



Wissenschaft

GGW – Das Wissenschaftsforum in Gesundheit und Gesellschaft

Oktober 2013, 13. Jahrgang

NOTIZEN

Zeitschriftenschau

von *Margund Rohr*, Institut für Psychogerontologie,
Universität Erlangen-Nürnberg 2

Drei Fragen an

Norbert W. Paul, Institut für Geschichte, Theorie und Ethik,
Universität Mainz 3

Buchtipp

von *Brigitte Herbst*, Infostelle der Deutschen Gesellschaft
für Ernährungsmedizin e. V., Berlin 4

WIDO

Fehlzeiten-Report 2013

Alkohol und Tabak sind die häufigsten Suchtmittel 5

Neues WidO-Buch

Für einen neuen Krankenversicherungsmarkt 6

ANALYSEN

Schwerpunkt: Ambulante Versorgung in Deutschland – ein Puzzle-Spiel?

Wie viele und welche Ärzte braucht das Land?

Norbert Schmacke, Institut für Public Health und
Pflegeforschung, Universität Bremen 7

Ambulante spezialfachärztliche Versorgung – ein Zukunftsmodell?

Rainer Hess, ehemaliger Vorsitzender des
Gemeinsamen Bundesausschusses, Rechtsanwalt, Köln 16

Aufgabenneuverteilung im Gesundheitswesen – Anforderungen an die Qualifikation von Gesundheitsfachberufen am Beispiel der Pflege

Adina Dreier und Wolfgang Hoffmann,
Institut für Community Medicine, Greifswald 23

STUDIE IM FOKUS

Erhöhtes Krebsrisiko durch Computertomografien
im Kindes- und Jugendalter 31

SERVICE

Köpfe, Kongresse, Kontakte 32

Liebe Leserinnen und Leser,

der Begriff Puzzle kommt aus dem Englischen und heißt so viel wie „Verwirrung, Verlegenheit, kniffliges Problem“. Das passt doch recht gut auf die Situation der ambulanten Versorgung in Deutschland.

So stellt das Thema Ärztemangel ein durchaus kniffliges Problem dar. **Norbert Schmacke** ist überzeugt, dass sich die Diskussionen hierum längst in kreativere Richtungen bewegen müssten, als dies bisher bei uns in Deutschland der Fall ist. Er fordert eine stärkere Orientierung an den angloamerikanischen Erfahrungen mit Primary Care und drängt darauf, den Blick über die Ärzteschaft hinaus zu erweitern.

Hier schauen auch **Adina Dreier** und **Wolfgang Hoffmann** hin und fordern strukturelle Veränderungen in der medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie eine Reform der traditionellen Aufgabenfelder. Gemeinsame Lehrangebote für sich überschneidende Themen von Pflege und Medizin würden zudem eine bessere Zusammenarbeit und Wertschätzung der Professionen schon in der Ausbildung einüben.

Ein weiteres Puzzle-Steinchen hat der Gesetzgeber mit dem Versorgungsstrukturgesetz und der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung zur Verfügung gestellt. Ob nun dieser Anlauf dabei hilft, den Graben zwischen ambulanter und stationärer fachärztlicher Versorgung zu überwinden, wird davon abhängen, wie weit die Unterschiede zwischen ländlichen und städtischen Versorgungsstrukturen berücksichtigt und die Schnittstellen sauber definiert sind, meint **Rainer Hess**.

In einem Puzzle werden die Einzelteile so zusammengefügt, dass die gewünschte Lösung herauskommt. Dazu braucht es natürlich die richtigen Einzelteile. Und dann braucht es diejenigen, die die richtigen Teilchen erkennen, um sie sinnvoll zusammenzufügen. Schau'n wir mal.

Viel Vergnügen beim Lesen wünscht Ihnen

Bettina Nellen

**Qualitätssicherung
Kliniken werden besser**

Der Qualitätsreport 2012 mit Daten von 1.638 Krankenhäusern aus den 30 Leistungsbereichen der externen Qualitätssicherung und die ihm zugrundeliegenden Bundesauswertungen sind jetzt im Internet abrufbar. Der Report belegt, dass die Qualität stationärer Behandlungen insgesamt besser wurde, es aber auch noch Bereiche und Kliniken „mit Luft nach oben“ gebe, sagte Professor Joachim Szecsenyi, Geschäftsführer des Göttinger AQUA-Instituts, das den Qualitätsreport für den Gemeinsamen Bundesausschuss

(GBA) erstellte. Der jährliche Bericht fasst die Daten der Bundesauswertungen zusammen und kommentiert diese. Alle Kliniken werden abgebildet, aber keine wird namentlich genannt. ■

Mehr Informationen:
www.sqg.de/themen/qualitaetsreport; www.sqg.de/ergebnisse/leistungsbereiche

**Ausschreibung
DIMDI sucht Partner**

Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) sucht für die Jahre 2014 bis 2016 drei wissenschaftliche Institutionen oder Ko-

operationsgruppen (Konsortien), die für je sechs Versorgungsansätze systematisch das beste verfügbare Wissen erschließen und analysieren. Daraus erstellt das DIMDI dann HTA-Berichte (Technologiefolgenabschätzungen). Die Projekte – jeweils zwei größere und vier mittlere – und Prozesse folgen dabei einer festgelegten Methodik und beziehen weitere externe Gutachter ein. Den Zuschlag erhalten die Angebote mit dem besten Preis-Leistungs-Verhältnis. Die Bewerbungsfrist läuft noch bis 31. Oktober 2013. ■

Mehr Informationen:
www.dimdi.de → Das Dimdi → Ausschreibungen

ZEITSCHRIFTENSCHAU

Essen, was populäre Mitschüler essen

Freunde bestimmen mit, wie viel Obst und Gemüse Kinder zu sich nehmen oder ob sie Fastfood bevorzugen. Siebzig Grund- und Realschüler im Alter zwischen acht und 14 Jahren schätzten das Ernährungsverhalten ihrer Peers (Gleichaltrige in ihrem sozialen Umfeld) ein. Es zeigte sich, dass sie sympathischen Kindern eher gesunde Ernährungsverhalten zuschrieben, sozial negativ bewertete Peers dagegen mit ungesunder Ernährung in Verbindung brachten. Die Popularität des jeweiligen Peers wirkte sich auf die Lebensmittelauswahl der Schüler aus: Hatten die Kinder bei populären Mitschülern (also solchen Kindern mit hohem sozialen Status, die aber nicht notwendigerweise sympathisch sind) eine eher ungesunde Ernährungsweise wahrgenommen, entschieden sie sich anschließend bei einer Wahlaufgabe eher für ungesunde Lebensmittel wie Cola, Pizza oder Eiscreme. ■
Z Gesundheitspsychol 2013;21(2):71–81

Es zeigte sich, dass problematische Beziehungen, insbesondere zu Verwandten, negative Konsequenzen für das psychische Wohlergehen hatten, während ambivalente eher mit körperlichen Beeinträchtigungen einhergingen. Zudem unterschieden sich die Bewältigungsstrategien im Umgang mit problematischen und ambivalenten Beziehungen. So reagierten die Teilnehmer mit stärkerem und länger andauerndem Stress auf problematische Beziehungspartner, versuchten diese zu meiden und zeigten sich weniger versöhnlich ihnen gegenüber. ■
Psychol Aging 2012;27(4):912–923

Schmerzpatienten: Ehepartner leiden mit

Seit längerem ist bekannt, dass die Gesundheit von Paaren miteinander verwoben ist und die Erkrankung eines Partners Auswirkungen auf das Wohlbefinden des anderen hat. In einer Studie mit 138 Arthritis-Patienten und ihren Ehepartnern untersuchten Wissenschaftler, wie sich die Schmerzen des Betroffenen auf den Schlaf des Partners auswirkten. Über einen Zeitraum von drei Wochen zeigte sich, dass die Ehepartner an Tagen, an denen die Patienten stärkere Schmerzen beklagten, nachts schlechter und weniger erholsam schliefen. Dies war insbesondere bei engen Partnerschaften der Fall. Nach Ansicht der Autoren sollte hier eine gezielte Gesundheitsprävention für die Partner ansetzen. ■
Pain 2013;154(9):1725–1731

Gesundheitsfolgen negativer Beziehungen

Konflikte und Auseinandersetzungen sind schlecht für Wohlbefinden und Gesundheit. Spielt es dabei eine Rolle, ob eine Beziehung problematisch oder ambivalent, also teils positiv, teils negativ, ist? Dieser Frage gingen Forscher in einer repräsentativen Studie mit 916 Menschen zwischen 65 und 90 Jahren nach. Gerade Senioren, das zeigen Studien, bemühen sich aktiv um ein positives soziales Umfeld.



Von

Dr. Margund Rohr,

Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Psychogerontologie an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg

Adresse:

Kobergerstraße 62
90408 Nürnberg
Tel.: 0911 5302-96104
Fax: 0911 5302-96101
margund.rohr@fau.de
www.geronto.fau.de

LIFE-Studie**Alterserkrankungen kündigen sich früh an**

In der Bevölkerungsstudie des Forschungszentrums für Zivilisationserkrankungen der Uniklinik Leipzig (LIFE) sind seit November 2011 rund 4.240 Erwachsene untersucht worden. Das sind zwei Prozent aller Leipziger. Die zweite Zwischenauswertung ergab, dass einige Alterserkrankungen schon viel früher als bisher gedacht beginnen. So wurden bei unter 50-jährigen Veränderungen an den Gefäßen (Plaques) gefunden, die als Vorboten einer koronaren Herzkrankheit eingestuft werden. Gleiches gilt für Netzhautveränderungen, die wahrscheinlich zu Makuladegeneration führen. Bis Ende 2014 sollen 10.000 Leipziger zwischen 40 bis 80 Jahren in die Studie einbezogen werden. Für die parallel laufende Studie LIFE CHILD wurden bisher 2.700 Kinder und Jugendliche untersucht. ■

Mehr Informationen:

<http://life.uni-leipzig.de>

IW-Studie**Kein Ärztemangel: Zahl der Studienplätze reicht**

Das arbeitgebernahe Institut der deutschen Wirtschaft (IW) geht jetzt auch davon aus, dass es keinen Ärztemangel gibt. Mit 3,8 Ärzten auf 1.000 Einwohner liege Deutschland international in der Spitzengruppe vor den USA (2,5) und Japan (2,2). Auch wenn die Zahl der jährlich ausscheidenden Ärzte in den nächsten zwölf Jahren von heute 6.600 auf 9.500 steige, könne der demografiebedingte Ersatzbedarf bei jährlich 10.000 Absolventen problemlos gedeckt werden, heißt es in der IW-Studie „Der Arbeitsmarkt für Humanmediziner und Ärzte in Deutschland – Zuwanderung verhindert Engpässe“. Anders als oft ange-

nommen, wanderten auch mehr Ärzte ein als aus. 2010 arbeiteten 31.000 Ärzte mit ausländischem Abschluss in Deutschland, darunter auch viele „Numerus-Clausus-

Flüchtlinge“, aber nur 24.000 deutsche Ärzte im Ausland. ■

Mehr Informationen:

www.iwkoeln.de/de/studien/iw-trends/beitrag/128956

DREI FRAGEN AN ...**Politik sollte erst Argumente prüfen und dann entscheiden**

... Professor Dr. rer. medic. Norbert W. Paul, M.A., Direktor des Instituts für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin der Universitätsmedizin Mainz

Forschungsschwerpunkte:

Menschliche Grenzerfahrungen in der Medizin; Medizin und Öffentlichkeit; Gesundheitspolitik in Deutschland; Krankenhausmedizin zwischen Ethik, Ökonomie, Geschichte und Theorie des Wachstums und der Regeneration; Geschichte und Ethik der Individualisierten Medizin; Biomedizin und klinische Ethik

Jahresetat:

sehr gering

Zahl und Qualifikation der Mitarbeiter:

Insgesamt 13 (ohne geförderte Doktoranden und Mitarbeiter des Klinischen Ethikkomitees), darunter:
2 Professoren,
9 wissenschaftliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen,
2 wissenschaftliche Bibliothekarinnen und
1 Assistenz der Institutsleitung

Adresse:

Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin
Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg Universität Mainz
Am Pulverturm 13
55131 Mainz
Telefon: 06131 179-545
Telefax: 06131 179-479
norbert.paul@uni-mainz.de
www.unimedizin-mainz.de/medhist

Was ist derzeit Ihre wichtigste wissenschaftliche Fragestellung?

Wir befassen uns mit der Frage, welche Extremsituationen Menschen und ihre Biografie mit der Medizin verbinden. Wir konzentrieren uns dabei auf Körperlichkeit (zum Beispiel bei Essstörungen), Zeitlichkeit (etwa bei posttraumatischen Belastungsstörungen) und Fähigkeiten (etwa im Hinblick auf unerfüllte Kinderwünsche). Zudem verfolgen wir eine Reihe von wissenschafts- und medizinhistorischen Fragestellungen mit starkem Gegenwartsbezug und widmen uns den Grundlagen und Folgen der Ökonomisierung der Krankenhausmedizin sowie der Theorie und Praxis der klinischen Ethik bis hin zur bettseitigen Versorgung.

Wie fördern Sie die Kooperation wissenschaftlicher Disziplinen und die Netzwerkbildung?

Das Thema „Grenzerfahrungen“ bearbeiten wir in einer interdisziplinären Gruppe mit zwölf Wissenschaftlern aus Medizin, Lebens-, Geistes- und Kulturwissenschaften. International arbeiten wir eng mit der École Normale Supérieure, der Sorbonne in Paris, der Universität Pittsburgh, dem King's College London und dem European Institute of Oncology in Mailand zusammen. Diese Kooperation umfasst auch die gemeinsame Nachwuchsförderung.

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

Ja, aber: In guter Wissenschaft gilt, dass man alle verfügbaren Argumente auf Plausibilität prüft, um sich dann für das Überlegene zu entscheiden. In der Politik begegnet man oft dem umgekehrten Weg. Es gibt eine politische Entscheidung, und dann werden passende Argumente in der Wissenschaft gesucht. Das ist bei ethischen Fragestellungen völlig inadäquat und muss sich ändern, um Wissenschaft und Politik in ein fruchtbares Verhältnis zu setzen.

Regionale Versorgung
Datenbank vernetzt
Modellprojekte

Für die Datenbank innovativer Versorgungsmodelle des Instituts für Allgemeinmedizin der Universität Frankfurt/Main von Professor Ferdinand M. Gerlach liegen ein halbes Jahr nach ihrem Start bereits 135 Vorschläge vor. 20 davon wurden in dem von der Robert-Bosch-Stiftung geförderten Projekt „Innovative Gesundheitsmodelle“ (InGe) schon auf Erfolgsfaktoren und Übertragbarkeit analysiert und in der Datenbank veröffentlicht. Auch eine Beratung bei der Implementierung neuer Modelle ist geplant. ■

Mehr Informationen:
www.innovative-gesundheitsmodelle.de

Studium I
Bachelor-Hebammen
jetzt auch in Berlin

An der Evangelischen Hochschule Berlin können Hebammen ihren Beruf jetzt auf Hochschulniveau erlernen. Das achtsemestrige Studium ist nach Bochum und Fulda erst das dritte in Deutschland, das zum Bachelor (B.Sc.) führt. Nach sechs Semestern erwerben die Studierenden – aufgenommen werden nur Frauen – die Berufszulassung. Die Praxisausbildung findet im Alexianer St. Joseph Krankenhaus in Berlin statt, das 2012 mit 3.557 Entbindungen Deutschlands geburtenstärkste Klinik war. ■

Mehr Informationen:
www.eh-berlin.de/studienangebot/hebammenkunde

Studium II
Master der Angewandten
Gesundheitswissenschaft

Die Fachhochschule Zwickau bietet in diesem Wintersemester erstmals den berufsbegleitenden Masterstudiengang „Angewandte Gesundheitswissenschaften“ an. Neben Personal- und Finanzmanagement werden komplexe methodische und gesundheitswissenschaftliche Inhalte vermittelt, außerdem Verhandlungs- und Konflikttraining sowie ethisches Führungshandeln. Die Studienzzeit beträgt sechs Semester, die Semestergebühr 500 Euro. Voraussetzung sind ein Jahr Berufserfahrung und Bachelorabschluss. ■

Mehr Informationen:
www.fh-zwickau.de → Gesundheits- und Pflegewissenschaften

BUCHTIPPS

Zum Thema „Ernährungsmedizin“



Die Buchtipps in GGW wurden diesmal zusammengestellt von:
Dipl. oec. troph. Brigitte Herbst,
 Referentin in der Geschäfts- und Infostelle der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V. (DGEM)

Olivaer Platz 7
 10707 Berlin
 Tel.: 030 310831-5006
 Fax: 030 310831-5008
brigitte.herbst@dgem.de
www.dgem.de

Autoren/Titel	Inhalt
<p><i>Christian Löser (Hrsg.)</i> Unter- und Mangelernährung Klinik – moderne Therapiestrategien – Budgetrelevanz</p>	<p>In Deutschland ist jeder vierte Patient bei der Krankenseinweisung mangelernährt. Wie eine Mangelernährung zu vermeiden oder zu behandeln ist (oder wäre), beschreibt dieses gut strukturierte, umfassende Buch auch im Hinblick auf die Budget- und Kostenrelevanz. Es behandelt neben der klinisch-medizinischen Praxis die komplexen ethischen, wirtschaftlichen, rechtlichen und politischen Aspekte und ist damit ein wertvolles Referenzwerk für Kliniker, Ernährungs- und Pflegefachkräfte und Gesundheitsökonom. (Thieme Verlag 2010)</p>
<p><i>Yoni Freedhoff, Arya M. Sharma</i> Best Weight Ein Leitfaden für das Adipositas-Management</p>	<p>Die Therapie des krankhaften Übergewichts mit konservativen Methoden wie Diät oder Bewegung und bariatrischen, also chirurgischen Maßnahmen wie etwa dem Legen eines Magenbandes wird in diesem Band ebenso behandelt wie das Patientengespräch, Therapiehindernisse und viele weitere praxisrelevante Punkte. Ein praxisorientierter, informativer und gut lesbarer Leitfaden für alle, die in der Adipositas-Therapie tätig sind. (Pabst Verlag 2012)</p>
<p><i>Claus Leitzmann, Markus Keller</i> Vegetarische Ernährung</p>	<p>Dieses wissenschaftliche Standardwerk über vegetarische und vegane Ernährung liegt jetzt in der dritten aktualisierten Auflage vor. Die Autoren legen den Schwerpunkt auf die Rolle der vegetarischen Ernährung bei der Prävention von Erkrankungen und auf die Versorgungslage von Vegetariern mit Nährstoffen. Ihre Ausführungen zur Geschichte des Vegetarismus und zu globalen Themen wie Klimawandel und Welternährung zeigen Hintergründe und Zusammenhänge auf. (Ulmer Verlag 2013)</p>

Fehlzeiten-Report 2013

Alkohol und Tabak sind die häufigsten Suchtmittel

Alkohol ist neben Tabak das am häufigsten konsumierte Suchtmittel unter den Beschäftigten. 97,1 Prozent der erwachsenen Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter, rund 48,6 Millionen Menschen, trinken Alkohol. 30 Prozent der Über-17-Jährigen rauchen regelmäßig.

Trotz der bekannten Risiken ist Alkohol gesellschaftlich akzeptiert. 5,3 Prozent der Beschäftigten in Deutschland haben, nach ihrem Konsum in der letzten Woche befragt, täglich Alkohol getrunken. Das gilt vor allem für Männer (8,9 Prozent), die fast viereinhalbmal häufiger als Frauen (2 Prozent) täglich Alkohol trinken. Dies ist ein Ergebnis einer repräsentativen Befragung, die das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIDO) für den neuen Fehlzeiten-Report durchgeführt hat. Bei etwa 1,3 Millionen Menschen in Deutschland wurde eine Alkoholabhängigkeit diagnostiziert. Die Wahrscheinlichkeit, regelmäßig Alkohol zu trinken, steigt unabhängig vom Alter mit der Bildung. Umgekehrt ist es beim Rauchen: Beschäftigte mit hoher Bildung rauchen weniger. Dies kann ein Hinweis darauf sein, dass beim Rauchen, anders als beim Alkohol, Aufklärungskampagnen die besser Ausgebildeten stärker erreichen. Unterschiede zwischen Männern und Frauen gibt es bei der Zahl der Raucher kaum.

Im Vergleich zum Tabak- und Alkoholkonsum verursachen andere Süchte bisher nur einen geringen Teil der betrieblichen Fehltagel. Doch es gibt Hinweise, dass dies nicht so bleiben wird. Die Fehltagel wegen des Konsums von Stimulanzien wie Amphetaminen etwa bewegen sich zwar auf niedrigem Niveau, haben sich aber in den letzten zehn Jahren bereits vervierfacht. Laut einer WIDO-Befragung aus dem Frühjahr 2013 besteht bei den Beschäftigten eine hohe Bereitschaft, leistungssteigernde Medikamente wie Psychopharmaka oder Amphetamine einzunehmen, um mit beruflichem Stress umzugehen. So gab jeder 20. Arbeitnehmer (fünf Prozent) an, in den letzten zwölf Monaten ein solches Medikament genommen zu haben. Bei den unter 30-jährigen war es sogar jeder Zwölfte.

