



Wissenschaft

GGW – Das Wissenschaftsforum in Gesundheit und Gesellschaft

Januar 2021, 21. Jahrgang

NOTIZEN

Zeitschriftenschau

von *Philipp Jaehn*, Medizinische Hochschule Brandenburg 2

Drei Fragen an

Ralf Weigel, Fakultät für Gesundheit der
Universität Witten/Herdecke 3

Buchtipps

von *Franziska Kopitzsch*, Koordinierungsstelle für
Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland, Berlin 4

WIDO

Qualitätsmonitor 2020

Weniger Notfallbehandlungen im ersten Lockdown 5

Heilmittelbericht 2020

Mehr Pflege für die Füße von Diabetikern 6

ANALYSEN

Schwerpunkt: Innovationsfonds-Projekte

Strukturmigration im Mittelbereich Templin

*Steffen Bohm, AGENON, Berlin, Lutz O. Freiberg, IGiB-StimMT,
Potsdam, Pramono Supantia, AOK Nordost, Potsdam* 7

Ambulante spezialfachärztliche Versorgung:

Steht der Patient im Mittelpunkt?

*Robert Dengler, Institut für Gesundheit & Soziales,
FOM Hochschule für Oekonomie & Management, München* 15

Krankheitslastbestimmung mit Prävalenzen und Schweregraden auf Routinedatenbasis

*Jan Breitzkreuz, Katrin Schüssel, Gabriela Brückner,
Helmut Schröder, Wissenschaftliches Institut der AOK, Berlin* 24

STUDIE IM FOKUS

Versorgung von Krebspatienten
während der Covid-19-Pandemie 35

SERVICE

Köpfe und Kontakte 36

Liebe Leserinnen und Leser,

oft kommen Neuerungen und Verbesserungen durch kuriose Zufälle in die Welt. Über den Madeirawein wird beispielsweise Folgendes erzählt: Vor Jahrhunderten entdeckten Seeleute oder Kaufmänner, dass er auf fernen Kontinenten viel besser schmeckte als auf der Ursprungsinsel. Zunächst nahm man an, das liege am Schaukeln der Schiffe, mit denen man das Getränk an die Bestimmungsorte transportierte. Also bauten einige Winzer Rüttelmaschinen auf der heimischen Insel. Diese brachten aber nicht den gewünschten Erfolg. Die nächste Theorie war, dass es an der Wärme liege. Schließlich fuhr man gewöhnlich monatelang durch die Tropen, um die Fässer abzuliefern. Also wurden Heizungen konstruiert, mit denen man den Madeira erwärmte. Das erzielte die gewünschte Wirkung. Der Wein schmeckte zu Hause fortan so gut wie in Übersee. Netter Nebeneffekt: Durch das Erhitzen ist der Madeira sozusagen die H-Milch unter den Weinen; er behält offen im Kühlschrank nahezu ewig seinen Geschmack und sein Aroma.

Planvoller als beim Madeira soll es beim 2015 mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz eingeführten Innovationsfonds zugehen. Der fördert seit 2016 zum einen „neue Versorgungsformen, die die Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung zum Ziel haben und hinreichendes Potenzial aufweisen, dauerhaft in die Versorgung aufgenommen zu werden“. Zum anderen stellt er Geld für Vorhaben zur Versorgungsforschung zur Verfügung. Die Autoren der ersten beiden Analysen haben sich zwei neue Versorgungsformen vorgenommen. Während das erste Projekt erfolgreich, aber finanziell gefährdet ist, ist das zweite nur bedingt erfolgreich, dafür aber finanziell nicht gefährdet. Die Autoren des dritten Beitrags zeigen eindrucksvoll, was sich mit Routinedaten errechnen lässt.

Viel Spaß beim Lesen und abwechslungsreich gefüllte Kühlschränke wünscht

Gesundheitsversorgung

Aktueller Bericht zur Frauengesundheit

Im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes hat das Robert Koch-Institut einen „Bericht zur gesundheitlichen Lage der Frauen in Deutschland“ erstellt. Berichtet wird über Frauen aller Altersgruppen. Ein eigenes Kapitel ist der Gesundheit von Mädchen gewidmet, weitere fokussieren besondere Lebenslagen von Frauen. ■

Mehr Informationen:

- [rki.de](https://www.rki.de) > **Gesundheitsmonitoring**
- > **Gesundheitsberichterstattung**
- > **Berichte**

Pharmazeutische Forschung

Das Mikrobiom als Quelle neuer Wirkstoffe

Der Bund und das Saarland wollen den Ausbau und die Arbeit des Helmholtz-Instituts für Pharmazeutische Forschung Saarland (HIPS) zu antibakteriellen und antiviralen Wirkstoffen mit insgesamt rund 70 Millionen Euro fördern. Neu einzurichtende Forschungsgruppen sollen unter anderem prüfen, ob das Mikrobiom des Menschen als Quelle für neue Wirkstoffe dienen kann. ■

Mehr Informationen:

- [helmholtz-hzi.de](https://www.helmholtz-hzi.de) > **Aktuelles**
- > **News**

Forschungsförderung

Verläufe von viralen Atemwegserkrankungen

Mit knapp zwei Millionen Euro fördert das Bundesministerium für Bildung und Forschung für die nächsten fünf Jahre eine Nachwuchsforschungsgruppe am Institut für Virologie der Charité – Universitätsmedizin Berlin. Im Projekt „VARIPath“ suchen die Forscher nach Wegen, aus der Analyse von Mutationen bestimmter Atemwegsviren eine Prognose für den Erkrankungsverlauf abzuleiten. ■

Mehr Informationen:

- [idw-online.de/de/news759236](https://www.idw-online.de/de/news759236)

ZEITSCHRIFTENSCHAU



Von

Dr. Philipp Jaehn, MSc,
Wissenschaftlicher
Mitarbeiter
Institut für Sozialmedizin
und Epidemiologie
Medizinische Hochschule
Brandenburg
Theodor Fontane

Adresse:

Hochstraße 15
14770 Brandenburg/
Havel
Telefon:
03381 41-1283
E-Mail: philipp.jaehn@mhb-fontane.de
Web: [mhb-fontane.de/institut-fuer-sozialmedizin-und-epidemiologie.html](https://www.mhb-fontane.de/institut-fuer-sozialmedizin-und-epidemiologie.html)

Langzeitarbeitslosigkeit und Corona-Risiken

Aktuell ist zu vermuten, dass die Coronavirus-Pandemie sozial vulnerable Menschen besonders stark trifft. Für Deutschland wurde diese Vermutung bei Menschen in Arbeitslosigkeit untersucht. Die Autorinnen und Autoren nutzten Daten von über einer Million gesetzlich Versicherten, um die Wahrscheinlichkeit einer Hospitalisierung aufgrund von Covid-19 bei Kurz- und Langzeitarbeitslosen mit Angestellten zu vergleichen. Die Wahrscheinlichkeit, mit Covid-19 stationär behandelt zu werden, war bei Langzeitarbeitslosen im Vergleich zu Angestellten um 84 Prozent erhöht. Dies weist auf die Notwendigkeit hin, Menschen in Langzeitarbeitslosigkeit stärker vor Infektionen zu schützen und bei dieser Gruppe die Möglichkeit eines schweren Verlaufs von Covid-19 in Betracht zu ziehen. ■

medRxiv 2020. doi: 10.1101/2020.06.17.20133918

Lebenserwartung regional unterschiedlich

In gesundheitspolitischen Debatten wird oft eine Fokussierung auf die Prävention und Versorgung in ländlichen Regionen gefordert. Dabei stellt sich jedoch die Frage, inwiefern auch eine Stärkung sozioökonomisch deprivierter Regionen relevant ist. Eine kleinräumige Analyse auf Landkreisebene berechnete Korrelationen von Charakteristika der Ländlichkeit und der sozioökonomischen

Deprivation mit der Lebenserwartung. Es zeigte sich, dass die Lebenserwartung vor allem mit der Quote an Arbeitslosen und Leistungsberechtigten nach SGB II korreliert. Die Stadt-Land-Unterschiede waren hingegen vernachlässigbar gering. Die Autoren empfehlen vor diesem Hintergrund eine Stärkung der Lebensstandards für Menschen in sozioökonomisch schwachen Regionen in Deutschland. ■

Dtsch Arztebl Int 2020;117:493–9. doi: 10.3238/arztebl.2020.0493

Gesundheitsförderung bei Jugendlichen

Geschlechterungleichheit und Geschlechternormen gewinnen in der Public Health rasant an Bedeutung. In der Lancet Global Health wurde eine systematische Literaturübersicht über die Effektivität von Interventionen veröffentlicht, die eine transformative Umgestaltung von ungleichheitsfördernden Geschlechternormen bei Jugendlichen zum Ziel hatten. Präventive Effekte der Programme wurden vor allem für die reproduktive Gesundheit und für gesundheitliche Folgen von Gewalt beobachtet. Ansätze, die die Gleichheit zwischen den Geschlechtern auf der institutionellen und individuellen Ebene fördern, sollten bei der Konzeptualisierung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung im Jugendalter stärker einbezogen werden. ■

The Lancet Global Health 2020;8(2):e225–e236

Foto: MHB

Qualität im Gesundheitswesen**IQWiG feiert Jubiläum**

Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) hat seinen tausendsten Bericht veröffentlicht. Darin bewertet das 2004 gegründete Institut ein Medikament zur Behandlung einer seltenen Form von Hepatitis. Das IQWiG erstellt regelmäßig wissenschaftliche Berichte über die Vorteile und Nachteile von Untersuchungs- und Behandlungsverfahren. Auf der Seite gesundheitsinformation.de stellt das Institut zudem allgemein verständliche Gesundheitsinfos für Bürgerinnen und Bürger bereit. ■

Mehr Informationen:

iqwig.de > **Presse** > **Pressemitteilungen**

Digitalisierung**Medizinisches Wissen digital verfügbar machen**

Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) hat ein Konzept zur Digitalisierung des Leitlinienwissens entwickelt. In Leitlinien werden die gesammelten Erkenntnisse der wissenschaftlichen Medizin zusammengefasst. Diese sollen künftig digital erstellt, verwaltet, implementiert und evaluiert werden. ■

Mehr Informationen:

awmf.org

Medizinstudium**Neues Wahlpflichtfach Culinary Medicine**

Das Institut für Ernährungspsychologie an der Georg-August-Universität Göttingen hat gemeinsam mit einem Kooperationspartner ein evidenzbasiertes Wahl-Pflichtfach „Culinary Medicine“ für das Medizinstudium entwickelt und

im laufenden Wintersemester pilotiert. Im Mittelpunkt des neuen Lehrformats steht ein indikationsbezogener Kochkurs für Medizinstudierende. Das neue Angebot

soll die ärztliche Beratungskompetenz bei lebensstilassoziierten Erkrankungen verbessern. ■

Mehr Informationen:

idw-online.de/de/news759813

DREI FRAGEN AN ...**Gesundheitssysteme stärken, Kindergesundheit verbessern**

... Prof. Dr. Ralf Weigel, Inhaber der Friede Springer Stiftungsprofessur für Globale Kindergesundheit an der Fakultät für Gesundheit der Universität Witten/Herdecke

Forschungsschwerpunkte:

Gesundheitssystemstärkung;
Quality of Care;
Capacity Building;
Implementation Research

Jahresetat:

keine Angaben

Zahl und Qualifikation der Mitarbeiter:

1 Professor,
2 wissenschaftliche Mitarbeiter/innen,
2 studentische Hilfskräfte,
1 Sekretariat

Adresse:

Universität Witten/Herdecke
Friede Springer Stiftungsprofessur für Globale Kindergesundheit
Alfred-Herrhausen-Straße 50
58448 Witten
Telefon: 02302 926-770
E-Mail: ralf.weigel@uni-wh.de
Web: uni-wh.de/gkg

Was ist derzeit Ihre wichtigste wissenschaftliche Fragestellung?

Unsere wissenschaftliche Arbeit orientiert sich sehr an den Bedürfnissen unserer Partner. Wir wollen zur Stärkung der Gesundheitssysteme in Ländern mit weniger Ressourcen beitragen. Derzeit untersuchen wir, ob die Ausbildung von Gesundheitsfachkräften zur Versorgung von Kindern in Ländern des südlichen Afrikas den gesetzten Zielen entspricht. Zur Verbesserung der Kindergesundheit gibt es eine Reihe von wirksamen Interventionen, die jedoch nur unzureichend in der Praxis umgesetzt werden. Wege aufzudecken, die das verändern, ist ein weiteres wichtiges Thema für uns.

Wie fördern Sie die Kooperation wissenschaftlicher Disziplinen und die Netzwerkbildung?

Wir kooperieren mit Partnern auf verschiedenen Ebenen. Innerhalb der Universität bringen wir Ideen in interdisziplinäre Netzwerke ein und entwickeln mit thematisch verwandten Instituten und Lehrstühlen Forschungsanträge. Auf Landesebene arbeiten wir mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst zusammen, national engagieren wir uns zum Beispiel im Global Health Hub Germany. International bestehen Partnerschaften mit medizinischen Fakultäten in Ländern Afrikas. Zudem teilen wir unsere Expertise in globaler Kindergesundheit innerhalb zweier Arbeitsgruppen der Weltgesundheitsorganisation.

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

Ein regelmäßiger Austausch zwischen Politik und Wissenschaft ist sehr wichtig. Wissenschaft leistet kritisch reflektierten, fundierten Erkenntnisgewinn, prüft Umsetzungsmöglichkeiten und sorgt sich um den wissenschaftlichen Nachwuchs. Politik schafft die Rahmenbedingungen. Wissenschaftler sollten Kontakt mit Politikern suchen.

Studium I
**Masterstudiengang
 Pflegewissenschaft**

An der Pädagogischen Hochschule Schwäbisch Gmünd startet im Sommersemester 2021 ein Masterstudiengang „Pflegerwissenschaften“. Das Studium behandelt unter anderem die Grundlagen der Versorgungsforschung, Führungsaufgaben und -rollen in der Pflegeentwicklung sowie Ansätze zur Qualitätsentwicklung in der Pflege. Voraussetzungen für die Zulassung sind eine Berufsausbildung im Pflegebereich sowie ein fachlich einschlägiger Hochschulabschluss. ■

Mehr Informationen:
ph-gmuend.de > **Studium**
 > **Studiengänge** > **Masterstudium**
 > **Pflegerwissenschaften**

Studium II
**Klinische Forschung
 als Studienfach**

Die österreichische Fachhochschule St. Pölten bietet zum Sommersemester 2021 erstmals den berufsbegleitenden Masterstudiengang „Applied Clinical Research in Health Sciences“ an. Er soll Angehörige der Gesundheitsberufe dazu befähigen, berufsspezifische Forschungsprojekte zu planen, durchzuführen und zu evaluieren. Als Abschlussarbeit wird ein wissenschaftlicher Fachartikel entworfen und zur Publikation eingereicht. ■

Mehr Informationen:
fhstp.ac.at > **Studium & Weiterbildung** > **Gesundheit** > **Weiterbildungslehrgang** > **Applied Clinical Research in Health Science**

Studium III
**Community Health
 Nursing in Vallendar**

Ein neuer viersemestriger Masterstudiengang „Community Health Nursing“ ist im laufenden Wintersemester an der Pflegewissenschaftlichen Fakultät der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar (PTHV) gestartet. Das Studium, das auch Praktika umfasst, bereitet erfahrene Pflegefachkräfte sowohl auf die eigenverantwortliche ambulante Versorgung von Patienten und Pflegebedürftigen als auch auf die Planung, Steuerung und Gestaltung von gesundheitsbezogenen kommunalen und sozialräumlichen Strukturen vor. ■

Mehr Informationen:
pthv.de/chn/

BUCHTIPPS

Zum Thema Versorgung am Lebensende



| Autoren/Titel | Inhalt |
|---|--|
| Claudia Bausewein, Rainer Simader 99 Fragen an den Tod Leitfaden für ein gutes Lebensende. Wie wir uns auf das Sterben vorbereiten | Dieses Buch vermittelt nicht nur die Grundlagen der Hospiz- und Palliativversorgung, sondern auch den Umgang mit und die Begleitung von sterbenden Menschen, ihren Angehörigen und Freunden. Lesenswert sind die wahrhaftigen, leicht verständlichen Antworten auf die Fragen, was beim Sterben passiert. Die Autoren wirken mit diesem Buch Ängsten, Überforderung, Ohnmacht und Schuldgefühlen im Zusammenhang mit dem Phänomen Tod entgegen. (Droemer Verlag, 2020) |
| Hubertus Kayser, Karin Kieseritzky, Heiner Melching, Hans-Bernd Sittig (Hrsg.) Kursbuch Palliative Care Angewandte Palliativmedizin und -pflege | Der vorliegende Band richtet sich an Lehrende, Studierende und (Fach-)Interessierte in der Hospiz- und Palliativversorgung. Die Autoren geben einen Einblick in den Stand der angewandten Palliativmedizin und -pflege und zeigen die Notwendigkeit einer gesamtgesellschaftlichen Auseinandersetzung mit dieser Thematik am Beispiel der Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland auf. (3. Auflage, Uni-Med Verlag, 2018) |
| Klaus Wegleitner, Dirk Blümke, Andreas Heller, Patrick Hofmayer (Hrsg.) Tod – kein Thema für Kinder? Zulassen – Erfahren – Teilen. Verlust und Trauer im Leben von Kindern und Jugendlichen. Anregungen für die Praxis | Wenn Kinder oder Jugendliche trauern oder selbst lebensverkürzend erkrankt sind, sind Erwachsene oft unsicher oder ratlos. Dieser Band stellt ausgewählte Projekte vor, die das Thema „Verlust und Trauer im Leben von Kindern und Jugendlichen“ für die Bereiche Kindergarten, Grundschule, weiterführende Schulen und Erwachsenenbildung aufbereiten. Die beschriebenen Projekte sind seit Jahren erprobt und etabliert. Sie zeigen auf, wie man konkret mit Kindern und Jugendlichen zum Thema arbeiten kann und wie es gelingen kann, Erwachsenen mehr Sicherheit zu vermitteln. (der hospiz verlag, 2014) |

Die Buchtipps in GGW wurden diesmal zusammengestellt von **Franziska Kopitzsch**, Leiterin der Koordinierungsstelle für Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland

Aachener Straße 5
 10713 Berlin
 Telefon: 030 8200758 25
 E-Mail: kopitzsch@koordinierung-hospiz-palliativ.de
 Web: koordinierung-hospiz-palliativ.de

Foto: Monique Wüstenhagen

Qualitätsmonitor 2020

Weniger Notfallbehandlungen im ersten Lockdown

Zu Beginn der Covid-19-Pandemie sank die Zahl der stationär behandelten Herzinfarkt- und Schlaganfallpatienten im Vergleich zum Vorjahr deutlich. Während wichtige Therapiemaßnahmen oft zügiger als im Jahr 2019 stattfanden, stieg im Frühjahr 2020 der Anteil der Patienten mit Hirninfarkt oder Hirnblutung, die neurologische Komplikationen aufwiesen oder verstarben. Das zeigen Auswertungen der Krankenhaus-Abrechnungsdaten von AOK-Versicherten im „Qualitätsmonitor 2020“.

Die Analyse von etwa 7.700 Herzinfarkten und 14.000 Schlaganfällen zeigt: Von Mitte März bis Anfang April 2020 ging vor allem die Zahl der Notfallpatienten mit leichten oder unspezifischen Symptomen zurück. So wurden wegen einer transitorisch ischämischen Attacke (TIA), bei der es für bis zu 24 Stunden zu Schlaganfall-Symptomen kommt, 35 Prozent weniger Patienten behandelt als im Vorjahr. Die Behandlungen schwerer Schlaganfälle, die durch Hirninfarkt oder Hirnblutung ausgelöst wurden, sanken im gleichen Zeitraum um 15 Prozent. Ein ähnliches Bild zeigt sich beim Herzinfarkt. Die Zahl der Behandlungen schwerer ST-Streckenhebungsinfarkte (STEMI) ging im Vergleich zum Vorjahreszeitraum um 24 Prozent zurück, beim leichteren Nicht-ST-Streckenhebungsinfarkt (NSTEMI) lag der Rückgang bei 29 Prozent.

Trotz deutlich zurückgegangener Fallzahlen stieg die Zahl der Menschen, die innerhalb von 30 Tagen an Hirninfarkt oder -blutung verstarben, von 714 (12 Prozent) im Frühjahr 2019 auf 740 (15 Prozent) im Frühjahr 2020. Auch stieg der Anteil der Patienten mit neurologischen Komplikationen wie halbseitiger Lähmung sowie Sprach- oder Schluckstörungen. Ein weiteres zentrales Ergebnis der Auswertungen: Die stationäre Notfallversorgung hat in der Frühphase der Pandemie unverändert funktioniert, die Behandlungsprozesse liefen zum Teil sogar schneller. So fanden zeitkritische Behandlungen zur Wiedereröffnung verschlossener Blutgefäße – zum Beispiel Thrombektomie bei Hirninfarkt – im Frühjahr 2020 bei einem höheren Anteil der Patienten bereits am Tag der Klinikeinweisung statt.

Allerdings zeigt der Qualitätsmonitor auch, dass die seit Jahren bekannten strukturellen Mängel bei der Versorgung von Notfallpatienten in der Pandemie weiter bestehen. So waren 64 Prozent aller Kliniken, die im Jahr 2018 Schlaganfall-Patienten behandelten, nicht mit einer Stroke Unit ausgestattet. Auch hatten nur 55 Prozent aller Kliniken, die Herzinfarkte behandelten, ein Herzkatheterlabor. Vor allem Kliniken mit wenigen Schlaganfall- oder Herzinfarkt-Patienten verfügten selten über die von medizinischen Fachgesellschaften empfohlene Ausstattung. Über die Ergebnisse dieser Strukturanalyse auf Bundes-, Landes- und Klinikebene berichtet detailliert der Qualitätsmonitor. ■



Dormann F, Klauber J, Kuhlen R (Hrsg.): *Qualitätsmonitor 2020. Medizinisch-Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin 2020; 428 Seiten, 49,95 Euro, ISBN 978-3-95466-511-2*



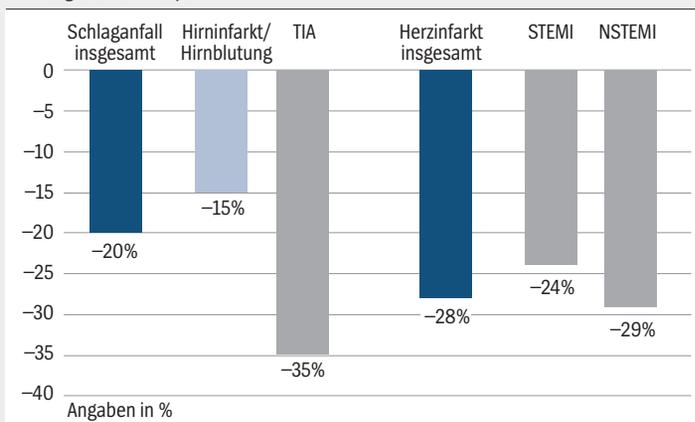
Foto: AOK-Bundesverband

Dr. Dagmar Drogan leitet das Projekt Risikoprädiktion im Forschungsbereich Qualitäts- und Versorgungsforschung des WIDO.

