



Wissenschaft

GGW – Das Wissenschaftsforum in Gesundheit und Gesellschaft

Oktober 2019, 19. Jahrgang

NOTIZEN

Zeitschriftenschau

von *Jeremy M. Hoffmann*, Abteilung für Gesundheitspsychologie,
Universität Trier 2

Drei Fragen an

Stefan Teipel, Department „Altern des Individuums und der
Gesellschaft“, Interdisziplinäre Fakultät, Universität Rostock 3

Buchtipp

von *Gunter Neubauer*, Sozialwissenschaftliches Institut Tübingen 4

WIDO

BURDEN 2020

Krankheitslast in den Regionen Deutschlands 5

Hüftprothesenwechsel

Mehr Risiken in Kliniken mit wenigen Operationen 6

ANALYSEN

Schwerpunkt: Ambulante Versorgung

Die Weiterentwicklung der Vergütung der ambulanten ärztlichen Versorgung

Anke Walendzik und Jürgen Wasem, Universität Duisburg-Essen 7

Internationale Perspektive auf Teamarbeit in der Primärversorgung

Markus Herrmann, Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg,
und *Kerstin Hämel*, Universität Bielefeld 15

Die Sicherstellung der ambulanten Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen

Miriam Räker, Wissenschaftliches Institut der AOK, Berlin 23

STUDIE IM FOKUS

Vermeidbare Schädigungen von Patienten
in der Gesundheitsversorgung 31

SERVICE

Köpfe, Kongresse, Kontakte 32

Liebe Leserinnen und Leser,

es war ein Totalausfall mit Ankündigung. Vom Kabelbetreiber bekam ich vor ein paar Monaten ein Schreiben, dass in wenigen Tagen der TV-Betrieb von analog auf digital umgestellt werde. Bei meinem nicht sehr alten Fernseher sollten danach einfach ein paar Knöpfchen auf der Fernbedienung gedrückt werden und schon würden wunderschöne Bilder über meine Mattscheibe flimmern. Kurz vor Fristende tippte ich mich durch die Menüs. Sie ahnen es: Nach der Umstellung auf den digitalen Empfang ergab der Sendersuchlauf null gefundene Sender. Es folgten Stunden in Warteschleifen am Telefon und diverse Märsche in ein Ladengeschäft des Betreibers. Ich bekam dort zwölf unsinnige Ratschläge von irgendwelchen jungen Bürschchen sowie vier Angebote für kostenpflichtige Zusatzleistungen oder -geräte, die das Problem aber gar nicht gelöst hätten. Nach sechs Wochen fand ich mit einem engagierten Techniker heraus, dass im Hausflur eine Sperre installiert war, die den digitalen Empfang verhinderte. Die haben wir abmontiert und der Fernsehspaß konnte beginnen.

Warum ich das erzähle? Weil man ähnlich hartnäckig auch im Gesundheitswesen sein sollte, wenn man gute Ergebnisse erzielen will. Man muss sich einen Überblick verschaffen, Sinnvolles von Blödsinn unterscheiden und sich gedanklich auch einmal aus der eigentlichen oder vermeintlichen Problemzone herausbewegen. Beim Schwerpunktthema „Ambulante Versorgung“ haben *Anke Walendzik* und *Jürgen Wasem* genau das in Bezug auf die Vergütung getan. Auch *Markus Herrmann* und *Kerstin Hämel* haben über den Tellerrand geschaut und erläutern, was wir in Deutschland von Teamarbeit in Spanien und Neuseeland lernen können. Zu guter Letzt seziert *Miriam Räker* die ambulante Versorgungssituation in stationären Pflegeheimen und beschreibt, was es hier zu verbessern gibt.

Viel Spaß beim Lesen wünscht

Fusion

BfArM und DIMDI künftig unter einem Dach

Fünfundzwanzig Jahre nach seiner Gründung soll das Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) Medienberichten zufolge nach dem Willen von Bundesgesundheitsminister Spahn im zweiten Quartal 2020 mit dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) fusionieren. Ziel sei eine bessere Ausschöpfung knapper Ressourcen. ■

Mehr Informationen:

aerzteblatt.de/nachrichten/104702/Behoerdenfusion-im-Gesundheitswesen-geplant

Public Health

Gesundheitsgefahren durch Zecken mindern

Ein Kompetenznetzwerk aus Tier- und Humanmedizinerinnen sowie Biologen aus elf Nordseeränderstaaten sucht nach Wegen, um Mensch und Tier besser vor durch Zecken übertragene Krankheiten zu schützen. Das Projekt „NorthTick“ ist auf dreieinhalb Jahre angelegt und wird mit 5,7 Millionen Euro aus dem Interreg Nordseeprogramm, einem EU-Programm für transnationale Zusammenarbeit, gefördert. ■

Mehr Informationen:

northsearegion.eu/northtick

Digitalisierung

Zentrum für Digitale Gesundheit gegründet

Die Else-Kröner-Fresenius-Stiftung fördert mit 40 Millionen Euro den Aufbau eines Zentrums für Digitale Gesundheit an der Technischen Universität Dresden. Die Dresdener Hochschulmedizin und die Fakultäten Elektrotechnik und Informationstechnik sowie Informatik wollen dort gemeinsam mit außeruniversitären Partnern ausloten, wie die Digitalisierung die Patientenversorgung verbessern kann. ■

Mehr Informationen:

tu-dresden.de > **Newsportal** > **News** > **04.09.2019**

ZEITSCHRIFTENSCHAU



Von

Jeremy M. Hoffmann, Dipl.-Psych.,
Wissenschaftlicher Mitarbeiter,
Universität Trier,
Abteilung für Gesundheitspsychologie,
Fachbereich I – Pflegewissenschaft

Adresse:

Am Wissenschaftspark
25+27
54296 Trier
Telefon:
0651 201-4337
E-Mail: hoffmannj@uni-trier.de
Web: pflege.uni-trier.de

Angst vor körperlicher Bewegung

Im frühen 20. Jahrhundert war in der Medizin herrschende Lehrmeinung, dass Herzerkrankungen durch körperliche Anstrengungen verursacht würden („effort syndrome“) und betroffene Patienten der Ruhe und Schonung bedürften. Moderne evidenzbasierte Behandlungsrichtlinien empfehlen hingegen ausdrücklich körperliche Aktivität etwa bei Herzinsuffizienz. Es zeigt sich jedoch, dass viele Patienten diese Empfehlungen nicht umsetzen, aus Sorge, ihren Zustand durch körperliche Aktivität zu verschlechtern. Wissenschaftler haben nun ein Instrument zur Erfassung der Angst vor körperlicher Bewegung entwickelt und validiert. Dabei zeigte sich, dass Bewegungsängstliche seltener an Herzsportgruppen teilnehmen und im Alltag körperliche Anstrengungen wie etwa das Treppensteigen meiden. Die Autoren empfehlen, derartige psychische Barrieren bei der Therapieplanung für Herzpatienten zu berücksichtigen. ■

Int J Behav Med. 2018;25:294-303.
doi: 10.1007/s12529-017-9704-x

Sportsüchtige zeigen Entzugssymptome

Der positive Zusammenhang von Sport und Wohlbefinden wird vor dem Hintergrund des zerebralen Belohnungssystems diskutiert, wonach Sport die Ausschüttung von körpereigenen Endorphinen und Cannabinoiden stimuliert und dadurch stimmungsaufhellend wirkt. Die Kehrseite der Medaille

besteht darin, dass exzessiver Sport ein Suchtpotenzial birgt, das sich in Entzugssymptomen bei Sportabstinenz äußern kann. In einer Studie mit 18 Sportlern zeigten sich Sportsüchtige nach zweiwöchigem Sportentzug im Vergleich zu normalen Sportlern depressiver, verwirrter, ärgerlicher und ermüdet. Zudem fanden sich Hinweise, dass die Sportabhängigen eine Störung des Endocannabinoid-Systems aufweisen und diesen Mangel durch erhöhte Endorphinfreisetzung nach körperlicher Aktivität kompensieren. Die Autoren empfehlen Sportlern, aber auch Trainern, auf Anzeichen für eine Sportsucht zu achten. ■

Physiol Behav. 2016;156:182-190.
doi: 10.1016/j.physbeh.2016.01.028

Kaffeetrinker leben länger

In einer internationalen Kohortenstudie wurde der Kaffeekonsum von mehr als 520.000 Menschen erhoben und untersucht, wie viele von diesen rund 16 Jahre später verstorben waren. Die Auswertung ergab, dass ein Konsum von drei oder mehr Tassen (entkoffeinierter oder koffeinhaltiger) Kaffee pro Tag mit signifikant weniger Todesfällen – insbesondere infolge von Erkrankungen des Magen-Darm-Trakts und des Kreislaufsystems sowie (alkoholbedingter und nicht alkoholbedingter) Leberzirrhose – einhergeht. ■

Ann Intern Med. 2017;167:236-247.
doi: 10.7326/M16-2945

Forschungsförderung**Datensicherheit bei der Selbstvermessung**

Etwa jeder dritte Bundesbürger nutzt Fitnessarmbänder und andere Mittel zur digitalen Selbstvermessung. Das Bundesforschungsministerium fördert jetzt Projekte, die untersuchen, wie die so gewonnenen Gesundheitsdaten ausgewertet werden und wie sie zu schützen sind. Das Antragsverfahren ist mehrstufig; als erster Schritt sollen zunächst Projektskizzen eingereicht werden. ■

Mehr Informationen:

**bmbf.de/foerderungen/
bekanntmachung-2577.html**

Deutsch-israelische Kooperation Innovationen für die Gesundheitsversorgung

Die Charité – Universitätsmedizin Berlin, das Berlin Institute of Health (BIH) und die Israel Innovation Authority haben gemeinsam ein Pilotprogramm aufgelegt, um innovative technische Gesundheitslösungen zu entwickeln und möglichst rasch für die Versorgung von Patienten nutzbar zu machen. Die israelische Innovationsbehörde stellt Mittel bereit, um die frühe klinische Arbeit ausgewählter Start-ups zu unterstützen. Das Programm soll zum Jahresende starten. ■

Mehr Informationen:

**bihealth.org > Aktuelles
> Pressemitteilungen**

Prävention**Arbeitszufriedenheit von Ärzten verbessern**

Ärzte und Beschäftigte in kleinen (Haus-)Arztpraxen haben Untersuchungen zufolge wesentlich häufiger als der Bevölkerungsdurchschnitt das Gefühl, unter einem hohen Stress zu stehen. Der vom Bundesforschungsministeri-

um mit knapp zwei Millionen Euro geförderte Forschungsverbund IMPROVEjob soll nun einen Ansatz zur Prävention psychischer Belastungen und zur Steigerung

der Arbeitszufriedenheit in Arztpraxen sowie kleinen und mittleren Unternehmen erarbeiten. ■

Mehr Informationen:

improvejob.de

DREI FRAGEN AN ...**Forschungsschwerpunkte:**

Kognition, Orientierung und Gedächtnis; Bewegung und physische Leistungsfähigkeit im Alter; individuelle Lebensbewältigung und soziale Teilhabe älterer Menschen

Jahresetat:

68.000 Euro

Zahl und Qualifikation der Mitarbeiter:

1 wissenschaftliche Mitarbeiterin

Adresse:

Department
„Altern des Individuums
und der Gesellschaft“ (AGIS),
Interdisziplinäre Fakultät
Universität Rostock
Gehlsheimer Straße 20
18147 Rostock
Telefon: 0381 4949470
E-Mail: agis@uni-rostock.de
Web: inf.uni-rostock.de/agis

Erkenntnisoptimismus von der Wissenschaft übernehmen

... Prof. Dr. med. Stefan Teipel, Leiter des Departments „Altern des Individuums und der Gesellschaft“ (AGIS), Interdisziplinäre Fakultät, Universität Rostock sowie Leiter der Klinischen Demenzforschung am Standort Rostock/Greifswald des Deutschen Zentrums für Neurodegenerative Erkrankungen

Was ist derzeit Ihre wichtigste wissenschaftliche Fragestellung?

Wir untersuchen, welchen Beitrag technische Assistenzsysteme für die bedarfsgerechte Versorgung von Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen leisten können. Dies umfasst die möglichen Einsatzfelder innovativer Technologien, ethische Dimensionen von Demenzassistenten, die Nutzerakzeptanz unter Einbeziehung der Zielgruppe und die finanziellen Folgen des demografischen Wandels.

Wie fördern Sie die Kooperation wissenschaftlicher Disziplinen und die Netzwerkbildung?

Das Department ist eine Forschungseinrichtung, die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler verschiedener Fakultäten verbindet und derzeit aus 28 Mitgliedern besteht. Eine Vernetzung der Disziplinen (Medizin, Informatik, Sozial- und Wirtschaftswissenschaften, Philosophie) gelingt durch fakultätsübergreifende Projekte und Mitgliederversammlungen. Das Department wird von einem aus dem Kreis der Mitglieder gewählten Vorstand geleitet und von einer wissenschaftlichen Mitarbeiterin koordiniert.

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

Guter Rat ist teuer. Das sollten sich auch Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler vor Augen führen. Auch die Wissenschaft betrachtet immer nur einen Teilaspekt der Wirklichkeit. Diese Betrachtung folgt aber nachvollziehbaren Kriterien, sodass Ergebnisse hinterfragt werden können. Einen Erkenntnisoptimismus, gepaart mit der Bereitschaft, sich immer wieder infrage zu stellen, könnte die Politik von der Wissenschaft lernen, sofern sie das Bedürfnis danach verspürt.

Studium I
**Medizinischer
 Behandlungsassistent**

Die Dresden International University bietet ab dem Wintersemester 2019/2020 den Bachelorstudiengang „Medizinischer Behandlungsassistent“ an. Je nach beruflicher Vorqualifikation soll er zwei bis vier Jahre umfassen. Nach dem siebten Semester können die Studierenden die theoretische und praktische Prüfung als Medizinische Fachangestellte bei der Sächsischen Landesärztekammer ablegen. Die Studiengebühren betragen 590 Euro pro Monat. ■

Mehr Informationen:
di-uni.de > Studium & Weiterbildung > Gesundheitswesen > Medizinischer Behandlungsassistent

Studium II
**Bachelor-Studiengang
 Hebammenkunde**

An der Ostbayerischen Technischen Hochschule Regensburg startet zum Wintersemester 2019/2020 ein neuer, primärqualifizierender Bachelorstudiengang „Hebammenkunde“. Er umfasst alle theoretischen, fachpraktischen und praktischen Inhalte, die bisher zur Berufszulassung als Hebamme führten. Außerdem legen die Studierenden innerhalb der sieben Semester auch die staatliche Prüfung ab. Die praktische Ausbildung findet in kooperierenden Kliniken statt. ■

Mehr Informationen:
oth-regensburg.de > Studium > Studiengänge > Bachelor > Hebammenkunde

Studium III
**Gesundheitsinformatik
 und Digital Health**

„Gesundheitsinformatik Digital Health and Management“ ist der Name eines neuen Bachelor-Studiengangs, den die private Hochschule Fresenius ab November als Fernstudium anbietet. Das Studienangebot soll den Absolventen Kompetenzen an der Schnittstelle zwischen Informatik, Gesundheitswesen und Ökonomie vermitteln. Das Studium ist auf sechs Semester angelegt. Die monatlichen Gebühren betragen 165 Euro, ein Einstieg ist jederzeit möglich. ■

Mehr Informationen:
hs-fresenius.de > Studium > Bachelor Fernstudium > Gesundheitsinformatik Digital Health and Management, B.Sc.

BUCHTIPPS

Zum Thema Männergesundheit



Die Buchtipps in GGW wurden diesmal zusammengestellt von **Gunter Neubauer**, SOWIT – Sozialwissenschaftliches Institut Tübingen und Netzwerk Jungen- und Männergesundheit im Bundesforum Männer

Ringstraße 7
 72070 Tübingen
 Telefon: 07071 975813
 E-Mail: gunter.neubauer@sowit.de
 Web: sowit.de;
netzwerkmaennergesundheit.wordpress.com

Autoren/Titel	Inhalt
Stiftung Männergesundheit (Hrsg.) Sexualität von Männern Dritter Deutscher Männergesundheitsbericht	Der Situations- und Statusbericht fokussiert die sexuelle Gesundheit vom Jungen- bis zum Seniorenalter. Neben der Lebenslaufperspektive folgt er, immer unter dem Aspekt der Vielfalt von Männlichkeiten und Sexualitäten, historischen, medizinischen und sozialwissenschaftlichen Zugängen. In über 30 Beiträgen liefert der Bericht komprimierte Informationen über Forschungsstand und -bedarf sowie Empfehlungen zur Gesundheitsversorgung, -beratung und -aufklärung bei Männern. (Psychosozial-Verlag 2017)
Peter Kölln Männer im Betrieb(s)Zustand Der Praxisratgeber zur Männergesundheit	Der erfahrene Arbeitsmediziner gibt Anregungen, wie Männer im betrieblichen Kontext mit Präventionsangeboten und Gesundheitsförderung besser erreicht werden können. Auf Erfahrungsberichte, Reflexionen und Interviews folgt ein Praxisteil. Er diskutiert gelingende Gesundheitskommunikation mit Männern, gibt Praxisbeispiele und -tipps zur Männergesundheitsförderung und öffnet eine „Werkzeugkiste“ für die Arbeit mit Männern. (Universum Verlag 2014)
Wolfgang Harth, Elmar Brähler, Hans-Christian Schuppe (Hrsg.) Praxishandbuch Männergesundheit Interdisziplinärer Beratungs- und Behandlungsleitfaden	Das Buch versammelt zahlreiche Beiträge zu geschlechtsspezifischen Themen, mit denen Männer heute in die Beratung oder Sprechstunde kommen. In den Kapiteln Männerrollen, -probleme, -psyche, -sprechstunde sowie Komplementäre Männermedizin vermittelt es wissenschaftlich wie praktisch fundierte Informationen und gibt einen guten, fachübergreifenden Überblick zu männerbezogenen Beratungs- und Behandlungsstrategien. (MWV 2012)

Foto: privat

BURDEN 2020

Krankheitslast in den Regionen Deutschlands

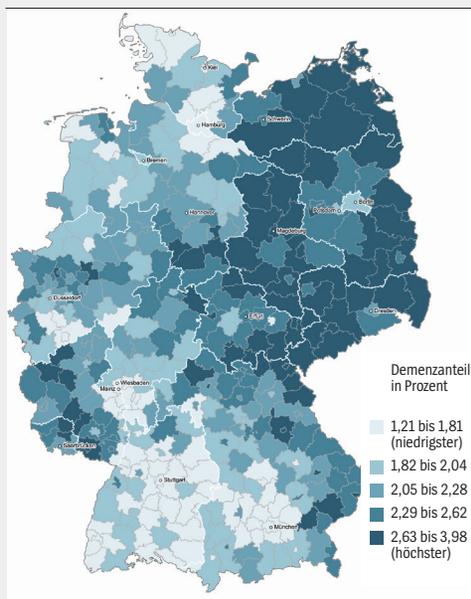
Wie gesund sind die Menschen in den Regionen Deutschlands? Im Projekt BURDEN 2020 soll mithilfe eines ganzheitlichen Konzepts zur Messung der Krankheitslast (Burden of Disease) für die in Deutschland lebende Bevölkerung untersucht werden, welchen Anteil einzelne Erkrankungen an den durch Tod verlorenen oder mit gesundheitlicher Beeinträchtigung verbrachten Lebensjahren haben. Dabei werden sowohl die Mortalität als auch der Schweregrad der Erkrankungen berücksichtigt und auch die dafür verantwortlichen Risikofaktoren identifiziert.