Suchterkrankten, die ihr Arzt wegen psychischer Verhaltensauffälligkeiten krankgeschrieben hat,

haben hohe Fehlzeiten. Beschäftigte, die mindestens einmal wegen einer Suchterkrankung krankgeschrieben waren, fehlen im Jahr durchschnittlich drei Mal so lange (92 Tage) wie Beschäftigte, die aus anderen Gründen krankgeschrieben wurden (31 Tage). Diese Ausfälle sind für die Wirtschaft enorm: Legt man die Fehltagel der erwerbstätigen AOK-Mitglieder wegen Suchterkrankungen zugrunde (2,4 Millionen Fehltagel in 2012) und zieht hinzu, wie hoch die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin den Verlust an Arbeitsproduktivität (Ausfall an Bruttowertschöpfung) beziffert, ergibt sich hochgerechnet auf die 36,6 Millionen Arbeitnehmer ein Betrag von insgesamt knapp 1,3 Milliarden Euro.

Der Fehlzeiten-Report 2013 erklärt Suchtverhalten und zeigt, welche Süchte mit welchen Folgen in der Arbeitswelt eine Rolle spielen. Zudem enthält er wertvolle Hinweise, wie Suchtprävention und Suchthilfe in den Unternehmen gelingen können. ■



Badura B, Ducki A, Schröder H, Klose J, Meyer M (Hrsg.): *Fehlzeiten-Report 2013. Verdammte zum Erfolg – die süchtige Arbeitsgesellschaft? Heidelberg, Berlin: Springer 2013; 504 Seiten, 49,99 Euro, ISBN 978-3-642-37116-5*



Markus Meyer, wissenschaftlicher Mitarbeiter im WIDO und Mitherausgeber des Fehlzeiten-Reports 2013

„Der hohe Leistungsdruck in der Arbeitswelt kann Verhaltensweisen begünstigen, die zu Abhängigkeit und Sucht führen. Der Fehlzeiten-Report zeigt, dass der Arbeitsplatz zugleich ein wichtiger Ort für Prävention sein kann.“

TABAK-, ALKOHOL- UND MEDIKAMENTENKONSUM

Angaben in Prozent; n=2.005 Beschäftigte		Erwerbstätige insgesamt	Geschlecht		Altersgruppen		
			Männer	Frauen	<30	30- <50	50- 65
Anteil der Raucher	regelmäßig/ gelegentlich	32,8	33,3	32,4	44,4	31,4	30,6
Häufigkeit des Alkoholkonsums in der letzten Woche	0 Tage	35,4	27,6	42,6	38,3	37,6	30,4
	7 Tage	5,3	8,9	2,0	1,9	3,5	9,6
Medikamente zur Leistungssteigerung	in den vergangenen zwölf Monaten	5,0	4,0	6,0	8,0	3,7	6,0

Quelle: Fehlzeiten-Report 2013; Grafik: G+G Wissenschaft 2013

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



Jacobs K, Schulze S
(Hrsg.): *Die Krankenversicherung der Zukunft. Anforderungen an ein leistungsfähiges System.*
Berlin: KomPart 2013;
288 Seiten, 17,80 Euro,
ISBN: 978-3-940172-31-0

Neues Wido-Buch

Für einen neuen Krankenversicherungsmarkt

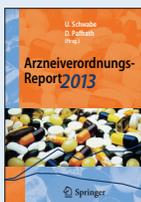
Privat Krankenversicherte verdienen im Durchschnitt mehr als doppelt so viel wie gesetzlich Versicherte. Dennoch können immer mehr Privatversicherte mit geringen Einkommen, vor allem Solo-Selbstständige, ihre steigenden Prämien nicht mehr bezahlen.

Anders als die gesetzliche Krankenversicherung kennt die private Krankenversicherung keinen Solidarausgleich. Dabei findet das Prinzip der Einkommenssolidarität bei der Finanzierung des Krankenversicherungsschutzes – Besserverdienende bezahlen mehr als Geringverdienende – in der Bevöl-

kerung großen Rückhalt, bei den Privatversicherten kaum weniger als bei gesetzlich Versicherten.

Diese Ergebnisse aus der neuen Wido-Publikation „Die Krankenversicherung der Zukunft. Anforderungen an ein leistungsfähiges System“ unterstreichen, dass das Nebeneinander von gesetzlicher und privater Krankenversicherung an Grenzen stößt. Deshalb ist die Schaffung eines gemeinsamen Krankenversicherungssystems erforderlich. Zum einen, um die solidarische und nachhaltige Finanzierung des Krankenversicherungsschutzes zu sichern, zum anderen, um die

medizinische Versorgung gezielt zu steuern und durch möglichst unbeschränkte Wahl- und Wechselrechte aller Versicherten den Wettbewerb auf dem Krankenversicherungsmarkt zu beleben. Welche Strukturmerkmale und Steuerungsprinzipien dabei zu beachten sind, zeigen die Beiträge einschlägiger Experten. Erfahrungen aus den beiden wettbewerblichen Krankenversicherungssystemen der Niederlande und der Schweiz runden die Analysen ab. Gesundheitspolitisch Verantwortlichen gibt das Buch so vielfältige und praktische Hilfestellungen für die neue Legislaturperiode. ■



Schwabe U, Paffrath D
(Hrsg.): *Arzneiverordnungs-Report 2013. Aktuelle Daten, Kosten, Trends und Kommentare.*
Heidelberg, Berlin:
Springer 2013;
1.155 Seiten, 49,99 Euro,
ISBN 978-3-642-37123-3,
eBook: ISBN 978-3-642-37124-0

Arzneiverordnungs-Report 2013

Die Ausgaben steigen wieder

Nach dem einmaligen Rückgang im Jahr 2011 sind die Arzneimittelausgaben 2012 wieder um 2,6 Prozent gestiegen. Laut Arzneiverordnungs-Report (AVR) gaben die gesetzlichen Krankenkassen 30,6 Milliarden Euro für Arzneimittel aus.

Die Zahl der verordneten Arzneimittelpackungen stieg 2012 nur leicht um 1,3 Prozent. Der Umsatz mit patentgeschützten Medikamenten hat sich seit 1996 mehr als vervierfacht und lag vergangenes Jahr bei 13,4 Milliarden Euro.

Die Kosten für eine Tagesdosis solcher innovativen Wirkstoffe sind dabei 2012 gegenüber dem Vorjahr um 24 Prozent gestiegen. Für neue Wirkstoffe, deren Erstattungsbeträge 2012 nach den Regularien der frühen Nutzenbewertung verhandelt wurden, berechnet der AVR für 2012 rund 25 Millionen Euro an Einsparungen. Das Instrument wirkt also, sehr große Einsparungen sind allerdings kurz- und mittelfristig noch nicht zu erwarten.

Der AVR wertet zum ersten Mal auch Rezepturarzneimittel

aus, die in der Apotheke hergestellt werden und ein Umsatzvolumen von 2,8 Milliarden Euro haben. Auch die Verordnungen von Zahnärzten wurden zum ersten Mal strukturell einbezogen.

Im jährlich erscheinenden AVR kommentieren Experten aus Pharmakologie, Medizin und Ökonomie das ärztliche Ordnungsverhalten und stellen Ordnungstrends dar. Sie zeigen, dass eine hochwertige Arzneimitteltherapie wirtschaftlicher erbracht werden könnte und wo es dafür Ansatzpunkte gibt. ■

DAS WIDO AUF KONGRESSEN: Christian Günster: „Fokus Patient: Ergebnisqualität messen, Versorgungsqualität sichern“, Herbsttagung der Landesgruppe Baden-Württemberg des Verbands der Krankenhausdirektoren Deutschlands, Stuttgart, 10/2013 +++ Prof. Dr. Klaus Jacobs: „Selektivverträge: Gemeinsam und einheitlich oder wettbewerblich und differenziert?“, 12. Europäischer Gesundheitskongress, München, 10/2013 +++ Christian Günster: „Qualitätssicherung mit Routinedaten: Mehr Transparenz für Kliniken über Langzeitergebnisse“, Deutscher Städtetag, Berlin, 10/2013 +++ Deutscher Kongress für Versorgungsforschung, Berlin, 10/2013: Jean-François Chenot, Christiane Haupt: „Trends in der Versorgung von Rückenschmerzpatienten von 2006 bis 2010“, Christian Günster, Christiane Haupt: „Entwicklung, Validierung und Anwendung eines routinedatengestützten Prädiktionsmodells für Krankenhauseinweisungen“, Christian Günster, Elke Jeschke: „Zum Zusammenhang von Behandlungshäufigkeit und -ergebnis in der Hüftendoprothetik: eine Analyse von AOK-Routinedaten“ +++ Prof. Dr. Klaus Jacobs: „Gesundheitsökonomische Anfrage zur Regionalisierung“, Symposium der Robert-Bosch-Stiftung, Berlin, 11/2013 +++ Nationaler Qualitätskongress Gesundheit, Berlin, 11/2013: Gisbert Selke: „Rationaler Arzneimittel Einsatz durch Pharmakotherapieberatung“, Christian Günster, Elke Jeschke: „Gibt es einen Zusammenhang zwischen Behandlungshäufigkeit und -ergebnis beim Hüftgelenkersatz in Deutschland?“ +++ Prof. Dr. Klaus Jacobs: „Die Gesundheitsversorgung im Wandel“, 13. Münchner Wissenschaftstage, München, 11/2013

Wie viele und welche Ärzte braucht das Land?

von Norbert Schmacke¹

ABSTRACT

In den öffentlichen Diskussionen um den Ärztemangel schwingt noch immer mit, es könne das Ziel sein, den Status quo im Wesentlichen beizubehalten und hier und dort gar noch Versorgungslücken zu schließen. Es wird aber nicht möglich sein, die alten Verhältnisse wiederherzustellen oder auch nur zu erhalten, selbst wenn mit enormen Anreizen für die nachwachsenden Arztgenerationen gearbeitet wird. Es erscheint daher sinnvoller, die entstandene Diskussionsbereitschaft dafür zu nutzen, nach neuen Wegen einer als angemessen zu betrachtenden Versorgung zu suchen. Dabei können angloamerikanische Erfahrungen mit einer stärkeren Orientierung der Versorgung hin zu Primary Care sinnvoll genutzt werden. Insgesamt steht die Versorgungsforschung vor der großen Herausforderung, Studiendesigns zu entwickeln, die für größere Transparenz und Vertrauen in künftige Reformen sorgen können. Eine realistische Weiterentwicklung des Gesundheitssystems ist auf erhebliche Investitionen in derartige Systemforschung angewiesen.

Schlüsselwörter: Ärztemangel, Versorgung, Versorgungsforschung, Primary Care

In public discussions about the shortage of physicians, the notion still resonates that the aim is to basically maintain the status quo and close some gaps in medical care here and there. However, restoring or even maintaining the old conditions will not be possible, even if there are enormous incentives for future generations of physicians. Therefore, it makes sense to use the present willingness to discuss the problem to look for new ways of an appropriate medical care. In this respect, it would be useful to take Anglo-American experiences with a stronger orientation towards primary care into consideration. Overall, health services research faces the major challenge to develop study designs that may provide greater transparency and confidence in future reforms. A realistic development of the German health care system depends on significant investments in such research.

Keywords: shortage of physicians, medical care, health services research, primary care

1 Einleitung

Wo immer Medien über Probleme im Gesundheitswesen berichten: Auch im Jahr 2013 ist weiterhin die Rede vom Ärztemangel. Der Begriff hat sich in der deutschen Sprache ebenso eingebürgert wie „physician shortage“ in der englischen. Es klingt plausibel: Frei werdende Arztsitze sind seit einigen Jahren in Deutschland zum Teil trotz intensiver Bemühungen nicht wiederzubersetzen, Krankenhäuser suchen in bestimmten Bereichen verzweifelt nach Ärztinnen und Ärzten – der Mangel liegt scheinbar auf der Hand. Eine Tatsache ist nicht zu bestreiten: Die gewohnte Ärzteverteilung ist nicht mehr haltbar. Das zeigen vor allem

die Probleme, Arztsitze im ländlichen Raum 1:1 wiederbesetzen zu können. Wer daran anknüpfend sagt, „und das wird auch nicht zu ändern sein“, erntet bislang immer noch aus unterschiedlichen Motiven Widerspruch. Grund genug, erneut darauf hinzuweisen, dass viele Fragen im Umfeld der Debatte über den Ärztemangel noch nicht diskutiert werden (Schmacke 2006). Nachfolgend sollen daher einige weiterhin zentrale Fragen intensiver beleuchtet werden. Der Text greift in Teilen auf das Gutachten „Die Zukunft der Allgemeinmedizin“ zurück, das der Autor Anfang des Jahres für den GKV-Spitzenverband erarbeitet hat, wobei die Bedeutung des Gender-Themas in diesem Artikel nur gestreift wird (Schmacke 2013b).

¹Prof. Dr. med. Norbert Schmacke, Institut für Public Health und Pflegeforschung, Universität Bremen · Grazer Straße 4 · 28359 Bremen
Telefon: 01520 8987285 · E-Mail: schmacke@uni-bremen.de · www.ipp.uni-bremen.de

2 Was heißt Bedarf?

Anfang 2013 hat der Gemeinsame Bundesausschuss die neue Bedarfsplanungsrichtlinie verabschiedet. Zu offensichtlich war der Reformbedarf: Die Ungleichverteilung von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zwischen ländlichen und städtischen Regionen als auch innerhalb der Ballungszentren hatte trotz stetig wachsender Ärzte- und Therapeutenzahlen zugenommen.

Die Hauptidee der Reform war, die Planungsbezirke kleiner zu fassen, um damit die Ungleichverteilung zwischen über- und unterversorgten Regionen besser als bisher ausgleichen zu können. Die zweite Idee war, mehr Hausärzte und Psychotherapeuten zuzulassen, um den öffentlich immer stärker diskutierten Mangel in strukturschwachen Regionen zu beheben. Bedarfsplanung heißt aber auch damit weiterhin nicht, Bedarf auf dem Boden patientenrelevanter Daten definiert zu haben und die Versorgungsmuster daran Schritt für Schritt auszurichten. So überfällig die Reform der Bedarfsplanung mit anderen Worten auch war, so sehr sind die Grenzen dieses Ansatzes zu erkennen. Es kommt darauf an, noch einmal eine breite Diskussion über die Frage zu ermöglichen, wie Bedarf an qualifizierter Versorgung für morgen und übermorgen neu gefasst werden sollte: Dabei spielt die Ärzteverteilung fraglos eine wichtige, aber keineswegs die allein ausschlaggebende Rolle.

Nun ist Bedarf im Gesundheitswesen grundsätzlich nicht klar definiert. Was als angemessen betrachtet wird, ist immer ganz wesentlich eine Frage regionaler und nationaler Traditionen. Wer weite Wege ins Krankenhaus und zu Spezialisten gewohnt ist, kommt nicht auf die Idee, den Kardiologen in zehn Kilometern Entfernung für erforderlich zu halten. Wer andererseits seine Ärztinnen und Ärzte normalerweise in 30 Minuten erreichen kann, wird im Zweifelsfall die Schließung einer Augenarztpraxis in der Nähe als Skandal begreifen. Das ist die eine Wahrheit. Die andere lautet: Es lohnt sich gerade deswegen, genauer darüber nachzudenken, in welchem Verhältnis die Zahl der tätigen Professionellen und die Formen ihrer Zusammenarbeit zur Qualität der Behandlungsergebnisse und zur Lebensqualität der Patientinnen und Patienten steht. Und es ist dabei eine zentrale Frage, wie stark die Rolle der Generalisten bei der Strukturierung der Versorgung ist. Derart radikale Fragen stören noch die eingeschliffenen Verhandlungsroutinen zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen ebenso wie das Denken in der Gesundheitspolitik in Bund und Ländern – und sie widersprechen erst einmal auch dem gesunden Menschenverstand, der sich von Alltagserfahrungen leiten lässt – und danach kann es nie genug an ärztlicher Versorgung geben. Dies ist nicht leicht dahin gesagt, sondern durch nachprüfbare Daten belegt.

So betitelt das New England Journal of Medicine einen Artikel zum Thema Ärztemangel mit den Worten „Physician Workforce Crisis? Wrong Diagnosis, Wrong Prescription“ (*Goodman und Fisher 2008*). Die Autoren verbanden in ihrer Analyse Daten zur Ungleichverteilung von Ärztinnen und Ärzten mit Daten zu den Indikatoren Versorgungsqualität und Patientenzufriedenheit. Es zeigte sich, dass beide Indikatoren keinen Zusammenhang zur Arztdichte aufweisen, ganz im Gegensatz zur Ausgabenseite. Die Autoren weisen dabei auf den Extremfall Massachusetts hin, wo sich seit 1979 die Arztlizenzen verdoppelt hatten und dennoch Klagen über einen Ärztemangel nicht verstummen wollten. In Deutschland beginnt die empirische Auseinandersetzung zu diesen Fragen recht spät – und gibt Hinweise darauf, dass es sehr wohl möglich ist, zum Thema „Bedarf“ eine ordentliche Diskussionsgrundlage zu schaffen. Für Deutschland wurde untersucht, wie es um den Einfluss der Arztdichte auf prinzipiell vermeidbare Krankenhausfälle bestellt ist (*Sundmacher et al. 2012*). Danach gibt es eine kritische Dichte niedergelassener Ärztinnen und Ärzte – etwas unterschiedlich je nach untersuchter Erkrankung –, bei deren Überschreiten die Zahl vermeidbarer Einweisungen entgegen naiver Erwartungen deutlich zunimmt. Studien mit derartigen Fragestellungen müssen ausgeweitet werden, um intelligentere Steuerungsdaten in die Hand zu bekommen, als dies heute der Fall ist, und um nicht immer auf Studien aus anderen Gesundheitssystemen verweisen zu müssen.

3 Versorgungsforschung: Vorbilder für Deutschland

Eine gut ausgestattete Versorgungsforschung könnte auch in Deutschland mehr Sicherheit bei Fragen des tatsächlichen Bedarfs bringen, vorausgesetzt, man will solche Forschung überhaupt und stattet sie mit einem langen Atem aus. Dafür stehen in der internationalen Forschung vor allem zwei Namen. John Wennberg, Arzt und Epidemiologe, war der erste, der in den 1970er Jahren in den USA zu untersuchen begann, wie es um den Zusammenhang zwischen Angebotsdichte und Qualität der Versorgung bestellt ist. Sein Buch, „Tracking Medicine“, aus dem Jahr 2010 stellt noch einmal unter Beweis, welche große Bedeutung kleinräumige Vergleiche bei der Versorgungsqualität haben (*Wennberg 2010*). Wennbergs Ergebnisse sind heute so frappierend wie vor dreißig Jahren: Eine hohe Dichte an Krankenhausbetten und Spezialisten führt nicht zwangsläufig zu einer Verbesserung der durchschnittlichen Lebenserwartung, birgt aber das Risiko gefährlicher Überversorgung (Kasten 1). Um diese Analysen nachvollziehen zu können, muss man im Umgang mit den Leistungsdaten der Krankenversorgung etwas geübt sein. So ist vor allem das Ausmaß der kodierten Diagnosen kein guter Indikator für den Gesundheitszustand von Bevölke-

rungsgruppen: Je dichter das Netz der Spezialisten ist, umso mehr Diagnosen werden gestellt, ohne dass sich deshalb gleichzeitig die Lebenserwartung oder die Lebensqualität verbessern. Das Gegenteil ist leider viel zu oft der Fall, wie sich in einem Klassiker der Medizinjournalistin Shannon Brownlee nachlesen lässt. Ihr Buch trägt den provozierenden Titel „Overtreated: Why Too Much Medicine Is Making Us Sicker and Poorer“ – eine Diagnose, die sicher für die USA in besonderem Maße zutrifft, aber im Grundsatz verallgemeinerbar ist (Brownlee 2008).

Auch die Ärztin und Gesundheitswissenschaftlerin Barbara Starfield und ihre Arbeitsgruppe stehen für langjährige Forschung zu der Frage, welche Organisationsformen der Versorgung die besten Behandlungsergebnisse mit sich bringen (Macinko et al. 2007). Danach zeigt sich, dass ein Primary-Care-System mit gut ausgebildeten und vernetzten Generalisten einem System überlegen ist, das einen freien Zugang zu Spezialisten gestattet. (Neben General Practitioners beziehungsweise Family Physicians [in Deutschland Hausärzte] rechnet man in der Regel auch ambulant tätige Kinderärzte und -ärztinnen zu den „Spezialisten für das Allgemeine“ im Sinne von Primary Care. Primary Care umfasst aber weit mehr als die genannten Arztgruppen und zielt auf eine umfassende Betreuung von regionalen Bevölkerungsgruppen mit dem Anspruch der Steuerung der weitergehenden spezialistischen Versorgung [jenseits der Notfallmedizin] ab.)

Das ist kein Freibrief für General Practitioners beziehungsweise Hausärzte, aber diese Forschung mahnt, mit der Verteilung von spezialistisch tätigen Ärztinnen und Ärzten vor allem im ambulanten Bereich vorsichtig umzugehen. Danach steht zumindest aus der Perspektive der Gesundheitswissenschaften außer Frage, dass es sich auch für Deutschland lohnt, konsequenter als bisher die Rolle der Generalisten in der Versorgung auszubauen. Lässt sich auf der einen Seite nachvoll-

WAS IST EINE CLUSTERRANDOMISIERTE STUDIE?