„Möglicherweise waren Notfallpatienten in der frühen Pandemiephase zögerlicher, sich im Krankenhaus behandeln zu lassen. Der Anstieg der Todesfälle lässt vermuten, dass das gefährliche Konsequenzen hatte.“

Rückgang stationärer Behandlungsfälle*

* bei Schlaganfall und Herzinfarkt im Zeitraum 16. März bis 5. April 2020 im Vergleich zum Vorjahr



Datenbasis: Krankenhausabrechnungsdaten von AOK-Versicherten 2019 und 2020

Quelle: Qualitätsmonitor 2020

WIDO-TICKER: Anmeldung zum Wido-Newsletter unter wido.de/news-events/newsletter +++ **Aktuelle Stellenausschreibungen** unter wido.de/institut-team/arbeiten-im-wido +++ **GGW auf der Wido-Website** unter wido.de/publikationen-produkte/ggw +++ **Kontakt zum Wido** unter Telefon 030 34646-2393

Waltersbacher A:
Heilmittelbericht 2020.
Ergotherapie, Sprach-
therapie, Physiothera-
pie, Podologie. Kosten-
loser Download unter
wido.de/publikationen-
produkte/buchreihen/
heilmittelbericht/2020

Heilmittelbericht 2020

Mehr Pflege für die Füße von Diabetikern

Knapp 400.000 an Diabetes erkrankte AOK-Versicherte wurden 2019 wegen eines Diabetischen Fußsyndroms bei einem Arzt oder Podologen behandelt. Das zeigt der Heilmittelbericht des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO).

Das Diabetische Fußsyndrom ist eine häufige und schwere Komplikation bei Diabetes mellitus und kann schlimmstenfalls zu Amputationen führen. Zur Vorbeugung und in weniger schweren Fällen versorgt ein Podologe die Betroffenen. Im Jahr 2019 wurden 2,67 Millionen podologische Behandlungen verordnet. Das entspricht 841 Behandlungen

je 1.000 AOK-Versicherte mit Diabetes mellitus (Männer: 814 je 1.000, Frauen: 867 je 1.000). Die Häufigkeit der Behandlung variiert nach Schweregrad: Mehr als 60 Prozent nahmen zwischen fünf und neun Behandlungssitzungen jährlich in Anspruch, weitere 18,3 Prozent etwa eine Behandlung im Monat. Gab es 2009 noch 67,6 podologisch behandelte Patienten je 1.000 AOK-versicherte Diabetiker, stieg diese Zahl 2019 bereits auf 117,4. Die Rate der von Amputationen betroffenen Diabetiker sank im selben Zeitraum um 15,5 Prozent.

Für den Heilmittelbericht 2020 hat das WIdO die rund 46 Milli-

onen Heilmittelleistungen ausgewertet, die 2019 zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) abgerechnet wurden, darunter 15,9 Millionen für AOK-Versicherte. Der Heilmittelumsatz erreichte damit in der Summe 8,8 Milliarden Euro. Heilmittel umfassen ergotherapeutische, sprachtherapeutische, podologische und physiotherapeutische Leistungen. Der Heilmittelbericht 2019 zeigt Trends in der Heilmittelversorgung der GKV über mehrere Jahre. Die Versorgung der AOK-Versicherten wird zudem alters-, geschlechts- und diagnose-spezifisch dargestellt, ergänzt um viele Abbildungen und Tabellen. ■



WIdO (Hrsg.):
Gesundheitsatlas
Deutschland.
Asthma bronchiale.
Verbreitung in der Be-
völkerung Deutschlands
und seinen Regionen.
Ursachen, Folgen und
Präventions-
möglichkeiten, 2020.
kostenloser Download:
wido.de/publikationen-
produkte/buchreihen/
gesundheitsatlas/
asthma/

Asthma bronchiale

Ältere Frauen und Jungen besonders betroffen

Um die Krankheit Asthma bronchiale geht es in der zweiten Ausgabe des Gesundheitsatlas. Das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO) beleuchtet Unterschiede nach Alter, Geschlecht und Regionen sowie Zusammenhänge mit Risikofaktoren.

Der Gesundheitsatlas des WIdO zeigt die Verteilung der Patientinnen und Patienten mit Asthma bronchiale in Deutschland anhand eines alters-, geschlechts- und morbiditätsadjustierenden Hochrechnungsverfahrens, dem Daten der AOK zugrunde liegen. Dabei zeigt sich: Unter Kindern und Jugendlichen bis zu 14 Jah-

ren beträgt die Krankheitshäufigkeit (Prävalenz) bei Jungen 5,4 Prozent gegenüber 1,9 Prozent bei Mädchen. Im höheren Erwachsenenalter dagegen sind Frauen häufiger als Männer von Asthma betroffen.

Neben diesen Zusammenhängen untersucht der Gesundheitsatlas regionale Unterschiede: So ist die Asthmaprävalenz in Mecklenburg-Vorpommern (3,4 Prozent) eher niedrig, in Nordrhein-Westfalen dagegen (4,7 Prozent) eher hoch. Insgesamt erkranken in Großstädten überdurchschnittlich viele Menschen an Asthma. Zudem zeigt

der regionale Vergleich: In Gegenden mit hoher Adipositas-häufigkeit liegt auch die Asthmaprävalenz höher (4,5 Prozent) als in Regionen mit niedrigerer Adipositas-häufigkeit (3,8 Prozent).

Ergänzend zu empirischen Analysen nach Alter, Geschlecht und Regionen enthält der Gesundheitsatlas Informationen zu Ursachen, Risikofaktoren, Folgen und Präventionsmöglichkeiten. So stellen Nichtrauchen, Vermeidung von Adipositas und ein gutes Management der Erkrankung wichtige Faktoren dar, um die asthmaprobleme Krankheitslast zu verringern. ■

DAS WIDO AUF KONGRESSEN: 14. Nationaler Qualitätskongress Gesundheit, Berlin/digital 11/20: Dr. Dagmar Drogan: „Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf die Behandlung von Patienten mit Herzinfarkt, Schlaganfall und Hüftfraktur“, Dr. Elke Jeschke: „Zum Zusammenhang von Behandlungshäufigkeit und -qualität in der Endoprothetik“ +++ Dr. Corinna Hentschker: „Charakteristika stationärer Covid-19-Patienten in Deutschland“, 27. Jahrestagung der Gesellschaft für Arzneimittelanwendungsforschung und Arzneimittel-epidemiologie (GAA) e. V., digital, 11/20

Strukturmigration im Mittelbereich Templin

von Steffen Bohm¹, Lutz O. Freiberg² und Pramono Supantia³

ABSTRACT

Im Rahmen der ersten Förderwelle des Innovationsfonds nach §92a SGB V wurde das Projekt „IGiB-StimMT – Strukturmigration im Mittelbereich Templin“ gestartet (Förderkennzeichen: 01NF16001). Seinen Ausgangspunkt nimmt das Projekt bei für ländliche Regionen typischen Versorgungsproblemen, auf die mit der Migration bisheriger Versorgungsstrukturen reagiert wird. Wesentlichen Bestandteil bildet das Ambulant-Stationäre Zentrum (ASZ) mit einem bedarfsgerecht angepassten Mix aus ambulanten und stationären Versorgungsangeboten, der neu konzipierten Überwachungseinheit sowie dem Koordinierungs- und Beratungszentrum (KBZ). Vorliegende Zwischenergebnisse zeigen, dass die Rate der ambulantsensitiven Krankenhausfälle deutlich vermindert und damit ein zentrales Projektziel erreicht werden konnte.

Schlüsselwörter: Innovationsfonds, Ambulant-Stationäres Zentrum, Regelversorgung

Within the framework of the first funding wave of the German Innovation Fund, the project “IGiB-StimMT – Strukturmigration im Mittelbereich Templin” was initiated. The project focuses on the typical care difficulties that rural regions face along with the response involving the migration of existing medical structures. Essential components are the Outpatient/Inpatient Centre with its need-based mix of ambulatory and hospital care possibilities and its innovative new Decision-Unit, as well as the Coordination and Advising Centre. Preliminary results show that the number of hospital cases which could be handled on an outpatient basis are significantly reduced and that a central goal of the project is thereby reached.

Keywords: German Fund for Health Care Innovation, Outpatient/Inpatient Centre

1 Einleitung

Der Mittelbereich Templin steht mit einem aufgrund der demografischen Entwicklung veränderten Versorgungsbedarf, Schwierigkeiten bei der Nachbesetzung frei werdender Arzt-sitze und -stellen und Fachkräftemangel in der Pflege einer Entwicklung gegenüber, mit der sich viele ländliche Regionen nicht nur in Brandenburg, sondern bundesweit konfrontiert sehen. Als Reaktion auf diese Herausforderung hat sich die Innovative Gesundheitsversorgung in Brandenburg GbR (IGiB), eine Arbeitsgemeinschaft, bestehend aus der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg (KVBB), der AOK Nordost und der BARMER, schon früh mit strukturellen sektorenübergreifenden Maßnahmen in der Region engagiert. So

wurde vor Ort ein KV RegioMed Zentrum (KVRMZ) für Geriatrie als Eigeneinrichtung der KVBB ins Leben gerufen, in dem niedergelassene Hausärzte mit geriatrischer Qualifikation am Standort des Sana Krankenhauses in Templin im Rahmen einer ambulanten Komplexbehandlung geriatrische Patienten betreuen, wodurch die stationäre geriatrische Versorgung vermieden wird. Hierbei arbeiten ambulante und stationäre Geriatrie am Standort mit dem gleichen im Krankenhaus angestellten Team von Physio-, Ergotherapeuten und Logopäden.

Mit dem Inkrafttreten des Innovationsfonds nach §92a SGB V wurde das Projekt „IGiB-StimMT – Strukturmigration im Mittelbereich Templin“ konzipiert, das im Zeitraum vom

¹ Steffen Bohm, AGENON Gesellschaft für Forschung und Entwicklung im Gesundheitswesen mbH · Kaunstr. 21 · 14163 Berlin · Telefon: 030 92104570
E-Mail: bo@agenon.de

² Lutz O. Freiberg, IGiB-StimMT gGmbH · Pappelallee 5 · 14469 Potsdam · Telefon: 0331 2309212 · E-Mail: l.freiberg@igb-stimmt.de

³ Pramono Supantia, AOK Nordost · Brandenburger Str. 72 · 14467 Potsdam · Telefon: 0800 26508020248 · E-Mail: pramono.supantia@nordost.aok.de

1. Januar 2017 bis zum 31. Dezember 2020 aus Mitteln des Innovationsfonds gefördert wurde und eine bedarfsgerechte Anpassung der regionalen Versorgungsstrukturen und -abläufe erreichen soll. Strukturmigration bezeichnet dabei die Überwindung der bestehenden Sektorengrenzen in der Zusammenarbeit unterschiedlicher Berufs- und Fachgruppen über Einrichtungen hinweg und ihre Überführung in neue Strukturen und Formen.

Es wird von den Mitgliedern der IGIB GbR, also AOK Nordost, BARMER und KVBB, sowie den weiteren Konsortialpartnern Sana Kliniken Berlin-Brandenburg GmbH, KV Consult- und Managementgesellschaft mbH (KV COMM) und AGENON Gesellschaft für Forschung und Entwicklung im Gesundheitswesen mbH getragen und von der Techniker Krankenkasse (TK), der IKK Brandenburg und Berlin, dem Ministerium für Gesundheit, Soziales, Integration und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg (MSGIV), dem Gemeinsamen Landesgremium Brandenburg nach § 90a SGB V, dem Landkreis Uckermark sowie der Stadt Templin unterstützt. Die Evaluation erfolgt durch inav – privates Institut für angewandte Versorgungsforschung GmbH.

2 Ausgangslage und Problemstellung

Der Mittelbereich Templin ist eine siedlungsstrukturell ländliche Region im Landkreis Uckermark im Nordosten Brandenburgs und besteht aus der Gemeinde Boitzenburger Land, den Städten Lychen und Templin und dem Amt Gerswalde. Urbanes Zentrum bildet die Stadt Templin mit 15.917 Einwohnern (Stand: 31. Dezember 2019). Gemäß aktueller Prognosen zur Bevölkerungsentwicklung wird die Zahl der Einwohner im Mittelbereich Templin bis zum Jahr 2030 von 26.996 (Stand: 31. Dezember 2016) auf 24.020 Einwohner zurückgehen (LBV 2018). Das entspricht einem Rückgang um elf Prozent. Getragen wird diese Abnahme von Rückgängen in den Altersgruppen 0 bis unter 15 Jahre (-11,1 Prozent) und 15 bis unter 65 Jahre (-29,3 Prozent). Die Altersgruppe ab 65 Jahre wird demgegenüber bis zum Jahr 2030 um 32,3 Prozent zunehmen (von 7.074 auf 9.361 Einwohner).

Bedingt durch den gegenwärtigen Altersaufbau dominieren chronische Erkrankungen das Krankheitsgeschehen, wobei viele betroffene Personen mehrfach erkrankt sind. Die Auswertung von Routinedaten der AOK Nordost und der BARMER im Rahmen einer von AGENON durchgeführten Vorstudie ergab für das Jahr 2014 für versicherte Personen ab 65 Jahre mit Wohnort im Mittelbereich Templin, dass 14 Prozent gleichzeitig an mehreren chronischen Erkrankungen aus vier der folgenden Krankheitsgruppen leiden (in Klammern genannt sind die einschlägigen Kapitel der International Classification of Diseases 10, ICD-10):

- Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (Kapitel E)
- Krankheiten des Kreislaufsystems (Kapitel I)
- Krankheiten des Atmungssystems (Kapitel J)
- Krankheiten des Verdauungssystems (Kapitel K)

33 Prozent leiden gleichzeitig an chronischen Erkrankungen aus drei der vorgenannten Krankheitsgruppen, 35 Prozent an chronischen Erkrankungen aus zwei der vorgenannten Krankheitsgruppen und 14 Prozent an einer chronischen Erkrankung (Bohm et al. 2016). Da die betroffene Gruppe wächst, während die Bevölkerung in allen anderen Altersgruppen abnimmt, wird der Behandlungsbedarf bei den über 65-Jährigen zunehmen. Dagegen werden insbesondere die Anzahl der Geburten im Mittelbereich Templin wie auch der Bedarf ambulanter und stationärer Behandlungskapazitäten im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin abnehmen. In der AGENON-Vorstudie wurde außerdem deutlich, dass Einwohner des Mittelbereichs Templin vergleichsweise oft als Notfälle stationär aufgenommen werden und gleichzeitig der Anteilswert sogenannter ambulant-sensitiver Krankenhausfälle (ASK-Fälle) im Sana Krankenhaus Templin mit knapp 38 Prozent relativ hoch liegt. Bei den ASK-Fällen handelt es sich um Krankenhausfälle bestimmter Krankheitsbilder, die durch eine frühzeitige und qualifizierte Versorgung potenziell vermeidbar gewesen wären (vergleiche Sundmacher et al. 2015).

3 Strukturmigration im Mittelbereich Templin als Innovationsfondsprojekt

3.1 Ziel des Projekts

Übergeordnetes Projektziel ist die Schaffung einer an die regionalen Bedarfe der Wohnbevölkerung und die demografischen und epidemiologischen Veränderungen angepassten Versorgungsstruktur. Krankenhausaufenthalte sollen so weit wie möglich durch bereits bestehende und neu zu schaffende sowie erweiterte ambulante Versorgung vermieden werden (Ambulantisierung). Gleichzeitig soll die wohnortnahe medizinische Versorgung verbessert werden, um sie möglichst gleichwertig zu Ballungsräumen zu gestalten. Erreicht werden soll dies zum einen über die Migration des Sana Krankenhauses Templin, des KV RegioMed Zentrums Templin, weiterer ambulanter Versorgungsangebote von Vertragsärzten und Medizinischen Versorgungszentren am Standort sowie des im Projekt aufgebauten Koordinierungs- und Beratungszentrums (KBZ) in ein Ambulant-Stationäres Zentrum (ASZ) in einer Trägerpartnerschaft. Die erforderlichen Umbaumaßnahmen werden aus Mitteln des Strukturfonds nach § 12 KHG gefördert. Zum anderen sollen die stationären Versorgungsangebote des ASZ fallzentriert mit den im Einzelfall

erforderlichen ambulanten Angeboten des ASZ selbst und denen der umliegenden Arztpraxen verknüpft werden. Auch dazu wurde das Arzt- und Psychotherapeutennetz „Gesund in Templin“ gegründet. Zur Messung der Zielerreichung wurde im Rahmen der verpflichtend durchzuführenden Evaluation die deutliche Verminderung der ASK-Fälle als primärer Endpunkt benannt.

3.2 Versorgungsangebote

Ausgerichtet auf die gegenwärtigen und zukünftigen Versorgungserfordernisse vereint das im Aufbau befindliche Ambulant-Stationäre Zentrum (ASZ) Templin unter Überwindung der Sektorengrenzen stationäre und ambulante Versorgungsangebote, die gemeinsam gedacht und bedarfsgerecht sowie nachhaltig ausgestaltet werden. Unabhängig von der ansonsten gängigen Zuordnung ärztlicher und nicht ärztlicher Tätigkeit nach dem Tätigkeitsort Krankenhaus oder Arztpraxis folgt die Behandlung im ASZ nach den Grundsätzen „Ambulant vor stationär“ sowie „Wohnortnah vor wohnortfern“ entsprechend den im Einzelfall gegebenen Versorgungserfordernissen: Ärzte und nicht ärztliches Fachpersonal versorgen Patienten ambulant, soweit und solange dies möglich ist, und stationär nur, soweit dies unvermeidbar ist. Patienten mit stationärem Behandlungsbedarf, die im ASZ nicht adäquat stationär versorgt werden können, werden nach erfolgter Abklärung im Rahmen telemedizinischer Konsile mit spezialisierten Kollegen kooperierender Partner an fachlich entsprechend ausgerichtete Standorte geleitet. Ambulante Patienten werden in enger Zusammenarbeit mit den Vertragsarztpraxen im Mittelbereich versorgt. Hierbei ergänzt das ASZ die bestehenden regionalen ambulanten Angebote unter effizienter Nutzung personeller und technischer Ressourcen.

Im Rahmen des Innovationsfondsprojekts IGIB-StimMT wurden bei der Neuorganisation der Akut- und Notfallversorgung drei wesentliche Versorgungselemente neu implementiert und in das Gesamtkonzept der Notfallversorgung eingebettet: die Triage, die Ärztliche Bereitschaftspraxis (ÄBP) und die Decision Unit (Überwachungseinheit). In der Triage wird der Versorgungsbedarf von Akut- und Notfallpatienten eingeschätzt. In der ÄBP werden Patienten mit akuten, aber nicht lebensbedrohlichen Erkrankungen medizinisch versorgt. In der Decision Unit werden Patienten über einen Zeitraum von maximal 24 Stunden überwacht, pflegerisch betreut und beobachtet, für die nicht sofort entschieden werden kann, ob eine ambulante Behandlung ausreichend oder eine stationäre Aufnahme erforderlich ist. Zeigt sich, dass eine stationäre Behandlung erforderlich ist, werden die Patienten in die stationäre Versorgung übernommen beziehungsweise in ein entsprechend spezialisiertes Krankenhaus geleitet. Sofern Patienten ambulant weiterbehandelt werden können, fällt hierfür während der Förderdauer des Innovationsfonds für die Ver-

sorgung in der Überwachungseinheit ein Pauschalbetrag unterhalb der stationären Entgelte an. Bei Überweisung in die stationäre Versorgung erfolgt die Abrechnung regelhaft per Fallpauschale (Diagnosis Related Group, DRG).

Ein weiteres Instrument zur Stärkung der Ambulantisierung ist die Umsetzung von sektorenübergreifenden Behandlungspfaden und strukturierten Behandlungsprogrammen. Im Projektrahmen wurden gemeinsam mit ambulant und stationär tätigen Ärzten die Behandlungspfade Herzinsuffizienz, Rückenschmerz und Adipositas entwickelt. Für Patienten mit Harninkontinenz wurde zudem ein strukturiertes Versorgungsangebot ausgearbeitet und implementiert. Neben interdisziplinären Arztgruppen sind in die Betreuung der Patienten in den Behandlungspfaden und Programmen auch Physiotherapeuten, Ernährungsberater sowie andere Gesundheitsberufe aus der Region eingebunden. Die sektorenübergreifenden Behandlungspfade und Programme verfolgen mit der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit zwei Ziele: zum einen die Optimierung der Versorgungsprozesse zwischen unterschiedlichen Fach- und Berufsgruppen und zum anderen die Vermeidung unnötiger stationärer Behandlungsfälle durch die Stärkung des ambulanten Versorgungsangebotes unter Nutzung der vorhandenen regionalen Ressourcen.

Um den Austausch und die Zusammenarbeit zwischen Haus-, Fachärzten, ambulant und stationär tätigen Ärzten und Psychotherapeuten zu optimieren, wurde mit fortschreitender Projektdauer das Arzt- und Psychotherapeutennetz „Gesund in Templin e. V.“ gegründet und aufgebaut. So soll eine effizientere und verbesserte Patientenversorgung entlang der Behandlungskette ermöglicht und die Zusammenarbeit zwischen dem Netz „Gesund in Templin“ sowie dem ASZ Templin nachhaltig gestaltet werden. Ein effektives Arbeiten in einem Arztnetz erfordert die Einbindung aller an der Gesundheitsversorgung Beteiligten und die konkrete Abstimmung und Akzeptanz der Aufgaben und Kompetenzen. Dies ist zum Teil sehr herausfordernd und setzt zwingend die Berücksichtigung der regionalen Strukturen und der gesamten Versorgungssituation voraus. Im Kontext der Weiterentwicklung des Arztnetzes wurde eine GmbH gegründet und im Managementbereich eine Professionalisierung vorgenommen.

In der Versorgung der wachsenden Gruppe älterer, multimorbider Patienten kommt dem KBZ als Bestandteil des ASZ eine Schlüsselfunktion zu. Das KBZ wurde im Rahmen des StimMT-Projekts aufgebaut und konnte bereits im März 2020 räumlich in das ASZ integriert werden. Im KBZ sind Fachkräfte für das Case- und Entlassmanagement (als sogenannte agnes^{zwei} ausgebildete medizinische Fachkräfte) sowie Fachkräfte für die übergreifende Koordination und Beratung von Ärzten, Leistungserbringern, Patienten und Angehörigen zusammengefasst. Die im KBZ angesiedelten Mitarbeiterinnen sind eng in das ambulant-stationäre Versorgungssystem integriert und werden in defi-

nierten Fallkonstellationen frühzeitig in die Versorgung der Patienten eingebunden. Zum Angebot gehört hier auch eine SGB-übergreifende Beratung und die weiterführende Vermittlung von Unterstützungs- und Versorgungsangeboten Dritter sowie von Angeboten der Daseinsfürsorge. Hinzu kommen spezielle neue Versorgungsangebote im ASZ, wie die Strukturierte Harninkontinenzversorgung (SHIV) und die Demenzberatung.

Im Bereich der pädiatrischen Versorgung bestand für das Projekt die Herausforderung, eine zur bisherigen stationären Pädiatrie und Geburtshilfe gleichwertige Alternative aufzubauen. Dazu wurde seitens der KVBB ein weiterer Versorgungsauftrag für die ambulante pädiatrische Behandlung erteilt und die Tätigkeit für bislang ausschließlich stationär tätige Ärzte im Rahmen der Eigeneinrichtung ermöglicht. Durch nunmehr im teilstationären Setting erbrachte Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin und den gezielten Einsatz von Telemedizin und Telekonsilen konnte der Abbau der stationären pädiatrischen Betten ermöglicht und, von der Bevölkerung gut angenommen, kompensiert werden. Im Bereich der Geburtshilfe konnte eine Geburtsklinik der Versorgungsstufe 4 aufrechterhalten werden. Abbildung 1 gibt einen Gesamtüberblick über die im ASZ aktuell verfügbaren Versorgungsangebote.

Die Integration weiterer Angebote und Kooperationen ist in Vorbereitung, wobei stets der Grundsatz eines bestehenden Bedarfs und der nachhaltigen Ausgestaltung und Finanzierung gewahrt werden muss. Wesentliches Endergebnis der strukturverändernden Maßnahmen soll die Integration bestehender und erweiterter ambulanter Versorgungsmöglichkeiten mit den bedarfsgerecht fortzuführenden stationären und teilstationären Versorgungselementen des bisherigen Krankenhauses zu einer organisatorischen und rechtlichen Einheit, dem ASZ, sein.