Das Projekt BURDEN 2020, gefördert vom Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses, wird zusammen vom Robert Koch-Institut, dem Umweltbundesamt und dem Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIDO) durchgeführt. Es knüpft an die internationale Global-Burden-of-Disease-Studie (GBD) an, die seit 1992 regelmäßig die Häufigkeit von Krankheiten und Todesfällen sowie die Bedeutung von Risikofaktoren wie Lebensstil oder Umweltbelastungen beziffert. BURDEN 2020 ermittelt die Krankheitslast für die Regionen in Deutschland, zunächst für eine Auswahl von überwiegend nicht übertragbaren Krankheiten. Wie in der GBD-Studie wird dabei eine Maßzahl (DALYs, also *disability adjusted life years*) verwendet, die sowohl verlorene als auch gesundheitlich beeinträchtigte Lebensjahre berücksichtigt.

Im Rahmen von BURDEN 2020 werden verschiedene Datenquellen wie amtliche Statistiken, Register-, Befragungs-, Routine- und Umweltdaten in einem Rechenwerk so aufbereitet, dass ein transparentes Informationssystem für die Regionen Deutschlands entsteht. Eine methodische Herausforderung stellt die Nutzung von kassenartenspezifischen Routinedaten dar, mit denen Aussagen über alle Einwohner Deutschlands getroffen werden sollen. Im Rahmen einer Forschungskoooperation kommt erstmals ein alters-, geschlechts- und morbiditätsadjustierendes Hochrechnungsverfahren zum Einsatz, das das WIDO in Zusammenarbeit mit der Universität Trier entwickelt hat. Es gleicht die AOK-spezifischen Unterschiede hinsichtlich der Erkrankungshäufigkeit

der Versicherten gegenüber der regionalen Wohnbevölkerung aus. Mit dem neuen Verfahren lassen sich damit auf Basis der vorliegenden Krankenkassen-Routinedaten auch kleinräumige Unterschiede der Krankheitshäufigkeit in der Bevölkerung zuverlässig darstellen. Als Ergebnis von BURDEN 2020 wird für Deutschland und seine Regionen ein neues, gesundheitsbezogenes Rechensystem zur Verfügung stehen, das es erlaubt, ein umfassendes Bild der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung in den Regionen zu zeichnen. Die Krankheitslastberechnung ermöglicht Prognosen oder auch Aussagen darüber, welche Ansätze und gesundheitspolitischen Maßnahmen zur Prävention und Versorgung von Krankheiten den größten Nutzen für die Bevölkerung versprechen. ■

Prävalenz von Demenzerkrankungen*



*In der deutschen Gesamtbevölkerung im Jahr 2016; alters-, geschlechts- und morbiditätsadjustierte Hochrechnung, basierend auf den Routinedaten aller AOK-Versicherten. Population: Personen in Privathaushalten, 18 Jahre und älter.

Quelle: Berechnungen Wido, Grafik: G+G Wissenschaft 2019



Foto: AOK-Bundesverband

Gabriela Brückner, Leiterin des Forschungsbereichs Integrierte Daten und Analysen beim WIDO

„Mit den Ergebnissen von BURDEN 2020 kann die regionale Planung von Präventionsangeboten und Versorgungsstrukturen unterstützt werden.“

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

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

Hüftprothesenwechsel

Mehr Risiken in Kliniken mit wenigen Operationen

Beim Austausch einer Hüftprothese sind Komplikationen keine Seltenheit. Eine Studie des WIdO ergab nun: Je häufiger ein solcher Prothesenwechsel in einer Klinik durchgeführt wird, desto seltener kommt es zu Komplikationen und Todesfällen.

Jeschke E et al.:
Low Hospital Volume
Increases Revision
Rate and Mortality
Following Revision Total
Hip Arthroplasty:
An Analysis of 17.773
Cases.
J Arthroplasty
2019;34(9):
2045–2050

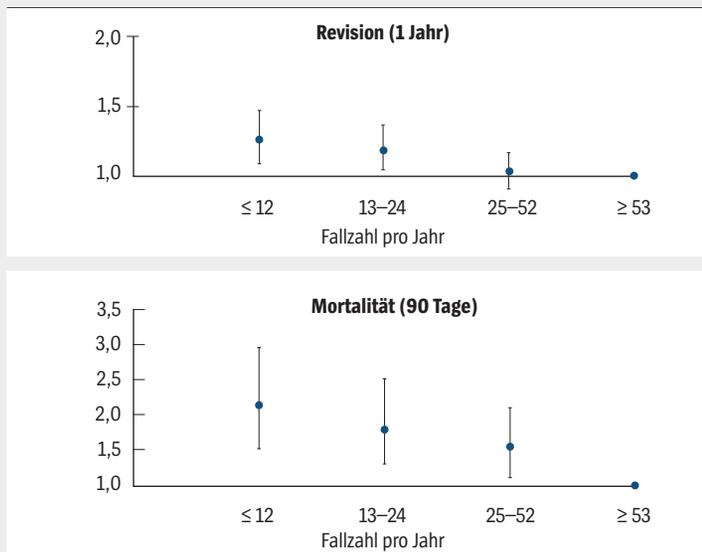
Im Jahr 2017 wurden in mehr als 1.100 Kliniken in Deutschland insgesamt rund 27.000 Hüftprothesen gewechselt. Nach Angaben des Instituts für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen fanden in 737 Kliniken weniger als 20 Operationen im Jahr statt, also weniger als zwei pro Monat. Der Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks ist ein komplexer medizinischer Eingriff, der operative Erfahrung und spezielle medizinische Logistik erfordert. Da sich nach dem Entfernen der alten Prothese das neue Implantat häufig nicht gut verankern lässt,

ist die Operation deutlich komplikationsträchtiger als der Ersteingriff. Für die Erstimplantation von Hüft- und Kniegelenksprothesen ist belegt, dass bei höheren Fallzahlen weniger Komplikationen auftreten. Beim Totalersatz des Kniegelenks gilt darum in Deutschland eine Mindestmenge von 50 Eingriffen pro Jahr. Für den Hüftprothesenwechsel liegen in der Literatur kaum Daten vor.

Das WIdO hat nun eine Studie zum Zusammenhang von Fallzahl und Qualität bei Hüftprothesenwechsel durchgeführt und im Journal of Arthroplasty publiziert. In die Sekundärdatenanalyse wurden insgesamt 17.773 Wechsel-OPs bei 16.376 AOK-Patienten eingeschlossen, die nicht durch eine Fraktur oder Infektion bedingt waren und zwischen Januar 2014 bis Dezember 2016 durchgeführt wurden. Innerhalb von 90 Tagen nach dem Eingriff verstarben 2,6 Prozent der Patienten; bei jeder siebten Operation musste binnen zwölf Monaten erneut operiert werden. In den AOK-Abrechnungsdaten zeigte sich, dass eine geringere Anzahl an Operationen pro Klinik mit einer höheren 90-Tages-Sterblichkeit und einer höheren Ein-Jahres-Revisionsrate assoziiert war. Verglichen mit Kliniken mit mindestens 53 Fällen pro Jahr war das Risiko zu versterben in Kliniken mit zwölf oder weniger Fällen 2,1-fach erhöht; das Risiko für eine Revision war um den Faktor 1,3 höher. Auch in Kliniken mit 13 bis 24 Eingriffen pro Jahr waren die Komplikationsraten erhöht.

Der Hüftprothesenwechsel ist ein gut planbarer Eingriff, für den man in Ruhe eine geeignete Klinik aussuchen kann. Die Studie legt nahe, dass ein Hüftprothesenwechsel in Kliniken mit höheren Fallzahlen seltener mit Komplikationen verbunden ist und daher in spezialisierten Zentren erfolgen sollte. Die Fallzahlen von AOK-Patienten mit Hüftprothesenwechsel in den einzelnen deutschen Krankenhäusern einschließlich der Komplikationsraten werden ab Oktober 2019 im Webportal AOK-Krankenhausnavigator veröffentlicht. Dort finden Patienten bereits Klinikergebnisse zu acht Operationen, für die das WIdO rund 800.000 Eingriffe in den Jahren 2015 bis 2017 ausgewertet und bis Ende 2018 nachbeobachtet hat. ■

Erhöhtes Risiko für Revision und Tod nach Hüftprothesenwechsel in Kliniken mit geringer Fallzahl



Odds Ratio* (mit 95-Prozent-Vertrauensbereich) für den Zusammenhang zwischen Fallzahl und Revision beziehungsweise Tod

* Adjustiert nach Alter, Geschlecht, BMI, Art der Revision, früheren Hüftgelenkswechseln, antithrombotischer Medikation vor der Operation und Komorbiditäten.

Quelle: Berechnungen WIdO auf Basis von AOK-Routinedaten 2014–2016. Grafik: G+G Wissenschaft 2019

DAS WIDO AUF KONGRESSEN: Dr. Melanie Schröder: „European Price Comparison for Patented Drugs“, PPRI Conference on Pharmaceutical Policies, Wien 10/2019 +++ Hanna Tillmanns: „Using R in a Health Insurance Company – Lessons Learned from Automating Reports“, satRday Berlin, Berlin 6/19

Die Weiterentwicklung der Vergütung der ambulanten ärztlichen Versorgung

von Anke Walendzik¹ und Jürgen Wasem²

ABSTRACT

Die ambulante ärztliche Versorgung als zentrales Element der gesamten medizinischen Versorgung ist vielfach entscheidend im Sinne einer Weichenstellung für oder gegen eine koordinierte sektorenübergreifende Behandlung von Patienten. Ein wesentlicher Ansatzpunkt zur Steuerung der ambulanten ärztlichen Versorgung stellt das Vergütungssystem in seinen Anreizwirkungen dar. Die aktuelle Vielfalt der ambulanten Vergütungssysteme wirkt nicht in Richtung einer bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Versorgung. Der Artikel diskutiert als Alternative ein gemeinsames Vergütungssystem für ambulante und ambulant erbringbare ärztliche Leistungen für Leistungserbringer aus allen Sektoren. Hierbei werden der Leistungsrahmen, der Mix der verwendeten Vergütungsformen, die Art der Kalkulation der Gebührenordnungspositionen, die Vergütungsadressaten, die Fragen der Budgetierung und des Zugangs zu Innovationen untersucht.

Schlüsselwörter: ärztliche Versorgung, ambulante ärztliche Versorgung, sektorenübergreifende Versorgung

Outpatient medical care is of prime importance within the system of health care delivery. What happens there is likely to set the course for or against coordinated care across sectors. An effective lever to control care delivery is the remuneration system and the incentives it sets. At present there are many and diverse remuneration systems. This makes it extremely difficult to achieve needs-oriented and economic delivery of care. This article discusses an alternative to the present situation: a common remuneration system for all service deliverers. It does not only cover all outpatient services, but also services, which can in principle be turned into outpatient services. Questions of the needed performance framework, combination of reimbursement schemes, method of calculating fee schedule items, included care deliverers, access to innovation, and possible budget caps are addressed.

Keywords: physician remuneration, outpatient medical care

1 Steuerung der ambulanten ärztlichen Versorgung im Gesundheitssystem

Die ambulante ärztliche Versorgung ist in vielfacher Hinsicht zentral für das gesamte gesundheitliche Versorgungssystem. So machen ambulante ärztliche Leistungen etwa 17,4 Prozent der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) aus (GKV-Spitzenverband 2019). Der medizinische Fortschritt hat ermöglicht, im Laufe der Zeit immer mehr ärztliche Leis-

tungen ambulant, das heißt ohne Krankenhausaufenthalt, zu erbringen. Gleichzeitig haben sich die unterschiedlichsten ambulanten Versorgungsformen seitens des Krankenhauses entwickelt (Leber und Wasem 2016).

Ein großer Teil der Inanspruchnahme in weiteren Sektoren kommt außerdem auf Überweisung aus dem ambulanten Bereich zustande, sodass dieser auch als Schaltstelle der medizinischen Versorgung gesehen werden kann. Dies ist umso wichtiger, als im Rahmen der ambulanten ärztlichen Behandlung auch vielfach die Bedingungen dafür gesetzt werden, ob

¹ Dr. rer. medic. Anke Walendzik, Universität Duisburg-Essen · Campus Essen · Fakultät für Wirtschaftswissenschaften · Thea-Leymann-Str. 9 · 45127 Essen
Telefon: 0201 1834545 · E-Mail: anke.walendzik@medman.uni-due.de

² Prof. Dr. Jürgen Wasem, Universität Duisburg-Essen · Campus Essen · Fakultät für Wirtschaftswissenschaften · Thea-Leymann-Straße 9 · 45127 Essen
Telefon: 0201 1834283 · E-Mail: juergen.wasem@uni-due.de

und wie intensiv der Patient überhaupt weitere Leistungen in Anspruch nehmen muss. Besonders deutlich wird das in der Diskussion um die ambulant-sensitiven Leistungen, das heißt beim Ansatz der Identifizierung von Krankenhausfällen, die durch rechtzeitige ambulante Interventionen vermeidbar gewesen wären (*Faisst und Sundmacher 2015*). Das Problem fehlender Informationsübermittlung und Koordination an den Sektorengrenzen des Gesundheitssystems kann ebenfalls zu großen Anteilen von hier aus adressiert werden.

Eine angemessene Steuerung des ambulanten Sektors ist insofern zentral. Wesentlichen Anteil an einer solchen Steuerung hat das Vergütungssystem mit seinen Anreizsetzungen. Im Folgenden soll deshalb zunächst – soweit für die hier zu behandelnde Thematik erforderlich – ein kurzer Überblick über die derzeitigen Vergütungssysteme in der ambulanten Versorgung gegeben werden. Darauf aufbauend stellen die Autoren in ihren Augen wesentliche Reformaspekte vor.

2 Vergütung in der ambulanten ärztlichen Versorgung im Status quo

Kernstück der ambulanten ärztlichen Leistungserbringung im GKV-System ist die kollektivvertraglich regulierte ambulante ärztliche Versorgung, mehrheitlich durch niedergelassene Vertragsärzte. Entsprechend ist das ambulante ärztliche Vergütungssystem korporativ geregelt. Es handelt sich um ein zweistufiges Vergütungssystem, das Pauschalierungen mit Einzelleistungsvergütung kombiniert. Die Pauschalierung auf Ebene der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) führt dabei zu Budgetierungen der Vergütung. Neben dem vertragsärztlichen Vergütungssystem hat der Gesetzgeber im Laufe der Jahre jedoch – gerade an der Grenze zum stationären Sektor – andere Versorgungsformen teilweise mit eigenen Vergütungssystemen installiert, die jeweils verschiedene Vergütungsformen nutzen. Einen Überblick über diese Versorgungsformen gibt Tabelle 1.

Die unterschiedlichen ambulanten Versorgungsformen unterscheiden sich nicht allein durch die Vergütungssysteme, sondern zusätzlich durch abweichende Regelungen im Rahmen der Bedarfs- und Kapazitätsplanung, der Qualitätssicherung und des Zugangs zu Innovationen.

Eine Alternative zum Kollektivsystem stellen außerdem Selektivverträge mit einzelnen beziehungsweise Gruppen von Leistungserbringern dar, die einzelnen Krankenkassen ermöglichen, neue Versorgungsformen und auch Vergütungsansätze zu implementieren. Der hier vorgelegte Artikel konzentriert sich allerdings wesentlich auf die Vergütungsgestaltung des Kollektivsystems.

Außerhalb des GKV-Systems gilt für Patienten der privaten Krankenversicherung (PKV) weiterhin das auf Einzelleistungsvergütung beruhende System der Gebührenordnung für Ärzte mit im Schnitt deutlich höherer Vergütung. Anreize aus dem dualen System von GKV und PKV sind jedoch ebenfalls nicht Thema dieses Artikels.

3 Anreizprobleme im Status quo

Grundsätzlich folgen die Anreize aus den beschriebenen vielfältigen Vergütungssystemen im Verhältnis zueinander nicht systematisch Qualitäts- oder Bedarfskriterien, sondern entstehen durch ein zufälliges Ergebnis der Verhältnisse historisch entstandener Vergütungsformen und -höhen zueinander (*Walendzik und Wasem 2019*). Dabei fehlen insbesondere weitgehend Anreize zu besserer Vernetzung der Behandlung und sektorenübergreifender medizinischer Versorgung. Leistungen werden möglichst, sofern für den konkreten Leistungserbringer wie zum Beispiel das Krankenhaus wählbar, dort erbracht, wo sie höher vergütet werden.

Nur in seltenen Fällen, wie zum Beispiel im Falle des relativ neuen Zuschlags für Kooperations- und Koordinationsleistungen in Pflegeheimen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) (*Bewertungsausschuss 2016*), werden Koordinationsleistungen explizit vergütet. Aus dem Vergütungssystem heraus sind außerdem wenig Anreize zur Unterstützung der Tendenz zu Netzwerkbildung, zu größeren Praxen und zur Angestelltentätigkeit festzustellen; und auch eine verstärkte Einbeziehung nicht ärztlicher Berufe, im Ausland teilweise als Lösungsansatz demografischer Herausforderungen praktiziert, wird nur relativ schwach unterstützt.

Unterschiedliche Formen und Höhen von Vergütungen für die gleiche Leistung innerhalb der ambulanten ärztlichen Versorgung im GKV-System regen die Auswahl der Versorgungsform nach Vergütungsniveau statt nach Wirtschaftlichkeit an. Ein Effizienzwettbewerb findet nicht beziehungsweise nur verzerrt statt.

Qualitätssicherungselemente sind vorwiegend auf die Strukturqualität und nur zu geringen Anteilen auf die Prozessqualität bezogen. Generell besteht keine Bindung der Vergütungsregelungen an eine leitliniengerechte Versorgung. Dazu kommt die bislang weitgehend fehlende Harmonisierung der Qualitätssicherung zwischen Leistungserbringern des ambulanten und des stationären Sektors.