Clusterrandomisierte Studien spielen als Methode in der allgemeinmedizinischen Forschung eine wichtige Rolle. Es handelt sich um einen Studientyp, bei dem nicht einzelne Patienten, sondern Einheiten (englisch: cluster), zum Beispiel Arztpraxen oder Krankenhäuser, zufällig unterschiedlichen Interventionsgruppen zugeteilt werden. Eine clusterrandomisierte Studie wird gewählt, wenn es problematisch ist, verschiedene Patienten einer Praxis oder Klinik sehr unterschiedlich zu behandeln. Zur Analyse dieses Studientyps müssen spezielle statistische Verfahren angewendet werden.

Quellen: Witt CM, Treszl A, Wegscheider K (2011): Externer Validität auf der Spur. Deutsches Ärzteblatt, Jg. 108, Heft 46, A2468–2474; IQWiG (2008): Glossar zu den Allgemeinen Methoden 3.0 – Version 1.0 vom 27.05.2008, Seite 5

ziehbar argumentieren, dass ein Primärärztsystem bezüglich Qualität und Kosten der Versorgung zu bevorzugen ist, so ist absurderweise festzustellen, dass die Schere zwischen den ambulant tätigen Spezialisten und Generalisten in allen entwickelten Industrienationen nach dem Zweiten Weltkrieg weitaus stärker auseinandergeht, als dies mit der erforderlichen Zunahme an Spezialisten infolge des medizinischen Fortschritts erklärbar wäre. 1999 konnte man beispielsweise im New England Journal of Medicine nachlesen, dass sich die Zahl der Spezialisten zwischen 1950 und 1990 in den USA verdreifacht hatte, während die Zahl der Generalisten stagnierte. Der Autor und Systemforscher Grumbach kommt angesichts dieser Zahlen zu der bildhaften und etwas resignativen Analyse: „Der bescheiden daherkommende Hausarzt im leicht abgewetzten Jackett wurde zu einem Bürger zweiter Klasse.“ (Grumbach 1999)

WENIGER IST BESSER

Warum bin ich also überzeugt, dass die Daten in den USA für Überversorgung sprechen – dass mehr Versorgung nicht besser ist? Die Evidenz stammt aus Studien, welche die Behandlungsergebnisse von Patienten mit Hüftfrakturen, Herzanfällen und Dickdarmkrebs ermittelt haben. Menschen, die in Regionen mit hoher Versorgungsdichte leben, die also mehr Arztkontakte aufweisen, häufiger mit bildgebenden Verfahren untersucht werden und häufiger ins Krankenhaus eingewiesen werden, weisen ein schlechteres Gesamtüberleben auf als diejenigen, die in Regionen mit geringerer Medizindichte leben.

Wennberg J (2011): Time to tackle unwarranted variations in practice. British Medical Journal, Band 342, d1513

4 Versorgungsforschung: Das Feld der Hausarztmedizin

Nun gibt es seit Jahren ernsthafte Bemühungen der Politik, den Hausärzten zu mehr Ansehen und größerer Bedeutung bei der Leistungssteuerung zu verhelfen, vor allem durch die Stärkung der Rolle von hausarztzentrierter Versorgung. Das ist fraglos ein Fortschritt. Eine Verstetigung dieser Ansätze würde aber vor allem eines voraussetzen, nämlich dass die Versicherten wissen und erfahren, dass die Fallführung durch eine Hausärztin oder einen Hausarzt dem „freien“ Zugang zu spezialistisch tätigen Ärztinnen und Ärzten überlegen ist. Hierfür braucht man methodisch gut gemachte Studien, und solche Studiendesigns sind keine Hexerei, einschließlich der von Praktikern und Politikern gern belächelten kontrollierten Vergleiche in Form clusterrandomisierter Studien (Kasten 2). Es gibt nur eine Voraussetzung dafür: Die

Politik muss diese Form der Weiterentwicklung des Systems wollen und Reformprojekte mit entsprechenden Evaluationsanforderungen verknüpfen.

Die Analyse der Begleitforschung zu den Managed-Care-Modellen und Qualitätsmanagement-Ansätzen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist so ernüchternd, dass sich die Frage stellt, warum das Desaster dieser sogenannten Begleitforschung bisher nicht öffentlich skandalisiert wird (Wiethege et al. 2010; Schmacke 2011). Am belastbarsten ist für das Feld der hausärztlichen Versorgung bislang die Begleitforschung zum Hausarztvertrag in Baden-Württemberg. Das hier gewählte Studiendesign und die Ergebnisse geben eine gute Grundlage für eine Diskussion um notwendige Standards der Systemforschung im ambulanten Sektor (Götz et al. 2013). Die Autorengruppe weist allerdings korrekt darauf hin, dass die außerordentlich erfreulichen Ergebnisse für die Gruppe der an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Versicherten zwar vermutlich diesem Versorgungstyp zugerechnet werden können, dass ein kausaler Zusammenhang aber aufgrund des nur zweitbesten Studiendesigns leider nicht behauptet werden kann. (Denn Interventions- und Kontrollgruppe entstanden nicht durch Randomisierung. Das bedeutet zum einen, dass bekannte Störfaktoren wie beispielsweise der Sozialstatus herausgerechnet werden müssen. Zum anderen bleiben nicht bekannte Störfaktoren bestehen, die bei einer Randomisierung gleich verteilt werden.) Die DMP-Evaluationen lassen grüßen. Auch hier wurde leider versäumt, eine randomisierte kontrollierte Studie durchzuführen.

Die kritischen Anmerkungen zum prinzipiellen Verzicht auf (cluster)randomisierte Studien zur Überprüfung wichtiger versorgungsrelevanter Entscheidungen im Zuge von Gesundheitsreformen mag manchem wie eine typische Nörgelei von Elfenbeinturm-Artisten erscheinen. Es wird aber in der Regel verkannt, dass der Aufwand an biometrischen Kalkulationen wie bei der Evaluation des Hausarztvertrags in Baden-Württemberg, ganz ähnlich wie in der DMP-Evaluation, enorm groß ist (Miksch et al. 2010; Stock et al. 2010). Gelänge es, Kassen davon zu überzeugen, dass prinzipiell clusterrandomisierte Studien absolut aussagekräftiger sind als Studien, in denen künstlich Kontrollgruppen nach aufwendigen mathematischen Modellierungen erzeugt werden, dann könnten in Deutschland innerhalb eines Jahrzehnts zentrale Fragen zum Zusammenhang von Struktur, Prozessen und Ergebnissen unter dem Fokus angemessener Arztdichte beziehungsweise moderner Kooperationsformen in der Versorgung vorgelegt werden. Dass dies an wichtigen Punkten kassenartenübergreifend geschehen müsste, ist eine der Kernfragen, über die endlich ehrlich diskutiert werden sollte. Wettbewerb darf kein sakrosanktes Instrument der Gesundheitspolitik sein. Wettbewerb kann innovationsfördernd sein. Für die Evaluation von grundlegenden Refor-

men bleibt es aber ein Problem, wenn Wettbewerb ein wünschenswertes „gemeinsam und einheitlich“ in der Forschung verhindert.

5 Zur Notwendigkeit neuer Wege

Viele Hausärzte – und zum Teil auch Versicherte – sind skeptisch, ob es der Politik wirklich um die Verbesserung des Status der Allgemeinmedizin geht oder nicht vordergründig um eine kostengünstigere Medizin. Es sind dieselben Vorbehalte, die viele General Practitioners in den USA bei der Einführung von Managed-Care-Prinzipien hegten. Manche deutsche Hausärztinnen und Hausärzte befürchten gar, zu Abhängigen der Krankenkassen zu werden, wenn die Leistungen im ambulanten Sektor stärker von den Kassen gesteuert werden. Nur Transparenz kann solchen Ängsten entgegenwirken.

Eines steht aus mehreren Gründen fest: Die Versicherten wie die Vertragspartner brauchen verlässliche Daten zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität neuer Versorgungsformen im Vergleich zur Regelversorgung. Ein vor diesem Hintergrund bislang noch gar nicht diskutierter Gesichtspunkt ist, dass der gefühlte und beklagte Ärztemangel angesichts der Grenzen der bisherigen Bedarfsplanung eine besonders gute Möglichkeit bietet, neue Versorgungsformen ernsthaft zu testen. Das bedeutet allerdings auch weiterhin Investitionen in die Modernisierung der Versorgungsstrukturen. Dazu gehört nicht zuletzt die Großbaustelle zur Schaffung eines neuen Professionenmix in der Versorgung. Im Vergleich zu internationalen Erfahrungen stellen AGnES (Arztentlastende, Gemeindenahe, E-Health-gestützte, Systemische Intervention) und VERAH (Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis) den eher schüchternen Beginn einer tatsächlich multiprofessionellen Zusammenarbeit bei der Betreuung chronisch Kranker dar (siehe hierzu auch den Beitrag von Adina Dreier und Wolfgang Hoffmann auf den Seiten 23–30 in diesem Heft). Es ist dringend zu hoffen, dass die Modellvorhaben zur Delegation ärztlicher Leistungen nach Paragraph 63 c Sozialgesetzbuch (SGB) V in diesem Sinne klug genutzt werden (Schmacke 2010; Szepan 2013). Dann könnte die Debatte um den Ärztemangel abgelöst werden von der Frage: Welche Kompetenzen müssen zusammenkommen, um sowohl Akutmedizin als auch Langzeitbetreuung chronisch Kranker auf einem wünschenswert hohen Niveau sicherzustellen.

Zu der erforderlichen Generaldebatte gehört freilich auch die Frage, ob man weiter als naturgegeben hinnehmen will, die Niederlassungsfreiheit für Ärzte als Grundrecht zu verstehen, während eine wünschenswert gleichmäßige Relation zwischen Ärzten und Versicherten auf absehbare Zeit unrealistisch ist. Denn bis die heute ungleiche Verteilung der

Ärztinnen und Ärzte zwischen Stadt und Land, armen und reichen Regionen sowie von Generalisten und Spezialisten selbst bei radikalem Kurswechsel der Gesundheitspolitik abgebaut wäre, vergehen ohnehin schon Jahrzehnte.

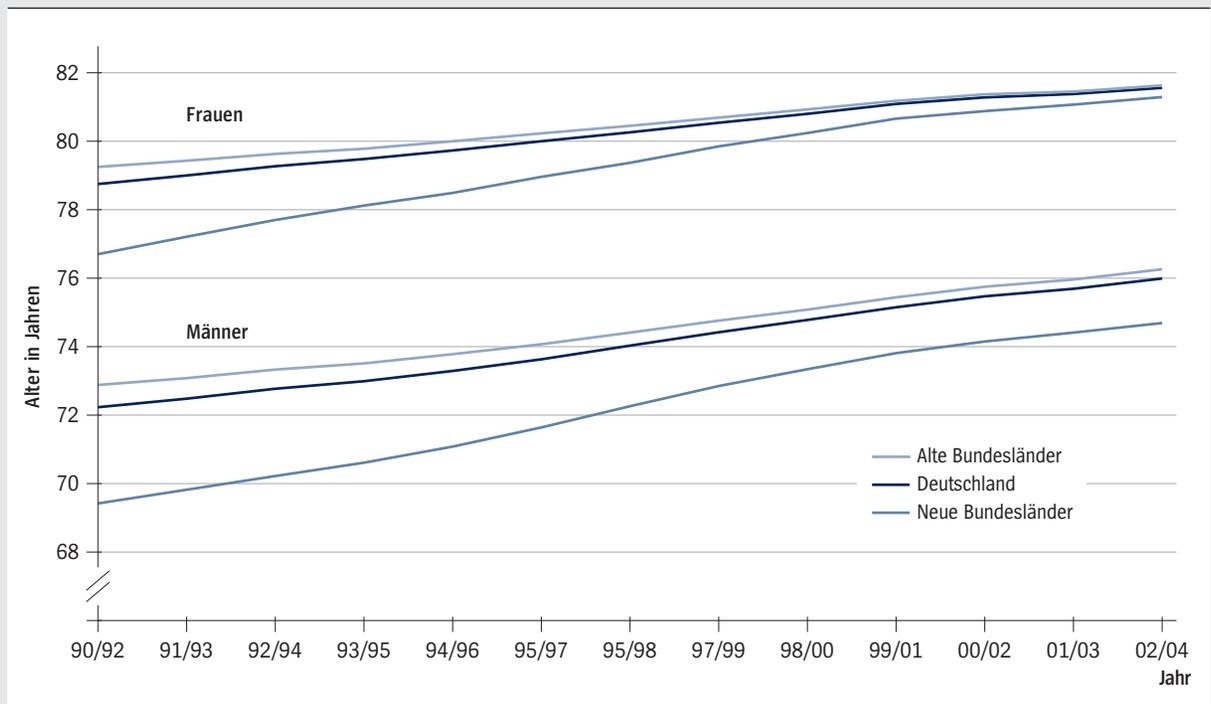
Umso wichtiger erscheint es, zur Versachlichung der Diskussion durch die Generierung von guten Versorgungsdaten beizutragen. Es könnte allein schon erhellend sein, die Entwicklung der Mortalität in Deutschland kleinräumig fortlaufend zu veröffentlichen. Das ist zwar nur ein sehr grober Parameter, aber dies ist eine Messgröße, an der wir alle außerordentlich interessiert sind. Dabei kann man aufsetzen auf der langstreckigen Beobachtung der mittleren Lebenserwartung bei Geburt, die zu Beginn der 1990er Jahre für Frauen aus den neuen Bundesländern bei 77,2 Jahren um 2,3 Jahre niedriger lag als für Frauen aus den alten Bundesländern. Der Unterschied betrug für Männer gar 3,2 Jahre. Seitdem hat, wie in der Gesundheitsberichterstattung des Robert-Koch-Instituts nachzulesen ist, die Lebenserwartung weiter kontinuierlich zugenommen, in den neuen Bundesländern stärker als in den alten (Lampert et al. 2010). Der Unterschied für Frauen reduzierte sich bis 2007 auf 0,3 Jahre, für Männer auf 1,4 Jahre. Dass an dieser erfreulichen Entwicklung

Qualitätsverbesserungen in der medizinischen Versorgung ihren Anteil haben, ist sehr wahrscheinlich. Zu glauben, hier bestünde ein direkter Zusammenhang zur Dichte der Versorgung, führt aber vermutlich in die Irre. Lampert und seine Mitautoren erläutern weiter, dass die Messgröße „vorzeitige Sterblichkeit“ einen nächsten interessanten Indikator für Unterschiede zwischen West und Ost wie Nord und Süd darstellt (Abbildung 1).

Nun wäre es eine vornehme Aufgabe, solche Trends mit der regional unterschiedlichen Dichte wie dem Kooperationsmuster der Leistungserbringer zu korrelieren. Es braucht dazu „nur“ einen Forschungsauftrag an eine gemischte Gruppe von Epidemiologen, Gesundheitswissenschaftlern und Sozialgeografen, um besonders wichtige Disziplinen zu nennen. Ein solcher Auftrag stünde unter dem schlichten Fragenkomplex: Welche Daten benötigen wir, um zuverlässigere Aussagen treffen zu können? Wie ist in Deutschland eine als angemessen zu bezeichnende Dichte an medizinischen „Versorgern“ zu definieren? Welche Entfernungen zu ihnen sind in diesem Zusammenhang als kritisch zu betrachten? Ein Blick auf andere europäische Länder oder gar nach Australien zeigt schon ohne große Detailkenntnis, dass die Voraussetzungen

ABBILDUNG 1

Lebenserwartung bei Geburt für den Zeitraum 1990–2004 (West/Ost)



Quelle: Todesursachenstatistik, Stat. Bundesamt, Fortschreibung d. Bevölkerungsstandes; Grafik: G+G Wissenschaft 2013

für die Sicherung eines hohen Niveaus medizinischer Versorgung in Deutschland sehr gut sind. Wir müssen freilich bei der Entwicklung unserer Datenbasis deutlich besser werden.

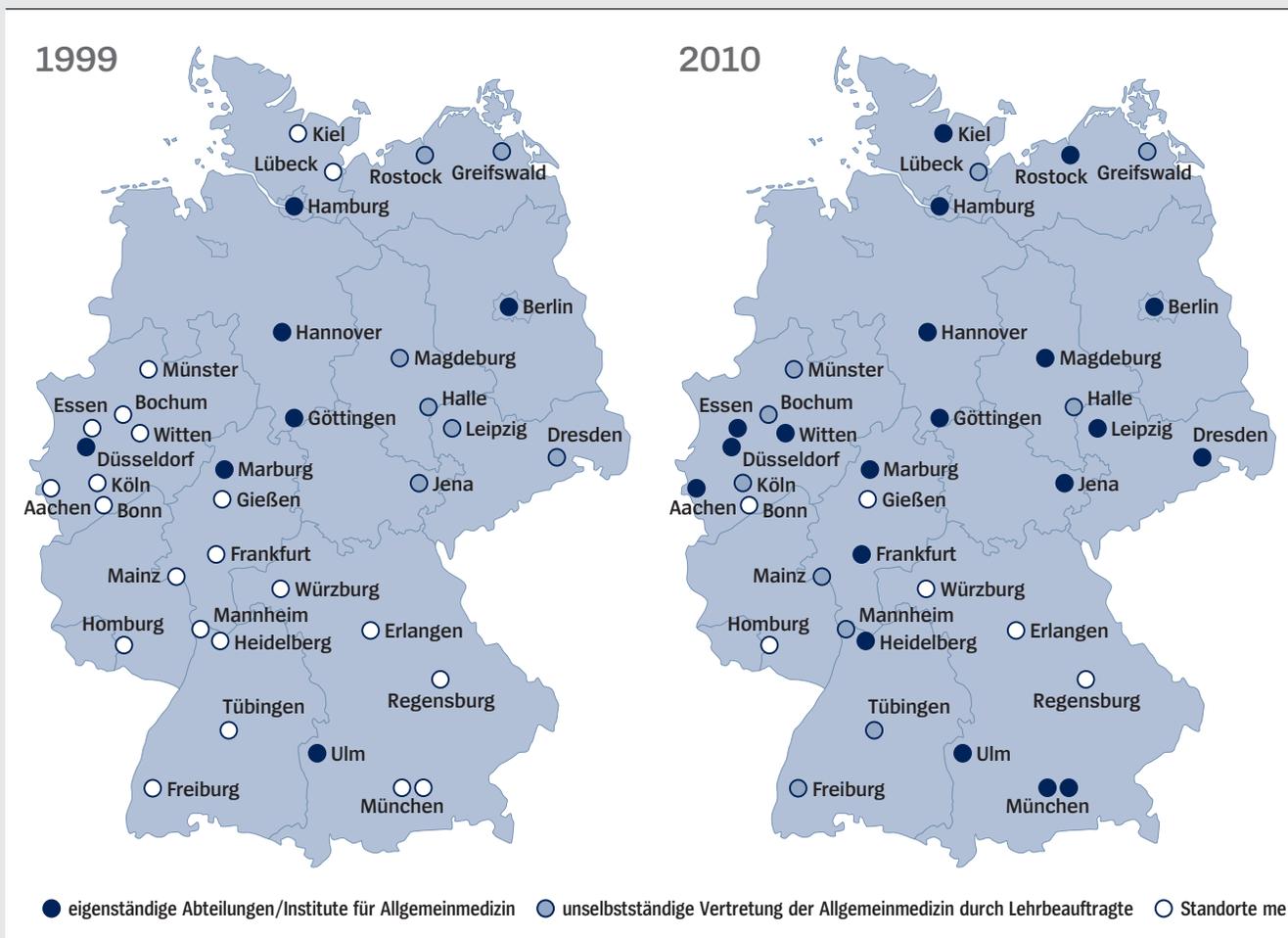
6 Die Nachwuchsfrage

Es gibt den genannten internationalen Trend, dass die Bereitschaft zur Tätigkeit in der Hausarzt- beziehungsweise

Familienmedizin seit Jahrzehnten kontinuierlich nachlässt. Dies trifft vor allem diejenigen Regionen, die Ärztinnen und Ärzten grundsätzlich weniger attraktiv für eine Niederlassung erscheinen: dünn besiedelte Regionen und soziale Brennpunkte. Während die Spezialdisziplinen mit ihren eindrucksvollen Erfolgen in der Behandlung akuter und schwerwiegender Krankheitsbilder stetig ihre Faszination erhöhen konnten, geriet die Allgemeinmedizin fast in einen Dornröschenschlaf. Eine Rolle spielt, wenn auch in ihrer Bedeutung überschätzt, des Weiteren die Einkommensspreizung zwi-

ABBILDUNG 2

Entwicklung der akademischen Allgemeinmedizin in Deutschland zwischen 1999 und 2013



Der erste Lehrstuhl für Allgemeinmedizin wurde 1976 in Hannover eingerichtet und noch Mitte 1997 gab es in Deutschland an den 36 medizinischen Fakultäten erst fünf C4-Professuren für Allgemeinmedizin. Zwei weitere kamen inzwischen hinzu: im März 2002 (Kiel) und im Oktober 2013 (Erlangen). Weitere Lehrstühle existieren in Form von halben C4-Professuren, C3-

Professuren oder Honorarprofessuren. In der ehemaligen DDR war die Allgemeinmedizin an allen Fakultäten in Form von Polikliniken verankert. *2013: An neun Universitäten wird das Fach Allgemeinmedizin in Forschung und Lehre weiterhin lediglich durch einen Lehrbeauftragten vertreten. Die 27 Standorte mit ausgewiesenen Abteilungen/Instituten sind eine Bestannahme, falls

schen bestimmten Gruppen von Spezialärzten und den Allgemeinmedizinerinnen. Aktuelle Untersuchungen aus Deutschland – so eine Studie der Rostocker Universität aus dem Jahr 2012 – zeigen, dass die Hausärztinnen und Hausärzte nicht grundsätzlich mit ihrem Einkommen unzufrieden sind, aber die enormen Unterschiede zwischen den Arztgruppen als zutiefst ungerecht empfinden (Löffler et al. 2012). Fehlende akademische Wertschätzung, die lange Vernachlässigung der Modernisierung des Profils von Allgemeinmedizin und eine relative Benachteiligung in der Budgetverteilung machen

es bis heute den Medizinstudierenden immer noch relativ schwer, die Allgemeinmedizin zur ersten Wahl für ihre spätere Berufslaufbahn zu erklären. Es gibt deshalb zahlreiche Versuche, das Interesse frühzeitig zu wecken und nachhaltig zu fördern. Die Palette der Maßnahmen ist weit, und insofern ist es wichtig, an das älteste und bewährte Modell aus den USA zu erinnern, das im Gegensatz zu vielen gut gemeinten Förderprogrammen kontinuierlich evaluiert worden ist.