3.3 Rechtsform und Trägerschaft des ASZ

Das ASZ soll in der Rechtsform einer GmbH geführt werden. Als Träger des ASZ Templin kommen nach derzeitigem Recht und dem Stand der Gespräche nachfolgende Partner für eine Trägerpartnerschaft infrage:

- Sana Kliniken Berlin-Brandenburg GmbH
- Kommune Stadt Templin
- Gesund in Templin GmbH (Managementgesellschaft des Arztnetzes „Gesund in Templin e. V.“)
- Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg K. d. ö. R.

Diese Partner prüfen derzeit die zu schaffenden Voraussetzungen, wie das Betriebskonzept, den Wirtschaftspläne, den Gesellschaftsvertrag etc., und arbeiten hierfür in einem Gründungsteam zusammen. Die Ausgliederung des Sana Krankenhauses Templin in Trägerschaft der Sana Kliniken Berlin-Brandenburg GmbH in eine eigenständige GmbH-Struktur

vor Ort wird ebenfalls aktuell vorbereitet. Durch die Zusammenführung ambulanter und stationärer Leistungen in eine gemeinsame Trägerschaft der vor Ort an der Versorgung Beteiligten und regional Verantwortlichen und die Schaffung eines gemeinsamen Managements unter Nutzung der jeweiligen Kompetenzen der Partner sollen auch die bisher unterschiedlichen Interessen der jeweiligen Institutionen auf die gemeinsame Zielsetzung ausgerichtet werden.

4 Erste Projektergebnisse

4.1 Akzeptanz des Projektansatzes und Inanspruchnahme

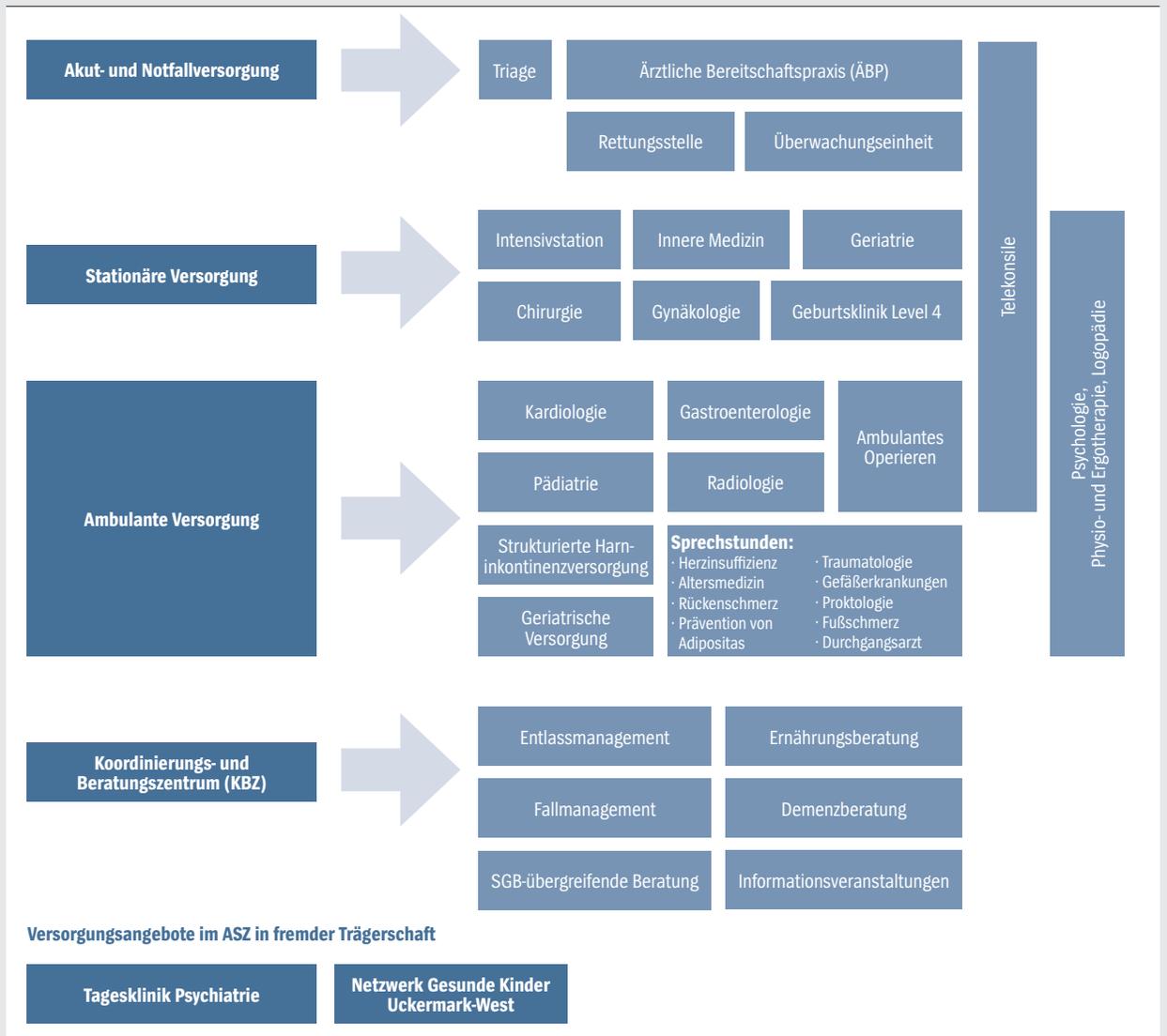
Insgesamt findet das Projekt breite und positive Resonanz sowohl bei der Bevölkerung als auch bei den niedergelassenen Ärzten vor Ort. Bis Ende September dieses Jahres wurden mehr als 10.000 Einwohner beziehungsweise mehr als 40 Prozent der Wohnbevölkerung des Mittelbereichs Templin in bilateralen Gesprächen über die Projektinhalte aufgeklärt und haben ihr Einverständnis zur Projektteilnahme erklärt. Für das KBZ sind bislang knapp 500 Patienten mit Case Management und deutlich mehr als 1.700 Einzelberatungen insbesondere zu sozialversicherungsrechtlichen Fragestellungen dokumentiert (Stand: Ende September). In beiden Fällen wurden damit die ursprünglich geplanten Fallzahlen deutlich überschritten: im Bereich Case Management um gut 50 Prozent und im Bereich Beratung und Koordination um mehr als ein Drittel. Hervorzuheben ist des Weiteren die Überwachungseinheit mit aktuell knapp 1.000 in dieser neuen Struktur versorgten Akutpatienten. Diese Zahl liegt deutlich über den bis zum Projektende (am 31. Dezember 2020) geplanten 442 Fällen. Lediglich neun Akutpatienten mussten in die stationäre Versorgung übernommen werden, alle anderen konnten ambulant weiterversorgt werden. Aber auch andere neu etablierte Versorgungsmodule, wie die Ärztliche Bereitschaftspraxis und der sektorenübergreifende Behandlungspfad Herzinsuffizienz wurden häufiger in Anspruch genommen als vorgesehen.

4.2 Effekte auf die stationäre Versorgung

Im Rahmen einer Zwischenauswertung wurden vollstationäre Fälle von Versicherten der AOK Nordost mit Wohnort im Mittelbereich Templin im Zeitraum 2016 bis 2019 mit Versorgung im Sana Krankenhaus Templin und vergleichend dazu alle stationären Fälle dieser Population analysiert. Für Vergleichszwecke wurden außerdem die Krankenhausfälle aller Versicherten der AOK Nordost mit Wohnort im sogenannten äußeren Entwicklungsraum des Landes Brandenburg, also Brandenburg ohne den Speckgürtel um Berlin, herangezogen. Für 2019 konnten die ersten drei Quartale analysiert werden (ba-

ABBILDUNG 1

Versorgungsangebote im Ambulant-Stationären Zentrum (ASZ) Templin im Überblick



Das ASZ in Templin überwindet die Grenzen zwischen ambulantem und stationärem Sektor. Die Versorgung wird vom Patienten her gedacht und folgt den Grundsätzen „Ambulant vor stationär“ und „Wohnortnah vor wohnortfern“. Akut- und Notfallversorgung wurden im Rahmen von StimMT neu organisiert.

Quelle: IGB StimMT, Grafik: G+G Wissenschaft 2021

sierend auf dem Datenstand bei der AOK Nordost im Januar 2020). Um Vorjahresvergleiche zu ermöglichen, wurden für Vorjahre auch jeweils die ersten drei Quartale herangezogen. Um Vergleiche unverfälscht durch Unterschiede in der Zusammensetzung der betrachteten AOK-Populationen nach Alter und Geschlecht zu ermöglichen, wurden die rohen Werte standardisiert und auf jeweils 100 AOK-Versicherte bezogen. Stan-

dardisiert wurde einheitlich auf die Alters- und Geschlechterstruktur der AOK Nordost des jeweils betrachteten Jahres. Im Ergebnis zeigt sich ein deutlicher Effekt auf die stationäre Versorgung: Die Anzahl stationärer Fälle von AOK-Versicherten mit Wohnort im Mittelbereich Templin hat um -9,2 Prozent abgenommen, davon um -16,2 Prozent im Sana Krankenhaus Templin. Diesem Rückgang steht eine mit -3,7 Prozent deut-

lich geringere Abnahme der stationären Fälle von AOK-versicherten Bewohnern des äußeren Entwicklungsraumes gegenüber.

Noch deutlicher fällt das Ergebnis bei den ambulant-sensitiven Krankenhausfällen aus: Die Anzahl der ASK der jeweiligen Bezugspopulation im betrachteten Zeitraum hat im Sana Krankenhaus Templin um –20 Prozent und im Mittelbereich Templin um –15,8 Prozent und damit sehr viel stärker abgenommen als im äußeren Entwicklungsraum mit einem Rückgang um –5,8 Prozent (vergleiche Abbildung 2). Auch die Notfallaufnahmen der jeweiligen Bezugspopulation haben sich im Sana Krankenhaus Templin mit –7,6 Prozent deutlich und im Mittelbereich Templin um –0,8 Prozent vermindert, während sie im äußeren Entwicklungsraum mit einem Plus von 0,3 Prozent praktisch unverändert geblieben sind (vergleiche Abbildung 3).

5 Überführung in die Regelversorgung

Aufgrund der Förderbestimmungen des Innovationsfonds werden ausschließlich versorgungswirksame Leistungen finanziell gefördert, die bis dato nicht Bestandteil der Regelversorgung sind. Was hinsichtlich des angestrebten Innovationsgrades geförderter Projekte durchaus zielführend ist, erschwert jedoch die Weiterführung sinnvoller Projektansätze bis zur Übernahme in die Regelversorgung. Die Übergangszeit kann durchaus 15 Monate oder deutlich länger dauern (siehe § 92b Abs. 3 SGB V): vom Ende der Förderdauer einer versorgungswirksamen Leistung ein halbes Jahr vor Projektende über das Vorliegen des Evaluationsberichtes bis zu einem halben Jahr nach Projektabschluss, von der Bewertung des Berichts durch den Innovationsausschuss bis hin zur Umsetzung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA), sofern eine Umsetzung empfohlen wird, und zur Verständigung über die Vergütung in den dafür vorgesehenen Gremien der Selbstverwaltung.

Um die resultierende Finanzierungslücke bei den geförderten versorgungswirksamen Leistungen zu schließen, müssen Lösungen gefunden werden, die bereits auch unter dem bestehenden Rechtsrahmen möglich sind. Das stellt aktuell die größte Herausforderung für alle Partner und Unterstützer des Projekts bis hin zur Landespolitik und zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) dar. Die Bewältigung dieser Aufgabe zeigt sich dabei unterschiedlich kompliziert: So war es möglich, für die Fortführung der Behandlungspfade wesentliche Kassen mit einem hohen Versichertenbestand im Mittelbereich für den Abschluss eines § 140a-Vertrages zu gewinnen. Bei allen weiteren Projektlösungen ergibt eine selektivvertragliche Lösung indes nicht nur keinen Sinn, sondern ist gar nicht praktikabel. Im Falle eines Notfalls erscheint es bereits ethisch nicht vertretbar, je nach Kassenzugehörigkeit unterschiedliche Maßstäbe der Behandlung anzulegen. Entscheidend aber ist, dass die abschließend

migrierten Strukturen in der Akut- und Notfallversorgung nicht für eine Teilpatientengruppe einfach rückgängig gemacht werden können (vergleiche dazu *Bohm und Dudey 2019*). Das gilt auch für die (wie oben beschrieben) migrierte pädiatrische Versorgung. Für die bislang stationär und neu ambulant und teilstationär tätigen Kinder- und Jugendmediziner am Standort musste deshalb eine GKV-weite Lösung zur Finanzierung gefunden werden. Diese besteht in einem durch die GKV zusätzlich finanzierten ambulanten Versorgungsauftrag für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen im Mittelbereich Templin. Eine Refinanzierung des zusätzlichen ambulanten Versorgungsauftrages und der teilstationären Leistungen ist durch die Vermeidung stationärer pädiatrischer Fälle gewährleistet.

Für die Finanzierung der Überwachungseinheit, die auch für die wohnortnahe stationsersetzende ambulante Versorgung der kleinen Akutpatienten eine wichtige Rolle spielt, müssen noch Lösungen gefunden werden, damit sie ab 2021 nicht wieder zur Abklärung stationär aufgenommen werden müssen – dies vor dem Hintergrund, dass im Projekt 99 Prozent aller zur Abklärung in der Überwachungseinheit aufgenommenen Patienten ohne stationäre Aufnahme ambulant weiterversorgt werden konnten. Auch für die Übergangsfinanzierung des KBZ konnte bis dato noch keine adäquate Lösung gefunden werden. Die von Ärzten und der Bevölkerung hoch akzeptierte Lösung der Beratung und Begleitung aus einer Hand droht aufgrund von unterschiedlichen oder fehlenden Rechtsgrundlagen der Aufgabeninhalte in ihre Einzelteile zerlegt zu werden. Die Partner und Unterstützer des Projekts arbeiten mit Hochdruck an einer Lösung zum Erhalt dieser SGB- und sektorenübergreifenden Strukturinnovation ab dem Jahr 2021.

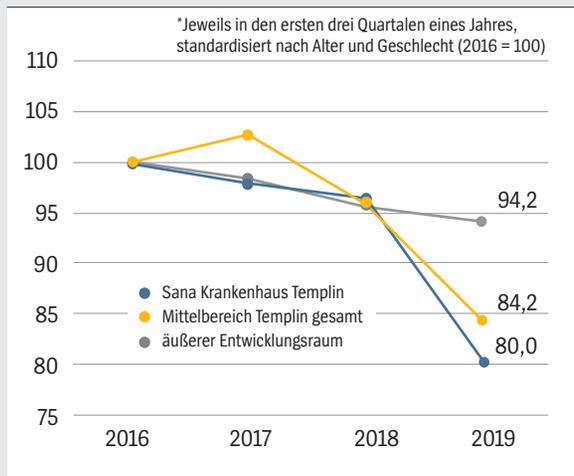
6 Forderungen an die Politik

Neben Empfehlungen für Verbesserungen im Kontext der Ausgestaltung des Innovationsfonds sind auch Anpassungen in den derzeit bestehenden rechtlichen Rahmensetzungen für die Versorgung und Finanzierung respektive die Vergütung erforderlich, damit die regionale Versorgung auch außerhalb von Förderungen aus Innovations- und Strukturfonds gleichwertig gestaltet werden kann und Potenziale für die Ambulantisierung erschlossen werden können. Zu den Empfehlungen für Verbesserungen im Kontext der Ausgestaltung des Innovationsfonds zählen: eine größere Handlungsfreiheit für die Projektpartner bei vertretbaren und projektimmanenten Änderungserfordernissen im Projektablauf, eine Verlängerung der Förderhöchstdauer bei sehr komplexen Projekten und das Schließen der Finanzierungslücken in der Evaluations- und Übergangsphase nach Projektende.

Mit Blick auf die rechtlichen Rahmensetzungen sind für die Zukunftsfähigkeit der regionalen Gesundheitsversorgung ins-

ABBILDUNG 2

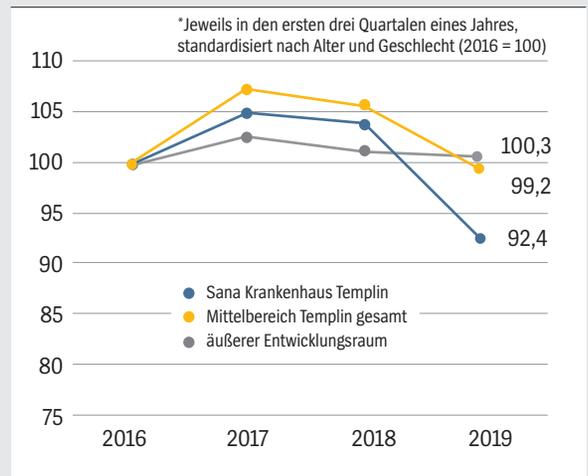
Ambulant-sensitive Krankenhausfälle je 100 Versicherte der AOK Nordost*



Die Anzahl der ambulant-sensitiven Fälle der AOK Nordost sank im Zeitraum von 2016 bis 2019 insgesamt (–5,8 Prozent). Im Mittelbereich Templin nahm sie mit –15,8 Prozent noch stärker ab. Am deutlichsten sank sie aber mit –20 Prozent im Sana Krankenhaus Templin.

ABBILDUNG 3

Notfallaufnahmen je 100 Versicherte der AOK Nordost*



Die Zahl der Notfallaufnahmen stieg zunächst für alle drei untersuchten Gruppen. 2019 war sie dann allgemein höher (+0,3 Prozent), im Mittelbereich Templin etwas niedriger (–0,8 Prozent) und im Sana Krankenhaus Templin deutlich niedriger (–7,6 Prozent) als im Ausgangsjahr 2016.

Quelle: AGENOV, basierend auf Daten der AOK Nordost; Grafik: G+G Wissenschaft 2021

Quelle: AGENOV, basierend auf Daten der AOK Nordost; Grafik: G+G Wissenschaft 2021

besondere im ländlichen Raum gesetzliche Regelungen und untergesetzliche Normen dringlich anzupassen, insbesondere bezogen auf

- eine sektorenübergreifend einheitliche Vergütung ambulant-sensitiver Leistungen,
- den sektoren- und SGB-übergreifenden Einsatz von Ärzten und nicht ärztlichem medizinischen Fachpersonal (inklusive der Finanzierung),
- die Schaffung von neuen sektorenintegrierenden Vergütungs- und Versorgungsstrukturen mit entsprechend dem regionalen Bedarf erteilten Versorgungsaufträgen in Trägerpartnerschaften unter gesicherter Finanzierung der Grundkosten.

Nicht nur mit Blick auf das StimMT-Projekt, sondern generell für innovative Ansätze echter Strukturmigrationen wäre es zudem begrüßenswert, wenn ein Rechtsrahmen bestünde, der vergleichbare Innovationsprojekte auch jenseits von Selektivverträgen zuließe (vergleiche *Bohm und Dudey 2019*).

7 Fazit

Mit dem behandlungs- und sektorenübergreifenden Ansatz einer Strukturmigration unter Beteiligung von Akteuren aus

dem gesamten Spektrum der Versorgungslandschaft mit jeweils unterschiedlichen Interessenlagen und mit der Überwindung der bestehenden SGB- und Sektorengrenzen in der Versorgung haben sich die Konsortialpartner gemeinsam einer der größten Herausforderungen des deutschen Gesundheitswesens gestellt. Im Projekt wurden neue Wege beschritten, die ersten Analysen folgend deutlich positive Ergebnisse zeigen. Vor allem die Senkung der ambulant-sensitiven Krankenhausfälle ist als erfreulich zu bewerten, da diese Kennzahl gleichzeitig primärer Endpunkt der Evaluation und damit wichtigster Indikator für den Erfolg des Gesamtprojekts ist. Auch die ersten vorliegenden Ergebnisse aus der Evaluation weisen in diese Richtung. Letztlich werden der Evaluationsbericht, der Ende Juni 2021 vorliegen wird, und die Bewertung durch den GBA zeigen, ob eine Überführung in die Regelversorgung erfolgt. Heute ist aber bereits bekannt, dass es nach dem Willen der Brandenburger Koalition auch in anderen Regionen Brandenburgs zum Aufbau Ambulant-Stationärer Zentren kommen wird. Das Projekt wurde von Beginn an von Gesundheitsexperten und Politik, von Ärzten und Krankenhausgeschäftsführern, aber auch von Krankenkassenvertretern, Landräten und Bürgermeistern mit großer Aufmerksamkeit verfolgt. Aktuell erfährt die Vorstellung des erreichten Projektstands und der vorliegenden Zwischenergebnisse viel Zuspruch, nicht zuletzt auf der digitalen Fachtagung der IGiB-StimMT am 5. November 2020.

Das Innovationsfondsprojekt IGiB-StimMT endete am 31. Dezember 2020. Die Strukturmigration im Mittelbereich Templin wird aber weitergehen müssen, damit positive Projektergebnisse weiter gefestigt werden. Aktuell besteht jedoch die größte Herausforderung darin, mit aktuell geltendem Recht vereinbare Lösungen für die übergangsweise Finanzierung zu finden, bis ein adäquater Rahmen für die Umsetzung des Projektansatzes in der Regelversorgung besteht. Hier ist neben dem Engagement innovativer Partner auch die Unterstützung durch die Politik erforderlich.

Literatur

Bohm S, Dudey S (2019): Zur Transmission erfolgreicher Innovationsfonds-Projekte in die GKV-Versorgung. *Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft (GGW)*, Jg. 19, Heft 3, 22–30

Bohm S, Nölke L, Priess HW (2016): Vorstudie zum Projekt Strukturmigration im Mittelbereich Templin. *Empirische Analysen zur Epidemiologie, zu Behandlungsanlässen und zur Versorgung im Mittelbereich Templin* im Auftrag der AOK Nordost und der BARMER GEK, Berlin

Helming HJ, Bohm S (2017): IGiB – Strukturmigration im Mittelbereich Templin. In: Amelung VE et al. (Hrsg.): *Innovationsfonds. Impulse für das deutsche Gesundheitssystem*. Berlin: Medizinische Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 133–139

LBV (Landesamt für Bauen und Verkehr) (2018): Bevölkerungsvorausschätzung 2017 bis 2030. Ämter und amtsfreie Gemeinden des Landes Brandenburg; lbv.brandenburg.de/623.htm

Sundmacher L, Schüttig W, Faisst C (2015): Krankenhausaufenthalte infolge ambulant-sensitiver Diagnosen in Deutschland. *Fachbereich Health Service Management, Ludwig-Maximilians-Universität München*

(letzter Zugriff auf alle Internetquellen: 12. Dezember 2020)

DIE AUTOREN



Steffen Bohm, Diplom-Volkswirt,

Jahrgang 1964, ist seit 2011 Gesellschafter und Geschäftsführer der AGENON Gesellschaft für Forschung und Entwicklung im Gesundheitswesen mbH in Berlin. Er hat nach seinem Studium der Volkswirtschaft und Politikwissenschaft an der Universität zu Köln unter anderem für das Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES), Berlin, und als Bereichsleiter Ärzte und Projektleiter Integrierte Versorgung für die AOK Berlin gearbeitet. Seine Schwerpunkte sind Gesundheitssystemgestaltung, Vergütung, Anpassung von Strukturen und Prozessen der gesundheitlichen Versorgung sowie Strategieberatung.



Lutz O. Freiberg,

Jahrgang 1965, ist Geschäftsführer der IGiB GbR sowie der IGiB StimMT gGmbH und Unternehmensbereichsleiter für Verträge, Forschung und Entwicklung der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg (KVBB). Bis 2011 war er Geschäftsführer der Sana Gesundheitszentren Berlin-Brandenburg GmbH und der Unicorn GmbH. Vor 2008 war er Geschäftsführer der KV COMM GmbH sowie der Geschäftsbereichsleiter Grundsatzfragen der KVBB. Freiberg hat Mathematik und Physik (Staatsexamen Sekundarstufe I und II) sowie ergänzend Betriebswirtschaft studiert.