In Hinblick auf die verschiedenen Vergütungssysteme innerhalb der ambulanten Leistungserbringung für GKV-Patienten erscheint es nicht begründet, dass die Leistungsumfänge alternativ dem Verbots- oder dem Erlaubnisvorbehalt un-

TABELLE 1

Überblick über weitere ambulante Versorgungsformen im GKV-System

Versorgungsform	Rechtsgrundlage
1. Im Rahmen des vertragsärztlichen Vergütungssystems (EBM) vergütete Leistungen	
Ambulantes Operieren	§ 115b SGB V
Geriatrische Institutsambulanzen	§ 118a SGB V
Ambulante Leistungen ermächtigter Krankenhausärzte	§ 116 SGB V
Ambulante Behandlung durch Krankenhäuser bei Unterversorgung	§ 116a SGB V
Ambulante Behandlung nach § 116b alt SGB V	§ 116b alt SGB V
2. Auf Basis eigener Vergütungsregelungen vergütete Leistungen	
Spezialfachärztliche Versorgung	§ 116b SGB V
Hochschulambulanzen	§ 117 SGB V
Psychiatrische Institutsambulanzen	§ 118 SGB V
Sozialpädiatrische Zentren	§ 119 SGB V
Pädiatrische Spezialambulanzen	§ 120 Abs. 1a SGB V
Medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung	§ 119c SGB V
Vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus	§ 115a SGB V
Notfallambulanzen/Portalpraxen	§ 75 Abs. 1b SGB V
Disease-Management-Programme (DMP)	§ 137f SGB V
3. Auf Basis der Vergütungssysteme stationärer Versorgungsformen	
Teilstationäre Behandlung ¹	§ 39 SGB V
Ein-Tages-Fälle ²	§ 39 SGB V
Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung	§ 115d SGB V

¹ Hier handelt es sich formal nicht um eine ambulante Versorgungsform, jedoch gegebenenfalls um eine alternative Abrechnungsform für ambulant erbringbare Leistungen.

² Auch hier handelt es sich formal nicht um eine ambulante Versorgungsform.

terliegen – je nach Versorgungssektor, nicht aber der Qualifikation des Leistungserbringers.

Anders als im System der Diagnosis Related Groups (DRG) beruht die Leistungsbewertung der weitaus meisten ambulanten Vergütungsformen auf normativen Kostenberechnungen und Verhandlungslösungen, nicht aber auf systematischen empirischen Erhebungen. So beruhen die Kostenannahmen

bei Kalkulation der Gebührenordnungspositionen (GOP) im Standardbewertungssystem (STABS) des EBM auf Einzelerhebungen, Schätzungen und auch häufig auf normativen Setzungen im Rahmen des Verhandlungsprozesses im Bewertungsausschuss. Reformen wie die derzeit geplante EBM-Reform zielen auf hieraus entstehende Unwuchten nur in zeitlich unregelmäßigen Abständen und unterliegen selbst kompromisshaften Lösungsansätzen.

4 Reformansätze

Auch die Politik hat erkannt, dass der ambulante Vergütungsbereich einer grundlegenden kritischen Analyse und darauf aufbauender Reformen bedarf. In dem Zusammenhang ist sowohl die Konstituierung der Wissenschaftlichen Kommission für ein modernes Vergütungssystem (KOMV) mit Schwerpunkt auf den Vergütungsordnungen für das duale Krankenversicherungssystem als auch der Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Sektorenübergreifende Versorgung“ zu sehen.

Dieser Artikel soll mögliche Reformelemente für die ambulante Vergütung im GKV-System diskutieren, ohne diese jedoch zu komplexen Reformmodellen zu aggregieren. Dabei erscheint eine weitgehende Vereinheitlichung der Vergütungsregelungen und damit verbunden auch der Regelungen zur Kapazitätsplanung, Qualitätssicherung und zum Innovationszugang für die verschiedenen Leistungserbringergruppen als Gebot der Stunde, um die oben beschriebenen problematischen Anreizsituationen zu bereinigen. Zu berücksichtigen ist allerdings, dass einzelne Versorgungsformen gezielt dazu angelegt sind, Zugangsprobleme in der kollektiven ambulanten Versorgung zu kompensieren und besondere Leistungsbedarfe zu erfüllen, so zum Beispiel die medizinischen Zentren für Erwachsene mit Behinderung (MZEB).

Ein vereinheitlichtes Vergütungssystem für ambulante und ambulant erbringbare Leistungen impliziert auch Veränderungen der Kapazitätsplanung und Qualitätssicherung, deren Ausgestaltung jedoch nicht Thema dieses Artikels ist. Es ist jedoch klar, dass Veränderungen des Vergütungssystems immer im Kontext der Gestaltung des Gesamtsystems vorzunehmen sind.

4.1 Leistungsrahmen eines vereinheitlichten Vergütungssystems für ambulante und ambulant erbringbare Leistungen

Die erste Frage, die sich bezüglich einer Vereinheitlichung der Vergütungssysteme für ambulante und – angesichts fortschreitender Ambulantisierung auch ambulant erbringbare – Leistungen stellt, ist die Abgrenzung eines Leistungsbereichs, innerhalb dessen Leistungen für alle Leistungserbringertypen gleich vergütet werden. Bislang in Form von Modellprojekten realisierte und viel diskutierte Ansätze fokussieren auf den Bereich der sowohl ambulant als auch stationär erbringbaren Leistungen und vergüten gezielt entsprechende Leistungen, wie zum Beispiel das TK-Modellprojekt der Hybrid-DRG. Das darauf aufbauende mittelfristige Ziel kann eine reguläre gemeinsame Vergütung für diesen Leistungsbereich sein (Sleziona 2018). Es stellt sich jedoch die Frage, ob nicht – gerade auch angesichts der Dynamik des medizinischen Fortschritts und der möglichen

Ambulantisierung weiterer medizinischer Leistungen – eine weitergehende Harmonisierung ambulanter und stationärer Vergütungssysteme anzustreben wäre (Herr et al. 2018). Besonders naheliegend erscheint die Einbeziehung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung, die ja auch eine Vereinheitlichung der Rahmenbedingungen ambulanter und stationärer Leistungserbringer anstrebt. Vorstellbar wäre auch der Einbezug aller fachärztlichen Leistungen, ausgenommen des grundversorgenden fachärztlichen Leistungsbereichs.

Da im Zuge des medizinischen Fortschritts sich die Abgrenzung im Laufe der Zeit verändern kann, ist insofern ein Auftrag des Gesetzgebers zur erstmaligen Abgrenzung und insbesondere zur regelmäßigen Anpassung des Leistungsumfangs, für den ein einheitliches Vergütungssystem Anwendung finden soll, an den Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) naheliegend.

Die Installierung eines neuen Leistungsbereichs impliziert immer die Möglichkeit der Entstehung zusätzlicher Schnittstellenprobleme. Insofern ist sorgfältig zu erwägen, inwieweit Vergütungsregelungen auch in den verbleibenden Vergütungssektoren angepasst werden sollten, sodass keine weiteren Hindernisse für integrierte Versorgungsprozesse entstehen.

4.2 Vergütungsformen

Verschiedene Vergütungsformen setzen jeweils an unterschiedlichen Tatbeständen der Auslösung für eine Vergütung ärztlicher Leistungen an und induzieren damit spezifische ökonomische Anreize für die Leistungserbringer (Chalkley und Malcolmson 2000; Christianson und Conrad 2011). Deren tatsächliche Reaktionsweise beziehungsweise die Stärke der ausgelösten Reaktion ist allerdings abhängig davon, inwieweit ihre ärztliche Tätigkeit durch finanzielle Nutzenerwägungen motiviert ist. Tabelle 2 zeigt im Überblick Anreizwirkungen typischer Vergütungsformen.

Da, wie aus der Tabelle ersichtlich, von keiner der einzelnen Vergütungsformen „ideale“ Anreizwirkungen hinsichtlich einer bedarfsgerechten Versorgung ausgehen, verwenden real existierende ärztliche Vergütungssysteme in der Regel eine Kombination unterschiedlicher Vergütungsformen. Dies wird auch von der gesundheitsökonomischen Theoriebildung kommandiert (Newhouse 1996). Zusätzlich ist zu beachten, dass bei vorrangiger Verwendung einer Vergütungsform deren konkrete Umsetzung so zu gestalten ist, dass die problematischen Anreizwirkungen möglichst minimiert werden. So ist bei der Wahl stärker pauschalierter Vergütungssysteme zu bedenken, dass die Pauschalen ausreichend differenziert kalkuliert sind, um Anreize zur Risikoselektion zu minimieren.

TABELLE 2

Vergütungsformen und ihre Anreizwirkungen

Vergütungsform	Funktionsprinzip	Anreizwirkung
Einzelleistungsvergütung	Vergütung einzeln definierter Leistungen, wie zum Beispiel eine Impfung oder Untersuchung	Maximierung der erbrachten Leistungen, kein Qualitätsanreiz
Fallpauschale	Pauschalierte Vergütung aller Leistungen für einen medizinisch (Diagnose) oder zeitlich abgegrenzten Fall	Maximierung der Fälle, Minimierung der pro Fall erbrachten Leistungen, kein Qualitätsanreiz, gegebenenfalls Anreiz zur Risikoselektion
Kopfpauschale	Vergütung „pro Kopf“ für einen für eine Periode eingeschriebenen Patienten	Maximierung der eingeschriebenen Patienten, Minimierung des Aufwands pro Patient, kein Qualitätsanreiz, gegebenenfalls Anreiz zur Risikoselektion
Gehalt	Vergütung nach Arbeitszeit	Minimierung des Aufwands, kein Qualitätsanreiz
Pay for Performance	Vergütung nach Qualitätsparametern der erbrachten Leistung	Qualitätsanreiz, gegebenenfalls Anreiz zur Risikoselektion und zur Vernachlässigung nicht incentivierter Qualitätsdimensionen

Quelle: nach Walendzik et al. 2013; Grafik: G+G Wissenschaft | 2019

Bei der Kalkulation von kostenorientierten Gebührenordnungspositionen stellt sich – unabhängig von der gewählten grundsätzlichen Vergütungsform – die Frage, wie mit fixen und sprungfixen Kostenanteilen umzugehen ist. Der Einbezug der Fixkosten in die kostenbasierte Kalkulation von Gebührenordnungspositionen führt, wenn eine höhere Menge an entsprechenden Leistungen oder Leistungskomplexen oder Fällen als in der Kalkulation erbracht wird, zu überproportionalen Mehrerlösen für die Leistungserbringer und somit zu ökonomischen Mengenanreizen. Diesem Effekt kann durch die Begrenzung der Erstattung der Fixkosten in der Gebührenordnung entgegengewirkt werden. Entsprechend beauftragt auch das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) den Bewertungsausschuss, Leistungen mit hohem technischen Leistungsanteil so festzulegen, dass die Punkte, die im EBM für diese Leistungen vergeben werden, ab einem bestimmten Schwellenwert mit zunehmender Menge sinken.

Wird auf die Einzelleistungsvergütung als dominierendes Vergütungselement gesetzt, so könnte die Kombination mit konsequent umgesetzter Fixkostendegression dazu beitragen, die Anreize zur Leistungsausdehnung zu minimieren (Neumann et al. 2014). Die Gestaltung der Fixkostendegression ist einerseits möglichst praktikabel und wenig einzelneitlich umzusetzen, andererseits aber so, dass Gesprächsleistungen nicht systematisch benachteiligt werden. Abbildung 1 beschreibt ein mögliches Modell.

Da die positiven Auswirkungen von Elementen von Pay for Performance (P4P) nach wie vor nicht klar nachgewiesen sind, empfiehlt es sich, P4P nur dosiert und jeweils kombiniert mit einer Evaluation der Effekte einzusetzen.

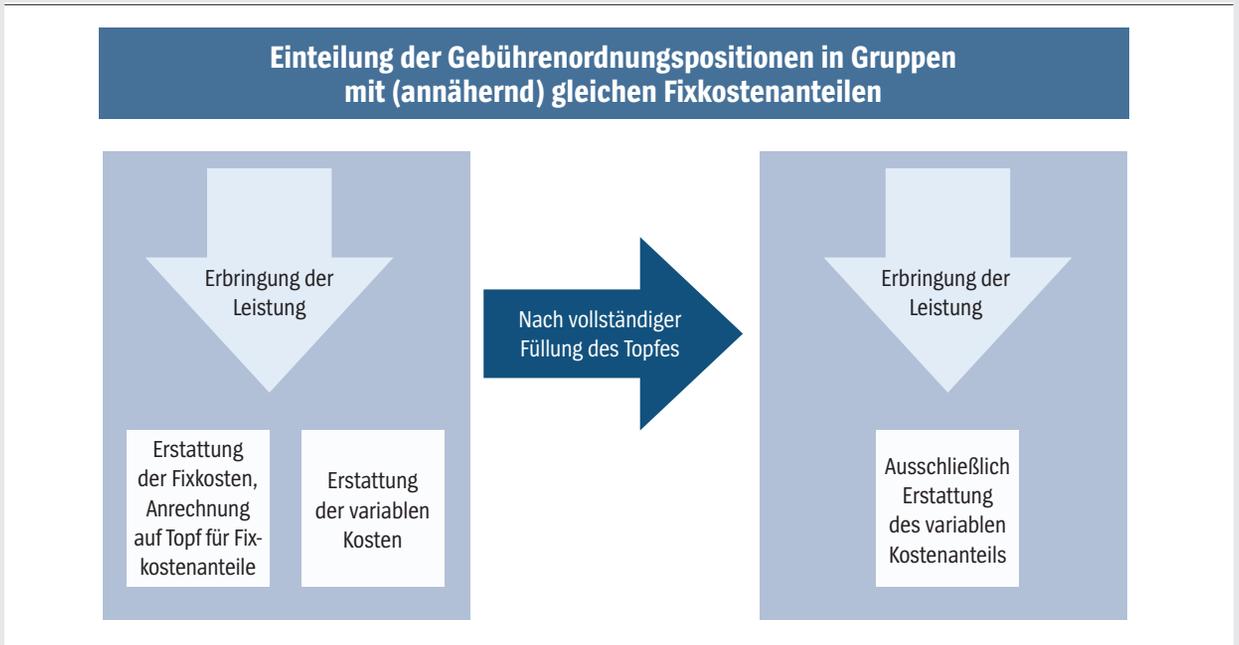
4.3 Kalkulation

Wie schon oben erwähnt, ist eine wesentliche Problematik des bisherigen ambulanten ärztlichen Vergütungssystems die schwache empirische Basierung der Kalkulation. Ein neues gemeinsames Vergütungssystem für ambulante und ambulant erbringbare Leistungen sollte insofern diese Schwäche überwinden. Ein gestärktes Vergütungsinstitut könnte hier die sektorenübergreifende Vergütung, basierend auf einem System empirisch ermittelter Kosten, gestalten. Es würde sich anbieten, hierzu die bisherigen Vergütungsinstitute der Sektoren, das Institut des Bewertungsausschusses (InBA) und das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK), zu fusionieren.

Für eine empirisch basierte Kalkulation müssten ambulante Kalkulationspraxen zusätzlich zu den bisherigen Kalkulationskrankenhäusern rekrutiert werden. Für die Kalkulation der GOP ist außerdem die Frage des jeweiligen Tarifgebers zu klären, die durch die unterschiedlichen Kostenstrukturen in den Sektoren noch gravierender als zwischen niedergelassenen Arztgruppen erscheint. Um eine stetige Entwicklung der GOP zu gewährleisten, sollten die Kostenstrukturen der we-

ABBILDUNG 1

Mögliches Modell der Umsetzung einer Fixkostendegression



In diesem Modell wird in Gruppen von Gebührenordnungspositionen mit (annähernd) gleichen Fixkostenanteilen jeweils ein Topf für eben diese Fixkostenanteile eingerichtet. Ist dieser voll, so werden ab dann nur noch die variablen Kostenanteile erstattet. Dies mindert den Anreiz zur Leistungsausweitung.

Quelle: eigene Darstellung; Grafik: G+G Wissenschaft 2019

sentlichen Leistungserbringergruppen in gleitenden Durchschnitten unterlegt und diese regelmäßig den Verhältnissen in der Leistungserbringung angepasst werden.

4.4 Budgetierung

Die Budgetierung der Vergütung als Instrument der Kostenbegrenzung und die daraus resultierende Honorarverteilung durch die KVen ist seit ihrer Einführung 1993 Gegenstand heftiger Kritik – insbesondere seitens der Ärzteschaft. Daran haben auch die morbiditätsbedingte Weiterentwicklung der Gesamtvergütung seit 2009 und der inzwischen beträchtliche Anteil extrabudgetärer Leistungen wenig geändert. Die Gesetzesänderungen des TSVG erhöhen noch einmal den Anteil extrabudgetärer Leistungen, zum Beispiel über die extrabudgetäre Vergütung der an neuen Patienten erbrachten Leistungen.

Inwiefern eine Budgetierung auch im Bereich der ambulanten und ambulant erbringbaren Leistungen grundsätzlich aufrechterhalten bleiben muss, hängt ab von der Anreizwirkung der gewählten Vergütungsformen und kann nur nach sorgfältiger Evaluation getroffen werden.

Bei Entscheidung für ein Weiterbestehen der Budgetierung, also letztlich für eine Form von Pauschalierung des ärztlichen Honorars auf einer Ebene oberhalb der eigentlichen Gebührenordnung, wären verschiedene Reformoptionen gegenüber der Gestaltung der bisherigen vertragsärztlichen Versorgung denkbar. Diese könnten sich sowohl auf die Ebene des Gesamtbudgets und seiner morbiditätsbedingten Verteilung zwischen den Regionen beziehen, wo die morbiditätsorientierte Angleichung der Budgets bisher wesentlich eklektisch erfolgte und systematischer angegangen werden könnte. Sinnvoll könnte es auch sein, die Honorarverteilung an Arztgruppen und einzelne Leistungserbringereinheiten morbiditätsorientiert vorzunehmen und damit dem Spiel der Kräfte der interessierten ärztlichen Gruppen zu entziehen (Walenzik 2011; Walenzik und Lungen 2018).

4.5 Zugang zu Innovationen

Die Möglichkeit der Erbringung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden ist bisher mit wenigen Ausnahmen vom Sektor der Leistungserbringung abhängig. Sachgerechter erscheinen Lösungen, die diese Kompetenz an strukturelle Voraussetzungen binden (Walenzik et al. 2019). Auch

unter den Bedingungen eines Wettbewerbs zwischen Leistungserbringern aus verschiedenen Sektoren erscheint es wenig sinnvoll, die Erlaubnis zur Erbringung und die Vergütung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden an die ärztliche Sektorenzugehörigkeit zu knüpfen.