1974 wurde das Physician Shortage Area Program (PSAP) am Jefferson Medical College im Staat Pennsylvania entwickelt; es stellt vermutlich das am besten untersuchte Programm zur Gewinnung von Ärztinnen und Ärzten für ländliche Regionen dar (verbunden mit dem Namen des Initiators Howard Rabinowitz, Professor für Familien- und Gemeindemedizin am Jefferson Medical College der Thomas Jefferson University). Es besteht aus folgenden Elementen:

- Gewinnung von Studierenden aus strukturschwachen Regionen und deren bevorzugte Zulassung zu den dort vorhandenen Universitäten
- studienbegleitende individuelle Beratung
- obligatorische studienbegleitende Praktika im ländlichen Raum
- obligatorische Qualifizierungsphasen im ländlichen Raum unmittelbar nach Abschluss des Studiums
- erst danach ergänzend zum Teil auch finanzielle Unterstützung in Form von rückzahlbaren Stipendien

Von den etwa 2.400 Absolvierenden der Jefferson Medical School der Jahrgänge 1992 bis 2002 durchliefen 104 das Förderprogramm. Mehr als 40 Prozent der so Geförderten praktizierten 2007 in dünn besiedelten Regionen Pennsylvanias im Vergleich zu etwa 16 Prozent der übrigen Studierenden. Als bei Weitem wichtigster Faktor erwiesen sich dabei die Zulassungskriterien an sich: konkret die Herkunft aus dünn besiedelten Regionen und die Erklärung, dort später praktizieren zu wollen. Rabinowitz und sein Team reflektieren dabei durchaus die Reichweite des Programms kritisch: Die Gesamtzahl von Primary Care Physicians, die durch das Programm gewonnen werden konnte, ist nicht sehr groß, aber die nachhaltige Niederlassung in besonders problematischen Regionen wird gleichwohl als – anders nicht erreichbarer – Erfolg betrachtet.

Es liegt auf der Hand, auch für Deutschland eine systematische Evaluation von möglichst gut aufeinander abgestimmten Förderprogrammen aufzulegen. Ebenso gute oder bessere Resultate als in Pennsylvania wird man freilich nur erwarten dürfen, wenn die medizinischen Fakultäten endlich ihre Verantwortung wahrnehmen, die Allgemeinmedizin zu ihrem zentralen Anliegen zu machen (Abbildung 2). Das setzt wenigstens voraus, dass es an jeder Fakultät einen gut ausgestatteten Lehrstuhl für Allgemeinmedizin gibt. Es erfordert aber zweitens Anstrengungen, Forschung und Wei-

2013*



dizinischer Fakultäten ohne Vertretung der Allgemeinmedizin

alle Ausschreibungen (n=5) und Besetzungsverfahren (n=3) positiv ausgehen.
**Mit dem Wintersemester 2012/13 nahm die neu gegründete Fakultät für Medizin und Gesundheitswissenschaften in Oldenburg ihren Betrieb auf. Seither gibt es 37 medizinische Fakultäten in Deutschland.

Quellen: Gerlach 2010; Kochen 2013; Grafik: G+G Wissenschaft 2013

terbildung in Allgemeinmedizin weitaus stärker als heute aus dem Elfenbeinturm herauszuverlagern. Es geht darum, das Krankheitspektrum in den zu versorgenden Regionen zu kennen, zu beforschen und die daraus resultierenden Untersuchungs-, Behandlungs- und Beratungsbedarfe zu lehren. Die klassischen medizinischen Fakultäten konzentrieren sich demgegenüber auf eine hochgradig ausgewählte Population Schwerkranker. Das klingt eigentlich banal, aber welche Universitätsklinik hat daraus bis heute systematische Konsequenzen gezogen?

Um ein gefährliches Missverständnis gar nicht erst aufkommen zu lassen: Es gibt inzwischen eine ganze Reihe hoch kreativer Lehrstühle für Allgemeinmedizin mit gut funktionierenden Forschungspraxen und reger Lehrtätigkeit. Aber sie stehen im Schatten der „Heldenmedizin“. Für die nachwachsenden Generationen der Ärzteschaft ist insoweit heute nur schwer erkennbar, warum die Tätigkeit als Hausärztin oder Hausarzt in einem gut organisierten Verbund mindestens so interessant und befriedigend ist wie das Wirken etwa in der Kardiologie oder Dermatologie. Genau darum aber geht es: die Allgemeinmedizin (über die beliebten Sonntagsreden hinaus!) wieder zu einer gesellschaftlich und innerprofessionell geachteten Disziplin zu entwickeln. Anders betrachtet: Das Ziel muss sein, dass all diejenigen, die sich für den Weg zur Allgemeinmedizin entscheiden, dies mit Stolz und nicht mit verhaltener Entschuldigung ihrem Umfeld mitteilen. Vielleicht gibt es eine interessante Parallele aus der Welt der Schule: Hier gab es zuzeiten der Pädagogischen Hochschulen einen Klassenunterschied zwischen Volksschullehrerinnen und -lehrern und den an Universitäten ausgebildeten Lehrerinnen und Lehrern für Realschulen und Gymnasien. Dies ist Geschichte, aber noch immer gilt vielen wohl die Unterrichtung von kleinen Kindern als weniger anspruchsvoll als die Begleitung von Heranwachsenden zum Abitur. Alle Vergleiche hinken bekanntlich, aber Allgemeinmedizin ist so wenig Barfußmedizin wie die Unterrichtung von i-Dötzen ein Kinderspiel ist. Und es kann inzwischen darauf verwiesen werden, dass sowohl aus der gemeinsamen Selbstverwaltung, vor allem aber aus der Allgemeinmedizin selber heraus, Maßnahmenpakete entwickelt worden sind, die die internationalen Erfahrungen aus der Nachwuchsförderung für die deutschen Verhältnisse zunehmend berücksichtigen und heute bereits große Resonanz verzeichnen (*Staeck 2013; DEGAM 2013*).

7 Schlussbetrachtung

Ist das alles viel zu kompliziert, um erforderliche politische Prozesse einzuleiten? Das möchte so sein. Dann bleibt es dabei, die nächsten Reformen weiter daran auszurichten, welche Interessengruppen die größten Gewichte auf die

Waage legen und wo mit dem geringsten öffentlichen Widerstand zu rechnen ist. Es könnte aber auch sein, dass sich das Fenster für grundlegendere Reformen umso mehr öffnet, je deutlicher zu erkennen ist, dass sich das Gewohnte nicht fortführen lässt. Dazu gehört die Erkenntnis, dass der Kampf um besonders qualifizierte Fachkräfte in den nächsten Jahrzehnten die gesamte Gesellschaft beschäftigen wird. Und das heißt, dass weder im ambulanten noch im stationären Bereich die bisherige Organisationsentwicklung Bestand haben wird. Wenn dies genügend vielen Menschen in Politik und Öffentlichkeit klar geworden ist, wird die Frage nach dem Bedarf endlich an Bedeutung gewinnen.

Dass die Frage des Bedarfs ohne interdisziplinäre Forschung nicht vernünftig diskutiert werden kann, wird dann – leider verspätet – auch denen dämmern, die heute meinen, die Frage nach dem angemessenen Bedarf am runden Tisch beantworten zu können. Dann werden wir über die Delegations-/Substitutionsdebatte bisherigen Stils nur noch milde lächeln und begreifen, dass wir viel zu spät verstanden haben, dass wir ebenso wie über die Rolle der Hausarztmedizin über die Aufgaben von Pflege in einer Gesellschaft mit fortlaufend steigender Lebenserwartung mindestens so laut nachdenken müssen wie über die Bedeutung des Fortschritts in der Arzneimittelbehandlung von Diabetes, Demenz und Krebs. Die Bielefelder Pflegewissenschaftlerinnen Hämel und Schaeffer haben für einen Artikel zum „Fachkräftemangel in der Pflege“ den Untertitel gewählt: „Viel diskutiert, politisch ignoriert?“ (*Hämel und Schaeffer 2012*). Dieser lesenswerte Aufsatz verdeutlicht die Grenzen des von mir gewählten Titels. Der Blick auf die Ärzteschaft engt ein.

Literatur

Goodman DC, Fisher ES (2008): Physician Workforce Crisis? Wrong Diagnosis, Wrong Prescription. *New England Journal of Medicine*, Band 358, 1658–1662

Brownlee S (2008): Overtreated: Why Too Much Medicine Is Making Us Sicker and Poorer. London: Bloomsbury

DEGAM (2013): DEGAM-Konzept Verbundweiterbildung plus; www.degam.de → Positionen → 22.05.2013

Gerlach (2010): Allgemeinmedizin als wissenschaftliches Fach – Stand und Perspektiven. Vortrag an der Universität Homburg

Götz K, Laux G, Mergenthal K et al. (2013): Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg. *Public Health Forum*, Heft 21, 25–27; doi 10.1016/j.phf.2012.12.003

Grumbach K (1999): Primary Care in the United States – The Best of Times, the Worst of Times. *New England Journal of Medicine*, Band 341, 2008–2010

Hämel K, Schaeffer D (2012): Fachkräftemangel in der Pflege – viel diskutiert, politisch ignoriert? *Gesundheits- und Sozialpolitik*, Band 66, Heft 1, 41–49

Kochen MM (2013): Allgemeinmedizin an deutschen Hochschulen: Herzlichen Glückwunsch. *Z Allg Med*, Jg. 88, Heft 9, 337–338

Lampert T, Ziese T, Kurth BM (2010): Gesundheitliche Entwicklungen und Trends in Ost- und Westdeutschland. *Aus Politik und Zeitgeschichte*, Jg. 45, 33–39; <http://edoc.rki.de> → Artikel in Fachzeitschriften → 01.11.2010

Löffler C, Höck J, Hornung A et al. (2012): Hausärztliche Berufszufriedenheit in Mecklenburg-Vorpommern. Abschlussbericht. Rostock; <http://allgemeinmedizin.med.uni-rostock.de/uploads>

Macinko J, Starfield B, Shi L (2007): Quantifying the Health Benefit of Primary Care Physician Supply in the United States. *International Journal of Health Services*, Band 27, 111–126

Miksch A, Laux G, Ose D et al. (2010): Is there a survival benefit within a German primary care-based disease management program? *American Journal of Managed Care*, Band 16, Heft 1, 49–54

Schmacke N (2006): Ärztemangel: Viele Fragen werden noch nicht diskutiert. *Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft*, Jg. 6, Heft 3, 18–25

Schmacke N (2011): Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen: der weite Weg der Evidenzbasierung in der Versorgungsforschung. *Gesundheits- und Sozialpolitik*, Jg. 65, Heft 3, 32–36

Schmacke N (2010): Professionenmix in der Patientenversorgung: ein weiterer steiniger Weg. *Gesundheits- und Sozialpolitik*, Jg. 64, Heft 5, 35–39

Schmacke N (2013a): Frau Doktor und die 3 K. *Gesundheit und Gesellschaft*, Jg. 16, Heft 6, 34–39

Schmacke N (2013b): Die Zukunft der Allgemeinmedizin. Potenziale für eine angemessene Versorgung. Gutachten für den GKV-Spitzenverband. Universität Bremen; www.ipp.uni-bremen.de/downloads/ippschriften/ipp_schriften11.pdf

Staeck F (2013): Roter Teppich für den Hausarzt. *Gesundheit und Gesellschaft*, Jg. 16, Heft 4, 23–27

Stock S, Drabik A, Büscher G et al. (2010): German Diabetes Management Programs Improve Quality Of Care And Curb Costs. *Health Affairs*, Jg. 29, Heft 12, 2197–2205

Sundmacher L, Bäumer M, Busse R (2012): Der Einfluss von Ärztedichte auf ambulant-sensitive Krankenhausfälle. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J (Hrsg.). *Krankenhaus-Report 2012*. Stuttgart: Schattauer, 182–202

Szezan NM (2013): Neue Rolle für die Pflege. *Gesundheit und Gesellschaft*, Jg. 16, Heft 7–8, 36–40

Wennberg J (2010): Tracking Medicine. A Researcher's Quest To Understand Health Care. Oxford: Oxford Press

Wiethege J, Ommen O, Ernstmann N, Pfaff H (2010): Transparenz als Voraussetzung für Innovation in der Versorgungsforschung: Defizite am Beispiel der Evaluation von Managed-Care-Modellvorhaben. *Das Gesundheitswesen*, Jg. 72, Heft 10, 722–728

DER AUTOR



Prof. Dr. med. Norbert Schmacke, Jahrgang 1948, Studium der Medizin und Soziologie an der Universität Marburg und der Westminster Medical School in London; Facharzt für Innere Medizin, öffentliches Gesundheitswesen und Sozialmedizin. 1994 bis 1999 Präsident der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf. Von Juli 1999 bis

September 2003 Leiter des Stabsbereichs Medizin beim AOK-Bundesverband. Oktober 2003 bis September 2011 Leiter der Arbeits- und Koordinierungsstelle Gesundheitsversorgungsforschung in Bremen, seither Mitglied des Instituts für Public Health und Pflegeforschung an der Universität Bremen. Seit 2004 unparteiisches Mitglied im Gemeinsamen Bundesausschuss.

Ambulante spezialfachärztliche Versorgung – ein Zukunftsmodell?

von Rainer Hess¹

ABSTRACT

Die Einführung und zweimaligen Änderungen des Paragraphen 116 b Sozialgesetzbuch (SGB) V spiegeln die sektorenbezogene Ausrichtung der ärztlichen Versorgung in Deutschland und bisher erfolglos verlaufenden Ansätze zu deren Überwindung wider. Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung beinhaltet insoweit einen radikalen Schnitt, als für einen definierten Leistungsbereich Vertragsärzte und Krankenhäuser unter gleichen Bedingungen dieselben Leistungen zu denselben Vergütungssätzen erbringen können. Dies erfordert vergleichbare Leistungsstrukturen und wirft Schnittstellenprobleme auf, ist aber wegen der gesetzlich vorgeschriebenen Evaluation ein erfolgversprechender Ansatz zur Überwindung der Sektorengrenzen.

Schlüsselwörter: ambulante spezialfachärztliche Versorgung, Vertragswettbewerb, Krankenhausplanung, sektorenübergreifende Kooperation, Zugangsvoraussetzung

The introduction of paragraph 116 b of the Book of Social Law (SGB) V and the fact that it was changed twice reflect the sectoral orientation of medical care in Germany and show that approaches to overcome it were unsuccessful so far. Outpatient specialist care involves a radical cut in so far as it allows contracted physicians and hospitals to provide the same services under the same conditions at the same rates of remuneration for a defined area of medical care. This requires similar service structures and raises problems at the interface of health care sectors, but due to statutory evaluation, it is a promising approach to overcome sector boundaries.

Keywords: outpatient specialist care, managed competition, hospital planning, intersectoral cooperation, entry requirement

1 Vorgeschichte

Der zum 1. Januar 2012 in Kraft getretene Paragraph 116b Sozialgesetzbuch (SGB) V in der Fassung des Versorgungsstrukturgesetzes (VStG) hat eine interessante Vorgeschichte.

Ursprünglich waren es die Krankenkassen und deren Verbände, die gemäß Paragraph 116b SGB V gemäß GKV-Modernisierungsgesetz (GKV-GMG) vom 1. Januar 2004 mit zugelassenen Krankenhäusern Verträge zur ambulanten Behandlung für die auch heute noch gültigen Katalogleistungen abschließen sollten. Zu diesem Zeitpunkt war Paragraph 116b deshalb eine den Wahlтарifen oder den Rabattverträgen vergleichbare gesetzgeberische Maßnahme zur Stärkung des Vertragswettbewerbs zwischen den Krankenkassen oder deren Verbänden mit dem Ziel einer Steigerung der Effizienz der Versorgung (*BT-Drs. 15/1525 Begr. Abschn. A-II. 3*). Die

in Paragraph 116b aufgelisteten seltenen Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Verläufen sind aber schon vor seinem Inkrafttreten zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ambulant oder stationär behandelt und vergütet worden. Die Krankenkassen hatten deswegen damals grundsätzlich zu Recht entweder die im GKV-GMG zur Finanzierung der integrierten Versorgung als Wahlтарif eingeräumte Ein-Prozent-Bereinigungsregelung oder eine gesetzliche Regelung zur Bereinigung der bisher hierfür geleisteten Vergütungen eingefordert. Beides wurde ihnen nicht gewährt. Vereinbarungen zur Bereinigung der vertragsärztlichen Gesamtvergütung oder der jeweiligen Krankenhausbudgets kamen in der Folge nicht zustande. Hinzu kommt, dass es zu diesem Zeitpunkt noch keinen morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich gab, der die überdurchschnittlich hohen Ausgaben der betreffenden Patientengruppen berücksichtigt hätte. Er wurde dann 2009 eingeführt.

¹Dr. jur. Rainer Hess, Rechtsanwalt, ehemaliger Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses · Richmodstraße 10 · 50667 Köln
Telefon: 0173 5241063 · E-Mail: rainer.hess@hotmail.de

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) hat der Gesetzgeber auf die nicht erfolgte Realisierung des Gesetzesauftrags durch die Krankenkassen reagiert und mit Wirkung vom 1. Juli 2008 den für die Krankenhausplanung zuständigen obersten Landesbehörden die Entscheidung über eine Zulassung von Krankenhäusern zur Teilnahme an der ambulanten Behandlung übertragen. Die von Mitte 2008 bis Ende 2011 geltende Regelung und ihre Umsetzung wurden im Gutachten des Sachverständigenrats Gesundheit im Detail beschrieben (SVR-G 2012).

Die Belange der vertragsärztlichen Versorgung sollten laut Gesetzgeber berücksichtigt werden. Damit hatten sich gleichzeitig die zur Durchsetzung der gesetzgeberischen Zielsetzung vorgesehenen Steuerungsinstrumente grundsätzlich verändert (Tabelle 1). Nicht mehr Effizienzsteigerungen durch den Vertragswettbewerb der Krankenkassen, sondern die Koordination einer Öffnung von Krankenhäusern zur ambulanten Behandlung mit der den Ländern verfassungsrechtlich allein zustehenden Krankenhausplanung war nun das Steuerungskonzept (BT-Drs. 16/3100 zu Art. 1 Nr. 85 [§ 116b]). Aber auch dieser Gesetzesauftrag ist insbesondere als Folge von Konkurrenzschutzklagen niedergelassener Vertragsärzte nur sehr zurückhaltend und sehr unterschiedlich umgesetzt worden (LSG Sachsen, Beschl. v.3.6.2010 – L 1 KR 94/10 B ER Juris BSG SozR 4-1500 § 54 Nr. 31). Paragraph 116b Absatz 8 SGB V in der Fassung des VStG stellt deswegen zu Recht für den Fortbestand der – vor Inkrafttreten dieser Neufassung des Paragraphen bis zum 1. Januar 2012 – erteilten Berechtigungen auf die Entscheidung der jeweils zuständigen Landesbehörden ab, ob und gegebenenfalls wie lange sie die von ihnen vorgenommenen Bestimmungen für Krankenhäuser zur Teilnahme an der ambulanten Behandlung aufrecht erhalten wollen. Dies gilt nur für eine Frist von zwei Jahren, wobei diese Frist erst mit dem Inkrafttreten einer Richtlinie des GBA zum betreffenden Krankheitsbild beziehungsweise Leistungssektor beginnen kann.