Pramono Supantia, Diplom-Volkswirt,

Jahrgang 1970, ist für die AOK Nordost als Projektleiter für ein unternehmensweites Projekt zur Strukturmigration tätig, zu dem auch das Projekt IGiB StimMT zählt. Nach seinem Studium der Volkswirtschaftslehre an der Technischen Universität Berlin war er bis 2014 Projektleiter und Prokurist der Inhouse-Beratungsgesellschaft des AOK-Systems, der AOK Consult. Nach seinem Wechsel zur AOK Nordost und vor Übernahme des Projekts IGiB StimMT verantwortete er die Selektivverträge und Innovationsfondsvorhaben der AOK Nordost als Leiter des Unternehmensbereiches.

Ambulante spezialfachärztliche Versorgung: Steht der Patient im Mittelpunkt?

von Robert Dengler¹

ABSTRACT

Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) wurde aus dem § 116b des Fünften Sozialgesetzbuchs (ambulante Behandlung im Krankenhaus) entwickelt. Sie bietet seit 2012 Leistungserbringern aus dem Krankenhaus und niedergelassenen Fachärzten bei einheitlichem Ordnungsrahmen für Teilnahme, Qualitätssicherung und Vergütung die Möglichkeit, Patienten mit seltenen Erkrankungen oder mit besonderem Versorgungsbedarf ambulant zu betreuen. Aufgrund vielfältiger Hürden und Probleme wurde die ASV anfangs nur zögerlich angenommen, inzwischen hat sie Fahrt aufgenommen. Es bleiben jedoch weiterhin viele Fragen offen, was Sektorenüberwindung, Wettbewerb, Aufwand und Umsetzung angeht, vor allem aber, inwiefern die ASV vom Patienten her gedacht ist und dessen Versorgung verbessert.

Schlüsselwörter: Versorgungssteuerung, Sektorengrenzen, ambulante spezialfachärztliche Versorgung

Ambulatory specialized care was developed from outpatient treatment in hospitals. Since 2012, it has offered care deliverers in hospitals and in private practice the option to treat patients with rare or complex diseases in a uniform frame concerning participation, quality aspects and reimbursement. In the beginning and for different reasons this new care concept was only hesitantly accepted. Meanwhile, it is increasingly accepted and implemented more often. However, there still are unanswered questions concerning sector transition, competition aspects, efforts to participate, and various details of its implementation. One of the crucial questions is, whether and in which way this new system really improves patient care.

Keywords: health care control, sector transition, ambulatory specialist care

1 Ausgangssituation

Seit mindestens 30 Jahren wird versucht, Über-, Unter- und Fehlversorgung im deutschen Gesundheitssystem abzubauen (vergleiche SVR 2000/2001). Als einer der Gründe für ineffiziente Versorgung gelten seit ebenso langer Zeit unter anderem die Sektoren (Krankenhaus und Vertragsarzt) mit ihren je eigenen Planungs-, Zulassungs-, Qualitätssicherungs-, und Vergütungssystematiken (vergleiche SVR-G 2012; SVR-W 2018). Allerdings haben Krankenhäuser inzwischen durch vielfältige gesetzliche Reformen im Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) die Möglichkeit, ambulant tätig zu sein. Das betrifft die vor- und nachstationäre Versorgung, Ermächtigungen, Hochschulambulanzen, Institutsambulanzen, sozialpsychiatrische Ambulanzen, Spezialambulanzen an Kinderkliniken sowie die besondere Versorgung nach § 140a etc.

Auch der Erwerb von Vertragsarztsitzen und die Integration in ein Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) nach § 95 Abs. 2 SGB V ist hier zu nennen. Vertragsärzte haben demgegenüber weniger Optionen, im Klinikbereich zu agieren, hauptsächlich über Belegbetten nach § 121 Abs. 2 und als Honorararzt nach § 115a/b SGB V.

Der im Rahmen des 2004 in Kraft getretenen Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) (GMG) geschaffene § 116b SGB V ermöglichte die Teilöffnung der Krankenhäuser, hoch spezialisierte Leistungen sowie die Behandlung seltener Erkrankungen oder solcher mit besonderem Krankheitsverlauf ambulant anzubieten. Er führte zu mehr Wettbewerb im ambulanten Sektor. Eine Überwindung der Sektorengrenze beförderte er nicht, da Vertragsärzte nicht teilnehmen konnten und die spezifischen

¹ Prof. Dr. med. Robert Dengler, Institut für Gesundheit & Soziales (ifgs), FOM Hochschule für Oekonomie & Management, Hochschulzentrum München Arnulfstraße 30 · 80335 München · Telefon: 089 202452277 · E-Mail: robert.dengler@fom.de

Bedingungen (Qualitätssicherung, Vergütung etc.) nicht angeglichen wurden. Außerdem nutzten die Vertragsparteien, also Krankenhaus und Krankenkassen, die potenziellen Gestaltungsspielräume aus verschiedenen Gründen nicht. Zu diesen Gründen gehörten eine fehlende Bereinigung zur Vermeidung von Doppelfinanzierung und die Gefahr negativer Deckungsbeiträge durch die damals im Risikostrukturausgleich noch fehlende Morbiditätsorientierung (Cassel et al. 2006). Die Politik reagierte 2007 darauf mit der Neufassung des § 116b im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG), in dem die Vertragskompetenz der Krankenkassen entfiel. Zuständig für die Zulassung war nun das Land auf Antrag des Krankenhausträgers. Im Verlauf zeigte sich eine erhebliche Variabilität bei den Genehmigungen, die nicht durch Daten der Patientenversorgung erklärbar war (SVR-G 2012, 249 ff.). Die politisch gewollte Öffnung der Kliniken für die ambulante Versorgung als Wettbewerbsaspekt war also auch hier nicht ausreichend umgesetzt.

So wurde der § 116b im Rahmen des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes (GKV-VStG) 2012 erneut novelliert und in die seither geltende ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) umgewandelt. Diese sieht nun auch die Teilhabe der Vertragsärzte vor und beinhaltet erstmals im deutschen Gesundheitssystem einen einheitlichen Ordnungsrahmen für Klinikärzte und niedergelassene Ärzte, was Teilnahme, Qualitätssicherung und Vergütung angeht (Klakow-Frank 2016). Es gibt keine Bedarfsplanung und keine Mengenbegrenzung, außerdem werden zusätzliche Leistungen vergütet. Teilnehmen kann, wer die in der vom Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) erstellten ASV-Richtlinie (ASV-RL) definierten Voraussetzungen erfüllt („Wer kann, der darf“).

2 Probleme und bisheriger Verlauf

Bis Ende 2017 lag die Zahl von ASV-Teams in Deutschland bei lediglich 71. Es gab 2.301 teilnehmende Ärzte, die gerade einmal 2.224 Patienten im Quartal versorgten, insgesamt circa 13.000 prävalente Patienten (GKV-Spitzenverband et al. 2017). Die Gründe hierfür sind vielfältig (Klakow-Frank 2016, 97 f.; Dengler und Cassens 2018). Hemmend für die Entwicklung könnte zum Beispiel die Vergütungsverbesserung der Hochschulambulanzen im Rahmen der Novellierung des § 117 SGB V im GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VStG) von 2015 sein sowie aktuell die Zuschläge und Entbudgetierung vieler Leistungen im Rahmen des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) von 2019 bei der Erstvorstellung. Außerdem dauert es sehr lange, bis eine Indikation vom GBA in die Richtlinie überführt wird und damit formal eine Teilnahme möglich ist. Selbst dann vergeht relativ viel Zeit, bis erste Teams die Arbeit aufnehmen (siehe auch Tabelle 1). Dies liegt teilweise daran, dass manche erweiterte

Landesausschüsse (eLA), bei denen die Anzeige einzureichen ist, sehr spät ein Anzeigeformular zur Verfügung stellen.

Hürden für die Leistungserbringer bestehen außerdem im aufwendigen Anzeigeverfahren (Lehr 2017; Nagel et al. 2017, 35 f.; Dengler und Vehling-Kaiser 2020; Dengler et al. 2019) mit einer Vielzahl beizubringender Dokumente. Auch die Zusammenstellung des relativ umfangreichen Facharztteams wird als problematisch empfunden. Diese geht teilweise an der Versorgungsrealität vorbei. So dürfen beispielsweise Kardiologen keine Pulmonalisangiographie durchführen, obwohl sie hoch qualifiziert sind, es muss dafür ein interventioneller Radiologe gefunden werden; diese Untersuchung wird aber aufgrund ihrer Risiken gar nicht ambulant durchgeführt. Für die erforderlichen sogenannten hinzuzuziehenden Ärzte, die selten oder eventuell nie benötigt werden, stellt die ASV aufgrund der wenigen Zuweisungen ein ungünstiges Verhältnis zwischen Aufwand (zum Beispiel für die Software und das Controlling) und Ertrag dar. Dies führt unter anderem zu sogenannten Passivteilnehmern, also Ärzten, die zwar im ASV-Team gemeldet sind, aber die ihnen zugewiesenen Patienten im Kollektivvertrag behandeln. Die extrem detaillierte und personalisierte Zuordnung von Leistungsziffern zu den einzelnen Ärzten stellt außerdem ein Hemmnis für die Teamzusammenstellung dar und zwingt dazu, das Team ständig zu aktualisieren, das heißt Mitglieder neu anzumelden (zum Beispiel, weil sie Facharztstatus erlangt haben), andere abzumelden (zum Beispiel im Rahmen der Abteilungsrotation oder des Ausscheidens aus der Klinik). Auch die Zahl der Ärzte, die Rezepte unterschreiben dürfen, ist limitierter als in der alten Versorgungsform und das erschwert die Abläufe.

Definitionsgemäß können Hausärzte nicht an der ASV teilnehmen. Dies führt unter anderem dazu, dass sie kaum über die ASV informiert sind (Kaiser et al. 2018) und damit die auch für sie relevanten Inhalte der ASV-RL nur unzureichend kennen. Dies wiederum verursacht einen administrativen Mehraufwand, da sie vom ASV-Team kontaktiert und um eine korrekte Überweisung gebeten werden müssen. Auch die für viele Vertragsärzte in ihrer komplexen Systematik intransparente und in ihrer Konsequenz für die Vergütung der verbleibenden Leistungen noch unklare Auswirkung der Bereinigung stellt ein Hindernis dar (Dengler et al. 2019, 484). Der eng definierte Entfernungsradius von maximal 30 Minuten für die Patienten wird ebenfalls als problematisch empfunden. Darüber hinaus ist das Patientenspektrum im Vergleich zum § 116b alter Fassung, zu Hochschulambulanzen und zum Kollektivvertrag deutlich eingeschränkt. Ursächlich dafür sind mehrere Ausschlüsse in der ASV: Verdachtsdiagnosen, reine Verlaufsbeobachtung, Begrenzung auf schwere Verlaufsformen und Nachsorge – zumindest bei onkologischen Erkrankungen.

TABELLE 1

Stand der ASV im Januar 2020

| Indikation | RL in Kraft getreten | Teams* | Ärzte | Patienten** |
|---------------------------|----------------------|--------|-------|-------------|
| Tuberkulose | 24.4.2014 | 39 | 805 | 12.926 |
| Gastrointestinale Tumoren | 26.7.2014 | 134 | 7.272 | 144.931 |
| Marfan-Syndrom | 30.6.2015 | 6 | 149 | 2.354 |
| Pulmonale Hypertonie | 1.6.2016 | 30 | 473 | 6.158 |
| Gynäkologische Tumoren | 10.8.2016 | 83 | 3.799 | 23.047 |
| Mukoviszidose | 18.3.2017 | 10 | 281 | 2.731 |
| Rheuma bei Erwachsenen | 19.4.2018 | 23 | 1.377 | 19.825 |
| Rheuma bei Kindern | 19.4.2018 | 0 | 0 | 0 |
| Urologische Tumoren | 26.4.2018 | 12 | 851 | 457 |
| Morbus Wilson | 12.6.2018 | 0 | 0 | 0 |
| Seltene Lebererkrankungen | 16.8.2018 | 2 | 49 | 0 |
| Hauttumoren | 11.5.2019 | 1 | 18 | 0 |

* Stand: 29.1.2020 Die Tabelle listet alle Diagnosen auf, zu denen bislang eine Richtlinie zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung vom

** Stand: 7.1.2020 Gemeinsamen Bundesausschuss definiert wurde.

Quelle: Versorgungsforschungsprojekt GOAL_ASV im Innovationsfonds; Grafik: G+G Wissenschaft 2021

Ob sich durch die ASV die Qualität der Patientenversorgung verbessert, ist eine – wenn nicht die – zentrale Frage, die bislang aber nicht beantwortet wurde. Umfragen unter niedergelassenen und Klinik-Ärzten ergaben ein uneinheitliches Bild (Dengler et al., 2019; Froschauer-Häfele et al. 2017; Jenschke et al. 2018). Jedenfalls sieht die ASV-RL keine über § 135a SGB V hinausgehenden Qualitätsanforderungen vor, auch die Mindestmengen sind zum Beispiel bei den onkologischen Indikationen nicht höher als im Rahmen der sogenannten Onkologievereinbarung (GKV-Spitzenverband und KBV 2019). Fallbesprechungen und Qualitätszirkel haben bereits in der alten Versorgungsform, zum Beispiel im Rahmen von Tumorboards, stattgefunden.

Nach § 116b Abs. 9 SGB V sowie § 13 der ASV-RL müssen der GKV-Spitzenverband, die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) sowie die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) spätestens fünf Jahre nach Inkrafttreten der ASV dem Gesundheitsministerium (BMG) eine erste Evaluation des Sachstandes übermitteln. Dabei sollen die Auswirkungen der ASV auf Kostenträger, Leistungserbringer und Patienten beurteilt werden. Der Bericht wurde am 12. Mai 2017 erstellt (GKV-Spitzenverband et al. 2017), jedoch wurden ausschließlich deskriptive Zahlen von ASV-Teams, teilnehmenden Ärzten und versorgten Patienten in den jeweiligen Indikationen dargelegt. Daten zu erbrachten Leistungen, zur Versorgungsqualität sowie zu patientenrelevanten Endpunkten wurden nicht mitgeteilt, wohl

auch aufgrund der damals noch geringen Fallzahlen. Auch existieren hierfür bei den Leistungserbringern und den Krankenkassen keine Dokumentationsanforderungen.

3 Aktueller Stand und Evaluation

Inzwischen hat auch der GBA diese Probleme erkannt und daher 2018 im Rahmen des Innovationsfonds nach § 92a SGB V ein Versorgungsforschungsprojekt ausgeschrieben, in dem die ASV-RL evaluiert werden soll (GBA 2018). Den Zuschlag erhielt am 16. August 2019 ein Konsortium unter der Leitung des Autors dieses Beitrags (Förderkennzeichen 01VFS19002). Es besteht aus der Hochschule für Oekonomie & Management (FOM) München, dem Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie (BIPS) Bremen, dem Bundesverband Spezialfachärztliche Versorgung (BV-ASV) München sowie dem Wissenschaftlichen Institut der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen (WINHO) Köln. Als Kooperationspartner konnten darüber hinaus mehrere Berufsverbände sowie Patientenorganisationen gewonnen werden. Der Förderzeitraum beträgt zwei Jahre.

Es geht darum, eine detaillierte Bestandsaufnahme und Analyse der Inhalte und der Umsetzungspraxis der ASV-RL für

ABBILDUNG 1

ASV-Teams für Erkrankungen mit besonderem Krankheitsverlauf

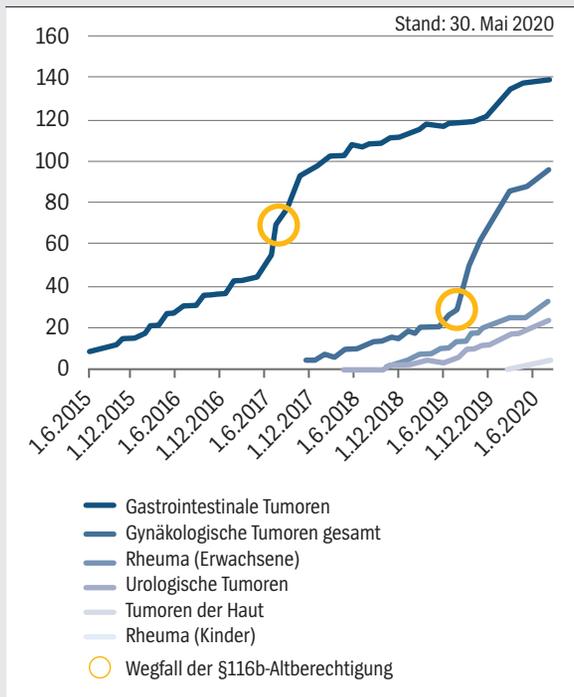
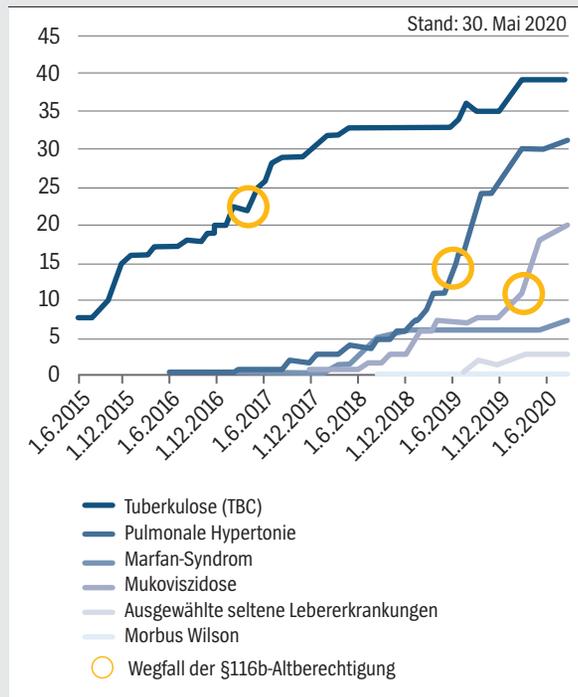


ABBILDUNG 2

ASV-Teams für seltene Erkrankungen



Die Zahl der ASV-Teams für Erkrankungen mit besonderem Krankheitsverlauf und für seltene Erkrankungen nahm anfänglich nur zögerlich zu. Der Wegfall der §116b-Altberichtigung führte bei einigen Indikationen zu deutlich steigenden Zahlen.

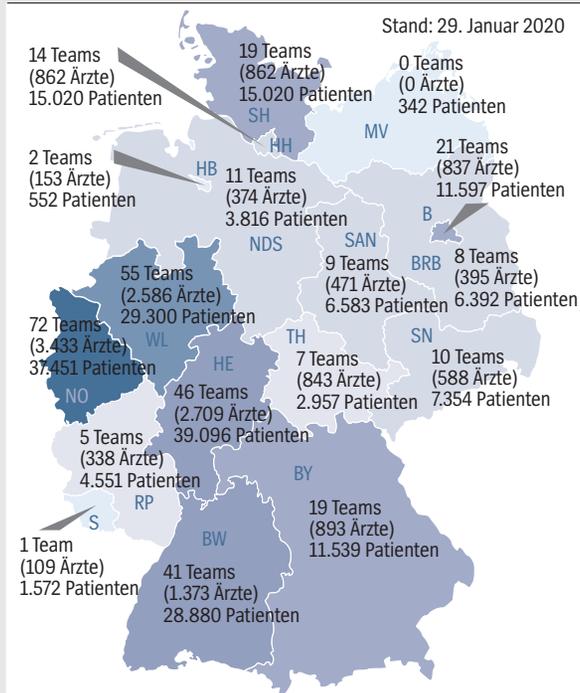
alle Indikationen durchzuführen und Optimierungsempfehlungen abzuleiten. Insbesondere werden der aktuelle Stand teilnehmender Teams, Ärzte und Patienten, beeinflussbare Faktoren für die Teilnahmebereitschaft, Zugangsbarrieren und Auswirkungen sowie der Nutzen für die Patientenversorgung untersucht. Zielgruppen sind dabei Versorgungseinrichtungen (Kliniken), Vertragsärzte, berufspolitische Vertreter, Patienten, Selbsthilfegruppen sowie die eLA. Dabei werden Interviews, Workshops, quantitative Befragungen sowie Analysen der Daten der ASV-Servicestelle und aus GKV-Routinedaten der GePaRD-Datenbank (Pigeot und Ahrens 2008) nach § 75 SGB V zu ICD-10-Diagnosen, Prozeduren beziehungsweise Leistungen, Versorgungspfaden sowie Medikamentenverordnungen durchgeführt. Aktuell (Stand: November 2020) ist die Erfassung und Analyse der Daten der ASV-Servicestelle abgeschlossen, die Interviews mit den Teamleitern sowie die Befragung der Nichtteilnehmer und der Patientenorganisationen sind durchgeführt. Mit der Befragung der eLA wurde begonnen. Die Matrix und das Matchingverfahren für die geplante Patientenbefragung wur-

den erstellt. Die GePaRD-Datenbank wurde katalogisiert und referenziert sowie der statistische Analyseplan erstellt. Im Folgenden werden erste Ergebnisse der Studie vorgestellt.

Nach anfänglichem Zögern der Leistungserbringer nimmt die ASV inzwischen Fahrt auf (siehe Abbildungen 1 und 2). Dies hängt neben anderen Faktoren sicher einerseits mit der laufenden Erweiterung der Indikationsgebiete zusammen (inzwischen sind einige der häufigsten Tumorentitäten und die Rheumaerkrankungen integriert), andererseits mit dem Auslaufen der §116b-Altberichtigungen jeweils drei Jahre nach Inkrafttreten der entsprechenden ASV-RL. Mit Stand Januar 2020 gab es 340 Teams bundesweit. Dabei wurden von 15.074 teilnehmenden Ärzten 212.429 Quartalspatienten versorgt. Zu diesem Zeitpunkt waren noch keine Teams für Morbus Wilson und Rheuma (Kinder und Jugendliche) verzeichnet, obwohl die entsprechende Richtlinie bereits 2018 veröffentlicht war (vergleiche Tabelle 1).

ABBILDUNG 3

ASV-Teams, teilnehmende Ärzte und versorgte Patienten nach Bundesländern



Die Patientenzahlen werden nach Wohnort gemeldet. Daher sind zum Beispiel in Mecklenburg-Vorpommern 342 Patienten gelistet, obwohl dort kein ASV-Team existiert.

Quelle: Versorgungsforschungsprojekt GOAL_ASV im Innovationsfonds; Grafik: G+G Wissenschaft 2021

Nach wie vor sind die Teams sehr ungleich über Deutschland verteilt (Abbildung 3). Es existierte im Januar 2020 kein Team in Mecklenburg-Vorpommern, lediglich eines im Saarland, fünf in Rheinland-Pfalz, zwei in Bremen, sieben in Sachsen-Anhalt und acht in Thüringen. Die Anzahl der Teamärzte schwankt dabei von 17 (Streubreite: 11 bis 41) bei der pulmonalen Hypertonie, bis 65 (Streubreite: 20 bis 299) bei gastrointestinalen Tumoren. Dabei haben die niedergelassenen Ärzte einen sehr unterschiedlichen Anteil, von fünf Prozent bei der Indikation Marfan-Syndrom bis 55 Prozent bei Rheuma (Erwachsene). Bei diesen Angaben ist jedoch zu berücksichtigen, dass sie wahrscheinlich etwas unterschätzt sind, da etliche Arztgruppen lediglich institutionell benannt werden.