Die Geltung des Verbots- statt des Erlaubnisvorbehalts könnte stattdessen an vom GBA festzulegende Qualitätsvoraussetzungen insbesondere der Strukturqualität gebunden werden. Denkbare Voraussetzungen wären zum Beispiel einzeln oder in Kombination

- das Vorliegen einer persönlichen Weiterbildungsbefugnis in bestimmtem Umfang im Fachgebiet des Arztes,
- der Nachweis von Mindestmengen bei nachweisbarer Evidenzbasierung,
- die Anbindung an spezialisierte Netzwerke, Zentren, Mindestkooperationen etc. (Walendzik und Wasem 2019).

4.6 Anreize zu sektorenübergreifender Versorgung

Versteht man die ambulante ärztliche Versorgung als Schaltstelle der medizinischen Versorgung insgesamt, so kann es nicht ausreichen, einen neuen Sektor zu schaffen, innerhalb dessen die gleichen Bedingungen für unterschiedliche Leistungserbringertypen herrschen. Denn letztlich ist ein wesentliches Ziel auch eine bessere Koordinierung der Gesamtbehandlung.

Koordinierungsanreize sind auf verschiedenen Wegen gestaltbar. Einerseits ist es möglich, Koordinierungsarbeiten gezielt über die Vergütung zu fördern über entsprechende Einzelleistungsvergütungen. Andererseits ist aber auch zu überprüfen, inwiefern eine gezieltere Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringerguppen, sei es innerhalb eines Sektors oder sektorenübergreifend, durch Vergütungsmodelle mit einer veränderten Adressatenstruktur zu erreichen ist.

Hierbei ist zunächst die Vergütung in der spezialfachärztlichen Versorgung zu überdenken. Zwar setzt diese zum Beispiel im Bereich der Onkologie sektorenübergreifende Teams voraus, allerdings gibt es keine Vorgaben für die Art der Kooperation. Möglicherweise ließen sich hier Impulse setzen durch eine teamorientierte Vergütung statt einer Vergütung der einzelnen Leistungserbringereinheit. Denkbar wären solche teamorientierten Vergütungsansätze zum Beispiel auch bei der Vergütung der Behandlung chronischer Erkrankungen durch Behandler teams.

5 Ausblick

Die Einführung eines gemeinsamen Vergütungssystems für ambulante und ambulant erbringbare Leistungen bedarf Entscheidungen über verschiedene Gestaltungselemente, deren Wirkweise nicht unabhängig voneinander zu sehen ist. So wird es unter anderem von der Kombination der Vergütungsformen abhängen, inwieweit eine Budgetierung mittelfristig vermieden werden kann. Die Dynamik der Leistungsreichsabgrenzung wird eine laufende Flexibilität der Anpassung der Vergütungsregelungen erfordern. Grundlegende Nebenbedingung eines Reformprozesses, der einen weiteren Vergütungssektor konzipiert, muss es sein, hier keine weiteren Schnittstellenprobleme zu erzeugen, die zu einer noch stärkeren Fragmentierung der Versorgung führen. Insofern sind erstens kooperationsfördernde Elemente in das Vergütungssystem einzubauen, zweitens ist aber auch die Frage zu stellen, welche Harmonisierungsschritte im verbleibenden vertragsärztlichen Vergütungssystem sinnvoll wären. Für welche Systemveränderungen im Bereich der ambulanten ärztlichen Vergütung der Gesetzgeber sich auch entscheiden mag, wesentlich erscheint es, die Folgen sorgfältig zu evaluieren, um gegebenenfalls gezielte Feinadjustierungen vornehmen zu können.

Literatur

Bewertungsausschuss (2016): Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 376. Sitzung am 22. Juni 2016 mit Wirkung zum 1. Juli 2016; institut-ba.de/ba/babeschluss/2016-06-22_ba376_7.pdf

Chalkley M, Malcolmson J (2000): Government Purchasing of Health Services. In: Culyer AJ, Newhouse JP (Hrsg.): Handbook of Health Economics. Amsterdam: North Holland, 847–884

Christianson JB, Conrad, D (2011): Provider Payment and Incentives. In: Glied S, Smith PC (Hrsg.): The Oxford Handbook of Health Economics. Oxford: Oxford University Press, 624–648

Faisst C, Sundmacher L (2015): Ambulant-sensitive Krankenhausfälle: Eine internationale Übersicht mit Schlussfolgerungen für einen deutschen Katalog. Das Gesundheitswesen, Vol. 77, No. 3, 168–177

GKV-Spitzenverband (2019): Ausgaben für einzelne Leistungsbereiche der GKV 2018 in Prozent; gkv-spitzenverband.de → Über uns Presse → Zahlen und Graphiken → GKV-Kennzahlen

Herr D, Messerle R, Schreyögg J (2018): Status quo und gesundheitspolitischer Reformbedarf im ambulanten Vergütungssystem. Gesundheits- und Sozialpolitik, Jg. 72, Heft 4–5, 8–15

Leber WD, Wasem J (2016): Ambulante Krankenhausleistungen – ein Überblick, eine Trendanalyse und einige ordnungspolitische Anmerkungen. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J (Hrsg.): Krankenhausreport 2016. Stuttgart: Schattauer

Neumann K et al. (2014): Reform der ärztlichen Vergütung im ambulanten Sektor. Prüfung der Machbarkeit. Berlin: IGES

Newhouse JP (1996): Policy Watch: Medicare. Journal of Economic Perspectives, Vol. 10, No. 3, 159–167

Sleziona M (2018): TK-Vergütungsmodell. Schneise im Dschungel. Interview mit T. Ballast, Vorstand TK. f&w: Führen und Wirtschaften im Krankenhaus, Jg. 35, Heft 2, 160–162

Walendzik A (2011): Diagnoses-Based Risk Adjustment in the German Remuneration System for Outpatient Medical Care. IBES-Diskussionsbeitrag Nr. 190. Essen: Universität Duisburg-Essen

Walendzik A et al. (2013): Ambulante ärztliche Versorgung. In: Wasem J, Staudt S, Matusiewicz D (Hrsg.): Medizinmanagement. Grundlagen und Praxis. Berlin: Medizinische Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 309–340

Walendzik A, Lungen M (2018): Ökonomische Fundierung des Vergütungssystems oder Ökonomisierung der Medizin. Gesundheits- und Sozialpolitik, Jg. 72, Heft 4–5, 22–28

Walendzik, A, Noweski M, Pomorin N, Wasem J (2019): Belegärztliche Versorgung: Historie, Entwicklungsdeterminanten und Weiterentwicklungsoptionen. IBES-Diskussionsbeitrag Nr. 227, Essen, Mai 2019

Walendzik A, Wasem J (2019): Ärztliche Vergütung ambulanter und ambulant erbringbarer Leistungen: Gesundheitspolitisch zielgerechte Integrationsmodelle über sektorale Leistungsträger und Finanzierungssysteme; bertelsmann-stiftung.de → Themen → Gesundheit → Publikationen

(letzter Zugriff auf alle Internetquellen: 6. September 2019)

DIE AUTOREN



Frau Dr. rer. medic. Anke Walendzik,

Jahrgang 1956, studierte zunächst in Köln und Warschau und ist Volkswirtin sozialwissenschaftlicher Richtung. Sie arbeitete 22 Jahre bei der Bundesagentur für Arbeit. Ihre Promotion schrieb Walendzik an der Universität Duisburg-Essen. Dort leitet sie seit 2009 die Arbeitsgruppe Gesundheitssystem, Gesundheitspolitik und Arzneimittelsteuerung am Lehrstuhl für Medizinmanagement. Einer ihrer langjährigen Arbeitsschwerpunkte ist die ambulante ärztliche Vergütung. Außerdem beschäftigt sie sich vertieft mit Gesundheitssystemvergleichen, Arzneimittelpolitik und Finanzierungsfragen des Gesundheitssystems.



Prof. Dr. rer. pol. Jürgen Wasem,

Jahrgang 1959, ist seit 2003 Inhaber des Lehrstuhls für Medizinmanagement der Fakultät für Wirtschaftswissenschaften der Universität Duisburg-Essen. Er studierte Wirtschaftswissenschaften sowie Politikwissenschaft, promovierte an der Universität Köln und habilitierte an der Universität Bielefeld. Wasem bekleidete Professuren an der Ludwig-Maximilians-Universität in München (1997 bis 1999) und an der Universität Greifswald (1999 bis 2003). Von 2009 bis 2018 war er Vorsitzender des Wissenschaftlichen Beirats zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs beim Bundesversicherungsamt.

Internationale Perspektive auf Teamarbeit in der Primärversorgung

von Markus Herrmann¹ und Kerstin Hämel²

ABSTRACT

International lässt sich eine zunehmende Tendenz zur Reform der Primärversorgung beobachten. Die Organisation in multiprofessionellen Teams spielt dabei eine große Rolle, gerade auch im ländlichen Bereich, um den Anforderungen einer älter und multimorbider werdenden Gesellschaft gerecht zu werden. Am Beispiel von Neuseeland und Spanien werden diese neuen Entwicklungen aufgezeigt. Anschließend werden Erfahrungen in der Konzeptentwicklung eines kommunal eingebundenen Gesundheitszentrums in Sachsen-Anhalt dargestellt, das eine patientenzentrierte, kontinuierliche Versorgung auf der Basis eines multiprofessionellen Teams aus Gesundheits- sowie Sozialberufen auf Augenhöhe bieten soll. Abschließend wird summiert, welche nächsten Schritte für die Entwicklung multiprofessioneller Primärversorgung in Deutschland erforderlich sind.

Schlüsselwörter: Primärversorgung, Allgemeinmedizin, Pflege, multiprofessionelle Teams

Internationally, there is an increasing trend towards rebuilding primary health care. The organization in multiprofessional teams plays an important role, especially in rural areas, in order to meet the requirements of an older and multimorbid society. The examples of New Zealand and Spain show these new trends. Subsequently, experiences in the concept development of a communally embedded interprofessional health care centre in Saxony-Anhalt will be presented. It offers patient-centred, continuous care by forming a multiprofessional team of health and social professions on equal footing. Finally, the next steps necessary for the development of multiprofessional primary health care in Germany are sketched.

Keywords: primary health care, general practice, family practice, nursing, multi-professional health care teams

1 Einleitung

International lässt sich eine zunehmende Tendenz zur Reform oder zum Neuaufbau der Primärversorgung beobachten. Dabei zeigt sich, dass Länder mit einer bereits bestehenden stärkeren Ausrichtung des Gesundheitswesens auf die Primärversorgung wie Brasilien, Finnland, Neuseeland oder Portugal an einer Konsolidierung dieser Versorgungsebene arbeiten, während sich andere Länder wie Deutschland, Österreich oder Schweiz schwertun, überhaupt erst einmal die medizinische Versorgung mehr in den primären Sektor zu verlagern. Primärversorgung ist in Deutschland im Unterschied zu skandinavischen oder südeuropäischen Ländern

bislang weiterhin stark arzt- und medizindominiert. Doch droht ein Nachwuchsmangel, besonders in ländlichen Regionen. Neue Konzepte der multiprofessionellen Primärversorgung könnten dazu beitragen, die Primärversorgung in Deutschland zu stärken und auch für Hausärzte wieder attraktiver zu machen (*van den Bussche 2019*).

Heute stehen Interdisziplinarität, Partizipation und Gemeindeorientierung in der Primärversorgung weit oben auf der globalen gesundheitspolitischen Agenda (*JKMG 2015*). In Deutschland haben diese zentralen Aspekte bisher nicht den Weg aus programmatischen Diskursen in die Wirklichkeit der Primärversorgung geschafft.

¹Prof. Dr. med. Markus Herrmann MPH, M. A., Institut für Allgemeinmedizin · Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg · Leipziger Straße 44 · 39120 Magdeburg · Telefon: 0931 6721009 · E-Mail: markus.herrmann@med.ovgu.de

²Prof. Dr. rer. soc. Kerstin Hämel, Fakultät für Gesundheitswissenschaften · Universität Bielefeld · Universitätsstraße 25 · 33615 Bielefeld · Telefon: 0521 1063894 · E-Mail: kerstin.haemel@uni-bielefeld.de

TABELLE 1

Regionale und demografische Merkmale von Neuseeland, Spanien und Deutschland

	Neuseeland	Spanien	Deutschland
Anzahl der Einwohner (2018)	4,9 Millionen	46,7 Millionen	82,9 Millionen
Lebenserwartung ab Geburt (2017)	81,9 Jahre	83,4 Jahre	81,1 Jahre
Bevölkerungsdichte (2018)	18,44 Einwohner pro km ²	92,82 Einwohner pro km ²	234,34 Einwohner pro km ²
Bevölkerungsanteil ländliche Regionen (2017)	9,01 %	3,44 %	15,71 %
Bevölkerung 65 Jahre und älter (2015/2050)	14,6 %/23,9 %	18,6 %/36,8 %	21,2 %/30,0 %
Bevölkerung 80 Jahre und älter (2015/2050)	3,6 %/9,3 %	6,0 %/13,9 %	5,7 %/12,8 %

Trotz der unterschiedlichen Größe und Struktur teilen die drei Länder grundlegende Herausforderungen der Primärversorgung. Dazu gehören insbesondere die Alterung der Bevölkerung und Probleme der Sicherstellung der Versorgung in ländlichen und benachteiligten Gebieten.

Quelle: eigene Darstellung basierend auf OECD, Stat 2019; Grafik: G-C Wissenschaft 2019

2. Beispiel Neuseeland

2.1 Primary Health Care in Neuseeland

Neuseeland ist mit 4,9 Millionen Einwohnern im Vergleich zu Deutschland und Spanien ein kleines Land, das aber ausgedehnte, sehr dünn besiedelte Regionen umfasst (siehe Tabelle 1).

Das Gesundheitssystem in Neuseeland ist durch eine wichtige Rolle der Primärversorgung geprägt, die in den vergangenen zehn Jahren noch stärker geworden ist, indem der Staat eine koordinierende und teilweise auch finanzierende Funktion wahrnimmt. Das Gesundheitswesen des Inselstaats ähnelt anderen Systemen mit zentraler Primary-Health-Care-Komponente. Medizinische Behandlung ist an die Registrierung in einer Einrichtung der Primärversorgung geknüpft. Der Anteil der Beschäftigten in der Primärversorgung ist hoch, der Zugang zu weiterführender Versorgung setzt eine hausärztliche Überweisung oder Lotsenfunktion voraus und die Finanzierung der Gesundheitsversorgung erfolgt bevölkerungsbezogen (siehe Tabelle 2).

Viele, aber nicht alle Primärversorgungseinrichtungen sind hausärztliche Gemeinschaftspraxen mit mehreren Allgemeinärzten, Pflegekräften, Empfangspersonal und Verwaltungsmitarbeitern, um für die eingeschriebene Bevölkerung aller Altersgruppen als erste Anlaufstelle eine umfassende, kontinuierliche und koordinierte Gesundheits-

versorgung sicherzustellen (Cumming et al. 2014). Die Sicherstellung der Grundversorgung wäre für den Großteil der Bevölkerung nicht ohne eine zunehmend engere Zusammenarbeit von medizinischem und Pflegepersonal wie auch anderen Leistungserbringern möglich (Pullon et al. 2009).

In der Primärversorgung gibt es mehr Pflegekräfte (*primary care practice nurses*) als Hausärzte. Pflegekräfte arbeiten in der Regel selbstständig und haben einen eigenen Aufgabenbereich. Auch wenn nicht alle Pflegenden zu allen Aufgaben befähigt sind, umfasst ihre Tätigkeit die selbstständige Beratung zur Raucherentwöhnung, die Entnahme und Verfolgung von Zervixabstrichen, Wachstumsprogramme und Impfungen bei Kindern sowie Wundversorgung einschließlich Hautnaht. Die Pflegekräfte arbeiten gemeinsam mit den Ärzten bei der Versorgung akuter Erkrankungen. Eine kleinere Zahl von Pflegenden mit einem Master-Abschluss und breiteren Tätigkeitsbereichen ist in der Grundversorgung tätig (Pullon und Herrmann 2014). Trotz einer 35-jährigen Geschichte von Pflegekräften in der Primärversorgung und der schrittweisen Entwicklung (semi-)autonomer Rollen besteht allerdings weiterhin Verbesserungspotenzial bei der Teamarbeit im Zusammenhang mit der komplexen Patientenversorgung (Pullon et al. 2011).

2.2 Aus- und Weiterbildung für die Grundversorgung

Der neuseeländische Ansatz der primärversorgungsorientierten Ausbildung in den vergangenen 30 Jahren zeichnete sich aus durch den Aufbau einer umfassenden, gut

TABELLE 2

Merkmale der Primärversorgung in Neuseeland, Spanien und Deutschland

Merkmal	Neuseeland	Spanien	Deutschland
Finanzierung des Gesundheitssystems	Steuern	Steuern	Sozialversicherung
Einrichtungen der Primärversorgung	Privat- und Gemeinschaftspraxen	Gesundheitszentren	Privat- und Gemeinschaftspraxen
Trägerschaft der Primärversorgungseinrichtungen	überwiegend privat, teilweise öffentlich	überwiegend öffentlich, teilweise privat	privat
Freie Wahl des Hausarztes	ja	ja	ja
Registrierung bei einem Hausarzt	verpflichtend	verpflichtend	freiwillig
Gatekeeping des Hausarztes	ja	ja	optional

Bei der Organisation der Primärversorgung zeigen sich zwischen Neuseeland und Spanien auf der einen und Deutschland auf der anderen Seite deutliche Unterschiede bei der Finanzierung des Gesundheitssystems, der Registrierung beim Hausarzt und dem Gatekeeping durch den Hausarzt.

organisierten Weiterbildung für Allgemeinärzte. Anders als Deutschland legt Neuseeland seit mehr als 15 Jahren bereits zu Beginn der medizinischen und pflegerischen Ausbildung einen Schwerpunkt auf die Primärversorgung und die Anerkennung des Potenzials von Pflegekräften sowie anderen medizinischen Fachkräften. Studierende der Medizin, der Pflege und teilweise auch anderer Gesundheitsberufe haben Gelegenheit, klinische Praktika in kleinen ländlichen Krankenhäusern und Gesundheitszentren der Primärversorgung zu absolvieren. Die beiden medizinischen Fakultäten Neuseelands bieten ihren Studierenden die Möglichkeit, für längere Zeit in das Leben auf dem Lande einzutauchen, wo sie unter Aufsicht und Anleitung erfahrener Kollegen in kleineren ländlichen Gemeinden leben und lernen. Aktuelle Beispiele dafür sind sechs- bis zwölfmonatige Praxisphasen in ländlichen Gesundheitszentren für fortgeschrittene Studierende (Farry et al. 2010). Ein weiterer Ansatz bringt angehende Diätberater, Zahnärzte, Pflegekräfte, Mediziner, Pharmazeuten sowie Ergo- und Physiotherapeuten im Rahmen integrierter fünfwöchiger Rotationen in abgelegenen ländlichen Gebieten zusammen. Die Studierenden lernen in dieser multiprofessionellen Ausbildung mit-, von- und übereinander die klinischen Fertigkeiten (Freeth et al. 2002), indem sie in Teams arbeiten, ihr Verständnis von Gesundheitsbelangen der Bevölkerung, hier speziell der vulnerablen Gruppe der Maori, vertiefen und Grundzüge der Versorgung bei chronischen Erkrankungen anwenden (Pullon und Lawrenson 2012). Für angehende Ärzte ist klinische Erfahrung in der Allgemeinmedizin integraler Bestandteil der Lehrpläne in der Mediziner Ausbildung.

Zusätzliche universitäre Fortbildungen in Primary Health Care stehen im ganzen Land zur Verfügung. Mehrere postgraduale Diplom- und Master-Programme sind professionsübergreifend. Sie erlauben Allgemeinärzten, Pflegekräften und anderen in der Primärversorgung tätigen Gesundheitsberufen wie beispielsweise Apothekern, gemeinsam zu lernen und so ihre berufsübergreifende Zusammenarbeit zu verbessern (Pullon und Herrmann 2014).

Bei der Pflegeausbildung in Neuseeland ist der Schwerpunkt Primärversorgung im dreijährigen grundständigen Bachelorstudium beachtlich und umfassend. Für die Berufsanerkennung müssen Pflegekräfte nach dem Studienabschluss ein klinisches Praxisjahr absolvieren. Danach sind postgraduale Weiterbildungen für verschiedene Tätigkeiten in der Primärversorgung verfügbar, aber nicht obligatorisch. Tatsächlich lernen die meisten Pflegekräfte vieles während der Berufsausübung. In den vergangenen Jahren haben jedoch zusätzliche Zertifizierungsanforderungen zu einer starken Zunahme von Kurzlehrgängen für aufgabenbasierte Fertigkeiten wie für Impfungen oder die Entnahme von Zervixabstrichen geführt, sodass heute viele examinierte Pflegekräfte hier sehr gut qualifiziert sind. Trotz dieser Entwicklungen gibt es für neuseeländische Pflegekräfte in der Primärversorgung oft keinen definierten Karrierepfad und sie müssen die Kosten für alle postgradualen Fortbildungen meist privat tragen (McKinlay 2006). Dennoch zeigen Pflegekräfte in ihrer alltäglichen Praxis, dass sie sich effektiv und umfassend in die Patientenversorgung und Praxistätigkeit einbringen (Pullon und Herrmann 2014).

3. Beispiel Spanien

3.1 Primärversorgung in Spanien

Die Primärversorgung in Spanien, einem der bevölkerungsreichsten EU-Länder mit hoher Lebenserwartung (siehe Tabelle 1), zeichnet sich im internationalen Vergleich durch einen guten Zugang für die Bevölkerung, eine robuste Organisation und ein hohes Qualifikationsniveau der praktizierenden Fachkräfte aus (Kringos et al. 2015; Dedeu et al. 2015). Allerdings war das staatliche Gesundheitswesen – und überproportional die Primärversorgung – von Budgetkürzungen nach der Finanzkrise von 2008 stark betroffen (Bernal-Delgado et al. 2018). Das Gesundheitssystem ist steuerfinanziert und der Zugang kostenfrei, wobei Hausärzte auch in Spanien Gatekeeper zu spezialisierten Versorgungseinrichtungen sind (siehe Tabelle 2).

Primärversorgung wird in Spanien in multiprofessionellen Gesundheitszentren sichergestellt. 1984 als Centros de Salud eingeführt, sind heute 3.039 solcher Zentren über das gesamte Land verteilt. Für einen wohnortnahen Zugang betreiben die Zentren 10.055 Zweigstellen (*consultorios locales*) (MoHSE 2017). Sie bieten ein breites Spektrum an präventiven, kurativen und rehabilitativen Gesundheitsleistungen an. Allgemeinmediziner und hochschulisch qualifizierte Pflegekräfte machen die größte Beschäftigtengruppe aus; sie bilden meist Versorgungsteams für einen gemeinsamen Patientenstamm (Hämel und Vössing 2017). In den Gesundheitszentren praktizieren zudem Pädiater, Kinderkrankenpfleger und Zahnärzte, teilweise auch Physiotherapeuten, Hebammen, Psychologen und Sozialarbeiter; unterstützt werden die Professionen von Pflegehilfs- und Verwaltungskräften. In den Regionen setzen sich die Teams teilweise unterschiedlich zusammen, denn das spanische Gesundheitswesen fällt in den Verantwortungsbereich der Autonomen Gemeinschaften, die nationale Vorgaben nicht nur umsetzen, sondern auch spezifizieren und ergänzen (Bernal-Delgado et al. 2018).

Um die Versorgung an die wachsende Zahl chronisch und mehrfacherkrankter Patienten anzupassen, haben die Gesundheitszentren in den vergangenen Jahren auf eine engmaschigere und umfassendere Begleitung der Patienten gesetzt. Die Rolle der Pflegenden wurde dafür aufgewertet (Hämel und Vössing 2017).

Im Jahr 2016 führten die Hausärzte in den Gesundheitszentren Spaniens durchschnittlich 5,3 und die Pflegenden 2,9 Konsultationen pro Patient durch (MoHSE 2017). Pflegekräfte nehmen bei den Konsultationen regelmäßig ein umfassendes Assessment der gesundheitlichen und sozialen Situation und des gesundheitsrelevanten Verhaltens der Patienten vor, um sodann geeignete Lebensstilinterventionen und Beratungen einleiten zu können. Es ist ihre Aufgabe, Gesundheitsrisiken frühzeitig zu erkennen,

die Gesundheit zu fördern und schließlich chronisch Kranke intensiver zu begleiten und in ihrem Selbstmanagement (auch Medikamentenmanagement) zu unterstützen. Die Pflegenden verantworten regelmäßige (Kontroll-)Untersuchungen für chronisch Kranke und führen dafür auch diagnostische Prozeduren, beispielsweise Blut- und Ultraschalluntersuchungen, sowie Impfungen und Wundversorgungen selbstständig durch. Das Ausmaß der Autonomie der Pflegenden in der Wahrnehmung dieser und weiterer Aufgaben ist in den Regionen unterschiedlich, teilweise ermöglichen konsentrierte klinische Leitlinien ihnen, Verordnungen auszustellen. Darüber hinaus können die Pflegekräfte in manchen Regionen auf der Basis konsentrierter Richtlinien (*protocols*) kleinere akute Erkrankungen behandeln (Hämel und Vössing 2017; Hämel et al. i. E.).

Die Arbeitsteilung zwischen Medizin und Pflege hat sich zunehmend dahin entwickelt, dass die Hausärzte primäre Ansprechpartner für chronisch kranke Patienten in akuten und instabilen Phasen sind, während Pflegenden die Patienten in stabilen Krankheitsphasen begleiten. Die Zusammenarbeit wird dann intensiviert, wenn – beispielsweise im Fall schwerer chronischer Krankheit – eine gemeinsame Versorgungsplanung erforderlich wird (Hämel und Vössing 2017). Weitere Fachkräfte aus dem multiprofessionellen Gesundheitszentrum werden dann oft ebenfalls intensiver eingebunden. Beispielsweise wird bei Suchterkrankungen oder kognitiven Beeinträchtigungen ein Sozialarbeiter hinzugezogen, um für die Betroffenen weiterführende Unterstützung (auch außerhalb des Gesundheitswesens) erschließen zu können. Darüber hinaus verantworten die Pflegenden Maßnahmen für eine gemeindeorientierte und aufsuchende Gesundheitsarbeit. Sie leisten einen Großteil der Hausbesuche für immobile Patienten, bieten Gruppenangebote für Diabetiker oder Asthmatiker wie auch Gesundheitsaufklärung in Gemeindeformen, zum Beispiel in Schulen, an. Allerdings sind diese Ansätze im Unterschied zu den klinischen Aufgaben wenig verbindlich geregelt und in den Zentren unterschiedlich gut ausgebaut (Hämel et al. i. E.).

3.2 Aus- und Weiterbildung für die Primärversorgung

Die Facharztweiterbildung für Allgemein- und Familienmedizin wurde in Spanien im Jahr 1978/79 eingeführt. Über vier Jahre findet sie in akkreditierten Gesundheitseinrichtungen außerhalb der Universitäten statt. Veranstaltungen zur Weiterbildung werden im Rahmen der regulären Arbeitszeiten absolviert; zudem bieten die Arbeitgeber den Beschäftigten recht gute Möglichkeiten, praxisbasierte interdisziplinäre Forschungsprojekte in der Primärversorgung durchzuführen, die zur Evidenzbasierung, Teambildung und Qualifizierung der Beschäftigten in der Primärversorgung beitragen (Dedeu 2015; Freire et al. 2015; Hämel und Vössing 2017).

Für die Übernahme von anspruchsvollen Aufgaben durch Pflegenden ist ein universitäres Bachelorstudium in Pflegewissen-

schaft Voraussetzung. Das grundständige Pflegestudium wurde 1977 als zunächst dreijähriger Diplomstudiengang eingeführt und im Rahmen der Bologna-Reform zu einem vierjährigen Bachelorprogramm erweitert. Gemeindeorientierte und gerontologische Pflege sind seit 1990 verpflichtende Studieninhalte (López 2011).

Ähnlich der Organisation der fachärztlichen Weiterbildung in der Allgemein- und Familienmedizin – allerdings verkürzt auf zwei Jahre – wurde für Pflegende die Weiterbildung in der familien- und gemeindeorientierten Pflege als eine von sieben postgradualen Spezialisierungsmöglichkeiten im Jahr 2005 eingerichtet und seit 2011 umgesetzt. Darüber hinaus wurden in der vergangenen Dekade Master- und Promotionsstudienprogramme in den Universitäten eingeführt (Dedeu et al. 2015; Sevilla-Guerra et al. 2018).

Die postgraduale Qualifizierung in der Primärversorgung soll es den Pflegenden ermöglichen, künftig mehr Handlungsautonomie und erweiterte Kompetenzen in der Patientenversorgung zu übernehmen; systematische Erfahrungen fehlen noch. Zu einer strukturierten Begleitung chronisch Kranker und ihrer Familien sollen beispielsweise *nurse continuity managers* oder *case manager nurses* künftig beitragen (Hämel et al. i. E.; Sánchez-Gómez et al. 2019).

4. Erfahrungen aus Sachsen-Anhalt

4.1 Projektskizze „Regionales interprofessionelles Gesundheitszentrum Wolmirstedt“

Das Institut für Allgemeinmedizin der Medizinischen Fakultät der Otto-von-Guericke-Universität und die Universitätsklinik Magdeburg haben im März 2016 im Rahmen der Ausschreibung zu patientenorientierten Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung (PORT) der Robert-Bosch-Stiftung eine Förderung zur Konzeptentwicklung eines interprofessionellen Gesundheitszentrums in Wolmirstedt erhalten. Mit dieser Ausschreibung sollte die Einführung patientenorientierter, lokaler, inhaltlich umfassender und innovativer Gesundheitszentren in Deutschland gefördert werden (siehe Klapper 2017). Das Projekt in Wolmirstedt wurde als eines von acht Projekten deutschlandweit gefördert.

Wolmirstedt, prototypisch für eine alternde Kleinstadt, liegt 15 Kilometer nördlich der Landeshauptstadt Magdeburg und hat 11.800 Einwohner. Interviews mit Ärzten und Bürgern verwiesen auf eine bereits zugespitzte Versorgungssituation: Zugezogene und erwachsen gewordene Kinder finden keinen Hausarzt, Wartezeiten sind lang, Hilfe bei psychischen Problemen sucht man vergebens.

Fünf von acht Allgemeinmedizinern sind älter als 62 Jahre. Für die nahe Zukunft zeichnen sich Versorgungslücken im Bereich der Allgemeinmedizin und in einigen Spezialdisziplinen ab. Vor diesem Hintergrund sollte unter Einbeziehung vieler regional ansässiger Partner ein Gesundheitszentrum entwickelt werden, das interdisziplinär, berufsgruppen- und sektorenübergreifend zur Sicherung der Primär- und Langzeitversorgung in der ländlichen Region wesentlich beiträgt. Neben der Konkretisierung regionaler Versorgungsbedarfe standen die Einbindung vorhandener Ärzte sowie Pflege- und Sozialdienste, eine mögliche Trägerschaft und die Möglichkeiten für studentische Ausbildung und ärztliche Weiterbildung im Fokus der Konzeptentwicklung.

Die Einbeziehung der Universitätsmedizin sollte unter Partizipation der Bevölkerung die Entwicklung neuer und bedarfsgerechter Modelle für eine qualitativ hochwertige Versorgung nach neuesten Erkenntnissen auch auf dem Land ermöglichen. Gleichzeitig bietet ein solches universitär mitgetragenes Zentrum die einzigartige Chance, die für eine stärkere Rekrutierung von Ärzten auf dem Land unerlässlichen allgemeinmedizinischen und landärztlichen Elemente prominenter in das Medizinstudium zu integrieren und angehenden Ärzten, Pflegekräften, Therapeuten, Sozialarbeitern und anderen Berufsgruppen die Bedeutung interprofessioneller Kooperation zu vermitteln.

4.2 Maßnahmen und Methoden der Konzeptentwicklungsphase

Zu Beginn erfolgte eine eingehende Analyse des aktuellen und zukünftigen Versorgungsbedarfs in der Region Wolmirstedt, vor allem auch die Identifikation vulnerabler Bevölkerungsgruppen. Ebenso wurden potenzielle Akteure der Bürgergesellschaft (Organisationen, Initiativen, Verbände, Vereine, Selbsthilfe, Netzwerke und Zusammenschlüsse) angesprochen. Im Rahmen der Analyse wurden umfassend Kooperationsmöglichkeiten mit der Kommune oder dem Kreis sowie ansässigen Akteuren der Gesundheitsversorgung eruiert sowie dort tätige Landärzte, Pflegeeinrichtungen und Anbieter psychosozialer Versorgung bezüglich ihrer Bereitschaft zur Mitwirkung befragt.

4.3 Ergebnisse der Konzeptentwicklung

Zunächst ist es gelungen, verschiedene regionale Akteure der Gesundheitsversorgung, die bisher kaum miteinander interagieren und unterschiedliche Sichtweisen und Ziele verfolgen, an einen Tisch zu bringen, die Ergebnisse der Ausgangsanalyse mit ihnen zu diskutieren und geeignete Maßnahmen daraus abzuleiten. Integriert wurden Ansätze für die Beteiligung der Bevölkerung und Stärkung des gesellschaftlichen Engagements sowie die Erstellung eines E-Health-Konzeptes. Eine Arbeitsgruppe zur Aus- und Weiterbildung erarbeitete unter anderem ein Angebotsportfolio zur Verbesserung der Kommunikation zwischen Ärzten, Pflegeeinrichtungen und Patienten (siehe Abbildung 1).

Neben Weiterbildungsmöglichkeiten für die Akteure sind wichtige Konzeptbausteine auch Beratungsangebote für pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen. Um die Zielgruppen zu erreichen, wurden verschiedene öffentliche Veranstaltungen durchgeführt. Darüber hinaus wurden neue Impulse für die interprofessionelle akademische Ausbildung gesetzt. Medizinstudierende aus dem klinischen Semester, Studierende der Sozialwissenschaften und des Masterstudiengangs für das Lehramt an berufsbildenden Schulen der Fachrichtung Gesundheit und Pflege nahmen gemeinsam teil an einem fakultativen interprofessionellen Forschungsseminar „Gemeindenaher Primärversorgung auf dem Land“, das sowohl an der Universität Magdeburg als auch in Wolmirstedt durchgeführt wurde. Neben der Auseinandersetzung mit multiprofessioneller Primärversorgung bot sich den Studierenden die Gelegenheit, mit regionalen Partnern in den Austausch zu den anstehenden Fragen der gesundheitlichen Versorgung zu treten. In eigenen Forschungsprojekten haben die Studierenden Deutungs- und Handlungsmuster von Nutzern vor Ort sowie von Experten analysiert, um so noch einmal auf wissenschaftlicher Ebene einen Zugang zu den anstehenden Fragen zu erhalten. Die Studierenden entwickelten in multiprofessionellen Dreier-Teams kleine Fallstudien über die Wirkung von Anreizsystemen zur vermehrten ärztlichen Niederlassung im ländlichen Raum, über Fragen der interprofessionellen Zusammenarbeit bis hin zu Professionalisierungsstrategien und Deprofessionalisierung von angehenden Ärzten (Herrmann et al. 2019).

4.4 Zwischenfazit

Mit dieser Konzeptentwicklung wurde erstmalig in Sachsen-Anhalt versucht umzusetzen, was der Sachverständigenrat Gesundheit in seinem Gutachten 2014 empfiehlt: den Aufbau lokaler Gesundheitszentren für die Primär- und Langzeitversorgung der Bevölkerung in ländlichen Regionen in neuen, kooperativen Strukturen (SVR 2014). Es wurde im Rahmen der Konzeptentwicklung unter Einbeziehung lokaler Strukturen und der Bürgerschaft eine breite Öffentlichkeit zur Thematik hergestellt und auch ein breites Bündnis unterschiedlicher regionaler Akteure aufgebaut (zum Beispiel Deutsches Rotes Kreuz, Wohnungswirtschaft, Bürgermeister, Pflegedienste und andere Gesundheitseinrichtungen, stationäre Wohnstätten für ältere Menschen und Menschen mit Handicaps sowie Bildungseinrichtungen). Das Interesse von Studierenden aus drei verschiedenen Professionen wurde geweckt für Fragen der Multiprofessionalität in der ländlichen Primärversorgung (Herrmann et al. 2019). Mit dem Abschluss der Konzeptentwicklung wurde die Verantwortung des Projektes an einen lokalen Verein „Gesundheit für Wolmirstedt e. V.“ übergeben.

Das Konzept harrt bislang in seiner gesamten Tragweite noch der Umsetzung, denn im Rahmen der Konzeptentwicklung wurden auch Widerstände deutlich. Wichtige Stakehol-

der, die zu Beginn das Projekt unterstützten (Universitätsmedizin, Kassenärztliche Vereinigung und AOK Sachsen-Anhalt, Hausärzterverband) gingen zunehmend auf Distanz. Zwei Hausärzte vor Ort waren aktiv in das Projekt einbezogen, die übrigen niedergelassenen Hausärzte vor Ort blieben neuen Strukturen gegenüber verschlossen. Es gab Vorbehalte gegenüber einer Verantwortungsübernahme der Kommune sowie gegenüber einer multiprofessionellen Öffnung der Primärversorgung. Auch mangelnde finanzielle Ressourcen der Kommune, die sich in der Konsolidierung befindet, verhinderten, dass das Projekt in kommunaler Verantwortung vertieft wurde.

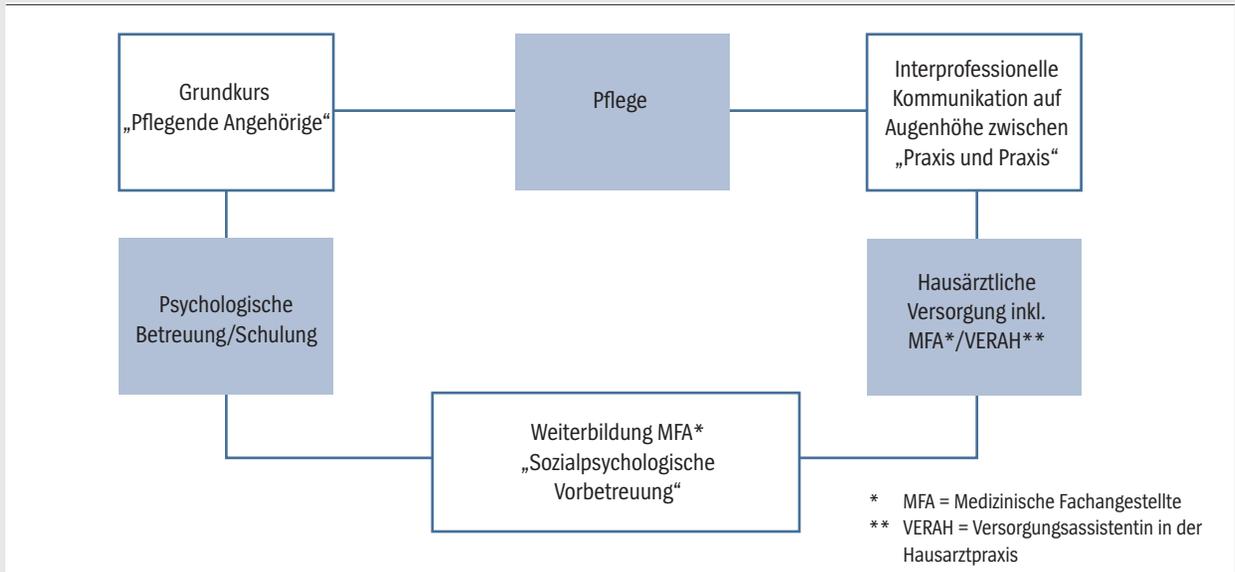
5 Schlussfolgerungen

Der Einblick in die Konzeptentwicklung für ein interprofessionelles Gesundheitszentrum in Sachsen-Anhalt verdeutlicht, dass noch einige Schritte zu gehen sind, ehe in Deutschland annähernd robuste Primärversorgungskonzepte wie in Spanien und Neuseeland etabliert sind. Gleichwohl wird deutlich, was wesentliche Aspekte auf dem Weg dahin sind. Zuvorderst ist die Verankerung der Primärversorgung in den Studiengängen erforderlich. Für die Medizin wurde dies in Deutschland bereits mit dem Ausbau der Lehrstühle für Allgemeinmedizin und die Professionsentwicklung der Allgemeinmedizin eingeleitet (Herrmann und Lehmann 2016); ähnliche Entwicklungen stehen für die Pflege noch aus, sie sollten zügig verfolgt werden, denn das Tätigkeitsfeld Primärversorgung bietet anspruchsvolle Aufgaben, die der hochschulischen Qualifikation bedürfen. Zugleich sind die noch jungen Ansätze der interprofessionellen Bildung wie auch praxisbasiertes Lehren und Forschen für die Primärversorgung in ländlichen Regionen zu stärken (siehe Herrmann et al. 2019). Einen vielversprechenden Ansatz stellen zudem die in Neuseeland eingerichteten multiprofessionellen Masterstudiengänge für die Primärversorgung dar.

Die Studiengangsstrukturen auch in Deutschland entsprechend zu gestalten, dürfte das Interesse der jungen Generation treffen, denn auch die Medizinstudenten wünschen sich inzwischen, in Teams und arbeitsteilig zu praktizieren (van den Bussche 2019). Voraussetzung für gelingende Teamarbeit ist ein Verständnis für Kompetenzen und Aufgaben der jeweils anderen Profession (Hämel und Vössing 2017). Um Aufgabenteilung und Zusammenarbeit in der beruflichen Praxis realisieren zu können, steht daher auch in Deutschland die Aufgabe an, Rollen und Aufgabenprofile für Pflegekräfte und andere Gesundheitsberufe in der Primärversorgung zu entwickeln. Medizinische Ausbildung in Deutschland ist weitgehend durch eine Hochschulmedizin geprägt, die gerade mal ein Prozent aller Patienten hochspezialisiert versorgt und wissenschaftlich auf Grundlagenforschung und

ABBILDUNG 1

Konzept der Aus- und Weiterbildung in Wolmirstedt – Kooperationen einzelner Akteure



In der Versorgung sollten Pflege, psychologische Betreuung und die hausärztliche Versorgung von gemeinsamer Aus- und Weiterbildung profitieren. Vorstellbar sind die oben aufgeführten Maßnahmen.

Quelle: AG Wolmirstedt; Grafik: G+G Wissenschaft 2019

spezialisierte klinische Forschung ausgerichtet ist (Holst und Herrmann 2016). Diese Bedingungen prägen die Sozialisation angehender Ärzte und damit auch die spätere fachärztliche Ausrichtung. Ausbildungsmodule im ländlichen, gemeindenahen Raum sind in Deutschland erst in den vergangenen Jahren entwickelt und erprobt worden (Herrmann et al. 2014; Holst et al. 2015). Die unterschiedlichen Konzepte und Erfahrungen in Ländern wie Neuseeland und Spanien können dafür genutzt werden, ersetzen aber nicht die Entwicklung unter hiesigen Bedingungen.

Wenig überraschend zeigt schließlich der Umsetzungsversuch eines interprofessionellen Gesundheitszentrums in Sachsen-Anhalt, dass Widerstände hoch sein können. Der Mehrwert für Patienten, den Zusammenarbeit und komplementäre Aufgaben von Medizin und Pflege bieten, sollte künftig stärker kommuniziert werden. Für Ärzte dürften entsprechende Ansätze vor allem dann attraktiv sein, wenn sie ihnen ermöglichen, sich stärker auf das medizinische Kerngeschäft zu konzentrieren und besonders chronisch kranken Patienten eine intensivere Begleitung zu bieten.

Die Analyse zu Spanien und die Konzeptentwicklung für Wolmirstedt wurden von der Robert-Bosch-Stiftung im Rahmen des Programms PORT gefördert.

Literatur

- Bernal-Delgado E et al. (2018): Spain: Health System Review. Health Systems in Transition, Vol. 20, No. 2
- van den Bussche, H (2019): Die Zukunftsprobleme der hausärztlichen Versorgung in Deutschland: Aktuelle Trends und notwendige Maßnahmen. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, Vol. 62, No. 9, 1129–1137
- Busse R, Blümel M (2014): Germany: Health System Review. Health System in Transition, Vol. 16, No. 2
- Cumming J et al. (2014): New Zealand: Health System Review. Health System in Transition, Vol. 4, No. 2
- Dedeu T et al. (2015): Spain. In: Kringos DS, Boerma WGW, Hutchinson A, Saltman RB (Hrsg.): Building Primary Care in a Changing Europe – Case studies. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 253–264
- Farry P et al. (2010): Development of the Rural Immersion Programme for 5th-Year Medical Students at the University of Otago. New Zealand Medical Journal, Vol. 123, No. 1323, 16–23; nzma.org.nz/journal → Read the Journal → All Issues
- Freeth D et al. (2002): A Critical Review of Evaluations of Inter-professional Learning. Occasional Paper No 2. London: The Higher Education Academy, Centre for Health Sciences and Practice; westminsterresearch.westminster.ac.uk/item/93wx8/a-critical-review-of-evaluations-of-interprofessional-education

Freire JM et al. (2015): An Analysis of the Medical Specialty Training System in Spain. *Human Resources for Health*, Vol. 13, No. 2, 42

Götz N, Struckmann V, Busse R (2014): Review zur ländlichen Versorgung. Berlin: Technische Universität, Fachgebiet Management im Gesundheitswesen; mig.tu-berlin.de/fi/leadmin/a38331600/2014_publications

Hämel K et al. (i. E.): Advanced Nursing Practice in Primary Health Care in the Spanish National Health System. *Ciência and Saúde Coletiva*

Hämel K, Vössing C (2017): The Collaboration of General Practitioners and Nurses in Primary Care – a Comparative Analysis of Concepts and Practices in Slovenia and Spain. *Primary Health Care Research and Development*, Vol. 18, No. 5, 492–506

Herrmann M, Hämel P, Jansen E (2014): Landärztliche Ausbildung zur Reduzierung der medizinischen Unterversorgung auf dem Land – Erfahrungen, Chancen, Widrigkeiten. In: *Jahrbuch für Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften 50: Primary Health Care*. Hamburg: Argument Verlag, 144–172

Herrmann M, Lehmann B (2016): Die Entwicklung beispielhafter Professionen: Die Allgemeinmedizin. In: Dick M, Marotzki W, Mieg H (Hrsg.): *Handbuch Professionsentwicklung*. Bad Heilbrunn: Klinkhardt UTB, 477–488

Herrmann M, Ohlbrecht H, Seltrecht A (Hrsg.) (2019): Hausärztemangel auf dem Land – Einblicke in die ländliche Primärversorgung. Frankfurt: Mabuse

Holst J, Herrmann M (2016): Structural Challenges for Improving Rural Medical Training in Germany. *Journal of Health Education Research & Development*, Vol. 4, No. 1, 154

Holst J, Normann O, Herrmann M (2015): Strengthening Training in Rural Practice in Germany: New Approach for Undergraduate Medical Curriculum Towards Sustaining Rural Health Care. *Rural and Remote Health: The International Electronic Journal of Rural and Remote Health Research, Education, Practice and Policy*, Vol. 15, No. 4, 3563

JKMG (Jahrbuch für Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften) 50 (2015): Primary Health Care: Interdisziplinarität, Partizipation, Gemeinorientierung. Hamburg: Argument Verlag + ariadne

Klapper B (2017): Zusammenarbeit für den Patienten – noch keine Selbstverständlichkeit. *Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft*, Jg. 17, Heft 3, 16–22

Kringos DS, Boerma GW, Hutchinson A, Saltman RB (Hrsg.) (2015): Building Primary Care in a Changing Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe

López, CC (2011): Primary Health Care in Spain and Catalonia: a Nursing Model Perspective. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, Vol. 45, Special No. 2, 1722–1730

McKinlay E (2006): New Zealand Practice Nursing in the Third Millennium: Key Issues in 2006. *New Zealand Family Physician*, Vol. 33, No. 3, 162–166

MoHSE (Ministry of Health Social Services and Equality) (2017): Annual Report on the National Health System of Spain 2016 – Summary. Madrid

Pullon S, Herrmann M (2014): Primärversorgung in Neuseeland – Lehren aus einem kleinen Land. *Jahrbuch für Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften 50: Primary Health Care*. Hamburg: Argument + ariadne, 104–121

Pullon S, McKinlay E, Dew K (2009): Primary Health Care in New Zealand: the Impact of Organisational Factors on Teamwork. *British Journal of General Practice*, Vol. 59, No. 560, 191–197; bjgp.org/content/59/560/191.full-text.pdf+html

Pullon S et al. (2011): Patients' and Health Professionals' Perceptions of Teamwork in Primary Care. *Journal of Primary Health Care*, Vol. 3, No. 2, 128–135

Pullon S, Lawrenson R (2012): Interprofessional Education Gets Big Boost in Rural Communities. *GP Pulse* (April), 12–14

Sánchez-Gómez MB et al. (2019): Benefits of Advanced Practice Nursing for Its Expansion in the Spanish Context. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, Vol. 16, No. 5, 680

Sevilla Guerra S, Miranda Salmerón J, Zabalegui A (2018): Profile of Advanced Nursing Practice in Spain: A Cross-Sectional Study. *Nursing & Health Sciences*, Vol. 20, No. 1, 99–106

SVR (Sachverständigenrat Gesundheit) (2014): Sondergutachten 2014: Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche; svr-gesundheit.de → Gutachten → Gutachten 2014

(letzter Zugriff auf alle Internetquellen: 17. September 2019)

DIE AUTOREN



Prof. Dr. med. Markus Herrmann MPH, M. A.,

Jahrgang 1961, hat an der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz Humanmedizin und an der Philipps-Universität Marburg Humanmedizin sowie Soziologie studiert und in Humanmedizin promoviert. Nach allgemeinärztlicher Weiterbildung und einem Studium der Gesundheitswissenschaften in Berlin war er von 1996 bis 1998 an der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg tätig. 1999 ließ er sich als Kassenarzt für Allgemeinmedizin in Berlin nieder und arbeitete am Institut für Allgemeinmedizin der Charité. Seit 2005 ist er Lehrstuhlinhaber für Allgemeinmedizin und Ärztlicher Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg.



Prof. Dr. rer. soc. Kerstin Hämel,

Jahrgang 1978, hat ein Ökotoxikologiestudium an der Justus-Liebig-Universität Gießen absolviert und anschließend in Gießen am Fachbereich Sozial- und Kulturwissenschaften promoviert. Sie war an der Universität Gießen, der Fachhochschule Frankfurt und am Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld als wissenschaftliche Mitarbeiterin in Forschung und Lehre tätig. Seit 2014 ist sie Professorin für Gesundheitswissenschaften, Schwerpunkt Pflegerische Versorgungsforschung, in der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld.

Die Sicherstellung der ambulanten Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen

von Miriam Räker¹

ABSTRACT

Die ärztliche Versorgung von Pflegebedürftigen in stationären Pflegeeinrichtungen stellt alle Beteiligten vor besondere Herausforderungen. Grund dafür sind neben der hohen Morbidität und den spezifischen Versorgungsbedarfen der Pflegebedürftigen auch die gegebenen Versorgungsstrukturen. Im Fokus steht dabei neben dem derzeit vielfach konstatierten Pflegenotstand die haus- und fachärztliche Betreuung. Trotz unterschiedlicher Reformbemühungen sowie der Einführung von § 119b SGB V im Jahr 2008 zur ambulanten Behandlung in stationären Einrichtungen bestehen weiterhin Versorgungsdefizite mit starker regionaler Varianz. Kritisch zu hinterfragen ist, ob durch die bestehenden Versorgungsstrukturen eine bedarfsgerechte ärztliche Versorgung von stationär Gepflegten sichergestellt werden kann und welche möglichen Stellschrauben zum Nach- oder Neujustieren zur Verfügung stehen. Es zeigt sich, dass der Status quo stärker denn je zu hinterfragen ist und systematische Lösungen mit höherer Verbindlichkeit als bisher erforderlich sind.

Schlüsselwörter: ambulante ärztliche Versorgung, Pflegebedürftige, Pflegeeinrichtungen

Providing medical care to care-dependent people in nursing homes constitutes a great challenge for all parties involved. This is due not only to the high level of morbidity and the specific care needs of those in need of long-term care, but also to the existing health care structures. On the one hand there is a current crisis in nursing care mainly due to staff shortages, on the other hand primary care and specialist care are in the focus of attention. Despite various reform efforts and the introduction of § 119b SGB V “ambulatory treatment in inpatient nursing homes” in 2008, there are persistent deficits in care characterized by strong regional variations. It must be asked whether the existing care structures are suitable for securing adequate medical care for inpatients. Possible (re)adjustments should be considered. Deeper analysis shows that one should question the status quo strongly and find systematic and more binding solutions.

Keywords: outpatient medical care, nursing home, care-dependent people

1 Bedeutung der Sicherstellung einer bedarfsgerechten ärztlichen Versorgung

In Deutschland waren zum Jahresende 2018 rund 3,6 Millionen Menschen nach § 14 SGB XI pflegebedürftig; von diesen wurde knapp ein Viertel in Pflegeeinrichtungen vollstationär versorgt. Rund 2,1 Millionen Pflegebedürftige waren Frauen, und mehr als die Hälfte der Pflegebedürftigen (51,5 Prozent) war 80 Jahre und älter (BMG 2018). Besonders ab einem Alter von 85 Jahren steigt der Anteil von Pflegebedürftigen in vollstationären Pflegeeinrichtungen deutlich. Aufgrund der sich

verändernden Alters- und Geschlechtsstruktur der Bevölkerung wird die Zahl an Pflegebedürftigen weiter steigen (GBE-Bund 2015).

Stationär Gepflegte sind durch Multimorbidität und diverse Gesundheitsprobleme stark beeinträchtigt. Während nur 16 Prozent der ambulant Versorgten schwerste gesundheitliche Beeinträchtigungen aufweisen, sind es bei stationär versorgten Pflegebedürftigen 49,2 Prozent (Tsiasioti et al. 2019). Dies manifestiert sich oft in Immobilität, Irritabilität (Verwirrtheit, Demenz), Instabilität (Sturzneigung) und Inkontinenz und geht mit weiteren somatischen, kognitiven und af-

¹Dr. PH Miriam Räker, Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO) · Rosenthaler Str. 31 · 10178 Berlin · Telefon: 030 346462584
E-Mail: miriam.raeker@wido.bv.aok.de

fektiven Einschränkungen einher (unter anderem *Freund 2017*). Im Mittel leiden sie an vier bis fünf Erkrankungen gleichzeitig (*Balzer et al. 2013*), die komplexe Arzneimittelregime zur Folge haben (*Kleina et al. 2017*). Auch sind viele Pflegebedürftige zumeist nicht in der Lage, ihre Beschwerden adäquat zu äußern, und rund zwei Drittel der Bewohnerschaft gelten als dement (*Schwinger et al. 2017*).

Pflegebedürftige in stationären Einrichtungen weisen daher einen komplexen pflegerischen und ärztlichen Versorgungsbedarf auf, der intra- und interprofessionelle Kommunikation sowie die Präsenz von spezifisch qualifiziertem ärztlichem und pflegerischem Personal erfordert (*Balzer et al. 2013; Schwinger et al. 2018; Broge et al. 2018*). Eine gute Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Berufsgruppen ist sehr wichtig, etwa in Form von verbindlichen Absprachen und möglichst wenigen festen Ansprechpersonen mit klaren Zuständigkeitsregelungen und guter Erreichbarkeit (*Karsch-Völk et al. 2015; Fleischmann et al. 2016*).

Für die ärztliche Versorgung von Pflegebedürftigen in Einrichtungen liegen keine evidenzbasierten Kenngrößen von Bedarfsgerechtigkeit vor (*Balzer et al. 2013*). Bislang fehlen ausreichende wissenschaftliche Erkenntnisse, Leitlinien und Definitionen zur bedarfsgerechten Versorgung der multimorbiden Pflegebedürftigen. Ihre Versorgung erfordert jedoch ein komplexes Versorgungsmanagement, um unter anderem eine angemessene medikamentöse und therapeutische Behandlung zu ermöglichen, was für die behandelnden (Haus-)Ärzte besondere Herausforderungen darstellt (*Sinnott et al. 2013*).

2 Die ärztliche Versorgung in Pflegeeinrichtungen im Status quo

Die ärztliche Versorgung von Pflegebedürftigen in stationären Einrichtungen ist in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) Teil der ambulanten ärztlichen Versorgung. Für diese liegt der Sicherstellungsauftrag nach § 72 SGB V bei den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), die für die Gewährleistung der haus- und fachärztlichen Versorgung der Bevölkerung und somit auch für die Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen verantwortlich sind. Die ambulante Versorgung hat aufsuchenden Charakter – im Regelfall gehen Versicherte in die Arztpraxis. Heim- beziehungsweise Hausbesuche können nur bei entsprechenden gesundheitlichen Erfordernissen durchgeführt werden (§ 17 Bundesmantelvertrag Ärzte, BMV-Ä). Die ärztliche Heimversorgung ist demnach eine Ausnahme trotz der zumeist bestehenden Immobilität der Pflegebedürftigen und der mit einem Transport verbundenen Risiken, Ressourcenaufwendungen und physischen Belastungen (*Temple 2017*). Zudem verfügt nur

gut jede dritte Praxis in Deutschland über einen barrierefreien Zugang (*Deutsche Presse-Agentur 2018*).

2.1 Versorgungsdefizite

Eine Vielzahl an Untersuchungen lässt auf weitere Hürden in der ärztlichen Heimversorgung schließen. Wenngleich große Unterschiede zwischen den Pflegeeinrichtungen bestehen, sind stationär Versorgte im Bereich der orthopädischen, gynäkologischen und augenärztlichen Versorgung im Vergleich zur Gesamtbevölkerung unterrepräsentiert (*Rothgang 2017; Balzer et al. 2013; Kleina et al. 2017; Schulz et al. 2019*). Bei der Versorgung von Pflegebedürftigen mit psychischen Erkrankungen in stationären Einrichtungen wurden mehrfach Versorgungsdefizite hinsichtlich der Zahl an Kontakten zu neurologischen, nervenärztlichen oder psychiatrischen Fachärzten aufgezeigt (*Schwinger et al. 2018; Rothgang et al. 2008; Schulz et al. 2019*).

Dem stehen vergleichsweise viele Kontakte zu Hausärzten gegenüber, ebenfalls mit hoher Varianz zwischen den einzelnen Einrichtungen. Nach der Untersuchung von Schwinger et al. (2018) waren im Jahr 2015 bei 25 Prozent der betrachteten Pflegeeinrichtungen mindestens 81 Hausärzte je 100 stationär Gepflegte involviert, bei fünf Prozent der Einrichtungen sogar 124 und mehr. Dies lässt auf einen hohen Koordinierungsaufwand für das Pflegepersonal sowie auf eine erschwerte intraprofessionelle Kommunikation schließen mit möglichen Folgen für Therapie, Diagnostik und die Vermeidung von Krankenhauseinweisungen (*ebenda*). Eine hohe Kontaktdichte stellt nicht unmittelbar eine bedarfsgerechte Versorgung sicher. Bei der fachärztlichen Versorgung können hingegen geringe Kontakthäufigkeiten zu negativen Konsequenzen für die Pflegebedürftigen führen, etwa bei der Arzneimittelversorgung oder der Behandlung von Kontinenzproblemen (*Kleina et al. 2017*).

Neben Defiziten im Bereich des Schmerzmanagements sowie Fehlversorgungen mit Antipsychotika beziehungsweise einer nicht leitliniengerechten Versorgung von Pflegebedürftigen mit kognitiven Einschränkungen (unter anderem *Schwinger et al. 2018; Balzer et al. 2013; Thürmann 2017*) werden für stationär Gepflegte eine Vielzahl an potenziell vermeidbaren Hospitalisierungen, Krankenhausfälle, die durch eine adäquate Versorgung im ambulanten Sektor vermeidbar gewesen wären, berichtet. Für Letzteres werden primär strukturelle Ursachen herangezogen, wie die Schnittstellenproblematik durch die ärztlich-pflegerische Performanz (*Schwinger et al. 2018*).

Im Versorgungsalltag stellen sich besonders die Kommunikation und Kooperation zwischen ärztlichem und pflegerischem Personal sowohl allgemein als auch bei Notfällen sowie die Dokumentation von erbrachten Leistungen und Ab-

sprachen als problematisch dar (Laag et al. 2014; Karsch-Völk et al. 2015). Die Einrichtungen monieren die unzureichende Erreichbarkeit der Ärzte, es fehlen oftmals feste Absprachen oder Visitenzeiten. Bestehen doch feste Visitenzeiten, werden außerhalb der festgelegten Zeiten Vertretungs- oder herbeigerufene KV-Notärzte aktiv. Damit steigt potenziell die Diffusität der Versorgung – für alle Beteiligten. Der Ärzteschaft fehlen qualifizierte Ansprechpersonen in den Einrichtungen, wodurch eine gute Zusammenarbeit und Absprachen erschwert werden. Außerdem erfolgen zu oft vermeintlich unnötige Legitimationsabfragen im Sinne einer Absicherungsmentalität (KBV 2018; Laag et al. 2014).

2.2 Rechtliche Rahmenbedingungen

Um den Versorgungsdefiziten entgegenzuwirken, wurde 2008 die ärztliche Pflegeheimversorgung mit § 119b SGB V erstmals sozialrechtlich verankert. Laut Gesetzesbegründung sollte dadurch Pflegebedürftigen in Einrichtungen eine angemessene und ganzheitliche medizinisch-therapeutische sowie pflegerische Versorgung durch pflegerisches, ärztliches und therapeutisches Personal ermöglicht werden (Deutscher Bundestag 2007). Die Norm selbst sowie weitere sozialrechtliche Bestimmungen unterlagen seit ihrer Einführung unterschiedlichen Novellierungen und Verschärfungen, um mehr Verbindlichkeit seitens der Akteure zu schaffen. 2018 wurde mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) bereits die sechste Gesetzesänderung verabschiedet. Seitdem sind Pflegeeinrichtungen verpflichtet, bei drohendem oder bestehendem Mangel in der ärztlichen Versorgung einen Kooperationsvertrag mit geeigneten – in der Regel geriatrisch fortgebildeten – vertragsärztlichen Leistungserbringern abzuschließen. Ursprünglich wurde § 119b SGB V als Kann-Regelung eingeführt, 2015 zur Soll- und 2018 zur Muss-Regelung verschärft.

Kommt kein Kooperationsvertrag zustande, können Pflegeeinrichtungen vom Zulassungsausschuss ermächtigt werden, geriatrisch qualifizierte Leistungserbringer anzustellen. Der Sicherstellungsauftrag bleibt davon unberührt. Die Ausgestaltung der Muster-Kooperationsverträge ist auf Bundesebene im BMV-Ä mit Blick auf Leistungsinhalte, Personal, Ausstattung, Qualitätssicherung, Kooperationsinhalte und -formen detailliert geregelt. Nach Abschluss eines Kooperationsvertrages sowie bei Einhaltung der seit 2014 in Kapitel 37 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) genannten Anforderungen erhalten Leistungserbringer extrabudgetäre Zuschläge für die Behandlung von Pflegebedürftigen in stationären Einrichtungen. Die Evaluation der Auswirkungen der neuen Vergütungsmöglichkeiten führt der Bewertungsausschuss für ärztliche Leistungen durch, die abschließenden Ergebnisse hingegen stehen noch aus. Im Jahr 2016 wurde ergänzend das EBM-Kapitel 38 eingeführt, das es Vertragsärzten ermöglicht, Leistungen in der Häuslichkeit oder in Hei-

men an angestellte Nichtärztliche Praxisassistenten (sogenannte NäPas) zu delegieren und abzurechnen. Die Ausgestaltung des § 119b SGB V orientierte sich an dem bereits im Jahr 1998 gestarteten Modell „Berliner Projekt – Die Pflege mit dem Plus“ (zunächst als Vertrag nach § 73c SGB V und ab 2011 als Vertrag nach § 140a SGB V). Neben § 119b SGB V existieren und existierten eine Vielzahl an Ansätzen zur ärztlichen Versorgung. Abbildung 1 bietet eine Übersicht über die rechtlichen Möglichkeiten zur Organisation der ärztlichen Pflegeheimversorgung.

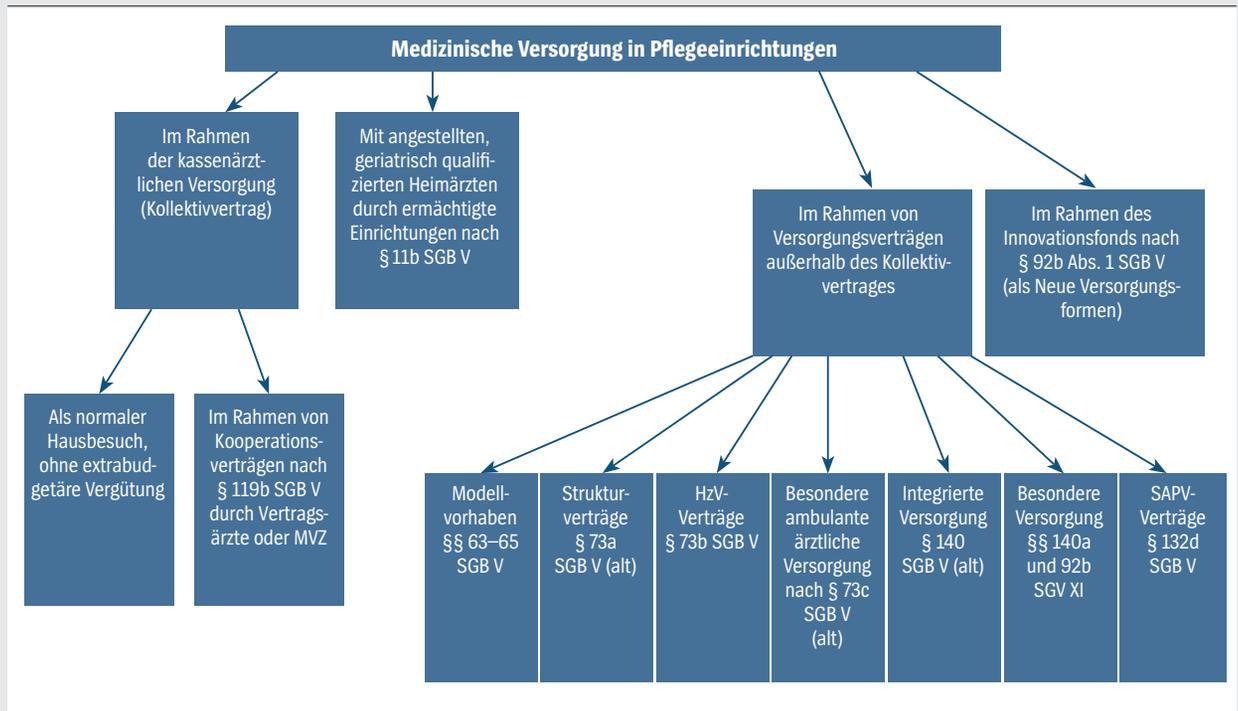
Die Modelle unterscheiden sich primär durch den Kreis der beteiligten Leistungserbringer, Kostenträger und Leistungsempfänger, Art und Höhe der Honorierung, Dokumentations- und Qualitätsstandards, Qualifizierungsanforderungen, Art und Umfang der interdisziplinären Zusammenarbeit, Umfang der Visiten und des ärztlichen Bereitschaftsdienstes, die Überwachung der Medikation sowie den Einsatz von Telemedizin, den zugrunde liegenden Rechtsrahmen und ihre Laufzeit. Die Mindeststandards gehen zumeist über die Vorgaben zur Abrechnung der extrabudgetären Zuschläge nach EBM-Kapitel 37 hinaus. In vielen Modellen sind Kooperationsverträge nach § 119b SGB V aus Abrechnungsgründen fester Bestandteil. Sowohl § 119b SGB V als auch die anderen Verträge sind Add-on-Verträge zur kollektivvertraglichen Regelversorgung mit Regelungen zu inhaltlichen und monetären Aspekten. Im Rahmen des Innovationsfonds werden derzeit weitere Ansätze zur ambulanten Pflegeheimversorgung erprobt, unter anderem mit den Schwerpunkten Telemedizin, Medikation und Kooperation. Die Projektabschlüsse und Überführungen in die Praxis stehen noch aus (Bohm und Dudey 2019). Für die Pflegebedürftigen ist die Teilnahme an allen Versorgungsansätzen freiwillig.

2.3 Versorgungsansätze in der Praxis

§ 119b SGB V adressiert zwar die konstatierten Versorgungsdefizite, erste Untersuchungsergebnisse weisen jedoch darauf hin, dass die erhofften Verbesserungen (noch) ausstehen (Rädel et al. 2018; Dudey et al. 2019). Zwar konnte eine wachsende Zahl an abgeschlossenen Kooperationsverträgen erfasst werden, ebenso wie die verstärkte Nutzung der Abrechnungsmöglichkeiten. Davon lassen sich jedoch nicht automatisch erfolgreiche Kooperationen ableiten. Außerdem wurden deutliche regionale Abdeckungsunterschiede erfasst (Dudey et al. 2019; Bohm und Dudey 2019). Deutschlandweit existierten im Jahr 2017 laut Angaben des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi 2018) 4.317 Kooperationsverträge nach § 119b SGB V. Aktuelle offizielle Zahlen liegen nicht vor. Bei 11.241 Pflegeeinrichtungen mit vollstationärer Dauerpflege in Deutschland (Statistisches Bundesamt 2018) bedeutet dies eine rechnerische Abdeckungsquote von 38 Prozent. Es ist jedoch davon auszugehen, dass die Quote deutlich geringer ausfällt, da Einrichtungen über mehrere Ko-

ABBILDUNG 1

Aktuelle rechtliche Möglichkeiten zur Organisation der ärztlichen Pflegeheimversorgung



Die medizinische Versorgung stationärer Heimbewohner ist auf vielfache Weise organisierbar, insbesondere bei Versorgungsverträgen außerhalb des Kollektivvertrages. Die Delegation an Nichtärztliche Praxisassistentinnen (NäPas) ist in allen Vertragskonstruktionen möglich (EBM-Kapitel 38).

Quelle: eigene Darstellung, Grafik: G+G Wissenschaft 2019

operationsverträge verfügen können (*ebenda*). Wie viele Ermächtigungen bislang erteilt und wie viele Leistungserbringer angestellt wurden, ist nicht bekannt. Die rein quantitative Darstellung von Abrechnungsquoten, Vertragszahlen und Ermächtigungen ist für eine Beurteilung der Versorgungsrealität und -qualität grundsätzlich unzureichend, da patientenorientierte Parameter fehlen. Des Weiteren bieten die Versorgungsverträge weitreichende Spielräume für die Vertragsparteien, etwa bei der Ausgestaltung der Visitenzeiten oder des Bereitschaftsdienstes. Fehlende Transparenz zur Umsetzung der Kooperationsverträge sowie zur Versorgung in den Einrichtungen allgemein erschweren die Beurteilung der Versorgungssituation und die darauf begründete Weiterentwicklung erheblich. Die starke Präsenz an einzelnen Hausärzten in den Einrichtungen wird durch den Abschluss von Kooperationsverträgen weiter manifestiert, sodass ein hoher Koordinierungsaufwand mit Folgen für die Versorgungsqualität bestehen bleibt.

Die Vielzahl an existierenden Verträgen neben dem bereits seit 2008 bestehenden § 119b SGB V macht deutlich,

dass die Regelversorgung in der aktuellen Fassung als nicht ausreichend angesehen wird. Gleichzeitig kamen viele der Verträge nicht über einen Modellcharakter hinaus und verschwanden nach wenigen Jahren aus der Versorgungslandschaft oder wurden mit einer geringen Zahl an Versicherten und Einrichtungen fortgeführt. Die Gründe dafür sind in den meisten Fällen nicht bekannt und dürften divers sein. Eine verlässliche und vollständige Übersicht über bestehende Verträge mit integralem Bestandteil der ärztlichen Heimversorgung existiert nicht. Auch die Evaluationsergebnisse, sofern es welche gibt, fokussieren oftmals nicht ausreichend auf patientenbezogene Indikatoren zur Bestimmung einer bedarfsgerechten Versorgung. Ob die derzeit laufenden Projekte im Rahmen des Innovationsfonds (zum Beispiel das Evaluationsprojekt ESC+ des careplus-Programms) dies ermöglichen, muss abgewartet werden. Die Tatsache, dass 2018 die Pflege erstmals ein explizites Themenfeld der Förderbekanntmachung des Innovationsausschusses war, unterstreicht, dass weiterer Veränderungsbedarf gesehen wird.

3 Strukturelle Hürden einer bedarfsgerechten ärztlichen Versorgung

Die spezifischen Versorgungsbedarfe von Pflegebedürftigen erfordern systematische, prozessorientierte Versorgungsstrukturen, die unter anderem eine kooperative Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Berufsgruppen sicherstellen (Karsch-Völk et al. 2015; Fleischmann et al. 2016). Trotz unterschiedlicher Reformbemühungen besteht weiterer Handlungsbedarf in der (Neu-)Gestaltung der bestehenden Versorgungsstrukturen, da eine bedarfsgerechte Versorgung flächendeckend nicht gewährleistet ist. Dies bestätigen unter anderem die hohe Varianz bei der Ausprägung unterschiedlicher Qualitätsindikatoren zwischen den einzelnen Einrichtungen sowie die ungleiche Verteilung von Kooperationsverträgen. Die traditionell gewachsenen Strukturen der ambulanten Versorgung innerhalb der GKV scheinen ursächlich für die Versorgungsdisparitäten (siehe Abbildung 2).

§ 119b SGB V und viele der weiteren Versorgungsverträge setzen stark am Status quo an. Sie zielen primär darauf, durch ein höheres Vergütungsniveau mehr Hausärzte in die Heime zu lotsen und dadurch eine verbesserte Zusammenarbeit zu ermöglichen. Die starke Arzttzentrierung in der ambulanten Versorgung wird in die Einrichtungen übertragen. Finanzielle Anreize sollen strukturelle Defizite ausgleichen und stoßen folglich an ihre Grenzen. Je nach Kassenzugehörigkeit, Bereitschaft zum Abschluss eines Kooperationsvertrags seitens der bisher verantwortlichen Ärzte, persönlichem Engagement von Angehörigen, Pflegenden oder anderen Berufsgruppen, regionaler Lage der Einrichtung oder zufällig bestehenden Versorgungsverträgen wird die Versorgung (individuell) für die einzelnen Versicherten strukturiert. Ein systematischer Ansatz, der es ermöglicht, dass jede und jeder Pflegebedürftige unabhängig vom Prinzip Zufall eine bedarfsgerechte Versorgung erfährt, fehlt.

Seit dem PpSG 2018 sind Pflegeeinrichtungen zum Abschluss von Kooperationsverträgen nach § 119b SGB V verpflichtet, und auch andere Rechtsnormen (unter anderem § 114 SGB XI und die Heimgesetze der Bundesländer) schreiben ihnen eine hohe Verantwortung bei der Organisation der ärztlichen Heimversorgung zu. Für die Kostenträger wie auch die vertragsärztlichen Leistungserbringer stellen sich Kooperations- und andere Versorgungsverträge als Kann-Regelung dar: Gegenüber den stationären Einrichtungen besteht kein Kontrahierungszwang. Der Sicherstellungsauftrag nach § 72 SGB V bleibt weiterhin in der Verantwortung der KVen. Dabei stellt sich die Frage, inwiefern den Pflegeeinrichtungen für ihre neuen Aufgaben ausreichend Know-how und Ressourcen bei gleichzeitigem Pflegenotstand zur Verfügung stehen. Gesetzliche Regelungen, die die Einrichtungen bei diesen Aufgaben unterstützen, fehlen. Wie sollen ermächtigte Einrichtungen

geriatrisch qualifizierte Ärzte anstellen, wenn sie auf einen Arbeitsmarkt mit einem Mangel an ärztlichem Personal treffen? Im Durchschnitt verfügen vollstationäre Pflegeeinrichtungen über 78 Pflegeplätze, bei einer Auslastung von 90,4 Prozent werden durchschnittlich 70,5 Pflegebedürftige versorgt (Statistisches Bundesamt 2018). Eine einzelne Einrichtung kann daher keinen Arzt allein anstellen – sie ist auf Kooperationen angewiesen, hierzu sind wiederum entsprechende Kompetenzen sowie finanzielle und personelle Ressourcen notwendig.

Es ist anzunehmen, dass für ärztliche Leistungserbringer die extrabudgetäre Vergütung durch Abschluss eines Kooperationsvertrags die Teilnahme an Versorgungsmodellen jenseits von § 119b SGB V unattraktiv erscheinen lässt. Grundsätzlich erscheint es für die Hausärzte problematisch, dem hohen organisatorischen Aufwand der Heimversorgung und gleichzeitig den eigenen Praxisabläufen gerecht zu werden. Nicht selten müssen sie quer durch die Stadt fahren, sofern sie ihre Patienten auch nach dem Umzug in die Pflegeeinrichtung weiter versorgen möchten (Laag et al. 2014). Zugleich unterscheiden sich multimorbide und kognitiv eingeschränkte Pflegebedürftige in ihren spezifischen Versorgungsbedarfen von den „normalen“ Patienten in den Arztpraxen und begründen hohe geriatrisch-qualifikatorische Anforderungen. Mit Blick auf Qualifikation und Indikationen können NÄPas nur sehr begrenzt Versorgungsaufträge übernehmen und somit bislang nur eingeschränkt Unterstützung leisten.

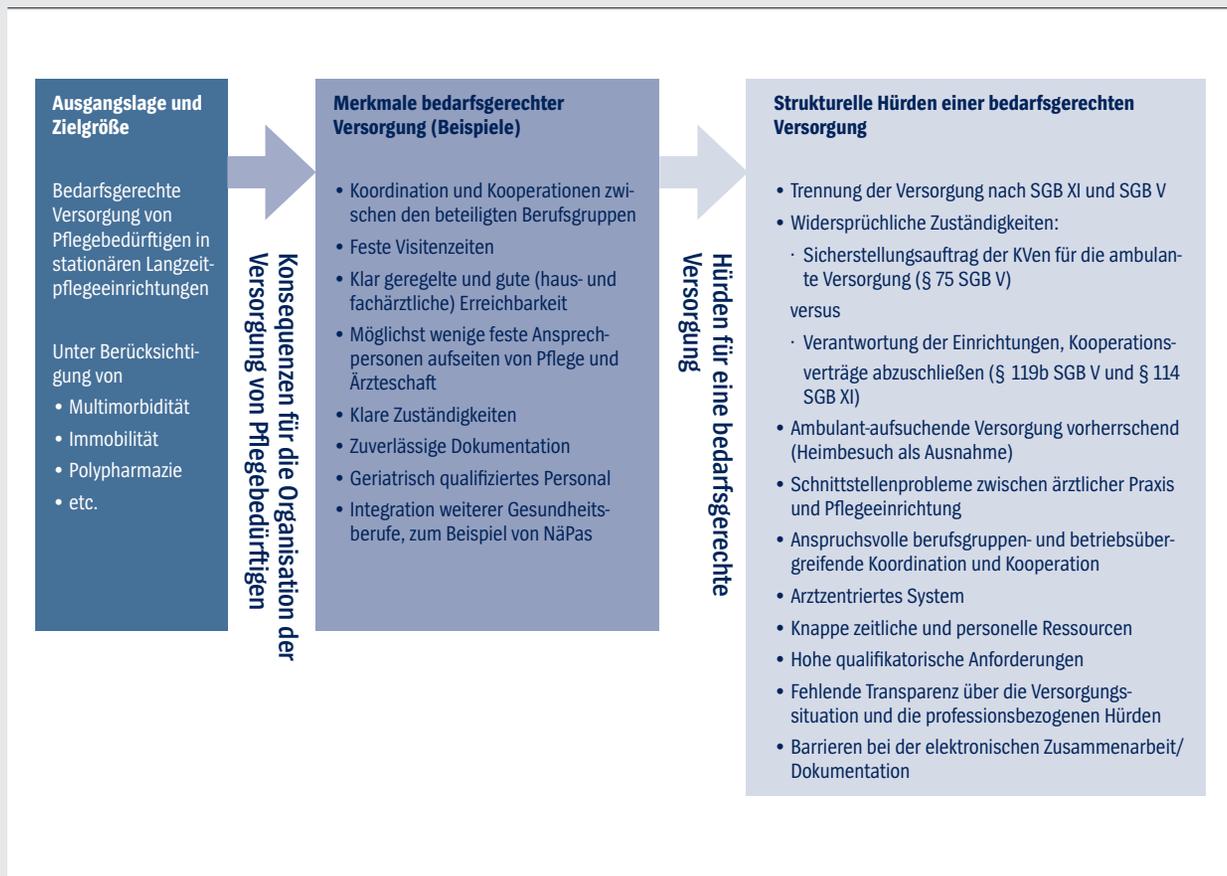
Die ärztliche Heimversorgung sowohl über § 119b SGB V als auch über andere Versorgungsformen zielt auf anspruchsvolle berufsgruppen- und betriebsübergreifende Koordination und Kooperationen: Der ärztliche Praxisablauf und die Prozesse innerhalb der stationären Einrichtungen müssen aufeinander abgestimmt werden. Zudem treffen Berufsgruppen mit unterschiedlichem Selbstverständnis aufeinander (Bohm und Dudey 2019; Karsch-Völk 2015). Neben strukturellen müssen daher auch kulturelle Voraussetzungen einschließlich einer entsprechenden Haltung der Akteure vorliegen, damit kooperatives Handeln möglich ist (Brenner 2014). Die Praxis zeigt, dass ein erfolgreiches Modell auf „personelle Ressourcen, Herzblut und eine Portion gegenseitiges Vertrauen“ sowie auf ein „gemeinsames Mikromanagement“ angewiesen ist (Hommel 2019). Lösungsansätze müssen regionale Besonderheiten berücksichtigen, allgemeine Verpflichtungen wirken hingegen eher hemmend (Bohm und Dudey 2019).

4 Gesundheitspolitische Implikationen

Neben großzügigen Honorarzuschlägen und einer stärkeren Verpflichtung der stationären Einrichtungen sowie einer partiellen Lockerung des Sicherstellungsauftrags durch die Mög-

ABBILDUNG 2

Herausforderungen einer bedarfsgerechten Versorgung



Für die Versorgungspraxis müssen Grundsätze einer bedarfsgerechten Versorgung definiert werden, die beispielsweise Koordination und Kooperation zwischen den Berufsgruppen berücksichtigen. Für die Umsetzung müssen die strukturellen Hürden gezielt erfasst und adressiert werden.

lichkeit der Ermächtigung von Einrichtungen ist im Kontext der ärztlichen Heimversorgung strukturell nicht viel passiert. Extrabudgetäre Zuschläge reichen offensichtlich nicht aus, um die Präsenz von Ärzten in Pflegeeinrichtungen zu erhöhen und ihre Zusammenarbeit mit der Pflege nachhaltig zu verbessern. Die bestehenden Versorgungsstrukturen und Verantwortlichkeiten müssen stärker hinterfragt und neu geordnet werden. Gestaltungsoptionen fernab des Status quo sollten dabei verstärkt und mutiger in den Blick genommen werden.

In der aktuellen Ausgestaltung wird die Verantwortung zum Teil auf die Pflegeeinrichtungen verlagert, denen dazu vielfach Ressourcen und Kompetenzen fehlen. Gesundheitspolitisch wird hingegen nicht diskutiert, dass die KVen ihrem Sicherstellungsauftrag nur ungenügend nachkommen. Soll

dieser bei den KVen bleiben, müssen diese stärker in die Verantwortung genommen werden. Aufgrund der hohen Bedeutung von Kooperation und Koordination und der dafür notwendigen Bereitschaft der Akteure ist es wichtig, auf der Mikroebene der ärztlichen Leistungserbringer möglichst wenig Zwang anzuwenden, um die Versorgungsqualität nachhaltig zu verbessern (Dudey et al. 2019). Mehr Verbindlichkeit ist auf Ebene der KVen notwendig; dies beinhaltet auch die Einführung von bislang nicht existierenden Sanktionsmöglichkeiten. Die KVen sollten als Organisations- und Planungsinstanz eine systematische Verteilung respektive Zuordnung, wenn nötig mit entsprechenden Anreizen, von Leistungserbringern zu Pflegeeinrichtungen nach regionalen und qualifikatorischen Kriterien umsetzen. Inwiefern Leistungserbringer verpflichtet werden sollen und können und welche Instru-

mentarien dazu zur Verfügung stehen, muss im Zuge der Umsetzung regionsspezifisch überprüft werden. Bestehende funktionierende Kooperationen und Versorgungsmodelle sollten unbedingt berücksichtigt werden. Eine solche Zuordnung von Leistungserbringern zu Einrichtungen ermöglicht eine höhere Kontinuität in der Versorgung. Für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen sollte bei der Wahl der Pflegeeinrichtung transparent sein, wer die ärztliche Versorgung wie verantwortet und umsetzt.

Dazu ist zunächst die Schaffung von mehr Transparenz notwendig mit dem Ziel einer genauen Erfassung, welche Ärzte in welchen Einrichtungen welche Versicherten versorgen. Informelle Absprachen vor Ort sind hilfreich, um eine flächendeckende Versorgung zu ermöglichen, reichen aber im bestehenden System nicht aus, da sie zu unsystematisch erfolgen. Sie können daher nur ergänzend wirken. Anzustreben ist es, dass Ärzte eine möglichst hohe Zahl an Pflegebedürftigen in einer Einrichtung versorgen. Ein solcher Ansatz wird beispielsweise im careplus-Programm der AOK Nordost verfolgt: Teilnehmende Leistungserbringer sind verpflichtet, mindestens 20 Versicherte einer Einrichtung zu betreuen. Problematisch an kassenspezifischen Verträgen ist der exklusive Charakter: Versicherte anderer Krankenkassen werden im schlechtesten Fall nicht versorgt. Den vulnerablen Pflegebedürftigen mit eingeschränkter Konsumentensouveränität einen Kassenwechsel zuzumuten, um eine entsprechende Versorgung zu erhalten, erscheint inakzeptabel. Ihre ärztliche Versorgung sollte unabhängig von der Krankenkassenzugehörigkeit erfolgen und daher nicht Teil des Kassenwettbewerbs sein.

Ergänzend müssen sich die KVen aktiv am Versorgungsmanagement beteiligen, um die strukturellen und kulturellen Hürden zu adressieren. Dazu benötigen sie weitere Versorgungspartner (Laag et al. 2014). Als solche kommen neben Krankenkassen weitere regional verankerte Akteure wie Arztnetze und Krankenhäuser in Betracht, die zum Beispiel in Versorgungsverbänden die Versorgung gemeinsam gestalten und sicherstellen. Auch die Förderung von sogenannten Heimärzten – ein Arzt ist federführend für die Betreuung einer Einrichtung verantwortlich – sollte stärker anvisiert werden, jedoch mit entsprechender gesetzlicher Unterstützung der Träger der Einrichtungen.

Flankiert werden muss ein solcher Reformansatz durch eine stärkere Einbeziehung von nichtärztlichen Berufsgruppen, gerade vor dem Hintergrund eines Ärztemangels in naher Zukunft. Für solche Ansätze muss gezielt Personal qualifiziert und dessen Verantwortungsbereich deutlich erweitert werden, auch wenn dies mit hohen personellen und finanziellen Aufwendungen sowie einem weitreichenden Umdenken verbunden ist. Für praktische Herausforderungen wie fehlende apparative Ausstattungen der Einrichtun-

gen bei gleichzeitiger Immobilität der Pflegebedürftigen sollten Konzepte wie eine rollende Arztpraxis in Betracht gezogen werden. Erste erfolgreiche Projekte gibt es in Deutschland bereits.

Zur stärkeren Evidenzorientierung sowie zur Überwindung struktureller Hürden sollten – trotz konstaterter Überführungsprobleme in die Praxis – Projekte des Innovationsfonds, unter anderem im Bereich Medikation und Telemedizin, noch stärker gefördert werden (Dudey et al. 2019). Weitere gesundheitspolitische Reformmaßnahmen müssen sich an einer bedarfsgerechten Versorgung der Bewohnerschaft orientieren. Dazu bedarf es einer wissenschaftlich fundierten Bedarfsobjektivierung mit konkreten Zielgrößen, wie einer leitlinienorientierten Versorgung, die darüber hinaus auch eine kontinuierliche Evaluation ermöglicht. Die Evaluationen müssen über die reine Betrachtung von Vertrags- und Abrechnungszahlen hinaus gehen und patientenorientierte Kennzahlen analysieren sowie öffentlich zugänglich sein – zumal dem Gesetzgeber und allen Beteiligten die rein quantitative Steigerung der ärztlichen Kontaktraten nicht genügen sollte. Die Ursachen für die aktuellen Defizite sowie wissenschaftliche Ansätze zur Überwindung der strukturellen Hürden müssen ebenfalls erfasst werden. Dies war weder bei Einführung von § 119b SGB V noch bei den wiederholten Anpassungen ausreichend der Fall. Die wachsende Aufmerksamkeit, die den Pflegebedürftigen in der stationären und ambulanten Versorgung aus Forschung, Praxis und Politik aktuell zuteilwird, stellt sich als wichtiger und richtiger Trend dar, der mit Strukturveränderungen einhergehen muss.

Literatur

- Balzer K et al. (2013):** Beschreibung und Bewertung der fachärztlichen Versorgung von Pflegeheimbewohnern in Deutschland. Schriftenreihe Health Technology Assessment 125. Köln: Deutsche Agentur für Health Technology Assessment; portal.dimdi.de/de/hta/hta_berichte/hta298_bericht_de.pdf
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2018):** PG2-Statistik: Leistungsempfänger der Sozialen Pflegeversicherung nach Altersgruppen, Geschlecht und Pflegestufen; bundesgesundheitsministerium.de → Themen → Pflege → Pflegeversicherung – Zahlen und Fakten
- Bohm S, Dudey S (2019):** Zur Transmission von Ergebnissen erfolgreicher Innovationsfonds-Projekte in die GKV-Versorgung. *Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft*, Jg. 19, Heft 3, 22–30
- Brenner PD (2014):** Integrales Kooperationsmanagement: Nachhaltige Unternehmensstrategie durch Zusammenarbeit. Hamburg: Diplomica Verlag
- Broge B, Stegbauer C, Woitzik R, Willms G (2018):** Anforderungen an ein sektorenübergreifendes Qualitätsverständnis in der stationären Altenpflege. In: Jacobs K et al. (Hrsg.): *Pflege-Report 2018: Qualität in der Pflege*. Berlin, Heidelberg: Springer, 135–146

Deutsche Presse-Agentur (2018): Barrierefreiheit: Zehntausende Arztpraxen nicht barrierefrei. Deutsches Ärzteblatt, Jg. 115, Heft 22, A-1034

Deutscher Bundestag (2007): Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz). Drucksache 16/7439 vom 07.12.2007. Berlin

Dudey S, Rädcl M, Priess HW, Bohm S (2019): Evaluation vertragsärztlicher und vertragszahnärztlicher Kooperationen mit Pflegeeinrichtungen gemäß § 119b SGB V. Untersuchung im Auftrag des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz. Berlin: AGENON – Gesellschaft für Forschung und Entwicklung im Gesundheitswesen mbH

Fleischmann N et al. (2016): Interprofessional Collaboration in Nursing Homes (Interprof): a Grounded Theory Study of General Practitioner Experiences and Strategies to Perform Nursing Home Visits. BMC Family Practice, Vol. 17, No. 1, 123

Freund H (2017): Geriatisches Assessment und Testverfahren: Grundbegriffe – Anleitungen – Behandlungspfade. Stuttgart: Kohlhammer

GBE-Bund (Gesundheitsberichterstattung des Bundes) (2015): Gesundheit in Deutschland. Kapitel 9.3.1: Künftige Entwicklung der Zahl Pflegebedürftiger und des Bedarfs an Pflegekräften; gbe-bund.de

Hommel T (2019): Heimarzt-Modell empfiehlt sich als Blaupause. Ärzte Zeitung online vom 25.01.2019

Karsch-Völk M et al. (2015): Development of a Catalogue of Criteria for Successful Medical Care in Nursing Homes. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, Jg. 109, Heft 8, 570–577

KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) (2018): Pflegeheimversorgung – Positionen der KBV

Kleina T, Horn A, Suhr R, Schaeffer D (2017): Zur Entwicklung der ärztlichen Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen – Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. Gesundheitswesen, Vol. 79, No. 5, 382–387

Laag S, Müller T, Mruck M (2014): Verantwortung gemeinsam tragen – Die ärztliche Versorgung von Pflegeheimpatienten braucht eine Neuordnung. In: Repschläger U, Schulte C, Osterkamp N (Hrsg.): Gesundheitswesen aktuell 2014. Köln: BARMER GEK, 292–309

Rädcl M, Bohm S, Priess HW, Walter M (2018): Zahnreport 2018. BARMER-Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 8. Siegburg: Müller-Verlagsservice

Rothgang H (2017): