung	12
1.4.2. Publikationsraten von Kongress-Abstracts	14
2. Fragestellung und Ziel.....	16
3. Material und Methoden	17
3.1. Methodische Vorüberlegungen.....	17
3.2. Kongress-Abstracts	17
3.2.1. Datenmaterial	17
3.2.2. Klassifikationssystem der DEGAM Kongress-Abstracts	18
3.2.2.1. Abstractaufbau	18
3.2.2.2. Methodische Kategorienbildung: Originalarbeit, Übersichtsarbeit, Bericht oder nicht einteilbare Abstracts ..	19
3.2.2.2.1. Originalarbeiten und Übersichtsarbeiten	20
3.2.2.3. Klassifikation nach Methoden.....	26
3.2.2.4. Klassifikation nach Thematik	29
3.2.2.5. Klassifikation nach Tätigkeitsfeld des Erstautors.....	30
3.3. Veröffentlichungen.....	31
3.3.1. Veröffentlichungsrate und Veröffentlichungsdauer.....	31
3.3.2. Medizinische Fachzeitschriften.....	33
3.4. Analyse nicht veröffentlichter Abstracts mittels Autoreninterviews	33
3.4.1. Durchführung der Befragung	34
3.4.2. Interviewleitfaden	35
3.5. Durchführung der Gesamtdatenanalyse.....	35

4. Ergebnisse	37
4.1. Kategorie und Studiendesign der Kongress-Abstracts	37
4.1.1. Formaler Abstractaufbau	39
4.1.2. Erhebungsmethoden	40
4.2. Themengebiete der Kongress-Abstracts	43
4.2.1. Begriffsdefinition der thematischen Gruppen.....	43
4.2.2. Häufigkeitsverteilung der Themengruppen.....	45
4.3. Tätigkeitsfelder der Erstautoren der Kongress-Abstracts	46
4.4. Gesamtveröffentlichungsrate.....	47
4.4.1. Veröffentlichungsrate bezogen auf die methodischen Hauptkategorien	49
4.4.2. Veröffentlichungsrate bezogen auf Thematik und methodische Hauptkategorie	50
4.4.2.1. Veröffentlichungsrate bezogen auf die thematischen Gruppen	50
4.4.2.2. Anteil der methodischen Hauptkategorien in den thematischen Gruppen	51
4.4.2.3. Anteil der veröffentlichten methodischen Hauptkategorien in den thematischen Gruppen	52
4.5. Auswertung der Zeitschriften	53
4.6. Auswertung der Befragung	55
4.6.1. Teilnehmerate	55
4.6.2. Gründe der Autoren für eine Nichtveröffentlichung	57
5. Diskussion	61
5.1. Ziele und Hauptergebnisse.....	61
5.2. Datenmaterial	61
5.3. Kategorienbildung der Abstracts.....	62
5.3.1. Originalarbeiten und Übersichtsarbeiten	63
5.4. Tätigkeitsfelder der Erstautoren.....	64
5.5. Befragung.....	65
5.6. Veröffentlichungsrate und Veröffentlichungsdauer	66
5.7. Zeitschriften	67
5.8. Gründe für Nichtveröffentlichungen aus Autorensicht	68
5.9. Analyse der Nichtveröffentlichungen unter Berücksichtigung der methodischen und inhaltlichen Kriterien der Kongress-Abstracts.....	69

6. Schlussfolgerung	70
7. Zusammenfassung	72
8. Literaturverzeichnis	74
9. Anhang	84
10. Lebenslauf	90
11. Erklärung nach § 2 Absatz 2 Nr. 5 und 6	91
12. Danksagung	92

Abkürzungsverzeichnis (alphabetisch geordnet)

Abb.	Abbildung
DEGAM	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin
EGPRN	European General Practice Research Network
EGPRW	European General Practice Research Workshop
GHA	Gesellschaft der Hochschullehrer für Allgemeinmedizin
Kap.	Kapitel
klin.	klinisch
NAPCRG	North American Primary Care Research Group
STFM	Society of Teachers of Family Medicine
Tab.	Tabelle
Tab. A	Tabelle im Anhang
vgl.	vergleich
ZFA	Zeitschrift für Allgemeinmedizin

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Übersicht der vier Kategorien	19
Abbildung 2: Stufendiagramm zur Kategorisierung der Kongress-Abstracts	22
Abbildung 3: Darstellung des zeitlichen Ablaufs der Datenerhebung bei den verschiedenen Studientypen	25
Abbildung 4: Flussdiagramm zur Ermittlung der Veröffentlichungen	34
Abbildung 5: Absolut- und Prozentwerte der Abstractauswertung nach den methodischen Hauptkategorien ($n_{\text{ges}} = 368$)	37
Abbildung 6: Stufendarstellung des Studiendesigns der Originalarbeiten aus insgesamt 368 Abstracts	38
Abbildung 7: Stufendarstellung des Studiendesigns der Übersichtsarbeiten aus insgesamt 368 Abstracts	39
Abbildung 8: Häufigkeitsverteilung der angewandten Erhebungsmethoden in den Originalarbeiten	41
Abbildung 9: Häufigkeitsverteilung der Abstracts nach Thematik (bezogen auf $n_{\text{ges}}=368$, keine Mehrfachnennungen).....	45
Abbildung 10: Zeitlicher Verlauf der veröffentlichten Abstracts ($n=200$).....	47
Abbildung 11: Prozentuale Darstellung der veröffentlichten und nicht veröffentlichten Abstracts ($n_{\text{ges}}=368$).....	48
Abbildung 12: Veröffentlichungsrate der Themengruppen aufgeschlüsselt nach methodischen Kategorien in absoluten Zahlen ($n=368$).....	51
Abbildung 13: Darstellung der Anteile der methodischen Hauptkategorien in den veröffentlichten Themengruppen.....	53
Abbildung 14: Zeitschriften mit mehr als einem veröffentlichten Artikel.....	54

Abbildung 15: Flussdiagramm zum Ergebnis der Befragung aufgeschlüsselt nach der Anzahl der abzuklärenden Abstracts..... 56

Abbildung 16: Gründe für Nichtveröffentlichungen der Abstracts (n=113) 57

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Auswertung der korrekt und nicht korrekt aufgebauten Abstracts nach Kategorie ($n_{\text{ges}}=368$).....	39
Tabelle 2: Aufschlüsselung der methodischen Versuchsanordnung Experiment nach den Erhebungsmethoden	41
Tabelle 3: Tätigkeitsfelder der Autoren (bezogen auf $n_{\text{ges}}=368$ Abstracts).....	46
Tabelle 4: Veröffentlichungsrate bezogen auf die vier methodischen Hauptkategorien ($n_{\text{ges}}=368$).....	49
Tabelle 5: Gruppierung der 41 Zeitschriften mit je einem Artikel	55

1. Einleitung

1.1. Definition des Faches Allgemeinmedizin

Das Fach Allgemeinmedizin lässt sich im Vergleich zu anderen medizinischen Fachbereichen nicht einfach definieren. Die Allgemeinmedizin bezieht sich weder auf eine Gruppe von Krankheiten noch auf Organsysteme oder Behandlungsmethoden, vielmehr ist es das Fach des Generalisten, der den ganzen Menschen, seine Krankheiten und die Interaktion mit der Umwelt mit einbezieht (Kochen 2006). Zudem definiert sich die Allgemeinmedizin über die Versorgungsebene, das heißt, der Allgemeinmediziner ist oder sollte der erste Ansprechpartner bei allen Gesundheitsproblemen sein. Der Wissenschaftsrat sieht das Spezifische der Allgemeinmedizin ebenfalls in ihrem Ansatzpunkt: „Sie geht von Patientenproblemen, nicht von definierten Krankheiten wie in den meisten anderen medizinischen Fächern aus. Die Probleme des Patienten werden darüber hinaus in einem ganzheitlichen Rahmen unter Berücksichtigung der physischen, psychischen und sozialen Aspekte betrachtet (biopsychosoziales Betreuungskonzept)“ (Wissenschaftsrat 1999, S.35).

Die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) gliedert den Auftrag der Allgemeinmedizin in fünf Säulen, welche sehr detailliert die fachspezifischen Besonderheiten erläutern. Im Folgenden sind diese fünf Aspekte zusammenfassend wiedergegeben:

Der *Arbeitsbereich*, der die Grundversorgung der Bevölkerung in körperlichen und seelischen Gesundheitsstörungen beinhaltet, sowohl auf präventiver Ebene und in der Langzeitbetreuung, aber auch in der Notfallversorgung.

Die *Arbeitsweise*, in der ein hermeneutisches Fallverständnis bedeutend ist.

Die *Arbeitsgrundlage*, die durch eine dauerhafte Arzt-Patienten-Beziehung und die erlebte Anamnese geschaffen wird.

Das *Arbeitsziel*, welches eine qualitativ hochwertige Versorgung der Patienten und der Bevölkerung ist.

Der *Arbeitsauftrag* setzt sich aus vier Punkten zusammen: Der primärärztlichen Filter- und Steuerfunktion, der haus- und familienärztlichen Funktion, der Gesundheitsbildungsfunktion und der Koordinations- und Integrationsfunktion (DEGAM 2002).

Darüber hinaus gibt es eine Vielfalt an nationalen und internationalen Publikationen zur Bestimmung des Faches (Abholz 2002, Olesen et al. 2000, Comberg HU 1994, Härter 1994, Loudon 1983). Mitte der 1970er Jahre wurde eine der meist zitierten Definitionen formuliert, die vom Royal College of General Practitioners unterstützt und aufgenommen wurde. Betont wurde u. a. die primärärztliche, persönliche und vor allem kontinuierliche Behandlung des Patienten (Leeuwenhorst Working Party 1977).

In Deutschland wurde die bereits zitierte DEGAM Definition erst 2002 in dieser Form geschaffen. Die vorherigen Fachdefinitionen reichten nicht aus: Zum einen hatte das Fach Allgemeinmedizin in den (letzten) Jahren eine stetige Entwicklung durchgemacht, zum anderen entstanden immer wieder Missverständnisse bezüglich des Inhaltes des Faches und der Abgrenzung zwischen hausärztlicher und spezialärztlicher Versorgung. Darüber hinaus ist auch der Symbolcharakter einer festen Definition, welcher bei Entscheidungsfindungen und der Identitätsbildung eines Faches wichtig ist, zu berücksichtigen (Abholz 2002).

1.2. Institutionalisation und Lehre im Fach Allgemeinmedizin

Die Allgemeinmedizin ist als eigenständiges Gebiet in der Weiterbildungsordnung seit 1968 ausgewiesen (Klimm 1994). Der erste allgemeinmedizinische Lehrauftrag wurde 1967 an S. Häussler in Freiburg vergeben (Schroer 2004), der erste Lehrstuhl wurde erst zehn Jahre später, 1976, in Hannover eingerichtet (Lehrstuhlinhaber war K.-D. Haehn). Die ersten Lehrstühle in Hannover, später auch in Göttingen und Frankfurt erhielten zunächst eine so genannte „Anschubförderung“ im Sinne einer Mitfinanzierung durch die Kassenärztliche Vereinigung (Wissenschaftsrat 1999).

Seit der zweiten Änderung der Approbationsordnung 1978 ist die Allgemeinmedizin Lehrfach und somit Gegenstand der gesetzlichen Ausbildungsordnung. Damit war die Allgemeinmedizin zwar als eigenes Fach benannt und gesetzlich institutionalisiert, jedoch waren die Form und Inhalte des Faches noch nicht gut definiert (Riecken 1980). Trotz jahrzehntelanger Diskussion bestand keine klare Vorstellung von den Anforderungen primärärztlicher Tätigkeiten. Auch die Frage, wie diese an die Studenten vermittelt werden könnten, war ungeklärt. Vermittelt wurde das Fach Allgemeinmedizin hauptsächlich über Lehraufträge. Der Lehrbeauftragte

selbst hat seine wirtschaftliche Grundlage nicht in der Universität und dem entsprechenden wissenschaftlichen Umfeld, sondern außerhalb in seiner eigenen Praxis. Nach dem Selbstverständnis der Allgemeinmediziner stellt sich die Allgemeinmedizin aber durchaus als wissenschaftliches Fachgebiet dar, welches sich somit auch durch eigenständige Forschung ausweisen sollte. Lehre und Forschung gehen daher Hand in Hand und setzen eine akademische Etablierung des Faches voraus (von Ferber 1989).

Mitte der 1980er Jahre war die Zahl der Lehrbeauftragten bereits deutlich angestiegen (insgesamt 85), darunter waren zu dem Zeitpunkt zwei Lehrstuhlinhaber und 15 Honorarprofessoren. Nahe liegend ist, dass an den Universitäten, an denen die Institutionalisierung des Faches weiter fortgeschritten war auch ein differenzierteres Lehrangebot bestand (Besel 1986). Trotzdem waren bis zum Jahr 1997 nur an fünf von 36 medizinischen Fakultäten volle C4 Professuren für Allgemeinmedizin eingerichtet worden (Wissenschaftsrat 1999).

Ende der 1990er Jahre war die Schaffung einer neuen Weiterbildungsordnung von besonderer Bedeutung für die Allgemeinmedizin. Zur Anerkennung der Facharztbezeichnung für Allgemeinmedizin beträgt die Weiterbildungszeit seitdem fünf Jahre und ist zeitlich der Facharztanerkennung in den anderen Fachbereichen angeglichen worden (Kochen 1999). Die Weiterbildung für Allgemeinmedizin war in der BRD zwar seit 1968 möglich, allerdings deutlich kürzer als die Weiterbildung in anderen medizinischen Fachgebieten. Im Gegensatz dazu war beispielsweise in der DDR das Weiterbildungsgebiet Allgemeinmedizin von vornherein den anderen medizinischen Gebieten mit einer fünfjährigen Weiterbildungszeit angeglichen worden (Wissenschaftsrat 1999).

Im Oktober 2003 trat die neue Approbationsordnung für Ärzte in Kraft. Gefordert wurde ein praxisorientierter und fächerübergreifender Unterricht. Die neue Approbationsordnung formulierte erweiterte Anforderungen an die allgemeinmedizinische Lehre. Grund war die Umstrukturierung des Gesundheitswesens, in der der hausärztlichen Versorgung eine neue Schlüsselposition zukam bzw. zukommen sollte. Die universitäre Allgemeinmedizin entwickelte sich weg von den „Gründerjahren“, in denen engagierte Praktiker für die Lehre zuständig waren, hin zu einer festeren Institutionalisierung mit Ausbildung von akademischen Allgemeinmedizinern (Schulze und Hoffmann 2003).

Umgesetzt werden sollten die Ziele der neuen Approbationsordnung für Ärzte vom 27. Juni 2002, die im Oktober 2003 in Kraft trat, zum einen über die Einführung des Blockpraktikums Allgemeinmedizin und durch die Erhöhung des Anteils der Allgemeinmedizin an den Querschnittsfächern. Zum anderen wurde die Möglichkeit geschaffen, das Fach Allgemeinmedizin als Wahlfach im Praktischen Jahr (PJ) zu belegen (Baum und Kruse 2005, Approbationsordnung für Ärzte 2002). Formuliert wurden aber auch die Schwierigkeiten, die diese Möglichkeit mit sich brachte. So gab es „keine Vorerfahrungen mit PJ-Studenten im Fach Allgemeinmedizin, alle Erfahrungen müssen also von der Pike auf gemacht werden“ (Gulich 2005, S.10). Vor allem für die Lehrpraxen bedeutet die Aufnahme eines PJ-Studenten einen hohen Aufwand (Schaffung eines zusätzlichen Raumes für den PJ-Studenten, Integration von Lehre und Ausbildung im laufenden Praxisbetrieb, Klärung der Abrechnung von Leistungen, die der PJ-Student selbständig erbracht hat). 2007 konnten deutschlandweit etwa 90 Studenten ihr PJ-Tertial im Fach Allgemeinmedizin ableisten. Diese eher geringe Zahl liegt weniger am Interesse der Studenten, vielmehr an dem geringen Angebot allgemeinmedizinischer PJ-Plätze. Begründet wurde dies vor allem mit personellen und finanziellen Hindernissen (Baum et al. 2007). Ein Diskussionspunkt war insbesondere die Frage der Abrechnung der vom Studenten erbrachten Leistungen, da nur die hausärztliche Leistung abgerechnet werden darf, die auch persönlich durch den Hausarzt erbracht wird. Daraus ergab sich die Forderung der DEGAM nach einer Bezahlung der PJ-Ärzte.

Eine Umfrage ergab, dass sowohl die Studenten, die ihr Wahlfach in der Allgemeinmedizin absolvierten, als auch deren Lehrärzte eine positive Rückmeldung bezüglich des Praktischen Jahres gaben (Joist und Klein 2007).

Im Juni 2008 hatten 19 der insgesamt 36 deutschen medizinischen Fakultäten eine eigene Abteilung mit einer institutionalisierten Professur für Allgemeinmedizin, „die übrigen medizinischen Fakultäten begnügen sich derzeit noch (immer) mit unzureichend ausgestatteten Lehrbereichen“ (Hummers-Pradier 2006, S.411).

1.3. Forschung im Fach Allgemeinmedizin

1.3.1. Ziele und Voraussetzungen

Für eine erfolgreiche und eigenständige Form allgemeinmedizinischer Forschung wurden mehrere Rahmenbedingungen ermittelt. Dazu gehören unter anderem die Existenz einer wissenschaftlichen Fachgesellschaft, die Möglichkeit der Weiterbildung in forschungsrelevanten Methoden und die Schaffung von Strukturen (Einzelpraxis, Gemeinschaftspraxis, Institut), die einen Forschungseinsatz fördern und begünstigen. Erforderlich ist auch die Existenz entsprechender Publikationsorgane, die es ermöglichen, die erlangten Ergebnisse zu veröffentlichen (Van der Zee et al. 2003).

In Deutschland sind mit der Existenz der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) als Fachgesellschaft und der Zeitschrift für Allgemeinmedizin (ZFA) als entsprechendes Publikationsorgan u. a. zwei der Bedingungen erfüllt. Gegründet wurde die DEGAM im November 1965 durch Mitglieder des Hartmannbundes (Hamm 1991). Jedoch sind „nur etwa 3% der Hausärzte DEGAM Mitglieder, mit allerdings stark steigender Tendenz. (...). Dies demonstriert das derzeit vielleicht größte Problem der allgemeinmedizinischen Forschung in Deutschland – die fehlende breite Basis in der Hausärzteschaft“ (Hummers-Pradier 2006, S. 411-412). Bereits 1980 machte Haehn darauf aufmerksam, dass mangelnde Institutionalisierung und mangelnde Forschungstradition die Forschungsergebnisse beeinträchtigten.

Mitte der 1980er Jahre gab die Europäische Forschungsgruppe für Allgemeinmediziner, EGPRW (heute EGPRN = European General Practice Research Network), eine Grundsatzklärung ab, die zum einen Forschungsbereiche der Allgemeinmedizin darlegt, als auch die Vorteile und Gründe allgemeinmedizinischer Forschung formuliert: So ist der Allgemeinmediziner in der Position, Krankheiten in der Entstehungsphase zu erleben, Langzeitbeobachtungen anzustellen und somit Erkenntnisse über die Zusammenhänge zwischen Lebensweise, Krankheitsentstehung und Krankheitsverlauf zu gewinnen. Auch für Staat und Gesellschaft ist allgemeinmedizinische Forschung relevant, so können beispielsweise Maßnahmen der Gesundheitsversorgung untersucht werden (EGPRW 1984). Trotzdem fanden wiederholt Diskussionen über das „für und wider“ sowie die Ziele allgemeinmedizinischer Forschung und deren Rahmenbedingungen statt (Ano-

nymus 2003, Del Mar und Freeman 2003, White 2000). De Maesener und De Sutter (2004) formulierten als Hauptziel allgemeinmedizinischer Forschung, die Aufgabe, dem Patienten eine stetig bessere Gesundheitsfürsorge bieten zu können, gerade im speziellen allgemeinmedizinischen, also ambulanten Umfeld.

Zudem kommt allgemeinmedizinischer Forschung eine Schlüsselrolle zu, um die Lücke zwischen Laborforschung und Praxis zu schließen (Lam 2004).

Kochen (1998) betonte die spezifischen Forschungsaufgaben, die die Allgemeinmedizin als eigenständiges Fachgebiet hat. Allgemeinmedizinische Probleme können weder in der Klinik noch allein mit klinischem Wissen gelöst werden. Eine kritiklose Übertragung der aus der Klinik gewonnenen Erkenntnisse auf ambulante Patienten ist aufgrund der völlig anderen epidemiologischen Voraussetzungen (sogenannter „Niedrigprävalenzbereich“) nicht möglich.

Aber auch für eine überzeugende und fundierte Lehre muss die Allgemeinmedizin, als Hochschulfach eigene Forschungsergebnisse vorweisen (Haehn 1986).

Jedoch ist für wissenschaftlich interessierte Allgemeinmediziner die Verbindung von Forschung, universitärer Lehre und Patientenversorgung im Alltag problematisch. Von Lehrstuhlkandidaten werden Erfahrungen in jedem dieser Bereiche verlangt. Es gibt jedoch eine Vielzahl an praktischen und rechtlichen Problemen bei der Verbindung von einer Praxisniederlassung und gleichzeitiger Tätigkeit an einer Universität. Dies könnte auch eine Erklärung für die bisher eher niedrige Zahl an allgemeinmedizinischen Habilitanden in Deutschland sein. Gefordert wurden daher bessere Rahmenbedingungen für den wissenschaftlichen Nachwuchs (Hummers-Pradier et al. 2002). Plädiert wurde im Zuge dieser Diskussion für die Schaffung einer Forschungsdissertation in der klinischen Medizin. Denn auch die an sich verkürzte Form der Habilitation, die Juniorprofessur, eigne sich mehr für den klinisch-theoretischen als für den klinisch-praktischen Bereich. Ziel ist es, den wissenschaftlichen Nachwuchs in der Allgemeinmedizin zu fördern, damit dessen Ausbildung mit dem Ausbau der medizinischen Fakultäten mithalten kann (Himmel und Kochen 2003). Forschung erhält und konstituiert das Fach Allgemeinmedizin - wie jedes andere Fach auch - weit über seinen Versorgungsauftrag heraus. Wissenschaftliche Evidenz nimmt einen immer höheren Stellenwert in der gesundheitspolitischen Debatte ein, ein Fach ohne Forschungsanspruch wird nicht ernst genommen und kann langfristig nicht überleben (Kochen et al. 2000).

1.3.2. Originalarbeiten

Ende der 1950er Jahre erschien eine von Braun (1958) verfasste Arbeit über allgemeinmedizinische Veröffentlichungen. Dargestellt wurde der damalige Stand der allgemeinmedizinischen Forschung. Braun hat eine Vielfalt an Mängeln aufgezeigt, die u. a. mit dem Fehlen hinreichend standardisierter Erhebungs- bzw. Auswertungsmethoden begründet werden konnten. Zudem gab es keine einheitliche Klassifikation von Diagnosen, was die Vergleichbarkeit ebenfalls erschwerte. Gut 20 Jahre später erstellten Abholz und Heindrichs (1982) durch Auswertung von Veröffentlichungen neun thematische Gruppen mit allgemeinmedizinischen Forschungsfragen. Ziel war u. a. die Eigenständigkeit und Spezifität des Faches Allgemeinmedizin zu betonen. Die Entwicklung der allgemeinmedizinischen Forschung wurde im Rahmen einer Dissertation Mitte der 1980er Jahre abermals untersucht. Die bis zu diesem Zeitpunkt entstandenen allgemeinmedizinischen Dissertationen, Diagnosestatistiken und Arzneimittelstudien wurden nach inhaltlichen und methodischen Gesichtspunkten analysiert. Auch die Ergebnisse dieser Arbeit waren ernüchternd, da die Mehrzahl der Publikationen als unwissenschaftlich gewertet wurden, was verschiedene Gründe hatte (Mangel an Repräsentativität, Spezifität und Vergleichbarkeit). Deutschland schnitt im internationalen Vergleich im Rahmen dieser Dissertation nicht gut ab, andere Länder waren forschungstechnisch weiter fortgeschritten (Brüning 1984). 1986 untersuchten Herbertz et al. allgemeinmedizinische Veröffentlichungen in Form von Zeitschriftenartikeln und Dissertationen der Jahre 1972-1985. Die Autoren stellten fest, dass nur 20% der Veröffentlichungen in Fachzeitschriften Originalarbeiten darstellen und dass die Mehrheit der Dissertationen nur eine begrenzt wissenschaftliche Aussage bot. Positiv fiel eine steigende Gesamtzahl an Veröffentlichungen auf. Auch Joosten (1995) stellte im Rahmen einer Dissertation einen durchschnittlichen Anstieg an Publikationen bis 1993 fest, des Weiteren analysierte er u. a. die verwendeten Erhebungsmethoden. Er schloss neben Dissertationen im Gegensatz zu Herbertz et al. (1986) ausschließlich Artikel ein, die Ergebnisse von Originalarbeiten wiedergaben.

Borgers untersuchte 2008 allgemeinmedizinische Publikationen im Sinne einer bibliometrischen Analyse der Jahre 1998-2007. Sein Ziel war die Darstellung von Autoren, Abteilungen und Zitathäufigkeiten. Als Hauptpublikationsorgan wurde die ZFA ermittelt, und auch bei den zitierenden Zeitschriften nimmt sie den ersten

Platz ein, wohingegen als Literaturreferenzen immer noch angloamerikanische Zeitschriften überwiegen.

Der von Braun bereits 1958 genannte Mangel, dass das Fach Allgemeinmedizin eher von Fachfremden beforscht wird und seine Eigenständigkeit fehlt, erwähnen auch Kochen et al. fast 50 Jahre später. Die Autoren „plädieren (...) für eine restriktive Haltung in Bezug auf die passive >>Beforschung<< durch andere Fächer (...) (um) die weitere Entwicklung wissenschaftlicher Eigenständigkeit (zu) fördern“ (Kochen et al. 2000, S. 348). Diese geforderte Eigenständigkeit schließt jedoch eine interdisziplinäre Zusammenarbeit auf keinen Fall aus. Gerade bei der Komplexität des Faches wird eine interdisziplinäre Zusammenarbeit als durchaus sinnvoll angesehen (Kochen et al. 2000, Haehn 1980).

