



Wissenschaft

GGW – Das Wissenschaftsforum in Gesundheit und Gesellschaft

Juli 2017, 17. Jahrgang

NOTIZEN

Zeitschriftenschau

von *Mirjam Thanner*, Institut für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften der Universität Bayreuth..... 2

Drei Fragen an

Martin W. Schnell, Institut für Ethik und Kommunikation im Gesundheitswesen an der Universität Witten/Herdecke..... 3

Buchtipps

von *Silke Kuske*, Lehrgebiet Pflegewissenschaft und Versorgungsforschung der Fliebler Fachhochschule Düsseldorf 4

WIDO

Arzneimittel

Top 10 sind elfmal teurer als der Durchschnitt..... 5

WidOmonitor

Hausärzte lesen selten englische Fachartikel 6

ANALYSEN

Schwerpunkt: Integrationsagenda

Wege zur integrierten und sektorenübergreifenden Versorgung

Stefan Greß und Melanie Schnee,
Fachhochschule Fulda..... 7

Zusammenarbeit für den Patienten – noch keine Selbstverständlichkeit

Bernadette Klapper,
Robert Bosch Stiftung, Stuttgart 16

Die Digitalisierung des Gesundheitswesens – Handlungsempfehlungen für Politik und Akteure

Arno Elmer, Innovation Health Partners, Berlin 23

STUDIE IM FOKUS

Neue Sicherheitsrisiken nach der Medikamenten-Zulassung 31

SERVICE

Köpfe, Kongresse, Kontakte..... 32

Liebe Leserinnen und Leser,

die Geschichte von Pyramus und Thisbe hat mich als Kind sehr berührt: Erst können die beiden Liebenden sich nur durch einen Schlitz in der Mauer ihre Treueschwüre zusäuseln, weil ihre Eltern miteinander verfeindet und daher die Kommunikationsmöglichkeiten ziemlich eingeschränkt sind. Dann, als sie ihren Fluchtplan schon halb ausgeführt haben, bringen sich beide um – Pyramus, weil er aus ihm vorliegenden Daten die falschen, und Thisbe, weil sie aus ihr vorliegenden Daten die richtigen Schlüsse zieht. Und weil ohnehin beide der Ansicht sind, dass das Leben ohne den anderen nicht lebenswert ist. Wer die Geschichte nicht mehr aus dem Schulunterricht parat hat: Es handelt sich quasi um Romeo und Julia, nur spielt alles im Altertum in Babylon. Dass Mauern – auch die in den Köpfen – einem das Leben ziemlich schwer machen können, wissen wir Deutschen nur allzu gut. Wir wissen ebenso, wie befreiend es ist, wenn sie fallen. Wir sollten daraus den Mut schöpfen, auch andere Mauern einzureißen, etwa die in unserem Gesundheitswesen – wobei die Fachwelt hier interessanterweise nie von Mauern redet, da geht es meist um sektorenübergreifende Zusammenarbeit. Doch schon die Wortwahl ist verräterisch. Sie impliziert nämlich, dass die Sektoren letztlich doch bestehen bleiben sollen. Da es für den Patienten aber sicher besser wäre, wenn er ohne Grenzformalitäten durch das Gesundheitssystem reisen könnte, hat sich die GGW-Redaktion auf die Suche nach Mauerspechten gemacht. Bei vier Autoren sind wir fündig geworden. **Stefan Greß** und **Melanie Schnee** haben für uns nachgezeichnet, was in der zu Ende gehenden Legislaturperiode in Sachen integrierte Versorgung geleistet, was versäumt wurde und was nun zu tun bleibt. **Bernadette Klapper** beleuchtet, was sich in den Köpfen des Personals ändern muss beziehungsweise bereits ändert, und **Arno Elmer** zeigt, wie die Digitalisierung des gesamten Gesundheitswesens gelingen kann.

Viel Vergnügen beim Lesen wünscht Ihnen

Forschung**Geschichte der Gesundheitsministerien**

Im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums wird seit Anfang Juli in einem Forschungsprojekt die Nachkriegsgeschichte der beiden deutschen Gesundheitsministerien aufgearbeitet. Die Ergebnisse sollen im Jahr 2020 vorliegen. Das Ministerium für Gesundheitswesen der DDR existierte bereits 1949, sein westdeutsches Gegenstück entstand 1962 als Ausgründung der Gesundheitsabteilung des Innenministeriums. ■

Mehr Informationen:

www.bmg.bund.de > presse

Neues Fach**Medizin im digitalen Zeitalter**

Die Universitätsmedizin Mainz hat ihr Lehrangebot um das neue Wahlpflichtfach „Medizin im digitalen Zeitalter“ erweitert. Das praxisorientierte Angebot für Studierende ab dem siebten Semester basiert zum Teil auf eLearning. Die Teilnehmer sollen die Funktionsweise verschiedener Anwendungen kennenlernen und sich mit den Chancen, Möglichkeiten, Risiken und Grenzen der Digitalisierung auseinandersetzen. ■

Mehr Informationen:

www.unimedizin-mainz.de

Patienteninformation**Informationen für Allergiker**

Das Helmholtz Zentrum München baut mit Unterstützung des Bundesgesundheitsministeriums im Rahmen eines Forschungsvorhabens einen Allergieinformationsdienst für Betroffene auf. Im Frühjahr ging bereits eine Internetseite mit wissenschaftlich geprüften und laienverständlich aufbereiteten Informationen aus diversen Bereichen der Allergieforschung und Allergologie online; auch Patienteninfotage sind geplant. ■

Mehr Informationen:

www.allergieinformationsdienst.de

ZEITSCHRIFTENSCHAU**Yoga hilft Krebspatientinnen nach OP**

Bereits vor Jahrzehnten empfahl der Gynäkologe Frédéric Leboyer schwangeren Frauen Yoga zur Geburtsvorbereitung. Prä- und postnatale Yogaangebote sind auch im deutschsprachigen Raum weit verbreitet. Nun haben amerikanische Wissenschaftlerinnen mögliche positive Wirkungen von Yogaübungen vor und nach gynäkologischen Operationen bei Ovarial-, Zervix- und Uteruskrebs an einer kleinen Gruppe betroffener Frauen erforscht. Das Studienprotokoll sah eine prä- und zwei postoperative Yogaeinheiten im Krankenhaus vor. Die Lektionen waren kurz (jeweils 15 Minuten) und setzten sich zusammen aus Meditation, sanften Bewegungen im Krankbett, Atem- und Entspannungsübungen. Die Ergebnisse sind vielversprechend, so die Autorinnen der Studie: Yoga könnte im Kontext der gynäkologischen Onkologie dazu beitragen, Schmerzen und psychische Belastungserscheinungen zu reduzieren. ■

Int J Yoga Therap 2016;26(1):43-47

Warum Ärzte den Chefarztposten aufgeben

Die Position des Chefarztes gilt im Allgemeinen als eigentliches Karriereziel ärztlicher Tätigkeit im Krankenhaus. Erfolgt die Aufgabe dieser Führungsposition vor Eintritt des Rentenalters, stellt sich die Frage nach den Gründen. Um diese nachvollziehen zu können, wurden Interviews mit 14 ehemaligen Chefarzten geführt. Die Befragten

nannten: zu viel Bürokratie, zu geringe Mitspracherechte, eine schlechte Organisationskultur, unangemessene Leistungsanreize sowie eine ungünstige Work-Life-Balance. Interessant ist, dass extrem lange Arbeitszeiten durchaus zum Selbst- und Idealbild der ehemaligen Chefärzte zu gehören scheinen. Dies erschwert die Akzeptanz von Teilleistungen im ärztlichen Führungsbereich. ■

Schweizerische Ärztezeitung 2017;98(1-2):40-41

Bei Gebärmutterkrebs schonender operieren

Die Wächterlymphknoten-Entfernung ist ein etabliertes Verfahren für Brustkrebs-Patientinnen: Enthält der vom Tumor aus gesehen erste Lymphknoten der Lymphstrombahn keine Krebszellen, wird eine geringere Anzahl der angrenzenden Lymphknoten entfernt. Diese schonendere Methode gewinnt auch bei Frauen mit Gebärmutterkrebs zunehmend an Bedeutung, wobei die Identifikation des „Wächters“ mittels Bauchspiegelung nicht immer einfach ist. In einer Studie wurde nun eine Methode vorgestellt, die es nach Injektion einer radioaktiven Substanz ermöglicht, den Wächterlymphknoten mittels 3-D-Darstellung visuell sichtbar zu machen und anschließend per Bauchspiegelung zu entfernen. Insgesamt konnte bei 23 von 29 einbezogenen Patientinnen ein Wächterlymphknoten dargestellt und entfernt werden. Die Studie wird mit weiteren Patientinnen fortgesetzt. ■

Gynecol Surg 2016;13(4):499-506



Von

Dr. rer. pol. Mirjam Thanner,

Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften Universität Bayreuth

Adresse:

Prieserstraße 2
95444 Bayreuth
Telefon: 0921 55-4801
Fax: 0921 55-4802
mirjam.thanner@uni-bayreuth.de
www.img.uni-bayreuth.de

Versorgungsforschung Innovationszentrum für die Pflege

Mit zwanzig Millionen Euro fördert das Bundesforschungsministerium die Arbeit eines Clusters „Zukunft der Pflege“, in dem Forschung und Wirtschaft gemeinsam digitale Assistenzsysteme für den Pflegealltag erproben und weiterentwickeln. Als erster Baustein nahm im Juni in Oldenburg das erste Pflegeinnovationszentrum Deutschlands die Arbeit auf. 2018 sollen bundesweit vier Pflegepraxiszentren hinzukommen. ■

Mehr Informationen:

www.bmbf.de/de/pflege-von-angehoerigen-und-patienten-erleichtern-4279.html

E-Health

Datenanalyse für das Gesundheitswesen

Die fortschreitende Digitalisierung im Gesundheitswesen generiert enorme Datenmengen. Im multidisziplinären EU-Projekt Crowd-HEALTH entwickelt das Deutsche Forschungszentrum für Künstliche Intelligenz in Bremen nun gemeinsam mit internationalen Partnern eine digitale Plattform, um große Datenmengen aus unterschiedlichen Quellen analysieren zu können. Die Ergebnisse sollen als Basis für Entscheidungen im Gesundheitswesen dienen. ■

Mehr Informationen:

www.idw-online.de/de/news676007

Forschungsförderung

Leiden lindern am Lebensende

Wie Menschen mit Behinderung am Lebensende bestmöglich versorgt werden können, untersuchen Wissenschaftler der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen in Münster und der

Universitäten Koblenz-Landau und Leipzig im Projekt „Palliativversorgung für Menschen mit geistiger und schwerer Behinderung“. Das Bundesforschungsministerium fördert das Vorhaben

mit knapp einer Million Euro. ■

Mehr Informationen:

www.bmbf.de/de/am-ende-des-weges-4219.html

DREI FRAGEN AN ...



Forschungsschwerpunkte:

Was ist der Tod?;
Ethik der Vulnerabilität;
Versorgung von Patienten
mit Atemnot im Krankenhaus;
Forschungsethik und
Forschungsmethoden

Jahresetat:

keine Angabe

Zahl und Qualifikation der Mitarbeiter:

1 Universitätsprofessor,
2 wissenschaftliche Mitarbeiterinnen,
1 Sekretärin,
5 studentische Hilfskräfte

Adresse:

Institut für Ethik und
Kommunikation im
Gesundheitswesen (IEKG)
Fakultät für Gesundheit
Private Universität
Witten/Herdecke gGmbH
Alfred-Herrhausen-Straße 50
58448 Witten
Telefon: 02302 926-812
kerstin.pospiech@uni-wh.de
www.uni-wh.de > Gesundheit
> Department für
Humanmedizin
> Lehrstühle, Professuren,
Institute > IEKG

Manche Fragen sind nicht aus dem Stand zu beantworten

... Professor Dr. phil. Martin W. Schnell, Direktor des Instituts für Ethik und Kommunikation im Gesundheitswesen (IEKG) und Inhaber des Lehrstuhls für Sozialphilosophie und Ethik an der Universität Witten/Herdecke

Was ist derzeit Ihre wichtigste wissenschaftliche Fragestellung?

Wir haben uns in den letzten Jahren mit der Fragestellung beschäftigt: Was ist der Tod? Einerseits ist der Tod etwas allgemein Menschliches und fällt deshalb in den Bereich meines Philosophielehrestuhls. Andererseits geht der Tod häufig mit lebenslimitierenden Erkrankungen einher – das fällt in den Gegenstandsbereich des von mir geleiteten Instituts im Bereich des Gesundheitswesens. Dazu gab es eine ganze Reihe von Untersuchungen, die einerseits philosophisch ausgerichtet waren, andererseits ganz konkret in die palliativmedizinische Ausbildung von Medizinstudenten eingehen. Vor diesem Hintergrund befassen wir uns nun mit einer weitergehenden Fragestellung und untersuchen die Vulnerabilität, die Verletzlichkeit von Lebewesen.

Wie fördern Sie die Kooperation wissenschaftlicher Disziplinen und die Netzwerkbildung?

Wir beteiligen uns an Ausschreibungen im Bereich der Drittmittel, etwa bei der Deutschen Forschungsgemeinschaft und dem Bundesministerium für Bildung und Forschung. Projekte ab einer bestimmten Größe bearbeiten wir gern zusammen mit Kooperationspartnern aus der Praxis, etwa mit Altenheimen, Krankenhausstationen oder Hausärzten.

Ist die Politik gut beraten, wenn sie auf die Wissenschaft hört?

Ja, natürlich. Wenn es um Fragen der Zukunft geht, zum Beispiel wie man mit multimorbiden Patienten oder Menschen mit Demenz umgeht, wie man etwa deren Autonomie bewahrt und fördert, dann kommt man bei der politischen Planung gar nicht umhin, die Wissenschaft mit einzubeziehen. Denn das sind Fragestellungen, die nicht aus dem Stand und auch nicht allein aus der Praxis heraus beantwortet werden können.

Studium I
Verbundstudium
Angewandte Gerontologie

Die Katholische Hochschule Freiburg, die Hochschule Mannheim und die Katholische Stiftungshochschule München entwickeln derzeit gemeinsam ein länderübergreifendes Verbundmasterstudium „Zukunft Alter: Angewandte Gerontologie“. An den drei beteiligten Hochschulen können berufs begleitend und praxisnah wissenschaftliche Weiterbildungen auf Master-Niveau absolviert werden. Bewerber müssen derzeit einen ersten Hochschulabschluss und zwei Jahre Berufserfahrung in der Arbeit mit alten Menschen nachweisen. ■

Mehr Informationen:
www.zukunftgerontologie.de

Studium II
Master Gesundheitskommunikation

Zum Wintersemester 2017/2018 bietet die Universität Erfurt erstmals einen Masterstudiengang Gesundheitskommunikation an. Das forschungsorientierte, interdisziplinäre Studium ist auf vier Semester angelegt. Es setzt sich mit den sozialen und psychologischen Bedingungen, Bedeutungen und Folgen von gesundheitsbezogener personaler, medialer und öffentlicher Kommunikation auseinander und soll die Absolventen umfassend in die Theorie und Praxis der Gesundheitskommunikation einführen. ■

Mehr Informationen:
www.uni-erfurt.de/studium/studienangebot/master/geko

Studium III
Neuer Studiengang
Klinische Pflege

Die Medizinische Fakultät der Universität zu Köln und die Gesundheits- und Krankenpflegeschule der dortigen Uniklinik bieten ab dem kommenden Wintersemester ein duales Bachelorstudium für Klinische Pflege an, das die Absolventen für die komplexe Patientenversorgung in der Hochleistungsmedizin qualifizieren soll. In vier Jahren absolvieren die Teilnehmer die Berufsausbildung zum „examierten Gesundheits- und Krankenpfleger“ und erwerben parallel den Grad des „Bachelor of Science Klinische Pflege“. ■

Mehr Informationen:
www.medfak.uni-koeln.de/klinischepflege.html

BUCHTIPPS

Zum Thema Klinisches Risikomanagement



Die Buchtipps in GGW wurden diesmal zusammengestellt von **Prof. Dr. Silke Kuske, Professorin im Lehrgebiet Pflegewissenschaft und Versorgungsforschung**

Fliedner Fachhochschule
 Düsseldorf
 Geschwister-Aufricht-
 Straße 9
 40489 Düsseldorf
 Telefon: 0211 4093259
 kuske@
 fliedner-fachhochschule.de
 www.fliedner-
 fachhochschule.de

Autoren/Titel	Inhalt
<p><i>Conrad Middendorf</i></p> <p>Klinisches Risikomanagement Implikationen, Methoden und Gestaltungsempfehlungen für das Management klinischer Risiken in Krankenhäusern</p>	<p>Mit diesem methoden- und handlungsorientierten Buch hat der Autor bereits 2006 das wichtige Thema „Klinisches Risikomanagement“ aufgegriffen. Leicht verständlich legt er, auch vor dem Hintergrund internationaler wissenschaftlicher Literatur, relevante Wissensgrundlagen zur Patientensicherheit dar. Obwohl sich manche juristischen Grundlagen in den vergangenen Jahren verändert haben, enthält das Buch nach wie vor viele anerkannte Empfehlungen zu Methoden und Instrumenten des klinischen Risikomanagements. (LIT Verlag, 2006)</p>
<p><i>Petra Badke-Schaub, Gesine Hofinger, Kristina Lauche (Hrsg.)</i></p> <p>Human Factors Psychologie sicheren Handelns in Risikobranchen</p>	<p>Der Erfolg von Qualitätsverbesserungen im klinischen Risikomanagement hängt von organisationalen, individuellen und kollektiven Faktoren ab. Dieses wissenschaftlich fundierte Buch gibt einen detaillierten Einblick in die Prozesse organisationalen Funktionierens; der Fokus liegt dabei auf dem menschlichen Handeln mit dem Ziel, Organisationen sicherer werden zu lassen. Die Komplexität von Systemen wird in diesem Buch anhand von Praxisbeispielen aus unterschiedlichen Risikobranchen anschaulich dargestellt. (Springer Verlag 2012)</p>
<p><i>Matthias Hoben, Marion Bär, Hans-Werner Wahl (Hrsg.)</i></p> <p>Implementierungswissenschaft für Pflege und Gerontologie Grundlagen, Forschung und Anwendung</p>	<p>Für das klinische Risikomanagement stehen zahlreiche Maßnahmen zur Verfügung. Doch wie gelangen evidenzbasierte Innovationen erfolgreich und nachhaltig in die Praxis? Dieses Handbuch bringt insbesondere für den Bereich der Pflege und Gerontologie die Relevanz von Methoden und Instrumenten im Rahmen von notwendigen Implementierungsprozessen auf den Punkt. Es ermöglicht zudem einen kritischen Blick auf das Schaden- und Nutzenverhältnis von Innovationen im Lichte der Implementierung. (Kohlhammer, 2016)</p>

Foto: privat

Arzneimittel

Top 10 sind elfmal teurer als der Durchschnitt

Auf die zehn umsatzstärksten Arzneimittel entfielen im Jahr 2016 rund zwölf Prozent des gesamten GKV-Nettoumsatzes für Fertigarzneimittel. Das entspricht 4,1 von insgesamt 33,6 Milliarden Euro. Dabei betrug der Marktanteil dieser Präparate nach Tagesdosen gerade einmal 1,1 Prozent.

Insgesamt verordneten Mediziner im Jahr 2016 über 10.500 verschiedene Arzneimittel mit rund 2.460 Wirkstoffen und Wirkstoffkombinationen. Die zehn umsatzstärksten Arzneimittel kosteten dabei laut GKV-Arzneimittelindex des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIDo) durchschnittlich elfmal mehr als der Durchschnitt aller Präparate. Auf dem ersten Platz liegt das Medikament Humira®, das bei Erkrankungen des Immunsystems wie zum Beispiel Rheuma zum Einsatz kommt. Im März hat die europäische Zulassungsbehörde für Arzneimittel (EMA) das erste Biosimilar zu diesem Präparat genehmigt, sodass die Kosten für diesen Wirkstoff vermutlich sinken werden. Biosimilars sind mit ihrem Referenzpräparat zwar nicht identisch, jedoch austauschbar.

Unter den zehn umsatzstärksten Präparaten befinden sich neben neueren Arzneimitteln auch solche, deren Patentschutz bereits abgelaufen ist. Nur drei Produkte haben die vom Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz (AMNOG) vorgesehene frühe Nutzenbe-

wertung mit anschließender Preisverhandlung durchlaufen. Für drei weitere Wirkstoffe gibt es günstigere generische oder biosimilare Alternativen, die jedoch kaum verordnet werden. Für das Präparat Clexane® zur Thromboseprophylaxe sind alternative Produkte europaweit zugelassen und etwa in den Niederlanden verfügbar – in Deutschland sind sie aber nicht erhältlich. Durch diesen mangelnden Wettbewerb entstanden der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) im Jahr 2016 viele Millionen Euro unnötiger Ausgaben.

Seit 1981 analysiert das WIDo mit dem GKV-Arzneimittelindex den deutschen Arzneimittelmarkt und trägt so zu einer qualitativ hochwertigen und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie bei. Die aktuelle Klassifikation umfasst rund 7.000 verschiedene Wirkstoffe und Wirkstoffgruppen sowie die zugehörigen Tagesdosen, um den Verbrauch zu messen. Der ATC-Index basiert auf dem internationalen anatomisch-therapeutisch-chemischen System (ATC) der Weltgesundheitsorganisation WHO und wurde an den deutschen Arzneimittelmarkt angepasst. ■

Der ATC-Index steht zum kostenlosen Download bereit unter: http://wido.de/arz_atcddd-klassifi.html Mit dem frei zugänglichen PharMaAnalyst lässt sich der ATC-Index für eigene Auswertungen nutzen: arzneimittel.wido.de/pharmaanalyst/



Foto: AOK-Bundesverband

Dr. Carsten Telschow, Forschungsbereichsleiter Arzneimittel im WIDo

„Auf nur 1,1 Prozent aller verordneten Wirkstoffe entfallen zwölf Prozent des gesamten Umsatzes. Dabei gibt es zum Teil längst günstigere Alternativen, die aber zu wenig genutzt werden.“

Die zehn umsatzstärksten Arzneimittel und ihre Anteile am Gesamtmarkt 2016

Rang	Arzneimittel	zur Anwendung bei	Tagesdosen in Tausend DDD	Nettoumsatz in Millionen Euro
1	Humira®	Erkrankungen des Immunsystems	15,2	907,8
2	Xarelto®	Herz-Kreislauf-Erkrankungen	191,4	646,5
3	Enbrel®	Erkrankungen des Immunsystems	8,3	474,9
4	Harvoni®	Infektiöse Erkrankungen	0,5	338,5
5	Eliquis®	Herz-Kreislauf-Erkrankungen	95,1	335,8
6	Lucentis®	Augenerkrankungen	7,3	308,8
7	Revlimid®	Krebserkrankungen	1,3	285,3
8	Copaxone®	Multiple Sklerose	5,4	260,4
9	Eylea®	Augenerkrankungen	14,0	259,5
10	Clexane®	Herz-Kreislauf-Erkrankungen	96,7	252,6
Summe Rang 1–10			435,2	4.070,1
Gesamtmarkt			41.057,5	33.573,1
Anteil Rang 1–10 am Gesamtmarkt			1,1%	12,1%

Quelle: GKV-Arzneimittelindex, Grafik: G+G Wissenschaft 2017

WIDo-TICKER: Informationen zum Praktikantenprogramm des WIDo unter www.wido.de +++ Bestellung von Einzelexemplaren von GGW unter www.wido.de +++ Direktbestellungen von WIDo-Publikationen unter Telefon 030 34646-2393, Fax 030 34646-2144

WidOmonitor

Hausärzte lesen selten englische Fachartikel

Hausärzte in Deutschland haben Nachholbedarf bei der Rezeption internationaler englischsprachiger Fachartikel. Hemmnisse sind vor allem Zeitnot und mangelnde Sprachkenntnisse.

Bundesdeutsche Hausärzte bilden sich engagiert fort. Das zeigt der aktuelle WidOmonitor mit den Ergebnissen einer Online-Umfrage des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WidO) und Cochrane Deutschland unter 1.003 Hausärzten. Besonders oft nutzen die Mediziner dazu ärztliche Fortbildungen (77 Prozent der Befragten). Als gute oder sehr gute Informationsquelle bewerten die Ärzte die persönliche

Kommunikation in Qualitätszirkeln und den Austausch mit ärztlichen Kollegen (73 und 57 Prozent). Knapp zwei Drittel nutzen häufig deutschsprachige Fachpublikationen. Leitlinien bewerten die meisten Befragten ebenfalls als sehr gute oder gute Informationsquellen (65 und 62 Prozent). Doch nur 35 Prozent haben diese in den zurückliegenden sechs Monaten tatsächlich genutzt.

Diese Differenz zwischen Anspruch und Wirklichkeit zeigt sich auch bei internationalen englischsprachigen Publikationen. Obwohl fast die Hälfte der befragten Hausärzte diese hinsichtlich ihrer Qualität und Zuverlässigkeit positiv bewertet (49 Prozent), lesen nur

knapp 15 Prozent der Befragten solche Veröffentlichungen. Dabei spielt das Alter der Befragten eine Rolle: Jüngere Hausärzte nutzen internationale Publikationen deutlich häufiger als ihre älteren Kollegen.

„Angesichts der raschen Wissensvermehrung ist es aber wichtig, dass neue Erkenntnisse in Form von Leitlinien oder internationaler Studien schnell in der Versorgung ankommen“, so der WidO-Autor Klaus Zok. Dies könne zum Beispiel über die Praxis-Software der Ärzte gelingen. ■

Mehr Infos: www.wido.de/publikationen/widomonitor/wido-monitor-1-2017.html

Nebenwirkungen

Antibiotika unter Beobachtung

Wegen schwerer Nebenwirkungen durchlaufen Antibiotika aus der Gruppe der Fluorchinolone eine Risikobewertung der Europäischen Zulassungsbehörde für Arzneimittel (EMA).

Fluorchinolone wirken antibakteriell und können schwere lebensbedrohende Infektionen heilen. In der Praxis werden sie aber auch oft bei Bagatellerkrankungen wie unkomplizierten Harnwegsinfekten, Bronchitis oder Entzündungen der Nasennebenhöhlen verordnet. Allerdings können diese Reserveantibiotika schwerwie-

gende, lang andauernde Nebenwirkungen haben, wie Sehnenrisse, Depressionen oder Angstzustände. „Ärzte sollten sie deshalb nur nach gründlicher Nutzen-Risiko-Abwägung einsetzen“, so Helmut Schröder, stellvertretender Geschäftsführer des WidO.

Fluorchinolone waren in Deutschland im Jahr 2015 die am vierthäufigsten verordneten Antibiotika, geschätzt haben sie mehr als vier Millionen der über 70 Millionen GKV-Versicherten erhalten. Dabei wäre es angesichts fortschreitender Resistenzen sinnvoll, Fluorchinolone als

Reservesubstanzen zurückhaltender einzusetzen. Ärzte sollten ihre Patienten über die Gefahren dieser Antibiotika aufklären, deren Namen auf „floxacin“ enden. Bei vielen Indikationen können Mediziner zudem auf lang erprobte, gut wirksame Substanzen zurückgreifen.

Grundsätzlich gilt bei der Antibiotikaverordnung: So selten wie nötig und so gezielt wie möglich. Schröder: „Nur so setzen wir die zukünftigen Therapiechancen eines Antibiotikums nicht leichtfertig aufs Spiel und die Patienten nicht unnötigen Gefahren aus.“ ■

Die passgenaue Auswertung aller GKV-Verordnungsdaten ermöglicht der PharmaAnalyst: arzneimittel.wido.de/pharmaanalyst/

DAS WIDO AUF KONGRESSEN: +++ Prof. Dr. Klaus Jacobs: „Warum eine Bürgerversicherung notwendig ist“, Fachgespräch „Gerecht. Bezahlbar. Solidarisch. Die grüne Bürgerversicherung“ der Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen, Berlin, 6/17 **+++ Prof. Dr. Klaus Jacobs:** „Anforderungen an die Gesundheitspolitik aus Sicht der Wissenschaft“, AOK-Forum „Gesundheitspolitik nach der Wahl: Positionen – Konzepte – Perspektiven“, Schwerin, 6/17 **+++**

Wege zur integrierten und sektorenübergreifenden Versorgung

von Stefan Greß¹, Melanie Schnee²

ABSTRACT

Auch in den letzten vier Jahren ist der Gesetzgeber bei der Schaffung integrierter und sektorenübergreifender Versorgungsstrukturen nicht entscheidend vorangekommen. Die Beharrungskräfte sektorspezifisch geprägter Sichtweisen erfordern offensichtlich lang andauernde und nachhaltig organisierte Transformationsprozesse über den Zeitraum einer Legislaturperiode hinaus. Die Planungs- und Finanzierungshoheit bei der Bedarfs- und Krankenhausplanung liegt immer noch bei den traditionell zuständigen Akteuren, bei deren Entscheidungen sektorenübergreifende Erwägungen weitgehend bedeutungslos sind. Die Einrichtung eines gemeinsamen Landesgremiums zur Abgabe von Empfehlungen zu sektorenübergreifenden Versorgungsfragen ist immerhin ein kleiner Schritt in die richtige Richtung. Ähnlich ernüchternd fällt die Bilanz von kollektiv- und selektivvertraglich orientierten Steuerungsansätzen des Gesetzgebers zur Etablierung einer sektorenübergreifenden Versorgung aus. Aktuell liegen die größten Erwartungen auf den Ergebnissen der vom Innovationsfonds geförderten Projekte. Zur nachhaltigen Finanzierung von innovativen Versorgungsprojekten ist jedoch ein kassenindividuelles Forschungs- und Entwicklungsbudget notwendig.

Schlüsselwörter: integrierte Versorgung, Bedarfsplanung, Steuerung von Versorgung

In the past four years legislation has not made much progress when it comes to structures of integrated and seamless care. Sector specific outlooks on problems persist and necessitate equally persistent attempts at transformation. All parties involved would be well advised to think further than just to the next elections. Planning and financing still lies in the hands of those players who have traditionally dealt with these things, and these players have few incentives to change the system towards more cooperation across sectors. At least, a committee on the Länder level has been set up. Its task is to make recommendations for more seamless care. Small as it is, this is a step in the right direction. Looking at the initiatives to promote seamless care through modifications in the system of collective and selective contracts is sobering, too. Currently, the biggest hope lies in the results of the projects funded by the so-called innovation fund. If innovative projects are to be solidly financed, insurer specific research and development budgets are necessary.

Keywords: integrated care, need related planning, care control

1 Hintergrund

Eine Vielzahl gesetzgeberischer Maßnahmen der vergangenen Jahre zielte auf eine verbesserte Integration der Versorgung. In der Rückschau auf die Reformbemühungen kommen Brandhorst und Hildebrandt (2017, 574) jedoch zu dem Schluss: „Die Schaffung geeigneter Rahmenbedingungen für die Integration der Gesundheitsversorgung und die

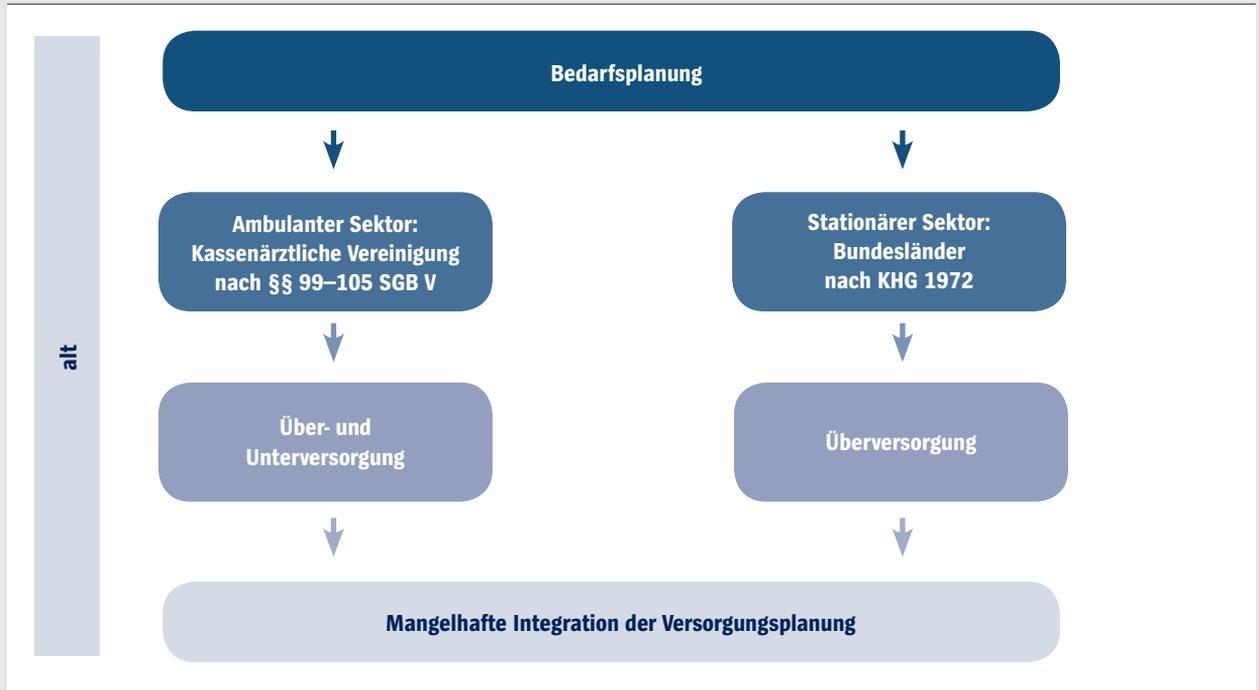
Kooperation der an ihr beteiligten Gesundheitsberufe“ ist nicht nur eine „Daueraufgabe der Gesundheitspolitik“, sondern auch ihre „Achillesferse“. Denn bei allen gesetzgeberischen Impulsen für eine stärkere Integration der Versorgungsbereiche blieben die sektoralen Planungssysteme – neben den sektoralen Finanzierungs- und Vergütungssystemen – weitgehend unangetastet. Dabei werden durch die mangelhafte Integration der Versorgungsbereiche Ef-

¹ Prof. Dr. rer. pol. Stefan Greß, Hochschule Fulda, Fachbereich Pflege und Gesundheit · Leipziger Straße 123 · 36037 Fulda · Telefon: 0661 9640-6380
E-Mail: stefan.gress@pg.hs-fulda.de

² Dr. phil. Melanie Schnee, Hochschule Fulda, Fachbereich Pflege und Gesundheit · Leipziger Straße 123 · 36037 Fulda · Telefon: 0661 9640-6487
E-Mail: melanie.schnee@pg.hs-fulda.de

ABBILDUNG 1

Die bisherige streng sektorale Bedarfsplanung und ihre Folgen für die Versorgung



Die Bedarfsplanung wird je nach Leistungsbereich von unterschiedlichen Akteuren betrieben und hat jeweils andere gesetzliche Grundlagen. Das führt im stationären Sektor zu Übersversorgung, im ambulanten Bereich zu Über- und Unterversorgung und erschwert eine Integration der Versorgungsplanung.

Quelle: eigene Darstellung; Grafik: G+G Wissenschaft 2017

ektivität und Effizienz der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland nachhaltig beeinträchtigt. In diesem Beitrag bilanzieren wir aus der ordnungspolitischen Perspektive die bisherigen gesetzgeberischen Maßnahmen zur Förderung einer integrierten und sektorenübergreifenden Versorgung. Der Fokus liegt dabei auf der Planung von Versorgungskapazitäten und der Gestaltung der Vertragsbeziehungen zwischen den beteiligten Akteuren. Abschließend diskutieren wir, welche Änderungen der Rahmenbedingungen perspektivisch notwendig sind, um das sektorale Denken und Handeln der beteiligten Akteure zu überwinden.

2 Verbesserungen durch sektorenübergreifende Bedarfsplanung

Eine historisch gewachsene getrennte institutionelle Zuständigkeit für die Bedarfsplanung in den beiden Sektoren ist charakteristisch für das deutsche Gesundheitswesen. In der

ambulanten Versorgung haben die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) den Sicherstellungsauftrag (§ 75 Abs. 1 SGB V) inne. Sie sind damit verpflichtet, in allen Bereichen des jeweiligen KV-Bezirks für ausreichende vertragsärztliche Versorgung zu sorgen. Die KVen sollen die Kapazitäten in einer den gesetzlichen Vorgaben entsprechenden Bedarfsplanung zur Vermeidung von Über- und Unterversorgung regulieren (§§ 99–105 SGB V). Die stationäre Bedarfsplanung auf der anderen Seite obliegt seit Inkrafttreten des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG 1972) den Bundesländern, die unter Berücksichtigung des KHG und der jeweiligen Landeskrankenhausesetze einen bedarfsgerechten Krankenhausplan entwickeln sollen (Abbildung 1).

Die politischen Bemühungen der vergangenen Jahre zielten darauf ab, mithilfe der Förderung der integrierten Versorgung nach § 140 a SGB V die Sektorengrenzen und so die für das deutsche Gesundheitswesen typischen Schnittstellenprobleme (SVR *Gesundheit* 2012) zu überwinden. Die parallelen Strukturen der Bedarfsplanung bleiben weiterhin getrennt, obwohl seit Jahren Konsens über die Notwen-

ABBILDUNG 2

Aktuelle Versuche zur Abmilderung von Negativfolgen der Bedarfsplanung



Der Gesetzgeber hat den Gemeinsamen Bundesausschuss stärker einbezogen und die Möglichkeit der Beteiligung von gemeinsamen Landesgremien geschaffen. Kommunen sind durch ihnen erlaubte MVZ-Gründungen potenzielle Leistungserbringer und müssten in die Bedarfsplanung einbezogen werden.

Quelle: eigene Darstellung; Grafik: G+G Wissenschaft 2017

digkeit der Überwindung dieser Grenze besteht (Reiners 2017, 395; SVR Gesundheit 2009; SVR Gesundheit 2012); dabei werden sie „den sich aus der demografischen Entwicklung und dem medizinischen Fortschritt ergebenden Anforderungen schon lange nicht mehr gerecht“ (Reiners 2017, 389). Die auch in der Bedarfsplanung begründeten Allokationsprobleme nennt der Sachverständigenrat „besorgniserregend“ (SVR Gesundheit 2014, 603). Die Kapazitätenplanung im ambulanten Bereich ist durch ein Nebeneinander von Über- und Unterversorgung innerhalb von Städten, zwischen städtischen und ländlichen Regionen und zwischen hausärztlicher Grundversorgung und fachärztlicher spezialisierter Versorgung gekennzeichnet. Der stationäre Bereich weist dagegen ein Überangebot an Versorgungskapazitäten auf; daneben gibt es aber auch Krankenhäuser in strukturschwachen ländlichen Regionen, bei denen die derzeit noch ausreichend vorhandenen Kapazitäten wirtschaftlich überlebensfähig gehalten werden müssen (SVR Gesundheit 2014, 422).

Die GKV-Reformen der vergangenen Jahre haben versucht, mit einer Vielzahl von Maßnahmen – wie der Reform von Vergütungssystemen, der Einführung von Selektivverträgen, der Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Versorgung und einem verstärkten Kassenwettbewerb – die tradierten Strukturen aufzubrechen. Insbesondere die integrierte Versorgung sollte quasi „von unten“ die beteiligten Akteure zu mehr Kooperation und Kommunikation bewegen und somit das sektorale Denken und Handeln überwinden. Auch der Innovationsfonds greift diesen Ansatz wieder auf. Reiners (2017, 388) geht jedoch davon aus, dass „die strikte Trennung von ambulanter und stationärer Versorgung (...) nur mit einer Neuordnung der Verantwortung für die Planung und Sicherstellung der Versorgung überwunden werden“ kann.

Mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG 2012) geriet die Bedarfsplanung im ambulanten Bereich aufgrund der zunehmenden Diskussion um die Nachbesetzung von Praxen in strukturschwachen Gebieten in den Fokus des

Gesetzgebers. Dem Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) wurden Spielräume eröffnet, die Bedarfsplanungs-Richtlinie zu einem Steuerungsinstrument weiterzuentwickeln, das flexibler als bisher auf Versorgungsdisparitäten bei der ambulanten Versorgung im ländlichen Raum reagieren kann. Der GBA sollte zudem prüfen, wie eine bessere Bedarfsplanung unter Berücksichtigung von Kriterien wie Sozial- und Morbiditätsstruktur aussehen kann. Als weitere Maßnahme wurden die bestehenden Regelungen zur Nachbesetzung von Arztstühlen in überversorgten Planungsbereichen verschärft.

Daneben wurde die Möglichkeit geschaffen, ein gemeinsames Landesgremium mit Vertretern des Landes, der KV, der Landesverbände der Krankenkassen sowie der Ersatzkassen und der Landeskrankengesellschaft sowie weiteren Beteiligten einzurichten, das „Empfehlungen zu sektorenübergreifenden Versorgungsfragen“ (§ 90a SGB V, Abs. 1) abgeben kann (Abbildung 2). Diese weich formulierte Kann-Regelung ist jedoch nicht ausreichend; der SVR empfiehlt daher, diese verpflichtend im Sinne einer „Muss“-Regelung umzuformulieren (SVR *Gesundheit* 2014, 612), und fordert zudem, dass der Sicherstellungsauftrag bei drohender Unterversorgung auf dieses Gremium übergeht. Damit würden Krankenkassen und KVen unter Druck gesetzt, sich für die Sicherstellung einer ausreichenden Versorgung in ihrer Region in stärkerem Maß als zuvor einzusetzen (Heinrich-Böll-Stiftung 2013, 40). Darüber hinaus müssten die Befugnisse und Kompetenzen sowie die finanzielle Ausstattung des Landesgremiums – sofern es nicht nur beanstanden und mitberaten können soll – ausgeweitet werden (Greß und Stegmüller 2017, 379).

Im stationären Bereich gerät die Planung von Kapazitäten durch das Krankenhaus-Strukturgesetz (KHSG 2016) unter Druck: Der GBA wurde beauftragt, Qualitätsindikatoren zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu entwickeln. Daneben wurden die Krankenhäuser verpflichtet, die für diese Indikatoren relevanten Daten an das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) zu übermitteln. Diese planungsrelevanten Indikatoren sollen nach dem Willen des Bundesgesetzgebers als rechtssichere Kriterien für Entscheidungen über die Krankenhausplanung dienen. Plankrankenhäuser, die über einen längeren Zeitraum erhebliche Qualitätsmängel aufweisen, sollen aus der Krankenhausplanung ausgeschlossen werden. Die Länder können eigene Qualitätsvorgaben machen, um auf die regionalen Besonderheiten einzugehen. Sie dürfen die Vorgaben des GBA jedoch auch einschränken oder ausschließen. Mit diesem Maßnahmenbündel soll Qualität zu einem wichtigen Kriterium bei der Krankenhausplanung werden.

Für beide Versorgungsbereiche bedeutet diese stärkere Orientierung am Versorgungsgeschehen und weniger an reinen Verhältniszahlen, dass empirisch begründete Instrumente (SVR *Gesundheit* 2014, 356) mit einer Vielzahl von Variablen

entwickelt werden müssen. Diese müssen nicht nur den Versorgungsbedarf und die Angemessenheit der Versorgung bei der Kapazitätenplanung berücksichtigen (Fülop et al. 2007; Ozegowski und Sundmacher 2012), sondern möglicherweise auch die Erreichbarkeit „unter Berücksichtigung von Wegstrecken und Wartezeiten“ (Greß und Stegmüller 2017, 381). Eine sektorenübergreifende Qualitätssicherung wäre die Grundlage für die Entwicklung einer sektorenübergreifenden Bedarfsplanung. Eine einheitliche Qualitätssicherung scheitert derzeit jedoch an den unterschiedlichen Kulturen der Qualitätssicherung – Fragen des Datenschutzes, der Art der Qualitätserhebung, die zusammenführenden Institutionen und auch die Bewertung von Informationen müssen geklärt werden (Friedrich-Ebert-Stiftung 2017, 11).

Für beide Versorgungsbereiche ist es ebenfalls zwingend, dass die Bundesländer ihre Letztverantwortung für die Gewährleistung einer umfassenden medizinischen Versorgung wahrnehmen, da das Grundgesetz ihnen die Verantwortung für die Daseinsvorsorge überträgt. Dem stehen „Tendenzen gegenüber, die Steuerungs- und Aufsichtskompetenzen schleichend von der Landes- auf die Bundesebene zu verlagern“ (Reiners 2017, 388). Bundeseinheitliche Vorgaben zur Versorgungsqualität könnten zumindest eine Grundlage für eine regionale Versorgungsplanung liefern. Diese würden zudem länderspezifische Versorgungsplanungen nach Kassensituation verhindern.

Es ist nicht zwingend, dass die Bundesländer die sektorenübergreifende Bedarfsplanung selbst durchführen: Eine gemeinsame Verantwortung der Krankenkassen, KVen und Landesbehörden ist vorstellbar, sofern die Länder bei Nicht-Erfüllung der bundeseinheitlichen Bedarfs- und Qualitätskriterien eingreifen können. Die Kommunen sollten ebenfalls in diese Planungen einbezogen werden. Seit 2015 besteht für sie durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) die gesetzliche Möglichkeit, ein medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) zu gründen (§ 95 Abs. 1a Satz 2 SGB V), um die Versorgung vor Ort zu sichern. Auch wenn noch psychologische, rechtliche und finanzielle Hürden zu überwinden sind, sehen sich die Kommunen dennoch verstärkt gefordert, die ärztliche Versorgung mit eigenen Maßnahmen zu unterstützen (Kuhn und Amelung 2015).

Die sich daraus ergebende notwendige Einbeziehung von Kommunen in die Bedarfsplanung würde letztlich bedeuten, dass stärker in kleinräumigen Dimensionen geplant und gesteuert werden muss. Dies könnte auf dem Weg von regionalen Versorgungskonferenzen organisiert werden (Greß und Stegmüller 2017). Die eher großräumige Planung der vergangenen Jahrzehnte auf der Ebene von KV-Bezirken hat nicht funktioniert und das bekannte Nebeneinander von Unter- und Überversorgung hervorgebracht. Eine regionale Betrachtung und Einbeziehung aller beteiligten Akteure unter Kennt-

nis der Gegebenheiten und Bedarfe vor Ort könnte die Sicherstellung zielgenauer verantworten. Dies würde auch die Beteiligung der Anbieter stationärer Leistungen beinhalten, sodass die tradierte Trennung von ambulanter und stationärer Bedarfsplanung überwunden wäre. Voraussetzungen wären nicht nur rechtliche Kompetenzen – insbesondere zum Abbau von Überversorgung – und finanzielle Ausstattung dieser Versorgungskonferenzen, sondern eine kontinuierliche Messung des regionalen Bedarfs und der Angemessenheit der Versorgung.

3 Steuerungsansätze für eine sektorenübergreifende Versorgung

Es dürfte unstrittig sein, dass die strenge sektorale Abschottung insbesondere der ambulanten ärztlichen und der stationären Versorgung die Effektivität und Effizienz der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland nachhaltig beeinträchtigt. Die Verantwortlichkeiten schon allein für die Sicherstellung und die Finanzierung von Versorgung sind zwischen den Sektoren und auch innerhalb der Sektoren dermaßen diversifiziert, dass eine patientengerechte integrierte bzw. sektorenübergreifende Versorgung schwer vorstellbar ist (*Friedrich-Ebert-Stiftung 2017*). Die jeweils sektorspezifisch geprägten Handlungslogiken sind zwar jeweils aus Sicht der Akteure rational und nachvollziehbar. Aus der Perspektive einer bedarfsorientierten gesundheitlichen Versorgung führen diese Handlungslogiken jedoch regelmäßig zu Über-, Unter- und Fehlversorgung. Dies hat sich seit dem wegweisenden Gutachten des Sachverständigenrats gleichen Titels nicht wesentlich geändert (*SVR Gesundheit 2002*).

Dieser grundsätzliche Zusammenhang lässt sich an der aktuellen Auseinandersetzung um die Notfallversorgung plastisch illustrieren. Krankenhäuser und deren Verbände argumentieren, dass der steigende Zulauf von Notfallpatienten in der stationären Versorgung auf Funktionsmängel im ärztlichen Bereitschaftsdienst zurückzuführen ist, und fordern dementsprechend zusätzliche Vergütungen aus dem Budget der KVen (*DKG 2017*). Letztere argumentieren umgekehrt, dass Krankenhäuser mit dem Vehikel der Notfallversorgung ihren Einfluss auf die ambulante ärztliche Versorgung ausbauen und zudem mit den zulaufenden Patienten ihre Kapazitäten auslasten wollten. Leidtragende dieser Entwicklung sind die Patienten. Diese sind zunehmend verunsichert, weil sie häufig keine klare Anlaufstelle in Not-situationen haben. Dies gilt sogar dann, wenn stationäre Notfallversorgung und ärztlicher Bereitschaftsdienst in Krankenhäusern räumlich integriert sind.

Der Gesetzgeber hat in den vergangenen 20 Jahren mehrfach versucht, die Integration des bisher überwiegend sek-

toral geprägten Handelns zu fördern (Tabelle 1). Die Ansätze lassen sich grundsätzlich in kollektiv- und selektivvertragliche Ansätze unterscheiden. Insgesamt lässt sich festhalten, dass diese Versuche die sektoral geprägten Handlungslogiken nur in Teilbereichen – und dann meist nur vorübergehend – außer Kraft setzen konnten.

In der kollektivvertraglich geprägten Regelversorgung lässt sich diese These an drei Beispielen illustrieren. Die strukturierten Behandlungsprogramme – die vom Gesetzgeber nicht zuletzt aufgrund des oben zitierten Gutachtens des Sachverständigenrats gefordert und gefördert wurden – sind zwar von den gesetzlichen Rahmenbedingungen her kein zwingendes kollektivvertragliches Instrument. Allerdings waren die KVen wegen ihrer großen Reichweite und der notwendig hohen Umsetzungsgeschwindigkeit der bevorzugte Vertragspartner der Krankenkassen. Eines der sechs Kriterien für die Auswahl von chronischen Erkrankungen als Gegenstand strukturierter Behandlungsprogramme nach § 137f Abs. 1 SGB V ist das Vorliegen eines sektorenübergreifenden Behandlungsbedarfs. Die KVen hatten jedoch wenig Interesse an einer umfassenden Beteiligung von stationären Leistungsanbietern wie Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken. Insofern steht dem definitionsgemäß sektorenübergreifenden Behandlungsbedarf auch in den strukturierten Behandlungsprogrammen für chronisch Kranke nach wie vor eine weitgehend sektoral geprägte Versorgung gegenüber.

Die Etablierung einer ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) sollte dazu dienen, zumindest innerhalb des kollektiven Vertragsrechts für einen Teilbereich der Versorgung eine bedarfsgerechte sektorenübergreifende Versorgung zu etablieren. Die Umsetzung dieses Konstrukts – insbesondere im Hinblick auf die Vergütungsmodalitäten – lässt sich jedoch nur als „verpasste Chance“ (*Peters und Feldmann 2017, 443*) bezeichnen. Die im Versorgungsstrukturgesetz (VStG) verabschiedeten Regelungen des § 116b SGB V setzten hohe Anforderungen an Kooperation und sektorenübergreifendes Handeln von Vertragsärzten und zugelassenen Krankenhäusern. Bei der konkreten Umsetzung zeigte sich jedoch schnell, dass die Falldefinitionen im Kollektivvertragsrecht der ambulanten ärztlichen Versorgung sowie in der Vergütungslogik der Krankenhäuser nicht zur Abbildung der hochkomplexen Fälle in der ASV geeignet sind. Die resultierenden ASV-Vergütungsvereinbarungen folgen somit weiterhin der sektoralen Logik und sind nicht dazu geeignet, sektorenübergreifendes Handeln zu befördern (*Peters und Feldmann 2017*).

Letztlich ist auch die Etablierung der MVZ durch das GKV-Modernisierungsgesetz im Jahr 2004 ein Beispiel für die sporadischen und nicht systematischen Versuche des Gesetzgebers, eine sektorenübergreifende Versorgung in-

TABELLE 1

Kurbewertung der Steuerungsansätze für sektorenübergreifende Versorgung

Maßnahme	Bewertung
Strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V	Trotz sektorenübergreifenden Behandlungsbedarfs vor allem Kollektivverträge mit den Kassenärztlichen Vereinigungen
Ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	Kollektivvertragliche Versorgung scheitert bisher an Inkompatibilitäten der ambulanten und stationären Vergütungssysteme
Medizinische Versorgungszentren nach § 95 SGB V	Ambulante Versorgungseinrichtung im Kollektivvertragssystem. Potenzial für sektorenübergreifende Versorgung bei Krankenhaus als Träger
Innovationsfonds nach § 92a SGB V	Kollektivvertragliches Pendant zu Anschubfinanzierung in der integrierten Versorgung. Nachhaltigkeit fraglich
Integrierte Versorgung nach § 140a SGB V	Dynamik nach Auslaufen der Anschubfinanzierung merklich geringer. Finanziell gegenläufige Interessen der potenziellen Vertragspartner

Der Blick auf die fünf wichtigsten Steuerungsansätze zeigt, dass sie die sektorenübergreifende Versorgung nur bedingt haben befördern können. Teilweise finden die Maßnahmen doch nur in einem Sektor statt, oder sie sind möglicherweise nicht nachhaltig oder scheitern an unterschiedlichen Interessen.

Quelle: eigene Darstellung; Grafik: G+G Wissenschaft 2017

nerhalb des kollektiven Vertragsrechts zu etablieren. MVZ sind zwar originär Einrichtungen der ambulanten ärztlichen Versorgung und unterliegen damit auch den gleichen Zulassungsmodalitäten wie andere vertragsärztliche Organisationsformen. Allerdings hat der Gesetzgeber schon bei Einführung der MVZ Krankenhäusern die Gründung von medizinischen Versorgungszentren ermöglicht (Reiners 2013). Diese Möglichkeit wurde von der organisierten Vertragsärzteschaft massiv kritisiert, weil sie eine Ausdehnung stationärer Leistungserbringer in die ambulante ärztliche Versorgung mit entsprechenden Einkommensverlusten für die Vertragsärzteschaft befürchtete. Nichtsdestoweniger hatten Ende des Jahres 2015 immerhin 910 medizinische Versorgungszentren ein Krankenhaus als Träger. Dies entspricht 40 Prozent aller zugelassenen MVZ (KBV 2016). Das Potenzial für eine „echte Integrationsversorgung aus einer Hand“ (Amelung und Wolf 2013, e2) in MVZ mit einem Krankenhaus als Träger ist hoch. Allerdings ist wenig darüber bekannt, ob dieses Potenzial realisiert werden kann. In der Praxis sind bislang jedoch auf der anderen Seite auch die Befürchtungen der organisierten Vertrags-

ärzteschaft nicht eingetreten, dass Krankenhäuser von Investitionen in MVZ eher eine gezielte Patientensteuerung und letztlich eine Mengenausweitung erwarten (Amelung und Wolf 2013).

Neben den oben diskutierten Ansätzen zur Förderung der sektorenübergreifenden Versorgung im Rahmen der kollektiven Vertragssystematik hat der Gesetzgeber auch immer wieder versucht, die integrierte Versorgung im Sinne einer stärker selektivvertraglichen Steuerung zu fördern. Diese „Dauerbaustelle der GKV-Reformen“ (Reiners 2013, 15) seit dem Jahr 2000 hat jedoch auch im Jahr 2017 noch nicht dazu geführt, dass die integrierte Versorgung flächendeckend von den Selektivvertragspartnern umgesetzt wurde. Im jüngst veröffentlichten Gutachten der Monopolkommission bezeichneten die Autoren die Umsetzung gerade der integrierten Versorgungsverträge als enttäuschend (Monopolkommission 2017). Auch der Sachverständigenrat Gesundheit monierte in seinem Gutachten aus dem Jahr 2012, dass Versicherte die Verträge zur integrierten Versorgung wenig nutzen (SVR Gesund-

heit 2012). Zudem ist die Reichweite der meisten Verträge zur integrierten Versorgung weit hinter den Ansprüchen des Gesetzgebers zurückgeblieben. Mit Ausnahme weniger Leuchtturmprojekte ist es nicht gelungen, populationsbezogene Versorgungsansätze dauerhaft zu implementieren. Zudem ist es nicht gelungen, nicht ärztliche Leistungsanbieter und die Pflegeversicherung in die Verträge einzubinden (Brandhorst und Hildebrandt 2017).

Die Gründe für diese wenig dynamische Entwicklung liegen vor allem in der widersprüchlichen Parallelität von Kollektiv- und Selektivvertragssystem. Der Erfolg von Selektivverträgen beruht darauf, dass die Vertragspartner entsprechende Verträge freiwillig abschließen und die Versicherten sich ebenfalls freiwillig in die resultierenden integrierten Versorgungsmodelle einschreiben. Es ist der Monopolkommission voll zuzustimmen, wenn sie hier hohe Hürden identifiziert. Leistungserbringer werden in der Regel an Selektivverträgen nur dann teilnehmen, wenn sie durch den Abschluss freie Kapazitäten auslasten beziehungsweise eine verbesserte Vergütung erzielen können. Die Anreize für die Krankenkassen gehen jedoch in genau die entgegengesetzte Richtung. Selektivverträge sind für die Krankenkassen immer dann attraktiv, wenn sie als Konsequenz niedrigere Kosten als im Kollektivvertragssystem realisieren können (Monopolkommission 2017). Ein weiteres Hindernis für die Umsetzung von Selektivverträgen besteht darin, dass sich die Versicherten nur ungern auf einen eingeschränkten Kreis von Leistungsanbietern beschränken.

Diese Hürden konnten nur während der Laufzeit der Anschubfinanzierung in den Jahren 2004 bis 2008 überwunden werden. Diese finanziellen Mittel zulasten der Budgets von Vertragsärzten und Krankenhäusern führten zu einem sprunghaften Anstieg der Integrationsverträge. Es zeigte sich allerdings nach Auslaufen der Anschubfinanzierung, dass ein Großteil der entsprechenden Verträge nicht nachhaltig konzipiert und finanziert war. Lungen kommt daher zu dem ernüchternden Fazit, „dass die wichtigsten Reformimpulse zur Überwindung sektoraler Trennung vom Gesetzgeber ausgingen und nicht von Ärzten, Krankenhäusern oder Krankenkassen. Offenbar können diese Institutionen recht gut mit der sektoralen Trennung leben (Lungen 2014, 54)“. Das kollektivvertragliche Pendant zur selektivvertraglichen Anschubfinanzierung ist im Innovationsfonds zu sehen. Der Innovationsfonds ist insofern positiv zu bewerten, als dass erstens die Investitionskosten für innovative Versorgungsmodelle übernommen werden und zweitens die Evaluationsergebnisse zwingend zu veröffentlichen sind. Problematisch ist der Innovationsfonds wegen seiner zeitlichen Befristung auf den Zeitraum 2016 bis 2019. Zudem ist fraglich, ob die Allokation der Mittel über die gemeinsame Selbstverwaltung zielführend ist (Brandhorst und Hildebrandt 2017).

Vor dem Hintergrund der bisherigen Überlegungen stellt sich natürlich abschließend die Frage, welche Perspektiven sich für eine Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen mit dem Ziele einer bedarfsgerechten sektorenübergreifenden Versorgung abzeichnen. Für wenig erfolgversprechend – insbesondere wegen der Pfadabhängigkeit von Weiterentwicklungen im deutschen Gesundheitssystem – halten wir Ansätze, die mithilfe umfassender Reformen den Status quo grundsätzlich in Frage stellen und reformieren wollen. Dies würde etwa voraussetzen, dass die Vergütungssystematiken in der ambulanten fachärztlichen Versorgung und der stationären Versorgung weitgehend angeglichen werden (Friedrich-Ebert-Stiftung 2017).

Nichtsdestoweniger könnte der zeitlich befristete Innovationsfonds durch dauerhaft aus den Mitteln des Gesundheitsfonds zu finanzierende kassenindividuelle Forschungs- und Entwicklungsbudgets ergänzt werden (Albrecht et al. 2015). Damit erhielten die einzelnen Krankenkassen finanzielle Spielräume zur dauerhaften Umsetzung von integrierten Versorgungsmodellen, über deren Erfolgsfaktoren mittlerweile deutlich mehr Erkenntnisse vorliegen als im Zeitraum von 2004 bis 2008. Ein Zielkonflikt zwischen effizienter Mittelverwendung und entstehenden Mitnahmeeffekten ist jedoch auch im Jahr 2017 nicht auszuschließen. Zudem ist – auch das ist eine Schlussfolgerung aus den Erfahrungen mit der Anschubfinanzierung – eine Evaluations- und Publikationspflicht der aus diesem Budget finanzierten Maßnahmen sicherzustellen.

Zudem besteht nicht nur im Zusammenhang mit der Bedarfsplanung eine Notwendigkeit zu einer stärker regionalen Ausrichtung bis hin zu kommunalen Versorgungskonferenzen. Die Notwendigkeit zur Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen hat einen starken regionalen Bezug. Zumindest in Flächenländern sind schon die Akteure auf Landesebene zu weit von den regionalen Gegebenheiten entfernt. Zudem sind selektivvertragliche Steuerungsansätze – selbst wenn die oben beschriebenen Hürden überwunden werden sollten – nicht flächendeckend anwendbar. Für eine stärkere regionale Orientierung ist jedoch ein systematischer Einbezug der kommunalen Akteure in der Versorgungsplanung ebenso notwendig wie eine Ausstattung der regionalen Steuerungsgremien mit Kompetenzen und eigenen finanziellen Ressourcen (Grefß und Stegmüller 2017).

4 Fazit

Auch in den vergangenen vier Jahren ist der Gesetzgeber bei der Schaffung integrierter und sektorenübergreifender Versorgungsstrukturen nicht entscheidend vorangekommen. Die Beharrungskräfte sektorspezifisch geprägter Sichtweisen

erfordern offensichtlich lang andauernde und nachhaltig organisierte Transformationsprozesse über den Zeitraum einer Legislaturperiode hinaus. Insofern zeigt unsere Analyse, dass der Gesetzgeber lediglich einige „Reformviren“ implantieren konnte (Reiners 2009). Diese Maßnahmen werden auch in der kommenden Legislaturperiode Wirkung zeigen, allerdings wird das Ausmaß der Veränderungen ohne weitere flankierende Maßnahmen nur sehr begrenzt sein.

Die Beharrungskräfte einer sektorspezifisch geprägten Versorgung werden bei der Planung ambulanter und stationärer Kapazitäten besonders deutlich. Die Planungs- und Finanzierungshoheit liegt immer noch bei den traditionell zuständigen Akteuren, deren Entscheidungen in der Vergangenheit weder in der ambulanten ärztlichen noch in der stationären Versorgung zu einer bedarfsgerechten Versorgung geführt haben. Sektorenübergreifende Erwägungen spielen in den Planungsprozessen ohnehin nur eine untergeordnete Rolle. Die Einrichtung eines gemeinsamen Landesgremiums zur Abgabe von Empfehlungen zu sektorenübergreifenden Versorgungsfragen ist immerhin ein kleiner Schritt in die richtige Richtung. Ebenso ist es richtig, den GBA mit der Entwicklung von Qualitätsindikatoren zu beauftragen, die das Potenzial haben, die bisherige Art der Krankenhausplanung zu verändern, und eine Grundlage für ein sektorenübergreifendes Qualitätsmanagement und damit eine sektorenübergreifende Bedarfsplanung bilden könnten. Die Wirkung dieser Schritte wird jedoch begrenzt bleiben, solange die letztverantwortlichen Akteure nicht an diese Empfehlungen gebunden und die Kommunen stärker in die Entscheidungsprozesse eingebunden sind.

Die Beharrungskräfte sektoral geprägter Sichtweisen zeigen sich auch bei den sowohl kollektiv- als auch selektivvertraglich orientierten Steuerungsansätzen des Gesetzgebers zur Etablierung einer sektorenübergreifenden Versorgung. Immerhin haben sich von Krankenhäusern getragene medizinische Versorgungszentren behauptet und besitzen ein hohes Potenzial für eine bedarfsgerechte sektorenübergreifende Versorgung. Die strukturierten Behandlungsprogramme repräsentieren dagegen trotz sektorenübergreifenden Behandlungsbedarfs vor allem einen ambulanten Versorgungsansatz. Die Umsetzung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung scheitert bisher vor allem an Inkompatibilitäten in den Vergütungssystemen. Die Umsetzungsperspektiven der integrierten Versorgung nach § 140a SGB V sind vor allem wegen der divergierenden finanziellen Interessen der potenziellen Vertragspartner begrenzt. Aktuell liegen daher die größten Erwartungen auf den Ergebnissen der von dem Innovationsfonds geförderten Projekte. Deren finanzielle Förderung ist jedoch zeitlich begrenzt. Zur nachhaltigen Finanzierung von innovativen Versorgungsprojekten ist daher aus unserer Sicht ein kassenindividuelles Forschungs- und Entwicklungsbudget notwendig. Damit könnten auch dezentrale Such- und Entdeckungsprozesse bei der Entwicklung von Versorgungsinnovationen wieder einen höheren Stellenwert gewinnen.

Literatur

- Albrecht M, Neumann K, Nolting HD (2015):** IGES-Konzept für einen stärker versorgungsorientierten Wettbewerb in der Gesetzlichen Krankenversicherung. In: Rebscher H (Hrsg.): Update: Solidarische Wettbewerbsordnung. Heidelberg: medhochzwei verlag, 14–54
- Amelung VE, Wolf S (2013):** Medizinische Versorgungszentren – eine Idee setzt sich durch. Public Health Forum, Band 21, Heft 1, 21.e1–21.e3
- Brandhorst A, Hildebrandt H (2017):** Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitswesens: Wie kommen wir weiter? In: Brandhorst A, Hildebrandt H, Luthé EW (Hrsg.): Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitssystems. Wiesbaden: Springer VS, 573–612
- DKG (Deutsche Krankenhausgesellschaft) (2017):** Notfallversorgung bedarf eines funktionierenden Patientensteuerungssystems. Pressemitteilung vom 9. Mai 2017; www.dkgv.de/dkg.php/cat/38/aid/24171
- Friedrich-Ebert-Stiftung (2017):** Positionspapier PATIENT FIRST! Für eine patientengerechte sektorenübergreifende Versorgung im deutschen Gesundheitswesen. WISO-Diskurs 3/2017. Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung
- Fülop G, Kopetsch T, Schöpe P (2007):** Bedarfsgerechte Versorgungsplanung. Entwicklung eines Modells zur Bestimmung zwischenstandörtlicher Versorgungsbeziehungen zur Sicherstellung einer flächendeckenden und bedarfsgerechten ambulanten vertragsärztlichen Versorgung. Gesundheits- und Sozialpolitik, Jg. 61, Heft 9–10, 57–63
- Greß S, Stegmüller K (2017):** Rahmenbedingungen für eine effektive Versorgungssteuerung auf kommunaler Ebene. In: Brandhorst A, Hildebrandt H, Luthé EW (Hrsg.): Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitssystems. Wiesbaden: Springer VS, 375–85
- Heinrich-Böll-Stiftung (2013):** „Wie geht es uns morgen?“ Wege zu mehr Effizienz, Qualität und Humanität in einem solidarischen Gesundheitswesen. Wirtschaft und Soziales, Band 11. Berlin: Heinrich-Böll-Stiftung
- KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) (2016):** Medizinische Versorgungszentren aktuell zum Stichtag 31.12.2015; www.kbv.de/media/sp/mvz_aktuell.pdf
- Kuhn B, Amelung VE (2015):** Gemeinden unter Druck – Welche Rolle kann die Kommune bei der Lösung von ambulanten ärztlichen Versorgungsproblemen spielen? Gesundheits- und Sozialpolitik, Jg. 69, Heft 6, 16–24
- Lüngen M (2014):** Gesundheitsökonomische Kriterien einer sektorenübergreifenden Versorgungsplanung. Gesundheits- und Sozialpolitik, Jg. 68, Heft 4–5, 51–56
- Monopolkommission (2017):** Stand und Perspektiven des Wettbewerbs im deutschen Krankenversicherungssystem. Sondergutachten 75 vom 7. März 2017; www.monopolkommission.de → Gutachten → Sondergutachten
- Ozegowski S, Sundmacher L (2012):** Wie „bedarfsgerecht“ ist die Bedarfsplanung? Eine Analyse der regionalen Verteilung der vertragsärztlichen Versorgung. Das Gesundheitswesen, Jg. 74, Heft 10, 618–626

Peters C, Feldmann S (2017): Ausgestaltung von Vergütungssystemen zur Anreizung von Integration und Kooperation. In: Brandhorst A, Hildebrandt H, Luthé EW (Hrsg.): Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitssystems. Wiesbaden: Springer VS, 433–448

Reiners H (2009): Gesundheitspolitik als Implantierung von „Reformviren“. Anmerkungen zum Postulat einer nachhaltigen GKV-Reform. *Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft*, Jg. 9, Heft 3, 7–12

Reiners H (2013): Integrierte Versorgungsstrukturen. Eine Dauerbaustelle bei GKV-Reformen. *Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft*, Jg. 1, Heft 3, 15–21

Reiners H (2017): Integrierte Versorgungsstrukturen: Aufgaben der Länder. In: Brandhorst A, Hildebrandt H, Luthé EW (Hrsg.): Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitssystems. Wiesbaden, Springer Fachmedien Wiesbaden: 387–402

SVR Gesundheit (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2002): Bedarfsgerechtigkeit

und Wirtschaftlichkeit. Gutachten 2000/2001, Band III: Über-, Unter- und Fehlversorgung. Baden-Baden: Nomos

SVR Gesundheit (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2009): Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Deutscher Bundestag, Drucksache 16/13770

SVR Gesundheit (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2012): Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Sondergutachten 2012. Drucksache 17/10323 vom 10. Juli 2012. Berlin: Deutscher Bundestag

SVR Gesundheit (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2014): Bedarfsgerechte Versorgung. Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Gutachten 2014. Drucksache 18/1940 vom 26. Juni 2014. Berlin: Deutscher Bundestag

(letzter Zugriff auf alle Internetquellen: 20. Juni 2017)

DIE AUTOREN



Prof. Dr. rer. pol. Stefan Greß,

Jahrgang 1967, Studium der Wirtschaftswissenschaft in Bremen und New York, im Anschluss Berater für Krankenversicherungen und Promotion an der Universität Bremen. Ab 2001 Tätigkeiten als wissenschaftlicher Assistent an den Universitäten Greifswald und Duisburg-Essen, seit 2007 Professor für Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie an der Hochschule Fulda. Seit 2016 außerdem Leiter des Studiengangs Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik. Forschungs- und Publikationsschwerpunkte: Gesundheitssystemdesign, Krankenversicherungsökonomie, internationaler Gesundheitssystemvergleich, Gesundheitspolitik.



Dr. phil. Melanie Schnee,

Jahrgang 1972, Studium der Sozialwissenschaften an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Mitarbeit beim DFG-Projekt „Arztberuf und ärztliche Praxis im sozialen Wandel“ an der Universität zu Köln, Promotion 2002, 2001 bis 2011 Projektmanagerin bei der Bertelsmann Stiftung, danach Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Goethe-Universität Frankfurt, Lehrbeauftragte an der Hochschule Ludwigshafen und der Katholischen Hochschule Mainz. Seit 2017 tätig als Lehrkraft für besondere Aufgaben an der Hochschule Fulda im Studiengang Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik.

Zusammenarbeit für den Patienten – noch keine Selbstverständlichkeit

von Bernadette Klapper¹

ABSTRACT

Integrierte und sektorenübergreifende Versorgung wird angesichts der Herausforderungen durch die steigende Anzahl chronisch kranker und älterer Menschen zunehmend bedeutsam. Die patientenorientierte, interprofessionelle Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe ist dabei wesentlich und sollte durch interprofessionelles Lernen besser vorbereitet werden. Neue Modelle in der Primärversorgung sind auf exzellente Kooperation angewiesen und erfordern neue Berufsprofile in der Gesundheitsversorgung.

Schlüsselwörter: integrierte Versorgung, Primärversorgung, interprofessionelle Zusammenarbeit, interprofessionelles Lernen, Gesundheitsberufe

The importance of integrated and comprehensive care is emphasized by the challenges created by the increasing number of elderly people and people with chronic conditions. Patient oriented and interprofessional collaborations of the health care providers are key qualifications. Health service providers should be better prepared by interprofessional education. New models in primary care rely strongly on excellent cooperation and call for new professional profiles in health care delivery.

Keywords: integrated care, primary care, interprofessional cooperation, interprofessional education, health care professions

1 Die Aufgabe ist umfänglich

Seit Jahren ertönt der Ruf nach mehr integrierter und sektorenübergreifender Arbeit in der Gesundheitsversorgung. Dafür sprechen die Herausforderungen, vor denen wir stehen und die vielfach beschrieben sind (zum Beispiel SVR *Gesundheit* 2014; Robert Bosch Stiftung 2011 a; Görres 2013). Der Anstieg der chronischen und Mehrfacherkrankungen und die zu erwartende große Anzahl älterer Menschen, die Betreuung und Versorgung in verschiedener Hinsicht benötigen, treffen zusammen in einer Zeit, in der uns zunehmend Technologien zur Verfügung stehen, die erhebliche Potenziale bergen, die Gesundheitsversorgung in Zukunft in völlig neu gestalteten Prozessen zu erbringen. Die Bedarfe von chronisch Kranken und von älteren Menschen mit Einschränkungen forcieren ebenso wie der technologische Fortschritt und unsere kulturellen Wünsche auf Selbstbestimmung und Partizipation eine Gestaltung der Gesundheitsversorgung, die konsequent patientenorientiert – und nicht in Abhängigkeit der Logik

von einzelnen Sektoren und deren Vergütungssystemen – erfolgt. Unser gesundheitsrelevantes Wissen ist gewachsen. Prävention, Gesundheitsförderung und soziale Faktoren sind anerkannt in ihrem Einfluss auf den Gesundheitszustand. Darauf baut der Erfolg medizinischer Therapien insbesondere chronischer Erkrankungen auf. Dieser ist zudem empfindlich abhängig von der individuellen Lebensführung und Mitarbeit der Patienten – und das über das gesamte Versorgungskontinuum hinweg, das den Patienten durch die verschiedenen Versorgungssektoren führt (Tabelle 1). Für ältere Menschen, die vielfach von chronischen Erkrankungen betroffen sind, erhalten oft Fragen der Betreuung Priorität vor einzelnen medizinischen Leistungen, und zwar von niederschwelliger Unterstützung in der Alltagsbewältigung bis hin zum Leben mit schwerer Pflegebedürftigkeit.

In der Summe bedeutet dies, dass die Versorgung von chronisch kranken und alten Menschen komplexe Herausforderungen mit sich bringt, da sie die Integration verschie-

¹ Dr. phil. Bernadette Klapper, Robert Bosch Stiftung GmbH · Heidehofstr. 31 · 70184 Stuttgart · Telefon: 0711 460 84-880
E-Mail: bernadette.klapper@bosch-stiftung.de

TABELLE 1

Das Versorgungskontinuum chronisch kranker Menschen

	Prävention	Diagnostik	Akuttherapie	Entlassung/ Überleitung	Langzeit- betreuung	Rehabilitation, Langzeitpflege	Palliative Care
Fokus	<ul style="list-style-type: none"> • Krankheitsrisiken minimieren 	<ul style="list-style-type: none"> • Erkrankungen entdecken • Erkrankungen bestimmen 	<ul style="list-style-type: none"> • akute Erkrankung oder Krankheitsepisode behandeln • Gesundheit wiederherstellen 	<ul style="list-style-type: none"> • Gesundheitsstatus stabilisieren • in einen anderen Versorgungsbe- reich überleiten 	<ul style="list-style-type: none"> • Gesundheitsstatus erhalten • Fortschreiten der Krankheit verlangsamen • Lebensqualität erhalten 	<ul style="list-style-type: none"> • normale Lebensfunktionen wiederherstellen • Autonomieverlust kompensieren 	<ul style="list-style-type: none"> • Leiden erleichtern • Notfallsituationen verhindern
Professionelle Helfer	<ul style="list-style-type: none"> • schulen • beraten 	<ul style="list-style-type: none"> • angemessene Untersuchungen durchführen 	<ul style="list-style-type: none"> • angemessene Behandlung durchführen 	<ul style="list-style-type: none"> • weiteren Behandlungsplan festlegen und Behandlungsergebnisse beobachten 	<ul style="list-style-type: none"> • Gesundheitsstatus des Patienten beobachten, bei Bedarf intervenieren • für Tertiärprävention sorgen 	<ul style="list-style-type: none"> • RehaMaßnahmen durchführen • pflegen 	<ul style="list-style-type: none"> • angemessene Behandlung und Pflege durchführen
Patient	<ul style="list-style-type: none"> • Lebensstil anpassen 	<ul style="list-style-type: none"> • Termine einhalten • Symptome berichten 	<ul style="list-style-type: none"> • Behandlung anwenden 	<ul style="list-style-type: none"> • Behandlung zu Hause fortsetzen 	<ul style="list-style-type: none"> • Verhalten ändern • Alltag anpassen 	<ul style="list-style-type: none"> • RehaMaßnahmen umsetzen • Hilfe annehmen 	<ul style="list-style-type: none"> • Behandlung anwenden • Hilfe annehmen
Setting	<ul style="list-style-type: none"> • Gesellschaft, Kommune • Primärversorgung 	<ul style="list-style-type: none"> • ambulanter und teilweise stationärer Bereich 	<ul style="list-style-type: none"> • (Primärversorgung) • stationäre Einrichtung (Krankenhaus) 	<ul style="list-style-type: none"> • Krankenhaus/ Reha → ambulante Versorgung 	<ul style="list-style-type: none"> • ambulanter Bereich • Kommune 	<ul style="list-style-type: none"> • (ambulanter Bereich) • spezialisierte stationäre Einrichtungen 	<ul style="list-style-type: none"> • ambulanter Bereich • spezialisierte Einrichtungen (Hospize)

Die medizinische und pflegerische Versorgung chronisch kranker Menschen vollzieht sich in verschiedenen Sektoren und Settings. Je nach Versorgungsphase stellen sich für alle Beteiligten andere Herausforderungen und Aufgaben.

Quelle: eigene Darstellung; G+C Wissenschaft 2017

denster Leistungen aus unterschiedlichen gesellschaftlichen Bereichen erfordert und zudem das Gesundheitspersonal vor die Aufgabe stellt, mit der betroffenen Person ein jeweils individuell angemessenes Unterstützungspaket zusammenzustellen, dies operativ umzusetzen, es regelmäßig auf Erfolg zu überprüfen und bei Bedarf flexibel anzupassen. Dabei gilt es, vorausschauend im Hinblick auf das gesamte Versorgungskontinuum zu planen und von Anfang an die verschiedenen Phasen, von der Diagnose bis zur *end-of-life care*, zu berücksichtigen. Ziel sollte die dauerhafte Stabilisierung der Erkrankung im häuslichen Umfeld, im Bedarfsfall die wirksame Behandlung akuter Episoden und anschließende Wiederherstellung sein. Das kann mit Aufhalten in Krankenhäusern und Einrichtungen der Rehabilitation einhergehen. Übergänge zwischen den unterschiedlichen Sektoren müssen gestaltet werden. Wechselnde berufliche Kompetenzen können in den verschiedenen Phasen im Vordergrund stehen.

Die Aufgabe ist umfänglich und bedarf des Zusammenspiels vieler Personen mit unterschiedlichen Qualifikationsprofilen: Haushaltshilfen, Pflege- und Therapieberufe, Ärzte und Fachärzte, Sozialarbeiter und andere. Die Zusammenar-

beit muss horizontal sowie vertikal gut abgestimmt sein, auch über die Sektoren hinweg. Informationen müssen fließen und sinnvoll sein. Es bedarf „umfassender Wandlungen der Berufsrollen und -profile“, schreibt Kuhlmeier (2013, 8) und verweist auf die konsequente Notwendigkeit einer Neuordnung der Aufgabenverteilung, Kompetenzzuweisungen und Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe.

In der Praxis begünstigen (oder erschweren) Organisationsformen die Bewältigung der komplexen Aufgabenstellung. Umfassende Versorgung aus einer Hand anzubieten gelingt leichter, wenn die daran Beteiligten in räumlicher Nähe zusammenarbeiten, ihre Prozesse aufeinander abgestimmt haben und über kurze Wege mit intelligenten Hilfsmitteln kommunizieren können, anstatt vereinzelt um den Patienten herum zu agieren und immer wieder für den Fluss der Informationen sorgen zu müssen. In etlichen Ländern ist daher die Primärversorgung in lokalen und regionalen Gesundheitszentren organisiert. Derartige Modelle sind vom Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014) auch für die Gesundheitsversorgung in Deutschland empfohlen worden. Vielversprechend

erscheinen die niederschweligen, gut erreichbaren kanadischen Community Health Centres, die in den 1970er-Jahren durch ein Förderprogramm des kanadischen Gesundheitsministeriums entstanden sind (Schaeffer et al. 2015). Sie orientieren sich an der Deklaration der Weltgesundheitsorganisation von Alma-Ata (WHO 1978), das heißt an einem weitgefassten, gesellschaftlichen Verständnis gesundheitlicher Versorgung, das soziale Einflussgrößen auf Gesundheit wie Bildungsstatus, Arbeits- und Wohnbedingungen und soziale Lage berücksichtigt. Sie richten sich an Einzelpersonen und die Bevölkerung der zugehörigen Region. Das Modell lokaler, regional ausgerichteter Zentren wird aktuell von der Robert Bosch Stiftung im Förderprogramm „PORT – Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung“ aufgegriffen (Kasten). Es soll damit ein Beitrag geleistet werden, die Gesundheitsversorgung auch in Zukunft zu sichern und exemplarisch neue Maßstäbe in der Qualität der Versorgung zu erarbeiten.

KASTEN

Mit dem Programm „PORT – Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung“ der Robert Bosch Stiftung sollen neue Impulse und exemplarisch neue Maßstäbe für die ambulante Versorgung gesetzt werden. Dabei geht es um die Entwicklung und Einführung von lokalen, inhaltlich umfassenden und exzellenten Gesundheitszentren, die die Primär- und Langzeitversorgung in einer Region abdecken können. Sie sollen folgende Eigenschaften haben:

- abgestimmt auf den regionalen Bedarf,
- patientenzentrierte, koordinierte, kontinuierliche Versorgung aus einer Hand,
- kommunal eingebunden,
- Prävention und Gesundheitsförderung,
- Unterstützung des Patienten im Umgang mit der Erkrankung,
- Nutzung neuer Potenziale wie E-Health,
- multiprofessionelles Team aus Gesundheits-, Sozial- und anderen Berufen, die gleichrangig sind,
- perspektivisch akademisch angebunden.

Deutschlandweit werden seit Anfang 2017 nach einjähriger Konzeptentwicklungszeit fünf Initiativen gefördert.

Der Wechsel zu einer Versorgung, die einem umfassenden Verständnis von Gesundheit folgt und deren Kern die Integration der Leistungen für den Patienten oder den älteren, auf Unterstützung angewiesenen Bürger ist, vollzieht sich nicht durch reinen Appell, dass die betroffene Person in den Mittelpunkt zu stellen sei, oder durch alleinige organisatorische Umstellung der Leistungserbringung, sondern erfordert darüber hinaus nachhaltige Änderungen in den Kompetenzprofilen, im beruflichen Handeln und damit in den Köpfen der Gesundheitsprofis.

2 Von Köpfen und Haltungen

Das Zusammenspiel der unterschiedlichen Berufe in der Versorgung von Patienten mit komplexeren Bedarfen ist zunächst darauf angewiesen, dass die Beteiligten ein gemeinsames Grundinteresse haben, qualitativ hochwertige und patientenzentrierte Leistungen zu erbringen. Zwar ist in der Gesundheitsversorgung wie auch in anderen Bereichen der Arbeitswelt viel über Stellenbeschreibungen und formale Regelungen zu bewirken, wie in den anderen Bereichen sind diese jedoch allein nicht hinreichend. Die Komplexität der Aufgaben verlangt zunehmend selbstständiges und eigenverantwortliches Agieren, das sich dennoch an den übergreifenden Zielen und dem Handeln der anderen in der Versorgung beteiligten Personen orientiert.

Im Sinne komplexer Patientensteuerung ist bei den Beteiligten eine Haltung, die auf Integration anstatt auf Segregation setzt, mehr als wünschenswert. Dies beinhaltet eine Grundsichtweise, das gesamte Versorgungskontinuum und die umfänglichen Bedarfe der betreuten Person im Kopf zu haben, auch wenn die eigene Zuständigkeit auf bestimmte Aufgabengebiete festgeschrieben und in einem bestimmten Bereich der Versorgung angesiedelt ist.

Die Rolle des Patienten ist zunehmend geprägt von Eigenverantwortung und Partnerschaftlichkeit. Das ist kulturell geboten, gleichzeitig jedoch auch eine notwendige Voraussetzung erfolgreicher Therapie komplexer chronischer Erkrankungen und Betreuungssituationen. Dies setzt aufseiten der Helfer die Einsicht in den Gewinn von koproduktiver Versorgung voraus, bei der gemeinsam mit der betroffenen Person und den relevanten beteiligten Gesundheitsberufen die Ziele bestimmt und ausgehandelt sowie Maßnahmen verabredet werden. Nicht mehr der Einzelkämpfer wird erfolgreich sein, sondern das Team, das in unserem inzwischen hoch differenzierten und arbeitsteiligen Gesundheitssystem die Gesundheitsziele gemeinsam betreuter Personen verfolgt und zu erreichen versucht.

Offenheit für Kooperation ist also eine weitere Grundhaltung, die zunehmend wichtig wird. Eine hohe Zielgebundenheit wird erreicht, wenn die Kooperation nicht mehr für sich allein positiv bewertet, sondern aufgrund konkreter Resultate geschätzt wird, die jeder Beteiligte darin für sich sieht, und wenn darüber hinaus die Bereitschaft entsteht, zu einem gewissen Grad die Verantwortung mit anderen zu teilen (Friedberg 1995). Die Fähigkeit zur Kooperation speist sich in weiten Teilen aus der Fähigkeit und Möglichkeit zur Kommunikation. Eine koproduktive Leistungserbringung beinhaltet Aushandlungsprozesse und das Einbringen von Konfliktlösungskompetenzen, insbesondere wenn Ziele festzulegen und Entscheidungen zu treffen sind. Darüber hinaus

ist eine gute Kooperation in der Ausführung der Leistungen zwingend angewiesen auf einen für alle Beteiligten zufriedenstellenden und im Hinblick auf die jeweiligen Einzelaufgaben vollständigen Informationsfluss.

Um die umfangreichen Aufgaben für Personen mit komplexeren Versorgungsbedarfen erfolgreich zu bewältigen, wird über begünstigende Grundhaltungen (und die therapeutisch-fachlichen Kenntnisse) hinaus ein bestimmtes Set von Fähigkeiten und Kompetenzen benötigt. Zunehmend wichtiger werden Überblick und Weitsicht über die Gesundheits- und Lebenssituation der betreuten Person und deren mutmaßliche Entwicklung sowie über die Leistungsmöglichkeiten, die das Gesundheitssystem und andere Bereiche wie zum Beispiel soziale Beratungsdienste und ehrenamtliche Nachbarschaftsdienste zu bieten haben. Denn es gilt, Bedarfe und Leistungen in ein individuelles Versorgungspaket zu integrieren und bei Veränderung stets neu anzupassen. Es schließt das Wissen darum mit ein, wer in der Leistungserbringung welche Leistungen einbringen kann, das heißt, es erfordert Klarheit im Verständnis der eigenen Rolle im Leistungsgeschehen und der Rollen der anderen beteiligten Gesundheitsberufe. Vieles spricht dafür, dass in der Praxis jedoch eine flexible Ausgestaltung der Rollen und damit der Kooperation der Gesundheitsberufe erfolgreicher ist als ein starres Handeln in der jeweiligen Rolle (*Klapper 2003*). Flexibilität und vernetztes Denken werden zu Kernkompetenzen, um im dynamischen Ablauf der Leistungserbringung durchgehend handlungsfähig zu bleiben und stets eine angemessene Versorgung für die betreute Person anbieten zu können.

3 Zusammenarbeit lernen

Die Benennung von Wissen, Fähigkeiten und Kompetenzen verweist auf die Ausbildung in den Gesundheitsberufen. Zur Frage, wie Kooperation gelehrt und gelernt werden kann, halten Höppner und Büscher (*2011, 15*) sechs Kompetenzdimensionen für wesentlich:

- Rollenklarheit und Reflexionsfähigkeit,
- Fähigkeit zu zielgerichteter Kommunikation,
- Auseinandersetzungsfähigkeit und -bereitschaft,
- Selbstbewusstsein und Offenheit,
- Wissen um die Kompetenz anderer Disziplinen,
- Wertschätzung gegenüber den Partnern.

Die Autoren gehen ferner davon aus, dass es interdisziplinärer und interprofessioneller Lernzusammenhänge bedarf, um die notwendigen Fähigkeiten auszubilden. Seit einigen Jahren wird daher viel Hoffnung in das interprofessionelle Lernen (IPL) in den Gesundheitsberufen gelegt. Auch wenn Deutschland im internationalen Vergleich noch recht am Anfang steht, so sind dennoch auch hierzulande

eine beträchtliche Anzahl an Projekten zum IPL auf den Weg gebracht worden. Zusammen mit der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung hat die Robert Bosch Stiftung 2016 ein Themenheft herausgegeben, in dem 23 Beiträge zum Thema versammelt sind (*Robert Bosch Stiftung und Gesellschaft für Medizinische Ausbildung 2016*).

Im internationalen Kontext kann bereits auf eine lange Tradition des interprofessionellen Lernens und von begleitender Forschung zurückgeblückt werden. Paradis (*2017*) definiert für Kanada drei Wellen der *interprofessional education (IPE)*. Die erste Welle von 1959 bis 1979 hängt zusammen mit der verstärkten Ausrichtung des kanadischen Gesundheitssystems auf die Primärversorgung. Der Fokus der zweiten Welle von 1994 bis 1999 bezieht sich auf die Annahme, dass die begrenzte Fähigkeit zur interprofessionellen Kooperation der Gesundheitsberufe einem Mangel an Wissen geschuldet ist. In der dritten Welle ab Ende der 1990er Jahre wird darauf gesetzt, mit *IPE* Versorgungsfehler zu vermeiden, Patienten-Outcomes und Zufriedenheit zu verbessern und die Gesundheitsberufe auf die komplexen Bedarfe der alternden Patientenpopulation und die komplexe Struktur der Gesundheitsversorgung vorzubereiten. *IPE* ist seitdem ein internationales Thema geworden.

In einem Überblicksartikel zeigt Reeves (*2016*) den aktuellen Wissensstand zum IPL auf. Er verweist auf die Debatte, ob IPL besser in der Bildungseinrichtung oder im klinischen Setting anzusiedeln ist, und empfiehlt eher einen frühzeitigen Beginn im Ausbildungsverlauf. IPL sollte ein kontinuierlicher Bestandteil professioneller Karrieren sein. Auch wenn einige Evidenz vorliegt zu den einzusetzenden Methoden und anderen Fragen des Formats, so sollte IPL bezüglich der erhofften Effekte rigoroser Evidenzprüfung unterzogen werden (*Reeves 2016*). Paradis (*2017*) empfiehlt, in zukünftigen IPL-Einheiten mehr die theoretische Fundierung, die Wirkungswahrscheinlichkeit in der Versorgungspraxis, die hierarchischen Strukturen und das Arbeiten in logistisch klaren und zielgerichteten Formaten zu berücksichtigen.

Nicht nur die richtigen Lerneinheiten sind wesentlich für den Erfolg von IPL. Um entsprechende Angebote einzuführen und verbindlich zu verankern, müssen sich auch die Bildungseinrichtungen einem Prozess der Organisationsentwicklung öffnen, Strukturen aufbauen und Zuständigkeiten schaffen, um das Thema Interprofessionalität als gemeinsames, langfristiges Ziel umzusetzen (*Nock 2016*). Die Förderung interprofessioneller Kompetenz im Laufe der professionellen Karrieren liegt als Aufgabe bei den Führungskräften in der Gesundheitsversorgung, indem darauf Wert gelegt wird, dass das Personal interprofessionelle Fortbildungen besucht, die Teilnahme gegebenenfalls im professionsübergreifenden Team erfolgt und dies dafür

freigestellt wird. Auch die Träger von Fortbildungsangeboten im Gesundheitsbereich sind gefordert, ihr Portfolio um interprofessionelle Angebote zu erweitern. Schließlich müssen Änderungen der gesetzlichen Vorgaben zur Gestaltung der Curricula erfolgen, um langfristig die notwendige Verbindlichkeit herzustellen.

Die Literatur vermittelt ein facettenreiches Bild zum IPL und auch die Lerneinheiten und -möglichkeiten sind in sich vielfältig. Die folgenden drei Umsetzungsbeispiele zeigen, wie IPL gestaltet werden kann. Sie beziehen sich auf eine Lerneinheit, die eine chronische Erkrankung zum Gegenstand des Lernens macht. Sie demonstrieren, wie IPL im Fortbildungsbereich konzipiert und wie in der Praxis auf einer Ausbildungsstation gearbeitet werden kann.

KOMPIDEM – evidenzbasierte Versorgung von Menschen mit Demenz

Empirische Befunde legen nahe, dass Menschen mit Demenz und neuropsychiatrischen Symptomen nicht hinreichend gemäß evidenzbasierter Empfehlungen versorgt werden, und dabei Probleme in der Zusammenarbeit von Ärzten und Pflegenden eine Rolle spielen. Die Initiatoren haben eine gemeinsame 30-stündige Lerneinheit für die akademisch-ärztliche und die nicht akademisch-pflegerische Ausbildung konzipiert, die folgende Komponenten enthält: Vorlesung zur Sicherstellung des gemeinsamen Wissensstandes, problemorientiertes Lernen zur Vertiefung einzelner Aspekte mit tutorialer Begleitung, Hospitationen in Pflegeheimen im Tandem sowie ein Abschlusskolloquium. Die Lerneinheit wird als Wahlfach für die Medizinstudierenden der Universität zu Lübeck und die Pflegeauszubildenden der UKSH Akademie Lübeck angeboten und weiterhin von Prozess- und Ergebnisevaluation begleitet (Balzer et al. 2016).

Im Dialog

„Gemeinsam die Prozesse in der ambulanten Versorgung chronisch kranker und multimorbider Patienten verbessern“, so lautet das Ziel eines interprofessionellen Fortbildungskonzepts, das aktuell von einem interprofessionellen Team unter Einbeziehung von Patienten vom Institut für Allgemeinmedizin und dem Department für Pflegewissenschaft der Universität Witten/Herdecke zusammen mit der Bundesärztekammer entwickelt wird. Es richtet sich auf die Nachsorge von Schlaganfallpatienten und sieht 30 Teilnehmer vor: Ärzte, Medizinische Fachangestellte, Gesundheits- und Krankenpflegende, Physio- und Ergotherapeuten sowie Logopäden. Mit der Fortbildung sollen folgende Veränderungen angestoßen werden: Wissen vermehren über die Tätigkeiten und Ressourcen der anderen Berufsgruppen, Einbeziehen der Patientensicht, Initiierung und Etablierung regionaler interprofessioneller Netzwerkstrukturen sowie eine nachhaltige Implementierung des Angebots in etablierten Fortbildungseinrichtungen (Koneczny et al. 2016).

„Learning together to be able to work together“

1996 wurde weltweit die erste „Interprofessional Education Student Ward“ im schwedischen Linköping eröffnet. Darauf aufbauend richtete das Karolinska Institutet ab Ende der 1990er-Jahre an verschiedenen Krankenhäusern eine Reihe derartiger Ausbildungsstationen ein. Weitere Krankenhäuser in Schweden folgten den Beispielen. Bemerkenswert an diesem Lernen in der Praxis ist, dass den Teams der Studierenden unter Supervision über einen bestimmten Zeitraum hinweg die Verantwortung für die Versorgung übertragen wird. Sie erhalten praxisnah die Möglichkeit, das Verständnis für die eigene Rolle und deren Grenze zu schärfen. Auch im ambulanten Bereich, in Zentren der Grundversorgung, sind inzwischen analoge Räume zum interprofessionellen Lernen entstanden (Sottas et al. 2016).

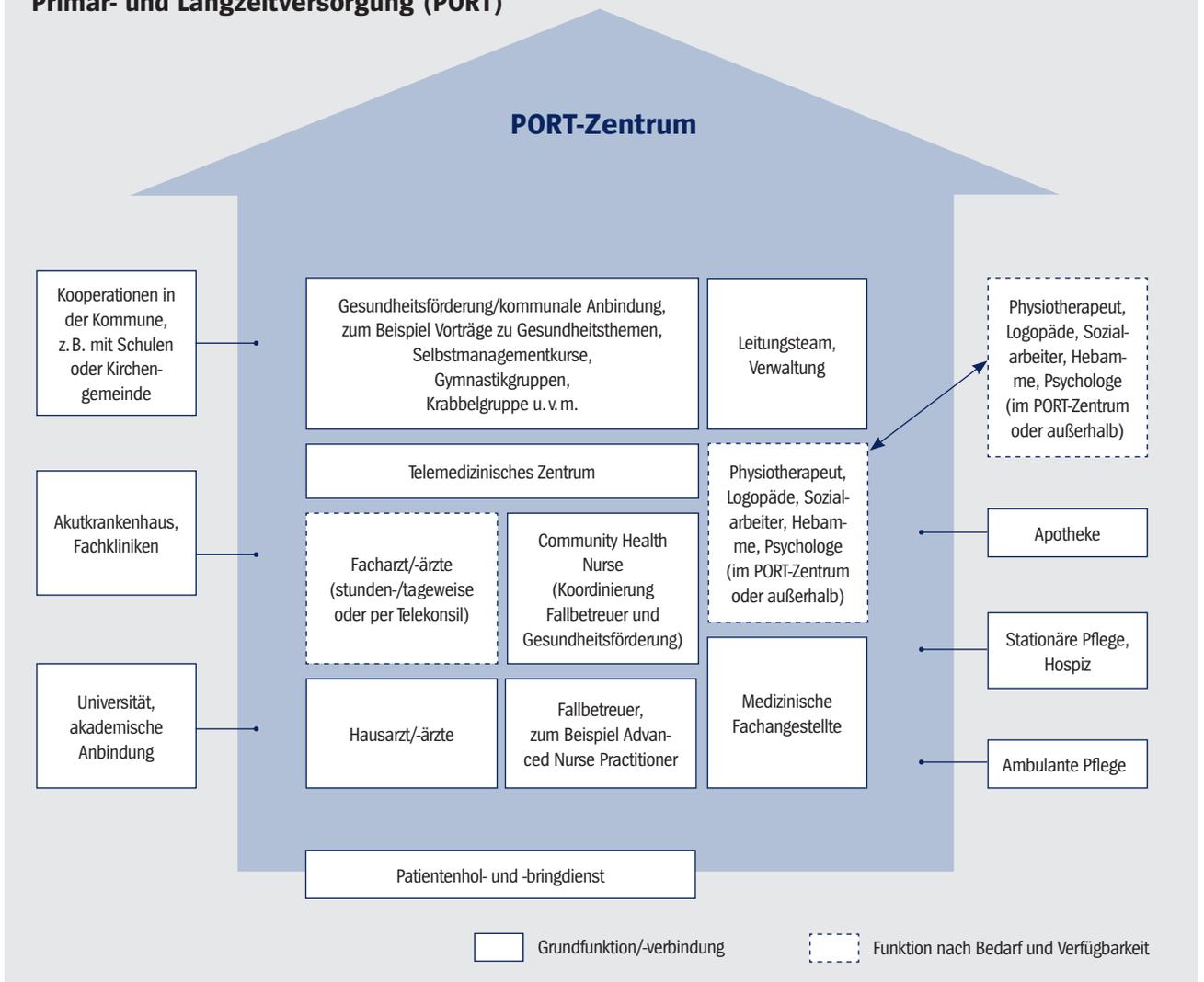
4 Perspektiven für mehr integrierte, sektorenübergreifende Versorgung

Alle drei Beispiele zum interprofessionellen Lernen stimmen optimistisch. Sie werden wohl perspektivisch dazu beitragen, dass sich die Kompetenzprofile und die Sichtweisen in den Köpfen der Gesundheitsberufe in Richtung eines die integrierte und sektorenübergreifende Versorgung unterstützenden beruflichen Handelns entwickeln. Gerade das schwedische Vorbild, das auch IPL in der ambulanten Praxis ermöglicht, verdient vermehrte Aufmerksamkeit. In den eingangs vorgestellten „PORT-Zentren“ (Kasten und Abbildung 1) ist die Durchführung derartiger Lernkonzepte nicht nur vorstellbar, sondern auch wünschenswert. Dies könnte über Kooperationen mit nahe gelegenen Universitäten und anderen ausbildenden Einrichtungen gelingen und doppelten Gewinn bedeuten, nämlich eine Verbesserung der ambulanten Versorgung chronisch Kranker sowie die Erweiterung praktischer Ausbildungsmöglichkeiten für Medizinstudierende und Studierende und Auszubildende anderer Gesundheitsberufe.

Über die verbesserte interprofessionelle Kooperation hinaus werden – so legen die komplexen Bedarfe und die patientenorientierte Versorgungssteuerung im Verlauf des Versorgungskontinuums nahe – perspektivisch zusätzliche Berufsprofile benötigt. Für die Kommunikation und den Informationsfluss im interprofessionellen Team wird es zunehmend sinnvoll sein, dies mit E-Health-Anwendungen zu unterstützen und beispielsweise eine elektronische Patientenakte und Möglichkeiten der Telemedizin und Ähnliches vermehrt zu nutzen. Dadurch könnte ein Feld von neuen Anforderungen und Kompetenzbedarfen entstehen.

ABBILDUNG 1

Beispielhafte Bündelung der Leistungen in einem Patientenorientierten Zentrum zur Primär- und Langzeitversorgung (PORT)



Quelle: eigene Darstellung; G+G Wissenschaft 2017

Deutlicher ist bereits abzusehen, dass eine patientenorientierte integrierte und sektorenübergreifende Versorgung vor allem eine starke, die Versorgung koordinierende Rolle erfordert, die im interprofessionellen Team dafür sorgt, dass für die betreute Person ein individuell angemessenes Unterstützungspaket zusammengestellt, organisiert und im weiteren Verlauf kontinuierlich angepasst wird. Benötigt wird außerdem eine Koordination der Angebote, etwa von Aktivitäten der Gesundheitsförderung und Prävention sowie von sozialen Diensten oder Dienstleis-

tungen in der Kommune oder im Quartier. In anderen Ländern werden diese Aufgaben im Profil der „Community Health Nurse“ gebündelt. Aktuell führt die Agnes-Karll-Gesellschaft für Gesundheitsbildung und Pflegeforschung eine Machbarkeitsstudie zu Community Health Nursing in Deutschland durch (*Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe 2017*). Wie auch immer die zukünftige Gesundheitsversorgung aussehen wird: Integration, Vernetzung und Kooperation sollten im Sinne der Patienten und Bürger darin eine vorrangige Rolle spielen.

Literatur

Balzer K, Schröder R, Junghans A et al. (2016): Verbesserung der Kompetenzen für eine evidenzbasierte Versorgung von Menschen mit Demenz. In: Robert Bosch Stiftung, Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (2016) (Hrsg.): Interprofessionelle Ausbildung. Themenheft der GMS Journal for Medical Education (JME). Stuttgart: Robert Bosch Stiftung, 33–52

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (2017): Community Health Nursing; www.dbfk.de/de/themen/Community-Health-Nursing.php

Friedberg E (1995): Ordnung und Macht. Dynamiken organisierten Handelns. Frankfurt/New York: Campus Verlag, 164–165

Görres S (2013): Orientierungsrahmen: Gesellschaftliche Veränderungen, Trends und Bedarfe. In: Robert Bosch Stiftung (Hrsg.): Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln. Stuttgart: Robert Bosch Stiftung, 19–49

Höppner H, Büscher A (2011): Wie lehrt und lernt man Kooperation? In: Robert Bosch Stiftung 2011: Kooperation der Gesundheitsberufe. Qualität und Sicherstellung der zukünftigen Gesundheitsversorgung. Stuttgart: Robert Bosch Stiftung, 15–18

Klapper B (2003): Die Aufnahme im Krankenhaus. People-processing, Kooperation und Prozessgestaltung. Bern/Göttingen/Toronto/Seattle: Verlag Hans Huber

Koneczny N, Schluckebier I, Webers A et al. (2016): Im Dialog – gemeinsam die Prozesse in der ambulanten Versorgung chronisch kranker und multimorbider Patienten verbessern. Poster; www.bosch-stiftung.de/content/language1/downloads/013_Poster_Im-Dialog_10_03_2016.pdf

Kuhlmei A (2013): Präambel. In: Robert Bosch Stiftung (Hrsg.): Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln. Stuttgart: Robert Bosch Stiftung, 8–11

Nock L (2016): Handlungshilfe zur Entwicklung von interprofessionellen Lehrveranstaltungen in den Gesundheitsberufen. Stuttgart: Robert Bosch Stiftung

Paradis E (2017): Interprofessional Education for Interprofessional Collaboration – Where Should We Go from Here? Präsentation am 10. März 2017; www.bosch-stiftung.de/content/language1/downloads/OP_Team_meets_PORT_Vortrag_Paradis.pdf

Reeves S (2016): Why We Need Interprofessional Education to Improve the Delivery of Safe and Effective Care. In: Interface – Comunicação, Saúde, Educação, Vol. 20, No. 56, 185–196

Robert Bosch Stiftung (2011 a): Ausbildung für die Gesundheitsversorgung von morgen. Stuttgart: Schattauer

Robert Bosch Stiftung (2011 b): Kooperation der Gesundheitsberufe. Qualität und Sicherstellung der zukünftigen Gesundheitsversorgung. Stuttgart: Robert Bosch Stiftung

Robert Bosch Stiftung, Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (2016) (Hrsg.): Interprofessionelle Ausbildung. Themenheft der GMS Journal for Medical Education (JME). Stuttgart: Robert Bosch Stiftung

SVR Gesundheit (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2014): Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche; www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2014/SVR-Gutachten_2014_Langfassung.pdf

Schaeffer D, Hämel K, Ewers M. (2015): Versorgungsmodelle für strukturschwache und ländliche Regionen. Anregungen aus Finnland und Kanada. Reihe Gesundheitsforschung. Weinheim/München: BeltzJuventa

Sottas B, Mentrup C, Meyer PC (2016): Interprofessional Education and Practice in Sweden. In: International Journal of Health Professions, Bd. 3, Heft 1, 3–13

WHO (Weltgesundheitsorganisation) (1978): Erklärung von Alma-Ata; www.euro.who.int/de/publications/policy-documents/declaration-of-alma-ata,-1978

(letzter Zugriff auf alle Internetquellen: 8. Juni 2017)

DIE AUTORIN

**Dr. phil. Bernadette Klapper**

leitet den Themenbereich Gesundheit in der Robert Bosch Stiftung. Zuvor war sie Leiterin „Klinische Produkte und Dienstleistungen Europa“ (Telemedizinische Dienste) bei der Robert Bosch Healthcare GmbH, Projektleiterin in der Robert Bosch Stiftung im damaligen Programmbereich „Gesundheit und Humanitäre Hilfe“ sowie wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld. Sie ist Krankenschwester mit Berufserfahrungen in Deutschland und Frankreich und hat Soziologie studiert mit Abschlüssen der Universitäten Hamburg und Bordeaux.

Die Digitalisierung des Gesundheitswesens – Handlungsempfehlungen für Politik und Akteure

von Arno Elmer¹

ABSTRACT

Die Digitalisierung bietet für das deutsche Gesundheitswesen große Nutzenpotenziale. Auch wenn erste Initiativen wie das E-Health-Gesetz und der Innovationsfonds gestartet wurden, sind diese in der heutigen Form nicht geeignet, die Entwicklung signifikant zu beschleunigen. Vor diesem Hintergrund haben sich große Akteure im Gesundheitswesen wie Krankenkassen, Landesregierungen und IT-Hersteller auf den Weg gemacht, digitale Projekte selbst zu realisieren. Bei diesen Projekten stehen tatsächlich der Patient und Versicherte im Mittelpunkt sowie die Vernetzung von Leistungsakteuren, die auch dazu bereit sind. Die Handlungsempfehlungen, die von mehreren Expertengruppen erarbeitet wurden, kommen zu gleichen Ergebnissen: Die Governance-Strukturen der Steuerung der Digitalisierung müssen sich ändern – die Selbstverwaltung kann nicht die Verantwortung für technische Lösungen übernehmen.

Schlüsselwörter: Digitalisierung, eHealth, E-Health-Gesetz, Innovationsfonds, Telemedizin

Digitalization holds great potential for the German health care system. The eHealth Act and the innovation fund are among the first initiatives to kick off digitalization, but they alone and in their present form cannot influence or even speed up the process significantly. Because of this, major players in the health care system – such as sickness funds, Länder governments, and IT providers – have begun to implement digital projects of their own. These projects focus on the patient/insuree and on connecting those service providers who are willing to participate. Various sets of guidelines have recently been compiled. Quintessentially, they contain the same conclusions: Governance structures have to change, since the self-government of the German health care system is unable to assume responsibility for the required technical solutions.

Keywords: digitalization, eHealth, eHealth Act, innovation fund, telemedicine

1 Einleitung

Digitalisierung ist schnell, wird schneller und wartet vor allem nicht (Keese 2014) – nicht auf einzelne Menschen und auch nicht auf das deutsche Gesundheitswesen. Was zunächst bedrohlich klingt, bietet für viele Beteiligte und Stakeholder im Gesundheitssystem große Chancen und großen Nutzen, vor allem übrigens für alle Versicherten und Patienten. Da wir eine solidarische gesetzliche Krankenversicherung (GKV) haben, liegt ein Schwerpunkt dieser Analyse darauf, warum die international längst bewiesenen Nutzenpotenziale für die Versorgung jedes einzelnen Bürgers und für das ganze Gesundheitssystem

noch immer nicht beziehungsweise voraussehbar nur sehr langsam genutzt werden. Darauf basierend werden Handlungsempfehlungen entwickelt, die eine Erschließung der Chancen beschleunigen können, ohne dabei Risiken und vorhandene Strukturen zu ignorieren. Dabei werden insbesondere die bereits gestarteten Initiativen von wichtigen Institutionen und Unternehmen im Gesundheitswesen, von Krankenversicherungen, Ärzteorganisationen, Innovationsfondsprojekten, Landesministerien, aber auch seitens der IT- und Pharma-Industrie berücksichtigt.

Die folgenden Ausführungen beziehen Ergebnisse aus zahlreichen Diskussionen und Meetings in Arbeitsgruppen

¹ Prof. Dr. Arno Elmer, LL. M., Innovation Health Partners · Unter den Linden 80 · 10117 Berlin · Telefon: 030 23 57-85 81
E-Mail: arno.elmer@innovationhealthpartners.de

verschiedener Organisationen ein. Dies sind zum Beispiel:

- MetaForum – Innovation für mehr Gesundheit e. V.,
- die Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen e. V. (GRPG),
- Healthcare Information and Management Systems Society (HIMSS Europe GmbH) und
- der Verband digitale Gesundheit e. V. (VdigG) unter Leitung des Autors.

Die Beobachtungen, Thesen und Handlungsempfehlungen sind also nicht als individuelle Einschätzung oder Meinung zu verstehen, im Gegenteil: Die Digitalisierung im deutschen Gesundheitswesen ist multidimensional und umfasst neben Bereichen wie Technologie und Medizin viele andere Wirtschafts- und Wissenschaftsbereiche sowie Lebenswelten. Tangiert und involviert werden Ökonomie, Ethik, soziale Aspekte und rechtliche Belange, Pflege, Politik und so weiter. Aus all diesen Bereichen haben sich Experten und Interessierte in Gespräche eingebracht und sich aktiv und engagiert beteiligt. Es kann an dieser Stelle nicht alles wiedergegeben werden. Erwähnt werden muss aber das erstaunliche Fazit, dass bei den wichtigsten Erkenntnissen und Empfehlungen zwischen allen Fachdisziplinen und Interessengruppen Einigkeit bestand. Auf diese in den Gesprächen entwickelten Eckpunkte soll im Folgenden eingegangen werden (*Elmer und Huss 2017*).

2 Status der Digitalisierung im deutschen Gesundheitswesen

Die Digitalisierung im Gesundheitssystem umfasst derzeit insbesondere die Bereiche Telemedizin, eHealth und mHealth. Während unter Telemedizin der Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien (zum Beispiel zur Diagnose, Therapie oder Konsultation unter Überwindung räumlicher und zeitlicher Distanz) verstanden wird, umfasst der Begriff eHealth den gesamten Einsatz elektronischer Geräte in der medizinischen Versorgung (*Albrecht 2016*). Die Weltgesundheitsorganisation (*2011*) definiert mHealth als den Einsatz drahtloser Geräte wie Mobiltelefone, Patientenmonitore und von Personal Digital Assistants (PDAs) im Kontext der medizinischen Versorgung und Gesundheitsvorsorge.

Der Markt und das Angebot von eHealth-Anwendungen sind groß und wachsen täglich. Auch wenn einige medizinisch sinnvolle Projekte durch Eigeninitiative von Ärzten aufgrund von erkannten Defiziten entstanden sind, werden sie häufig nach dem Ende des Projektstatus nicht in die Regelversorgung übernommen. Daher entwickelt sich derzeit das Angebot fast ausschließlich auf dem zweiten Gesundheitsmarkt, außerhalb des GKV-Bereichs und damit ohne

direkten Nutzen für die GKV-Versicherten. Vergleichbar ist auch im Bereich der privaten Krankenversicherung (PKV) keine große Veränderung in Richtung eHealth zu erkennen. Die Entwicklung ist derzeit noch vor allem angebots- und zielgruppenspezifisch getrieben und nicht auf den Bedarf des Gesundheitssystems insgesamt ausgerichtet.

Immer mehr Leistungserbringer und Krankenkassen stehen neuen innovativen Technologien offen gegenüber (*Zukunftsinstitut 2015*). Damit verbunden nimmt die Bereitschaft zu, sich mit anderen zu vernetzen, Informationen auszutauschen, Verantwortung zu delegieren oder zu übernehmen und den Patienten noch deutlicher in den Mittelpunkt des eigenen Handelns zu stellen (vergleiche Abbildung 1). Ebenso haben sich für den GKV-Bereich die gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen zum Beispiel durch das E-Health-Gesetz oder den Innovationsfonds weiterentwickelt.

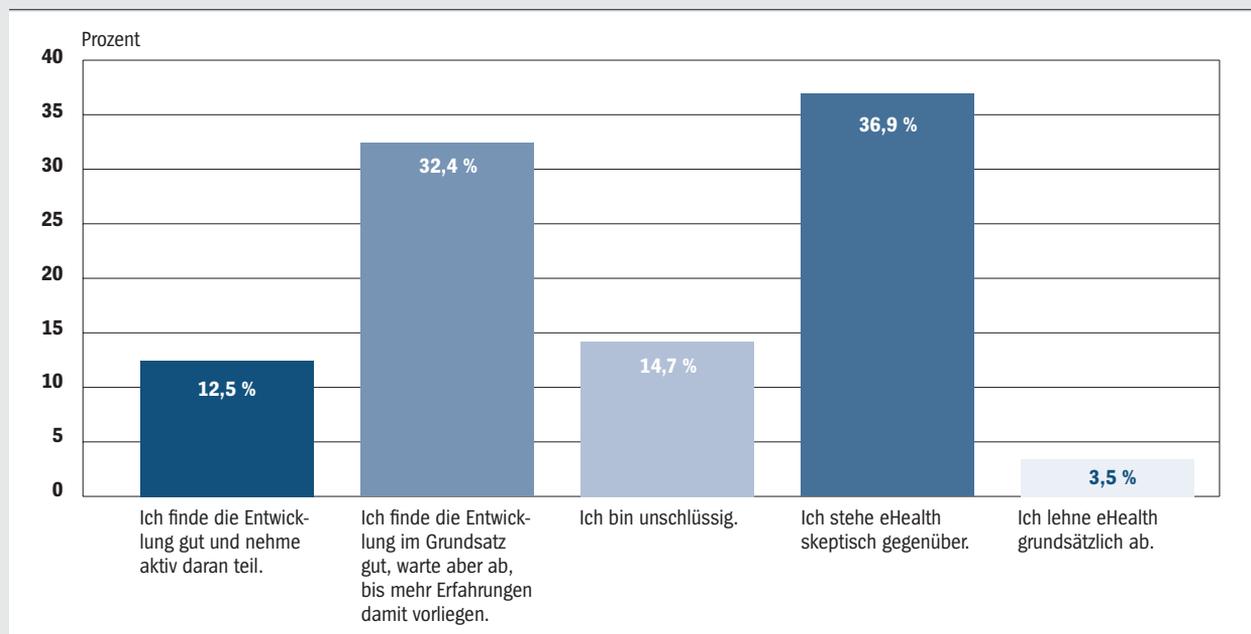
Eine flächendeckende Digitalisierung der einzelnen Institutionen sowie die Vernetzung dieser Institutionen existiert allerdings bislang nicht. Obwohl das deutsche Gesundheitssystem über gute Voraussetzungen für eine flächendeckende Digitalisierung verfügt, befindet es sich in diesem Bereich noch in den Kinderschuhen (*Biesdorf et al. 2016*). Neben der flächendeckenden Vernetzung und der besseren Kooperation und Koordination aller an der Behandlung des Patienten beteiligten Akteure stellen die Telemedizin sowie die Entwicklung neuer Versorgungsangebote die größten Nutzenpotenziale der Digitalisierung dar. Sie bieten große Potenziale zur Verbesserung der Qualität der Versorgung, der Wirtschaftlichkeit des gesamten Gesundheitssystems sowie der Transparenz insbesondere auch für Bürger, Versicherte und Patienten als Basis für deren stärkere Einbindung. Der Vergleich mit anderen, vor allem europäischen Ländern zeigt dies deutlich. Vor dem Hintergrund der wachsenden Herausforderungen, bedingt unter anderem durch den demografischen Wandel, anhaltende Kostensteigerungen sowie die fortschreitende Digitalisierung aller Lebensbereiche müssen die gesetzlichen Rahmenbedingungen deutlich und konsequent verändert werden.

Zur Realisierung der Digitalisierung im deutschen Gesundheitswesen wurden in den vergangenen Jahren seitens des Gesetzgebers einige Initiativen gestartet. So war das E-Health-Gesetz ein wichtiger Schritt zur Verankerung der Notwendigkeit der Digitalisierung des Gesundheitswesens. Problematisch dabei ist jedoch zunehmend, dass auf eine bereits 15 Jahre alte Technologie gesetzt wird, ohne dabei die tatsächlichen technischen Gegebenheiten adäquat zu berücksichtigen.

Der Innovationsfonds dient der Förderung von innovativen Projekten in den Bereichen Versorgung und Forschung. Auch wenn Projekte nur mit Verzögerung beauftragt wurden, war dies ein wichtigerer Impuls für die Digitalisierung als das

ABBILDUNG 1

Ärzte stehen dem Thema eHealth inzwischen tendenziell positiv gegenüber



Die früher breite Ablehnung der Ärzteschaft gegenüber der digitalen Entwicklung hat sich etwas gelegt. Inzwischen überwiegen die Befürworter: Nur noch rund 40 Prozent bewerten eHealth negativ, knapp 45 Prozent jedoch positiv. Jeder siebte Arzt weiß noch nicht so recht, was er von eHealth halten soll.

Quelle: Stiftung Gesundheit 2016; Grafik: G+G Wissenschaft 2017

E-Health-Gesetz. So enthalten 19 von 29 Projekten der ersten Genehmigungsrunde strategische Gesundheits-IT-Elemente, sei es in Form von Infrastrukturen für Videokonferenzen oder digitale Patientenakten.

Im europäischen Raum gibt es bereits digitale Lösungen in der flächendeckenden Versorgung. Als Beispiele seien hier exemplarisch Dänemark und Österreich genannt. In Dänemark wurde konsequent in die digitale Unterstützung der Versorgung investiert und auch in Österreich hat der Patient mit der elektronischen Gesundheitsakte (ELGA) direkten Zugriff auf seine Daten. Der Blick auf diese Länder macht klar, dass die Staaten, die Initiativen aus Wirtschaft und Gesellschaft aufgegriffen haben, letztlich erfolgreich waren. Und dass es die vorrangige Aufgabe der Politik ist, dafür die richtigen Rahmenbedingungen, also richtige Leitplanken zum Wohle von Versicherten und Patienten, zu schaffen.

Die bisherige Entwicklung der Telematik-Infrastruktur (TI) ist im internationalen Benchmark überholt und als obsolet zu betrachten. Sie stellt keine Lösung für die aktuellen und zukünftigen Herausforderungen im Gesundheitswesen dar.

Mittlerweile sind andere, zukunftsfähige Alternativen einsetzbar. Daher sollte die weiter vorgesehene Finanzierung der TI in innovative Lösungsansätze wie offene, interoperable Plattformen und Gesundheitsakten mit direkten, mobilen Zugriffsmöglichkeiten durch den Bürger sowie den Patienten unter Beachtung internationaler Gegebenheiten fließen.

In Deutschland haben sich Unternehmen, Investoren, gesetzliche wie private Krankenversicherungen, Kommunen, Regionen und Bundesländer bereits auf den Weg gemacht (Tabelle 1). Sie sind dabei, Maßnahmen zu realisieren, die zu einem Quantensprung in der Gesundheitsversorgung führen können:

- Einige Bundesländer beginnen, auf eigene Kosten eine digitale Infrastruktur für den Gesundheitsbereich zu etablieren. Digitalisierungsprojekte und -initiativen sind in Bayern, Baden-Württemberg, Nordrhein-Westfalen und Niedersachsen bekannt.
- Die Techniker-Krankenkasse und die AOK Nordost sowie weitere Ersatzkassen und AOKs haben bereits Ausschreibungen für elektronische Patientenakten erfolgreich abgeschlossen beziehungsweise sind dazu in Vorbereitung.
- Im Gesundheitsbereich ist eine lebhaftere Start-up-Kultur

TABELLE 1

Digital-Health-Angebote in Deutschland, Österreich und der Schweiz

Von Patienten verwendet	Von Patienten und Gesundheits- experten verwendet	Von Gesundheitsexperten verwendet
Selbstmanagement/Patientenzufriedenheit	Zusammenarbeit zwischen Patienten und Profis	Digitalisierung des medizinischen Ablaufs
<ul style="list-style-type: none"> • Diabetesunterstützung • Unterstützung bei psychischen Störungen • Schwangerschaftsbegleitung • Zyklusverfolgung • Home Health Care • Unterstützung bei Essstörungen • Herz-Kreislauf-Unterstützung • Gesundheitsplattformen • Stressmanagement • Puls- und Blutdruckmessung 	<ul style="list-style-type: none"> • Dermatologie • Therapieunterstützung • Online-Video-Sprechstunden 	<ul style="list-style-type: none"> • Radiologiebefunde • Vernetzung von patientenspezifischen Daten in Krankenhäusern • Elektronische Fieberkurve • Digitale Erfassung von Patient Reported Outcomes • Elektronische medizinische Patientenhistorie
Diagnose und Behandlung	Den richtigen Arzt finden/ eine zweite Meinung einholen	Entscheidungsunterstützung für Gesundheitsexperten
<ul style="list-style-type: none"> • Schlaganfallnachsorge • Telemedizinische Betreuung für Herzpatienten • E-Mental Healthcare • Online-Sehübungen bei Amblyopie • Tinnitus-Therapie • Online-Hilfe bei Depressionen 	<ul style="list-style-type: none"> • Online-Spezialistensuche • Medizinische Zweitmeinung 	<ul style="list-style-type: none"> • Software für medizinische Fachgruppen • Rückentherapie und Rückenschmerz-Prävention
Online Arztsuche- und -konsultation	Telemonitoring	
<ul style="list-style-type: none"> • Vermittlung von Haus- und Fachärzten • Arztgespräch via Videotelefonie • Internationaler Marktplatz für Gesundheitsleistungen • Arztempfehlung 	<ul style="list-style-type: none"> • Telemonitoring durch verschiedene Geräte • Diabetesunterstützung • Messung der Herzaktivität 	
Betriebliche Gesundheit und Fitness		
<ul style="list-style-type: none"> • Betriebliches Gesundheitsmanagement • Navigationssystem für Lebensstil • Online-Gedächtnistraining • Online-Gehirnjogging • Online-Portal für Fitness, Wellness und Gesundheit • Messung von Herzrhythmusstörungen 		

TABELLE 2

Patienten sind offen für Telemedizin

Nutzungsbereitschaft bei folgenden Verfahren im Krankheitsfall

	Würde ich auf jeden Fall in Anspruch nehmen	Kann ich mir vorstellen, in Anspruch zu nehmen	Positive Bewertungen (addiert)
Telemedizinische Überwachung des eigenen Gesundheitszustands	20 %	39 %	59 %
Operationen, die von Spezialisten aus der Ferne unterstützt werden	14 %	45 %	59 %
Online-Sprechstunde mit dem Arzt	17 %	16 %	33 %

Ob es um die Überwachung des eigenen Gesundheitszustandes oder Operationen mit Fernunterstützung geht: Die Mehrheit der Patienten ist dafür. Mit der Idee von Online-Sprechstunden beim Arzt kann sich allerdings nur jeder Dritte anfreunden.

entstanden. Es entwickeln sich neue Ideen für eine bessere, integrierte therapeutische Kultur. Und da das Gesundheitswesen komplex ist, engagieren sich überwiegend Menschen, denen das Thema Gesundheit, ihre Erhaltung und Wiederherstellung am Herzen liegt, – zum Teil aus eigener oder familiärer Betroffenheit.

- Auch große Akteure außerhalb der Selbstverwaltung, Pharma- und Medizingeräte-Industrie, industriennahe Dienstleister, international agierende Unternehmen wie Amazon, Apple, Google und Microsoft erkennen, dass sich die Geschäftsmodelle im deutschen Gesundheitswesen in naher Zukunft ändern werden.

Digitale Innovationen können die Gesundheitsversorgung verbessern und kosteneffizienter machen. Wichtig ist die Findung einer neuen Balance zwischen Einheitlichkeit und Innovationsfreudigkeit der Versorgung (Rifkin 2014). Vorrangig ist dabei, verantwortungsfähige Akteure in der Gesundheitsversorgung zu etablieren und zu unterstützen, die Innovationen von sich aus aufgreifen, erproben, verbessern und in die Regelversorgung einbringen können. Das können Krankenkassen, Krankenhaus-Unternehmen, Ärztenetze sowie andere Zusammenschlüsse von Leistungsanbietern insbesondere auch im Pflegebereich sein.

Viele eHealth-Anwendungen basieren auf technologischen Innovationen, die primär nicht für das Gesundheitswesen entwickelt wurden. Im Laufe der Zeit konnten sich einige davon als spezifische Ausprägungen des Gesundheitsmarktes etablieren. Hierzu zählen telemedizinische Anwendungen wie

Telemonitoring und -coaching, elektronische Patientenakten, Vernetzungslösungen für die unterschiedlichen Akteure, insbesondere Leistungserbringer, altersgerechte Assistenzsysteme für ein selbstbestimmtes Leben in der eigenen Häuslichkeit (AAL) sowie mobile Health-Anwendungen (mHealth-Anwendungen). Die Nutzung digitaler, bereits vorhandener Technologien ermöglicht insbesondere in den Bereichen Prävention und ländliche Versorgung sowie im Rahmen der Behandlung chronisch Kranker eine Verbesserung der Versorgungsqualität. Hierbei stehen eine schnelle Informationsvermittlung über Institutions- und Sektorengrenzen hinaus, die damit verbundene Optimierung von Versorgungsabläufen, die Vermeidung von Unter- und Überversorgung sowie eine konsequente Patientenorientierung und -einbindung im Vordergrund. Vor allem mHealth-Anwendungen, deren Besonderheiten in der einfachen und schnellen Art der Bereitstellung von Dienstleistungen sowie der starken Nutzerorientierung liegen, nehmen erheblich an Bedeutung zu. Diese können über jegliche Arten der bereits beim größten Teil der Bevölkerung vorhandenen mobilen Endgeräte, wie Smartphones, Tablets oder Laptops, genutzt werden.

Die zunehmende Nutzung technologischer Innovationen durch den Menschen in allen seinen Lebensbereichen führt zu einem soziokulturellen Wandel, der sich auch auf das Gesundheitswesen auswirken wird (Kucklick 2014). Der Versicherte hat die Erwartung (vergleiche Tabelle 2), den Anspruch und nach den Regelungen im Sozialgesetzbuch auch das Recht, dass Technik und Instrumente eingesetzt und von seinen Versicherungsbeiträgen finanziert werden, die bereits Standard sind und seine Gesundheitsversorgung verbessern.

3 Handlungsempfehlungen

3.1 Governance

Die Entwicklung der vergangenen 15 Jahre zeigt deutlich, dass die bisherigen Governance-Strukturen nicht geeignet sind, die Chancen der Digitalisierung zeitnah flächendeckend im Gesundheitswesen für die Patienten und deren Versorgung zu nutzen.

Die Gematik orientiert sich, nachdem Entscheidungen durch ihre Gesellschafter über zwölf Jahre verzögert wurden, an einem überkommenen Bild digitaler Gesundheitsinfrastrukturen sowie analoger Versorgungsprozesse. Die Gematik als scheinbares Steuerungsgremium für die digitale Infrastruktur im Gesundheitswesen in ihrer heutigen Struktur wird damit überflüssig.

Anstelle der zur Blockade neigenden Selbstverwaltung ist es erforderlich, ein entscheidungsfähiges, mit Experten interdisziplinär besetztes Steuerungsgremium zu implementieren. Dabei sind unter anderem Länder, Industrie, Versicherte sowie Patienten zu beteiligen. Dieses Gremium sollte Kriterien und Leitplanken für den notwendigen ordnungspolitischen Rahmen entwickeln und die Verantwortung für deren Umsetzung und Einhaltung tragen. Um eine moderne, zeitgemäße und zukunftsorientierte Governance-Struktur zu etablieren, müssten qualifizierte, entscheidungsfähige Managementstrukturen für Betreibermodelle auf Grundlage funktionsfähiger Infrastrukturen geschaffen werden.

Leitgedanke ist dabei der Grundsatz der Freiwilligkeit für die Versicherten in Bezug auf Existenz und Nutzung einer digitalen Gesundheitsakte. Für Leistungserbringer und Kostenträger ist die für den Versicherten kostenfreie digitale Bereitstellung der Daten verpflichtend im Sinne einer Erweiterung des § 630 g des Bürgerlichen Gesetzbuches, die den Bürger beziehungsweise den Patienten als Eigner der Gesundheitsdaten definiert.

Die Entscheidung über die Einführung und Nutzung neuer Technologien im Gesundheitswesen sind nach klaren, politisch definierten Kriterien, unabhängig von den Leistungserbringern zu fällen. Dazu bedient sich die Bundesregierung fachlich ausgewiesener Experten und Institutionen. Im Bereich Arzneimittelsicherheit beziehungsweise Einführung von Gesundheits-Apps sind das unter anderem das Bundesamt für Arzneimittelsicherheit, für den Bereich Datensicherheit das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI). Der Einsatz digitaler Technologien im Gesundheitswesen wird gesetzlich mit der Festschreibung offener Schnittstellen nach internationalen Standards verknüpft. Dazu gehören HL7 (Health Level 7), eine Gruppe

internationaler Standards für den Austausch von Daten zwischen Organisationen im Gesundheitswesen und deren Computersystemen. Oder IHE (Integrating the Healthcare Enterprise), eine Initiative von Anwendern und IT-Herstellern mit dem Ziel, den Datenaustausch zwischen den IT-Systemen im Gesundheitswesen zu standardisieren und zu harmonisieren.

Die Definition dieser Schnittstellen wird einem, auch mit internationalen Experten besetzten technologisch versierten Expertenkreis (Expertenkreis Digitale Gesundheitsstandards) übertragen. Diese Maßnahmen gewährleisten, dass die Nutzung digitaler Technologien im Gesundheitsbereich *state of the art* erfolgt und Deutschland bei der Entwicklung und Nutzung von digitalen Lösungen international nicht abgehängt wird.

3.2 Finanzierung

Um die Versorgungsqualität durch die Nutzung digitaler Anwendungen für alle Bürger verbessern zu können, braucht es finanzielle Möglichkeiten für Pilotprojekte und nachhaltige Vergütungsmodelle für erprobte digitale Lösungen. Dabei steht insbesondere die GKV im Vordergrund, in der rund 90 Prozent aller Bürger in Deutschland versichert sind.

Notwendig sind praktische Lösungen für die Einführung digitaler Anwendungen in die Regelversorgung, um diese flächendeckend allen Versicherten im ersten Gesundheitsmarkt zugänglich zu machen. Damit dies geschieht und eine Finanzierung im GKV-Bereich erfolgt, muss ein Nutzen nachgewiesen werden. Für eHealth-Anwendungen ist dies aufgrund der kurzen Lebenszyklen mit den etablierten Methoden jedoch kaum möglich. Daher werden digitale Anwendungen fast ausschließlich im Rahmen des zweiten Gesundheitsmarktes privat finanziert oder von einzelnen Krankenkassen auf Basis von Selektivverträgen erstattet (*Knöppler et al. 2016*). Dies führt dazu, dass ein großer Teil der Bevölkerung keinen Zugang zu diesen Möglichkeiten hat. Für die Nutzenbewertung innovativer digitaler Anwendungen braucht es also schnellere, adäquate Bewertungsverfahren. Sonst führt die Digitalisierung zu einer Zweiklassen-Gesellschaft im Gesundheitswesen, da sich nur kaufkräftige Nutzer sinnvolle Lösungen im zweiten Gesundheitsmarkt leisten können.

Insgesamt kann festgestellt werden, dass die bisherigen gesetzlichen und rechtlichen Rahmenbedingungen nicht geeignet waren, die Digitalisierung und Vernetzung im deutschen Gesundheitssystem zu beschleunigen. Die Gesundheitskarte ist nur ein Beispiel dafür. Das sogenannte E-Health-Gesetz beziehungsweise der Innovationsfonds sind politische Schritte in die richtige Richtung, um die Digitalisierung zu unterstützen. Dabei werden wichtige Aspekte aufgegriffen: finanzielle Möglichkeiten für die Einführung

von Innovationen zur Verfügung zu stellen, die Überführbarkeit in die Regelversorgung als Voraussetzung für eine Förderung festzulegen sowie wichtige Anwendungen wie die elektronische Patientenakte zu definieren. Diese Maßnahmen müssen ausgebaut und deutlich – insbesondere monetär – erweitert werden.

Der Schwerpunkt liegt bislang auf der Sanktionierung der Unwilligen statt auf der Unterstützung und Incentivierung derjenigen, die die Chancen der Digitalisierung erkannt haben und nutzen wollen. Hier könnte die Lösung die Etablierung geeigneter Finanzierungs- und Investitionsspielräume sowie zielorientierter Anreize sein.

Bei einer Weiterführung des Innovationsfonds sollten die Kreativität und die unternehmerische Kompetenz der Krankenkassen stärker gefragt sein. Grundsätzlich sollte ein Prozent der Mittel jeder Kasse für Innovationslösungen freigehalten werden. Sie kann auch als Kofinanzierung für einen künftigen Innovationsfonds genutzt werden, in dem den Kassen eine erweiterte Mitsprachemöglichkeit bei der Entscheidung und Finanzierung von Innovationslösungen eingeräumt wird.

3.3 Vernetzung

Obwohl eine flächendeckende Vernetzung in Deutschland in Branchen wie der Industrie, dem Finanzwesen und dem Handel, aber auch in den Gesundheitssystemen anderer Länder längst möglich ist, sind im deutschen Gesundheitssystem nur einzelne Teilbereiche und Einzelprozesse digital miteinander verbunden. Grund hierfür ist unter anderem eine fehlende Interoperabilität. Es gibt zahlreiche Insellösungen, die zum Beispiel nicht mit anderen Praxisverwaltungs- oder Krankenhaus-Informationssystemen kompatibel sind. Dadurch kommt es zu vielen unnötigen Medienbrüchen und daraus folgend zu zusätzlichen Arbeitsschritten, um die Daten zwischen den Systemen auszutauschen. Dies muss meist manuell erfolgen. Für Maschine-Maschine-Kommunikation braucht es Standards und einheitliche Systeme, damit innerhalb von Einrichtungen über verschiedene Bereiche sowie zwischen verschiedenen Institutionen und über Sektorengrenzen hinweg ein Daten- und Informationsaustausch erfolgen kann. Für eine flächendeckende Vernetzung ist insbesondere die stärkere Involvement der Politik unter Einbeziehung von Experten außerhalb der Selbstverwaltung und von kurativ tätigen Behandlern notwendig. Nur mit einer allübergreifenden Vernetzung kann signifikant zu einer Optimierung der Versorgungsprozesse und zur Verbesserung der Versorgungsqualität beigetragen werden (*Gigerenzer et al. 2016; Stefan et al. 2014*). Es gibt eine Vielzahl an Akteuren, die Bereitschaft zur Vernetzung zeigen. Bereits vorhandene internationale Standards für die digitale Kommunikation im

Gesundheitswesen sollten durch entsprechende Experten-Gremien festgelegt und vom Gesetzgeber vorgeschrieben werden. Ein Interoperabilitätsverzeichnis ist dafür nicht notwendig.

3.4 Konkrete Schritte zum digitalen Gesundheitswesen

Bei einer Neuformulierung der gesetzlichen Regelungen sollten folgende Punkte im Fokus stehen, um sowohl den Nutzen für den Versicherten und den Patienten als auch den Nutzen für das Gemeinwohl schnell und nachhaltig zu erhöhen. Dabei darf das informationelle Selbstbestimmungsrecht nicht eingeschränkt werden:

- Höhere Transparenz und konsequente Befähigung zur Selbstbestimmung von Patienten und Versicherten
- Stärkere Berücksichtigung der Interessen und Rechte der Patienten sowie deren Partizipation durch die Etablierung digitaler Lösungen
- Verbesserung der Versorgung durch Unterstützung der Datenflüsse zwischen Leistungserbringern und Patienten vor, während und nach der Behandlung
- Gründung eines Begleitgremiums (einer *task force*) zur stärkeren Involvement der Politik unter Einbeziehung von Experten außerhalb der Selbstverwaltung und kurativ tätigen Behandlern
- Möglichkeit zur Einbringung zusätzlicher Daten/Informationen durch die Bürger sowohl in der Rolle als Patienten als auch als Versicherte (zum Beispiel durch Gesundheits-Apps und Wearables)
- Nutzung der persönlichen Daten bei Zustimmung der Patienten für Versorgungsforschung
- Qualitätssteigerung durch verbesserte Mess- und Bewertungsverfahren sowohl für bestehende als auch zukünftige Versorgungsmodelle und -prozesse
- Schaffung finanzieller Möglichkeiten für Innovations-, Forschungs- und Entwicklungsprojekte (ein Prozent vom GKV-Volumen pro Jahr) sowie dauerhafter Vergütungsmodelle für erprobte digital vernetzte Lösungen im GKV-Bereich
- Entwicklung geeigneter, schneller Verfahren zur Bewertung digitaler Anwendungen
- Digitalisierung und Vernetzung ermöglichen durch:
 - Unterstützung der positiven Initiativen (Bonus- statt Malus-System)
 - Förderung der Interoperabilität durch Festlegung von Standards
 - Etablierung und Ermöglichung flächendeckender IT-Strukturen, die einen Daten- und Informationstransfer über alle Sektoren, Bereiche und Prozesse hinweg ermöglichen
 - Öffnung der Möglichkeiten für den mobilen Datenaustausch auf Basis existierender technologischer Vernetzungen

4 Fazit

Die Chancen und Herausforderungen der Digitalisierung sind mittlerweile fast allen Beteiligten im Gesundheitswesen bekannt. Die Chancen sind dabei auch interessant für den Pflegebereich, sonstige Leistungserbringer oder neue Akteure wie Immobilieneigentümer und Betreiber von Einrichtungen. Es gilt, die Vorteile nun auch nutzenorientiert den Versicherten und Patienten zu vermitteln. Das Gesundheitswesen muss sich im Rahmen der Digitalisierung zu einem patientengesteuerten und -orientierten System entwickeln. Die genannten Maßnahmen sind dazu geeignet, dass dies kurzfristig erfolgreich gelingt.

Es wird zukünftig im Gesundheitswesen mehrere Plattformen und unterschiedliche Anwendungen geben – wie in allen anderen Branchen und basierend auf wenigen internationalen technischen Standards. Der internationale Vergleich zeigt, dass Evidenz für den signifikanten Zusatznutzen, den digitale Lösungen und Prozesse für die Patientenbehandlung und das Gesundheitssystem bringen, seit Jahren bereits vorhanden ist. Unternehmen und Organisationen, die bereit sind, hierfür Finanzmittel zu investieren, brauchen adäquate rechtliche Rahmenbedingungen, öffentliche Unterstützung und Handlungsfreiräume. Bereiche wie die Pflege und sonstige Leistungserbringer, aber auch pflegende Angehörige müssen bei sektorenübergreifenden Lösungen direkt involviert und finanziell unterstützt werden. Das informationelle Selbstbestimmungsrecht der Bürger über ihre Gesundheitsdaten muss konsequent mit vorhandenen technischen Lösungen wie Gesundheitsakten ermöglicht werden. Es gibt nicht die eine Maßnahme, die bei dem komplexen, multidimensionalen Thema der Digitalisierung unseres Gesundheitssystems die Lösung bringt. Die konkreten, in vielen Diskussionen erarbeiteten Vorschläge sind geeignet, die Entwicklung positiv zu unterstützen und den Nutzen für alle Beteiligten deutlich schneller greifbar zu machen. Digitalisierung ist kein Selbstzweck, sondern kann uns allen in der täglichen Gesundheitsversorgung helfen. Und vor allem: Digitalisierung wartet nicht ...

Literatur

- Albrecht U-V (Hrsg.) (2016):** Chancen und Risiken von Gesundheits-Apps (CHARISMHA). Hannover: Medizinische Hochschule Hannover
- Biesdorf S, Deetjen U, Möller M (2016):** Eine Vision für ein digitales Gesundheitssystem in Deutschland; McKinsey & Company; Business Technology Office; www.mckinsey.de/files/2016_vision_digitaales_gesundheitswesen_in_deutschland.pdf
- Beirat Metaforum e. V. (2016):** Gesundheit neu denken – Politische Handlungsempfehlungen für die 19. Legislaturperiode. Stuttgart: Fraunhofer Verlag
- Elmer A, Huss N (2017):** Minister of Health – open this Gate! Für ein deutsches eHealth-Gesetz 2.0. Berlin: HIMSS Europe GmbH
- Geschwill R, Nieswandt M (2016):** Laterales Management. Das Erfolgsprinzip für Unternehmen im digitalen Zeitalter. Wiesbaden: Springer
- Gigerenzer G, Schlegel-Matthies K, Wagner GG (2016):** Digitale Welt und Gesundheit. eHealth und mHealth – Chancen und Risiken der Digitalisierung im Gesundheitsbereich. Berlin: Sachverständigenrat für Verbraucherschutz
- Hentrich C, Pachmajer M (2016):** d.quarks. Der Weg zum digitalen Unternehmen. Hamburg: Murmann Publishers GmbH
- Keese C (2014):** Silicon Valley: Was aus dem mächtigsten Tal der Welt auf uns zukommt. München: Albrecht Knaus Verlag
- Knöppler K, Neisecke T, Nölke L (2016):** Digital-Health-Anwendungen für Bürger. Kontext, Typologie und Relevanz aus Public-Health-Perspektive. Entwicklung und Erprobung eines Klassifikationsverfahrens. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung
- Kucklick C (2014):** Die granulare Gesellschaft. Wie das Digitale unsere Wirklichkeit auflöst. Berlin: Ullstein Buchverlage
- Rifkin J (2014):** Die Null-Grenzkosten-Gesellschaft. Das Internet der Dinge, kollaboratives Gemeingut und der Rückzug des Kapitalismus. Frankfurt/New York: Campus Verlag
- Stefan D, Michels C, Deutsch H (2014):** Interoperabilität als Weg zur Investitionssicherheit. E-HEALTH-COM, Jg. 9, Heft 6, 44–47
- Zukunftsinstitut (2015):** Die Philips Gesundheitsstudie 2015. Frankfurt: Zukunftsinstitut GmbH

(letzter Zugriff auf alle Internetquellen: 24. Juni 2017)

DER AUTOR



Prof. Dr. Arno Elmer, LL. M.,

Jahrgang 1966, ist Initiator von Innovation Health Partners in Berlin, einer unabhängigen Kommunikationsplattform zur Unterstützung digitaler Projekte im Gesundheitswesen. Außerdem Professor an der FOM Hochschule für Ökonomie und Management, wo er seit 2008 unter anderem Gesundheitsökonomie, IT-Management und eHealth lehrt. Der Diplom-Betriebswirt, Diplom-Wirtschaftsinformatiker (Electronic Data Interchange), Master of Laws (Datenschutz im Internet) promovierte im Bereich Gesundheitswissenschaften (Steuerungssysteme im ambulanten Pflegebereich) und war bis Mitte 2015 Hauptgeschäftsführer der für die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte und den Aufbau einer Telematikinfrastruktur zuständigen Gematik.

Bei fast jedem dritten Medikament werden nach der Zulassung neue Sicherheitsrisiken bekannt

von Christiane Roick*

Neue Medikamente kommen erst auf den Markt, wenn die zuständige Zulassungsbehörde festgestellt hat, dass ihr Nutzen die Risiken überwiegt. Doch nicht alle Sicherheitsrisiken werden bereits in den Zulassungsstudien deutlich. Die US-amerikanische Food and Drug Administration (FDA) musste bei 31 Prozent der von ihr neu zugelassenen Medikamente innerhalb von zehn Jahren nachträglich sicherheitsbezogene Maßnahmen, wie Marktrücknahmen oder Warnhinweise, veranlassen.

1 Was ist das Problem?

Die FDA wägt Risiken und Nutzen neuer Medikamente auf Basis klinischer Studien ab. Die meisten davon schließen jedoch weniger als 1.000 Patienten ein und umfassen maximal sechs Monate Beobachtungszeit. Sicherheitsrisiken, die selten oder erst nach längerer Zeit auftreten, sind so nur schwer erkennbar und werden oft erst nach der Zulassung deutlich, wenn die Medikamente in größeren Zielgruppen und für längere Zeit eingesetzt werden. US-amerikanische Wissenschaftler untersuchten deshalb, wie häufig nach der Zulassung von Medikamenten bis dahin unbekannte Sicherheitsrisiken festgestellt wurden.

2 Wie wurde untersucht?

Für alle Medikamente, die die FDA vom 1. Januar 2001 bis zum 31. Dezember 2010 zugelassen hatte, wurde mit einer medianen Beobachtungsdauer von 11,7 Jahren erfasst, ob nach der Zulassung bestimmte sicherheitsbezogene Maßnahmen notwendig wurden.

3 Was ist rausgekommen?

Bei 71 der insgesamt 222 Arzneimittel (32 Prozent) wurden sicherheitsbezogene

Maßnahmen veranlasst (drei Marktrücknahmen, 61 Warnhinweise auf Beipackzetteln, 59 FDA-Sicherheitshinweise). Im Median vergingen 4,2 Jahre von der Zulassung bis zur ersten Maßnahme. Zehn Jahre nach der Zulassung waren 30,8 Prozent der neuen Medikamente von mindestens einer solchen Maßnahme betroffen. Signifikant häufiger war dies erforderlich bei Biologika, psychiatrischen Medikamenten, Medikamenten mit beschleunigter Zulassung und solchen, deren Zulassungsverfahren erst kurz vor Ablauf der gesetzlich vorgeschriebenen Frist abgeschlossen wurde. Letzteres passt zu den Ergebnissen früherer Studien, wonach Sicherheitsbedenken zu Verzögerungen bei der Zulassung führen.

4 Wie gut ist die Studie?

Die Studie berücksichtigte nur Maßnahmen, die die FDA bei erheblichen Sicherheitsbedenken veranlasst. Sie dürfte daher das Ausmaß von Sicherheitsrisiken, die erst nach erteilter Zulassung bekannt werden, unterschätzen. Andere Maßnahmen, wie Anpassungen bei der Indikation oder Kontraindikation, wurden nicht untersucht. Die beobachtete Häufigkeit sicherheitsbezogener Maßnahmen nach der Zulassung

unterstreicht die Notwendigkeit eines kontinuierlichen Sicherheitsmonitorings neuer Medikamente nach der Zulassung. Gleichzeitig spricht sie gegen Bestrebungen der Europäischen Arzneimittel-Agentur (EMA), Medikamente auf schmaler Datenbasis schneller in den Markt zu bringen und weitere Daten zur Wirksamkeit und Sicherheit erst in der Versorgung zu generieren. Da Sicherheitsrisiken so noch schwerer bereits vor der Zulassung erkannt werden können, gefährdet dieser Adaptive-Pathways-Ansatz die Patientensicherheit. Um potenzielle Sicherheitsrisiken künftig schneller zu identifizieren, sollten die Daten aus Arzneimittelstudien unabhängigen Forschern zugänglich sein. Zudem sollten Ärzte bei der Nutzen-Risiko-Abwägung im Rahmen von Medikamentenverordnungen bedenken, dass bei neuen Medikamenten im Vergleich zu etablierten Wirkstoffen mit höherer Wahrscheinlichkeit noch nicht alle Sicherheitsrisiken bekannt sind.

Quelle: Downing N et al.: Postmarket Safety Events Among Novel Therapeutics Approved by the US Food and Drug Administration Between 2001 and 2010. *JAMA* 2017;317(18):1854–1863

* PD Dr. med. Christiane Roick, MPH, Stellv. Leiterin des Stabs Medizin im AOK-Bundesverband, E-Mail: christiane.roick@bv.aok.de

DER KOMMENTAR

Diese Studie zeigt auf, wie häufig Gefahren mit neuen, hochpotenten, aber eben auch risikobehafteten Arzneimitteln einhergehen. Gerade die gentechnisch hergestellten Arzneimittel (Biologika) lösen komplexe Vorgänge im Körper aus, die zu antizipieren nicht leicht ist. Wir müssen deshalb die bestehenden Monitoringsysteme zur Erfassung unerwünschter, auch lebensbedrohlicher Nebenwirkungen stärken. Vor allem aber zeigt die deutlich höhere Problemquote bei beschleunigt zugelassenen Wirkstoffen, dass die Pläne der europäischen Zulassungsbehörde EMA für vorschnelle, adaptive Zulassungswege auf unsicherer Erkenntnisgrundlage Gesundheit und Leben von Patienten unzumutbar gefährden können.

Gisbert W. Selke,
Leiter des Forschungsbereichs
Arzneimittelinformationssysteme
und Analysen beim Wissen-
schaftlichen Institut der AOK



KÖPFE

Prof. Dr. med. Cornel Sieber hat als Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin die Nachfolge von **Prof. Dr. med. Petra-Maria Schumm-Draeger** angetreten. Der Leiter der Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Geriatrie am Krankenhaus Barmherzige Brüder in Regensburg absolvierte sein Medizinstudium und die anschließende Facharztausbildung in Basel. An der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, an der er seit 2001 den Lehrstuhl für Innere Medizin-Geriatrie innehat, ist er bis heute als Direktor des Instituts für Biomedizin des Alterns tätig.

Prof. Dr. med. Christiane Woopen, geschäftsführende Direktorin des Cologne Center for Ethics, Rights, Economics, and Social Sciences of Health (Ceres) und Leiterin der Forschungsstelle Ethik an der Universität zu Köln, ist zur Vorsitzenden des Europäischen Ethikrates gewählt worden, der die Europäische Kommission

in Ethikfragen berät. Woopen schloss ihr Medizinstudium in Köln mit der Promotion ab und absolvierte zusätzlich ein Philosophiestudium. Seit 2009 lehrt die Medizinethikerin an der Universität zu Köln; von 2012 bis 2016 war sie Vorsitzende des Deutschen Ethikrates.

Prof. Dr. phil. Nadine Pieck hat die neue Stiftungsprofessur „Gesundheitsförderung und Prävention im Betrieb“ an der Hochschule Magdeburg-Stendal übernommen, die die AOK Sachsen-Anhalt am dort neu gegründeten Institut für Gesundheitsförderung und Prävention im Betrieb gestiftet hat. Nach dem Studium der Sozialwissenschaften an der Leibniz-Universität Hannover war Pieck dort zunächst als Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für interdisziplinäre Arbeitswissenschaft tätig. 2009 übernahm sie die Geschäftsführung des Instituts, seit 2012 war sie dessen stellvertretende Leiterin.

Prof. Dr. med. Klaus Berger, der Leiter des Instituts für Epidemiologie und Sozialmedizin am Universitätsklinikum Münster, ist der neue Vorsitzende des wissenschaftlichen Vorstands von Deutschlands größter Gesundheitsstudie, der NAKO-Gesundheitsstudie. Die Langzeitbevölkerungsstudie wird von einem Netzwerk deutscher Forschungseinrichtungen durchgeführt und untersucht die Ursachen und die Entstehung von Volkskrankheiten wie Krebs oder Diabetes.

Prof. Dr. rer. nat. Geraldine Rauch hat eine Professur für Biometrie an der Charité – Universitätsmedizin Berlin angetreten und wird dort künftig auch als Direktorin das Institut für Biometrie und klinische Epidemiologie leiten. Nach dem Mathematikstudium in Bremen und Stationen in Wales und Heidelberg war Rauch zuletzt stellvertretende Leiterin des Instituts für Medizinische Biometrie und Epidemiologie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf.

KONGRESSE

Thema	Inhalt	Datum/Ort	Veranstalter	Anmeldung
6. World Congress of Clinical Safety	Patientensicherheit; Medikation; Krisenmanagement; gesunde Umwelt und Ernährung	6.–8.9.2017 Rom	International Association of Risk Management in Medicine 4-7-12-102 Hongo, Bunkyoku Tokyo/113-0033 Japan	www.iamm.org/GWCCS/ E-Mail: 6wccs@iamm.org Telefon: +81 33817-6770
Global Evidence Summit „Using Evidence. Improving Lives“	Evidenz für Afrika; Malaria; Ebola; Evidenz in einer postfaktischen Welt	12.–16.9.2017 Kapstadt/Südafrika	Cochrane South Africa/South African Medical Research Council P.O. Box 19070 7505 Tygerberg/Südafrika	www.globalevidencesummit.org > Attend; E-Mail: registration@globalevidencesummit.org Telefon: +27 21938-0438
Zi-Konferenz Versorgungsforschung 2017 „Regionale Unterschiede in der Gesundheitsversorgung“	Regionalisierte Versorgungsforschung, regionale Indikatoren und Qualitätsentwicklung	13.–14.9.2017 Berlin	Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland Salzufer 8 10587 Berlin	nur online: www.zi-hsrc-berlin.de > Anmeldung
51. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM) „Der Mensch im Mittelpunkt“	Hausärztliches Handeln zwischen Ansprüchen und Alltag; Familienmedizin; Evidenz	21.–23.9.2017 Düsseldorf	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin Friedrichstraße 133 10117 Berlin	www.degam2017.de > Anmeldung E-Mail: abinning@intercom.de Telefon: 0351 320173-30
16. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung „Zukunft Regionale Versorgung. Forschung, Innovation, Kooperation“	Innovative Versorgungskonzepte; Arbeitsteilung im Gesundheitswesen; eHealth in der Region	4.–6.10.2017 Berlin	Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e. V. c/o Universität Köln – IMVR Eupener Straße 129; 50933 Köln	www.dkvf2017.de > Teilnehmerregistrierung; E-Mail: alexander.rossnagel@mcon-mannheim.de Telefon: 0621 4106-343
17. Weltkongress der Psychiatrie „Psychiatry of the 21st Century“/Jahreskongress der DGPPN	Psychiatrie und Gesellschaft; Komorbidität psychischer und körperlicher Erkrankungen	8.–12.10.2017 Berlin	Dt. Ges. für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde; Reinhardtstraße 27 B; 10117 Berlin	www.dgppnkongress.de > Anmeldung E-Mail: wpa2017@cpo-hanser.de Telefon: 030 300-6690

Kontakte

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Nachdruck nur mit schriftlicher Genehmigung der Herausgeber.

G+G Wissenschaft (GGW)
GGW ist eine Verlagsbeilage von *Gesundheit und Gesellschaft*
Herausgeber: Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)

Verantwortliche Redakteure:
Ines Körver (KomPart),
Prof. Dr. Klaus Jacobs, Sabine Schulze (WIdO)
Red.-Mitglieder: Dr. Silke Heller-Jung, Annegret Himrich; **Grafik:** Geertje Steglich (KomPart)

Anschrift der Redaktion:
Gesundheit und Gesellschaft – Wissenschaft,
Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin
Telefon: 030 22011-201, Fax: 030 22011-105
E-Mail: ggw-redaktion@komp.art.de