Inzwischen (Stand: November 2020) wurde die Richtlinie um die Indikationen Tumoren der Lunge und des Thorax, Sarkoidose und Hämophilie erweitert. Insgesamt waren zu diesem Zeitpunkt 391 ASV-Teams gemeldet, davon 291 für Erkrankungen mit besonderem Versorgungsbedarf und 100 für seltene Erkrankungen. Die meisten Teams werden von

Kliniken gegründet, worauf der hohe und im Verlauf weiter steigende Anteil von Krankenhausärzten als Teamleiter hinweist. Bereits 2016 lag ihr Anteil bei 62 Prozent (Nagel et al. 2017, 36 f.), inzwischen liegt er nach unserer Auswertung bei 85 Prozent. Kliniken dürften den hohen zeitlichen und damit personellen Aufwand im Rahmen des Anzeigeverfahrens sowie der Abwicklung eher stemmen als Praxisärzte. Des Weiteren ist es auch zumindest bislang nicht zu einer Reduktion der Unter- und Fehlversorgung in ländlichen Gegenden gekommen. Die meisten ASV-Teams sind im großstädtischen Raum entstanden. Zum Zeitpunkt 1. November 2020 sind von 391 Teams 252 in Großstädten mit mehr als 100.000 Einwohnern, 112 in Mittelstädten mit 20.000 bis 100.000 Einwohnern und lediglich 27 in Orten mit weniger als 20.000 Einwohnern entstanden. Bei den 100 ASV-Teams für seltene Erkrankungen liegt die Verteilung bei 76, 16 und 8, respektive.

Ein wesentliches Ziel war es unter anderem auch, die Versorgung von Patienten mit seltenen Erkrankungen zu verbessern. Gerade bei diesen Indikationen aber zeigen sich Probleme. So sind (zum Beispiel beim Marfan-Syndrom) im Gegensatz zur bisherigen Versorgungsform andere hereditäre Bindegewbserkrankungen nicht eingeschlossen. Darüber hinaus ist der Ziffernkranz bei einigen seltenen Erkrankungen eingeschränkt und zum Teil geringer als vorher (zum Beispiel bei der Mukoviszidose). Damit besteht die Gefahr, dass gerade für die seltenen Erkrankungen keine flächendeckende Betreuung in der ASV zustande kommt. Die Entwicklung der Teams zeigt, dass es bis zum Januar 2020 in 11 von 16 Bundesländern noch kein einziges ASV-Team für Mukoviszidose und das Marfan-Syndrom gab. Und dies, obwohl die Richtlinie bereits 2015 beziehungsweise 2017 veröffentlicht wurde. Unter den Ländern ohne Team sind Niedersachsen, Westfalen-Lippe und Hessen, also Länder mit hohen Einwohner- und damit potenziellen Patientenzahlen; das Fehlen der Teams ist also nicht ausreichend durch die Seltenheit der Krankheitsbilder erklärt.

Da in der ASV-RL kein einheitliches Dokumentationssystem für Versorgungsdaten und keine Plattform für die Kommunikation der einzelnen Teammitglieder vorgesehen ist, ist die Datenverfügbarkeit für diese rudimentär. Eine gemeinsame Patientenakte existiert nicht (weder analog noch digital), Interoperabilität zwischen den einzelnen Softwaresystemen steht nicht zur Verfügung. Die aus dem bisherigen System bekannten Schnittstellenprobleme bestehen somit weiter. Die Vergütung beurteilen vor allem die Teamleiter bei den häufigen Indikationen (Tumoren, Rheuma) positiv, wohl auch, da hier Skaleneffekte zum Tragen kommen. Für die Kliniken mit §116b-Altberechtigung erweitert sich bei den onkologischen Erkrankungen das Honorar außerdem deutlich durch den Zugriff auf die Kostenpauschalen der Onkologievereinbarung. Der hohe Beratungs- und Betreuungsbedarf bei seltenen Erkrankungen wird jedoch als nicht ausreichend

vergütet eingeschätzt. Die bei Einführung der ASV angekündigte neue Vergütungsordnung („ambulante DRG“) ist nach wie vor nicht ansatzweise umgesetzt.

Auf die Frage, ob und inwieweit sich die Versorgungsqualität der Patienten verändert habe, antworteten viele der befragten Teamleiter überwiegend mit: „Kaum ein Unterschied.“ Auf die zusätzlich möglichen Optionen im Rahmen der neuen Untersuchungs- und Behandlungsmöglichkeiten (NUB) (PET-CT, Gendiagnostik etc.) sowie der Leistungen der Kapitel 50 und 51 des Einheitlichen Bewertungs-Maßstabes (EBM) angesprochen, geben sie an, dass der Anteil dieser Leistungen eher gering sei und man sie im Rahmen der alten Versorgungsform eben ohne Vergütung erbracht habe. Als ein Vorteil wird von einigen Teamleitern eine raschere Terminvergabe, zum Beispiel für radiologische Schnittbildgebung, sowie eine Intensivierung des Austauschs der beteiligten Ärzte genannt. Die Ergebnisse der Patientenbefragungen sowie die Analyse der Versorgungsdaten der Krankenkassen bleiben abzuwarten. Ob sich die ASV-spezifischen Anforderungen an die Teilnehmer (zum Beispiel Mindestmengen) bei §116b-Altberechtigten zugunsten der Qualität auswirken, erhoffen wir durch die Auswertung der Befragungen zu erfahren.

Da die ASV – wie so viele bisherige Modelle – krankheitsbeziehungsweise diagnosespezifisch aufgebaut ist, müssen die Patienten für alle anderen Gesundheitsprobleme Hilfe außerhalb der ASV suchen (Stock 2015). Der Pfad des Patienten ist daher weiterhin durch Schnittstellen erschwert, wie am Beispiel der onkologischen Erkrankungen zu erkennen ist. Da bei diesen Indikationen eine gesicherte Diagnose erforderlich ist, kann die Abklärung beziehungsweise Diagnostik bei Verdacht nicht in der ASV durchgeführt werden. Wegen der Begrenzung des Ziffernkranzes exakt auf die Teilnehmer können Zusatz-erkrankungen nicht mitbehandelt werden. Da eine multimodale Therapie in der ASV Voraussetzung ist, müssten die Patienten bei einer längeren Therapiepause erneut wechseln. Mangels Integration der Nachsorge verlässt der Patient die ASV ebenfalls wieder; ein dann vermutetes Rezidiv muss zunächst wieder von anderen Ärzten gesichert werden (Abbildung 4).

4 Gesundheitspolitische Perspektiven

Es ist weitgehend unstrittig, dass das Gesundheits- und Pflegesystem stärker an den Behandlungsnotwendigkeiten des Patienten und weniger an den sich abgrenzenden, eigenen Interessen der Sektoren und deren Institutionen auszurichten ist (vergleiche SVR-G 2012; Hahn und Kurscheid 2020). Die Sektorentrennung erhöht das Risiko von Schnittstellenproblemen und Versorgungsbrüchen. Außerdem sind verbesserte Versorgungsoptionen für ein komplexes, multimorbi-

des Krankheitspanorama auch aufgrund der Altersstruktur und des medizinisch-technischen Fortschritts dringend erforderlich (SVR-G 2012; SVR-W 2018). Keines der bisherigen punktuellen Modelle (Belegarztwesen, Modell- und Innovationsfondsprojekte etc.) hat je einen relevanten Versorgungsanteil erzielt (Gruhl 2020; Nagel et al. 2017). Diese konnten sich aufgrund des Beharrungsvermögens des Gesamtsystems und teils rigider Vorgaben der Aufsichtsbehörden nicht durchsetzen. Jahrzehntlang haben die einzelnen Akteure daher ihre eigenen „Gesetze“ in Form unterschiedlicher Vergütungssysteme, Leistungsberechtigungen, Datenerhebungen mit unterschiedlicher Qualitätssicherung, fehlender Koordination oder getrennter Bedarfsplanung entwickelt. Eine durchgängige, übergreifende, kooperative Versorgung der Patienten war dadurch erschwert (Gruhl 2020).

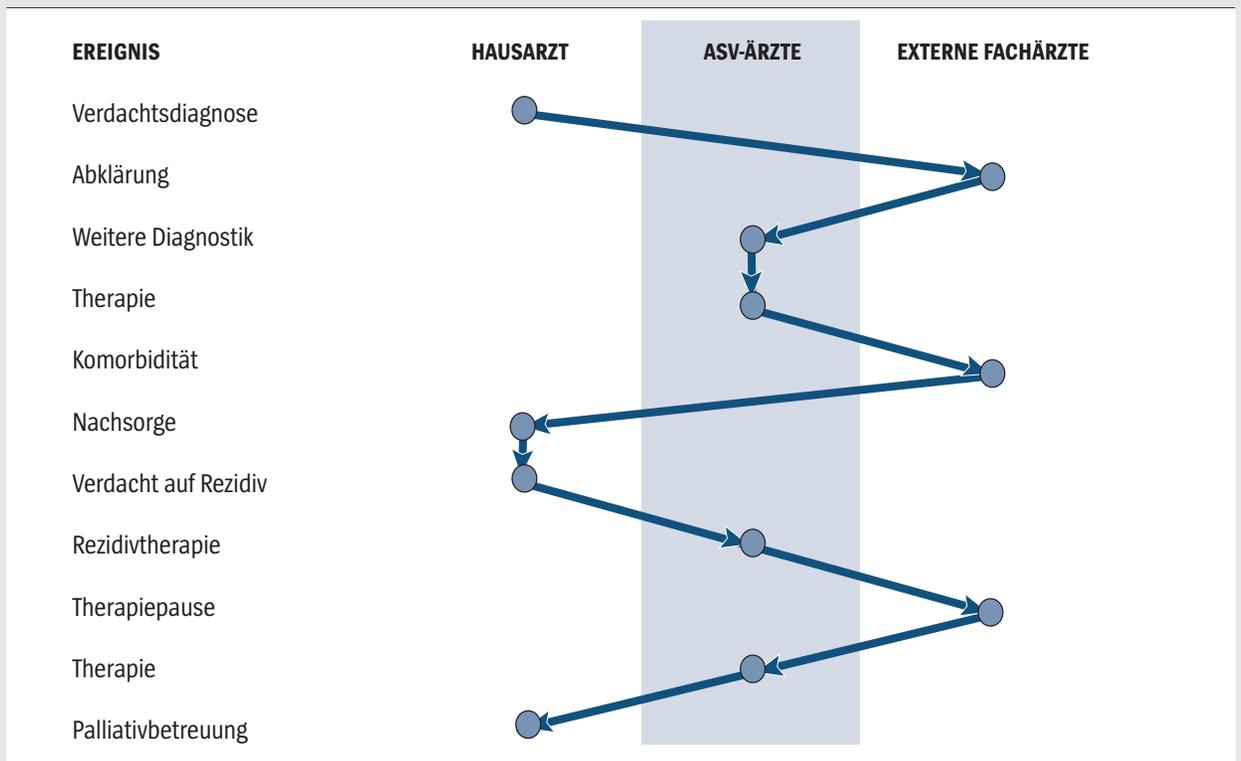
Was hält die ASV für diese Aspekte an Lösungen bereit? Eine echte Steuerung beziehungsweise Koordination der Versorgung des Patienten auf seinem Pfad durch den „Dschungel“ (Hahn und Kurscheid 2020) der verschiedenen Institutionen der ärztlichen (ambulant, stationär, Hausarzt, ASV-Fachärzte, Nicht-ASV-Fachärzte) und weiterer Gesundheitsberufe (Physiotherapie, Logopädie, Pflege etc.) durch einen Case Manager, Lotsen oder Netzwerkmanager fehlt. Die Funktion des ASV-Teamleiters ist hierfür ungeeignet, da es keine gemeinsame Patientenakte gibt, er die Leistungen der einzelnen Teammitglieder nicht beeinflussen kann und die meisten Patienten nie zu Gesicht bekommt. Ein wirklicher Sektorenübergreif durch Einbeziehung von Krankenhaus- und niedergelassenen Ärzten ist nur bei den onkologischen Erkrankungen (und damit aktuell bei lediglich 5 von derzeit 15 Indikationen) vorgeschrieben. Er kann – und wird – selbst dort häufig „umgangen“, indem Kliniken ihre eigenen MVZ integrieren. Damit bleibt die ASV sogar hinter traditionellen Konzepten wie dem der Disease-Management-Programme (DMP) und der besonderen Versorgung nach § 140a SGB V zurück.

Kein Zweifel, die ASV gibt den bislang über den alten § 116b tätigen Kliniken die Möglichkeit, überhaupt weiter ambulant tätig sein zu können, und ist daher für diese praktisch alternativlos, sofern sie nicht über andere Optionen wie Ermächtigung, Hochschulambulanz oder ein MVZ verfügen. Die durchgehende Versorgung der Patienten ist jedoch durch den starren Ziffernkranz, den Wegfall von Verdachtsdiagnosen und Verlaufsbetreuungen, den Verlust der Nachsorgepatienten etc. eingeschränkt. Die extrabudgetäre Vergütung ist für die Kliniken kein Vorteil, da Regelleistungsvolumina beziehungsweise Quotierungen nur bei niedergelassenen Vertragsärzten bestehen. Viele Aspekte bezüglich Versorgungswettbewerb und Versorgungssteuerung bleiben weiterhin offen.

Löst die Einführung eines neuen („dritten“) Sektors in das System die benannten Probleme oder kommen nicht eher neue hinzu, etwa Zusatzbürokratie, neue Schnittstellen und

ABBILDUNG 4

Fiktiver Pfad eines Tumorpatienten durch die Versorgungslandschaft



Der Fall eines fiktiven, aber typischen Patienten zeigt anhand der verschiedenen Bedarfe beziehungsweise Ereignisse im Laufe seiner Erkrankung, dass er auch und gerade bei Einbindung der ASV immer wieder zwischen Sektoren und Behandlern wechseln muss.

erzwungener Wechsel von Patienten im Behandlungsverlauf? Die fehlende Vertragsbasierung mit den Krankenkassen zugunsten zentraler Vorgaben des GBA verzichtet außerdem auf den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen. Er reduziert diese auf eine reine Payer-Funktion. Der Such- und Findungsprozess (Gruhl 2020) und die damit zusammenhängenden Effizienzpotenziale gehen verloren. Könnte eine individuellere, regionale Versorgungsgestaltung, wie sie im § 140a SGB V (Besondere Versorgung) geplant und ja auch in vielen Formen konkret umgesetzt wurde, möglicherweise eher in der Lage sein, Versorgung vom Patienten her zu organisieren sowie deren Bedarfe adäquater und gegebenenfalls auch effizienter zu adressieren (Jacobs 2019; Gruhl 2020)? Es sollen ja laut Koalitionsvertrag „Spielräume für eine regionale Ausgestaltung ermöglicht werden“ (CDU, CSU, SPD 2018). Vergessen wir aber nicht, dass die Erwartungen an diese und andere Versorgungsformen (Modellvorhaben nach § 64 SGB V, Ärztenetze nach § 87 SGB V und andere) bislang nicht erfüllt wurden; ihr Anteil an den Leistungs-

ausgaben bewegt sich seit über zehn Jahren im einstelligen Prozentbereich.

Da die ASV eine freiwillige Teilnahme der Leistungserbringer vorsieht, fehlt in ihr auch der Sicherstellungsaspekt (Jacobs 2019, 25). Dass in einigen Regionen Deutschlands immer noch kein ASV-Team tätig ist, weist darauf hin, dass diese Versorgungsform keine Gewähr dafür ist, dass überhaupt Angebote zur Verbesserung der Patientenversorgung zustande kommen. Die im Koalitionsvertrag vorgesehene und 2018 eingerichtete Bund-Länder-Arbeitsgruppe (BLAG) „Sektorenübergreifende Versorgung“ soll Vorschläge bezüglich „einer weiteren Entwicklung zu einer sektorenübergreifenden Versorgung des stationären und ambulanten Systems im Hinblick auf Bedarfsplanung, Zulassung, Honorierung, Kodierung, Dokumentation, Kooperation der Gesundheitsberufe und Qualitätssicherung unter Berücksichtigung der tele-matischen Infrastruktur“ vorlegen (BMG 2018). Es bleibt abzuwarten, wie hier der Patientenpfad berücksichtigt wird.

5 Fazit

Die ASV stellt den erneuten Versuch dar, zumindest für einige Erkrankungen im Rahmen der ambulanten Versorgung an der starren Sektorengrenze zu rütteln. Manches daran ist innovativ und hat durchaus etwas für sich. Dazu gehören der einheitliche Ordnungsrahmen mit gleichen Teilnahmebedingungen, Qualitätssicherungsmaßnahmen und Vergütungsregelungen. Und dass es keine Mengenbegrenzung und keine Quotierungen gibt, hören sicher alle Leistungserbringer gerne. Fast möchte man applaudieren für so viel Mut.

Bei genauer Betrachtung stellen sich dann aber doch viele Fragen, die zumindest in den ersten Jahren sehr zögerliche Entwicklung der ASV lässt ebenfalls aufhorchen. Hohe Zugangshürden in der Ausgestaltung der Richtlinie mit einem aufwendigem Antragsverfahren, rigiden Vorgaben bezüglich beizubringender Dokumente und einem starren, personalisierten Ziffernkranz hemmen die Teilnahme. Die bisher im Rahmen unseres Projekts erhaltenen Aussagen aus den Interviews ergeben, dass die Versorger die Rahmenbedingungen der ASV oft eher als Probleme schaffende denn als Probleme lösende Ansätze sehen. Die zusätzliche bürokratische Überfrachtung reduziert sogar noch die für die Patientenversorgung erforderliche Zeit. Diese praktischen Probleme könnten aber gelöst werden, sofern der GBA und die eLA willens dazu sind.

Entscheidend ist aber eigentlich etwas anderes. Wir erinnern uns: „Die Zusammenarbeit und Vernetzung im Gesundheitswesen müssen ausgebaut und verstärkt werden. Für eine sektorenübergreifende Versorgung wollen wir weitere nachhaltige Schritte einleiten, damit sich die Behandlungsverläufe ausschließlich am medizinisch-pflegerischen Bedarf der Patienten und Patientinnen ausrichten“ (CDU, CSU, SPD 2018, 96 f.). Der Aufbau und die Ausgestaltung der ASV-RL bildet dies derzeit eher nicht ab. Wieder wurde ein auf definierte Erkrankungen und Diagnosen limitiertes System implementiert und nicht vom Patienten und seinem Pfad durch das System her gedacht. Daher müssen die ASV-Patienten weiterhin zwischen Versorgungssegmenten mit ihren je eigenen Gesetzmäßigkeiten, Schnittstellen und Versorgungsbrüchen hin und her pendeln. Die unzureichende Wertschätzung für die „Kümmerer“, die bei Antragstellung, Implementierung und operativer Umsetzung kaum Unterstützung erhalten, ist ein weiterer Aspekt. Koordination, Kooperation und Kommunikation hängen daher derzeit aufgrund der beschriebenen Defizite häufig vom persönlichen Einsatz dieser Akteure ab. Die Auseinandersetzung mit der Frage, wie die ambulante Versorgung von Patienten mit seltenen oder komplex zu therapierenden Krankheiten am besten und effizientesten erfolgen und gesteuert werden soll, wird uns also in der Gesundheitspolitik auch künftig nicht so schnell verlassen.

Danksagung

Die dargestellte Analyse und Einschätzung spiegelt die Meinung des Autors wider. Sie greift in Teilen auf Daten der laufenden Versorgungsforschungsstudie GOAL_ASV zur Evaluierung der ASV-Richtlinie zurück, die aus Mitteln des Innovationsfonds beim Gemeinsamen Bundesausschuss gefördert wird (Förderkennzeichen: 01VVF19002). Dazu haben die Mitglieder des Forschungskonsortiums beigetragen, denen ich hiermit danke: Niels Straub, Katja Waldeyer, Ulrike Birkhold (FOM Hochschule), Sonja Froschauer, Laura Bredow, Kristina Schwarzer (Bundesverband ASV), Vitali Heidt, Jana Becker, Josefin Martin, Alina Breuer, Kerstin Hermes-Moll, Sandra Osburg (Wissenschaftliches Institut der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen), Oliver Riedel, Katja Oppelt, Michel Hornschuch (Leibniz Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie).

Literatur

- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2018):** Mehr Zusammenarbeit und bessere Vernetzung im Gesundheitswesen – Bundesländer-Arbeitsgruppe „Sektorenübergreifende Versorgung“ nimmt Arbeit auf. Pressemitteilung vom 24. September 2018; bundesgesundheitsministerium.de → Presse → Pressemitteilungen → 2018
- Cassel D et al. (2006):** Weiterentwicklung des Vertragswettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung. Vorschläge für kurzfristig umsetzbare Reformschritte; wido.de → Publikationen & Produkte → Gesundheitssystem → Versorgungssteuerung → Gutachten Vertragswettbewerb
- CDU, CSU, SPD (2018):** Ein neuer Aufbruch für Europa. Eine neue Dynamik für Deutschland. Ein neuer Zusammenhalt für unser Land. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD, 19. Legislaturperiode. Berlin, 12. März 2018; bundesregierung.de/breg-de/themen/koalitionsvertrag-zwischen-cdu-csu-und-spd-195906
- Dengler R, Cassens M (2018):** Neustrukturierung der fachärztlichen Behandlung am Beispiel der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV). Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen (ZEFG), Jg. 133, Heft 5, 51–57
- Dengler R, Walawgo T, Baumann W, Cassens M (2019):** Bereitschaft zur Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV): eine kritische Bestandsaufnahme. Das Gesundheitswesen, Jg. 81, Heft 6, 478–485
- Dengler R, Vehling-Kaiser U (2020):** Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV): ein innovatives Versorgungskonzept mit vielen Herausforderungen. In: Hahn U, Kurscheid C (Hrsg.): Intersektorale Versorgung – Best Practices. Wiesbaden, Heidelberg: Springer, 37–54
- Deutscher Bundestag (2015):** Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VSG). Bundesgesetzblatt Teil I, Nr. 30 vom 22. Juli 2015, 1211–1244

Deutscher Bundestag (2019): Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG). Bundesgesetzblatt Teil I, Nr. 18 vom 10. Mai 2019, 646–691

Froschauer-Häfele S et al. (2017): Schöne neue ASV-Welt? Umfrage unter ASV-Teamleitern. Gesundheits- und Sozialpolitik, Jg. 71, Heft 2, 25–32

GBA (Gemeinsamer Bundesausschuss) (2013): Bekanntmachung eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) (Richtlinie des G-BA über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V). In: Bundesanzeiger (BAz) AT vom 19. Juli 2013 B1

GBA (Gemeinsamer Bundesausschuss) (2018): Innovationsfonds. Förderbekanntmachung des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss zur Förderung von Versorgungsforschung gemäß § 92a Absatz 2 Satz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V): Forschungsprojekte zur Weiterentwicklung und insbesondere Evaluation der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V (ASV-RL) vom 23. November 2018. In: Bundesanzeiger (BAz) AT vom 12. Dezember 2018 B6

GKV-Spitzenverband, DKG (Deutsche Krankenhausgesellschaft), KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) (2017): Bericht an das Bundesministerium für Gesundheit zu den Auswirkungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung auf die Kostenträger, die Leistungserbringer sowie die Patientenversorgung. Berlin, 12. Mai 2017

GKV-Spitzenverband, KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) (2019): Vereinbarung über die qualifizierte Versorgung krebskranker Patienten („Onkologie-Vereinbarung“). Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag Ärzte. Berlin. Stand: 1. April 2020

Gruhl M (2020): Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Sektorenübergreifende Versorgung“ vor der Reaktivierung. Observer Gesundheit vom 12. August 2020; observer-gesundheit.de → Kommentare → Seite 3

Hahn U, Kurscheid C (2020): Lessons Learned. In: Hahn U, Kurscheid C (Hrsg): Intersektorale Versorgung – Best Practices. Wiesbaden, Heidelberg: Springer, 461–469

Jacobs K (2019): Aus Erfahrungen lernen: Versorgungsgestaltung braucht ein stimmiges Konzept. Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft, Jg. 19, Heft 1, 23–26

Jenschke C et al. (2018): Ambulante spezialfachärztliche Versorgung. Analyse der Entstehung einer neuen Versorgungsform. Bericht und erste Ergebnisse der ASV-Studie. bbw Hochschule 9/2018. Potsdam: Welttrends

Kaiser F et al. (2018) Ambulante spezialfachärztliche Versorgung: Erste Erfahrungen von Patienten und Hausärzten. Zeitschrift für Allgemeinmedizin, Jg. 94, Heft 3, 128–133

Klakow-Frank R (2016): Ambulante spezialfachärztliche Versorgung gemäß § 116b SGB V. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J (Hrsg.): Krankenhaus-Report, Stuttgart: Schattauer, 97–108

Lehr A (2017) ASV: ein mühsamer Weg zum Erfolg. Das Krankenhaus, Jg. 109, Heft 3, 173–175

Nagel E, Neukirch B, Schmid A, Schulte G (2017): Wege zu einer effektiven und effizienten Zusammenarbeit in der ambulanten und stationären Versorgung in Deutschland. Gutachten für das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung. Berlin, 31. Mai 2017

Pigeot I, Ahrens W (2008): Establishment of a Pharmacoepidemiological Database in Germany: Methodological Potential, Scientific Value and Practical Limitations. Pharmacoepidemiology and Drug Safety, Vol. 17, No. 3, 215–223

Stock S (2015): Integrated Ambulatory Specialist Care – Germany's New Health Care Sector. New England Journal of Medicine, Vol. 372, No. 19, 1781–1785

SVR (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen) (2000/2001): Gutachten 2000/2001: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Band III: Über-, Unter- und Fehlversorgung. Baden-Baden: Nomos

SVR-G (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2012): Sondergutachten 2012. Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Bundestags-Drucksache 17/10323 vom 10. Juli 2012, 237–308

SVR-W (Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung) (2018): Jahresgutachten 2018/2019. Achstes Kapitel: Über Wettbewerb mehr Effizienz im Gesundheitswesen. Wiesbaden: Sachverständigenrat, 385–438; sachverstaendigenrat-wirtschaft.de → Publikationen → Jahresgutachten

(letzter Zugriff auf alle Internetquellen: 5. Dezember 2020)

DER AUTOR



Prof. Dr. med. Robert Dengler,

Jahrgang 1958, studierte Medizin in Hamburg und München. Er lehrt am Hochschulzentrum München der FOM Hochschule für Oekonomie & Management. Er promovierte an der Technischen Universität München und arbeitete zunächst in einem DFG-Sonderforschungsbereich an der Ludwig-Maximilians-Universität München, Klinikum Innenstadt. Dort absolvierte er auch seine Weiterbildung zum Internisten. Danach war er 20 Jahre als niedergelassener Facharzt in der von ihm gegründeten Schwerpunktpraxis für Hämatologie und Onkologie in Regensburg tätig. Er leitet das Versorgungsforschungsprojekt GOAL_ASV, das im Rahmen des Innovationsfonds die Richtlinie zur ASV evaluiert.

Krankheitslastbestimmung mit Prävalenzen und Schweregraden auf Routinedatenbasis

von Jan Breitzkreuz¹, Katrin Schüssel², Gabriela Brückner³ und Helmut Schröder⁴

ABSTRACT

Das Konzept der Krankheitslast misst die gesundheitliche Lage der Bevölkerung, um eine umfassende Planungsgrundlage für die Gesundheitspolitik bereitzustellen. Dafür sind sowohl Angaben zur Prävalenz als auch zum Schweregrad von Krankheiten notwendig. Das Wissenschaftliche Institut der AOK (WiDo) ermittelt diese Kennzahlen auf Basis von Routinedaten der Krankenkassen und stellt sie im vom Innovationsfonds geförderten Projekt BURDEN 2020 für eine regionalisierte Krankheitslastberechnung zur Verfügung. Beispielhaft werden das Vorgehen zur Ermittlung von Prävalenzen und Schweregraden für Typ-2-Diabetes und Lungenkrebs beschrieben und ausgewählte Ergebnisse vorgestellt. Eine umfassende Darstellung der Methoden und Ergebnisse findet sich auf der Webseite krankheitslage-deutschland.de.

Schlüsselwörter: Krankheitslast, Krankenkassenroutinedaten, Prävalenz, Schweregrad, regionale Unterschiede

The burden of disease concept quantifies the health of a population, thus generating a comprehensive foundation for health policy planning. This requires information on the prevalence and the severity of diseases. The AOK research institute determines these figures based on health insurance claims data. Results are provided for regionalised burden of disease calculations in the project "BURDEN 2020" funded by the German Federal Joint Committee's Innovation Fund. The article outlines the methods for generating prevalences and severity distributions for type 2 diabetes as well as lung cancer and presents exemplary results. An extensive presentation of methods and results is available on krankheitslage-deutschland.de.

Keywords: burden of disease, health insurance claims data, prevalence, severity, regional differences

1 Einleitung

Ein umfassendes Bild zur gesundheitlichen Situation der Bevölkerung in Deutschland ist eine wichtige Voraussetzung für die Planung und Gestaltung einer zielgerichteten Gesundheitspolitik sowie von Versorgungs- und Präventionsangeboten. Es ist damit ein Schlüssel zur Verbesserung der Gesundheit in Deutschland. Doch welche Krankheiten kommen in Deutschland besonders häufig vor, welche Regionen weisen die höchsten Krankheitshäufigkeiten (Prävalenzen) auf, wo besteht der dringendste Handlungsbedarf, wo ist das größte Präventionspotenzial zu sehen?

Das Wissenschaftliche Institut der AOK (WiDo) befasst sich seit 1976 unter anderem mit der Analyse von Routinedaten und kann damit helfen, Fragen zu Krankheitsprävalenzen und der Gesundheitsversorgung zu beantworten (zum Beispiel Günster et al. 2019). Diese Expertise lässt sich nutzen, um die gesundheitliche Situation der Bevölkerung in Deutschland umfassender zu beschreiben. Basis dafür ist die Ermittlung von Krankheitsprävalenzen mit einer regionalen Differenzierung der Ergebnisse bis auf Ebene der 401 Kreise und kreisfreien Städte (zum Beispiel WiDo 2020). Das im WiDo etablierte methodische Instrumentarium beruht dabei auf drei Säulen: erstens der Analyse der Abrechnungsdaten der mehr

¹ Dr. phil. Jan Breitzkreuz, Wissenschaftliches Institut der AOK · Rosenthaler Straße 31 · 10178 Berlin · Telefon: 030 346463615
E-Mail: jan.breitzkreuz@wido.bv.aok.de

² Dr. phil. nat. Katrin Schüssel, Wissenschaftliches Institut der AOK · Rosenthaler Straße 31 · 10178 Berlin · Telefon: 030 346463601
E-Mail: katrin.schuessel@wido.bv.aok.de

³ Gabriela Brückner, Wissenschaftliches Institut der AOK · Rosenthaler Straße 31 · 10178 Berlin · Telefon: 030 346462346
E-Mail: gabriela.brueckner@wido.bv.aok.de

⁴ Helmut Schröder, Wissenschaftliches Institut der AOK · Rosenthaler Straße 31 · 10178 Berlin · Telefon: 030 346462115
E-Mail: helmut.schroeder@wido.bv.aok.de

als 27 Millionen AOK-Versicherten und zweitens der Anwendung eines Prävalenzkonzepts, das die Herausforderung beim Umgang mit einer dynamischen, offenen Kohorte berücksichtigt. Drittens ist ein alters-, geschlechts- und morbiditätsadjustiertes Hochrechnungsverfahren zu nennen, das basierend auf den Routinedaten der AOK-Versicherten Aussagen über alle Einwohner in den Regionen Deutschlands erlaubt. Die so gewonnenen Ergebnisse können auch dafür genutzt werden, die gesundheitliche Beeinträchtigung der Bevölkerung im Rahmen einer Krankheitslastberechnung zu ermitteln.

2 Die Krankheitslast – ein Konzept zur Quantifizierung von Krankheit

Das Konzept der Krankheitslast stellt einen umfassenden Ansatz zur Messung von Krankheit dar. Schließlich sagt die reine Häufigkeit (Prävalenz) einer Erkrankung wenig darüber aus, wie schwer die gesundheitlichen Einschränkungen aufgrund einer Krankheit sind. Um dieser unterschiedlichen Bedeutung verschiedener Krankheiten Rechnung zu tragen, wurde in den 1990er-Jahren das Konzept der Krankheitslast entwickelt (Murray 1994). Es berücksichtigt sowohl die Auswirkungen einer Erkrankung aufgrund frühzeitigen Versterbens (Mortalität) als auch die gesundheitlichen Beeinträchtigungen durch diese Erkrankung (Morbidität). Außerdem erlaubt die Krankheitslastberechnung, die Größe des Einflusses bestimmter Krankheits-Risikofaktoren auf die Gesundheit der Bevölkerung zu ermitteln. So kann beispielsweise der Effekt von Lebensstileinflüssen und Umweltfaktoren quantifiziert werden. Solche Krankheitslastberechnungen werden international regelmäßig in der Global-Burden-of-Disease-Studie (GBD) publiziert (Kohler 2019; Mathers 2020).

Ein Kernindikator der Krankheitslastberechnung sind die sogenannten krankheitsadjustierten Lebensjahre (*disability-adjusted life years, DALYs*). Die DALYs stellen die Summe zweier Indikatoren dar:

- *years of life lost* (YLL) als Maß für die Mortalität, also verlorene Lebensjahre aufgrund frühzeitigen Versterbens, und
- *years lived with disability* (YLD) als Maß für die Morbidität, also verlorene Lebensjahre aufgrund gesundheitlicher Beeinträchtigung durch eine Krankheit.

Bei den YLL werden für die Mortalität die Todesursachenstatistik und die erwartete Restlebenserwartung herangezogen, um den Beitrag frühzeitigen Versterbens aufgrund einer Krankheit zu ermitteln (Wengler 2019). Das Morbiditätsmaß der verlorenen Lebensjahre aufgrund gesundheitlicher Beeinträchtigung (YLD) errechnet sich multiplikativ aus der Prävalenz der Erkrankung, der Häufigkeit von Folgezuständen beziehungsweise Schweregraden sowie einem zugehörigen Gewichtungsfaktor (*disability weight*), der die gesundheitliche

Beeinträchtigung widerspiegelt (Salomon et al. 2015). Beispielsweise erhält bei der Krankheit Diabetes der Folgezustand mit Amputation ein höheres Gewicht als der diabetische Fuß. Der Summenindikator DALY ist schließlich das Maß der verlorenen Lebensjahre in der Bevölkerung aufgrund einer Erkrankung (GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators 2018a; Murray 1994; Rommel et al. 2018).

3 BURDEN 2020 – die Krankheitslast in den Regionen Deutschlands

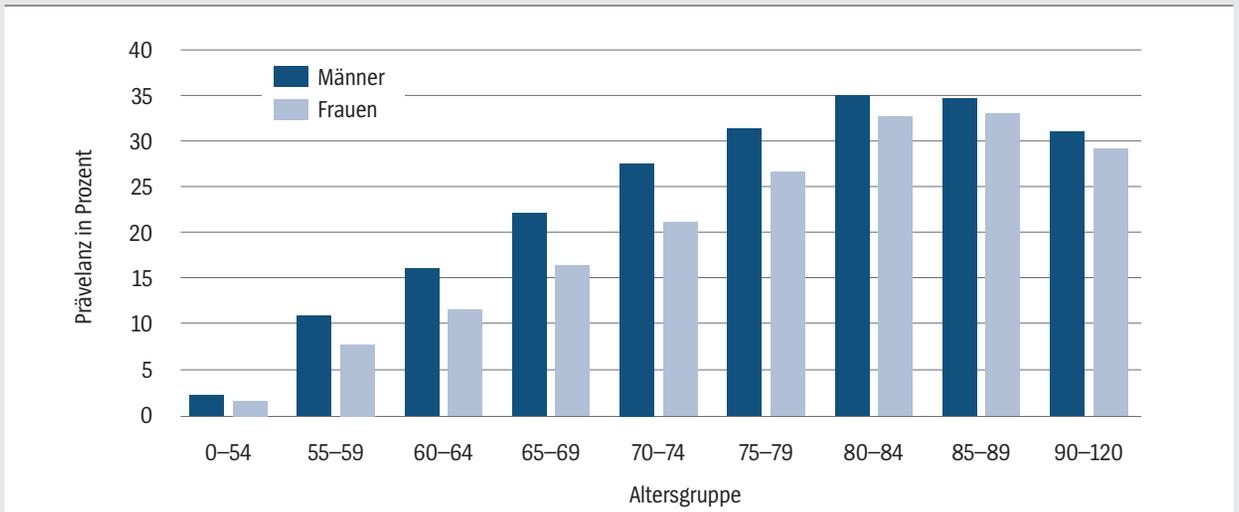
Im Projekt BURDEN 2020 wird der Ansatz der Krankheitslastberechnung aus der internationalen Studie Global Burden of Disease (GBD) auf Deutschland übertragen, angepasst und erweitert. Mit diesem vom Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) geförderten Projekt wird erstmals eine umfassende Krankheitslastberechnung für Deutschland mit einer regionalen Differenzierung nach den 96 Raumordnungsregionen abgebildet. Damit kann deutlich gemacht werden, welche spezifischen Bevölkerungsgruppen oder Regionen die höchste Krankheitslast zu tragen haben und welche Präventionspotenziale sich bieten.

Das BURDEN-2020-Konsortium besteht aus dem Robert Koch-Institut (RKI), dem Umweltbundesamt (UBA) sowie dem WiDo. Die Projektpartner tragen mit ihrer jeweiligen Expertise und vorhandenen Daten zu dem umfangreichen Rechenwerk der Krankheitslastberechnung bei. Beispielsweise fließen Ergebnisse aus den Gesundheitssurveys des RKI, Daten zur Schadstoffbelastung des UBA sowie Analysen des WiDo auf Basis von Krankenkassenroutinedaten in die Krankheitslastberechnung ein (Rommel et al. 2018; Schröder und Brückner 2019). Soweit möglich werden vorhandene Datenquellen aus Deutschland genutzt. Die zur Berechnung der YLD notwendigen Gewichtungsfaktoren (*disability weights*) werden unverändert aus der internationalen GBD-Studie übernommen, um die Vergleichbarkeit mit den internationalen Ergebnissen zu gewährleisten (Rommel et al. 2018).

Im Rahmen des Projekts BURDEN 2020 wurde zunächst eine Auswahl bedeutender, vorrangig nicht übertragbarer Krankheiten berücksichtigt. Damit sind nach der internationalen GBD-Studie in einem ersten Schritt etwa 50 Prozent der gesamten Krankheitslast (DALYs) für Deutschland für das Berichtsjahr 2017 abbildbar. Perspektivisch kann die Krankheitslastberechnung bei einer Verstärkung des Projekts auf sämtliche Erkrankungen ausgeweitet werden. So ließen sich auch die gesundheitlichen Auswirkungen der Infektionsfälle mit dem Coronavirus (Sars-CoV-2) für Deutschland detailliert analysieren und quantifizieren. Dabei könnten auch indirekte Effekte wie zu- oder abnehmende Morbidität und Mortalität bei anderen Krankheiten untersucht werden.

ABBILDUNG 1

Ein-Jahres-Prävalenz des Typ-2-Diabetes nach Alter und Geschlecht unter allen Einwohnern in Deutschland 2017



Die Ein-Jahres-Prävalenz zeigt für Diabetes Typ 2: In jeder Altersgruppe ist der Anteil der betroffenen Männer höher als der der Frauen. Den höchsten Anteil an Typ-2-Diabetikern gibt es mit 35 Prozent in der Gruppe der Männer zwischen 80 und 84 Jahren.

Quelle: eigene Darstellung, Grafik: G+G Wissenschaft 2021

Mit dem Abschluss von BURDEN 2020 wird erstmals ein umfassendes Bild zur gesundheitlichen Lage der Bevölkerung in Deutschland und seinen Regionen gezeichnet, das Vergleiche zwischen den Erkrankungen und zwischen den Regionen in Deutschland ermöglicht. Es entsteht eine differenzierte und standardisierte Datengrundlage, wie es sie für Deutschland bis dato nicht gibt. Diese kann von den politischen Entscheidungsträgern dazu genutzt werden, gesundheitspolitische Maßnahmen, Präventionsangebote und Versorgungsstrukturen zu steuern, um so unter der Prämisse der Ressourceneffizienz den größtmöglichen gesundheitlichen Nutzen in der Bevölkerung zu stiften.

4 Methoden der Prävalenz- und Schweregradbestimmung in Routinedaten

Zur Berechnung der Krankheitslast werden für die Bestimmung des Morbiditätsindikators YLD Angaben zur Prävalenz und zur Häufigkeit von Schweregraden beziehungsweise Folgezuständen der Krankheit benötigt (Rommel et al. 2018). Hier stellen Routinedaten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) eine zentrale Datenquelle dar, da regionalisierte Werte abgebildet werden können und Längsschnittanalysen durchführbar sind. Für gut drei Viertel der im Projekt BURDEN 2020 abzubildenden

Krankheiten werden die notwendigen Kennzahlen auf Basis der Routinedaten der rund 27 Millionen AOK-Versicherten bestimmt. Zahlen zu einigen weiteren Erkrankungen wie Migräne oder Rückenschmerzen werden anhand von Befragungsdaten erhoben. Im Folgenden werden die methodischen Grundlagen zur Ermittlung von Prävalenzen und Schweregraden auf Basis von GKV-Routinedaten für das BURDEN-2020-Projekt skizziert.

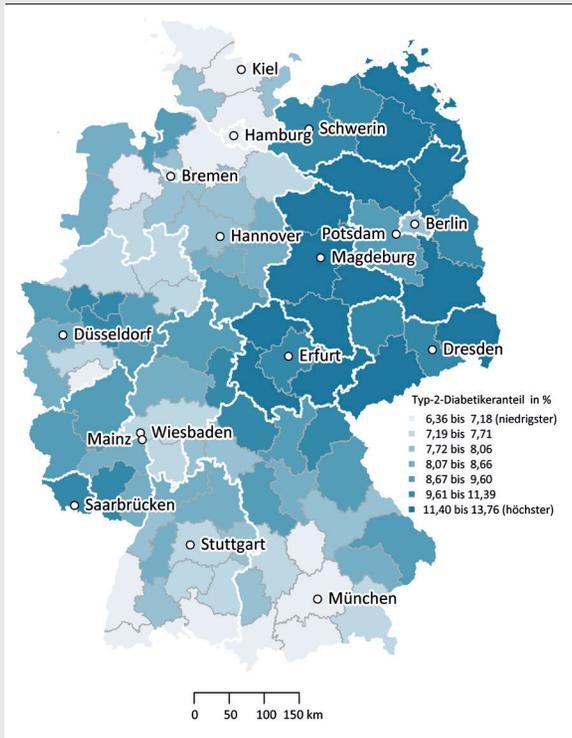
4.1 Prävalenzkonzept

Unter der Prävalenz wird allgemein der Anteil der Erkrankten an allen untersuchten Personen verstanden (Kreienbrock et al. 2012). Bei GKV-Routinedaten gilt für Prävalenzbestimmungen die generelle Einschränkung, dass das Vorliegen einer Erkrankung anhand der Routinedaten abbildbar sein muss. Daher wird eine Falldefinition erarbeitet, die den Datenlimitierungen hinsichtlich der Verfügbarkeit und Validität notwendiger Daten Rechnung trägt (Abbas und Ihle 2014; Schubert und Köster 2014; Schubert et al. 2010). Zur Bestimmung der Prävalenz ist es nötig, sowohl den Zähler – also die erkrankten Personen – als auch den Nenner – die Personen der Grundgesamtheit – zu ermitteln. Bei der Bestimmung der Grundgesamtheit in GKV-Routinedaten ist zu beachten, dass die Versichertenpopulation eine dynamische, offene Kohorte darstellt. Aufgrund natürlicher Bevölkerungsbewegungen (Geburten, Todesfälle) wie auch Versichertenbewegungen (Ein- und Austritte) gibt es stetig Zu- und Abgänge im

ABBILDUNG 2

Ein-Jahres-Prävalenz des Typ-2-Diabetes 2017*

*unter allen Einwohnern in den Raumordnungsregionen Deutschlands



Die Deutschlandkarte zeigt eine ungleiche Verteilung der Ein-Jahres-Prävalenz von Typ-2-Diabetes. Werte von 11,40 Prozent oder mehr sind ausschließlich im Osten Deutschlands zu finden. Im Süden und Norden herrschen vergleichsweise niedrige Werte vor.

Quelle: eigene Darstellung; Grafik: G+G Wissenschaft 2021

Versichertenkollektiv. Zudem ist bei der Ermittlung regionalisierter Prävalenzen eine räumliche Zuordnung der Versicherten notwendig, die sich im Zeitverlauf aufgrund von Umzügen ändern kann. Um diese Faktoren adäquat zu berücksichtigen, hat das WiDO sein bisher angewendetes Prävalenzkonzept den Anforderungen des BURDEN-2020-Projekts angepasst, was in der ausführlichen Methodendokumentation dargelegt wird (WiDO 2021). Im Ergebnis stellen die Prävalenzen in den Alters- und Geschlechtsgruppen beziehungsweise der regionalen Zuordnung einen Mittelwert dar, der die unterjährigen Veränderungen im Versichertenkollektiv berücksichtigt. Weiterhin ist zu berücksichtigen, dass im BURDEN-2020-Projekt sowohl Ein-Jahres- als auch Zehn-Jahres-Prävalenzen bestimmt werden. Daher ist der Datensatz auf Personen mit entsprechend langer, lückenloser Versicherungshistorie einzuschränken. Nur so ist gewährleistet, dass die Abrechnungsdaten in den zur Falldefinition notwendigen Zeiträumen vollständig vorliegen.

Die erkrankten Personen im Zähler werden anhand der GKV-Leistungsdaten unter Verwendung spezifischer Falldefinitionen ermittelt. Dabei werden ärztlich dokumentierte Diagnosen (ICD-10-GM) aus der ambulanten und stationären Versorgung verwendet. Hinzu kommen ambulante Leistungsziffern nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) für vertragsärztliche Leistungen, Operationen nach dem Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) sowie Arzneimittelverordnungen nach der Anatomisch-therapeutisch-chemischen Klassifikation (ATC). Im Abschnitt 4.4 sind exemplarisch Falldefinitionen für Diabetes und Lungenkrebs beschrieben, um die Vorgehensweise zu erläutern. Die Falldefinitionen für alle im BURDEN-2020-Projekt berücksichtigten Krankheiten finden sich in der Methodendokumentation (WiDO 2021).

4.2 Schweregradbestimmung

Bei der Berechnung der YLD muss der Schweregrad einer Krankheit berücksichtigt werden (Rommel et al. 2018; Schröder und Brückner 2019). Die Schweregraddefinitionen der GBD-Studie werden für BURDEN 2020 übernommen. Die Häufigkeit der Schweregrade soll möglichst exakt für Deutschland bestimmt werden. Auch hier werden oft GKV-Routinedaten verwendet. Dabei sind Zustände wie „mild“, „moderat“ oder „schwer“ etwa bei Krankheiten wie Herzinsuffizienz oder Depressionen definiert, die anhand der Routinedaten abzubilden sind. Auch Folgezustände einer Erkrankung werden in diesem Kontext als Schweregrad aufgefasst, wie der diabetische Fuß bei der Krankheit Diabetes. Die Falldefinitionen für alle auf GKV-Routinedatenbasis ermittelten Schweregrade sind ebenfalls in der Methodendokumentation beschrieben (WiDO 2021). Bei der Bestimmung der Schweregrade einer Erkrankung besteht die Herausforderung, dass manche Schweregrade nur selten vorkommen, beispielsweise Majoramputationen bei Diabetes mellitus oder Blindheit aufgrund diabetischer Retinopathie. Derart seltene Zustände können über Gesundheitssurveys wegen der begrenzten Stichprobenumfänge nicht verlässlich erfasst werden. Diese Datenlücken können GKV-Routinedaten füllen, da die großen Versichertenzahlen auch die Erfassung seltener Zustände erlauben – unter der Voraussetzung, dass ein Schweregrad beziehungsweise Folgezustand in den Abrechnungsdaten über entsprechende Codes ermittelbar ist. Manche Schweregrade liegen jedoch so selten vor, dass selbst anhand der Daten der 27 Millionen AOK-Versicherten keine regionale Differenzierung nach Alter und Geschlecht möglich ist. Daher werden die Schweregrade im BURDEN-2020-Projekt nicht regionalisiert bestimmt, sondern ausschließlich bundesweit nach Alter und Geschlecht differenziert.

4.3 Alters-, geschlechts- und morbiditäts-adjustierendes Hochrechnungsverfahren

Die auf Basis von Krankenkassenroutinedaten ermittelten Krankheitsprävalenzen sollen genutzt werden, um Aussagen für die Gesamtheit aller Einwohner Deutschlands zu treffen.

Da das Versichertenkollektiv einer einzelnen Krankenkasse jedoch keine Zufallsstichprobe der Bundesbevölkerung darstellt, ist mitunter keine Repräsentativität gewährleistet (Hoffmann und Icks 2012; Hoffmann und Koller 2017; Huber et al. 2010; Kriwy und Mielck 2006). Deshalb ist es notwendig, die kassenspezifischen Prävalenzen auf die gesamte Bevölkerung zu extrapolieren. In Kooperation mit dem Wirtschafts- und Sozialstatistischen Lehrstuhl der Universität Trier hat das WiDo ein Hochrechnungsverfahren entwickelt, das neben den demografischen Unterschieden auch die AOK-spezifischen Morbiditätsunterschiede gegenüber der Bevölkerung in Deutschland korrigiert und kleinräumig gegliederte Ergebnisse liefert (Breitkreuz et al. 2019; Schröder und Brückner 2019). So lassen sich ausgehend von den anonymisierten Daten der AOK-Versicherten Krankheitsprävalenzen auf Landkreisebene für die gesamte Bundesbevölkerung schätzen. Dieses Verfahren wird auch für die Bestimmung der Krankheitsprävalenzen im BURDEN-2020-Projekt eingesetzt. Bei den Schweregraden kann das Verfahren mangels verfügbarer Daten nicht angewendet werden. Alter und Geschlecht sind jedoch bedeutsame Faktoren für die Schweregradhäufigkeit (beispielsweise bei Diabetes, siehe RKI 2019). Daher werden Schweregrade auf bundesweiter Ebene nach Alter und Geschlecht stratifiziert.

4.4 Exemplarische Falldefinitionen für Krankheiten und Schweregrade in Routinedaten

Exemplarisch wird die Vorgehensweise zur Ermittlung der Ein-Jahres-Prävalenz von Typ-2-Diabetes und der Zehn-Jahres-Prävalenz von Lungenkrebs sowie der Schweregrade bei diesen Erkrankungen erläutert.

4.4.1 Ein-Jahres-Prävalenz und Schweregrade bei Typ-2-Diabetes

Basis für die Ermittlung der Ein-Jahres-Prävalenz von Typ-2-Diabetes anhand der AOK-Routinedaten sind die dokumentierten Diagnosen (gemäß Internationaler Klassifikation der Krankheiten ICD: E10–E14) sowie ein hierarchischer Zuteilungsalgorithmus zu den Diabetestypen mit interner Diagnosevalidierung in Anlehnung an die im WiDo entwickelten Falldefinitionen (Breitkreuz et al. 2019; WiDo 2019; WiDo 2021). Die so ermittelte Ein-Jahres-Prävalenz auf Basis der AOK-Routinedaten wird mit dem alters-, geschlechts- und morbiditätsadjustierenden Hochrechnungsverfahren für die Bundesbevölkerung hochgerechnet (Breitkreuz et al. 2019; Schröder und Brückner 2019). Anschließend erfolgt die Unterteilung in Schweregrade (Folgestadien des Diabetes) (GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators 2018b). Dabei werden Sehverlust bis zur vollständigen Erblindung, Neuropathien, das diabetische Fußsyndrom und Amputationen betrachtet. Neben den Diabetikern mit diesen Folgestadien werden auch sogenannte unkomplizierte Fälle bestimmt, bei denen keine dieser Folgen zu beobachten ist.

Aufgrund der Komplexität der Operationalisierung sei an dieser Stelle auf die Methodendokumentation verwiesen (WiDo 2021).

4.4.2 Zehn-Jahres-Prävalenz und Schweregrade bei Lungenkrebs

Für die Krebserkrankungen werden Zehn-Jahres-Prävalenzen bestimmt. Die internationale GBD-Studie bestimmt die Schweregrade von Krebserkrankungen über eine mathematische Modellierung, mit der die prävalenten Fälle auf Basis inzidenter Fälle über Methoden der Überlebenszeitanalyse bestimmt werden (GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators 2018b). Für Deutschland kann dagegen die Ermittlung der Krebsprävalenzen sowie der Schweregrade anhand der AOK-Routinedaten erfolgen. Für die Operationalisierung der Zehn-Jahres-Prävalenz von Lungenkrebs gilt ein Fall in den AOK-Routinedaten als prävalent, wenn eine der relevanten Diagnosen (ICD: C33/C34) im zurückliegenden Zehn-Jahres-Zeitraum dokumentiert wurde. Auch bei Lungenkrebs erfolgt eine interne Diagnosevalidierung (WiDo 2021). Für die Schweregradeinteilung werden vier Krebsphasen definiert: 1) Diagnose- und Primärtherapiephase, 2) kontrollierte, 3) metastasierte und 4) terminale Phase. Diese Phasen sind nicht im Sinne klinischer Tumorstadien zu verstehen, sondern als Krankheitsphasen, die anhand ihrer gesundheitlichen Auswirkungen definiert sind und über die Gewichtungsfaktoren (*disability weights*) in die Krankheitslastberechnung eingehen (GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators 2018b). Die Einteilung in die vier Phasen erfolgt über Versicherungszeiten für jeden prävalenten Lungenkrebsfall tagesgenau. Sind zeitgleich die Kriterien mehrerer Phasen erfüllt, wird die nach dem Gewichtungsfaktor schwerwiegendste Phase gewertet (GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators 2018b; WiDo 2021).

Die angenommene Dauer der Diagnose- und Primärtherapiephase ist krebspezifisch und beträgt bei Lungenkrebs 3,3 Monate (GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators 2018b). In den GKV-Routinedaten kann diese Phase durch einschlägige Operationen sowie Chemo- und Strahlentherapien erfasst werden (verwendete Codes siehe WiDo 2021). Dies bedeutet, dass die verschiedenen Phasen durch die Versorgungsrealität gut abbildbar sind: Erhält ein Erkrankter beispielsweise nach einer längeren Behandlungspause (erneut) eine Chemotherapie, wird diese Person auch erneut der Therapiephase zugeordnet, da abermals von einer relevanten gesundheitlichen Beeinträchtigung durch die Therapie auszugehen ist. Dokumentierte Metastasen-Diagnosen sind ein Hinweis, dass der Erkrankte sich in der metastasierten Phase befindet. Analog zur GBD-Studie wird als Dauer der terminalen Phase ein Monat vor dem Versterben des Erkrankten angesetzt (GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators 2018b). Für die sogenannte kontrol-

TABELLE 1

Anteil der Typ-2-Diabetiker mit dem jeweiligen Schweregrad*

*in Prozent nach Altersgruppen

| Altersgruppe | Neuropathie und Folgezustände | | | Sehverlust | | |
|--------------|-------------------------------|------------------|-----------------|--------------|--------|-----------|
| | Neuropathie | Diabetischer Fuß | Majoramputation | mittelgradig | schwer | Blindheit |
| 0 bis 54 | 8,0 | 5,4 | 0,13 | 0,03 | 0,01 | 0,06 |
| 55 bis 59 | 12,0 | 8,3 | 0,27 | 0,06 | 0,02 | 0,08 |
| 60 bis 64 | 14,0 | 9,7 | 0,33 | 0,06 | 0,02 | 0,10 |
| 65 bis 69 | 15,5 | 10,9 | 0,36 | 0,07 | 0,02 | 0,12 |
| 70 bis 74 | 17,3 | 11,9 | 0,36 | 0,08 | 0,03 | 0,14 |
| 75 bis 79 | 18,7 | 12,5 | 0,34 | 0,09 | 0,04 | 0,16 |
| 80 bis 84 | 19,6 | 13,1 | 0,31 | 0,11 | 0,04 | 0,19 |
| 85 bis 89 | 18,9 | 12,7 | 0,32 | 0,09 | 0,05 | 0,20 |
| 90 und älter | 16,3 | 12,0 | 0,31 | 0,09 | 0,04 | 0,25 |

Die Daten erlauben genaue Aussagen, welche Diabetesfolgeerkrankungen in welcher Altersgruppe wie stark vorherrschen. Majoramputationen und Sehverlust liegen in jeder Altersgruppe nur im Promillebereich vor. Die Altersgruppen zwischen 80 und 89 Jahren sind meist am stärksten betroffen.

Quelle: eigene Darstellung, Grafik: G+G Wissenschaft 2021

lierte Phase wird die geringste gesundheitliche Beeinträchtigung angenommen. Diese Phase wird den Zeiträumen zugewiesen, in denen keine der anderen drei Phasen zutreffend ist.

5 Ergebnisse

Exemplarisch werden hier die Ergebnisse des Jahres 2017 dargestellt, welches als Berichtsjahr im BURDEN-2020-Projekt gewählt wurde.

5.1 Prävalenz und Schweregrade von Typ-2-Diabetes

Unter den insgesamt 82,7 Millionen Einwohnern Deutschlands im Jahr 2017 waren 7,1 Millionen an Typ-2-Diabetes erkrankt, entsprechend einer Prävalenz von 8,6 Prozent. Mit zunehmendem Lebensalter steigt die Prävalenz deutlich an (Abbildung 1). Der Prävalenzgipfel liegt zwischen 80 und 89 Jahren: Hier sind etwa ein Drittel aller Personen an Typ-2-Diabetes erkrankt. Regional ist die Prävalenz des Typ-2-Diabetes in den östlichen Bundesländern (mit Ausnahme von Berlin) überdurchschnittlich hoch (Abbildung 2). Diese Ergebnisse stehen in guter Übereinstimmung zu anderen Untersuchungen zur Diabetesprävalenz (Goffrier et al. 2017; RKI 2019). Die Folgezustände des Diabetes treten mit zunehmendem Alter häufiger auf (Tabelle 1). Neuropathien und das diabetische Fußsyndrom kommen vergleichs-

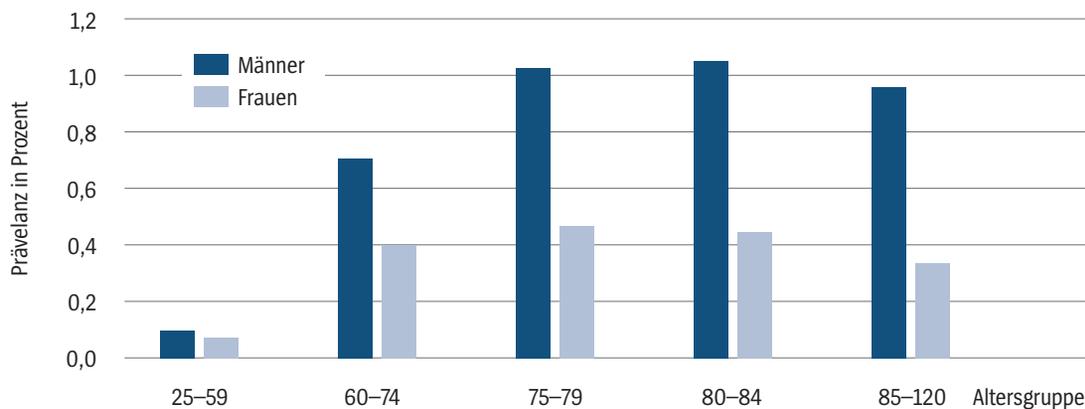
weise häufig vor. Die ermittelten Anteilswerte liegen teils deutlich über den im Rahmen der Diabetes-Surveillance berichteten Häufigkeiten (RKI 2019), was durch Unterschiede in den jeweils angewendeten Falldefinitionen erklärbar ist. Amputationen und Sehbeeinträchtigungen sind vergleichsweise selten (unter ein Prozent aller Diabetiker). Für diese seltenen Folgezustände liegen nach Kenntnis des WIdO keine Ergebnisse bundesweiter Untersuchungen vor, die methodisch vergleichbar sind und deren Zahlen herangezogen werden könnten.

5.2 Prävalenz und Schweregrade von Lungenkrebs

Für das Jahr 2017 wurde die Zehn-Jahres-Prävalenz mit 171 Tausend erkrankten Personen beziehungsweise einer Prävalenz von 0,21 Prozent ermittelt. Das Zentrum für Krebsregisterdaten (ZfKD) am Robert Koch-Institut prognostiziert auf Basis der Krebsregisterdaten für das Jahr 2020 für die Zehn-Jahres-Prävalenz von Lungenkrebs bundesweit 133 Tausend Fälle (RKI und GEKID 2020). Diese Differenz erscheint angesichts der methodischen Unterschiede (GKV-Routinedaten versus Krebsregister) plausibel und hat zwei Hauptgründe: Zum einen werden anhand der Routinedaten die dokumentierten Zehn-Jahres-Prävalenzen ermittelt. Somit sind auch Fälle erfasst, deren inzidente Diagnose mehr als zehn Jahre zurückliegt. Denn auch diese Fälle sind für die Krankheitslastberechnung relevant, weil sie noch mit einer gesundheitlichen Beeinträchtigung einhergehen können. Zum anderen werden in der

ABBILDUNG 3

Zehn-Jahres-Prävalenz von Lungenkrebs nach Alter und Geschlecht unter allen Einwohnern in Deutschland 2017



Die Zehn-Jahres-Prävalenz zeigt für Lungenkrebs: Männer sind erheblich häufiger von der Erkrankung betroffen als Frauen, in den Altersgruppen ab 75 Jahren sogar mehr als doppelt so oft.

Quelle: eigene Darstellung. Grafik: G+G Wissenschaft 2021

ZFKD-Methodik keine Personen erfasst, die im Berichtsjahr verstorben sind. Für die Krankheitslastberechnung im BURDEN-2020-Projekt werden diese Fälle jedoch anteilig berücksichtigt. Zwischen den Geschlechtern bestehen die aus Krebsregistern bekannten Unterschiede (RKI und GEKID 2020) mit einer deutlich höheren Prävalenz bei Männern als bei Frauen (Abbildung 3). Dieser Geschlechtsunterschied zeigt sich in allen Altersgruppen, ist aber bei den älteren Patienten ab 75 Jahren besonders stark ausgeprägt. Auch regional sind deutliche Unterschiede zu erkennen: Besonders hohe Lungenkrebsprävalenzen sind in weiten Teilen Nordrhein-Westfalens, des Saarlands und Sachsen-Anhalts zu sehen (Abbildung 4), besonders niedrige dagegen in Baden-Württemberg, Bayern und Sachsen.

Bei den Lungenkrebs-Schweregraden überwiegt die sogenannte kontrollierte Phase (Tabelle 2). Insbesondere zwei mögliche Ursachen kommen dafür in Betracht: Zum einen findet bei der Zehn-Jahres-Prävalenz eine Akkumulation von „Langzeitüberlebenden“ statt, die, wenn kurativ operiert, tatsächlich keiner Akuttherapie bedürfen und so zur quantitativen Bedeutung der kontrollierten Phase beitragen. Zum anderen beruhen die Aufgreifkriterien der kontrollierten Phase auf der Abwesenheit von dokumentierten Diagnosen und Behandlungen. Die Gründe der Abwesenheit sind jedoch unklar, weshalb nicht zwangsläufig von einer „kontrollierten Erkrankung“ im medizinischen Sinne ausgegangen werden kann, etwa bei als austerapiert geltenden Patienten. Mit steigendem Lebensalter nimmt der Anteil der kontrollierten Phase sowie der terminalen Phase deutlich zu, der Anteil der Diagnose- und Therapiephase sowie der metastasier-

ten Phase hingegen ab. Die Zunahme der kontrollierten Phase könnte ein Hinweis darauf sein, dass in den höheren Altersgruppen der Anteil der „Langzeitüberlebenden“ akkumuliert. Die Zunahme der terminalen Phase ist auch dadurch bedingt, dass die Definition der Phase den Zeitraum von einem Monat vor dem Tod umfasst, allerdings steigt mit höherem Alter die Sterbewahrscheinlichkeit an. Insgesamt müssen daher die ermittelten Schweregrade bei Krebserkrankungen unter Berücksichtigung der methodischen Vorgehensweise interpretiert werden.

5.3 Übersicht zu allen routinedatenbasierten Prävalenzen und Raten im BURDEN-2020-Projekt

Neben dem Typ-2-Diabetes und dem Lungenkrebs wurden noch für 16 weitere Krankheiten Prävalenzen oder Raten auf Basis von Routinedaten ermittelt, die in die Krankheitslastberechnung des BURDEN-2020-Projekts einfließen. Tabelle 3 enthält eine Übersicht dazu. Ausführliche Ergebnisse zu diesen Krankheiten sowie die für eine Teilmenge der Krankheiten auf Basis von Routinedaten ermittelten Schweregrade finden sich auf der Webseite krankheitslage-deutschland.de.

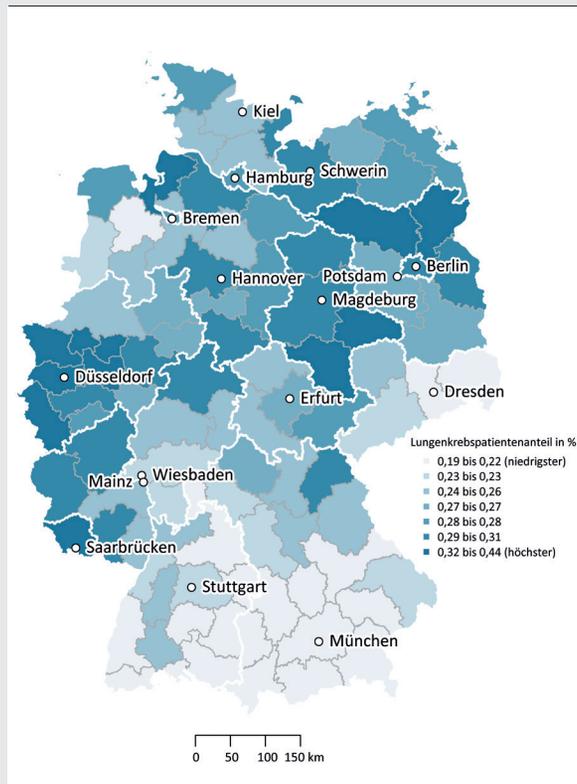
6 Fazit

Ziel des BURDEN-2020-Projekts ist die Krankheitslastberechnung für eine Auswahl bedeutender Erkrankungen. Neben der Mortalität spielt dabei die Morbiditätskompo-

ABBILDUNG 4

Zehn-Jahres-Prävalenz von Lungenkrebs 2017*

*unter allen Einwohnern in den Raumordnungsregionen Deutschlands



Die Deutschlandkarte zeigt eine ungleiche Verteilung der Zehn-Jahres-Prävalenz von Lungenkrebs. Besonders stark betroffen sind weite Teile Nordrhein-Westfalens, des Saarlands und Sachsen-Anhalts. Der Süden und Sachsen sind vergleichsweise gering betroffen.

Quelle: eigene Darstellung; Grafik: G+G Wissenschaft 2021

nente eine wichtige Rolle. Als Datengrundlage werden vorwiegend die alters-, geschlechts-, und morbiditätsadjustierten Routinedaten der AOK-Versicherten genutzt, die regionalisierte Aussagen zu Erkrankungsprävalenzen nach Alter und Geschlecht für die Einwohner Deutschlands ermöglichen. Auch die Krankheitsschweregrade werden bei vielen Erkrankungen über die Routinedaten ermittelt. So können auch Ergebnisse zu weniger häufig vorkommenden Erkrankungen differenziert nach Schweregraden bereitgestellt werden. Auf Basis dieser Prävalenzen und Schweregrade kann unter Nutzung der im Rahmen der internationalen GBD-Studie ermittelten Gewichtungsfaktoren die Krankheitslast berechnet werden, um so ein umfassendes Bild der gesundheitlichen Lage in Deutschland zu zeichnen. Die für das Projekt BURDEN 2020 ermittelten Ergebnisse, die in

diesem Beitrag kurz vorgestellt wurden, werden auf der Webseite krankheitslage-deutschland.de öffentlich zur Verfügung gestellt, wie auch eine differenzierte Beschreibung der methodischen Vorgehensweise. Die Ergebnisse aus den Routinedaten, der Todesursachenstatistik wie auch aus Befragungsdaten fließen dann in die Krankheitslastberechnung ein. Mit den im Projekt BURDEN 2020 gewonnenen Erkenntnissen zur gesundheitlichen Lage der Bevölkerung, die gemeinsam vom Robert Koch-Institut, dem Umweltbundesamt und dem WiDO erarbeitet werden, steht den politischen Entscheidungsträgern ein wichtiges Instrument zur Verfügung, das helfen kann, Präventionsmaßnahmen und die Gesundheitsversorgung noch zielgenauer auszurichten.

Danksagung

Die dargestellten Ergebnisse gehen in die Studie „BURDEN 2020 – Die Krankheitslast in Deutschland und seinen Regionen“ ein. Die Analysen greifen in Teilen auf Vorarbeiten im Rahmen dieser Studie zurück. Dazu haben die Mitglieder der BURDEN 2020 *study group* beigetragen: Alexander Rommel, Elena von der Lippe, Annelene Wengler, Michael Porst, Aline Anton, Janko Leddin, Thomas Ziese (Robert Koch-Institut), Helmut Schröder, Katrin Schüssel, Gabriela Brückner, Jan Breitreuz (Wissenschaftliches Institut der AOK, WiDO), Dietrich Plass, Heike Gruhl (Umweltbundesamt). Weiterhin wurde das WiDO von den Expertinnen und Experten des Robert Koch-Instituts bei der Definition der Ein- und Ausschlusskriterien und Ergebnisinterpretation zu ausgewählten Erkrankungen beraten (Kardiovaskuläre Krankheiten und Demenz: Markus Busch; Diabetes: Lukas Reitzle, Christian Schmidt; Krebs: Benjamin Barnes, Nina Buttman-Schweiger, Julia Fiebig, Stefan Dahm; Psychische Störungen: Julia Thom; COPD: Henriette Steppuhn; Infektionskrankheiten: Sebastian Haller). Das Projekt BURDEN 2020 wird von einem wissenschaftlichen Beirat beraten: Prof. Dr. Hajo Zeeb (Vorsitzender), Prof. Dr. Gabriele Doblhammer (stellvertretende Vorsitzende), Prof. Dr. Reinhard Busse, Conrad Franke, Dr. Henk Hilderink, Prof. Dr. Tobia Lakes, Dr. Odile Meikel, Prof. Dr. Ralf Münich, Prof. Dr. Annette Peters, PD Dr. Enno Swart und Prof. Dr. phil. Susanne Wurm.

Förderhinweis

Die Analysen beruhen in Teilen auf Vorarbeiten der Studie „BURDEN 2020 – Die Krankheitslast in Deutschland und seinen Regionen“. Diese wird gefördert aus Mitteln des Innovationsfonds beim Gemeinsamen Bundesausschuss (Förderkennzeichen: 01VSF17007).

TABELLE 2

Anteil der Lungenkrebs-Patienten mit dem jeweiligen Schweregrad*

*in Prozent nach Altersgruppen

| Altersgruppe | Diagnose und Primärtherapie | Kontrollierte Phase | Metastasierte Phase | Terminale Phase |
|--------------|-----------------------------|---------------------|---------------------|-----------------|
| 25 bis 59 | 4,1 | 55,2 | 38,5 | 2,1 |
| 60 bis 74 | 4,9 | 56,7 | 35,8 | 2,6 |
| 75 bis 79 | 4,5 | 62,2 | 30,2 | 3,2 |
| 80 bis 84 | 3,6 | 67,2 | 25,6 | 3,5 |
| 85 und älter | 2,4 | 74,2 | 18,7 | 4,7 |

Bei Lungenkrebs überwiegt in allen Altersgruppen der Anteil der Patienten, die sich in der kontrollierten Phase befinden, mit zunehmendem Abstand gefolgt von Patienten in der metastasierten Phase. Der Anteil der Patienten in der kontrollierten und der terminalen Phase steigt mit dem Alter.

Quelle: eigene Darstellung; Grafik: G+G Wissenschaft 2021

Literatur

Abbas S, Ihle P (2014): Bestimmung von Behandlungs- und Erkrankungsperioden in Routinedaten. In: Swart E, Ihle P, Gothe H, Matusiewicz D (Hrsg.): Routinedaten im Gesundheitswesen – Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven. Bern: Huber, 369–375

Breitkreuz J et al. (2019): Schätzung kleinräumiger Krankheitshäufigkeiten für die deutsche Bevölkerung anhand von Routinedaten am Beispiel von Typ-2-Diabetes. *ASTA Wirtschafts- und Sozialstatistisches Archiv*, Vol. 13, No. 1, 35–72

GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators (2018 a): Global, Regional, and National Incidence, Prevalence, and Years Lived with Disability for 354 Diseases and Injuries for 195 Countries and Territories, 1990–2017: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*, Vol. 392, No. 10159, 1789–1858

GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators (2018 b): Global, Regional, and National Incidence, Prevalence, and Years Lived with Disability for 354 Diseases and Injuries for 195 Countries and Territories, 1990–2017: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*; Vol. 392, No. 10159, 1789–1858, Supplementary Appendix 1

Goffrier B, Schulz M, Bätzing-Feigenbaum J (2017): Administrative Prävalenzen und Inzidenzen des Diabetes mellitus von 2009 bis 2015. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (ZI). Versorgungsatlas-Bericht Nr. 17/03. Berlin 2017; versorgungsatlas.de → Themen → Alle Analysen nach Datum sortiert

Günster C et al. (2019): Versorgungs-Report Früherkennung. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; wido.de → Publikationen & Produkte → Buchreihen → Versorgungs-Report → Alle Ausgaben seit 2011

Hoffmann F, Icks A (2012): Unterschiede in der Versichertenstruktur

von Krankenkassen und deren Auswirkungen für die Versorgungsforschung: Ergebnisse des Bertelsmann-Gesundheitsmonitors. *Das Gesundheitswesen*, Jg. 74, Heft 5, 291–297

Hoffmann F, Koller D (2017): Verschiedene Regionen, verschiedene Versichertenpopulationen? Soziodemografische und gesundheitsbezogene Unterschiede zwischen Krankenkassen. *Das Gesundheitswesen*, Jg. 79, Heft 1, 1–9

Huber J, Lampert T, Mielck A (2010): Unterschiede bei Gesundheitsrisiken, Morbidität und gesundheitlicher Versorgung zwischen Kindern GKV- bzw. PKV-versicherter Eltern: Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). *Das Gesundheitswesen*, Jg. 74, Heft 10, 627–638

Kreienbrock L, Pigeot I, Ahrens W (2012): Epidemiologische Methoden. Berlin, Heidelberg: Springer Spektrum

Kriwy P, Mielck A (2006): Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der privaten Krankenversicherung (PKV): Unterschiede in Morbidität und Gesundheitsverhalten. *Das Gesundheitswesen*, Jg. 68, Heft 5, 281–288

Kohler S (2019): Die Vermessung der globalen Gesundheit. *Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft*, Jg. 19, Heft 2, 16–23

Mathers, CD (2020): History of Global Burden of Disease Assessment at the World Health Organization. *Archives of Public Health*, Vol. 78, Article number: 77, published on: 24 August 2020

Murray CJ (1994): Quantifying the Burden of Disease: The Technical Basis for Disability-Adjusted Life Years. *Bulletin of the World Health Organization*, Vol. 72, No. 3, 429–445

Murray CJ, Lopez A, World Health Organization, World Bank, Harvard School of Public Health (1996): The Global Burden of Disease: A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Diseases, Injuries, and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020: Summary/edited by Christopher J. L. Murray, Alan D. Lopez. World Health Organization

TABELLE 3

Prävalenzen und Raten ausgewählter Krankheiten unter allen Einwohnern Deutschlands im Jahr 2017 zur Krankheitslastberechnung im BURDEN-2020-Projekt

| Krankheit | Kennzahl | Anzahl erkrankter Personen bzw. Fälle (bei Raten) | Prävalenz bzw. Rate |
|--|---------------------------------------|---|---------------------|
| Kardiovaskuläre Krankheiten | | | |
| Koronare Herzkrankheit | Ein-Jahres-Prävalenz | 4.910.000 | 5,94 % |
| Herzinsuffizienz aufgrund koronarer Herzkrankheit | Ein-Jahres-Prävalenz | 1.610.000 | 1,94 % |
| Angina pectoris | Ein-Jahres-Prävalenz | 1.250.000 | 1,52 % |
| Myokardinfarkt | Rate (Fälle je 100.000 Personenjahre) | 186.000 | 225 |
| Herzinsuffizienz aufgrund hypertensiver Herzkrankheit | Ein-Jahres-Prävalenz | 1.040.000 | 1,26 % |
| Schlaganfall | Zehn-Jahres-Prävalenz | 1.170.000 | 1,42 % |
| Stoffwechselkrankheiten | | | |
| Typ-1-Diabetes | Ein-Jahres-Prävalenz | 236.000 | 0,29 % |
| Typ-2-Diabetes | Ein-Jahres-Prävalenz | 7.110.000 | 8,60 % |
| Krebserkrankungen | | | |
| Darmkrebs | Zehn-Jahres-Prävalenz | 509.000 | 0,62 % |
| Lungenkrebs | Zehn-Jahres-Prävalenz | 171.000 | 0,21 % |
| Brustkrebs (nur Frauen) | Zehn-Jahres-Prävalenz | 894.000 | 2,14 % |
| Prostatakrebs | Zehn-Jahres-Prävalenz | 630.000 | 1,55 % |
| Psychische Störungen | | | |
| Depressionen | Ein-Jahres-Prävalenz | 7.460.000 | 9,02 % |
| Dysthymie | Ein-Jahres-Prävalenz | 652.000 | 0,79 % |
| Angst- und Belastungsstörungen | Ein-Jahres-Prävalenz | 5.040.000 | 6,10 % |
| Neurologische Krankheiten | | | |
| Alzheimer und andere Demenzen | Ein-Jahres-Prävalenz | 1.540.000 | 1,86 % |
| Lungenkrankheiten | | | |
| COPD und andere chronische Krankheiten der unteren Atemwege exkl. Asthma | Ein-Jahres-Prävalenz | 3.850.000 | 4,66 % |
| Infektionskrankheiten | | | |
| Untere Atemwegsinfekte | Rate (Fälle je 100.000 Personenjahre) | 9.700.000 | 11.700 |

Die Übersicht listet alle im BURDEN-2020-Projekt untersuchten Krankheiten auf. Es wird eine von drei möglichen Kennzahlen bestimmt: die Ein-Jahres-Prävalenz, die Zehn-Jahres-Prävalenz oder eine Rate. Raten werden nur beim Myokardinfarkt und bei den unteren Atemwegsinfekten verwendet.

RKI (Nationale Diabetes-Surveillance am Robert Koch-Institut)

(2019): Diabetes in Deutschland – Bericht der Nationalen Diabetes-Surveillance 2019. Berlin: Robert Koch-Institut

RKI (Robert Koch-Institut), GEKID (Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e. V.) (2020): Krebs in Deutschland für 2015/2016, 12. Ausgabe. Berlin

Rommel A et al. (2018): BURDEN 2020 – Burden of Disease in Germany at the National and Regional Level. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, Jg. 61, Heft 9, 1159–1166

Salomon JA et al. (2015): Disability Weights for the Global Burden of Disease 2013 Study. The Lancet Global Health, Vol. 3, No. 11, e712–23

Schröder H, Brückner G (2019): Krankheitslast in den Regionen Deutschlands. Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft, Jg. 19, Heft 4, 5

Schubert I, Ihle P, Koster I (2010): Interne Validierung von Diagnosen in GKV-Routinedaten: Konzeption mit Beispielen und Falldefinition.

Das Gesundheitswesen, Jg. 72, Heft 6, 316–322

Schubert I, Köster I (2014): Krankheitsereignis: Operationalisierung und Falldefinition. In: Swart E, Ihle P, Gothe H, Matusiewicz D (Hrsg.): Routinedaten im Gesundheitswesen – Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven. Bern: Huber, 358–368

Swart E, Deh U, Robra BP (2008): Die Nutzung der GKV-Daten für die kleinräumige Analyse und Steuerung der stationären Versorgung.

Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, Jg. 51, Heft 10; 1183–1192

Wengler A et al. (2019): ICD-Codierung von Todesursachen: Herausforderungen bei der Berechnung der Krankheitslast in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, Jg. 62, Heft 12, 1485–1492

WIdO (Wissenschaftliches Institut der AOK) (2019): Gesundheitsatlas Deutschland – Diabetes mellitus Typ 2: Verbreitung in der Bevölkerung Deutschlands und seinen Regionen. Ursachen, Folgen und Präventionsmöglichkeiten; wido.de → Publikationen & Produkte → Buchreihen → Gesundheitsatlas → Alle Ausgaben seit 2019

WIdO (Wissenschaftliches Institut der AOK) (2020): Gesundheitsatlas Deutschland – Asthma bronchiale: Verbreitung in der Bevölkerung Deutschlands und seinen Regionen. Ursachen, Folgen und Präventionsmöglichkeiten; wido.de → Publikationen & Produkte → Buchreihen → Gesundheitsatlas → Alle Ausgaben seit 2019

WIdO (Wissenschaftliches Institut der AOK) (2021): Woran erkranken wir in Deutschland? Häufigkeiten ausgewählter Erkrankungen unter allen Einwohnern in den Regionen Deutschlands; krankheitslage-deutschland.de

(letzter Zugriff auf alle Internetquellen: 4. Dezember 2020)

DIE AUTOREN

**Dr. phil. Jan Breitzkreuz,**

Jahrgang 1980, studierte angewandte Geografie an den Universitäten in Trier und Windhoek und promovierte in Trier. Nach einer Zwischenstation als Unternehmensberater war er in der Versorgungsforschung bei der AOK Nordost tätig. Seit 2018 ist Breitzkreuz wissenschaftlicher Mitarbeiter im WIdO mit dem Schwerpunkt intersektorale Sekundärdatenanalysen. Im Fokus seiner Arbeit stehen Analysen zur Versorgungsforschung unter Nutzung intersektoraler Krankenkassenroutinedaten, die in das Projekt BURDEN 2020 einfließen.

**Dr. phil. nat. Katrin Schüssel,**

Jahrgang 1976, studierte Pharmazie in Erlangen, promovierte in Frankfurt am Main im Bereich Pharmakologie und absolvierte eine Weiterbildung zur Fachapothekerin für Arzneimittelinformation. Anschließend war sie beim Deutschen Arzneiprüfungsinstitut e. V. (DAPI) in der Pharmakoepidemiologie tätig. Seit 2013 ist sie im WIdO beschäftigt. Der Fokus ihrer Arbeit liegt in der Versorgungsforschung unter Anwendung intersektoraler Krankenkassenroutinedaten.

**Gabriela Brückner,**

Jahrgang 1966, studierte Informatik an der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität in Bonn. Nach beruflichen Stationen am mathematischen Institut der Universität Bonn sowie der Telekom ist sie seit 1998 als wissenschaftliche Mitarbeiterin im WIdO tätig. Seit 2015 leitet sie den Forschungsbereich „Integrierte Daten und Analysen“. Ihr Arbeitsschwerpunkt sind intersektorale Sekundäranalysen im Gesundheitswesen.

**Helmut Schröder,**

Jahrgang 1965, studierte Soziologie an der Universität Mannheim und war wissenschaftlicher Mitarbeiter im Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), im Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen e. V. (ZUMA) in Mannheim sowie im Institut für Sozialforschung der Universität Stuttgart. 1996 wurde er wissenschaftlicher Mitarbeiter im WIdO, insbesondere in den Bereichen Arzneimittel, Heilmittel, Betriebliche Gesundheitsförderung sowie Versorgungsforschung. Seit 2009 ist Schröder stellvertretender Geschäftsführer des WIdO.

Versorgung von Krebspatienten während der Covid-19-Pandemie

von Anja Debrodt*

Die Covid-19-Pandemie stellt die Gesundheitssysteme weltweit vor große Herausforderungen. Neben den durch die Covid-Erkrankung selbst hervorgerufenen Effekten steht zu befürchten, dass auch die Versorgung von Menschen mit anderen ernstzunehmenden Erkrankungen durch die Pandemie beeinträchtigt wurde – und das mit bislang nicht absehbaren Folgen.

1 Was ist das Problem?

Die Konzentration auf die Versorgung von an Covid-19 erkrankten Patienten während der ersten Welle der Pandemie führte zu einer Unterbrechung üblicher Behandlungsroutinen in vielen Gesundheitseinrichtungen auf der ganzen Welt. So wurden Behandlungen aufgeschoben oder Sprechstunden eingeschränkt. Auch von Patientenseite kam es zu einem Rückgang der Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen wie Vorsorge- und Abklärungsuntersuchungen aus Angst, sich mit dem Virus zu infizieren. Fraglich ist in diesem Zusammenhang, ob und wie sich das auf die Versorgung von Krebspatienten in diesem Zeitraum ausgewirkt hat.

2 Wie wurde untersucht?

Ein international zusammengesetztes Konsortium von Wissenschaftlern führte dazu eine Querschnittstudie durch. Zwischen dem 21. April und dem 8. Mai 2020 wurden leitende Onkologen aus 356 Zentren in 54 Ländern auf sechs Kontinenten mittels eines 51 Items umfassenden Online-Fragebogens in englischer Sprache zu ihrer Beurteilung der Versorgungslage und zu den damit einhergehenden möglichen schädlichen Auswirkungen auf ihre Patientinnen und Patienten befragt.

3 Was ist rausgekommen?

Ein hoher Anteil der Einrichtungen (88,2 Prozent) berichtete von Herausforderungen bei der Versorgung ihrer Patienten: von einer Überlastung des Gesundheitssystems (19,94 Prozent), fehlender Schutzausrüstung (19,10 Prozent), Personalmangel (17,98 Prozent) und einem eingeschränkten Zugriff auf Medikamente (9,83 Prozent). Gut jede zweite Einrichtung (55,34 Prozent) reduzierte im Rahmen von Vorsichtsmaßnahmen ihre Angebote. Knapp die Hälfte der Zentren (46,31 Prozent) teilte mit, dass mindestens zehn Prozent der Patienten mindestens einen Behandlungszyklus ihrer Therapie verpasst hätten. Eine reduzierte krebspezifische Versorgung, die sich schädlich für die Patienten ausgewirkt haben könnte, meldeten 36,5 Prozent der Kliniken.

4 Wie gut ist die Studie?

Die international angelegte Studie erfasst eine große Bandbreite an onkologischen Versorgungszentren. Einrichtungen in einkommensschwächeren Ländern waren zumeist stärker von Einschränkungen betroffen und berichteten häufiger von negativen Auswirkungen auf die

Versorgung ihrer Patienten. Auch wenn die Studie lediglich auf Experteneinschätzungen basiert, so zeigt sie doch auf, dass ein Großteil der Zentren Schwierigkeiten hatte, die gewohnte Versorgungsqualität aufrechtzuerhalten. Diese Einschätzungen mit Daten zu unterfüttern, muss Aufgabe künftiger Forschung sein, um daraus Handlungsanweisungen für das gegenwärtige und zukünftige Pandemiegesehen ableiten zu können. Ein Anfang ist gemacht: Schon zu Beginn der Pandemie haben das Deutsche Krebsforschungszentrum, die Deutsche Krebshilfe und die Deutsche Krebsgesellschaft eine Task Force ins Leben gerufen, um Veränderungen in der onkologischen Versorgung zu erfassen und bei einer möglichen Gefährdungslage zu warnen. Und der Forschungsverbund CancerCOVID analysiert die Auswirkungen der Coronamaßnahmen auf Krebspatienten, um daraus Empfehlungen zur Krebsversorgung in zukünftigen Pandemien abzuleiten.

Quelle: Jazieh A R et al.: Impact of the COVID-19 Pandemic on Cancer Care, A Global Collaborative Study. JCO Global Oncol 6:1428-1438

* Anja Debrodt, Ärztin im Stab Medizin im AOK-Bundesverband, E-Mail: anja.debrodt@bv.aok.de

DER KOMMENTAR

Im Frühjahr 2020 war das Ärzteteam des Krebsinformationsdienstes mit einer Vielzahl von beunruhigenden Anfragen konfrontiert. Krebsbetroffene oder Angehörige berichteten, dass Diagnostik oder Therapien geändert, verschoben oder abgesagt wurden.

Diese Studie zeigt, dass dies keine Einzelfälle waren, sondern dass es während der ersten Covid-19-Welle zu einer messbaren Beeinträchtigung der medizinischen Versorgung von Krebspatienten kam. Ob dies auf lange Sicht auch zu einer Verschlechterung der Behandlungsergebnisse führte, bleibt abzuwarten. Neben der Pandemiebekämpfung kommt auch dem klugen Management der begrenzten Ressourcen unseres Gesundheitssystems eine entscheidende Bedeutung zu.



Dr. Susanne Weg-Remers,
Leiterin des Krebsinformationsdienstes des Deutschen Krebsforschungszentrums in Heidelberg

Foto: DKFZ/Tobias Schwerdt

KÖPFE

Prof. Dr. Nico T. Mutters hat als Direktor des Instituts für Hygiene und Öffentliche Gesundheit am Universitätsklinikum Bonn die Nachfolge von **Prof. Dr. Martin Exner** angetreten, der das Institut 26 Jahre lang leitete. Mutters, der seinen Master in Public Health an der Freien Universität Amsterdam machte, ist seit 2014 Vorstandsmitglied des Europäischen Komitees für Infektionskontrolle (EUCIC). Zuletzt war er Leiter der Sektion Krankenhaushygiene und stellvertretender Direktor des Instituts für Medizinische Mikrobiologie und Hygiene am Universitätsklinikum Heidelberg.

PD Dr. Alexander Meyer wurde zum Professor „Clinical Applications of AI and Data Science“ an der Charité – Universitätsmedizin Berlin berufen. Nach einer Berufsausbildung zum Fachinformatiker arbeitete Meyer zunächst als Software-Entwickler und nahm dann ein Medizinstudium an der Goethe-Universität in Frankfurt am Main auf. Zurzeit absolviert er seine Ausbildung zum Facharzt für Herzchirurgie am Deutschen Herzzentrum Berlin, wo er seit 2018 als Principal Investigator zur Anwendung von Künstlicher Intelligenz (KI) und Data Science in der Herzmedizin forscht.

Prof. Dr. Thorsten Langer ist auf Lebenszeit zum Professor für „Versorgungsforschung in der Pädiatrischen Onkologie – Nachsorge und Spätfolgen“ an der Universität zu Lübeck ernannt worden. Langer studierte Medizin an der Universität Gießen. Anschließend war er zunächst als Wissenschaftlicher Mitarbeiter, später als Oberarzt am Universitätsklinikum Erlangen-

Nürnberg tätig, bevor er 2013 als Oberarzt an das Universitätsklinikum Schleswig-Holstein wechselte. 2015 wurde der Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin auf die Professur „Versorgungsforschung in der Pädiatrischen Onkologie“ an der Universität zu Lübeck berufen.

Prof. Dr. Maya Topf ist einem gemeinsamen Ruf des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE) und des Heinrich-Pette-Instituts/Leibniz-Institut für Experimentelle Virologie (HPI) gefolgt und leitet nun die neue Abteilung „Integrative Virologie“ am HPI. Nach dem Chemiestudium an der Universität Tel Aviv promovierte Topf an der University of Oxford. Danach war sie als Postdoc an der University of California in San Francisco/USA tätig. Von dort wechselte sie an das Institute of Structural and Molecular Biology (ISMB) in London. 2016 wurde Topf zur Professorin für „Structural and Computational Biology“ am ISMB berufen.

Prof. Dr. Jürgen in der Schmitt ist auf den Lehrstuhl für Allgemeinmedizin an der Medizinischen Fakultät Duisburg-Essen berufen worden und hat die Leitung des dortigen Instituts für Allgemeinmedizin übernommen. In der Schmitt studierte Medizin an den Universitäten Tübingen, Belfast und Boston. Danach arbeitete er in verschiedenen Krankenhäusern und seit 1998 als Hausarzt. Nach der Promotion im Jahr 1997 absolvierte er an der Universität Düsseldorf ein Public-Health-Studium und war dort anschließend als Wissenschaftlicher Mitarbeiter und ab 2014 als Professor für Lehre und Lehrforschung tätig.

Prof. Dr. Tobias Raupach leitet das neue Institut für Medizindidaktik am Universitätsklinikum Bonn. Raupach studierte Medizin in Göttingen und London. Neben der Facharztausbildung zum Internisten und Kardiologen an der Universitätsmedizin Göttingen absolvierte er einen berufsbegleitenden Masterstudiengang Medical Education an der Karl-Rupprechts-Universität Heidelberg sowie zwei Forschungsaufenthalte in London. Zuletzt leitete Raupach in Göttingen als Professor für Lehrforschung und Lehrentwicklung den Bereich „Medizindidaktik und Ausbildungsforschung“.

Prof. Dr. Johannes Winning ist neuer Professor für Rettungswesen und Notfallversorgung am Fachbereich Gesundheit und Pflege der Ernst-Abbe-Hochschule Jena. Nach dem Medizinstudium in Würzburg arbeitete Winning zunächst an der dortigen Klinik für Innere Medizin und wechselte dann an die Universität des Saarlandes, wo er die Ausbildung zum Facharzt für Anästhesiologie und Intensivmedizin abschloss. Seit 2005 arbeitet er an der Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin der Universitätsklinik Jena und leitet dort den Funktionsbereich Notfallmedizin.

Die Neurowissenschaftlerin und Pharmakologin **Prof. Dr. Kerstin Krieglstein**, die Wirtschaftswissenschaftlerin **Prof. Dr. Dorit Schumann** und der Wirtschaftsinformatiker **Prof. Oliver Günther** sind als neue Vize-Präsidenten in das Präsidium der Hochschulrektorenkonferenz gewählt worden. Ihre Amtszeit dauert ein Jahr, bis zum 30. November 2021.

Aufgrund der Ausbreitung des Corona-Virus entfallen derzeit viele öffentliche Veranstaltungen. Daher erscheint auch diese Ausgabe der G+G Wissenschaft ohne die gewohnte Kongressvorschau. Wenn sich die Lage ändert, informieren wir Sie in den nächsten Heften gern wieder über anstehende Veranstaltungen.

Kontakte

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

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Nachdruck nur mit schriftlicher Genehmigung der Herausgeber. Informationen zum Datenschutz finden Sie unter www.aok-bv.de → Datenschutz

21-0096

Verantwortliche Redakteure: Ines Körver (KomPart),
Prof. Dr. Klaus Jacobs (WIdO), Dr. Miriam Räker (WIdO)
Redaktionsmitglieder: Dr. Silke Heller-Jung (KomPart),
Annegret Himrich (KomPart), **Creative Director:**
Sybilla Weidinger (KomPart), **Grafik:** Geertje Steglich

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