Zum 1. Januar 2011 wurde mit Paragraph 116b SGB V in der Fassung des VStG ein neuer Leistungsbereich der „ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung“ in die GKV eingeführt. Er übernimmt den bisherigen Katalog von Erkrankungen und Leistungen des Paragraphen 116b Absatz 2 in der Fassung des GMG und den Richtlinienauftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) zur qualitativen Ausgestaltung der Anforderungen an die Teilnahmeberechtigung. Dieser somit nicht inhaltlich, aber rechtlich neu definierte Leistungsbereich soll jetzt unter gleichen qualitativen Voraussetzungen zu denselben Vergütungssätzen gleichberechtigt sowohl den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern als auch den zugelassenen Krankenhäusern offen stehen („jeder darf, der kann“). Dabei setzt die in Paragraph 116b Absatz 6 außerbudgetär vorgesehene Vergütung nach festen Beträgen Anreize für eine Leistungsausweitung, die durch die gesetzlich dafür vorgesehene sektorenübergreifende Sicherung der Prozess- und Ergebnisqualität eingegrenzt werden müsste. Mit dieser Neuregelung einer ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) ändert sich erneut die gesetzgeberische Zielsetzung: Vertragswettbewerb und Krankenhausplanung werden als Ziel des Paragraphen 116b durch die „schrittweise“ Einführung eines sektorenübergreifenden Versorgungsbereiches mit dem Ziel eines reibungslosen Ineinandergreifens von ambulanter und stationärer Versorgung abgelöst (BT-Drs. 17/6906 Einleitung Abschn. B 4; Begr. Abschn. A II 2.4).

Für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnahmeberechtigten Leistungserbringer (Vertragsärzte, Medizinische Versorgungszentren, ermächtigte Ärzte und Einrichtungen) wird diese Neuregelung zur Folge haben, dass die gemäß Paragraph 116b Absatz 2 durch die ASV-Richtlinie des GBA für die einzelnen Krankheiten und Leistungen neu zu definierenden „Katalogleistungen“ von der bisherigen vertragsärztlichen Teilnahmeberechtigung nicht mehr erfasst werden. Sie bedürfen dann eines ergänzenden Berechtigungsnachweises.

TABELLE 1

Die Geschichte des 116b SGB V

Gesetz	Vorhaben des Gesetzgebers
GKV-Modernisierungsgesetz (GKV-GMG) 1. Januar 2004	Krankenkassen und deren Verbände sollen mit zugelassenen Krankenhäusern Verträge zur ambulanten Behandlung abschließen.
GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) 1. Juli 2008	Die Entscheidung über die Zulassung von Krankenhäusern zur Teilnahme an der ambulanten Behandlung wird den für die Krankenhausplanung zuständigen obersten Landesbehörden übertragen.
Versorgungsstrukturgesetz (VStG) 1. Januar 2012	Der neue GKV-Leistungsbereich „ambulante spezialfachärztliche Versorgung“ wird eingeführt.

Quelle: eigene Darstellung; Grafik: G-G Wissenschaft 2013

Die Krankenhäuser können nach wie vor eine Teilnahmeberechtigung an der ambulanten Behandlung erlangen. Aber die bisherigen dafür nach Paragraph 116b Absatz 4 SGB V in der Fassung des GKV-WSG beschlossenen Richtlinien des GBA müssen zunächst auf den gleichberechtigten sektorenübergreifenden Zugang umgestellt werden.

Die Leistungsberechtigung der Krankenhäuser auf Grundlage des neuen Paragraphen 116b SGB V ist davon abhängig, dass die für die einzelne Erkrankung oder Leistung maßgeblichen Anlagen zu der am 21. März 2013 vom GBA beschlossenen ASV-Richtlinie in Kraft getreten sind. Der Gesetzgeber hatte dem GBA dafür eine Frist bis zum 31. Dezember 2012 gesetzt. Es war aber abzusehen, dass diese Frist nicht eingehalten werden konnte. Die zum 20. Juli 2013 in Kraft getretene ASV-Richtlinie (*BAnz. AT 19. 7. 2013 B 1*) enthält die grundsätzlichen Anforderungen an die Teilnahmeberechtigung und dafür maßgebende Verfahrensvorschriften. Erst die krankheits- und leistungsbezogenen Anlagen sind für den Beginn der Teilnahmeberechtigung der Krankenhäuser maßgebend. Mit einer ersten krankheitsbezogenen Anlage zur ASV-Richtlinie ist frühestens zum 1. Januar 2014 zu rechnen.

2 Beibehaltung des Krankheiten- und Leistungskatalogs

Trotz der aufgezeigten dreimaligen Veränderung der Zielrichtung des Paragraphen 116b SGB V (Stärkung des Vertragswettbewerbs, Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung, Einführung eines sektorenübergreifenden Versorgungsbereichs) ist der Katalog der Krankheitsbilder und Leistungen nunmehr über zehn Jahre nahezu identisch geblieben, beziehungsweise nur systemimmanent um weitere Krankheitsbilder durch Richtlinien des GBA ergänzt worden. In Paragraph 116b in der Fassung des VStG ist als Ergebnis der Beratungen im Bundstagsgesundheitsausschuss die Schwere der Verlaufsform für Krankheiten mit besonderen Verläufen und – lediglich zur Klärstellung, bei seltenen Erkrankungen insbesondere wegen der prä- und poststationären Versorgung von Organtransplantierten – die zusätzliche Einbeziehung von Erkrankungen mit geringer Fallzahl erfolgt (*BT-Drs. 17/8005 zu Art. 1 Nr.44 [§ 116b]*).

Jenseits der geänderten Zielsetzung beschreibt dieser Katalog daher unverändert komplexe, schwer therapierbare Krankheiten, die je nach Krankheit eine spezielle Qualifikation, eine interdisziplinäre Zusammenarbeit und (insbesondere bezogen auf hoch spezialisierte Leistungen) eine besondere Ausstattung erfordern. Von Anfang an gab es auch die Dreiteilung in seltene Erkrankungen, Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen und hoch spezialisierte Leistungen. Von diesem Leistungskatalog geht daher eine eigenständige Bedeutung aus, die auch für seine Weiterent-

wicklung relevant ist. Dabei haben die drei bereits in Paragraph 116b Absatz 2 in der Fassung des GKV-WSG getrennten Kataloge durchaus unterschiedliche Zielsetzungen (Tabelle 2).

2.1 Seltene Erkrankungen

Bei den in Absatz 2 aufgelisteten seltenen Erkrankungen mit einer Häufigkeit von maximal 5 auf 50.000 Krankheitsfällen steht eindeutig das Ziel einer Verdichtung des Leistungsangebotes auf Behandlungszentren im Vordergrund, die aufgrund fachlicher Expertise und Erfahrung ein umfassendes ambulantes und (soweit medizinisch erforderlich) stationäres Versorgungsangebot an die betreffenden Patienten richten. Insoweit steht der Gesichtspunkt einer spezialfachärztlichen Versorgung aus einer Hand im Vordergrund der Zielsetzung dieses Kataloges.

Solche Behandlungszentren sind den betreffenden Selbsthilfegruppen und Patientenverbänden in der Regel auch bereits bekannt und werden – trotz der Inkaufnahme längerer Wege – schon bisher in Anspruch genommen. Die bisherigen Richtlinien des GBA haben hierfür qualitative Anforderungen einschließlich adäquater Mindestmengen definiert. Der Gesetzgeber des neuen Paragraphen 116b folgt dieser Zielsetzung ausdrücklich auch, indem er auf das gesetzliche Erfordernis der Überweisung bei seltenen Erkrankungen grundsätzlich verzichtet, an die Überweisung zur Behandlung von Krankheiten mit besonderen Verläufen demgegenüber höhere Anforderungen stellt. Deswegen sind auch Verdachtsdiagnosen ausreichend für den Zugang zur ambulanten spezialfachärztlichen Behandlung seltener Erkrankungen.

Die Neuregelung der Zugangsberechtigung für vertragsärztliche Leistungserbringer erfordert die Überprüfung bisheriger vergleichbar qualifizierter vertragsärztlicher Versorgungsangebote und deren Einbeziehung in die Anforderungen an die Strukturqualität der ASV. Erfordert die Versorgung aus einer Hand (insbesondere wegen einer medizinisch indizierten ambulanten/stationären Intervallbehandlung) ein sektorenübergreifendes ambulantes/stationäres Leistungsangebot, müssen die qualitativen Anforderungen für die Teilnahmeberechtigung daran ausgerichtet werden. Der Zugang vertragsärztlich tätiger Leistungserbringer ist dann auf den Nachweis einer Kooperation mit entsprechend qualifizierten zugelassenen Krankenhäusern begrenzt.

2.2 Hoch spezialisierte Leistungen

Der Katalog hoch spezialisierter Leistungen enthält die bereits bisher bestehenden beiden Leistungsbereiche der Brachytherapie und der CT/MRT-gestützten interventionellen Schmerztherapie. Ziel ist die sektorenübergreifende Nutzung einer kostenaufwendigen Medizintechnik und der damit verbundenen besonderen Erfahrungen der damit betrauten Ärzte. Beide Leistungsbereiche sind in ihrem medi-

TABELLE 2

Der Leistungskatalog zu Paragraf 116b SGB V

Katalog zu: Ambulante Behandlung im Krankenhaus nach GKV-Modernisierungsgesetz (GKV-GMG), 2004

1. hochspezialisierte Leistungen

- CT/MRT-gestützte interventionelle schmerztherapeutische Leistungen
- Brachytherapie

2. seltene Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen

- Diagnostik und Versorgung von Patienten mit onkologischen Erkrankungen
- Diagnostik und Versorgung von Patienten mit HIV/Aids
- Diagnostik und Versorgung von Patienten mit schweren Verlaufsformen rheumatologischer Erkrankungen
- Spezialisierte Diagnostik und Therapie der schweren Herzinsuffizienz (NYHA Stadium 3–4)
- Diagnostik und Versorgung von Patienten mit Tuberkulose
- Diagnostik und Versorgung von Patienten mit Mukoviszidose
- Diagnostik und Versorgung von Patienten mit Hämophilie
- Diagnostik und Versorgung von Patienten mit Fehlbildungen, angeborenen Skelettsystemfehlbildungen und neuromuskulären Erkrankungen
- Diagnostik und Versorgung von Patienten mit schwerwiegenden immunologischen Erkrankungen
- Diagnostik und Versorgung von Patienten mit Multipler Sklerose
- Diagnostik und Versorgung von Patienten mit Anfallsleiden
- Diagnostik und Versorgung von Patienten im Rahmen der pädiatrischen Kardiologie
- Diagnostik und Versorgung von Frühgeborenen mit Folgeschäden

Katalog zu: Ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach Versorgungsstrukturgesetz (VStG), 2012

1. schwere Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen bei

- | | |
|--|--|
| a) onkologischen Erkrankungen | f) zerebralen Anfallsleiden (Epilepsie) |
| b) HIV/Aids | g) komplexen Erkrankungen im Rahmen der pädiatrischen Kardiologie |
| c) rheumatologischen Erkrankungen | h) der Versorgung von Frühgeborenen mit Folgeschäden oder |
| d) Herzinsuffizienz (NYHA Stadium 3–4) | i) Querschnittslähmungen bei Komplikationen, die eine interdisziplinäre Versorgung erforderlich machen |
| e) Multipler Sklerose | |

2. seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen wie

- | | |
|---|--|
| a) Tuberkulose | h) Morbus Wilson |
| b) Mukoviszidose | i) Transsexualismus |
| c) Hämophilie | j) Versorgung von Kindern mit angeborenen Stoffwechselstörungen |
| d) Fehlbildungen, angeborene Skelettsystemfehlbildungen und neuromuskuläre Erkrankungen | k) Marfan-Syndrom |
| e) schwerwiegende immunologische Erkrankungen | l) pulmonale Hypertonie |
| f) biliäre Zirrhose | m) Kurzdarmsyndrom oder |
| g) primär sklerosierende Cholangitis | n) Versorgung von Patienten vor oder nach Organtransplantation und von lebenden Spendern sowie |

3. hochspezialisierte Leistungen wie

- | | | |
|---|------|-------------------|
| a) CT/MRT-gestützte interventionelle schmerztherapeutische Leistungen | oder | b) Brachytherapie |
|---|------|-------------------|

zinischen Nutzen nicht unumstritten und daher schlechte Repräsentanten für diesen Leistungsbereich. Zur interstitiellen Brachytherapie beim Prostatakarzinom hat der GBA im Vorgriff auf die erst danach in Kraft getretene Erprobungsregelung nach Paragraf 137e SGB V eine Studie zur Klärung der Evidenz in Auftrag gegeben (www.g-ba.de).

2.3 Erkrankungen mit besonderen Verläufen

Die im Katalog aufgelisteten Erkrankungen mit besonderen Verläufen sind sämtlich dem bisher in Paragraf 116b Absatz 3 Nr. 2 in der Fassung des GKV-WSG enthaltenen einheitlichen Katalog entnommen und um die vom GBA bereits einge-

fürte interdisziplinäre Behandlung von Komplikationen bei Querschnittslähmungen ergänzt worden. Zentrales Problem der Umsetzung des neuen Gesetzauftrags für sektorenübergreifende Anforderungen ist die erst aufgrund der im Gesundheitsausschuss zur Beratung des VStG vorgenommene Ergänzung um schwere Verlaufsformen (*BT-Drs. 17/8005 zu § 116b*). Die Konkretisierung durch die ASV-Richtlinie wird dadurch erheblich erschwert. Schon der bisherige Katalog war auf komplexe, schwer therapierbare Erkrankungen ausgerichtet. Bereits bisher war die Einbeziehung rheumatologischer Erkrankungen ausdrücklich auf schwere Verlaufsformen und die Einbeziehung der Herzinsuffizienz ausdrücklich auf die spezialisierte Behandlung der schweren NYHA-Stadien 3 und 4 begrenzt. Insoweit bedarf es keiner gegenüber der bisherigen GBA-Richtlinie weitergehenden inhaltlichen Einschränkung, da schwere Verlaufsformen bereits Gegenstand der bisherigen Richtlinie sind. Für die pädiatrische Kardiologie enthält die Neufassung zusätzlich zur Begrenzung auf schwere Verlaufsformen eine Einschränkung auf komplexe Erkrankungen, obwohl gerade die Komplexität einer Erkrankung der Beleg für eine schwere Verlaufsform ist.

- a) Gemäß der Begründung des Gesundheitsausschusses soll durch die Bindung an eine schwere Verlaufsform zusammen mit dem insoweit geltenden Überweisungserfordernis eine gezielte auf Patienten mit komplexen, schwer therapierbaren Erkrankungen bezogene ambulante spezialärztliche Behandlung erfolgen. Als Beispiele werden Begleit- oder Mehrfacherkrankungen, Komplikationen, Verschlimmerungen und Therapienebenwirkungen genannt (*BT-Drucks. 17/8005 aaO*).
- b) Paragraph 8 der ASV-Richtlinie des GBA hat auf diese Begründung mit dem Erfordernis einer gesicherten Diagnose zum Zeitpunkt der Überweisung reagiert. Vorbehaltlich einschränkender Vorgaben in den krankheitsspezifischen Anlagen zur ASV-Richtlinie entscheidet zunächst der überweisende Arzt mit seiner Überweisung darüber, ob eine schwere Verlaufsform einer Erkrankung mit besonderen Krankheitsverläufen besteht. Er hat deswegen die genaue Indikation und die Dauer der Überweisung in Quartalen auf dem Überweisungsschein anzugeben. Die aufgrund einer solchen Überweisung in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung tätigen Ärzte und Einrichtungen sind in ihrer Leistungsberechtigung daher zunächst durch die auf dieser Grundlage erfolgte Überweisung abgesichert. Der aufgrund einer solchen Überweisung leistungsberechtigte Arzt muss aber in regelmäßigen Abständen das Fortbestehen der Indikation überprüfen und gegebenenfalls den Patienten in die vertragsärztliche Versorgung oder stationäre Krankenhausbehandlung zurück- oder weiterüberweisen (§ 8 S.9 ASV-RL).
- c) Gerade wegen dieser Anknüpfung an eine gesicherte Diagnosestellung durch den überweisenden Arzt reicht es nicht, ihm den zitierten Begründungstext als Basis für eine

Überweisung in die ASV anzubieten. Es bedarf vielmehr einer Konkretisierung der Indikation für eine entsprechende Überweisung in den jeweiligen krankheitsbezogenen Anlagen der ASV-RL. Dabei sollten diese Indikationen zur Vermeidung von Auseinandersetzungen in der Abrechnungs- und Wirtschaftlichkeitsprüfung möglichst so eindeutig sein, dass sie nicht nur auf einer Einzelfallbeurteilung des überweisenden Arztes basieren. Indikationen könnten zum Beispiel für die onkologischen Erkrankungen sein:

- die nach Diagnose einer malignen Erkrankung erforderliche Vorbereitung auf eine operative Behandlung,
- die mit der Diagnose einer Erkrankung bereits verbundene erschwerte Erfolgsaussicht einer Behandlung (zum Beispiel Pankreaskarzinom),
- das Zusammentreffen einer schweren akuten Erkrankung mit einer chronischen Erkrankung (zum Beispiel akute Lebererkrankung eines Diabetikers) oder
- das diagnostizierte Rezidiv einer schwerwiegenden Erkrankung.

2.4 Behandlungsumfang der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung

Zum Behandlungsumfang der ASV verweisen die ASV-Richtlinien auf die noch ausstehenden Anlagen und einen zur Konkretisierung vorgesehenen Appendix, in dem Leistungen, die im Rahmen der ASV von ASV-Berechtigten erbracht werden können, abschließend definiert werden sollen. Zur ASV berechnete Krankenhäuser dürfen darüber hinaus fachärztliche Leistungen erbringen, sofern diese in unmittelbarem Zusammenhang zur Erkrankung nach Paragraph 116b SGB V stehen, diese in demselben Krankenhaus erbracht werden und dem Patienten eine gesonderte Überweisung in die vertragsärztliche Versorgung nicht zuzumuten ist.

3 Rechtliche Einordnung

Für die Teilnahmeberechtigung an der ASV besteht eine strenge rechtliche Akzessorietät. Nur wer über eine öffentlich-rechtliche Zulassung oder Ermächtigung verfügt und sie auch wahrnimmt, kann an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung teilnehmen. Es gibt demnach nicht den „Spezialfacharzt“ mit einer exklusiv auf die ASV begrenzten Teilnahmeberechtigung. Die für die Teilnahme an der ASV zu erfüllenden Voraussetzungen und Anforderungen sind zusätzlich zur Zulassung oder Ermächtigung als Leistungserbringer der GKV zu erbringen. Daraus folgt auch: Entfällt die Teilnahmeberechtigung zur Leistungserbringung in der GKV, erlischt automatisch auch die Teilnahmeberechtigung an der ASV.

Potenzielle Leistungserbringer der ASV sind daher zunächst alle bereits zur Leistungserbringung in der GKV berechtigten

Leistungserbringer einer fachärztlichen Versorgung. Diesen potenziellen Leistungserbringern eröffnet Paragraph 116b die Möglichkeit, die Erfüllung der zusätzlichen Anforderungen an die Teilnahmeberechtigung zur ASV unter Beifügung entsprechender Belege dem um Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft erweiterten Landesausschuss Ärzte/Krankenkassen (erweiterter Landesausschuss) anzuzeigen. Mit dieser Anzeige erhalten die potenziellen Leistungserbringer – nach Ablauf einer Frist von zwei Monaten für eine Intervention des Landesausschusses – die Teilnahmeberechtigung.

Die rechtliche Einordnung dieses Anzeigeverfahrens ist umstritten und in seiner Umsetzung schwierig (*Behnsen 2013*). Ihm kommt eine dem Zulassungsstatus vergleichbare Rechtswirkung zu, die daher rechtlich als ein verkürztes Verwaltungsverfahren zu bewerten ist. Das Schweigen des Landesausschusses auf die erfolgte Anzeige hat nach Ablauf von zwei Monaten die Rechtswirkung eines begünstigenden Verwaltungsaktes. Reichen die eingereichten Belege nicht aus, muss der Landesausschuss zur Vermeidung dieser Rechtswirkung intervenieren. Der mangels Intervention zur Teilnahme an der ASV berechtigte Leistungserbringer hat seinerseits diese Teilnahmeberechtigung den regional für die Sicherstellung der Versorgung bisher maßgeblichen Organisationen (Landesverbände der Krankenkassen, Ersatzkassen, Kassenärztliche Vereinigung, Landeskrankenhausgesellschaft) unter Angabe der in die Berechtigung einbezogenen Leistungsbereiche zu melden. Ein nachträglicher Wegfall seiner Leistungsberechtigung ist dem Landesausschuss und den genannten Organisationen mitzuteilen.

3.1 Sächliche und personelle Anforderungen

Die bisherigen Richtlinien nach Paragraph 116b in der Fassung GMG haben für Krankenhäuser jeweils bezogen auf die einzelnen Katalog-Erkrankungen und -Leistungen differenzierte qualitative Anforderungen an die ambulante Behandlung definiert. Sie sind deswegen inhaltlich nicht ohne Weiteres auf die ASV-Richtlinie übertragbar, weil sie auf Krankenhausstrukturen zugeschnitten sind, zukünftig aber auch für vertragsärztliche Praxisstrukturen erfüllbar sein müssen. Es bedarf daher einer Adaptierung der bestehenden Richtlinie an die Organisationsstrukturen der vertragsärztlichen Versorgung, um die geforderten gleichen Chancen im Wettbewerb zu gewährleisten (*BT-Drs. 17/8005 zu Nr. 11*). Zusätzlich muss für Erkrankungen mit besonderen Verläufen die Beschränkung auf schwere Verlaufsformen berücksichtigt werden. Das zu fordernde Qualitätsniveau der Versorgung ist dabei durch die gesetzliche Neuregelung nicht zur Disposition gestellt worden. Es werden vielmehr im Gegenteil weitergehende Maßnahmen der Qualitätssicherung ausdrücklich angeregt (*BT-Drs. aaO*). Sie sollten insbesondere der Sicherung der Ergebnisqualität dienen.

Die Paragraphen 3 und 4 der ASV-Richtlinie führen als personelle Anforderung an die Leistungsberechtigung zur ASV eine

dreistufige interdisziplinäre Teamstruktur ein. Sie lässt sich unmittelbar aus den bisherigen Anforderungen an die Krankenhausstrukturen in den Richtlinien nach Paragraph 116b GMG ableiten. Diese gehen ebenfalls von einem für die ambulante Behandlung verantwortlichen Arzt des Krankenhauses, im Krankenhaus selbst interdisziplinär vorzuhaltenden Einrichtungen und ergänzend hinzuzuziehenden externen Einrichtungen als notwendige Organisationsstruktur aus. Dem entspricht es, auch für die ASV ein interdisziplinäres Team, bestehend aus einer Teamleitung, einem Kernteam und bei medizinischer Notwendigkeit zeitnah hinzuzuziehenden Fachärzten auszugehen. Diese Anforderungen werden dementsprechend von den bisher zur Teilnahme an der ambulanten Behandlung berechtigten Krankenhäusern bereits erfüllt und bedürfen für vertragsärztliche Leistungserbringer der Bildung entsprechend kooperativer Strukturen. Eine sektorenübergreifende Bildung dieser Strukturen durch vertraglich vereinbarte Kooperationen ist möglich.

Die ASV-Richtlinien regeln in ihren grundsätzlichen Strukturen auch bereits die Aufgabenstellung des interdisziplinären Teams und die sich jeweils für die einzelnen Stufen ergebenden qualitativen Anforderungen und Verantwortungsbereiche. Grundlegend ist der durchgehend geforderte Facharztstandard, insbesondere für Diagnoseentscheidung und leitende Therapieentscheidungen und die Verfügbarkeit zuziehbarer Einrichtungen und Ärzte (in der Regel innerhalb von 30 Minuten). Im Anzeigeverfahren sind die nach Maßgabe der Anlage zu den ASV-Richtlinien gestellten Teamanforderungen gegebenenfalls durch den potenziellen Leistungserbringer nachzuweisen. Scheidet ein Mitglied des Teams aus, ist dies dem Landesausschuss mitzuteilen und unter Gewährleistung einer Vertretung ein neues Mitglied zu benennen, soweit dies zur Erfüllung der personellen Voraussetzungen erforderlich ist. Ist dies nicht erfolgt, muss der Landesausschuss die Leistungsberechtigung gegenüber allen Teammitgliedern wegen Wegfalls der qualitativen personellen Anforderungen entziehen.

Maßgebend für die sächlichen Anforderungen sind die noch zu erarbeitenden Anlagen. Vorbehaltlich abweichender Regelung in den Anlagen gelten die Qualitätssicherungsvereinbarungen nach Paragraph 135 Absatz 2 SGB V. Soweit in den Anlagen das Vorhalten bestimmter Bereiche (zum Beispiel Intensivstation, Notfalllabor, bildgebende Diagnostik, 24-Stunden-Notfallversorgung) vorausgesetzt wird, wird die Erbringung im Rahmen einer vertraglich vereinbarten Kooperation ausdrücklich erlaubt. Auch dabei wird eine 30-minütige Erreichbarkeit zur Gewährleistung eines zeitgerechten Einsatzes gefordert. Die Leistungsberechtigung zur ASV von Erkrankungen im Krankenhaus ist nach Maßgabe der ASV-Richtlinie zusätzlich daran gebunden, dass das Krankenhaus aufgrund seiner Zulassung berechtigt ist, diese Erkrankungen auch stationär zu behandeln. Vertragsärzte dürfen dementsprechend auch nur in dem Fachgebiet beziehungsweise Schwerpunkt in der ASV tätig werden, mit dem sie auch zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen sind.

4 Kooperationsvereinbarung

Für onkologische Erkrankungen macht Paragraph 116b Absatz 4 den Abschluss einer Kooperationsvereinbarung für die Teilnahme an der ASV grundsätzlich zur Voraussetzung der Teilnahmeberechtigung an der ASV. Sie ist gegenüber dem Landesausschuss im Rahmen des Anzeigeverfahrens nachzuweisen. Anders als für die Teambildung als Teil der personellen Anforderung wird eine sektorenübergreifende Kooperation zwischen dem vertragsärztlichen und dem stationären Leistungssektor gefordert (*BT-Drs. 17/8005 zu Nr. 6*). Unbeschadet einer solchen Kooperation können beziehungsweise müssen interdisziplinäre Teams zur Erfüllung der personellen und sächlichen Anforderungen gebildet werden. Überschneidungen, insbesondere für die Hinzuziehung von Fachärzten, die nicht zum Kernteam gehören, sind möglich. Die Teilnahme an mehreren solcher Kooperationen soll auch möglich sein. Notwendiger Bestandteil einer solchen Kooperationsvereinbarung ist danach die Abstimmung über Eckpunkte der Versorgung, die Abstimmung der Arbeitsteilung und die Verpflichtung zu regelmäßigen qualitätsorientierten Tumorkonferenzen.

Im Fall entsprechender Regelungen des GBA für andere Indikationen ist der Abschluss einer Kooperationsvereinbarung auch für diese Voraussetzung der Teilnahmeberechtigung. Eine Ausnahme besteht dann, wenn der Leistungserbringer gegenüber dem Landesausschuss glaubhaft machen kann, dass kein geeigneter Kooperationspartner vorhanden ist (Grundlage hierfür kann der Bedarfsplan nach Paragraph 99 SGB V und der Krankenhausplan nach dem jeweiligen Landeskrankenhausgesetz sein) oder trotz ernsthaften Bemühens innerhalb eines Zeitraums von zwei Monaten kein zur Kooperation mit ihm bereiter geeigneter Leistungserbringer zu finden war (Grundlage hierfür können Gesprächsprotokolle über Verhandlungen mit in Frage kommenden Leistungserbringern sein).

5 Gesamtbewertung und Fazit

Paragraph 116b in der Fassung des Versorgungsstrukturgesetzes ist als ein möglicher Pilot für die künftige Entwicklung von Versorgungsstrukturen novelliert worden (*BT-Drs. 17/6906*

Begründung A II). Ob dies gelingt und dann die zunächst zurückgestellte Einbeziehung operativer Leistungen erfolgt, wird im Wesentlichen davon abhängen, wie sich die in Paragraph 116b Absatz 6 damit verbundene nicht budgetierte Vergütung zu festen Beträgen auf Qualität und Wirtschaftlichkeit der ASV auswirken wird. Der Erfolg oder Misserfolg der ASV in ihrer jetzigen gesetzlichen Ausprägung wird daher im Wesentlichen davon abhängen, ob es gelingt, im Interessenwiderstreit der im GBA vertretenen Organisationen der Leistungserbringer (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Kassenärztliche Bundesvereinigung) den gesetzgeberisch angestrebten Ansatz sektorenübergreifender Kooperationen zu fördern und einen zulasten der Qualität der Versorgung gehenden Verdrängungswettbewerb konkurrierender Leistungserbringer soweit als möglich zu vermeiden. Die Richtlinien des GBA müssen dabei die Unterschiede in den regionalen ländlichen und städtischen Versorgungsstrukturen berücksichtigen und vor allem die Schnittstellen zu den Bereichen der nicht spezialärztlichen, aber fachärztlichen ambulanten Versorgung einerseits und zur stationären Versorgung andererseits möglichst eindeutig definieren. Gelingt dies nicht, dürfte auch dieser dritte gesetzgeberische Anlauf zu einer schrittweisen Überwindung des „Grabens“ zwischen ambulanter und stationärer fachärztlicher Versorgung zum Scheitern verurteilt sein. Besonders wichtig ist daher auch die in Paragraph 116b Absatz 9 vorgesehene Evaluation, die aber nicht erst nach fünf Jahren erfolgen sollte.

Literatur

- Behnen E (2013):** Der erweiterte Landesausschuss nach § 116b SGB V – das unbekannte Wesen. In: Schiller H, Tsambikakis M (Hrsg.). Kriminologie und Medizinrecht – Festschrift für Gernot Steinhilper. Heidelberg, München, Landsberg: C.F. Müller, 3–10
- Greiner W, Hodek JM (2013):** Solidarverträgliche Wettbewerbsfelder und -potenziale am Beispiel der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV). In: Jacobs K, Schulze S (Hrsg.). Die Krankenversicherung der Zukunft – Anforderungen an ein leistungsfähiges System. Berlin: KomPart, 197–223
- SVR-G (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2012):** Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Bern: Huber

DER AUTOR



Dr. jur. Rainer Hess, Jahrgang 1940, von 1962 bis 1965 Studium der Rechtswissenschaft, 1969 Referendarausbildung und zweites Staatsexamen, 1972 Promotion. Von 1969 bis 1971 Justiziar des Verbandes der leitenden Krankenhausärzte, im Anschluss bis 1988 Justiziar der gemeinsamen Rechtsabteilung von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung.

Von 1988 bis 2004 Hauptgeschäftsführer der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Von April 2004 bis Juni 2012 unparteiischer Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses. Seit Januar 2013 im Vorstand der Deutschen Stiftung für Organtransplantation (DSO). Autor juristischer Kommentare zum Sozialversicherungsrecht und zum ärztlichen Berufsrecht.

Aufgabenneuverteilung im Gesundheitswesen

Anforderungen an die Qualifikation von Gesundheitsfachberufen am Beispiel der Pflege

von Adina Dreier¹ und Wolfgang Hoffmann²

ABSTRACT

Deutschland unterliegt einem tiefgreifenden demografischen Wandel, der durch einen relativen und absoluten Anstieg der älteren Bevölkerung charakterisiert ist. Daraus resultieren ein Anstieg der Prävalenzen von altersassoziierten Erkrankungen sowie ein zunehmender Bedarf an medizinischen und pflegerischen Versorgungsleistungen. Gleichzeitig altern auch die Akteure des Gesundheitssystems. Bereits heute besteht in einigen Regionen Deutschlands Personalmangel. Für den ambulanten und stationären Versorgungssektor drohen damit Einschnitte in der medizinischen und pflegerischen Behandlung der Patienten. Eine strukturelle Veränderung der medizinischen und pflegerischen Versorgung wird also zwangsläufig erforderlich. Diese schließt neben der Reformierung der traditionellen Aufgabenfelder einzelner Berufsgruppen auch eine Neuverteilung der Arbeitsteilung zwischen den Akteuren ein. Die neuen Aufgabenfelder erfordern auf qualifikatorischer Ebene die Anpassung der Aus-, Fort- und Weiterbildung.

Schlüsselwörter: Medizinisch-pflegerische Versorgung, Qualifikation, Pflege, Akademisierung, Versorgungsforschung, Pflegebildungsforschung

Germany is undergoing a profound demographic change, which is characterized by a relative and absolute increase in the elderly population. This has led to an increasing prevalence of age-associated diseases and an increasing demand for medical and nursing care. Due to the fact that the occupational groups of the health care system are ageing too, there is already a shortage of staff in some regions. This might result in cuts in medical and nursing care in both the outpatient and inpatient sector. Therefore, a substantial structural reform of the German health care system is called for. This includes not only a reform of the traditional fields of the individual professions but also a redistribution of labour between them. The new tasks require an adaptation of training and continuing education on a qualificational level.

Keywords: medical care, nursing care, qualification, academization, health services research, nursing education research

1 Hintergrund

Deutschland unterliegt einem dynamischen demografischen Wandel, der durch einen Anstieg der alten und hochaltrigen Bevölkerungsgruppen charakterisiert ist (Abbildung 1). Die neuen Bundesländer wiesen dabei den geschichtlich stärksten Einschnitt in der Geburtenziffer auf. Diese sank von 1991 bis 2008 von 830.000 auf 683.000. Zugleich ist von einer weiter steigenden Lebenserwartung auszugehen. Die

Alterung der Bevölkerung wird in einigen Regionen im Osten Deutschlands durch die Abwanderung von Personen im erwerbsfähigen Alter in Richtung Süden und Westen noch verstärkt. In den von Wanderungsverlust betroffenen Bundesländern können alte und hochaltrige Menschen somit zunehmend weniger auf familiäre Unterstützungssysteme zurückgreifen. Dies wird durch einen zunehmenden Anteil von Einpersonenhaushalten verstärkt, der vor allem Frauen betrifft. Deutschlandweit lebten 2009 44,0 Prozent der Frauen

¹Dr. rer. med. Adina Dreier, Institut für Community Medicine · Abt. Versorgungsepidemiologie und Community Health · Universitätsmedizin Greifswald
Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE), Rostock/Greifswald · Ellernholzstraße 1/2 · 17487 Greifswald
Telefon: 03834 86-7741 · Telefax: 03834 86-7752 · E-Mail: adina.dreier@uni-greifswald.de

²Professor Dr. med. Wolfgang Hoffmann, Institut für Community Medicine · Abt. Versorgungsepidemiologie und Community Health · Universitätsmedizin Greifswald · Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE), Rostock/Greifswald · Ellernholzstraße 1/2 · 17487 Greifswald
Telefon: 03834 86-7750/-7751 · Telefax: 03834 86-7752 · E-Mail: wolfgang.hoffmann@uni-greifswald.de

im Alter von 65 Jahren und älter allein, während bei den Männern der Anteil bei lediglich 18,0 Prozent lag (*Statistisches Bundesamt 2011; Statistisches Bundesamt 2012*). Aus der Alterung der Bevölkerung resultieren ein Anstieg der Prävalenzen von altersassoziierten Erkrankungen und ein zunehmender Bedarf an medizinischen und pflegerischen Versorgungsleistungen. Gleichzeitig ist von einer Änderung des Spektrums dieser Leistungen auszugehen (*Rogalski et al. 2012; Dreier et al. 2012; Siewert et al. 2010; Fendrich und Hoffmann 2007*).

Die Pflege stellt mit rund 1,4 Millionen Beschäftigten (2009) die größte Berufsgruppe in der Gesundheitswirtschaft Deutschlands dar. Und der demografische Wandel wirkt sich auf diesen Berufszweig ebenfalls aus. Zudem wurde für den klinischen Versorgungsbereich im Zeitraum von 1996 bis 2008 ein Stellenabbau um 14,3 Prozent verzeichnet, der primär auf die Nichtübernahme von Auszubildenden zurückzuführen ist (*Isfort 2010*). Damit unterliegt das pflegerische Klinikpersonal einer schnelleren Alterung.

Für die Berufsgruppe der Mediziner besteht bereits in einigen Regionen Deutschlands Personalmangel. Der bundesweite Ersatzbedarf von Ärzten beläuft sich bis zum Jahr 2019 auf 108.260 Mediziner. Gleichzeitig erfordert die demografische Entwicklung einen Mehrbedarf an Medizinern in einem Umfang von insgesamt rund 11.000 (*Blum et al. 2010*). Die Entwicklung der Hausärztezahle zeigt ein besonders besorgniserregendes Bild: Deutschlandweit waren am 31. Dezember 2009 19,6 Prozent der niedergelassenen Hausärzte 60 Jahre und älter. In den neuen Bundesländern betrug dieser Anteil sogar 24,0 Prozent. Kopetsch prognostiziert darüber hinaus für das gesamte Bundesgebiet, dass in der laufenden Dekade bis 2020 je nach Bundesland zwischen 38 und 48 Prozent aller Hausärzte in den Ruhestand treten werden (*Kopetsch 2010*).

2 Künftige Veränderungsbedarfe in der Versorgungslandschaft

Bereits zum heutigen Zeitpunkt drohen für den ambulanten und stationären Versorgungssektor Einschnitte in der medizinischen und pflegerischen Versorgung der Patienten. Diese sind vornehmlich in den ländlichen und strukturarmen Regionen vorzufinden. Rogalski und Mitautoren gehen davon aus, dass unter den heute prognostizierten demografischen und versorgungsepidemiologischen Entwicklungen eine Bedarfsdeckung in der Gesundheitslandschaft nicht mehr sichergestellt werden kann (*Rogalski 2012*). Daraus ergibt sich das Erfordernis, die medizinische und pflegerische Versorgung strukturell zu verändern. Dies schließt neben der Reformierung der Aufgabefelder einzelner Berufsgruppen auch eine Neuverteilung der traditionellen Arbeitsaufgaben zwischen den Akteuren ein.

Deutschlandweit existiert eine Reihe von konzeptionellen Ansätzen und Projekten, welche sich mit der Delegation von ärztlichen Tätigkeiten befassen. Bei der delegativen Übertragung ärztlicher Tätigkeiten erhält die Pflegefachperson die sogenannte Durchführungskompetenz, während die Verantwortung für den Gesamtversorgungsprozess beim Arzt verbleibt. Im Gegensatz zur Delegation bedeutet Substitution die Neuverteilung von Aufgaben zwischen den jeweiligen Akteuren. Dies schließt neben der Eigenverantwortung für das Erbringen dieser Leistungen auch die Abrechnung zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung ein. Mit Blick auf den bestehenden demografischen Wandel und den sich in vielen Regionen weiter verschärfenden Ärztemangel erscheint es wahrscheinlich, dass sich die Rolle der pflegerischen Profession künftig im Sinne einer Substitution verändern wird.

3 Gesundheitspolitische Rahmenbedingungen

Bereits 2007 wies der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen auf die Notwendigkeit einer Aufgabenneuverteilung zwischen den verschiedenen Gruppen der Leistungserbringer hin. Dabei wird davon ausgegangen, dass alle Gesundheitsberufe von der Aufgabenneuverteilung profitieren können. Voraussetzung dafür ist, dass zugleich eine Verstärkung der Kooperation zwischen den verschiedenen Gesundheitsberufen erfolgt. Der Sachverständigenrat betont, dass die zu verändernden Rollen an die regionalen Gegebenheiten anzupassen sind, um so auf künftige unvorhersehbare Versorgungsnotwendigkeiten adäquat reagieren zu können. In rechtlicher Hinsicht ist eine Novellierung erforderlich, um diese Aufgabenneuverteilung zu legitimieren. Die Klärung der Verantwortung, der Haftungsfragen und die Anpassung der Primärqualifikation einschließlich entsprechender Weiterqualifikationen sollten dabei im Fokus stehen (*SVR 2007*).

2009 erfolgte eine Novellierung des fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) und damit erstmals die Legalisierung der Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliche Gesundheitsberufe außerhalb des unmittelbaren Zugriffs des Arztes („Rufweite“). Die Revision war Folge der erfolgreichen Evaluation des AGnES-Delegationsprojektes (Arztentlastende, Gemeindenahe, E-Health-gestützte, Systemische Intervention), welches von 2005 bis 2008 in Mecklenburg-Vorpommern und weiteren Bundesländern durchgeführt wurde. Das Modellprojekt zielte primär auf die Unterstützung des Hausarztes durch speziell qualifizierte Fachkräfte (Pflegefachpersonen, Medizinische Fachangestellte) ab. Im Zentrum stand die Delegation ärztlicher Leistungen im Kontext von Hausbesuchen beziehungsweise der medizinischen Versorgung von Patienten in ihrer Häuslichkeit. Die positiven Evaluationsergebnisse bei Ärzten, Praxismitarbeiterinnen und Patienten sowie die hohe

Akzeptanz bei allen anderen Akteuren des AGnES-Projekts führten zur Erweiterung des Paragraphen 87 Abs. 2b SGB V. Seither ist es möglich, dass „... ärztlich angeordnete Hilfeleistungen anderer Personen nach Paragraph 28 Abs. 1 Satz 2 SGB V, die in der Häuslichkeit der Patienten in Abwesenheit des Arztes erbracht werden, vergütet werden“ (Van den Berg 2009).

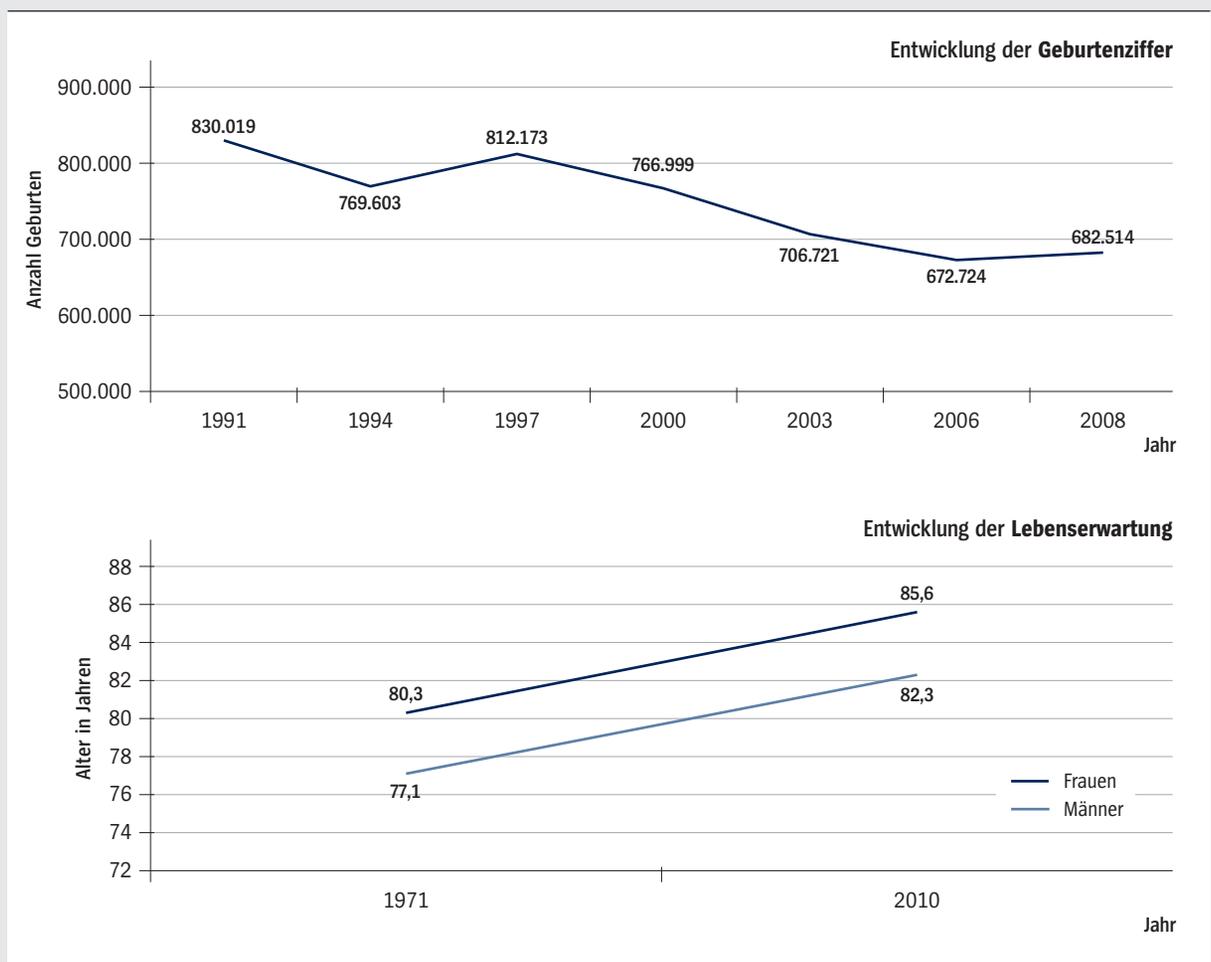
Das GKV-Versorgungsstrukturgesetz trat zum 1. Januar 2012 in Kraft und zielt darauf ab, deutschlandweit und vornehmlich in den strukturschwachen ländlichen und dünn besiedelten Regionen eine wohnortnahe und bedarfsgerechte medizinische Versorgung sicherzustellen. Das Gesetz regelt Maßnahmen, die einerseits die Attraktivität der ländlichen Gebiete für Mediziner steigern sollen und andererseits die Strukturen des Gesundheitssystems stärker an der regionalen Demografie und

Morbidität orientieren. Das Versorgungsstrukturgesetz unterstützt in diesem Kontext die flexible Arbeitsteilung zwischen Medizinerinnen und nichtmedizinischen Gesundheitsberufen und verweist dabei ausdrücklich auf den Ausbau der Delegation ärztlicher Tätigkeiten. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband haben dazu eine Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal erstellt, welche zum 1. Oktober 2013 in Kraft tritt. Die Vereinbarung regelt die Anforderungen für die Delegation von ärztlichen Leistungen an nichtärztliches Personal in der ambulanten Versorgung und führt beispielhaft Tätigkeiten auf, die zur Delegation geeignet sind.

Mit dem Paragraphen 63 Abs. 3c SGB V besteht erstmals eine rechtliche Legitimation für die Durchführung von Modellvor-

ABBILDUNG 1

Demografische Entwicklung in Deutschland



Quelle: destatis.de; Grafik: G+G Wissenschaft 2013

haben zur selbstständigen Übertragung von ärztlichen Tätigkeiten im Sinne der Ausübung von Heilkunde. Diese Modellprojekte sind auf die Angehörigen der Kranken- und Altenpflege beschränkt. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat dazu im November 2011 eine Richtlinie zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten beschlossen und im März 2012 veröffentlicht. Konsekutiv besteht nun eine gesetzliche Legitimation für die Übernahme von heilkundlichen Tätigkeiten für die Berufsangehörigen der Pflege, sofern sie entsprechend qualifiziert sind. Diese Legitimation ist zunächst auf fünf Indikationen beschränkt:

- Diabetes mellitus Typ I
- Diabetes mellitus Typ II
- Demenz
- chronische Wunden
- Hypertonie

In den kommenden fünf Jahren soll die Erprobung der Substitution ärztlicher Tätigkeiten im Rahmen von Modellprojekten erfolgen und ein Curriculum für die spezifische Qualifikation von Pflegefachpersonen entwickelt werden. Bei positiver Evaluation der (bislang allerdings noch ausstehenden) Modellprojekte ist eine Legitimierung der Substitution ärztlicher Tätigkeiten an Pflegefachpersonen für die fünf Indikationen in die Regelversorgung vorgesehen.

Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung in Deutschland und der damit verbundenen Zunahme der Versorgungsbedarfe der Bevölkerung sowie der steigenden Komplexität des Versorgungsauftrags geht der Wissenschaftsrat in seinem Gutachten aus dem Jahr 2012 davon aus, dass sich für die Pflege neue, spezialisierte Tätigkeitsbereiche ergeben werden. Dabei stellen die verstärkte Zusammenarbeit und interprofessionelle Kooperation einen zentralen Aspekt dar. Als Konsequenz plädiert der Wissenschaftsrat für eine Akademisierung derjenigen Pflegefachpersonen, die maßgeblich mit komplexen Aufgaben betraut sind. Er geht davon aus, dass dies 10 bis 20 Prozent

aller in der Pflege tätigen Fachpersonen betrifft. Ziel sei, die Absolventen für eine unmittelbare Tätigkeit am Patienten adäquat zu qualifizieren und attraktive akademische Weiterbildungsangebote für spezialisierte, patientenorientierte Aufgaben zu schaffen. Dazu wird ein integratives Ausbildungsmodell empfohlen, welches in einer Kooperation zwischen medizinischen Fakultäten und Hochschulen mit pflegewissenschaftlichem Schwerpunkt realisiert werden sollte (*Wissenschaftsrat 2012*).

4 Qualifikation in der Pflege

4.1 Pflegerische Ausbildung – Spannungsfeld zwischen Generalistik und Akademisierung

Aus der Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen resultiert die Notwendigkeit einer Reformierung der derzeit bestehenden pflegerischen Ausbildung. Die Länderhoheit im Hinblick auf die Umsetzung der in den Lehrplänen und der Ausbildungsrichtlinie definierten Lehrinhalte hat ein heterogenes Ausbildungsniveau der Pflegefachpersonen verursacht. Zudem stellen die je nach Bundesland unterschiedlichen pflegerischen Lehrpläne und Ausbildungsrichtlinien eine Erschwernis dar. Die Übernahme von Tätigkeiten außerhalb des Kerngebietes der Pflege wird somit zusätzlich erschwert. Mit Hilfe des Paragraphen 4 Abs. 7 im Altenpflegegesetz (AltpfG) und des Paragraphen 3 Abs. 3 des Krankenpflegegesetzes (KrPflG) ist es jedoch möglich, im Rahmen von Modellprojekten die Vermittlung von Kompetenzen zur Ausübung von heilkundlichen Tätigkeiten zeitlich befristet zu erproben. Dies erfolgt auf Grundlage des Paragraphen 63 Abs. 3c SGB V.

Aktuell wird diskutiert, die pflegerische Ausbildung von Pflegefachpersonen (Gesundheits- und Krankenpflege, Ge-

ABBILDUNG 2

Meilensteine der gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen im Hinblick auf die Aufgabenverteilung



sundheits- und Kinderkrankenpflege, Altenpflege) zu einer generalistischen Ausbildung zu modifizieren. Befürworter beschreiben, dass künftig für das pflegerische Tätigkeitsfeld sowohl Generalisten als auch Spezialisten benötigt werden (Ammende 2013). In der Folge plädieren sie für eine primär generalistische Ausbildung, welche die Absolventen für die Pflege von Menschen aller Altersgruppen sowohl im ambulanten als auch für den stationären Versorgungsbereich qualifiziert. Im Anschluss daran sollte eine Weiterqualifikation im Sinne der Spezialisierung (zum Beispiel der Intensivpflege, Gerontopsychiatrie oder Palliativpflege) erfolgen. Mit diesem Ausbildungsansatz gehen die Experten davon aus, die Pflegenden adäquat auf das sich verändernde Gesundheitswesen vorzubereiten.

Der Bedarf an akademischen Pflegefachpersonen auch für den Einsatz in der patientenbezogenen Pflege wird künftig zunehmen. Deutschland befindet sich hier – im europäischen Vergleich – auf einer frühen Entwicklungsstufe. Der Deutsche Bildungsrat für Pflegeberufe fordert seit einigen Jahren schon eine berufliche Erstausbildung und eine grundständige Hochschulausbildung mit generalistischer Struktur. Derartige akademische Ausbildungsstrukturen existieren überwiegend an Fachhochschulen und sind bisher nur selten an Universitäten vorzufinden. Künftig sollten die bestehenden Strukturen stärker genutzt und die Universitäten vermehrt in die akademische pflegerische Ausbildung eingebunden werden, um so innovative Ausbildungsstrukturen für das sich erweiternde Tätigkeitsfeld der Pflege entwickeln zu können. Bereits 2007 empfahl der Sachverständigenrat, die Gesundheitsberufe in Spezifikation der Pflege im akademischen Setting an medizinischen Fakultäten auszubilden. Zusammen mit den bestehenden dualen Ausbildungsangeboten resultieren Optionen für kooperative Studiengänge zwischen Pflege und Medizin. Diese können etwa über konsekutive Ausbildungsgänge auf

Bachelor- und Masterniveau umgesetzt werden (Rogalski et al. 2012; Dreier et al. 2012).

4.2 Fort- und Weiterbildungen für Pflegefachpersonen – vielfältige Angebote

Im Rahmen der Aufgabenneuverteilung kann auf eine Vielzahl von existierenden Fort- und Weiterbildungsoptionen zurückgegriffen werden. Daneben werden in Modellprojekten neue Qualifikationen entwickelt, erprobt und evaluiert.

Ein Beispiel hierfür ist die DelpHi-MV Studie (Demenz: lebensweltorientierte und personenzentrierte Hilfen in Mecklenburg-Vorpommern), die ein Curriculum speziell für Pflegefachpersonen und das Krankheitsbild Demenz entwickelte. In einem prospektiven, clusterrandomisiertem Design wird seit Januar 2010 untersucht, wie unter den Bedingungen der sich verschärfenden epidemiologischen Situation eine frühzeitig einsetzende und qualitativ hochwertige Versorgung von Patienten mit Demenz in der Häuslichkeit sichergestellt werden kann. Dazu wird der Versorgungsbedarf von demenziell Erkrankten detailliert erhoben. Darauf basierend wurden regional vernetzte, multiprofessionelle Versorgungsstrukturen konzipiert, implementiert und evaluiert. Speziell weiterqualifizierte Pflegefachpersonen übernehmen Schlüsselfunktionen als Dementia Care Manager im subsidiären Versorgungsmodell und versorgen die Patienten und deren pflegendes Umfeld bedarfsgerecht in der Häuslichkeit. Dies erfolgt in einem Netzwerk aus Akteuren, die über medizinische, pflegerische, pharmazeutische und soziale Kompetenzen verfügen. Im Versorgungsmodell übernimmt die Pflegefachperson eine Koordinierungsfunktion und arbeitet eng mit dem Hausarzt zusammen, der bislang die Hauptverantwortung für den gesamten Behandlungsprozess trug. Auf Basis der Besuchsergebnisse in der Häuslichkeit des Patienten und seinem pflegenden Umfeld erfolgen in enger Zusammenarbeit zwischen Dementia Care Manager und Hausarzt die Wahl der Behandlung und die Entscheidungen über die Notwendigkeit weiterer pflegerischer Leistungen und Unterstützungen im sozialen Bereich (Thyrian et al. 2011; Thyrian et al. 2012, Dreier et al. 2011; Dreier et al. 2013).

ung



5 Aktuelle Qualifikationsansätze und Forschungsbedarf

Zunächst bedarf es einer präzisen Definition des Kompetenzfeldes der Pflege als einer Voraussetzung für die Aufgabenneuverteilung. Die heutigen Aufgabenfelder der pflegerischen Profession müssen mit Blick auf die Übernahme von bisher berufsgruppenfremden Tätigkeiten spezifiziert und erweitert werden. Gleichzeitig sollten dabei die Aufgabenfelder von berufsgebildeten und akademisch qualifizierten Pflege-

fachpersonen unterschieden werden, um Rückschlüsse für die Ausrichtung künftiger pflegerischer Ausbildungen zu ziehen.

Befürworter einer generalistischen Ausbildung gehen davon aus, dass die Unterschiede in den Qualifikationsniveaus der drei Ausbildungen (Gesundheits- und Krankenpflege, Altenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege) kurzfristig beseitigt werden können. Gleichzeitig kann ein längst überholtes Lehrkonzept nach dem Lebensalter der Patienten überwunden werden (Amende 2013). Gegner der generalistischen Pflegeausbildung geben zu bedenken, dass Besonderheiten der einzelnen Berufe verloren gehen könnten und somit den speziellen Bedarfen unterschiedlicher Patienten nicht mehr gerecht werden kann (Schrader 2013; Wannseeschule 2012).

Neben den pflegerischen Ausbildungen an beruflichen Schulen wird es künftig auch vermehrt Ausbildungen im akademischen Bereich geben. Dabei stellen Bachelorstudiengänge die grundständig berufsqualifizierende Ausbildung dar, während Masterstudiengänge eine Spezialisierung für ein ausgewähltes Arbeitsfeld (zum Beispiel die gemeinde-nahe Versorgung) in der Pflege ermöglichen.

Die Entwicklung neuer Studiengänge sollte auf die zukünftige Versorgungssituation ausgerichtet sein. Dazu sind versorgungsepidemiologische und pflegewissenschaftliche Untersuchungen zur Identifikation künftiger pflegerischer Aufgabenfelder und akademischer Qualifizierungsinhalte nötig. Die Universitätsmedizin Greifswald hat dazu in Kooperation mit dem Fachbereich Gesundheit, Pflege, Management der Hochschule Neubrandenburg ein Studiendesign entwickelt, um die wissenschaftliche Grundlage für ein kooperatives akademisches Bildungskonzept für die Pflege zu entwickeln (Rogalski et al. 2013).

Im Ausland existierende akademische Qualifizierungsmodelle können dabei ein mögliches Vorbild darstellen. Advanced-Nursing-Practice (ANP)-Konzepte wurden beispielsweise in den USA in den 1970er Jahren unter ähnlichen strukturellen Bedingungen wie heute in Deutschland entwickelt. Die sogenannten Nurse Practitioner (NP) absolvieren heute in den USA, Skandinavien oder den Niederlanden ein Bachelor- und Masterstudium, woran sich mitunter ein Promotionsvorhaben anschließt. Diese Ausbildung qualifiziert die Absolventen oft auch, anstelle von Medizinern den Erstkontakt zu den Patienten zu übernehmen. Gleichzeitig sind sie für die weitere Steuerung und Organisation der Versorgung verantwortlich (Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe 2007; Sachs 2007). Die bestehenden ANP-Konzepte sind auf Deutschland nicht unmittelbar übertragbar. Sie können jedoch wichtige Hinweise für die Entwicklung der Aufgabenneuverteilung zwischen Pflege und Medizin in Bezug auf potenzielle Aufgabenfelder und strukturelle Verortungen liefern.

Das Memorandum des „Forum Pflegewissenschaft“ verweist im Weiteren auf die Vorteile einer engeren Zusammenarbeit

zwischen Medizin und Pflege. Um künftig eine Verbesserung der Zusammenarbeit zu erzielen, muss diese bereits in der Ausbildung beider Professionen geübt werden (Forum Pflegewissenschaft 2009). In der Folge sollten künftig pflegerische akademische Ausbildungsgänge enger mit der Medizin verzahnt werden. Ziel ist es, eine interprofessionelle Kompetenzvermittlung zu erreichen und sicherzustellen. Dies könnte mit Hilfe der Integration von praktischen Studienleistungen und Lehrinhalten in die Curricula beider Professionen erfolgen (z.B. Beratung und Unterstützung von Patienten und ihren Angehörigen, Prävention).

Die pflegerischen Fort- und Weiterbildungsstrukturen sind überarbeitungsbedürftig. Ziel sollte es sein, die Angebote im Bereich der Weiterqualifikation auf die bereits absolvierte Ausbildung abzustimmen. Die pflegerische Tätigkeit in einem spezialisierten Gebiet erfordert eine entsprechende kontinuierliche Weiterqualifikation, wodurch die Bedeutung des lebenslangen Lernens künftig weiter zunehmen wird (Amende et al. 2012). Um einen einheitlichen Bildungsstatus der Pflegefachpersonen zu gewährleisten, sollten vermehrt Landesverordnungen für ausgewählte Weiterbildungsangebote gelten. Neue Qualifikationsansätze müssen wissenschaftlich begleitet und evaluiert werden.

Mit Blick auf eine angemessene Durchlässigkeit in der pflegerischen Bildungslandschaft sollten einzelne Qualifikationsstufen (z.B. grundständige Berufsausbildung, berufliche Fort- und Weiterbildung, Fachweiterbildung) untereinander anerkannt werden. Damit ließe sich sicherstellen, dass auch für grundständig berufsgebildete Pflegefachpersonen ohne formale Hochschulzugangsberechtigung (Abitur oder Fachhochschulreife) ein späterer akademischer Ausbildungsweg möglich wird. Größere Flexibilität und Durchlässigkeit der Qualifikationswege steigern auch die Attraktivität des Pflegeberufs für den Nachwuchs. Damit wäre ein wichtiger Beitrag zur Sicherung des Personalbedarfs in der Pflege geleistet.

6 Fazit und Ausblick

Die demografische Entwicklung in Deutschland führt zu einer Zunahme der Prävalenzen altersassoziierter Erkrankungen und einem zunehmenden Bedarf an medizinischen und pflegerischen Versorgungsleistungen. Gleichzeitig altern die Menschen, die in der Pflege arbeiten. Der Personalbedarf kann absehbar nicht für alle Gesundheitsfachberufe durch junge Berufseinsteiger kompensiert werden.

Aus diesen versorgungsepidemiologischen Randbedingungen ergibt sich die Notwendigkeit, sowohl die medizinische als auch die pflegerische Versorgung strukturell zu reformieren. Dies schließt neben einer präzisen Definition der Aufgabenfelder einzelner Akteure und deren Weiterentwicklung auch eine

Neuverteilung der Aufgaben zwischen den Gesundheitsfachberufen ein. Seit 2007 und der erstmaligen Forderung durch den Sachverständigenrat zur Begutachtung im Gesundheitswesen sind eine Reihe von Konzepten entwickelt worden. Diese fokussieren jedoch bislang primär auf die Delegation von Aufgaben.

Die Aufgabenneuverteilung im Sinne der Substitution steht in Deutschland erst am Anfang. Bislang sind keine Modellversuche nach Paragraf 63 Abs. 3c SGB V bekannt. Dies spiegelt sich ebenfalls in der derzeitigen Diskussion um die Delegation und Substitution von ärztlichen Leistungen auf die Pflege wider, die auf Seiten beider Professionen mit Skepsis betrachtet wird. Der Prozess der Aufgabenneuverteilung im Gesundheitswesen wird noch Jahre zur Konkretisierung benötigen und bedarf eines behutsamen Vorgehens, um die bestehenden Vorbehalte auf beiden Seiten überwinden zu können.

Ein zentrales Element stellt die Entwicklung und Erprobung neuer Versorgungskonzepte dar. Entsprechende Förderprogramme sollten entwickelt werden, um in einer begleitenden medizinisch-pflegerischen Versorgungsforschung die Machbarkeit der Substitution von ausgewählten Aufgaben untersuchen zu können. Die Übertragung von pflegerischen Aufgaben von Pflegefachpersonen auf pflegerisches Hilfspersonal sollte ebenfalls Bestandteil der Forschungsförderung sein, um Freiräume für das pflegerische Fachpersonal und die Übernahme neuer Aufgaben schaffen zu können.

Welche Auswirkungen die Aufgabenneuverteilung auf den Gesundheitszustand der Patienten hat, muss ebenfalls Gegenstand der Forschung sein und in der Praxis entsprechend seinen Niederschlag finden. Dazu sind bedarfsgerechte Curricula zu entwickeln. Die akademischen Ausbildungsstrukturen müssen evidenzbasiert entwickelt werden. Das ist die Voraussetzung, um das deutsche Ausbildungsniveau demjenigen in anderen europäischen Ländern anzupassen. Dies bedeutet unter anderem auch, die Curricula inhaltlich um die Aspekte der Aufgabenneuverteilung zu ergänzen. Zentrale Themen sind der Ausbau grundständiger Studiengänge, die darauf abzielen, Qualifikationen und Fähigkeiten zu erwerben, die eine größere Patientenorientierung ermöglichen. Darüber hinaus sollten gemeinsame Lehrangebote für sich überschneidende Themen zwischen Pflege und Medizin geschaffen werden, um die interprofessionelle Zusammenarbeit und die gegenseitige Wertschätzung bereits während der Ausbildung einüben zu können.

In rechtlicher Hinsicht sind mit dem Paragrafen 63 Abs. 3c SGB V (Weiterentwicklung der Versorgung – Modellvorhaben), dem Paragrafen 87 Abs. 2b SGB V (Thema Vergütung), dem Versorgungsstrukturgesetz sowie der Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal und der GBA-Richtlinie zur Übertragung von ärztlichen Tätigkeiten an Pflegefachpersonal wichtige Entwicklungen erfolgt. In den kommenden Jahren gilt es, auf Basis

der demografischen Entwicklung und deren Folgen für das Versorgungsgeschehen sowie der Ergebnisse aus den Studien zur Aufgabenneuverteilung zu überprüfen, ob diese rechtlichen Legitimierungen einer weiteren Revision bedürfen.

Literatur

- Ammende R, Darmann-Finck I, Luther B (2013):** Generalistische Pflegeausbildung mit integrierter Fachhochschulreife; www.ipp.uni-bremen.de → IPP-Downloads → Projektberichte
- Blum K, Löffert S (2010):** Ärztemangel im Krankenhaus – Ausmaß, Ursachen, Gegenmaßnahmen; www.dki.de → Service → Downloads → Forschung
- Bundesgesetzblatt (2011):** Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung; www.bgbl.de
- Gemeinsamer Bundesausschuss (GBA) (2012):** Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Richtlinie über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufstätige der Alten- und Krankenpflege zur selbständigen Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V; www.g-ba.de → Beschlüsse
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V. (DBfK) (2007):** Advanced Nursing Practice: die Chance für eine bessere Gesundheitsversorgung in Deutschland; www.dbfk.de → Downloads
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V. (DBfK) (2010):** Advanced Nursing Practice – Pflegerische Expertise für eine leistungsfähige Gesundheitsversorgung; www.dbfk.de → Downloads
- Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe (2007):** Pflegebildung Offensive. In: Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe (Hrsg.): Das Bildungskonzept des Deutschen Bildungsrates für Pflegeberufe. München: Urban & Fischer, 29–54
- Deutscher Wissenschaftsrat (2012):** Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen; www.wissenschaftsrat.de → Veröffentlichungen
- Dreier A, Rogalski H, Oppermann RF et al. (2010):** A curriculum for nurses in Germany undertaking medically-delegated tasks in primary care. *Journal of Advanced Nursing*, Band 66, Heft 3, 635–644
- Dreier A, Thyrian JR, Hoffmann W (2011):** Dementia Care Manager in der ambulanten Demenzversorgung: Entwicklung einer innovativen Qualifizierung für Pflegefachkräfte. *Pflege und Gesellschaft*, Jg. 16, Heft 1, 53–64
- Dreier A, Rogalski H, Oppermann RF, Hoffmann W (2012):** Delegation und Substitution spezifischer medizinischer Tätigkeiten als künftiger Versorgungsansatz. *ZEFQ*, Jg. 106, Heft 9, 656–662
- Dreier A, Hoffmann W (2013):** Dementia Care Manager für Patienten mit Demenz. *Bundesgesundheitsblatt* 09/2013; DOI 10.1007/s00103-013-1796-0 (im Erscheinen)
- Fendrich K, Hoffman W (2007):** More than just aging societies: the demographic change has an impact on actual numbers of patients. *Journal of Public Health*, Band 15, Heft 5, 345–351
- Friedrich Ebert Stiftung, Hans Böckler Stiftung (2013):** Berufsbilder im Gesundheitssektor. Vom Berufsbasteln zur strategischen Berufspolitik; <http://library.fes.de> → Digitale Bibliothek → FES-Publikationen

Forum Pflegewissenschaft (Hrsg.) (2009): Memorandum (Pflegewissenschaft). Universität Bremen Eigenverlag

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e. V. (2011): Umgang mit dem Fachkräftemangel in der Pflege, Teil I, Deutschland. Schriftenreihe der GVG, Band 69. Köln: Druckhaus Süd

Isfort M, Weidner F, Neuhaus A et al. (2010): Pflege-Thermometer 2009 – Eine bundesweite Befragung von Pflegekräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung im Krankenhaus; www.dip.de → Materialien → Berichte und Dokumente

Kassenärztliche Bundesvereinigung, GKV-Spitzenverband (2013): Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nicht-ärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 28 Abs. 1 SGB V; www.kbv.de

Kopetsch T (2010): Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus! Studie zur Altersstruktur und Arztzahlentwicklung; www.bundesaerztekammer.de

Robert-Koch-Institut (2012): Demografische Alterung und Folgen für das Gesundheitswesen, GBE kompakt 2/2012, <http://www.rki.de>

Rogalski H, Dreier A, Oppermann RF, Hoffmann W (2008): Community Medicine Nursing – ein Schritt im Professionalisierungsprozess der Pflege. Die Schwester Der Pfleger, Heft 1, 70–73

Rogalski H (2010): Systemische, multidimensionale Evaluation des Curriculum über die Praxisphase im „Community Medicine Nursing“ (Dissertation); <http://ub-ed.ub.uni-greifswald.de>

Rogalski H, Dreier A, Hoffmann W, Oppermann RF (2012): Zukunftschance Pflege – von der Professionalisierung zur Restrukturierung des Aufgabenfeldes. Pflege, Jg. 25, Heft 1, 1–11

Rogalski H, Hoffmann W, Hingst P et al. (2013): Demographie, medizinisch-pflegerische Versorgung und akademische Pflegebildung: Das kooperative Beispiel der Universitätsmedizin Greifswald und dem Fachbereich Gesundheit, Pflege, Management der Hochschule Neubrandenburg. In: Zängl P (Hrsg.). Pflegeforschung trifft Pflegepraxis. Jahrbuch 2012/2013 des Norddeutschen Zentrums zur Weiterentwicklung in der Pflege. Wiesbaden: Springer VS, 111–128

Sachs M (2007): „Advanced Nursing Practice“ – Trends: Implikationen für die deutsche Pflege. Pflege und Gesellschaft, Jg. 12, Heft 2, 101–117

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007): Kooperation und Verantwortung –

Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung; www.svr-gesundheit.de → Gutachten

Schrader S (2013): Bündnis macht gegen generalistische Ausbildung mobil. Spät – aber nicht zu spät? Carekonkret, 16. Jg., H46794, 2–3

Siewert U, Fendrich K, Doblhammer-Reiter G et al. (2010): Health Care Consequences of Demographic Changes in Mecklenburg-West Pomerania. Dtsch Arztebl Int, Jg. 107 Heft 18, 328–34

Simon M (2012): Beschäftigte und Beschäftigungsstrukturen in Pflegeberufen; www.deutscher-pflegerat.de

Statistisches Bundesamt (2007): Demographischer Wandel in Deutschland. Heft 1: Bevölkerungs- und Haushaltentwicklung im Bund und in den Ländern; www.destatis.de

Statistisches Bundesamt (2011): Demographischer Wandel in Deutschland. Heft 1: Bevölkerungs- und Haushaltentwicklung im Bund und in den Ländern; www.destatis.de

Statistisches Bundesamt (2012): Ältere Menschen in Deutschland und der EU; www.destatis.de

Thyrian JR, Dreier A, Fendrich K et al. (2011): Demenzerkrankungen: Wirksame Konzepte gesucht. Deutsches Ärzteblatt. Jg. 108, Heft 38, A 1954-6

Thyrian JR, Fiß T, Dreier A et al. (2012): Life- and personcentered help in Mecklenburg-Western Pomerania, Germany (DelpHi), Trials, Jg. 13, Heft 1

Van den Berg N, Dreier A, Oppermann RF et al. (2009): Das AGnES Curriculum. Schriftenreihe G der Hochschule Neubrandenburg, Band 7, Neubrandenburg, 1–30

Van den Berg N, Kleinke S, Heymann R et al. (2010): Überführung des AGnES-Konzeptes in die Regelversorgung; Juristische Bewertung, Vergütung, Qualifizierung. Das Gesundheitswesen Jg. 72, Heft 5, 285–92

Wannseeschule (2012): Kinder-, Kranken- und Altenpflege im (Streit-)Gespräch; www.wannseeschule.de → Download: Info-Material

WHO (2008): Wie kann ein optimaler Qualifikationsmix effektiv verwirklicht werden – und warum?; www.euro.who.int

Wissenschaftsrat (2012): Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen; www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.pdf

DIE AUTOREN



Dr. rer. med. Adina Dreier, Dipl.-Pflegerwirtin (FH), M. Sc., Jahrgang 1979, studierte Pflege und Gesundheit sowie Public Health and Administration an der Fachhochschule Neubrandenburg. Seit 2007 Wissenschaftliche Mitarbeiterin und Bereichskordinatorin „Künftige Aufgabenteilung im Gesundheitswesen/Qualifikation“ am Institut für Commu-



Prof. Dr. med. Wolfgang Hoffmann, MPH, Jahrgang 1963, Studium der Medizin an den Universitäten Bonn und Göttingen. Von 1992 bis 2002 Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin (BIPS). Seit 2004 Professor für Versorgungsepidemiologie und Community Health an der Medizinischen

nity Medicine, Abteilung Versorgungsepidemiologie und Community Health der Universitätsmedizin Greifswald sowie Arbeitsgruppenleiterin „Care Management and Qualification“ am Deutschen Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE), Rostock/Greifswald.

Fakultät der Universität Greifswald. Seit 2007 Geschäftsführender Direktor des Instituts für Community Medicine, Universitätsmedizin Greifswald. Er ist Standortsprecher des Deutschen Zentrums für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE), Rostock/Greifswald und Vorstandsmitglied des Deutschen Netzwerkes Versorgungsforschung e.V. (DNVF).

Erhöhtes Krebsrisiko durch Computertomografien im Kindes- und Jugendalter

von Christiane Roick*

Computertomografische Untersuchungen (CT) haben großen medizinischen Nutzen. Die damit verbundene Strahlenbelastung kann aber zu Zellveränderungen führen, aus denen Krebserkrankungen entstehen können. Im jüngeren Alter sind die Zellen besonders strahlensensibel. Eine Studie zeigt nun, dass die Krebsinzidenz bei Menschen, die im Kindes- oder Jugendalter ein CT erhielten, deutlich erhöht ist. CTs sollten deshalb bei Kindern und Jugendlichen nur nach sorgfältiger Nutzen-Risiko-Abwägung eingesetzt werden.

1 Was ist das Problem?

Bei CTs ist die Strahlendosis deutlich höher als beim konventionellen Röntgen. Deshalb ist auch das Risiko einer durch die Strahlenbelastung induzierten Krebserkrankung größer. Kinder und Jugendliche sind dabei besonders gefährdet, da ihre Zellen sehr strahlensensibel sind. Die Aussagekraft früherer Studien zum Krebsrisiko radiologischer Untersuchungen war oft dadurch begrenzt, dass die Häufigkeit des Auftretens von Krebserkrankungen nicht beobachtet, sondern nur auf Basis der Strahlendosis geschätzt wurde. Australische Forscher verglichen nun die Krebsinzidenzrate bei Personen mit und ohne CT-Untersuchungen im Kindes- und Jugendalter.

2 Wie wurde untersucht?

Aus Daten der australischen Krankenversicherung Medicare wurden 10,9 Millionen Versicherte identifiziert, die am 1. Januar 1985 maximal 19 Jahre alt oder zwischen 1985 und 2005 geboren waren. Darunter waren 680.211 Menschen, bei denen in diesem Zeitraum im Alter von höchstens 19 Jahren mindestens ein CT

durchgeführt wurde. Das CT musste zeitlich mindestens ein Jahr vor dem Auftreten einer Krebsdiagnose liegen, um auszuschließen, dass die Krebserkrankung der Anlass für das CT war. Für alle Untersuchten wurde bis Ende 2007 über das nationale Krebsregister das Auftreten von Krebserkrankungen beobachtet. Ermittelt wurde das Verhältnis der Krebsinzidenzrate von CT-Exponierten zu Nicht-exponierten (incidence rate ratio/IRR).

3 Was ist rausgekommen?

Die Krebsinzidenzrate war bei den Exponierten nach Adjustierung auf Alter, Geschlecht und Geburtsjahr 24 Prozent höher. Auf 1.800 CTs kam eine zusätzliche Krebserkrankung. Zudem war ein dosisabhängiger Effekt feststellbar: Die Inzidenzrate stieg mit jedem weiteren CT um 16 Prozent. Die IRR war bei Kindern unter fünf Jahren am höchsten, und sie war besonders hoch bei Bauch/Becken- oder Brust-CTs.

4 Wie gut ist die Studie?

Das CT-bedingte Lebenszeitrisiko für Krebserkrankungen konnte in der Studie nicht ermittelt werden, da die CT-

Exponierten im Mittel nur über 9,5 Jahre nachbeobachtet wurden. Der Risiko-unterschätzung, die daraus resultieren könnte, steht gegenüber, dass die Strahlendosen moderner CTs oft niedriger sind als die der zwischen 1985 und 2005 eingesetzten Geräte. Eine Erhöhung des Krebsrisikos durch im Kindes- oder Jugendalter durchgeführte CTs ist nach Ansicht der Autoren jedoch auch bei modernen CTs wahrscheinlich. CTs sollten deshalb bei Kindern und Jugendlichen nur eingesetzt werden, wenn eine definitive Indikation besteht. Diese Empfehlung ist auch für Deutschland relevant, da viele Vertragsärzte die mit CTs verbundene Strahlenbelastung unterschätzen und 42 Prozent der CTs bei Kindern und Jugendlichen nicht wegen eines Traumas oder Tumorverdachts, sondern wegen allgemeiner Diagnostik oder unspezifischer Symptome veranlassen.

Quelle: Mathews JD et al.: Cancer risk in 680,000 people exposed to computed tomography scans in childhood or adolescence: data linkage study of 11 million Australians. *BMJ* 2013;346:f2360

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

DER KOMMENTAR

Die medizinische Diagnostik, insbesondere die CT, tragen erheblich zur Strahlendosis der Bevölkerung bei. Die Studie von Mathews et al. ist der aktuellste Baustein in der Evidenz zu Krebsrisiken durch CT bei Kindern und Jugendlichen. Ein Problem ist neben der fehlenden Dosimetrie die Frage, ob nicht frühe Symptome einer Krebserkrankung der Anlass zur Untersuchung waren und somit Ursache und Wirkung verwechselt werden. So stimmt etwa das frühe Auftreten von Hirntumoren nach CT skeptisch. Trotz dieser Einschränkungen muss die sehr aufmerksame Befolgung von Strahlenschutzprinzipien, besonders die strenge CT-Indikationsstellung, eine zentrale Konsequenz aus den bis jetzt vorliegenden Daten sein.

Prof. Dr. med. Hajo Zeeb,
Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie – BIPS GmbH, Bremen



KÖPFE

Prof. Dr. oec. Urs Brügger (48), Leiter des Winterthurer Instituts für Gesundheitsökonomie (WIG) an der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW), ist als Schatzmeister in den Vorstand der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften gewählt worden. Er ist der erste Gesundheitsökonom in diesem Gremium.

Prof. Dr. med. Jean-François Chenot (44), Direktor der Abteilung Allgemeinmedizin der Universität Greifswald, und **Dr. med. Tobias Freund** (35), Versorgungsforscher am Universitätsklinikum Heidelberg, teilen sich in diesem Jahr den mit 15.000 Euro dotierten Deutschen Preis für Allgemeinmedizin (Lothar-Beyer-Preis). Chenot wurde für das Projekt Orale Antikoagulation in der Hausarztpraxis, das er schon in seiner Zeit als Professor für Versorgungsforschung in der Allgemeinmedizin der Universität Göttingen von 2009

bis 2011 begann, ausgezeichnet, Freund für das Projekt PraCMan zur intensivierten hausärztlichen Betreuung multimorbider Patienten. Freund promovierte 2007 an der Charité in Berlin und ist seit 2009 Assistenzarzt für Innere und Allgemeinmedizin in Heidelberg.

PD Dr. med. Thomas Kühlein (51), Hausarzt und wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung der Uniklinik Heidelberg, ist seit 1. Oktober 2013 Professor für Allgemeinmedizin an der Universität Erlangen. Kühlein war zehn Jahre in Bad-Staffelstein (Oberfranken) als Allgemeinmediziner in einer Gemeinschaftspraxis niedergelassen. 2006 ging er an die Uniklinik Heidelberg. Parallel arbeitete er an zwei Wochentagen als Hausarzt und in einer Notdienstzentrale. Er wird auch das Medizinische Versorgungszentrum (MVZ) der Uniklinik in Eckental (Fränkische Schweiz) leiten.

Dr. rer. oec. Leonie Sundmacher (33), bisher Juniorprofessorin für Versorgungsforschung an der TU Berlin, ist seit 1. Oktober 2013 Professorin für Health Services Management an der LMU München. Sie studierte bis 2006 in England erst Volkswirtschaft, dann Gesundheitsökonomie und machte 2008 an der FU Berlin noch ein Diplom in Politikwissenschaft. 2010 promovierte sie an der TU Berlin in Wirtschaftswissenschaften. 2001 bis 2002 war sie Forschungsassistentin des damaligen SPD-Bundestagsabgeordneten **Prof. Dr. Martin Pfaff** (74), der heute das Institut für empirische Sozialökonomie in Augsburg leitet.

Dr. rer. medic. Bernhard Breil (30), Medizininformatiker an der Fachhochschule Dortmund, ist seit 1. Oktober 2013 Professor für Gesundheitsinformatik und Systemintegration an der Hochschule Niederrhein in Krefeld. Breil promovierte 2011 in Münster/Westfalen.

KONGRESSE

Thema	Inhalt	Datum/Ort	Veranstalter	Anmeldung
4. Nationaler Fachkongress Telemedizin: „Potenziale für eine patientenorientierte Medizin durch Vernetzung“	Flächendeckende sektorenübergreifende Versorgung aus der Sicht von Kostenträgern	7.–8. 11. 2013 Berlin	Deutsche Gesellschaft für Telemedizin Rhinstraße 84 12681 Berlin	www.telemedizinkongress.de E-Mail: info@dgtelemed.de Telefon: 030 547018-21
6th European Public Health Conference	Auswirkungen der Bevölkerungsentwicklung auf das öffentliche Gesundheitswesen	13.–16. 11. 2013 Brüssel	European Public Health Association (EUPHA) Otterstraat 118–124 NL-3500 BN Utrecht	www.eupha.org E-Mail: registration@eupha.org Telefon: 0031 30-2729-709
5. APOLLON-Symposium der Gesundheitswirtschaft	Gesundheitsberufe auf dem Prüfstand – Wandel, Trends und Perspektiven	15. 11. 2013 Bremen	APOLLON Hochschule der Gesundheitswirtschaft Universitätsallee 18 28359 Bremen	www.apollon-hochschule.de/ symposium E-Mail: info@apollon-hochschule.de Telefon: 0421 378266-0
Fachtagung Gesundheitsförderung und -management	Konzepte, Strategien und Perspektiven für die Akademisierung der Gesundheitsförderung	15. 11. 2013 Magdeburg	Hochschule Magdeburg-Stendal Fachbereich Sozial- und Gesundheitswesen, Breitscheidstraße 2 39114 Magdeburg	www.bvpraevention.de → Termine E-Mail: gfgm20@sgw.hs-magdeburg.de Telefon: 0391 886-4470
1. Innovationskongress im Gesundheitswesen in NRW „Health 3.0“	Versorgungskonzept für die Zukunft, Rolle der Regionen in der Gesundheitspolitik	3.–4. 12. 2013 Düsseldorf/Neuss	Institute für Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung der Universität Köln, Gleueler Straße 176–178, 50935 Köln	www.health3punkt0.com E-Mail: mcc@mcc-seminare.de Telefon: 02421 12177-0
7. Deutscher AAL-Kongress: „Wohnen – Pflege – Teilhabe“	Technische Assistenzsysteme in der Versorgung zu Hause, in der Klinik und Pflegeheimen	21.–22. 1. 2014 Berlin	Verband der Elektro- und Informationstechnik (VDE) Stresemannallee 15 60596 Frankfurt	www.aal-kongress.de E-Mail: hatice.altintas@vde.com Telefon: 069 6308-477

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:

Bettina Nellen (KomPart),
Prof. Dr. Klaus Jacobs, Sabine Schulze (WIdO)
Red.-Mitglieder: Dr. Silke Heller-Jung, Burkhard Rexin (KomPart); Grafik: Johannes Nerger

Anschrift der Redaktion:

Gesundheit und Gesellschaft – Wissenschaft, Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin
Telefon: 030 22011-220, Fax: 030 22011-105
E-Mail: ggw-redaktion@kompart.de