1.3.3. Studiendesign und Methoden allgemeinmedizinischer Forschung

Traditionell wurde in der deutschen Medizin Grundlagenforschung bzw. organspezifische und krankheitsbezogene Forschung betrieben, die eher mit naturwissenschaftlichen Methoden einhergeht. Diese Methoden eignen sich (zumeist) wenig für die Fragestellungen, die sich aus dem allgemeinmedizinischen Umfeld ergeben (van Es 1979). Vereinzelt wurde auf Grund dessen die Entwicklung neuer spezifisch allgemeinmedizinischer Forschungsmethoden diskutiert, um ein ganzheitliches Herangehen ermöglichen und dem besonderen Umfeld der Allgemeinmedizin gerecht werden zu können (Uffelman 1982, Foerster 1980). Kochen sieht die Spezifität allgemeinmedizinischer Forschung weniger in den Methoden, sondern vielmehr in der Fragestellung des Fachgebietes. Allgemeinmedizinische Forschung ist angewandte Forschung, „die sich – im Gegensatz zu vielen anderen patientenbetreuenden Disziplinen der Medizin – überwiegend (aber nicht ausschließlich) der Methoden aus der empirischen Sozialforschung bedient“ (Kochen 1998, S.520). Auch Schwartz (1980) vertrat die Meinung, dass die Forschung in der Allgemeinmedizin methodenpluralistisch und multidimensional ist. Allerdings sollten seiner Meinung nach die für die allgemeinmedizinische Forschung verwendeten Methoden weiterentwickelt werden. Der Rückstand in der deutschen allgemeinmedizinischen Forschung war laut Schwartz ein Ergebnis unterlassener Forschungsinvestitionen und hatte nichts mit der Unmöglichkeit von allgemeinmedizinischer Forschung zu tun.

Auch die Frage nach dem Einsatz qualitativer oder quantitativer Methoden wird diskutiert. Plädiert wurde u. a. für die Kombination beider Methoden, da keiner der Ansätze besser oder schlechter sei. Vielmehr ermöglicht die Kombination dieser Methoden, die Darstellung unterschiedlicher Facetten einer Fragestellung und sie ergänzen sich in der Beantwortung der Forschungsfrage (Sielk et al. 2004). Durch die Anwendung qualitativer als auch quantitativer Methoden kann man sowohl den Anspruch an Wissenschaftlichkeit gerecht werden als auch die Komplexität, die das Fach Allgemeinmedizin mit sich bringt, abbilden (Abholz 2007).

Auseinandergesetzt wird sich auch mit der Frage nach der Umsetzbarkeit von randomisiert-kontrollierten Studiendesigns im allgemeinmedizinischen Umfeld (Sheikh et al. 2002, Ward et al. 1999). Auch Wilson et al. (2000) diskutierten die Durchführung und Interpretation randomisiert kontrollierter Studien (RCTs) in der allgemeinmedizinischen Forschung. Aufgezeigt werden mögliche Fehldeutungen, z. B. zu Prävalenzangaben oder Einschätzungen der Lebensqualität sowie Empfehlungen zur Organisation von RCTs in der Primärversorgung: beispielsweise sollte deren Planung durch multidisziplinäre Teams erfolgen.

1.4. Anreiz und Barrieren allgemeinmedizinischer Forschung

1.4.1. Auffassung niedergelassener Allgemeinmediziner zur Forschung

Die Nichtteilnahme niedergelassener Allgemeinmediziner an Forschungsprojekten beeinflusst die Validität allgemeinmedizinischer Studien und kann zur Verzerrung von Ergebnissen führen (Hummers-Pradier et al. 2008, Wetzel et al. 2005, Barclay et al. 2002, Asch et al. 2000). Entscheidend ist es daher, Beweggründe für die Nichtteilnahme niedergelassener Ärzte an Forschungsprojekten zu erfahren, aber auch deren Mitwirken an Forschungsaktivitäten zu ermitteln (Robinson und Gould 2000). Welche Antworten geben die Allgemeinmediziner auf die Frage, warum sie an Forschungsprojekten nicht teilnehmen bzw. teilgenommen haben und wo liegt für sie der Anreiz, doch teilzunehmen?

Eine britische Studie ging der Frage nach, warum die Allgemeinmediziner einen zugesandten Fragebogen nicht beantwortet hatten. Über die Hälfte der Ärzte antwortete, dass der Fragebogen schlicht untergegangen sei bzw. Zeitmangel die Beantwortung nicht zuließ. 16% von insgesamt 269 befragten Personen teilten mit, grundsätzlich keine Fragebögen zu beantworten. Lediglich 5% der Befragten

äußerten, dass sie an Forschung grundsätzlich nicht interessiert seien (Kaner et al. 1998). Eine weitere britische Erhebung befragte 1351 Allgemeinmediziner nach deren Forschungsengagement. Zeitmangel als Begründung für die Nichtteilnahme an Forschung war auch hier die dominierende Antwort (92%). 73% gaben an, zu wenig Personal zu haben, um Daten zu sammeln. Aber auch die Finanzierung stellte für 71% der befragten Allgemeinmediziner eine Hürde dar. Gar nicht an Forschung interessiert zeigte sich noch knapp die Hälfte der Befragten.

Eine Einbindung in die universitäre Lehre, die Möglichkeit Forschungsergebnisse bzw. Forschungsvorhaben diskutieren zu können sowie die Tatsache in einer Gemeinschaftspraxis zu arbeiten, deren Teilhaber in der Forschung tätig waren, wurden hingegen als fördernde Faktoren herausgearbeitet (Jowett et al. 2000). Robinson und Gould (2000) befragten 249 niedergelassene Allgemeinmediziner. Die Mehrheit der befragten Personen gab an, allgemeinmedizinische Forschung als wichtig (68%) bzw. sehr wichtig (22%) einzustufen. Allerdings hatten lediglich 8% der Allgemeinmediziner in den letzten drei Jahren an „Forschungstraining“ teilgenommen.

Auch in anderen Studien räumte ein Großteil der befragten Ärzte ein, nicht oder nur wenig bereit zu sein aktiv an Forschung teilzunehmen und gibt an, dass Zeitmangel eines der größten Hindernisse sei (Hummers-Pradier et al. 2008, Silagy und Carson 1989).

Das auch ganz praktische Gegebenheiten eine Barriere bezüglich der Teilnahme an bzw. Information über Forschung darstellen, ermittelten australische Forscher in einer Befragung von 467 Allgemeinärzten: So bejahten zwar 89% der Ärzte einen Internetzugang zu haben, 48% der Befragten gaben aber an, MEDLINE nicht nutzen zu können. Ihnen war nicht bewusst, dass sie mittels PubMed frei auf MEDLINE zugreifen können. Mehr als die Hälfte der Ärzte räumte ein, die Begriffe „systematischer Review“ und „number needed to treat“ nicht zu verstehen; 10% der befragten Personen hatten davon noch nie etwas gehört. Dennoch waren 84% der Allgemeinmediziner, vor allem die jüngeren bzw. erst kürzlich approbierten, der Forschung positiv gegenüber gestellt, allerdings zeigte nur ein Drittel der Ärzte Interesse an einer stärkeren Einbindung in Forschungsprojekten. Die Autoren schlussfolgerten, dass die Schaffung einer „Forschungskultur“ eine der Voraussetzungen für die aktive Teilnahme der Ärzte sei: Allgemeinmediziner sollten sich der Forschungsfragen und ihrer Quellen an Forschungsthemen und Möglich-

keiten bewusster werden. Ein Drittel würde ihr Forschungsengagement verstärken, wenn die Forschungstätigkeit besser auf die Arbeitsbedingungen in einer allgemeinmedizinischen Praxis abgestimmt wäre. Das hieße, die Datenerhebung müsse gut in die tägliche Routine einzubinden, das Thema relevant sein. Aber auch die Übernahme außerordentlicher Kosten sollte gesichert sein (Askew et al. 2002). Befürchtungen hinsichtlich der Rekrutierung eigener Patienten wurden ebenfalls beschrieben. Die aktive Einbindung der niedergelassenen Ärzte bei der Planung von Studien und eine größtmögliche Transparenz könnten die Akzeptanz fördern (Hummers-Pradier et al. 2008). Zusammenfassend betrachtet existieren Barrieren international auf unterschiedlichen Ebenen in mehr oder weniger ausgeprägter Form. Ein Gesundheits- bzw. Wissenschaftssystem, welches eine Infrastruktur für allgemeinmedizinische Forschung nicht oder wenig fördert sowie mangelnde Koordination der Forschung behindern eben diese. Auch die Stellung der Allgemeinmediziner und die Institutionalisierung an Universitäten sind in vielen Ländern noch ausbaufähig. Akademische Strukturen wie die Dominanz naturwissenschaftlicher Grundlagenforschung, Personalmangel an den allgemeinmedizinischen Universitätsabteilungen, ungenügende Weiterbildungsbedingungen sowie Publikationsschwierigkeiten behindern die Forschungsaktivität. Die niedergelassenen Ärzte sind mit der Praxisarbeit bereits ausgelastet und zusätzlich stellt ein Mangel an Fortbildungen in Forschungsmethoden eine weitere Hürde dar. Nichtsdestotrotz werden inzwischen in vielen Ländern Forschungskurse angeboten. Strukturelle Komponenten wie eine Morbiditätsregistrierung durch Allgemeinmediziner und bessere Ausbildung hinsichtlich der Forschungskompetenz unterstützen an Forschung interessierte Allgemeinmediziner (Lionis et al. 2004).

1.4.2. Publikationsraten von Kongress-Abstracts

Wissenschaftliche Zeitschriften sind weiterhin das wichtigste Medium für die Veröffentlichung von Forschungsergebnissen und bilden somit das zentrale Bindeglied zwischen Forschung und Praxis (Antes und Bassler 2000). Anzunehmen ist, dass es ein wichtiges Ziel der Wissenschaftler sei, ihre auf einem Kongress vorgestellte Arbeit anschließend in einer Fachzeitschrift zu veröffentlichen (Jasko et al. 2003).

Die Ermittlung der Publikationsraten von Kongress-Abstracts im Sinne von Veröffentlichungen in Form von Volltextartikeln, wurden bereits von Autoren der unter-

schiedlichsten Fachbereiche durchgeführt (Hashkes und Uziel 2003, Jasko et al. 2003, Sprague et al. 2003, Castillo et al. 2002, Roy et al. 2001, Riordan 2000, Marx et al. 1999, Weber et al. 1998).

Sprague et al. analysierten die Gründe für eine Nichtpublikation in ihrer 2003 veröffentlichten Arbeit zu Publikationsraten nach einem orthopädischen Kongress näher. Es fiel auf, dass vor allem Abstracts von Autoren, die an nicht akademischen Kliniken angebunden waren, deutlich seltener eine Volltextpublikation folgten. Etwa ein Drittel der Abstracts wurde seitens der Autoren nie anderweitig eingereicht. Gründe hierfür lagen darin, dass die Autoren der Meinung waren, zu viel Zeit beim Schreiben des Artikels zu verlieren. In anderen Fällen waren die Studien zum Zeitpunkt der Befragung noch nicht abgeschlossen oder es gab Probleme mit den Co-Autoren. Auch methodische und inhaltliche Probleme wurden als Gründe angegeben: So befand eine geringe Zahl der Autoren die Ergebnisse ihrer Arbeit als nicht wichtig genug, statistische Analysen, die negativ ausfielen wurden als nicht publikabel eingestuft oder das Thema als nicht interessant genug erachtet.

Ähnliche Gründe wurden auch in einer entsprechenden Studien aus dem Bereich pädiatrische Rheumatologie aufgeführt: Artikel sollten noch ausgebaut werden, es bestand die Befürchtung, dass der Artikel abgelehnt werden könne oder die Autoren waren sich unsicher, bei welcher Zeitschrift ihre Arbeit einzureichen sei (Hashkes und Uziel 2003).

Pierson (2004) fasste Gründe für die Ablehnung eingereicherter Artikel zusammen: Aus Editor- und Reviewer- Sicht sind die häufigsten Kritikpunkte bei eingereichten Artikeln das Thema, das Studiendesign, der Gesamteindruck des Artikels (Grammatik, Formulierungen) sowie die Interpretation der Ergebnisse. Abgelehnt werden Manuskripte aber auch, weil die Methoden nicht genau beschrieben waren oder die Zeitschrift nicht die für den Artikel passende war. Letztendlich werden aber auch viele möglicherweise gute Beiträge nicht veröffentlicht, weil die Wissenschaftler ihre Arbeit nach der Präsentation des Abstracts einstellen. Damit ist die Studie zwar in einer Form veröffentlicht, aber dem Großteil der Wissenschaftswelt trotzdem nicht zugänglich.

2. Fragestellung und Ziel

In der vorliegenden Arbeit soll ein Einblick in die allgemeinmedizinische Forschungsarbeit in Deutschland gegeben werden.

Auf dem jährlichen Kongress der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) werden Forschungsarbeiten in Form von Vorträgen oder Postern präsentiert und diese parallel als Abstract in der Zeitschrift für Allgemeinmedizin (ZFA) veröffentlicht. Um einen Überblick über die Forschungsarbeit im Fach Allgemeinmedizin zu geben, sollte untersucht werden, welche Studiendesigns und Themenschwerpunkte gewählt wurden. Zudem sollte ermittelt werden, in welchen medizinischen Fachzeitschriften die den Abstracts zugrunde liegenden Erhebungen veröffentlicht wurden bzw. welche Gründe hinter einer Nichtveröffentlichung stehen.

- 1. Wie war die inhaltliche und methodische Ausrichtung der DEGAM Kongress-Abstracts in den Jahren 1999-2003?**
- 2. Wie hoch war die Veröffentlichungsrate der Kongress-Abstracts und wie war die durchschnittliche Veröffentlichungsdauer?**
- 3. In welchen medizinischen Fachzeitschriften wurde veröffentlicht?**
- 4. Welche Gründe gaben die (Erst-)Autoren der Abstracts dafür an, dass keine Veröffentlichung resultierte (telefonische Befragung)?**
- 5. Gibt es Zusammenhänge zwischen der methodischen und/oder inhaltlichen Ausrichtung der Kongress-Abstracts und der Veröffentlichungsrate?**

3. Material und Methoden

3.1. Methodische Vorüberlegungen

Diese Untersuchung soll mittels deskriptiver Methodik einen Einblick in den Forschungsbereich der Allgemeinmedizin geben. Um den Forschungsstand eines Faches zu analysieren, gibt es vielfältige Möglichkeiten. In dieser Arbeit wurde der Schwerpunkt auf die Auswertung der DEGAM Kongress-Abstracts nach Studiendesign und Thematik gesetzt. Ebenfalls mit ausgewertet wurden die Tätigkeitsfelder der Erstautoren.

Angelehnt an das Vorgehen bei bibliometrischen Analysen wurde zudem eine Output-Analyse vorgenommen, d.h. es wurde die Veröffentlichungsrate der Kongress-Abstracts sowie die zeitliche Dauer bis zur Veröffentlichung bestimmt.

Angeschlossen hat sich eine halbstandardisierte telefonische Befragung der Erstautoren, zu deren Abstracts keine Veröffentlichung ermittelt werden konnte. Ziel der Befragung war zum einen, bisher nicht berücksichtigte Zeitschriftenartikel der Untersuchung zuzuführen, zum anderen sollten die Gründe einer Nichtveröffentlichung ermittelt und ausgewertet werden.

3.2. Kongress-Abstracts

3.2.1. Datenmaterial

Es wurden alle 368 Abstracts der jährlich stattfindenden DEGAM Kongresse der Jahre 1999 bis 2003 analysiert. Die den Abstracts zugrunde liegenden Arbeiten wurden auf den Kongressen in Form von Postern oder Vorträgen vorgestellt. Die Abstracts wurden in einem Peer-Review Verfahren zur Präsentation ausgewählt und in der Zeitschrift für Allgemeinmedizin (ZFA) publiziert. Die ZFA ist das Organ der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V. (DEGAM) und der Gesellschaft der Hochschullehrer für Allgemeinmedizin (GHA).

3.2.2. Klassifikationssystem der DEGAM Kongress-Abstracts

3.2.2.1. Abstractaufbau

Ein Hauptziel der Arbeit war die Erfassung und Dokumentation der in den Abstracts beschriebenen Studiendesigns. Zur Klassifikation eines Studiendesigns ist unter Berücksichtigung der Forschungsfrage die Auswertung der in den Abstracts beschriebenen Erhebungs- und Auswertungsmethoden heranzuziehen (Kap. 3.2.2.3.). Angenommen wurde, dass jeder Abstract Daten einer Originalarbeit präsentierte. Nach den ersten Durchsichten der Abstracts und der Erfassung der verwendeten Methoden stellte sich heraus, dass in einigen Abstracts Erhebungs- und Auswertungsmethoden genannt waren, andere Abstracts die Weitergabe von Informationen zum Ziel hatten und dass es eine große Anzahl gab, die nicht eindeutig zuzuordnen waren. Um diese inhomogene Gruppe differenzieren und ein Klassifikationssystem entwickeln zu können, wurde zunächst überprüft, welche Abstracts einen korrekten Aufbau hatten.

Der formale Aufbau eines Abstracts sollte folgendem Schema entsprechen:

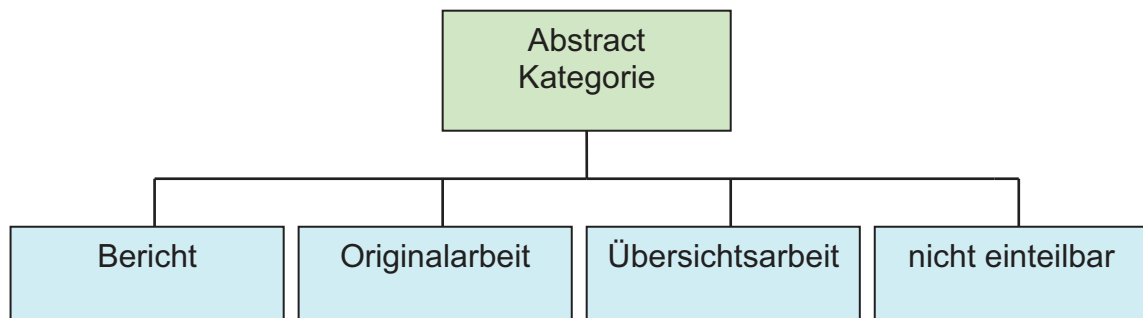
- **Hintergrund/Einleitung:**
Die Einleitung sollte neben einer kurzen Einführung in das entsprechende Thema auch eine Forschungsfrage, Hypothese bzw. Zielsetzung beinhalten.
- **Methoden :**
In diesem Abschnitt sollten Erhebungs- und Auswertungsmethoden der den Abstracts zugrunde liegenden Arbeit erläutert werden.
- **Ergebnisse:**
Im Ergebnissteil sollten die durch die jeweiligen Methoden gewonnen Daten zur Beantwortung der Forschungsfrage dargestellt werden.
- **Schlussfolgerung:**
In der Schlussfolgerung ist ein kurzes Fazit zu ziehen und/oder ein Ausblick auf weiterführende Untersuchungen zu formulieren (Abholz und Kochen 2004, Hall 2003).

3.2.2.2. Methodische Kategorienbildung: Originalarbeit, Übersichtsarbeit, Bericht oder nicht einteilbare Abstracts

Abstracts, die einen korrekten formalen und inhaltlichen Aufbau hatten, konnten den Kategorien „Originalarbeit“ oder „Übersichtsarbeit“ zugeordnet werden.

Abstracts, die diesem Aufbau nicht entsprachen, wurden ebenfalls differenziert und den Kategorien „Bericht“ oder „nicht einteilbar“ zugeordnet:

Abbildung 1: Übersicht der vier Kategorien



Bericht:

Der Kategorie Bericht wurden sämtliche Abstracts zugeführt, die weder in ihrer Intention noch in ihrem Charakter Forschungsarbeiten waren und die weder den formalen noch den inhaltlichen Kriterien des Abstractaufbaus folgen.

Als Beispiele sind hier Erfahrungsberichte, Meinungsäußerungen, Kongressberichte, aber auch Ausblicke bzw. Präsentation von in Planung befindlichen Studien zu nennen (Joosten 1995).

Originalarbeit:

Der Kategorie Originalarbeit wurden Abstracts zugeordnet, die zumindest weitestgehend den formalen und inhaltlichen Kriterien eines Abstractaufbaus entsprachen und Originaldaten vorstellten.

Es musste also erkennbar sein, dass die in dem Abstract „produzierten Fakten sich auf einen Forschungsprozess beziehen, dessen zentrale Inhalte durch eine eigene empirische Studie belegt sind (...)“ (Joosten 1995, S.30).

Übersichtsarbeiten:

Als weitere Kategorie wurden Abstracts zusammengefasst, deren Studiendesign einer Übersichtsarbeit entsprach.

Alle Abstracts, die Arbeiten zu wissenschaftlichen Erkenntnissen und Schlussfolgerungen eines bestimmten Themas aus Einzelstudien zusammenfassen (Khan et al. 2004), wurden in diese Kategorie mit aufgenommen.

Nicht einteilbar:

Die Gruppe „nicht einteilbar“ wurde gebildet, da es Mischformen gab. Zum einen lagen Abstracts vor, die zwar eine Erhebungsmethode beschrieben, bei denen aber weder eine Forschungsfrage erkennbar war noch Ergebnisse vorgestellt wurden. Zum anderen gab es Abstracts in denen Ergebnisse beschrieben waren, aber nicht nachvollziehbar war, wie diese erlangt wurden.

In diesen Fällen ließ sich vermuten, dass hinter dem Abstract eine Forschungsarbeit stand, so dass dieser nicht der Kategorie Bericht zugeteilt werden konnte. Allerdings vermittelte der Abstract zu wenig Informationen, um diesen der Gruppe „Originalarbeiten“ mit der entsprechenden Differenzierung nach dem Studiendesign zuordnen zu können. Diese Abstracts wurden als nicht einteilbar eingestuft.

Außerdem das Fehlen einer Forschungsfrage bzw. Formulierung einer Zielsetzung wurde jedoch nicht als Grund genommen, Abstracts dieser Gruppe zuzuordnen. War in diesen Fällen eine Erhebungsmethodik genannt und die dadurch erlangten Ergebnisse nachvollziehbar, fiel es in die Gruppe Originalarbeit, allerdings mit dem Vermerk eines unvollständigen Abstracts. Selbiges galt für Abstracts, die eine Forschungsfrage und Methodenbeschreibung enthielten, die aber im Ergebnisteil auf den nachfolgenden Kongress verwiesen, da die Forschungsarbeit noch nicht abgeschlossen war.

3.2.2.2.1. Originalarbeiten und Übersichtsarbeiten

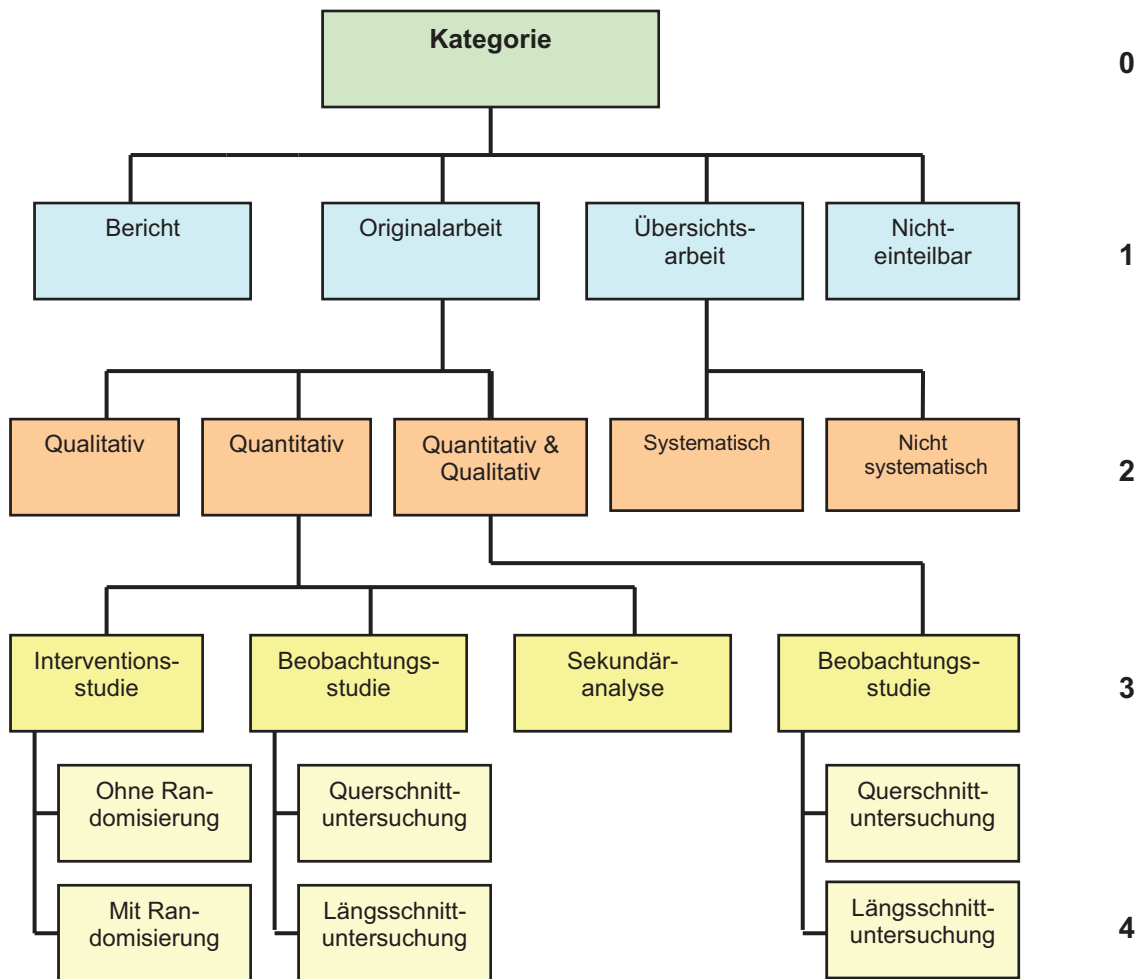
Bei der Zuordnung zu den in den Abstracts dargestellten Studiendesigns wurde angestrebt, die Kriterien zu berücksichtigen, die eine Studie bzw. deren Design maßgeblich mitbestimmen. In dieser Arbeit wurde sich an die Bücher der empirischen Sozialforschung gehalten (Bortz und Döring 2006; Dieckmann 2005; Schnell et al. 2005; Laatz 1993). Ergänzend wurde das DEGAM - Autorenmanual für Leitlinien genutzt (Donner-Banzhoff 2000). „Zu der Festlegung der Untersuchungsformen gehören Entscheidungen darüber, ob Daten zu einem oder mehreren Messzeitpunkten an denselben Personen oder an verschiedenen Personengruppen zu unterschiedlichen Messzeitpunkten erhoben werden sollen, ob z.B.

Laborexperimente oder Befragungen durchgeführt werden sollen, usw.“ (Schnell et al. 2005, S. 12). Herausgearbeitet wurden demnach als designbestimmende Angaben, unter Berücksichtigung der Forschungsfrage, die angewandten Erhebungsmethoden sowie der Datenerhebungszeitraum zur Differenzierung von Längsschnitts- und Querschnittsuntersuchungen.

Die Einteilung aller 368 Abstracts nach Kategorie und im Falle der Originalarbeiten und Übersichtsarbeiten auch nach Studiendesign wurde in einem hierarchisch geordnetem Stufensystem vorgenommen. Dieses Stufensystem in Form einer Baumstruktur ermöglichte eine differenzierte Einteilung, insbesondere von Abstracts, denen zwar eine Originalerhebung zugrunde lag, die aber unterschiedlich detaillierte Angaben zum Studiendesign enthielten. Vollständig ausformulierte Abstracts erreichten die letzte und somit differenzierteste Stufe, unvollständige wurden nur bis zur sicher bestimmbaren Ebene eingeteilt. Die Angabe der Ebene ist auf der rechten Seite des Diagramms vermerkt (Abb. 2). Insgesamt wurden vier Stufen bzw. Ebenen geschaffen.

Ebene 1 enthält die vier Kategorien Bericht, Originalarbeit, Übersichtsarbeit sowie nicht einteilbare Abstracts.

Abbildung 2: Stufendiagramm zur Kategorisierung der Kongress-Abstracts



Achse der Originalarbeiten:

Die den Abstracts zugrunde liegenden Arbeiten wurden in der zweiten Ebene nach **qualitativen** oder **quantitativen** Ansätzen eingeteilt. Diese Einteilung richtete sich nach der Fragestellung und Methodik der in dem Abstract beschriebenen Erhebung.

Eine Problematik der Einteilung war, dass es naturgemäß Originalarbeiten gab, in denen quantitative und qualitative Erhebungs- und Auswertungsmethoden kombiniert wurden. Diese Fälle waren aber auch dann eindeutig lösbar, wenn die Hauptintention der Fragestellung berücksichtigt und als weiteres Kriterium die Darstellung der Ergebnisse hinzugezogen wurde, d.h. es wurde geprüft, worauf der Autor bei der Darstellung seiner Ergebnisse den Schwerpunkt gelegt hat. Ließ sich eine eindeutige Schwerpunktsetzung in der Arbeit nicht ausmachen bzw. wurden quantitative und qualitative Methoden zu gleichen Anteilen kombiniert, wurden diese

Abstracts der separaten Gruppe **quantitatives und qualitatives Design** zugeordnet.

Qualitative Arbeiten

Die Kategorie der qualitativen Arbeiten wurde in keine weitere Ebene unterteilt (Abbildung 2, Ebene 2). Zu dem qualitativen Ansatz werden auch Arbeiten gezählt, die ein qualitativ-exploratives Herangehen hatten (vgl. Kap.3.2.2.3.).

Quantitative Arbeiten

Sämtliche Erhebungen mit quantitativen Anteilen wurden in der dritten Ebene entweder einer der beiden Hauptgruppen epidemiologischer Studien zugeordnet, dem beobachtenden (**Beobachtungsstudie**) oder dem experimentellen Ansatz (**Interventionsstudie**) oder der separaten Gruppe **Sekundäranalyse**.

Bei **Interventionsstudien** wurde in der vierten und letzten Ebene vermerkt, ob die Zuteilung der Patienten in die Kontroll- oder Versuchsgruppe mit oder ohne Randomisierung durchgeführt wurde. Die Technik der Randomisierung spielt eine besondere Rolle im Ausschluss von Störvariablen (Roth und Heidenreich 1993). Voraussetzung bei Interventionsstudien ist zudem die Zuweisung der Probanden in die Vergleichsgruppen vor dem Beginn der Untersuchung (Dieckmann 2002). Die letztgenannte Versuchsanordnung bei der es eine Kontroll- und eine Versuchsgruppe gibt und die sich in der Stimulussetzung unterscheiden, die aber die Zuordnung zur entsprechenden Gruppe nicht über die Randomisierung vornehmen, wird mitunter als quasiexperimentelles Design bezeichnet (Schnell et al. 2005). Da die Definition von „Experiment“ und „quasiexperimentelles Design“ in der Literatur uneinheitlich sind (Schnell et al. 2005, Dieckmann 2002, Donner-Banzhoff 2000, Roth und Heidenreich 1993), wurde in dieser Einteilung auf die Begriffe verzichtet.

Beobachtungsstudien wurden in der vierten Ebene nach dem zeitlichen Modus der Erhebung eingeteilt, d.h. es wurde gewertet, ob die Studie zum Ziel hatte, Querschnittsdaten oder Längsschnittsdaten zu produzieren.

In die Gruppe der **Längsschnittuntersuchung** fielen so genannte prospektive Verlaufsbeobachtungen mit Kontrollgruppe (Kohortenstudie) als auch solche ohne Kontrollgruppe, so genanntes Paneldesign.

Unter Paneldesign versteht man „Untersuchungsanordnungen, die an denselben Personen dieselben Variablen (mit derselben Operationalisierung) zu verschiedenen Zeitpunkten erheben“ (Schnell et al. 2005, S.238). Darüber hinaus schließt diese Definition auch so genannte Trendstudien mit ein:

„Auch hier werden Variablen durch dieselben Operationalisierungen zu verschiedenen Zeitpunkten gemessen, jedoch an anderen Personen, die aber über dasselbe Auswahlverfahren ermittelt werden“ (Schnell et al. 2005, S.246). Dazu zählen u. a. so genannte Evaluationsstudien über die Zeit, beispielsweise die jährliche Evaluation eines bestimmten Kurses durch die Studenten.

Des Weiteren kann man dieser Gruppe auch retrospektive Verlaufsbeobachtungen mit zurechnen, so genannte historische Kohorten oder Fall-Kontroll-Studien.

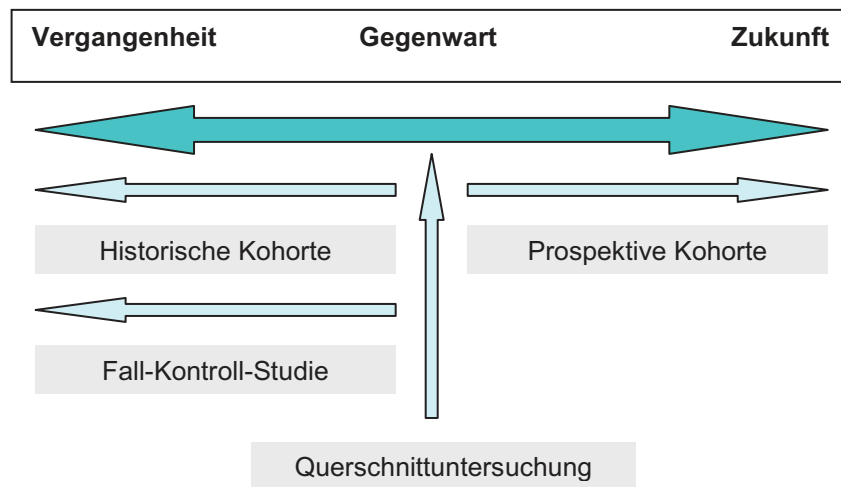
Historische Kohorten erheben Expositionen in der Vergangenheit, die entsprechende Kohorte wird dann bezüglich des Auftretens von z.B. Erkrankungen oder Todesfällen untersucht. Fall-Kontroll Studien untersuchen Erkrankte mit Nichterkrankten, um Zusammenhänge mit vergangenen Expositionen herstellen zu können (Klug et al. 2004).

Der Gruppe **Querschnittuntersuchungen** werden die Untersuchungen zugeordnet, deren „Datenerhebung (...) sich auf einen Zeitpunkt oder eine kurze Zeitspanne beziehen, in der eine einmalige Erhebung der Eigenschaften (Variablenwert) bei N Untersuchungseinheiten vorgenommen wird“ (Diekmann 2002, S.267). Zur Definition der Formulierung „kurze Zeitspanne“ ist die Definition des DEGAM-Autorenmanuals zu berücksichtigen:

„Es bleibt auch eine Querschnittuntersuchung, wenn sich die Datenerhebung über einen längeren Zeitraum hinzieht (logistische/organisatorische Gründe). Dasselbe gilt für den Fall, das die Erhebung einer bestimmten Größe eine gewisse Zeit benötigt, z.B. Blutzucker-Messungen bei Glucose Toleranztest über einen längeren Zeitraum, oder Patientenzufriedenheit vor und nach Konsultation“ (Donner-Banzhoff 2000, S. 4).

Zur Verdeutlichung dieser sich nach dem Zeitmodus richtenden Einteilung und der beispielhaft unter diesem zeitlichen Aspekt aufgeführten Studiendesigns ist die folgende Abbildung 3 zu berücksichtigen (Klug et al. 2004, S.T 8).

Abbildung 3: Darstellung des zeitlichen Ablaufs der Datenerhebung bei den verschiedenen Studientypen



Generell wurden Studien, die die Entwicklung und Überprüfung eines diagnostischen Tests zum Ziel hatten, ebenfalls einer der Kategorien und Ebenen zugeteilt, sie wurden nicht separat aufgeführt.

Sekundäranalysen

In dieser Arbeit wurden als eigenständige Gruppe quantitativer Arbeiten die Sekundäranalysen in Ebene drei vermerkt. „Die Auswertung bereits vorhandener (Roh-) Daten mit neuen Methoden oder unter einer anderen Fragestellung nennt man Sekundäranalyse – im Unterschied zur Primäranalyse, bei der eigene, „neue“ Daten verwendet werden“ (Bortz und Döring 2006, S.370).

Achse der Übersichtsarbeiten:

Bei den Übersichtsarbeiten wurde auf der zweiten Ebene vermerkt, ob diese mittels einer systematischen Literatursuche erstellt wurden oder nicht. Abstracts, denen keine Hinweise für ein systematisches Vorgehen (Formulierung einer klaren Fragestellung, Nennung von Einschlusskriterien der zu untersuchenden Studien) zu entnehmen waren, wurden als nicht systematische Übersichtsarbeiten gewertet (Khan et al. 2003).

Wenn zusätzlich eine metaanalytische Auswertung durchgeführt wurde, wurde diese dokumentiert (vgl. Kap. 4.1., Abb.7).

Zur Differenzierung Übersichtsarbeit oder Sekundäranalyse ist vor allem die Forschungsfrage zu berücksichtigen: Übersichtsarbeiten vereinen einzelne Arbeiten mit derselben Zielsetzung. Sekundäranalysen bedienen sich der Originaldaten einer Arbeit, um diese unter einer neuen Fragestellung auszuwerten.

3.2.2.3. Klassifikation nach Methoden

Die Einteilung nach Methoden diene der Zuordnung der Abstracts zu einem entsprechenden Studiendesign.

Generell wurden qualitative und quantitative Methoden unterschieden. „Im Bereich der qualitativen Sozialforschung wurden zahlreiche neue Verfahren entwickelt, die differenzierte Einblicke in die subjektive Weltsicht der untersuchten Person ermöglichen sollen. Einheitliche Klassifikationen qualitativer Techniken der Erhebung und Auswertung liegen nicht vor“ (Bortz und Döring 2006, S.307). Aufgrund dessen und der Tatsache Rechnung tragend, dass zur Auswertung der Studien in der vorliegenden Arbeit nur deren Abstracts vorlagen, wurden die Angaben der Autoren, ob die Erhebungsmethoden einen qualitativen oder quantitativen Ansatz hatten, direkt übernommen. Des Weiteren wurde jede in einem Abstract genannte Erhebungsmethode vermerkt, so dass sich Mehrfachnennungen ergaben. Im Folgenden werden die Erhebungsmethoden aufgeführt und erläutert:

Befragung:

„Nach Art der Kommunikation können zunächst drei Typen von Befragungen unterschieden werden:

1. das persönliche “face-to-face” - Interview,
2. das telefonische Interview,
3. die schriftliche Befragung (“questionnaire“)

(Diekmann 2002, S.373).

Diese drei Hauptgruppen lassen sich durch Techniken der Standardisierung oder Strukturierung sowie der Anzahl der zu befragenden Personen noch weiter differenzieren. In der vorliegenden Arbeit wurden die schriftliche Form sowie die mündliche Form der Befragung dokumentiert. Sofern die mündlichen Befragungen in den Abstracts genauer vermerkt waren (Einzelinterview, Gruppeninterview oder Qualitätszirkel/Workshop), wurden diese auch dokumentiert.

Die Dokumentation der Befragungsformen verläuft ebenfalls stufenförmig, abhängig von der Detailliertheit der Angaben in den Abstracts. Die erste Stufe bildet die Gruppe „Befragung, nicht differenziert“, dann folgen „Befragung, schriftlich“ und/oder „Befragung, mündlich“ und deren entsprechende Differenzierung.

Die Art der Befragung diente des Weiteren der Einteilung nach qualitativem oder quantitativem Studiendesign (z.B. geschlossene oder offene Fragen).

Die Funktion eines Qualitätszirkels/Workshops wurde in einigen Originalarbeiten im Sinne einer Gruppendiskussion zur Datenerhebung genutzt, in anderen Arbeiten wurden Qualitätszirkel im Rahmen von Interventionsstudien als Intervention bzw. didaktisches Mittel eingesetzt. Auch die Auswertung dieser Angabe diente der späteren Klassifikation nach dem Studiendesign. Wurden Qualitätszirkel im Sinne einer Befragung genutzt, wurden diese auch entsprechend vermerkt.

Qualitätszirkel im Sinne einer Schulung, die eine Intervention in einer entsprechenden interventionellen Studie darstellten und diese als Variable in die Auswertung einbezogen, fielen unter die Methode „Experiment“ und wurden unter dieser Gruppe subsumiert.

Beobachtung:

„Beobachtungen im engeren Sinne nennen wir das Sammeln von Erfahrungen in einem nichtkommunikativen Prozess mit Hilfe sämtlicher Wahrnehmungsmöglichkeiten. Im Vergleich zur Selbstbeobachtung ist wissenschaftliche Beobachtung stärker zielgerichtet und methodisch kontrolliert“ (Laatz 1993, S.169). Beobachtungen können verdeckt und nicht verdeckt stattfinden. Unter Beobachtung fällt in dieser Arbeit beispielsweise die prospektive Nachbeobachtung eines Patienten nach einem Krankheitsereignis mittels Registrierung von Überweisungen und Versorgungsdaten oder Aufzeichnungen von Praxiskonsultationen zu Studienzwecken (vgl. „nonreaktive Verfahren“).

Nonreaktive Verfahren:

„Nonreaktive Verfahren sind Datenerhebungstechniken, die keinerlei Einfluss auf die untersuchten Personen, Ereignisse oder Prozesse ausüben, weil a) die Datenerhebung nicht bemerkt wird oder b) nur Verhaltensspuren beobachtet werden“ (Bortz und Döring 2006, S.326). Mit diesem Verfahren können je nach Auswertung qualitative und/oder quantitative Daten ermittelt werden. Je nach soziologischer

Fachliteratur werden die nonreaktiven Verfahren als eigenständige Gruppe oder als Untergruppe der verdeckten Beobachtung gewertet. In dieser Arbeit wurden nonreaktive Verfahren zwecks Transparenz als eigenständige Gruppe erfasst. Zu den nonreaktiven Verfahren zählen beispielsweise Analysen von Semesterberichten, Überweisungsscheinen, ausgestellten Rezepten oder Patientenakten.

Die Verfahren wurden in dieser Arbeit nur dann als nonreaktiv dokumentiert, wenn man anhand des Abstracts davon ausgehen konnte, dass diese verdeckt bzw. retrospektiv stattfanden. Ging dies nicht eindeutig aus den Abstracts hervor, wurden entsprechende Verfahren der Methode „Beobachtung“ zugeordnet.

Physiologische Messung / klinische Untersuchung:

Parameter, die durch physiologische Messungen gewonnen werden, sind zum Beispiel Blutzucker- und Blutdruckwerte. Im Sinne einer differenzierteren Betrachtung wurde im Rahmen dieser Arbeit diese Gruppe als eigenständiges Erhebungsverfahren aufgeführt, wenngleich „sich auch die für physiologische Messungen eingesetzten Geräte zu den Beobachtungsgeräten zählen“ ließen (Bortz und Döring 2006, S.272). Da die Studien in den vorliegenden Abstracts im medizinischen Bereich angesiedelt waren, wurde die klinisch-körperliche Untersuchung zur Erhebung von Daten mit in diese Gruppe aufgenommen.

Experiment:

Im Rahmen dieser Arbeit wurde sich entschieden, das Experiment unter den methodischen Erhebungsverfahren aufzunehmen. Laut Roth und Heidenreich (1993) ist auch das Experiment eine Möglichkeit der Gewinnung von Daten.

Unter einem Experiment versteht man eine methodische Versuchsanordnung bei der zwei Gruppen miteinander verglichen werden. Ziel ist die Überprüfung einer Hypothese. Als Experiment gewertet wurden Abstracts, bei denen mindestens eine unabhängige Variable in der Interventionsgruppe verändert wurde und eine Kontrollgruppe zur vergleichenden Beobachtung zur Verfügung stand.

Es musste also eine aktive Manipulation der Bedingungen durch den Versuchsleiter stattgefunden haben, mit dem Ziel, Aussagen über Ursache und Wirkung treffen zu können (Roth und Heidenreich 1993). Prinzipiell kann jedes Datenerhebungsverfahren im Rahmen dieser Versuchsanordnung angewendet werden. Die

entsprechenden Erhebungsverfahren wurden ebenfalls dokumentiert (vgl. Kap. 4.1.2., Tab. 2).

Inhaltsanalyse:

Bei den inhaltsanalytischen Verfahren sind wiederum qualitative sowie quantitative Verfahren zu unterscheiden. Bei den quantitativen Verfahren steht das Zählen des Wortmaterials im Vordergrund. Der Kritik, dass die quantitative Inhaltsanalyse, die in den 1920er und 1930er Jahren entwickelt wurde, inhaltliche Rückschlüsse nur schwer zuließe, wurde in nachfolgenden Jahren (1970er) mit der Entwicklung der qualitativen Inhaltsanalyse entgegengetreten (Bortz und Döring 2006). Beide Verfahren wurden in dieser Arbeit entsprechend ausgewertet.

Literaturrecherche:

Es ist anzunehmen, dass nahezu jeder Studie und dem entsprechenden Abstract eine Literaturrecherche vorausging. Nur bei den Abstracts, deren Autoren die Literaturrecherche explizit als Erhebungsmethode vermerkten, wurde dies auch so übernommen. Hierunter ist nicht zwingend ein systematischer Review zu verstehen, jede im Abstract unter Methode erwähnte Literaturrecherche wurde dokumentiert.

3.2.2.4. Klassifikation nach Thematik

Ein weiteres Ziel der Arbeit war es, Themengruppen zu bilden und jedem Abstract ein Thema zuzuordnen. Angelehnt an qualitativ inhaltsanalytische Auswertungsformen wurden die in den 368 Abstracts behandelten Inhalte erfasst und gruppiert (vgl. Kap. 4.2.). Vorgegangen wurde wie im Folgenden beschrieben: „Idealtypisch werden Kategoriensysteme entweder induktiv aus dem Material gewonnen oder deduktiv (theoriegeleitet) an das Material herangetragen. In der Praxis sind Mischformen gängig, bei denen ein a priori aufgestelltes grobes Kategorienraster bei der Durchsicht des Materials ergänzt und verfeinert wird“ (Bortz und Döring 2006, S. 330). Praktisch bedeutet dies, dass zunächst Themengruppen formuliert und diese dann in einer ersten Durchsicht mit den Abstracts abgeglichen wurden. In nachfolgenden Schritten wurden die Inhaltselemente den Kategorien zugeordnet (Kodierung) (Lammek 2005). Als Analyseeinheit diente immer der gesamte Abstract, wo-

bei das Hauptaugenmerk auf die Fragestellung gerichtet wurde. Nicht klar einzuordnende Fälle wurden in einem Konsensverfahren mit den wissenschaftlichen Betreuern der Arbeit entsprechend klassifiziert.

3.2.2.5. Klassifikation nach Tätigkeitsfeld des Erstautors

Um einen Einblick in die personelle Struktur der allgemeinmedizinischen Forschung zu geben, wurde das Berufs- bzw. Tätigkeitsfeld der Erstautoren vermerkt. Die erforderlichen Informationen konnten mittels der Homepages der entsprechenden Abteilungen und der im Internet recherchierten Lebensläufe sowie im Rahmen der telefonischen Befragung ermittelt werden.

Es bot sich eine Aufteilung in fünf Tätigkeitsfelder an:

- **Ärzte, die universitär angebunden sind:** Diese Gruppe reicht vom niedergelassenen Allgemeinmediziner mit Lehrauftrag bis zum Institutsleiter.
- **Nicht ärztliche Mitarbeiter, die universitär angebunden sind:** Hierunter sind Autoren u. a. aus den Bereichen Soziologie und Psychologie vereint.
- **Ärzte, die nicht universitär angebunden sind:** Zu dieser Gruppe gehören niedergelassene Ärzte sowie Ärzte, die an peripheren Krankenhäusern angestellt sind.
- **Studenten:** Studenten wurden als gesonderte Gruppe aufgeführt, da diese ebenfalls einen großen Anteil unter den Erstautoren ausmachen.
- **Unbekannt:** Von einigen Autoren konnten keine Kontaktdaten ermittelt werden, so dass eine Zuordnung zu einem Tätigkeitsfeld nicht möglich war.

Dokumentiert wurde abstractbezogen, so dass Autoren die mehrfach Abstracts verfassten, auch mehrfach zugeordnet wurden. Festgehalten wurde der Tätigkeitsbereich, in dem der Autor zum Zeitpunkt des Kongresses beschäftigt war. Die erste Gruppe „Ärzte, die universitär angebunden sind“, wurde nach dem Tätigkeitsschwerpunkt (hauptsächlich wissenschaftliche Tätigkeit oder hauptsächlich klinisch-praktische Tätigkeit) weiter unterteilt.

3.3. Veröffentlichungen

3.3.1. Veröffentlichungsrate und Veröffentlichungsdauer

Ein weiteres Ziel der Arbeit war es, die Veröffentlichungsrate der Kongress-Abstracts zu bestimmen. Als Veröffentlichungsrate ist hier das prozentuale Verhältnis von inhaltlich mit den Abstracts in unmittelbaren Zusammenhang stehenden Volltextartikeln zur Gesamtzahl der 368 Kongress-Abstracts von 1999-2003 definiert.

Der Recherchezeitraum schloss die Jahre 1997-2007 ein. Durch den genannten Zeitraum konnten zum einen Vorveröffentlichungen mit berücksichtigt werden, zum anderen aber auch Veröffentlichungen, die erst Jahre nach dem Kongress auf den Weg gebracht wurden.

Die Veröffentlichungen in Form von Volltextartikeln in medizinischen Fachzeitschriften wurden mittels einer Suche in der medizinischen Datenbank PubMed sowie einer Handsuche in der Zeitschrift für Allgemeinmedizin (ZFA) ermittelt. Ebenso wurde das European Journal of General Practice (Eur J Gen Pract) der Jahre 1997 bis einschließlich 2002 manuell durchsucht, da diese Zeitschrift ebenfalls als relevant eingestuft wurde, aber erst seit 2003 in PubMed gelistet ist.

Auf die Suche in weiteren allgemeinmedizinischen Zeitschriften, die nicht in PubMed gelistet sind, wurde verzichtet. Diese Lücke wurde durch die Interviews mit den Autoren geschlossen.

Die Recherche in PubMed wurde zunächst mittels der Namen des Erst- und Letztautors des entsprechenden Abstracts durchgeführt. Wenn kein passender Eintrag gefunden werden konnte, wurde die Suche um die Namen der Co-Autoren und eine Schlagwortsuche ergänzt. Wenn ein in PubMed gelisteter Abstract passend schien, fand ein Abgleich mit dem Kongress-Abstract statt. Überprüft wurden die Übereinstimmungen in Thematik, Methoden und Ergebnissen. Bei den Berichten reichte die inhaltliche Übereinstimmung aus. Wenn der in PubMed aufgeführte Abstract nicht eindeutig war, wurde der Volltextartikel zur Auswertung herangezogen.

Die Recherche in der ZFA und dem European Journal of General Practice wurde manuell durchgeführt. Das Autorenverzeichnis jeder Ausgabe der zu untersuchenden Jahre wurde nach den Autoren des Abstracts durchforstet und der entspre-

chende Artikel nachgeschlagen und mit dem Kongress-Abstract wie oben beschrieben abgeglichen und entsprechend vermerkt.

Der Kongress-Abstract zählte auch dann als veröffentlicht, wenn dieser nur einen Teil des Artikels ausmachte. Waren nur thematische Ähnlichkeiten gegeben, die Methoden sowie der Erhebungszeitraum aber unterschiedlich, wurde der Abstract als nicht veröffentlicht gewertet.

Artikel, die thematisch und datentechnisch mit dem Kongress-Abstract zweifelsfrei übereinstimmten, aber bereits ein oder zwei Jahre vor dem Kongress erschienen, wurden als so genannte Vorveröffentlichungen definiert. Berücksichtigt und ausgewertet wurden diese nur, wenn keine nachfolgenden Veröffentlichungen ermittelt werden konnten.

In den Fällen, in denen mehrere Artikel einem Abstract zugeordnet werden konnten, wurde jeder einzelne Artikel dokumentiert. Zur Auswertung der Veröffentlichungsrate und insbesondere zur Ermittlung der durchschnittlichen Veröffentlichungsdauer (Zeitraum zwischen Kongresspräsentation und Veröffentlichung) wurde der zuerst veröffentlichte Artikel gewertet. Die Daten der Mehrfachveröffentlichungen flossen in die Analyse der Zeitschriften mit ein.

Bei der Ermittlung der durchschnittlichen Veröffentlichungsdauer war eine Problematik, dass bei den recherchierten Artikeln nicht in jedem Fall der Monat des entsprechenden Veröffentlichungsjahres mit angegeben war. Um dennoch eine relativ genaue Zeitspanne ermitteln zu können wurde folgende standardisierte Berechnung durchgeführt:

Da die Kongresse am Ende des dritten Quartals eines Jahres stattfanden, wurde von der Dauer des letzten Quartals die Hälfte, also 1,5 Monate rechnerisch für Veröffentlichungen im Kongressjahr zu Grunde gelegt. Somit sind hypothetische Veröffentlichungen sowohl am ersten Tag (01.10.) als auch am letzten Tag (31.12.) des vierten Quartals berücksichtigt. Bei Veröffentlichungen im Folgejahr des Kongresses wurden im Mittel sechs Monate berechnet. Wenn ein oder auch mehrere Jahre zwischen Kongressjahr und Veröffentlichungsjahr lagen, wurden diese konsequent mit den vollen 12 Monaten berechnet (vgl. Tab. A1).

3.3.2. Medizinische Fachzeitschriften

Ebenfalls analysiert werden sollten die medizinischen Fachzeitschriften, in denen publiziert wurde. Zu diesem Zweck wurden der Name der Zeitschrift, das Erscheinungsland und die fachliche Ausrichtung (allgemeinmedizinisch oder fachübergreifend) vermerkt. Als allgemeinmedizinische Zeitschriften gewertet wurden alle Zeitschriften, die durch ihren Titel bzw. ihr Selbstverständnis dieser Fachrichtung eindeutig zuzuordnen waren. Die Gruppe „fachübergreifend“ fasst alle anderen Zeitschriften zusammen.

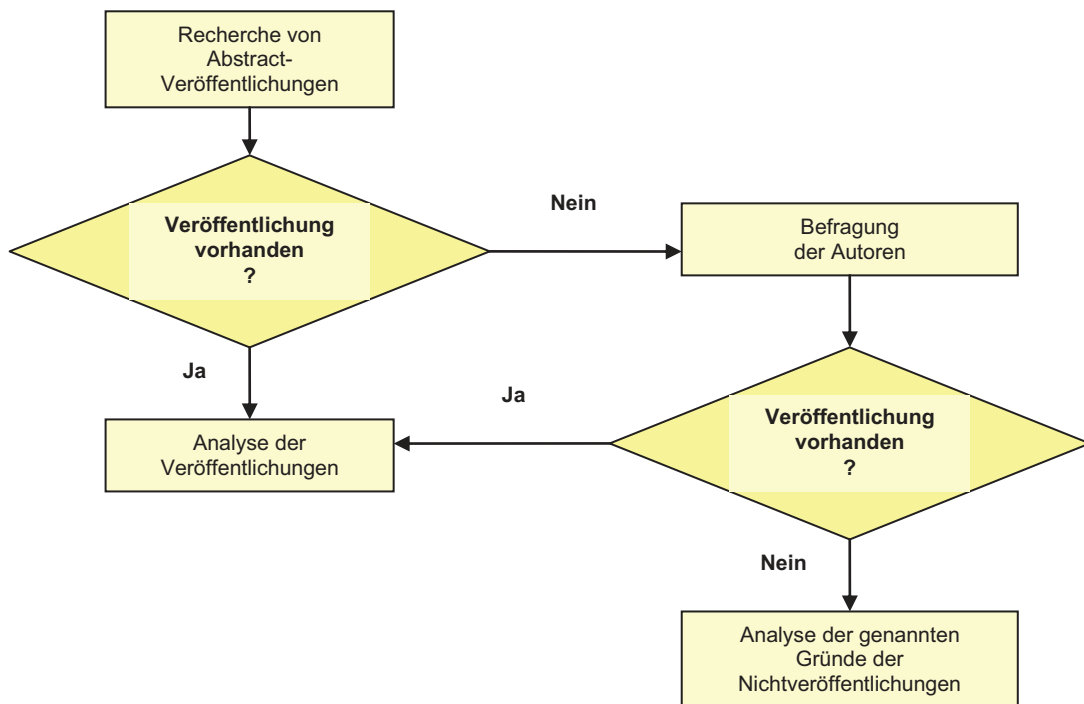
Mehrfachveröffentlichungen eines Abstracts wurden in dieser Auswertung einzeln betrachtet um somit das gesamte Spektrum der Zeitschriften zu erfassen.

3.4. Analyse nicht veröffentlichter Abstracts mittels Autoreninterviews

Zur Abklärung der Abstracts zu denen keine Veröffentlichung gefunden werden konnte, wurden zur Feststellung einer möglicherweise doch erfolgten Veröffentlichung bzw. zur Ermittlung der Gründe einer Nichtveröffentlichung ergänzende Telefoninterviews durchgeführt.

Adressaten der Interviews waren die in den nicht veröffentlichten Abstracts genannten Erstautoren. Die Abstracts der Kategorie „Bericht“ wurden nicht mit in den Befragungspool aufgenommen (vgl. Kap. 5.5.). Falls keine Kontaktdaten der Erstautoren ermittelt werden konnten bzw. diese wiederholt nicht erreichbar waren, wurden die im Abstract genannten Co-Autoren befragt. Die Teilnehmerzahl ergab sich aus den in den nicht veröffentlichten Abstracts genannten Autoren (Abb. 4). Da einige Autoren mehrfach Abstracts veröffentlichten, entsprach die Anzahl der Artikel zwangsläufig nicht der Anzahl der Autoren. Bei drei Abstracts wurde kein Autor aufgeführt, so dass diese ebenfalls nicht in die Befragung mit aufgenommen werden konnten: Bei zwei Abstracts war gar kein Autor genannt, lediglich der Titel und der Abstract an sich waren aufgeführt, vermutlich handelte es sich um einen Druckfehler. In einem weiteren Fall waren als Autoren nur „Teilnehmer des Professionalisierungskurses“ genannt und keine einzelnen Namen, so dass sich eine Zuordnung nicht vornehmen ließ.

Abbildung 4: Flussdiagramm zur Ermittlung der Veröffentlichungen



3.4.1. Durchführung der Befragung

Vorab wurde eine Datei mit den ermittelbaren Telefonnummern und E-Mail Adressen der Autoren angelegt. Einige Tage vor der geplanten Befragung wurde den Autoren eine E-Mail zugeschickt, in der das Telefoninterview angekündigt wurde. Die Interviews wurden je nach Wunsch des Adressaten beim ersten Anruf durchgeführt oder es wurde ein Termin vereinbart.

Die Antworten wurden stichpunktartig während des Telefonats vermerkt und unmittelbar nach Beendigung des Telefonats möglichst wortwörtlich ausformuliert. In Ausnahmefällen, z.B. bei Auslandsaufenthalten oder Zeitmangel der Adressaten, wurde die Befragung schriftlich durchgeführt. Der Fragebogen wurde in diesen Fällen per E-Mail zugesandt.

Nach Abschluss der gesamten Befragung wurden die genannten Gründe analysiert und thematisch verwandte bzw. identische Gründe zu Themenblöcken zusammengefasst.

3.4.2. Interviewleitfaden

Basis der Befragung war ein zuvor erstellter Interviewleitfaden, der in zwei Abschnitte aufgegliedert war:

Erster Abschnitt: Abklärung, ob die Daten des genannten Abstracts veröffentlicht wurden.

Im Falle einer Veröffentlichung wurden die Zeitschrift sowie deren Klassifikation und das Jahr vermerkt und in die Tabelle zur Analyse der Veröffentlichungen mit aufgenommen.

Wenn keine Veröffentlichung existierte, wurde mittels einer offenen Frage versucht, die Gründe zu erfassen, die eine Veröffentlichung verhinderten. Ebenfalls abgefragt wurde, ob der Abstract bereits bei einer Zeitschrift eingereicht wurde.

Zweiter Abschnitt: Erfassung der soziodemographische Daten des Autors: Tätigkeitsfeld des Autors zum Zeitpunkt des Kongresses, Alter und Geschlecht.

Der Interviewleitfaden ist im Anhang einsehbar.

3.5. Durchführung der Gesamtdatenanalyse

Zwecks Auswertung der Daten der Kongress-Abstracts und der Daten der Veröffentlichungen, wurde mittels des Datenbankprogramms „MS Access“ für beide Bereiche je eine Datenbanktabelle erstellt. Über eine spezifische Eingabemaske wurden die ermittelten Daten eingegeben.

In der **ersten Datenbanktabelle** zur Analyse der Kongress-Abstracts wurde die in der ZFA angegebene Abstractnummer, das Jahr des Kongresses, der Name des Erstautors, der Herkunftsort des Erstautors, die Kategorie und die Thematik des Abstracts sowie die Methoden und die Forschungsfrage vermerkt. Zudem gab es pro Datensatz ein Kommentarfeld für gegebenenfalls erforderliche individuelle Vermerke. Zusätzlich wurde jedem Abstract eine Schlüsselzahl zugeordnet, über die eine Verknüpfung mit der zweiten Datenbanktabelle möglich war.

In der **zweiten Datenbanktabelle** wurden die Daten zur Analyse der Veröffentlichungen dokumentiert. Hier waren ebenfalls die Schlüsselzahl sowie die eigentli-

che Abstractnummer und das Jahr des Kongresses vermerkt. Weitere Daten eines Datensatzes waren das Jahr der Veröffentlichung, der Titel des Volltextartikels, die Autoren des Artikels, der Name der Zeitschrift sowie deren Klassifikation in nationale oder internationale und allgemeinmedizinische oder fachfremde bzw. fachübergreifende Zeitschriften.

Um weiterhin eine separate Auswertung der selbstständig ermittelten Basisdaten unabhängig von den Ergebnissen der telefonischen Befragungen zu ermöglichen, wurden die Daten der Befragung in das Tabellenkalkulationsprogramm „MS Excel“ eingegeben. Vermerkt wurden hier neben den Rohdaten des Abstracts, der Name des Erstautors und wenn abweichend gegebenenfalls der Name des Interviewpartners sowie die weiteren Inhalte des Interviews.

Zwecks Gesamtanalyse aller Daten wurden die Abstracttabelle und Veröffentlichungstabelle aus der Datenbank unmodifiziert in „MS Excel“ importiert.

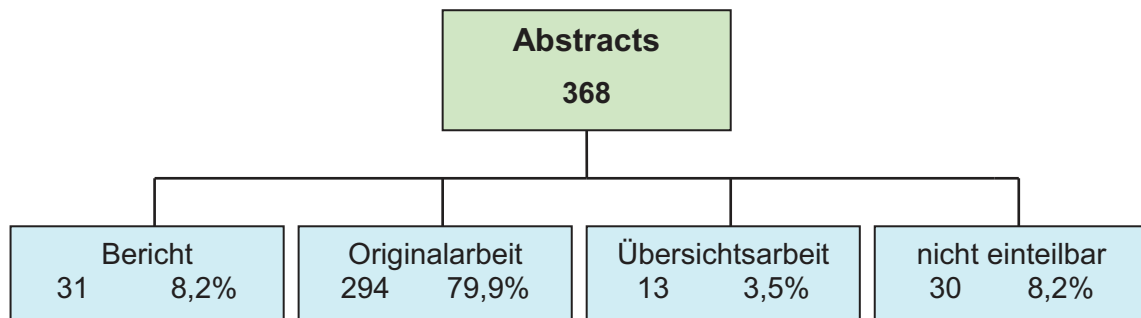
Die Auswertung wurde vorzugsweise über die „zähle wenn“ - Funktion von „MS Excel“ vorgenommen. Ergänzend wurde bei Verknüpfungen von Kriterien die Funktion „Summenprodukt“ angewendet. Die rechnerische Plausibilität jeder Auswertung wurde über die „Zeilen-Spalten-Summe“ kontrolliert.

4. Ergebnisse

4.1. Kategorie und Studiendesign der Kongress-Abstracts

Insgesamt wurden alle 368 angenommenen und vorgestellten Abstracts kategorisiert und, sofern es sich um Originalarbeiten oder Übersichtsarbeiten handelte, einer Einteilung nach dem Studiendesign unterworfen.

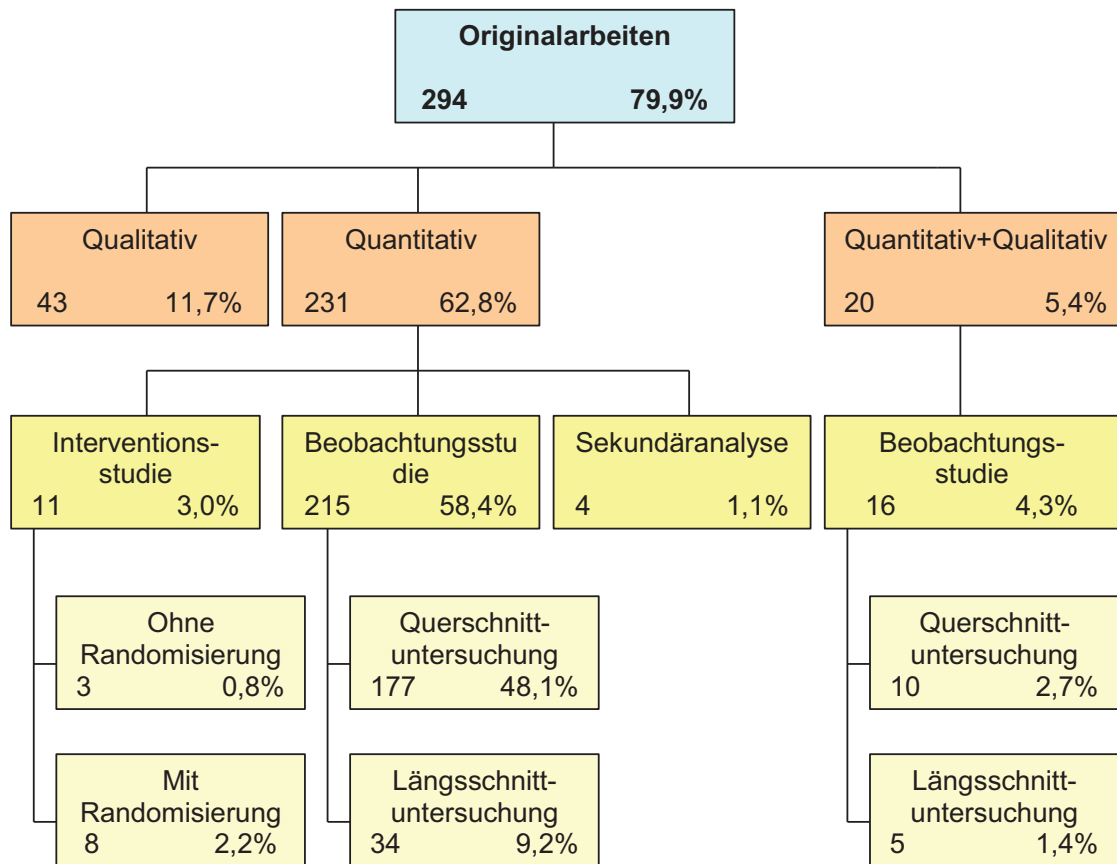
Abbildung 5: Absolut- und Prozentwerte der Abstractauswertung nach den methodischen Hauptkategorien ($n_{\text{ges}} = 368$)



Wie im Methodenteil bereits erläutert wurde, wurden für die Kategorien „Bericht“ und „nicht einteilbar“ keine weiteren Unterteilungen vorgenommen. Die beiden verbleibenden Kategorien sind nachfolgend detailliert dargestellt.

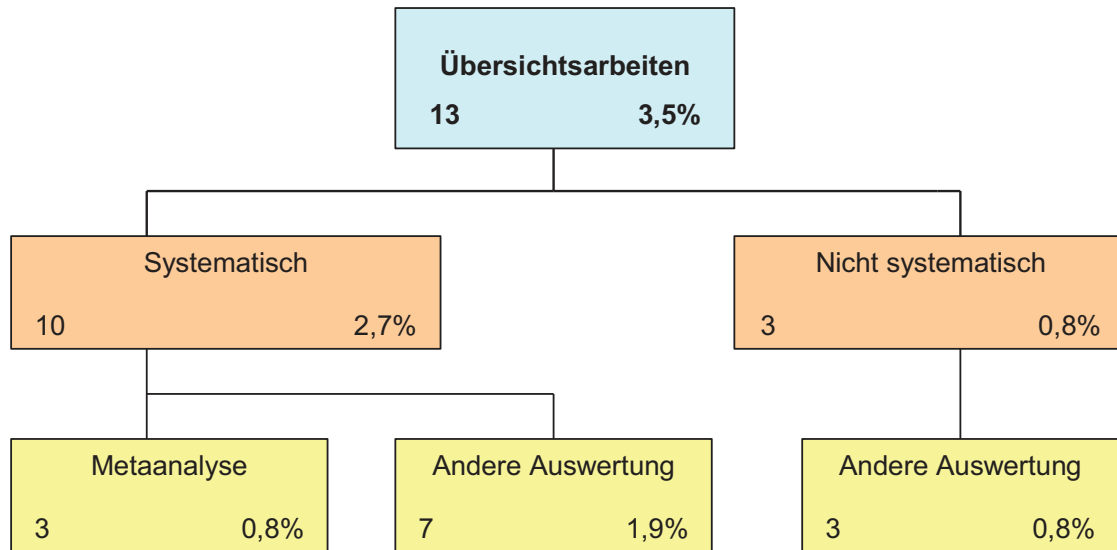
In Abbildung 6 ist die Ergebnisübersicht der Originalarbeiten einschließlich der Absolutwerte und der Prozentangabe bezogen auf die Grundgesamtheit der 368 Abstracts aufgeführt. In der Gruppe der Originalarbeiten gab es weder Fall-Kontroll Studien noch historische Kohortenstudien. Beide Erhebungsformen wurden in dem erfassten Fünf-Jahres-Zeitraum nicht durchgeführt.

Abbildung 6: Stufendarstellung des Studiendesigns der Originalarbeiten aus insgesamt 368 Abstracts



Die Übersichtsarbeiten wurden ebenfalls weiter differenziert. 13 der 368 Abstracts präsentierten Übersichtsarbeiten, wovon der Mehrheit eine systematische Literatursuche zugrunde lag. In drei Fällen wurde eine metaanalytische Auswertung vorgenommen (Abb. 7).

Abbildung 7: Stufendarstellung des Studiendesigns der Übersichtsarbeiten aus insgesamt 368 Abstracts



4.1.1. Formaler Abstractaufbau

Ergänzend zur Einteilung nach dem Studiendesign wurde vermerkt, welche Abstracts einen korrekten formalen Aufbau hatten und welche keinen korrekten formalen Aufbau vorwiesen.

Tabelle 1: Auswertung der korrekt und nicht korrekt aufgebauten Abstracts nach Kategorie (n_{ges}=368)

Formaler Aufbau	Korrekt (n)	Nicht korrekt (n)
Originalarbeit	278	16
Übersichtsarbeit	13	0
Berichte	1	30
Nicht einteilbare Abstracts	0	30

Wie die Tabelle 1 zeigt, hatten 94,6% der Abstracts der Kategorie Originalarbeit einen korrekten formalen Aufbau. Ebenfalls formal korrekt aufgebaut waren sämtliche Abstracts, die Übersichtsarbeiten (100,0%) darstellten. Im Gegensatz dazu

wies lediglich ein Abstract (3,2%) der Kategorie Bericht einen korrekten formalen Aufbau auf. Dieser präsentierte die Vorstellung einer geplanten Studie. Die nicht einteilbaren Abstracts waren in keinem Fall vollständig. Abschließend ließ sich ermitteln, dass 292 Abstracts (79,3%) korrekt, 76 Abstracts (20,7%) nicht korrekt aufgebaut waren.

4.1.2. Erhebungsmethoden

Ebenfalls dokumentiert wurden die in den Abstracts aufgeführten Erhebungsmethoden. In die Auswertung mit aufgenommen wurde jede in einem Abstract genannte Methode, so dass die Anzahl der Methoden nicht mit der Anzahl der Abstracts übereinstimmt.

Zunächst sind die Methoden aufgeführt, die in den Originalarbeiten verwendet wurden (Abb. 8).

Auffallend ist, dass den größten Anteil an Erhebungstechniken jegliche Form von Befragung ausmachte. Insgesamt wurden in den Originalarbeiten 229 Mal diese Form zur Datenerhebung genutzt. Den größten Anteil hat dabei die schriftliche Form der Befragungen.

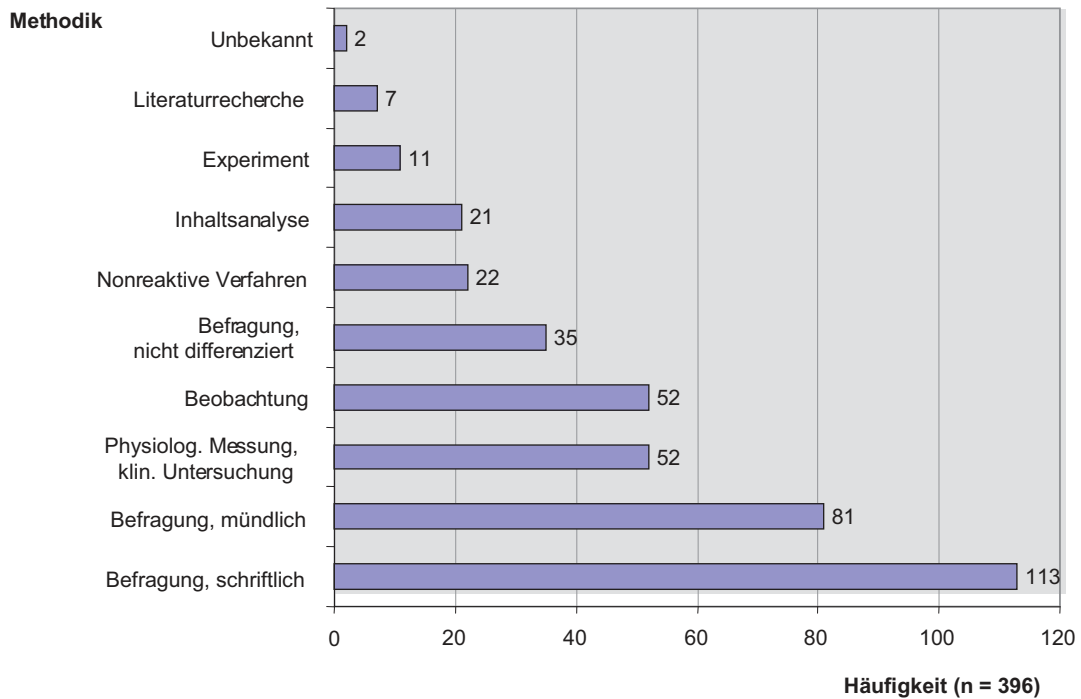
In die Gruppe „mündliche Befragung“ sind 16 Einzelinterviews, 9 Gruppenbefragungen sowie 6 Qualitätszirkel/Workshops mit eingeflossen.

In die Gruppe der Befragungen sind sowohl die qualitativen Formen der Befragung (Fokusgruppen, Gruppendiskussion) als auch quantitative Formen (standardisierte Fragebögen oder standardisierte Interviews) eingeschlossen.

In zwei Originalarbeiten wurden die Methoden so unscharf formuliert, dass diese als unbekannt eingestuft wurden.

Ergebnisse

Abbildung 8: Häufigkeitsverteilung der angewandten Erhebungsmethoden in den Originalarbeiten



Hinter der methodischen Versuchsanordnung des Experiments verbergen sich folgende Verfahren:

Tabelle 2: Aufschlüsselung der methodischen Versuchsanordnung Experiment nach den Erhebungsmethoden

Experimentelle Intervention	Befragung, nicht differenziert	Befragung, mündlich	Befragung, schriftlich	Beobachtung	Klinische Untersuchung
Schulung $n_{\text{ges}} = 8$	1	1	3	3	2
Medikation $n_{\text{ges}} = 3$	1	1	0	1	2

Die angewandten Methoden in den anderen drei Kategorien teilen sich wie folgt auf:

In den 13 Übersichtsarbeiten wurde 13 Mal die Literaturrecherche angewendet.

In den 31 Berichten waren dreimal eine Befragung und zweimal eine Literaturrecherche aufgeführt.

Ergebnisse

In den 30 nicht einteilbaren Abstracts wurden folgende Methoden beschrieben:

Befragung, nicht differenziert	2
Befragung, mündlich	9
Befragung, schriftlich	1
Beobachtung	6
Inhaltsanalyse	1
Literaturrecherche	6
Unbekannt	12

Die 37 in den nicht einteilbaren Abstracts genannten Methoden beziehen sich auf die insgesamt 30 Abstracts dieser Kategorie. In 40% dieser Abstracts waren die verwendeten Methoden unbekannt.

4.2. Themengebiete der Kongress-Abstracts

4.2.1. Begriffsdefinition der thematischen Gruppen

Bei der inhaltlichen Klassifizierung der Abstracts ergaben sich folgende neun Themengruppen. Jeder Abstract wurde einer Gruppe zugeordnet:

- Forschung
- Hausarzt-Thematik
- Klinische Thematik
- Lehre
- Leitlinien
- Pharmakotherapie
- Weiterbildung/Fortbildung
- Versorgung
- themenübergreifende Abstracts.

Unter der Thematik Forschung vereinen sich all die Abstracts, die Metaarbeiten über wissenschaftliche Forschung beinhalten.

Dem Oberbegriff Hausarzt-Thematik wurden Abstracts zugeordnet, die sich mit dem Bild bzw. der Rolle des Hausarztes beschäftigen. Dazu zählen Arbeiten die sich mit den Aufgaben, Problemen, z.B. in der Arzt-Patienten Kommunikation sowie dem Selbstbild des niedergelassenen Allgemeinmediziners auseinandersetzen.

Das Gebiet klinische Thematik beinhaltet Arbeiten über Prävalenzen, Diagnostik und Therapien von Krankheiten (ausgenommen Pharmakotherapie, die als wichtige Gruppe eigenständig aufgeführt wird), schließt aber ebenso Abstracts mit ein, die sich mit der krankheitsbezogenen Lebensqualität von Patienten beschäftigen.

Abstracts die sich mit der universitären Lehre und der Studentenausbildung befassen wurden der Gruppe Lehre zugeordnet.

Zudem wurde eine Gruppe Leitlinien erstellt. Sämtliche Abstracts, die sich mit der Entwicklung, Testung und Implementierung von Leitlinien beschäftigen wurden dieser Gruppe zugeführt.

Der Gruppe Pharmakotherapie gehören ausschließlich Arbeiten an, die medikamentöse Therapien zum Gegenstand haben.

Die Gruppe Weiterbildung und Fortbildung vereinigt Arbeiten über eben diese Thematik.

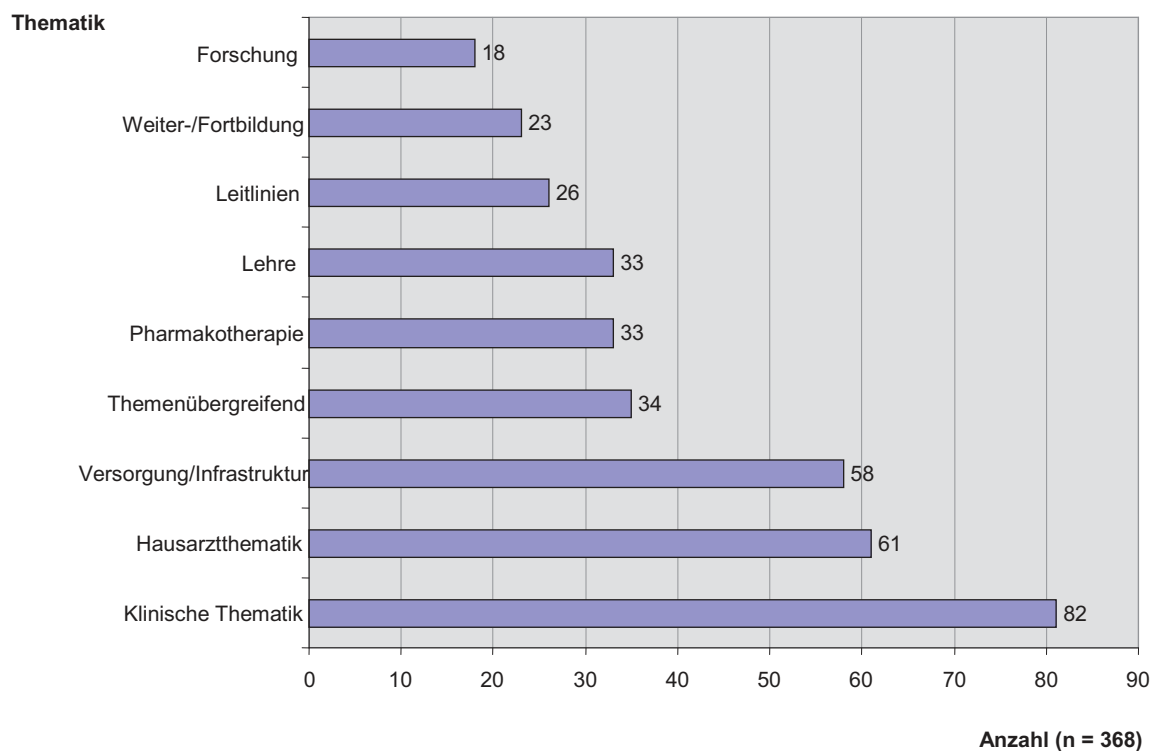
Der Gruppe Versorgungsstrukturen wurden Abstracts zugeordnet, deren zugrunde liegenden Erhebungen sich mit der allgemeinmedizinischen ambulanten Versorgung von Patienten befassen. Im Wesentlichen wurden in diese Gruppe Arbeiten aufgenommen, in der mindestens eine der nachfolgenden Fragen behandelt wurde. Wer bietet was an? Wer nutzt was? Wie wird das Angebot von Hausarzt und Patient beurteilt? Aber auch Vergleichsanalysen zwischen der Krankenversorgung von Allgemeinmedizinern und Spezialisten fallen in diese Gruppe.

Einige Abstracts ließen sich auch nach mehrfacher Analyse weder ausschließlich der einen noch der anderen Gruppe zuordnen, so dass entschieden wurde diese als themenübergreifend gesondert aufzuführen, um kein Missverhältnis durch eine interpretative Schwerpunktsetzung zu erzeugen.

4.2.2. Häufigkeitsverteilung der Themengruppen

Mit Abstand die größte Gruppe mit 22,3% bildeten die Arbeiten über klinische Themen. Weitere große Gruppen waren mit 16,6% die Abstracts, die sich mit hausarzt-spezifischen Themen befassten sowie die Gruppe Versorgung/Infrastruktur mit 15,8%. Die Abstracts, die sich nicht explizit einer der genannten Themengebiete zuordnen ließen machten 9,2% aus. Die Themengebiete Lehre und Pharmakotherapie waren in dem untersuchten Zeitraum mit jeweils 9,0% gleich stark vertreten. Arbeiten über Leitlinien wurden in 7,1% der Fälle verfasst. Abstracts über Weiterbildungs- und Fortbildungsmöglichkeiten machten 6,3% aus. Zahlenmäßig die kleinste Gruppe bildeten Metaarbeiten über Forschung mit 3,5% (Abb.9).

Abbildung 9: Häufigkeitsverteilung der Abstracts nach Thematik (bezogen auf $n_{\text{ges}}=368$, keine Mehrfachnennungen)



4.3. Tätigkeitsfelder der Erstautoren der Kongress-Abstracts

Die Tätigkeitsfelder der Erstautoren wurden in fünf Gruppen aufgeteilt. Die Auswertung nahm alle 368 Abstracts als Grundlage. Es sollte somit ein Überblick gegeben werden, welcher Autor mit welcher Funktion einen Abstract verfasst hat.

Tabelle 3: Tätigkeitsfelder der Autoren (bezogen auf $n_{\text{ges}}=368$ Abstracts)

Ärzte, die universitär angebunden sind	224
- davon wissenschaftlich tätige Ärzte	179
- davon Ärzte mit Lehrauftrag / freie Mitarbeiter	45
Ärzte, die nicht universitär angebunden sind	18
Nicht ärztliche Mitarbeiter, die universitär angebunden sind	25
Studenten	27
Unbekannt	74

Die größte Gruppe mit 60,9% bildeten Ärzte, die universitär angebunden waren. Diese Gruppe wurde zudem untergliedert in Ärzte, die hauptsächlich wissenschaftlich tätig waren (48,64%) und in Ärzte, deren Tätigkeitsschwerpunkt sich in der Praxis befand, die aber zum Beispiel durch Lehraufträge eine Anbindung an die Universität hatten (12,23%). Ärzte, die nicht universitär angebunden waren, stellten 4,9% der Erstautoren. Wissenschaftliche Mitarbeiter nicht medizinischer Fachrichtungen, hauptsächlich Psychologen und Sozialwissenschaftler, verfassten 6,8% der Abstracts, Studenten waren Erstautoren von 7,3% der Abstracts. Von 368 Abstracts waren 20,1% nicht zuzuordnen, da entweder kein Autor in der Kongressausgabe der ZFA mit abgedruckt war oder die Funktion des Erstautors nicht ermittelt werden konnte.

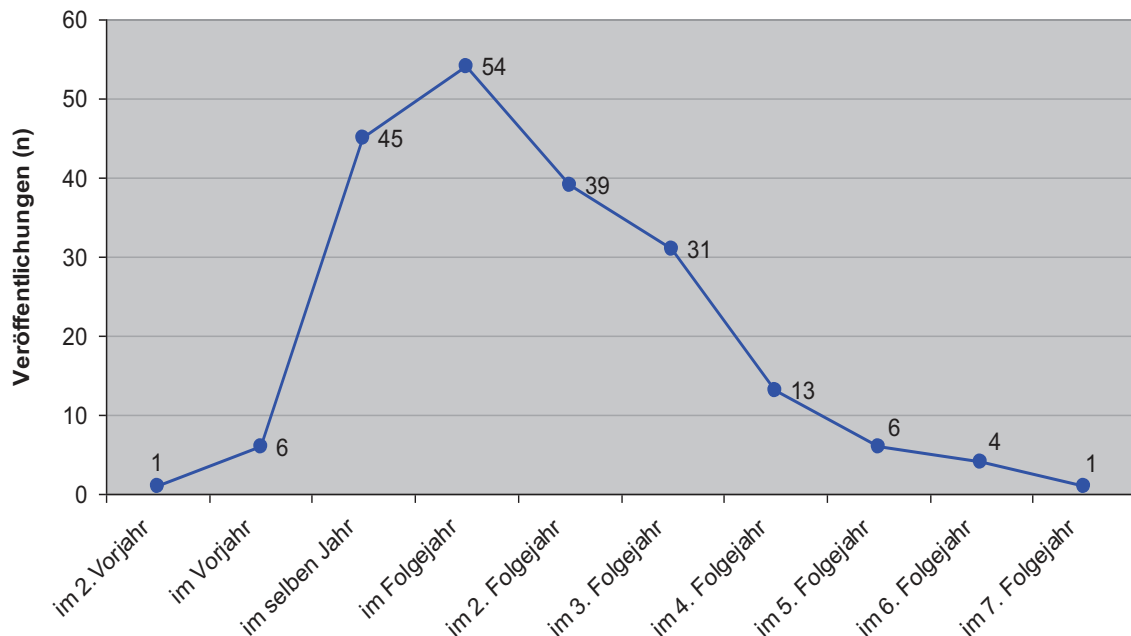
4.4. Gesamtveröffentlichungsrate

Von 368 Abstracts konnten 200 bis zum Abschluss der Untersuchung als veröffentlicht gewertet werden (54,3%). Bei 168 Abstracts konnte auch nach Abschluss der Telefoninterviews keine Veröffentlichung ermittelt werden.

Im nachfolgenden Kurvendiagramm ist die Anzahl an Veröffentlichungen über die Zeit dargestellt, wobei als Referenzjahr jeweils das Jahr genommen wurde, in dem der Abstract, genauer die entsprechende Arbeit auf dem DEGAM Kongress vorgestellt wurde. Wie Abbildung 10 zeigt, sind auch die bis zu zwei Jahren im Voraus veröffentlichten Studien eingeschlossen (Vorveröffentlichungen).

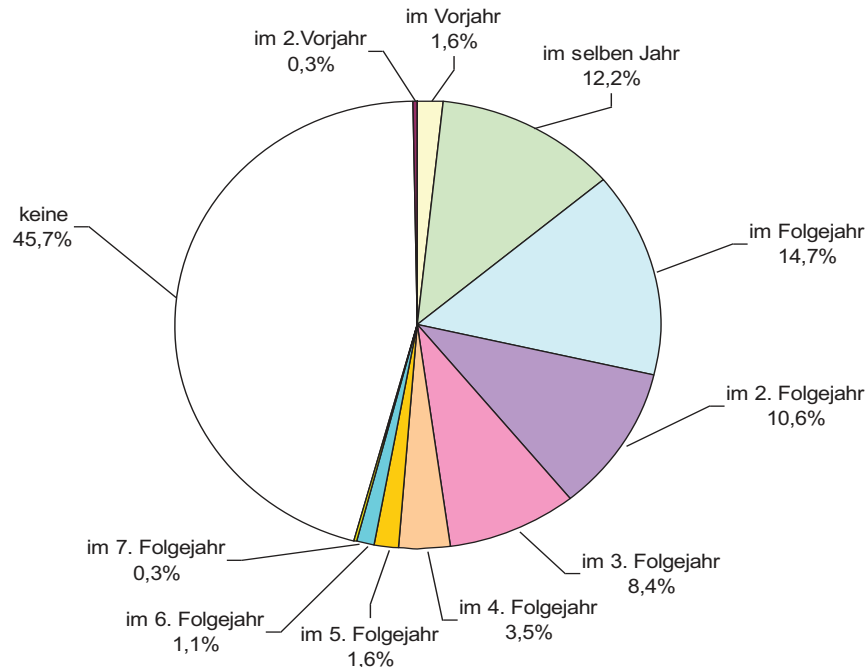
Auffällig ist, dass bereits 45 Veröffentlichungen im selben Kalenderjahr wie der jeweilige Kongress erfolgten. Im Kalenderjahr nach den entsprechenden Kongressen erreichte die Anzahl an Veröffentlichungen ihr Maximum. In den weiteren Folgejahren fiel die Zahl an Veröffentlichungen kontinuierlich ab. Im siebten Kalenderjahr nach Kongresspräsentation wurde noch eine einzige Veröffentlichung ermittelt.

Abbildung 10: Zeitlicher Verlauf der veröffentlichten Abstracts (n=200)



Aus der vorgenannten jeweiligen absoluten Anzahl der Veröffentlichung ließ sich die Veröffentlichungsrate bestimmen.

Abbildung 11: Prozentuale Darstellung der veröffentlichten und nicht veröffentlichten Abstracts ($n_{\text{ges}}=368$)



In vorstehender Abbildung 11 ist der prozentuale Anteil der nicht veröffentlichten Abstracts den jeweiligen Einzelveröffentlichungsraten gegenübergestellt. In 45,7% der Fälle konnten keine Veröffentlichungen ermittelt werden.

Die Gesamtveröffentlichungsrate ergibt sich aus der Summe der Einzelveröffentlichungsraten bzw. aus dem prozentualen Verhältnis von veröffentlichten Abstracts zur Gesamtzahl der 368 Kongress-Abstracts von 1999-2003.

$$\text{Gesamtveröffentlichungsrate} = 200 / 368 \times 100 = 54,3 \%$$

Als ergänzende Analyse zur Gesamtveröffentlichungsrate wurde die durchschnittliche Veröffentlichungsdauer berechnet. Hierfür wurde als Basis das Kalenderjahr des jeweiligen Kongresses zu Grunde gelegt. Als durchschnittliche Veröffentlichungsdauer von der Präsentation auf dem Kongress bis zur Veröffentlichung in einer medizinischen Fachzeitschrift vergingen durchschnittlich 18,4 Monate (vgl. Kapitel 3.3.1 und Tabelle A1).

4.4.1. Veröffentlichungsrate bezogen auf die methodischen Hauptkategorien

Nachfolgend wird die Veröffentlichungsrate der Abstracts auf die Gesamtheit der vier methodischen Hauptkategorien „Originalarbeit“, „Übersichtsarbeit“, „Bericht“ und „nicht einteilbar“ dargestellt.

Tabelle 4: Veröffentlichungsrate bezogen auf die vier methodischen Hauptkategorien ($n_{\text{ges}}=368$)

	Originalarbeit	Übersichtsarbeit	Bericht	Nicht einteilbare Abstracts
Anzahl gesamt (n)	294	13	31	30
Veröffentlichungsanzahl (n)	170	10	9	11
Veröffentlichungsrate (%)	57,82	76,92	29,03	36,67

Deutlich wird in dieser Tabelle, dass sowohl Originalarbeiten als auch Übersichtsarbeiten eine Veröffentlichungsrate von über 50 Prozent hatten. Hervorzuheben sind insbesondere die Übersichtsarbeiten, die in etwa dreiviertel der Fälle veröffentlicht wurden. Deutlich seltener wurden Berichte und nicht einteilbare Abstracts publiziert.

Die ermittelte Standardabweichung der Veröffentlichungsrate bezogen auf die methodischen Kategorien betrug 10,35 Prozentpunkte, die Spannweite von Übersichtsarbeit zu Bericht betrug 47,89 Prozentpunkte. Abschließend wurde das Chancenverhältnis (Odds Ratio) der Veröffentlichung zwischen zwei Kategorien ermittelt, wobei als Referenzkategorie die Veröffentlichungsrate der Originalarbeiten gewählt wurde. Die Odds Ratio für die Kategorie Originalarbeit zu Bericht betrug 3,34. Die Odds Ratio für die Kategorie Originalarbeit zu Übersichtsarbeit betrug 0,41. Die Chance, dass eine Originalarbeit veröffentlicht wurde, war somit 3,34-mal größer als die Veröffentlichung eines Berichtes. Dagegen war die Chance, dass eine Originalarbeit gegenüber einer Übersichtsarbeit veröffentlicht wurde um den Faktor 2,43 geringer.

Das 95% - Konfidenzintervall bezogen auf die methodischen Kategorien mit insgesamt 200 Veröffentlichungen und auf Grundlage der vorgenannten Standardabweichung (10,35 Prozentpunkte) betrug 1,52 (Martin 2007).

4.4.2. Veröffentlichungsrate bezogen auf Thematik und methodische Hauptkategorie

Im Weiteren wurde die Gesamtveröffentlichungsrate nach inhaltlichen Kriterien analysiert. Hierbei galt es herauszufinden, ob in bestimmten Themengruppen eine besonders hohe Veröffentlichungsrate oder umgekehrt eine besonders niedrige Veröffentlichungsrate ermittelt werden konnte. Von Interesse war zudem, wie hoch der Anteil der Originalarbeiten, Übersichtsarbeiten, Berichte und der nicht einteilbaren Abstracts in den Untergruppen an den Veröffentlichungen war.

4.4.2.1. Veröffentlichungsrate bezogen auf die thematischen Gruppen

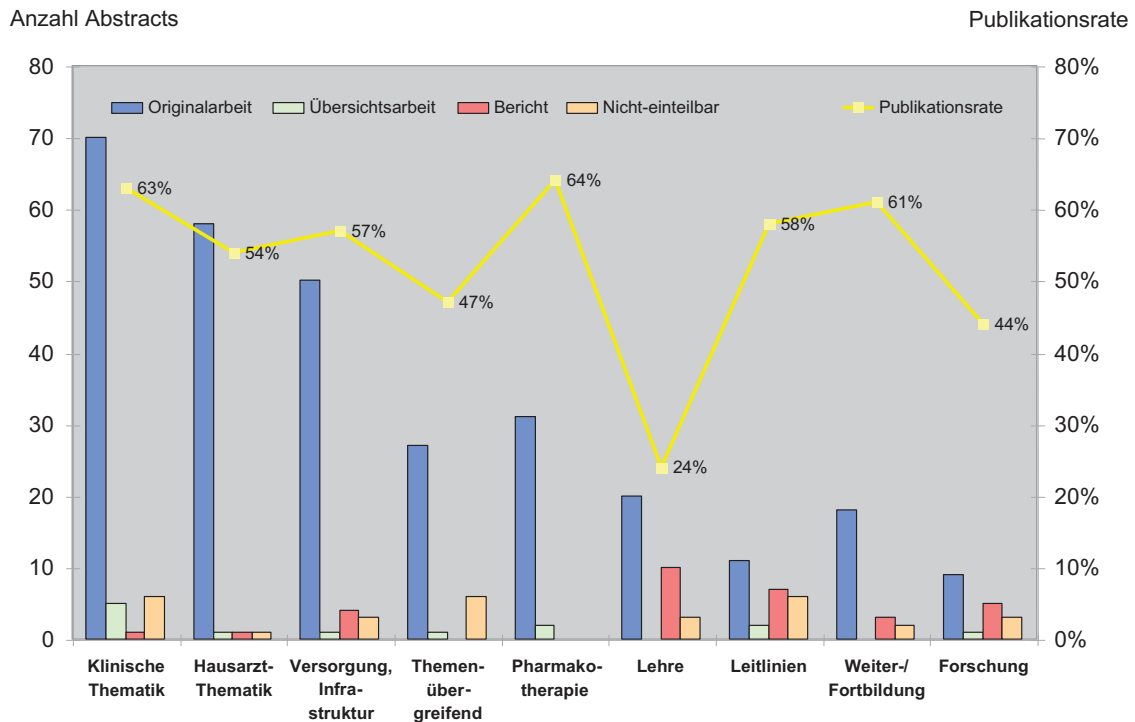
In Abbildung 12 ist die Veröffentlichungsrate bezogen auf die jeweilige Themengruppe dargestellt. Die Themengruppen sind in der Abbildung 12 sortiert nach dem Anteil an der Gesamtheit der 368 Abstracts (vgl. Abb. 9, Kap. 4.2.2.).

Die Spitzengruppe bei den veröffentlichten Abstracts bilden mit jeweils über 60% veröffentlichten Arbeiten die Gruppe „Pharmakotherapie“ (63,6%), die Gruppe „Klinische Thematik“ (63,4%) und die Gruppe „Weiterbildung/Fortbildung“ (60,9%). Um die 50% Marke herum positionierten sich die fünf thematischen Gruppen „Leitlinien“ (57,7%), „Versorgung/Infrastruktur (56,9%), und „Hausarztthematik“ (54,1%) sowie „themenübergreifende Abstracts“ (47,1%) und Abstracts der thematischen Gruppe „Forschung“ (44,4%). Deutlich abfallend in der Veröffentlichungsrate war die Gruppe „Lehre“ mit 24,2%.

Die ermittelte Standardabweichung der Veröffentlichungsrate bezogen auf die thematischen Gruppen betrug 11,0 Prozentpunkte. Die ermittelte Spannweite bezogen auf die thematischen Gruppen lag bei 39,4 Prozentpunkte.

Das 95% - Konfidenzintervall bezogen auf die thematischen Gruppen mit insgesamt 200 Veröffentlichungen und auf Grundlage der vorgenannten Standardabweichung (11,0 Prozentpunkte) betrug 1,43 (Martin 2007).

Abbildung 12: Veröffentlichungsrate der Themengruppen aufgeschlüsselt nach methodischen Kategorien in absoluten Zahlen (n=368)



4.4.2.2. Anteil der methodischen Hauptkategorien in den thematischen Gruppen

Bei der Betrachtung der methodischen Kategorien, die sich in der Abbildung 12 auf die Gesamtheit der 368 Abstracts beziehen, ist auffallend, dass die Gruppen mit der höchsten Veröffentlichungsrate von über 60% auch den größten Anteil an Originalarbeiten haben.

Abstracts, deren Inhalte sich mit Pharmakotherapie befassen bildeten die Spitzengruppe der Veröffentlichungen. Die methodischen Kategorien dieser Themengruppe waren zu einem Hauptteil Originalarbeiten (93,94% / n=31) und zu einem geringen Teil Übersichtsarbeiten (6,06% / n=2). Abstracts, die der Kategorie Bericht zuzuordnen waren oder die nicht einteilbar waren, kamen in dieser thematischen Gruppe nicht vor.

Die Abstracts der Themengebiete „Klinische Thematik“ und „Weiterbildung und Fortbildung“ mit ebenfalls über 60% Veröffentlichungen, wiesen wiederum einen hohen Anteil an Originalarbeiten auf, nämlich 85,47% (n=70) bei der Gruppe „Klinische Thematik“ sowie 78,26% (n=18) bei der Gruppe „Weiterbildung und Fortbildung“. Übersichtsarbeiten fanden sich in erstgenannter Gruppe zu 6,10% (n=5),

dagegen gab es in letztgenannter Gruppe keine Übersichtsarbeiten. Nicht einteilbare Abstracts kamen bei den Abstracts „Klinische Thematik“ zu 7,32% (n=6) vor, Berichte lediglich zu 1,22% (n=1). In der Gruppe „Weiterbildung und Fortbildung“ waren 8,70% (n=2) der Abstracts nicht einteilbar, Berichte stellten 13,04% (n=3) der Abstracts dar.

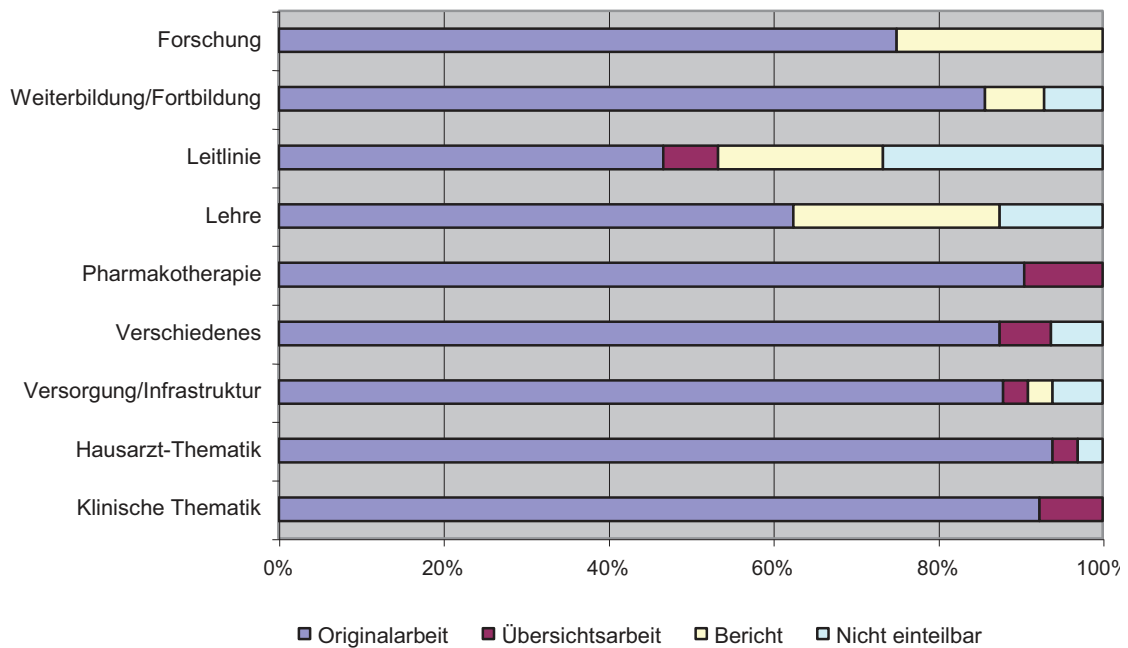
Die Gruppe „Lehre“ mit der geringsten Veröffentlichungsrate von 24% wies ebenfalls mit 60,61% (n=20) einen hohen Anteil an Originalarbeiten auf. Im Gegensatz zu den thematischen Gruppen mit Veröffentlichungsraten über 60% besteht diese Gruppe aber zudem aus fast einem Drittel aus Berichten (30,30%, n=10). Nicht einteilbar waren 9,09% der Abstracts dieser Gruppe, Übersichtsarbeiten zu dieser Mischkategorie wurden nicht durchgeführt (vgl. Tab. A2).

4.4.2.3. Anteil der veröffentlichten methodischen Hauptkategorien in den thematischen Gruppen

Wie bereits erläutert basieren die methodischen Kategorien in Abbildung 12 auf der Gesamtheit der 368 Abstracts. Diese Darstellung lässt vermuten, dass Originalarbeiten auch den höchsten Anteil unter den veröffentlichten Abstracts haben. In Abbildung 13 ist nun dargestellt, wie hoch die tatsächliche Veröffentlichungsrate der methodischen Kategorien in den publizierten Themengruppen ist. Insgesamt wurden wie bereits in Kapitel 4.4. erläutert 200 Abstracts veröffentlicht.

Wie angenommen stellen Originalarbeiten den Hauptteil bei den veröffentlichten Abstracts. In sechs von neun Gruppen machen diese über 80% der Veröffentlichungen aus. Berichte und nicht einteilbare Abstracts wurden nur zu einem geringen Anteil oder gar nicht veröffentlicht. Ausnahmen bildeten die Gruppe „Leitlinien“ und „Lehre“. Nicht einteilbare Abstracts wurden in der Gruppe Leitlinien in 26,7% der Fälle veröffentlicht, in der Gruppe Lehre zu 12,5%. Berichte in erstgenannter Gruppe zu 20,0% in letztgenannter Gruppe zu 25,0% veröffentlicht (vgl. Tab. A3 und Tab. A4).

Abbildung 13: Darstellung der Anteile der methodischen Hauptkategorien in den veröffentlichten Themengruppen



4.5. Auswertung der Zeitschriften

Ein weiteres Ziel dieser Arbeit war es aufzuzeigen, in welchen medizinischen Fachzeitschriften die auf den Kongressen präsentierten Arbeiten veröffentlicht wurden.

In Abbildung 14 sind zunächst sämtliche Zeitschriften dargestellt, in denen mindestens zweimal ein zum Abstract passender Artikel ermittelt werden konnte. Mit großem Abstand führt die „Zeitschrift für Allgemeinmedizin“ (ZFA) mit insgesamt 61 Artikeln. In der „Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung“ konnten 16 Artikel veröffentlicht werden. Je sieben Artikel wurden in den Zeitschriften „Family Practice“ und „Deutscher Medizinischer Wochenschrift“ (DMW), sechs in „Das Gesundheitswesen“ und je fünf in „Der Allgemeinarzt“ und im „British Journal of General Practice“ ermittelt. Vier Arbeiten, die auf dem Kongress präsentiert wurden, erschienen in der Zeitschrift „MMW-Fortschritte der Medizin“. In den Zeitschriften „Deutsches Ärzteblatt“, „International Journal of Clinical Pharmacology and Therapeutics“, „Jahrbuch für kritische Medizin“ und in der „Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie“ wurden jeweils drei zu den Abstracts passende Artikel ermittelt. Jeweils zwei Artikel erschienen in den Zeitschriften „Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz“, „Die Rehabilitation“, „European

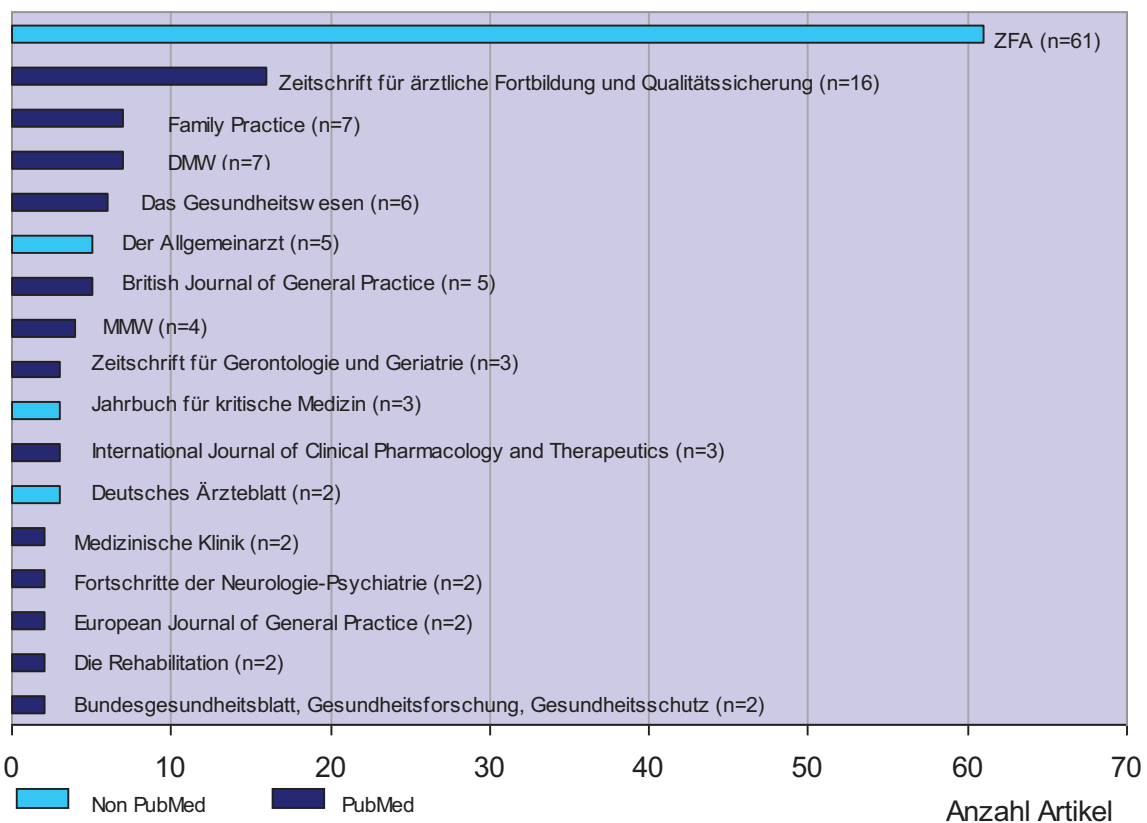
Journal of General Practice“, „Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie“ und „Medizinische Klinik“.

Zudem wurden Zeitschriften, die in PubMed gelistet sind entsprechend vermerkt.

Deutlich wird, dass gut 76% der Zeitschriften, in denen mehrfach Artikel publiziert wurden, in PubMed gelistet sind. Lediglich vier Zeitschriften werden nicht in dieser medizinischen Datenbank geführt.

Vier Zeitschriften werden englischsprachig veröffentlicht, deutschsprachige Zeitschriften dominieren.

Abbildung 14: Zeitschriften mit mehr als einem veröffentlichten Artikel



Neben den 17 Zeitschriften mit mehr als einem Artikel wurden 41 Zeitschriften ermittelt, in denen je ein Artikel veröffentlicht wurde. Die Zeitschriften sind im Anhang vollständig aufgeführt (Tab. A5).

Gruppiert wurden diese ebenfalls in PubMed und nicht in PubMed gelistete Zeitschriften, zwecks Übersichtlichkeit zudem in primär allgemeinmedizinische Zeitschriften und in Zeitschriften, die fachübergreifend sind bzw. anderen Fachbereichen zugeordnet werden. Das Ergebnis stellt sich wie folgt in Tabelle 5 dar.

Tabelle 5: Gruppierung der 41 Zeitschriften mit je einem Artikel

PubMed		Nicht in PubMed	
Allgemeinmedizin	Fachübergreifend	Allgemeinmedizin	Fachübergreifend
5	29	2	5

34 Zeitschriften, in denen auf dem DEGAM Kongress vorgestellte Artikel veröffentlicht wurden sind in PubMed gelistet, davon ist die Mehrheit (85,3%) der Gruppierung „fachübergreifend“ zuzuordnen. Sieben Zeitschriften werden nicht in PubMed geführt. Auch hier ist die Mehrheit (71,4%) den fachübergreifenden Zeitschriften zugeordnet.

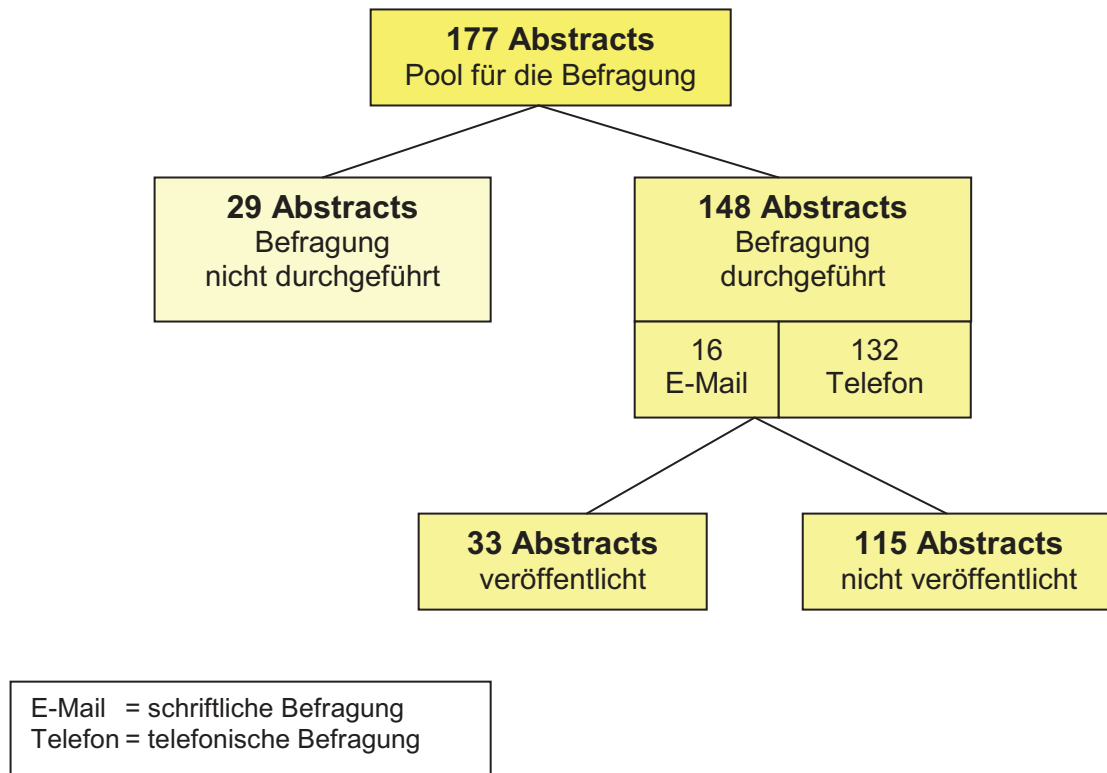
4.6. Auswertung der Befragung

4.6.1. Teilnahmerate

Abschließend sollte geklärt werden, warum einige Abstracts nicht veröffentlicht wurden bzw. keine Veröffentlichung ermittelt werden konnte.

Durch die Eigenrecherche konnten 167 der 368 Abstracts als veröffentlicht gewertet werden. Zu 201 Abstracts wurde zunächst keine Veröffentlichung gefunden; sie bildeten damit theoretisch die Grundlage für die Interviews, wobei 24 der Gruppe Bericht angehörten und damit nicht für die Interviews in Frage kamen (vgl. Kap. Methoden und Diskussion). Demnach flossen 177 Abstracts in den Befragungspool ein (Abb. 15):

Abbildung 15: Flussdiagramm zum Ergebnis der Befragung aufgeschlüsselt nach der Anzahl der abzuklärenden Abstracts



148 Abstracts konnten tatsächlich durch den Kontakt zu den (Erst-) Autoren abgeklärt werden, wobei für 132 Abstracts 46 Autoren per Telefoninterview befragt werden konnten und für 16 Abstracts an 8 Autoren ein Fragebogen per E-Mail versandt wurde. Von den Interviewpartnern waren 14 weiblich und 40 männlich.

Die Autoren der restlichen 29 Abstracts verweigerten in zwei Fällen die Auskunft, in einem weiteren Fall war der Autor bereits verstorben. Die Kontaktdaten der Autoren der 26 übrigen Abstracts konnten nicht ermittelt werden oder die entsprechenden Autoren waren nicht erreichbar.

Von den 148 abzufragenden Abstracts konnten durch die Befragung weitere 33 Abstracts als veröffentlicht gewertet werden.

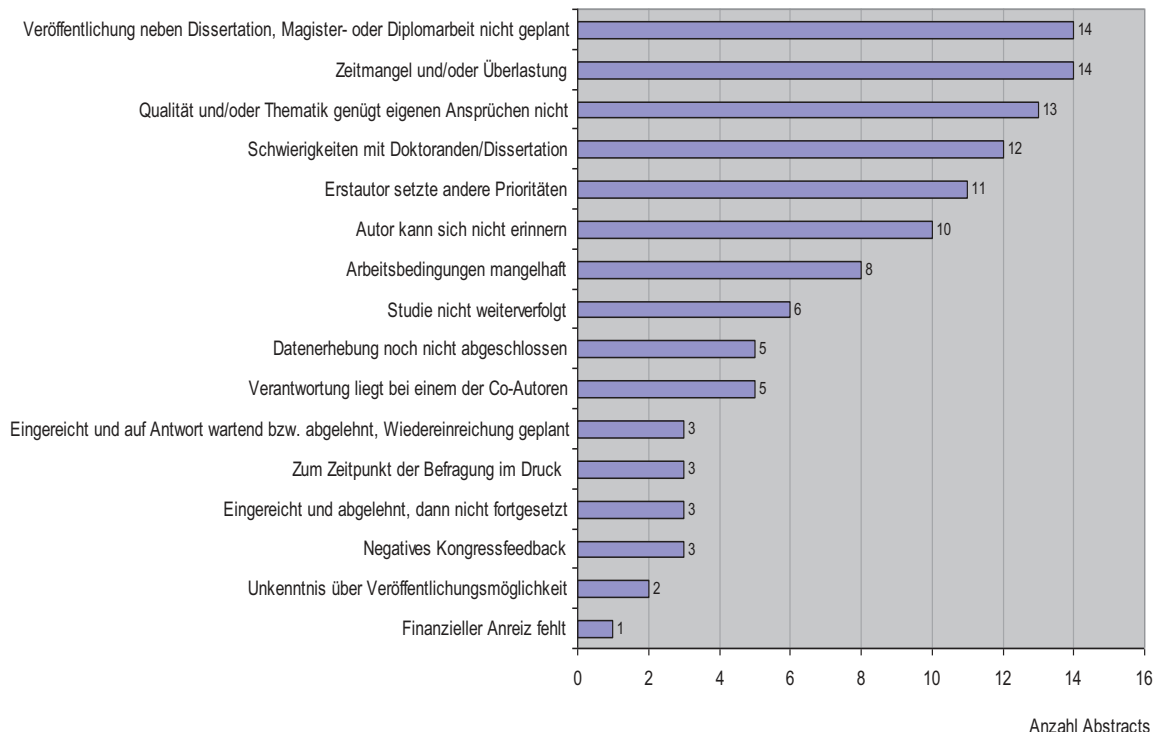
115 Abstracts galten auch nach der Befragung als nicht veröffentlicht, wobei für 113 Abstracts Gründe dafür genannt wurden. Bei zwei Abstracts hielten die Autoren die zugrunde liegende Arbeit für veröffentlicht, da diese in einer universitätsinternen Zeitschrift publiziert wurden. Unserer Definition folgend wurden diese als nicht veröffentlicht gewertet.

Die Rücklaufquote betrug knapp 84% (von 177 abzufragenden Abstracts konnten 148 abgeklärt werden).

4.6.2. Gründe der Autoren für eine Nichtveröffentlichung

Von Interesse war vor allem, welche Gründe die Autoren selbst angaben, warum es zu keiner Volltextveröffentlichung in einer medizinischen Fachzeitschrift kam. In Abbildung 16 sind die durch die Autoren genannten Gründe aufgelistet.

Abbildung 16: Gründe für Nichtveröffentlichungen der Abstracts (n=113)



Als Hauptgründe einer Nichtveröffentlichung wurden Zeitmangel und/oder Überlastung genannt.

„Bin so ein richtiger Landarzt, da fehlt dann auch mal die Zeit, weil man mit der Praxis soviel zu tun hat.“

„Ach, im Sande verlaufen, war keine Zeit mehr.“ Auf Nachfrage: „Tagesgeschäft hat sich einfach vorgeschoben...“

Eine weitere häufig genannte Begründung war, dass die in den Abstracts vorgestellten Arbeiten durchaus in eine Dissertation, Magister- oder Diplomarbeit mit eingeflossen waren, aber seitens der Autoren keine Veröffentlichung in einer Zeitschrift geplant war.

„Das Material ist etwas weg von einem, wenn das meine eigene Arbeit ist, hab ich auch mehr Drive das zu veröffentlichen, einen Artikel zu schreiben. Bei Doktoran-

den hat man meist 2 Jobs, viel Anleitung, da es schwierig ist einen guten Artikel zu schreiben und dann noch die Motivation - daher nur Dissertation."

Bei 13 Abstracts waren die Autoren mit ihrer Arbeit nicht zufrieden, diese Angabe bezog sich zum Beispiel auf das Thema der Arbeit, welches sich im Nachhinein als zu uninteressant herausstellte.

„Thema zu lau, wurde schon oft beforscht, möchte es aber noch einreichen und setze die Datenerhebung (...) weiterhin fort.“

Aber auch die Erhebungsmethoden und die daraus resultierenden Ergebnisse stellten die Autoren nicht zufrieden.

„Ich habe in dem Jahr erst angefangen mit der Forschung und methodisch war das zu einfach, ist nichts worauf man stolz ist, hab mich dann anderen Projekten zugewendet.“

Diese Gründe führten dazu, dass gar nicht versucht worden war, den entsprechenden Abstract zu einem Artikel zu erweitern.

Ein weiterer Grund für Nichtveröffentlichungen waren Schwierigkeiten, die sich durch die Zusammenarbeit mit Doktoranden ergaben (n=12).

„Das war ein Projekt an dem 3 Doktoranden beteiligt waren, die Initiative ging aber gar nicht von unserem Institut aus. Als es drohte einzuschlafen haben wir uns dann nicht mehr so eingebracht das Thema fortzusetzen. Auch bei kritischem Hinterfragen lag das Scheitern eigentlich nicht an einer schlechten Betreuung unsererseits.“

„Doktorandin hat aufgehört, nun muss ich die Auswertung vornehmen und daher zieht es sich etwas.“

"Erstautor war Student, war im Rahmen einer Dissertation und meistens schaffen die es grad noch das ganze als Abstract zu verfassen und auf einem Kongress vorzustellen, aber dann verschwinden sie. Eigentlich schade, denn in der Allgemeinmedizin entstehen so viele gute Doktorarbeiten, die alle verstauben."

In 11 Fällen räumten die Autoren ein, andere Prioritäten gesetzt zu haben, beispielsweise wurde das Institut gewechselt, der Tätigkeitsschwerpunkt hatte sich umgelagert oder es wurde sich mehr Zeit für die eigene Familie genommen. Eine Veröffentlichung kam dann nicht mehr zustande. Bei 10 Abstracts konnte der Autor sich entweder gar nicht erinnern, die Arbeit durchgeführt zu haben bzw. wusste nicht, ob diese jemals veröffentlicht wurde oder wer nun dafür zuständig sein könnte. Unter dem Punkt „Arbeitsbedingungen mangelhaft“ summieren sich vor allem Beschwerden darüber, dass aufgrund anderer Verpflichtungen wie Lehre oder eine eigene Praxis, aber auch Personalmangel keine Kapazität für wissenschaftliches Arbeiten bestand (n=8).

"Es ging nie über die Kongress-Abstracts hinaus, wir hechelten sozusagen immer hinterher (...), haben Forschung aus Interesse nebenbei betrieben. War für uns selbst auch irgendwann unbefriedigend, da man aufgrund der Rahmenbedingungen, also zu wenig Stellen und Geldmitteln oft Dinge nicht weiter verfolgen konnte und es somit nur dafür reichte, es auf einem Kongress vorzustellen. Betonen möchte ich, dass das nicht etwa daran lag, dass der Institutsleiter uns zu wenig protegiert hat, die Rahmenbedingungen sind einfach schwierig in der Lehre/Wissenschaft."

Bei sechs Abstracts wurde eine Studie nicht weiterverfolgt, nähere Gründe ließen sich nicht ermitteln.

In fünf Fällen war die Datenerhebung zum Zeitpunkt der Befragung noch nicht abgeschlossen. Hierbei handelt es sich um ein Abstract aus dem Jahr 2001, und je zweimal um Abstracts der Jahre 2002 und 2003.

Bei weiteren fünf Abstracts fühlte sich der angerufene (Erst-) Autor nicht mehr für die Arbeit verantwortlich. Drei Abstracts hätten zum Zeitpunkt der Befragung theoretisch noch das Potential, veröffentlicht zu werden: Bei zwei Abstracts wurde der entsprechende Artikel eingereicht, aber es war noch keine Antwort seitens des

Journals eingegangen, in einem anderen Fall war der Artikel bereits von einer Zeitschrift abgelehnt worden, die Autoren des Abstracts hatten aber vor, den Artikel bei weiteren Zeitschriften einzureichen. Dreimal wurde angegeben, dass der Artikel bereits im Druck sei. Als Zeitschriften wurden genannt: „Balint-Journal“, „BMC-Health Services Research“ und „Medical Education“.

In weiteren drei Fällen waren eingereichte Artikel bereits abgelehnt worden und die Autoren hatten kein Interesse mehr, die entsprechenden Artikel nochmals einzureichen.

Auch ein negatives Kongressfeedback war Anlass gewesen, die Arbeit abzubrechen (n=3).

„Mir hat die Art und Weise der Institutsmitarbeiter nicht gefallen (...), bin dann zu einem anderen Institut gegangen, dort freundlicher. Sagten es solle auf jeden Fall veröffentlicht werden. Hab es dann vorgestellt auf dem Kongress, abermals kein angenehmes Klima, Hauptbeschäftigung war die wissenschaftstheoretische Kritik meiner Arbeit. Hatte den Eindruck, dass das Kernthema nicht verstanden wurde. Bin kein Messias und habe es dann abgehakt.“

„Wurde mit etwas verzogener Nase schon auf dem Kongress aufgenommen, hab das aus Interesse gemacht, aber als Niedergelassener mit Einzelpraxis und dann auch noch sehr peripher gelegen, ist es sehr schwer...zeittechnisch, organisatorisch und vor allem die Schwierigkeiten beim Kongress, dann habe ich es halt sein gelassen.“

Bei zwei abzuklärenden Abstracts gaben die Autoren an, sich nicht sicher zu sein, in welcher Zeitschrift man veröffentlichen könne bzw. hielten einen Abstract für eine ausreichende Form der Veröffentlichung. In einem Fall wurde angegeben, Studien nur noch durchzuführen, wenn diese durch Pharmafirmen entsprechend vergütet würden, alle anderen hätte der Autor nicht mehr durchgeführt.

Zusammenfassend werden als Hauptgründe das Problem des Arbeitsumfeldes, Zeit- und Personalmangels genannt und die Tatsache, dass viele Arbeiten Doktorarbeiten darstellen und dies aus unterschiedlichen Gründen zu Verzögerungen in der Durchführung der Arbeiten führte.

5. Diskussion

5.1. Ziele und Hauptergebnisse

Die vorliegende Arbeit untersucht den inhaltlichen und methodischen Aufbau der DEGAM Kongress-Abstracts der Jahre 1999-2003. Ein weiteres Ziel der Untersuchung war die Ermittlung der Publikationsrate der Abstracts in medizinischen Fachzeitschriften und die Ermittlung von Gründen bei Abstracts, zu denen keine Publikation ermittelt werden konnte. Wir konnten nachweisen, dass die Mehrheit, gut 54%, der auf dem Kongress vorgestellten Arbeiten anschließend in medizinischen Fachzeitschriften in Form von Volltextartikeln veröffentlicht wurde. Im Gegensatz dazu stehen knapp 46% der Abstracts, zu denen keine Veröffentlichung ermittelt werden konnte. Gründe hierfür wurden zum einen aufgrund der Befragung der entsprechenden Autoren erfasst, zum anderen wurde die Veröffentlichungsrate in Bezug gesetzt zu inhaltlichen bzw. methodischen Kriterien der Abstracts. Erkennbar war hierbei, dass die Mehrzahl der veröffentlichten Abstracts als Studiendesign eine Originalarbeit präsentierten, während Berichte oder Abstracts, deren methodische Durchführung nicht klar erkennbar war, deutlich seltener publiziert werden konnten.

5.2. Datenmaterial

Als Grundlage der Untersuchung wurden die Abstracts gewählt, die auf dem jährlichen Kongress der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) vorgestellt wurden. Die für die Kongresse angenommenen Abstracts wurden des Weiteren in der entsprechenden Fachzeitschrift „ZFA – Zeitschrift für Allgemeinmedizin“ veröffentlicht. Die DEGAM Kongress-Abstracts wurden gewählt, da diese am ehesten die Forschungsaktivität des Faches Allgemeinmedizin in Deutschland abbilden, unabhängig davon, ob die Forschungstätigkeit der Autoren Institutsgebunden ist oder von niedergelassenen Ärzten eigenständig durchgeführt wird. Auch nicht an Institute angebundene Ärzte oder Autoren anderer Fachbereiche haben die Möglichkeit, ihre Daten auf den entsprechenden Kongressen einzureichen und gegebenenfalls vorzustellen, so dass sich mittels der Abstracts zumindest eine annähernd repräsentative Darstellung der all-

gemeinmedizinischen Forschungstätigkeit ermitteln ließ. Nicht berücksichtigt wurden Arbeiten von Allgemeinmedizinern, die ihr Ergebnisse auf Kongressen anderer Fachbereiche oder nur auf internationalen Tagungen vorstellten.

5.3. Kategorienbildung der Abstracts

Alle 368 Abstracts wurden einer der vier methodischen Hauptkategorien zugeteilt. Drei Kategorien stellen Berichte, Originalarbeiten oder Übersichtsarbeiten dar. Als vierte Kategorie wurde eine Gruppe für nicht einzuordnende Abstracts geschaffen. Wie in Kapitel 3.2.2.2. erläutert, wurde diese Einteilung in der frühen Entstehungsphase dieser Arbeit entwickelt, da die zuvor angenommene Tatsache, dass jeder Abstract eine eigenständige empirische Arbeit darstelle, nicht zutreffend war. Die Kategorie „Bericht“ wurde in Anlehnung an die Ergebnisse der Dissertation von Joosten (1995) gebildet. Joosten analysierte Arbeiten in allgemeinmedizinischen Fachzeitschriften und kam zu dem Schluss, dass ein Teil der Artikel Meinungsäußerungen darstellten oder der Informationsweitergabe dienten.

Eine weitere Kategorie waren die nicht einteilbaren Abstracts. Diese wurden gesondert aufgeführt, um falsche Zuordnungen zu vermeiden. Der Informationsgehalt in diesen Abstracts war nicht ausreichend, um eindeutig auf eine eigenständige empirische Erhebung schließen zu können. Hier wäre sicherlich die Heranziehung des entsprechenden Artikels oder Originalmanuskriptes zur Klärung hilfreich gewesen. Dies hätte aber ein weiteres Ziel der Arbeit, die qualitative Einschätzung der Abstracts, verzerrt, so dass darauf verzichtet wurde. Die Einteilung in die vier methodischen Hauptkategorien auf Ebene der Kongress-Abstracts wurde bewusst gewählt und konsequent beibehalten.

Ein relevantes Kriterium für die Publizierbarkeit eines Abstracts bzw. des zugehörigen Artikels ist sicherlich auch die Evidenzstufe der entsprechenden Studie. Die Zuordnung zu Evidenzstufen bedarf einer genauen Analyse der Forschungsfrage in Zusammenhang mit den dargestellten Methoden und Ergebnissen, hierfür wäre das Vorliegen des Originalmanuskriptes nötig. Auch in dieser Hinsicht musste das zugrunde liegende Datenmaterial in Form der Abstracts als nicht ausreichend betrachtet werden. Gute 20% der Abstracts hatten keinen korrekten formalen Aufbau, d.h. es fehlten eklatante Informationen zur zugrunde liegenden Arbeit (Kap. 4.1.1.). Und auch bei dem großen Teil der formal korrekt aufgebauten Abstracts

variierten die Informationen. Viele Parameter bestimmen ein Studiendesign und in die kurze Form des Abstracts werden die vom Autor individuell als wichtig erachteten Parameter aufgeführt. Somit ergab sich nach sorgfältiger Prüfung und Analyse der Abstracts und der entsprechenden Literatur die in dieser Arbeit erkennbare Darstellung der Untersuchungsform. Aufgeführt wurden diejenigen Dimensionen zur Bestimmung einer Untersuchungsform, die dem Großteil der Abstracts zu entnehmen waren.

5.3.1. Originalarbeiten und Übersichtsarbeiten

Die hierarchische Darstellung der Kategorien wurde gewählt, um mittels der weiterführenden Ebene eine genauere Differenzierung vornehmen zu können. Originalarbeiten wurden in der ersten Ebene nach qualitativen oder quantitativen Ansätzen aufgeteilt. Sicherlich kann man für die Darstellung der Originalarbeiten verschiedene Einteilungen wählen. Eine Klassifikation nach Studiendesign wird in der Literatur je nach Autor und Fachrichtung sehr unterschiedlich vorgenommen (Bortz und Döring 2006, Dieckmann 2005, Schnell et al. 2005; Klug et al. 2004 Joosten 1995, Laatz 1993, Blohmke et al. 1975). Von daher wurde sich in dieser Arbeit auf bestimmte Autorengruppen beschränkt. Zum Hauptteil waren dies Autoren aus dem soziologischen Fachbereich, da ein Großteil der Abstracts, die Originalarbeiten darstellten, diesen Ansätzen am Nächsten kam. Das Autorenmanual der DEGAM, im Hinblick auf die Leitlinienentwicklung verfasst, wurde ebenfalls mit herangezogen, da in diesem Manual die verschiedenen Studiendesigns, beispielhaft aufgeführt an Arbeiten mit allgemeinmedizinischer Fragestellung, erläutert wurden (Donner-Banzhoff 2000). Zur Entscheidung, ob der Abstract Daten einer qualitativen oder einer quantitativen Erhebung präsentierte, war die Auswertung der verwendeten Erhebungs- und Auswertungsmethoden unablässig. Zudem wurde entsprechend Literatur herangezogen, um eine korrekte Einteilung vorzunehmen (Bortz und Döring 2006; Dieckmann 2005; Schnell et al. 2005; Laatz 1993). Qualitative Daten wurden keiner weiteren Differenzierung zugeführt. Quantitative Daten wurden wie im Methodenteil erläutert weiter unterteilt. Sekundäranalysen wurden in dieser Arbeit separat aufgeführt und folgen damit der Einteilung nach Schnell et al. (2005) die diesen Ansatz als eigenständige Untersuchungsform werten.

Ein Vergleich der in dieser Arbeit ermittelten Ergebnisse zur methodischen und inhaltlichen Ausrichtung von Kongress-Abstracts kann nicht durchgeführt werden, da keine entsprechenden Studien ermittelt werden konnten. Allerdings zeigt eine Untersuchung wissenschaftlicher Artikel mit allgemeinmedizinischer Ausrichtung in einer retrospektiven Untersuchung des Zeitraumes 1969-1993 vergleichbare Ergebnisse (Joosten 1995). Die Mehrzahl der insgesamt 1627 Publikationen (67,7%) präsentieren Arbeiten mit deskriptiver Methodik. Beobachtungsstudien, die sich dieser Datenerhebungsform ebenfalls bedienen, sind in den 368 Abstracts ebenfalls die führende Untersuchungsform (63,3%). Ein exakter Vergleich der Arbeiten ist allerdings nicht möglich, da sich auch hier die Problematik der verschiedenen Parameter zur Beschreibung eines Studiendesigns zeigt. Die Tendenz in beiden Arbeiten zeigt aber deutlich in die Richtung der Querschnittsuntersuchungen mit deskriptivem Design. Sowohl in der Arbeit von Joosten als auch in dieser Arbeit bildet diese Untersuchungsform die überwiegende Mehrheit. Experimente bzw. interventionelle Untersuchungsformen stellen in den allgemeinmedizinischen Publikationen der untersuchten Zeiträume eindeutig die Minderheit dar. Ähnliche Ergebnisse zur Verteilung experimenteller und beobachtender Ansätze erlangte auch Brüning in ihrer 1984 erschienen Dissertation zur allgemeinmedizinischen Forschung in Deutschland.

5.4. Tätigkeitsfelder der Erstautoren

Die Autorenschaft setzt sich insgesamt aus fünf Hauptgruppen zusammen (Tab. 3). Wie erwartet bilden die größte Gruppe der Erstautoren Ärzte, die an einer Universität arbeiten oder zumindest über Lehraufträge eng an diese gebunden sind. Die weitere Unterteilung dieser Gruppe in feste wissenschaftliche Mitarbeiter sowie Ärzte mit Lehraufträgen erhebt nicht den Anspruch absoluter Gültigkeit. Ziel war es, das Tätigkeitsfeld zum Zeitpunkt des Kongresses zu bestimmen. Nicht alle Autoren wurden in die Befragung mit eingeschlossen, dadurch ließ sich diese differenzierte Unterteilung der ärztlich, universitären Mitarbeiter bei den nicht zu befragenden Autoren nur durch Recherche auf den Homepages der Abteilungen oder über das Internet zugängliche Lebensläufe ermitteln. Dies ließ sich retrospektiv aber nicht sicher ermitteln, so dass diese Einteilung nur als richtungweisend zu werten ist. Die Informationen über das Tätigkeitsfeld der Gruppe „Ärzte, die nicht

universitär angebunden sind“ und „Student“ wurden vollständig aufgrund der Befragung erlangt und sind daher als zuverlässig einzustufen.

Die Gruppe der 74 unbekanntenen Autoren limitiert die Aussage zu den Tätigkeitsfeldern der Erstautoren. Anzunehmen ist, dass sich diese Gruppe zum großen Teil entweder aus Studenten oder aus Ärzten zusammensetzt, die an peripheren Kliniken oder in eigenen Praxen arbeiten und dadurch über die üblichen Recherchemethoden nicht zu ermitteln waren.

Die Einteilung der Erstautoren wurde unternommen, da die verschiedenen Berufsgruppen einen unterschiedlichen Zugang zur Universität und somit deren (Hilfs-)mitteln haben und unterschiedlich viel Zeit für Forschung verwenden können. Die etwas ungewöhnliche abstract- und nicht autorenbezogene Bezugsgröße (n=368) wurde gewählt, da vermutet wurde, dass Autoren mit universitärer Anbindung mehr schreiben als Autoren, die einen schwierigeren Zugang zur Universität und den entsprechenden (Hilfs-)mitteln haben. Dieser Effekt tritt durch diese Auswertungsform deutlicher zutage, während er bei einer autorenbezogenen Auswertung zumindest teilweise verschwinden würde.

5.5. Befragung

Ziel der Befragung war die Komplettierung der Veröffentlichungen, aber auch die Erfassung von Gründen, warum die Autoren ihre Ergebnisse nicht in einem Artikel veröffentlicht haben. Erhofft wurde sich durch die offene Frage zur Nichtveröffentlichung eine differenzierte Angabe der Gründe. Der Fragebogen wurde nur einmal pilotiert, da es sich um eine eher kleine Gruppe von Interviewpartnern handelte (Leung 2001). Zudem bestand die Befragung aus lediglich zwei offenen Hauptfragen und ergänzend aus der standardisierten Erfassung der soziodemographischen Daten.

Ein limitierender Faktor ist die Entscheidung, die 24 als „Bericht“ eingestuften Abstracts nicht in die Befragung mit aufzunehmen. Grund hierfür war, dass einige Autoren auch ohne die Berichte bereits bis zu zehn Abstracts pro Befragung zu beantworten hatten. Da viele Autoren im laufenden Praxisbetrieb oder unter enormen Zeitdruck die Interviews beantworten mussten, ist entschieden worden, nur Originalarbeiten und Übersichtsarbeiten sowie die Gruppe der nicht einzuordnenden Abstracts mit aufzunehmen. Zudem war bereits ersichtlich, dass Berichte nur

zu einem sehr geringeren Anteil publiziert wurden und die Verfälschung der Veröffentlichungsrate daher als nicht sehr hoch eingestuft wurde (0,47 Prozentpunkte). Durch die Kombination von Recherche und Befragung dürfte kaum ein Artikel übersehen worden sein.

5.6. Veröffentlichungsrate und Veröffentlichungsdauer

Die Rate der Veröffentlichungen nach den DEGAM-Kongressen der Jahre 1999-2003 betrug 54,3%. Diese Publikationsrate liegt höher als die in einer Arbeit von Elder und Blake (1994): In dieser allgemeinmedizinischen Studie wurde ebenfalls die Publikationsrate der jährlich stattfindenden Kongresse der Jahre 1987 und 1988 der „Society of Teachers of Family Medicine“ (STFM) und der „North American Primary Care Research Group“ (NAPCRG) untersucht. Die Veröffentlichungsrate betrug 48%. Wichtig zu wissen ist, dass sowohl für den DEGAM-Kongress als auch für den STFM/NAPCRG Kongress die Abstracts in einem Peer-Review Verfahren ausgewählt wurden. Weitere Studien zu der Publikationsrate nach allgemeinmedizinischen Kongressen konnten nicht ermittelt werden. Andere Fachbereiche haben aber ähnliche Arbeiten durchgeführt. Veröffentlichungsraten von beispielsweise über 70% aus dem Gebiet Pädiatrie (Riordan 2000) bis 33% nach einem neuroradiologischen Kongress werden beschrieben (Marx et al. 1999).

Bei den zu recherchierenden Artikeln ist vereinzelt damit zu rechnen, dass sowohl die Autorenschaft als auch Thematik oder Methoden zwischen Kongresspräsentation und Veröffentlichung verändert wurden und damit eine Identifizierung des Artikels nicht immer möglich war, dies könnte zu einer Unterschätzung der ermittelten Veröffentlichungsrate geführt haben (Jasko et al. 2003).

Die Zeitspanne der Veröffentlichung von 18,4 Monaten ist als durchschnittlich einzustufen. Ähnliche Zeitspannen wurden beispielsweise auch für Veröffentlichungen nach Kongressen der Bereiche Neuroradiologie, Anästhesie und muskuloskeletale Tumoren ermittelt (Jasko et al. 2003, Castillo et al. 2002, Marx et al. 1999).

Die Validität der Ergebnisse dieser Arbeit ist aufgrund der umfassenden Vorabrecherche sowie der ergänzenden Befragung mit einer hohen Rücklaufquote von über 84% nach unserer Einschätzung als recht hoch anzusehen. Zudem wurde im Sinne einer vollständigen Erfassung der veröffentlichten Arbeiten eine zeitliche

Distanz zwischen der Abstractpräsentation und der Ermittlung der Publikationsrate von bis zu vier Jahren gewählt. Dieses Vorgehen deckt sich mit entsprechenden Arbeiten aus anderen medizinischen Fachbereichen (Montané und Vidal 2007, Secil et al. 2007, Carroll et al. 2003).

Auffallend bei dem Vergleich der Veröffentlichungsrate und der Dauer der Veröffentlichung ist, dass das Maximum an Veröffentlichungen im Jahr nach dem Kongress stattfand. Zügiges Arbeiten und Publizieren scheint ein Erfolgskriterium zu sein. Je mehr Zeit nach dem Kongress verging, desto weniger Arbeiten wurden auch veröffentlicht.

5.7. Zeitschriften

Die veröffentlichten Arbeiten erschienen in 58 verschiedenen Zeitschriften. Wie in Abbildung 14 und Tabelle 5 ersichtlich dominieren die Publikationen in den 46 fachübergreifenden Zeitschriften, 12 Zeitschriften sind aus dem allgemeinmedizinischen Fachbereich. Dies könnte damit zusammenhängen, dass es mehr fachfremde Zeitschriften als allgemeinmedizinische Zeitschriften gibt und dass zudem das Fachgebiet Allgemeinmedizin Überschneidungspunkte mit vielen anderen Fachbereichen bietet. Ein weiterer Grund für Publikationen in fachfremden Zeitschriften ist sicher auch, dass die meisten Wissenschaftler und Universitätsabteilungen sich aus Karriere- bzw. finanziellen Gründen gezwungen sehen, Impactfaktor-Punkte zu sammeln. Viele nicht allgemeinmedizinischen Zeitschriften haben einen höheren Impactfaktor als die allgemeinmedizinischen Zeitschriften. Auch Weiss ermittelte in einer 1990 erschienen Arbeit ähnliche Gründe: Viele Autoren allgemeinmedizinischer Arbeiten boten die entsprechenden Artikel vorzugsweise fachfremden Zeitungen zur Publikation an, da diese nach Meinung der Autoren eine größere Leserschaft und mehr Prestige hätten. Die Problematik der leistungsbezogenen Mittelvergabe, zu der eben auch die Veröffentlichung in Zeitschriften mit hohem Impactfaktor zählt, ist fachübergreifend. Brähler und Decker (2003) schilderten dies in einer Arbeit zur Veröffentlichungspraxis von Lehrstuhlinhabern aus dem Fachbereich der Medizinpsychologie.

Bei der Betrachtung der deutschen allgemeinmedizinischen Zeitschriften wurde in der vorliegenden Arbeit als Hauptpublikationsorgan der DEGAM Kongress-Abstracts die ZFA ermittelt. Selbiges beschrieb auch Borgers (2008, S.47) in einer

Arbeit: „die große Zahl und der hohe Prozentsatz aller Veröffentlichungen in der ZFA spiegelt ihre Rolle als Hausorgan der wissenschaftlichen Fachgesellschaften in Deutschland wider“.

5.8. Gründe für Nichtveröffentlichungen aus Autorensicht

Zeitmangel und Kritik an der eigenen Studie bezüglich des Themas und/oder des Studiendesigns wurden als eine der Hauptgründe genannt, warum nach dem Kongress kein Artikel veröffentlicht wurde. Aber auch die Kopplung der Arbeit an eine Magister-, Diplom- oder Doktorarbeit schien ein Hinderungsgrund zu sein, parallel oder anschließend einen entsprechenden Artikel zu veröffentlichen. Diese Ergebnisse ähneln denen anderer Studien:

Zeitmangel ist einer der am häufigsten genannten Gründe, Artikel gar nicht erst einzureichen (Sprague et al. 2003, Weber et al. 1998). Ähnliche Gründe wie die in Abbildung 16 genannten werden ebenfalls in Studien beschrieben, die der Frage nachgingen, welche Hindernisse allgemeinmedizinischer Forschung generell im Wege stehen (Lionis et al. 2004, Jowett et al. 2000, Kaner et al. 1998). Aber auch Methodenmängel oder eine Thematik, die nicht mehr als interessant eingestuft wurde, werden von den Autoren als Ursache aufgeführt, keine weiteren Publikationen zu initiieren (Sprague et al. 2003, Weber et al. 1998). Die angegebenen Probleme, die sich aus der Zusammenarbeit mit Studenten ergeben, können nicht abschließend bewertet werden. Studenten sind unerfahren im wissenschaftlichen Arbeiten und es gibt auch Doktoranden, die im Laufe der Arbeit „abspringen“, was zu Zeitverzögerungen in der Studie führen kann. Sind Studenten daher ein Hindernis? Die recht hohe Rate an studentischen Erstautoren zeigt aber auch eine andere Seite. Zu berücksichtigen ist, dass die Studenten in der Befragung nicht selber zu Wort kamen, da deren Kontaktdaten rückwirkend nicht zu ermitteln waren. In dieser Arbeit wurde daher die Sicht der betreuenden Dozenten dargestellt.

Eine weitere These für eine niedrige Veröffentlichungsrate nach Kongressen gaben Jasko et al. (2003) zu bedenken: eine Abstractveröffentlichung bedarf weniger Vorbereitung als die Veröffentlichung eines Artikels.

5.9. Analyse der Nichtveröffentlichungen unter Berücksichtigung der methodischen und inhaltlichen Kriterien der Kongress-Abstracts

Einen indirekten Hinweis auf die unterschiedlichen Veröffentlichungsraten bietet die Aufschlüsselung der Publikationsrate nach den vier Hauptkategorien „Bericht“, „Originalarbeit“, „Übersichtsarbeit“ und die nicht einteilbaren Abstracts in Bezug auf die Thematik, wie es in Abbildung 12 und Abbildung 13 im Ergebnisteil dargestellt ist. Abstracts die thematisch der Gruppe „Pharmakotherapie“ zuzuordnen waren, hatten eine Veröffentlichungsrate von 63,3%. Auffallend ist, dass in dieser Gruppe ausschließlich die Kategorien „Originalarbeit“ und „Übersichtsarbeit“ vertreten waren. Abstracts, die nicht einteilbar waren oder der Kategorie „Bericht“ zugeordnet wurden, fanden sich nicht in dieser Gruppe. Die thematische Gruppe „Lehre“ zeigt die mit Abstand niedrigste Veröffentlichungsrate von 24,2%. Da die Kategorie „Übersichtsarbeit“ nicht vertreten ist und die Kategorie „Bericht“ insgesamt den höchsten Anteil hat, gibt einen Hinweis auf die Wichtigkeit des methodischen Aufbaus einer Arbeit.

Des Weiteren wird die Frage aufgeworfen, ob es auch thematische Präferenzen seitens der Publikationsorgane gibt: Inhalte, die sich mit der universitären Lehre des Faches beschäftigen, werden deutlich seltener publiziert als Arbeiten mit klinischer Thematik.

Joosten (1995), dessen Arbeit u.a. bereits publizierte Artikel in allgemeinmedizinischen Fachzeitschriften untersucht, nahm ebenfalls eine Einteilung in Sachgebiete vor. Trotz einer deutlich anderen Einteilungsform stellen Artikel, die sich thematisch mit Arzneimittelprüfungen beschäftigen, auch in seiner Arbeit den Hauptteil bei den Zeitschriftenpublikationen mit 23,3% (von insgesamt 1712 Zuordnungen). Die Untersuchungen zu „speziellen Erkrankungen“, die sich annähernd mit der Gruppe „Klinische Thematik“ vergleichen lässt, haben den zweithöchsten Anteil (13,1% von 1712 Zuordnungen) in den Zeitschriftenpublikationen. Damit scheinen diese beiden Themen zumindest in den beiden vorliegenden Arbeiten auf ein hohes Interesse bei den Publikationsorganen zu stoßen.

Zusammenfassend wird festgestellt, dass klassisch medizinische Themen, wie Erkrankungshäufigkeiten, Symptombildung und oder die (pharmako-)therapeutische Behandlung nicht nur die höchsten Raten an Publikationen haben, auch haben die entsprechenden Abstracts zugleich den höchsten Anteil an Originalarbeiten und Übersichtsarbeiten.

Bei der Untersuchung der Publikationshindernisse ist zu beachten, dass nur die Selbstwahrnehmung der Autoren mittels der Interviews untersucht wurde. Objektive Faktoren nur soweit sie das Studiendesign und die Inhalte der Abstracts betreffen. Möglicherweise relevante strukturelle und personelle „Umfeld“-Faktoren (möglicherweise die Größe einer Abteilung, Erfahrungen des Chefs, Drittmittelaufkommen etc.) konnten so nicht als Prädiktoren untersucht werden.

6. Schlussfolgerung

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit konnte gezeigt werden, dass die Veröffentlichungsrate wissenschaftlicher Arbeiten in der Allgemeinmedizin im Vergleich zu anderen medizinischen Fachbereichen als gut durchschnittlich zu bewerten ist.

Nichtsdestotrotz zeigen die Ergebnisse dieser Arbeit, dass es durchaus Hindernisse auf dem Weg zur Veröffentlichung eines Artikels gibt. Diese Schwierigkeiten beziehen sich auf die unterschiedlichsten Abschnitte bei der Durchführung und Publikation einer Studie: Arbeitsbelastung, Gelder oder Personalknappheit sind nur einige der genannten Faktoren. Methodische Unsicherheiten weisen auf einen Bedarf an Fortbildungen in Forschungsmethoden hin.

Zu beachten ist aber auch der Anteil an Autoren, die von vornherein keine Veröffentlichung initiierten. Dieser Grund wurde vor allem ermittelt, wenn es sich bei den zugrunde liegenden Arbeiten um Doktor- oder Diplomarbeiten handelte. Erstrebenswert wäre ein größeres Bewusstsein dafür, dass gerade Daten aus diesen Arbeiten oftmals wert sind veröffentlicht zu werden und es wäre wünschenswert, dass es selbstverständlicher wird, dass einer solchen Arbeit auch ein Artikel folgt. Ein unterstützender Weg ist hierfür sicherlich auch die an einigen deutschen Universitäten durchzuführende Publikationspromotion.

Nicht immer zufrieden stellend geklärt werden konnte die Frage, welches Studiendesign den Abstracts zugrunde lag. Hier könnte weiterer Bedarf nach einer genaueren Analyse der Zusammenhänge von Studiendesign, Thema und Veröffentlichungsrate bestehen, aber auch die bereits erwähnten „Umfeld“-Faktoren sind sicherlich von Interesse bei dieser Thematik.

Erkennbar war zudem, dass ein recht hoher Anteil von Abstracts nicht klar formuliert wurde. Ein kleiner aber doch recht bedeutender Teil der Veröffentlichung ist

demnach auch die angemessene und stimmige Zusammenfassung der durchgeführten Arbeit in Form des Abstracts.

Wird die Gesamtheit der Daten betrachtet, präsentiert ein Großteil der Abstracts Originalerhebungen und Übersichtsarbeiten. Eine Publikationsrate allgemeinmedizinischer Arbeiten von über 54% mit entsprechend hohem Anteil in PubMed gelisteten (internationalen) Zeitschriften stellt auch im Vergleich zu anderen Fachbereichen ein erfreuliches und ein ermutigendes Ergebnis dar.

Weiterführende Studien zur Überprüfung der Veröffentlichungsrate und der thematischen Orientierung der deutschen Allgemeinmedizin, wären sicherlich sinnvoll.

7. Zusammenfassung

Hintergrund:

Forschungserfolg ist oftmals durch den Publikationserfolg bestimmt, doch nicht alle Untersuchungen werden auch veröffentlicht. Um einen Eindruck deutscher allgemeinmedizinischer Forschungsarbeiten zu gewinnen, wurden die Kongress-Abstracts der „Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin“ (DEGAM) nach methodischen und thematischen Aspekten analysiert. Bestimmt wurde ferner die Veröffentlichungsrate und die Veröffentlichungsdauer der Abstracts sowie die medizinischen Fachzeitschriften in denen die entsprechenden Artikel erschienen. Aber auch die Gründe, warum einige Abstracts nicht publiziert wurden, waren von Interesse.

Methoden:

368 Abstracts der Jahre 1999-2003, die auf dem jährlichen DEGAM Kongress präsentiert wurden, wurden untersucht. Ein Abstract galt als publiziert, wenn dieser als Volltextartikel in einer medizinischen Fachzeitschrift erschien. Die Veröffentlichungsrate wurde mittels einer Suche in PubMed und einer manuellen Durchsicht der Zeitschrift für Allgemeinmedizin (ZFA) und dem European Journal of General Practice (Eur J Gen Pract) ermittelt. Der Recherchezeitraum umfasste die Jahre 1997-2007. Abstracts, zu denen keine Veröffentlichung ermittelt werden konnte, wurden durch Telefoninterviews mit den Autoren abgeklärt.

Ergebnisse:

Knapp 80% der 368 Abstracts stellten Originalarbeiten dar, 3,5% Übersichtsarbeiten. Die übrigen Abstracts sind nicht einzuordnen oder geben keine eigenständigen Studien wider. Thematischer Schwerpunkt lag auf klinischen Themen. Die Veröffentlichungsrate der Gesamtheit der DEGAM Kongress-Abstracts betrug 54,3%. Die Artikel erschienen in 58 medizinischen Fachzeitschriften. Hauptpublikationsorgan war die ZFA mit insgesamt 61 Artikeln. 81% der Zeitschriften waren in PubMed gelistet. Insgesamt gaben 54 Autoren Auskunft über 148 Abstracts zu denen keine Veröffentlichung ermittelt werden konnte. Die Rücklaufquote betrug knapp 84% (von 177 abzufragenden Abstracts konnten 148 abgeklärt werden). 115 Abstracts galten auch nach der Befragung weiterhin als nicht veröffentlicht, für

113 wurden Gründe angegeben. „Veröffentlichung nicht initiiert“ (12%), „hohe Arbeitsbelastung“ (12%) und „Schwierigkeiten mit Doktoranden“ (11%) waren die drei meistgenannten Gründe der Autoren für nicht publizierte Artikel.

Schlussfolgerung:

Die Hindernisse auf dem Weg zu einer Veröffentlichung betreffen die unterschiedlichsten Dimensionen (Personal, Gelder, Arbeitsbelastungen). Die Veröffentlichung in Form eines anschließenden Artikels wurde nicht immer initiiert, insbesondere bei Doktorarbeiten schien eine darüber hinaus gehende Veröffentlichung eher zweitrangig zu sein. Trotzdem ist eine Veröffentlichungsrate von über 54% als erfreuliches Ergebnis zu werten.

8. Literaturverzeichnis

Abholz HH (2002): Definition des Faches Allgemeinmedizin. Ein Beitrag zur Vorbereitung einer DEGAM Definition. Z allg Med 78, 202-206

Abholz HH (2007): Die Umerziehung der Allgemeinmedizin. Z Allg Med 83: 85-88

Abholz HH, Heindrichs E: Forschung in der Allgemeinmedizin. Ein Beitrag zur inhaltlichen Bestimmung des Faches; in: Jahrbuch für kritische Medizin, Pflege und Medizin im Streit, Argument-Sonderband AS 86; hrsg. v. Abholz HH, Borgers D u. a.; Argument-Verlag Berlin 1982, 111-124

Abholz HH, Kochen MM (2004): Call for Abstracts. Z Allg Med 80, 89

Anonymus (2003): Is primary research a lost cause? Lancet 361, 977

Antes G, Bassler D (2000): Evidence-Based Medicine, Forschungstransfer und die Rolle der medizinischen Journale. Dtsch med Wschr 125, 1119-1121

Approbationsordnung für Ärzte. ÄappO (2002)
(<http://www.bmg.bund.de>, accessed Juni 2009)

Asch S, Connor SE, Hamilton EG, Fox SA (2000): Problems in recruiting community-based physicians for health services research. J Gen Intern Med 15 (8), 591-599

Askew DA, Clavarino AM, Glasziou PP, Del Mar CB (2002): General practice research: attitudes and involvement of Queensland general practitioners. MJA 177, 74-77

Barclay S, Todd C, Finlay I, Grande G, Wyatt P (2002): Not another questionnaire! Maximizing the response rate, predicting non-response and assessing non-response bias in postal questionnaire studies of GPs. Fam Pract 19 (1), 105-111

Baum E, Kruse W (2005): Allgemeinmedizin. Immer noch ein Stiefkind. Plädoyer für eine stärkere Förderung. Dtsch Arztebl 102 (17), A1198

Baum E, Schmittziel L, Simmenroth-Nayda A, Träder JM (2007): Allgemeinmedizin im Praktischen Jahr. Begeisterte Studenten – zurückhaltende Umsetzung. Dtsch Arztebl 104 (34-35), A2333-A2334

Besel K (1986): Die Allgemeinmedizin als Lehr- und Forschungsfach an deutschen Universitäten. Münch Med Wschr 128 (24), 443-445

Blohmke M, v. Ferber C, Kisker KP, Schaefer H: Handbuch der Sozialmedizin in drei Bänden. Band 1 Grundlagen und Methoden der Sozialmedizin. 1. Auflage; Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart 1975

Borgers D (2008): Die universitäre deutsche Allgemeinmedizin im Spiegel ihrer Zeitschriftenliteratur (1998-2007). Z Allg Med 84, 44-50

Bortz J, Döring N: Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler; 4. Auflage; Springer Verlag, Berlin 2006

Brähler E, Decker O (2003): Veränderungen der Publikationspraxis der psychosomatischen/psychotherapeutischen und medizinpsychologischen Lehrstuhlinhaber. Psychother Psych Med 53, 502-507

Braun RN (1958): Der Stand der Forschung aus der und über die ärztliche Praxis. Münch Med Wochenschr 37, 1401-1404

Brüning H: Allgemeinmedizinische Forschung in der Bundesrepublik Deutschland. Med. Diss. Marburg 1984

Carroll AE, Sox CM, Tarini BA, Ringold S, Christakis DA (2003): Does presentation format at the pediatric academic societies' annual meeting predict subsequent publication? Pediatrics 112 (6 Pt 1), 1238-1241

Castillo J, Garcia-Guasch R, Cifuentes I (2002): Fate of abstracts from the Paris 1995 European society of anaesthesiologists meeting. Eur J Anaesthesiol 19, 888-893

Comberg HU (1994): Was ist Allgemeinmedizin? Aufgaben und Funktionen des Allgemeinarztes. Z ärztl Fortbild 88, 639-642

De Maesener JM, De Sutter A (2004): Why research in family medicine? A superfluous question. Ann Fam Med 2 (Suppl 2), S17-S22

Del Mar C, Freeman G (2003): Primary-care research is not a lost cause. Lancet 361, 1749

DEGAM, Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (2002): Fachdefinitionen

(<http://www.degam.de/fachdefinition.html>; accessed April 2007)

Diekmann A: Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen; 9. Auflage; Rowohlt's Enzyklopädie, Reinbek 2002

Donner-Banzhoff N (2000): Das DEGAM Autorenmanual „Levels of Evidence“ (<http://www.degam.de/typo/index.php?id=dasdegam-autorenmanuallevels>, accessed Mai 2007)

EGPRW (1984): Hausarzt und Forschung – Grundsatzerklärung der EGPRW. Der prakt Arzt 21, 640-646

Elder NC, Blake RL Jr. (1994): Publication patterns of presentations at the society of teachers of family medicine and North American primary care research group annual meetings. Fam Med 26 (6), 352-355

Foerster HR (1980): Theoretische Allgemeinmedizin hat ihre eigene wissenschaftliche Methode. Der prakt Arzt 8, 880-890

Gulich M (2005): Praktisches Jahr in der Allgemeinmedizin –eine neue Herausforderung. Z.Allg.Med. 81, 9-12

Haehn KD (1980): Pragmatische Vorschläge zur Forschung in der Allgemeinmedizin. Münch Med Wschr 122 (21), 777-778

Haehn KD (1986): Institutionalisierung der Allgemeinmedizin als Hochschulfach. Münch Med Wschr 128 (24), 441-442

Härter G (1994): Basisdiagnostik in der Allgemeinarztpraxis – fachspezifische Entscheidungsfindung in der Allgemeinmedizin. Z ärztl Fortbild 88, 643-646

Hall GM: How to write a paper; 3rd edition; BMJ Books 2003

Hamm H (1991): Geschichte und Entwicklung des Faches Allgemeinmedizin. Prakt Arzt 28, 12-20

Hashkes PJ, Uziel Y (2003): The publication rate of abstracts from the 4th park city pediatric rheumatology meeting in peer-reviewed journals: what factors influenced publication? J Rheumatol 30, 597-602

Herbertz F, Oqueka B, Vogler W (1986): Publikationen und Dissertationen in der Allgemeinmedizin. Münch Med Wochenschr 128, 450-452

Himmel W, Kochen MM (2003): Zwischen Habilitation und Juniorprofessur: Alternativen für Allgemeinmedizin und Klinische Medizin. Z Arztl Fortbild Qualitätssich 97, 157-161

Hummers-Pradier E (2006): 40 Jahre DEGAM: Allgemeinmedizinische Forschung in Deutschland – Entwicklung und aktueller Stand. Z.Allg.Med 82, 409-414

Hummers-Pradier E, Becker A, Maitra RT (2002): Wissenschaftlicher Nachwuchs in der Allgemeinmedizin – am Rande der Legalität? Z Allg Med 78, 32-36

Hummers-Pradier E, Scheidt-Nave C, Martin H, Heinemann S, Kochen MM, Himmel W (2008): Simply no time? Barriers to GPs' participation in primary health care research. *Fam Pract* 25 (2), 105-112

Jasko JJ, Wood JH, Schwartz HS (2003): Publication rate of abstracts presented at annual musculoskeletal tumor society meetings. *Clin Orthop Relat Res* 415, 98-103

Joist T, Klein S (2007): „Junior-Doktor“ in der Hausarztpraxis. *Dtsch Arztebl* 104 (13), A903-A904

Joosten U: Die Entwicklung der Allgemeinmedizin als Wissenschaft seit 1969. Perioden, Themen, Methoden. Med. Diss. Bochum 1995

Jowett SM, MacLeod J, Wilson S, Hobbs FDR (2000): Research in primary care: extent of involvement and perceived determinants among practitioners from one English region. *Br J Gen Pract* 50, 387-389

Kaner ES, Houghton CA, McAvoy BR (1998): „So much post, so busy with practice – so, no time“: A telephone survey of general practitioners' reasons for not participating in postal questionnaire surveys. *Br J Gen Pract* 48, 1067-1069

Khan KS, Kunz R, Kleijnen J, Antes G (2003): Five steps to conducting a systematic review. *J Roy Soc Med* 96 (3), 118-121

Khan KS, Kunz R, Kleijnen J, Antes G: Systematische Übersichten und Meta-Analysen. Ein Handbuch für Ärzte in Klinik und Praxis sowie Experten im Gesundheitswesen; Springer Verlag, Berlin 2004

Klimm HD (1994): Einführung zum Themenheft Allgemeinmedizin. *Z ärztl Fortbild* 88, 635-637

Klug SJ, Bender R, Blettner M, Lange S (2004): Wichtige epidemiologische Studientypen. Artikel Nr. 18 der Statistik-Serie in der DMW. *DMW* 129, T7-T10

Kochen MM: Allgemeinmedizin und Familienmedizin. 2. Auflage, Hippokrates Verlag, Stuttgart 1998

Kochen MM (1999): New impulses for general practice in Germany. Eur J Gen Pract 5, 10

Kochen MM: Allgemeinmedizin und Familienmedizin. 3.Auflage; Georg Thieme Verlag, Stuttgart 2006

Kochen MM, Niebling W, Abholz HH (2000): Forschen oder beforscht werden? Z.Allg.Med.76, 347-348

Laatz W: Empirische Methoden. Ein Lehrbuch für Sozialwissenschaftler; 1. Auflage; Harri Deutsch Verlag, Frankfurt am Main 1993

Lam CLK (2004): The 21st Century: the age of family medicine research? Ann Fam Med 2 (Suppl 2), S50-S54

Lammek S: Qualitative Sozialforschung; 4. Auflage; Beltz Verlag, Weinheim, Basel 2005

Leung WC (2001): How to design a questionnaire. Student BMJ 9, 187-189

Leuwenhorst Working Party (1977): The work of the general practitioner. Statement by a working party of the second European conference on the teaching of general practice. J R Coll Gen Pract 27 (175), 117

Lionis C, Stoffers HEJH, Hummers-Pradier E, Griffiths F, Rotar-Pavlic D, Rethans JJ (2004): Setting priorities and identifying barriers for general practice research in Europe. Results from an EGPRW meeting. Fam Pract 21, 587-593

Louden IS (1983): The origin of the general practitioner. J R Coll Gen Pract 33 (246), 13-23

Martin R: Berechnungen in Excel. Zahlen, Formeln und Funktionen; 4. Auflage; Carl Hanser Verlag, München 2007

Marx WF, Cloft HJ, Do HM, Kallmes DF (1999): The fate of neuroradiologic abstracts presented at national meetings in 1993: rate of subsequent publication in peer-reviewed, indexed journals. *AJNR Am J Neuroradiol* 20, 1173-1177

Montané E, Vidal X (2007): Fate of the abstracts presented at three Spanish clinical pharmacology congresses and reasons for unpublished research. *Eur J Clin Pharmacol* 63 (2), 103-111

Olesen F, Dickinson J, Hjortdahl P (2000): General practice - time for a new definition. *BMJ* 320, 354-357

Pierson DJ (2004): The top 10 reasons why manuscripts are not accepted for publication. *Respir Care* 49 (10), 1246-1252

Riecken EO (1980): Forschung in der Allgemeinmedizin? *Münch Med Wschr.* 122, 774

Riordan FAI (2000): Do presenters to paediatric meetings get their work published? *Arch Dis Child* 83, 524-526

Robinson G, Gould M (2000): What are the attitudes of general practitioners towards research? *Br J Gen Pract* 50, 390-392

Roth E, Heidenreich K: Sozialwissenschaftliche Methoden. Lehr- und Handbuch für Forschung und Praxis; 3. Auflage; Oldenbourg Verlag, München/Wien 1993

Roy D, Sankar V, Hughes JP, Jones A, Fenton JE (2001): Publication rates of scientific papers presented at the otorhinological research society meetings. *Clin Otolaryngol* 26, 253-256

Schnell R, Hill P, Esser R: Methoden der empirischen Sozialforschung; 7. Auflage; Oldenbourg Verlag, München/Wien 2005

Schroer AE: Entwicklung des Lehrfaches Allgemeinmedizin an den deutschen Hochschulen und seine Bedeutung für die medizinische Ausbildung. Med. Diss. Aachen 2004

Schulze G, Hoffmann M (2003): Zum Verhältnis von Lehrbeauftragten und der Allgemeinmedizin an den Hochschulen nach der Neuen AO. Ein Thesenpapier. Z Allg Med 79, 563-565

Schwartz FW (1980): Forschung und Allgemeinmedizin: Grundlagen und Forderungen. Der prakt Arzt 9, 665-673

Secil M, Ucar G, Dicle O (2007): Scientific papers presented at the 2000-2001 European society of gastrointestinal and abdominal radiology (ESGAR) meetings: publication rates during the period 2000-2004. Eur Radiol 17(8), 2183-2188

Sheikh A, Smeeth L, Ashcroft R (2002): Randomised controlled trials in primary care: scope and application. Br J Gen Pract 52, 746-751

Sielk M, Brockmann S, Wilm S (2004): Qualitative Forschung – Hineindeuten in oder Abbilden von Wirklichkeit. Ein klärender methodischer Überblick. Z Allg Med 80, 334-342

Silagy CA, Carson NE (1989): Factors affecting the level of interest and activity in primary care research among general practitioners. Fam Pract 6, 173-176

Sprague S, Bhandari M, Devereaux PJ, Swiontkowsky MF, Tornetta P, Cook DJ, Dirschl D, Schemitsch EH, Guyatt GH (2003): Barriers to full-text publication following presentation of abstracts at annual orthopaedic meetings. J Bone Joint Surg Am 85, 158-163

Uffelman K (1982): Allgemeinmedizinische Forschung an deutschen Universitäten. Der praktische Arzt 20-21, 2343-2346

Van der Zee J, Kronemann M, Bolibar B (2003): Conditions for research in general practice. Can the Dutch and British experiences be applied to other countries, for example Spain? Eur J Gen Pract 9, 41-47

Van Es JC (1979): Need for specific research in general practice. Der prakt Arzt 29, 4097-4094

Von Ferber C (1989): Die akademische Etablierung der Allgemeinmedizin. Wie kann das Eis zum Schmelzen gebracht werden? Z Allg Med 65, 319-323

Ward E, King M, Lloyd M, Bower P, Friedli K (1999): Conducting randomized trials in general practice: methodological and practical issues. Br J Gen Pract 49, 919-922

Weber EJ, Callahan ML, Wears RL, Barton C, Young G (1998): Unpublished research from a medical speciality meeting. Why investigators fail to publish. JAMA 280, 257-259

Weiss BD (1990): Publications by family physicians in non-family medicine journals. Fam Pract Res J 10 (2), 117-122

Wetzel D, Himmel W, Heidenreich R, Hummers-Pradier E, Kochen MM, Rogausch A, Sigle J, Boeckmann H, Kuehnel S, Niebling W, Scheidt-Nave C (2005): Participation in a quality of care study and consequences for generalizability of general practice research. Fam Pract 22, 458-464

White KL (2000): Fundamental research at primary care level. Lancet 355, 1904-1906

Wilson S, Delaney BC, Roalfe A, Roberts L, Redman V, Wearn AM, Hobbs FDR (2000): Randomised controlled trials in primary care: case study. BMJ 321, 24-27

Wissenschaftsrat: Stellungnahme zu den Perspektiven des Faches Allgemeinmedizin an den Hochschulen. Stand 1999

(<http://www.wissenschaftsrat.de/texte/3848-98.pdf>, accessed Juli 2007)

9. Anhang

1. Interviewleitfaden

a) Begrüßung und Erläuterung

b) Abstractbezogene Fragen:

Gibt es zu nachfolgend genanntem Abstract Volltextpublikationen in Form eines Artikels in einer medizinischen Fachzeitschrift?

- Jahr, Abstractnummer, Namen der Autoren, Titel des Kongress-Abstracts

Wenn ja, genügt die Nennung der Zeitschrift und das Jahr der Publikation.

Wenn nein, bitte ich um eine kurze **Begründung** und die Angabe, ob die Erhebung noch weiterverfolgt wird.

- Wurde der Abstract veröffentlicht?
- Wenn veröffentlicht wurde, in welcher Zeitschrift? Wann?
- Wenn keine Veröffentlichung stattfand, warum nicht?
- Ist noch eine Veröffentlichung geplant oder wurde ein Manuskript bereits eingereicht?

c) Fragen zur Statistik:

- Welches war Ihr (oder das des Erstautoren) Tätigkeitsfeld **zum Zeitpunkt des Kongresses**?
- Könnten Sie sich bitte einer Altersgruppe zuordnen bzw. ihr Alter angeben?

20-29 30-39 40-49 50-59 60 oder älter

- weiblich/männlich (vermerken)

Vielen Dank!

Tabelle A1: Berechnung der durchschnittlichen Veröffentlichungsdauer der 200 veröffentlichten Abstracts

Berechnung der durchschnittlichen Veröffentlichungsdauer					
Anzahl unveröffentlichter Abstracts	Anzahl Erstveröffentlichungen	Wann?	Mittlere Dauer [Monate]	Anzahl x mittlere Dauer [Monate]	Definition
168	0	0	0	0	
0	1	2 Jahre	0	0	
0	6	1 Jahr	0	0	
0	45	im selben Jahr	1,5	67,5	Kongress im Monat 9 -> 3Mon/2 = 1,5Monate
0	54	im Folgejahr	9	486	hier 3+ 6Monate
0	39	im 2.Folgejahr	21	819	hier 3+12+ 6 Monate
0	31	im 3.Folgejahr	33	1023	usw.
0	13	im 4.Folgejahr	45	585	
0	6	im 5.Folgejahr	57	342	
0	4	im 6.Folgejahr	69	276	
0	1	im 7.Folgejahr	81	81	
168	200	368	Summe	3679,5	
Durchschnittliche Veröffentlichungsdauer mit Vorveröffentlichungen				18,4 Monate	aus 3679,5 / 200

Tabelle A2: Verteilung der **Gesamtheit** der methodischen Hauptkategorien auf die Themengruppen in **absoluten Zahlen** (n=368)

Abstracts ges.	Klinische Thematik	Hausarzt-Thematik	Versorgung/ Infrastruktur	Verschiedenes	Pharmakotherapie	Lehre	Leitlinie	Weiterbildung/ Fortbildung	Forschung	
Originalarbeit	70	58	50	27	31	20	11	18	9	
Übersichtsarbeit	5	1	1	1	2	0	2	0	1	
Bericht	1	1	4	0	0	10	7	3	5	
nicht Einteilbar	6	1	3	6	0	3	6	2	3	
Spalten-summe	82	61	58	34	33	33	26	23	18	368

Tabelle A3: Verteilung der **veröffentlichten** methodischen Hauptkategorien auf die Themengruppen in **absoluten Zahlen** (n=200)

Veröffent- lichte Abstracts	Klinische Thematik	Hausarzt-Thematik	Versorgung/ Infrastruktur	Verschiedenes	Pharmakotherapie	Lehre	Leitlinien	Weiterbildung/ Fortbildung	Forschung	Zeilensumme
Originalar- beit	48	31	29	14	19	5	7	12	6	171
Übersichts- arbeit	4	1	1	1	2	0	1	0	0	10
Bericht	0	0	1	0	0	2	3	1	2	9
nicht einteilbar	0	1	2	1	0	1	4	1	0	10
Spalten- summe	52	33	33	16	21	8	15	14	8	200

Tabelle A4: Verteilung der **veröffentlichten** methodischen Hauptkategorien auf die Themengruppen in **prozentualer Angabe** (n=200)

Einzel-Veröffentlichungsraten	Klinische Thematik (n=52)	Hausarzt - Thematik (n=33)	Versorgung/Infrastruktur (n=33)	Verschiedenes (n=16)	Pharmakotherapie (n=21)	Lehre (n=8)	Leitlinien (n=15)	Weiterbildung/ Fortbildung (n=14)	Forschung (n=8)
Originalarbeit	92,3	93,9	87,9	87,5	90,5	62,5	46,7	85,7	75,0
Übersichtsarbeit	7,7	3,0	3,0	6,3	9,5	0	6,7	0	0
Bericht	0	0	3,0	0	0	25,0	20,0	7,1	25,0
nicht einteilbar	0	3,0	6,1	6,3	0	12,5	26,7	7,1	0

Tabelle A5: Liste der 41 Zeitschriften mit je einem veröffentlichten Artikel

Fachzeitschriften nach Abstract-Veröffentlichungen					
Zeitschriften	Artikel	PubMed	Non PubMed (PM)	Allgemeinmedizin	Fachübergreifend
Acta Paediatrica	1	PubMed			1
Berliner Ärzteblatt	1		Non PM		1
BMC Family Practice	1	PubMed		1	
BMJ	1	PubMed			1
Cahiers de Sociologie et de Démographie Médicales	1	PubMed			1
Cochrane Database	1	PubMed			1
Der Hausarzt	1		Non PM	1	
Digestive Diseases (Schweiz)	1	PubMed			1
Education for Health	1	PubMed			1
European Journal of Clinical Pharmacology	1	PubMed			1
European Respiratory Journal	1	PubMed			1
Family Medicine	1	PubMed		1	
Fortschritte der Medizin. Originalien.	1	PubMed			1
Herz	1	PubMed			1
Journal of Evaluation in Clinical Practice	1	PubMed			1
Journal of Family Practice	1	PubMed		1	
Journal of General Internal Medicine	1	PubMed		1	
Journal of Physical Therapy Science	1		Non PM		1
Landärztliche Nachrichten	1		Non PM	1	
Medical Education	1	PubMed			1
Medical Teacher	1	PubMed			1
Medical Tribune	1		Non PM		1
Medizinische Ausbildung	1		Non PM		1
Movement Disorders	1	PubMed			1
Mycoses	1	PubMed			1
Patient Education and Counseling	1	PubMed			1
Perfusion	1	PubMed			1
Pneumologie	1	PubMed			1
Informatics in Primary Care	1	PubMed		1	
Psychological Medicine	1	PubMed			1
Psychosomatic Medicine	1	PubMed			1
Physikalische Medizin, Rehabilitation, Kurortmedizin	1		Non PM		1
Scandinavian Journal of Infectious Diseases	1	PubMed			1
Schmerz	1	PubMed			1
Stroke; a Journal of Cerebral Circulation	1	PubMed			1
The American Journal of Medicine	1	PubMed			1

Fortsetzung der Tabelle A5: Liste der 41 Zeitschriften mit je einem veröffentlichten Artikel

Fachzeitschriften nach Abstract Veröffentlichungen					
Zeitschriften	Artikel	PubMed	Non PubMed (PM)	Allgemeinmedizin	Fachübergreifend
Vasa	1	PubMed			1
Versicherungsmedizin	1	PubMed			1
Wiener Klinische Wochenschrift	1	PubMed			1
Zeitschrift für Gastroenterologie	1	PubMed			1
Zeitschrift für Orthopädie und ihre Grenzgebiete	1	PubMed			1
Spaltensumme		34	7	7	34

10. Lebenslauf

Persönliche Daten

Vor- und Zuname	Janin Stöcker
Geburtsdatum	20.09.1981
Geburtsort	Hamburg
Eltern	Ralf Stöcker (Dipl.-Ing. für Elektrotechnik und Patentrecht) Gabriele Stöcker (Dipl.-Sozialpädagogin)
Geschwister	Falko Stöcker (Dipl.-Ing. für Wasser- und Bodenmangement)

Ausbildung und beruflicher Werdegang

1988 - 1992	Grundschule Mühlenredder, Reinbek
1992 - 2001	Sachsenwaldgymnasium, Reinbek (Abschluss: Abitur)
10/2001 - 12/2001	Flugbegleiter Lehrgang Lufthansa (abgeschlossen)
04/2002 – 05/2009	Studium der Humanmedizin an der Georg-August-Universität Göttingen
03/2004	Ärztliche Vorprüfung, Gesamtnote: 2,6
05/2009	Ärztliche Prüfung, Gesamtnote: 2,0
seit 08/2009	Assistenzärztin der Abteilung Neurologie, Evangelisches Krankenhaus Alsterdorf, Hamburg

Praktisches Jahr

02/2008 - 06/2008	Innere Medizin (Bremen)
06/2008 - 10/2008	Kinder- und Jugendpsychiatrie (Rotenburg/Wümme)
10/2008 - 01/2009	Chirurgie (Bremen)

Nebentätigkeiten

2005 und 2006, 2007	Studentische Hilfskraft: Kurs der medizinischen Basisfähigkeiten für Studierende (Universität Göttingen)
---------------------	--

Janin Stöcker

11. Erklärung nach § 2 Absatz 2 Nr. 5 und 6

Ich erkläre, dass ich die der Medizinischen Hochschule Hannover zur Promotion eingereichte Dissertation mit dem Titel: „Werden aus Abstracts Veröffentlichungen? Motivationen und Hemmnisse der wissenschaftlichen Allgemeinmedizin in Deutschland“ im Institut für Allgemeinmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover unter Betreuung der Direktorin Frau Prof. Dr. med. Eva Hummers-Pradier und mit der Unterstützung von Dr. med. Thomas Fischer, Abteilung Allgemeinmedizin der Universität Göttingen, ohne sonstige Hilfe durchgeführt und bei der Abfassung der Dissertation keine anderen als die dort aufgeführten Hilfsmittel benutzt habe. Die Gelegenheit zum vorliegenden Promotionsverfahren ist mir nicht kommerziell vermittelt worden. Insbesondere habe ich keine Organisation eingeschaltet, die gegen Entgelt Betreuerinnen und Betreuer für die Anfertigung von Dissertationen sucht oder die mir obliegende Pflichten hinsichtlich der Prüfungsleistungen für mich ganz oder teilweise erledigt.

Ich habe diese Dissertation bisher an keiner in- oder ausländischen Hochschule zur Promotion eingereicht. Weiterhin versichere ich, dass ich den beantragten Titel bisher noch nicht erworben habe.

Ergebnisse der Dissertation wurden wie folgt veröffentlicht:

Artikel:

Stöcker J, Fischer T, Hummers-Pradier E (2009)

Besser als gedacht - DEGAM Kongress-Abstracts und veröffentlichte Artikel

Z Allg Med 85 (3), 123-129

Poster:

Stöcker J, Fischer T, Hummers-Pradier E

Welche Abstracts werden veröffentlicht? Publikationsraten deutscher allgemeinmedizinischer Forschung der Jahre 1999-2003

41. Kongress der DEGAM; 2007 Sep 20-22; Berlin, Deutschland

Hannover, den

Janin Stöcker

12. Danksagung

Für die freundliche Überlassung des Themas der Dissertation danke ich Frau Prof. Eva Hummers-Pradier und Herrn Prof. Dr. Kochen, MPH, FRCGP.

Mein besonderer Dank gilt Frau Professor Eva Hummers-Pradier für das überdurchschnittliche Engagement bei der Betreuung der Arbeit. Die konstruktive Kritik und die herzliche, unermüdliche und konstante Unterstützung sorgten für eine überaus motivierende Arbeitsatmosphäre.

Ebenso möchte ich mich sehr bei Herrn Doktor Thomas Fischer für die zahlreichen Anregungen und die Betreuung bedanken.

Bedanken möchte ich mich auch bei den Autoren, die sich für die Befragung Zeit nahmen und Auskunft über ihre Arbeiten gaben.

Von ganzem Herzen danke ich meiner Familie:

Meinen Eltern und meinem Bruder für den liebevollen und motivierenden Zuspruch auf dem Weg der Entstehung dieser Arbeit und insbesondere meinem Vater für die unendlich geduldigen Erläuterungen jedweder Hürden bei der Textverarbeitung und der Excelfunktionen.

Erratum:

Korrektur eines Tippfehlers auf Seite 50, Zeile 3 und letzte Zeile:

Das 95 % - Konfidenzintervall 1,52 und 1,43 sind zu tauschen:

Der erste Absatz lautet korrekt:

Das 95 % - Konfidenzintervall bezogen auf die methodischen Kategorien mit insgesamt 200 Veröffentlichungen und auf Grundlage der vorgenannten Standardabweichung (10,35 Prozentpunkte) betrug 1,43 (Martin 2007).

Der letzte Absatz lautet korrekt:

Das 95 % - Konfidenzintervall bezogen auf die thematischen Gruppen mit insgesamt 200 Veröffentlichungen und auf Grundlage der vorgenannten Standardabweichung (11,0 Prozentpunkte) betrug 1,52 (Martin 2007).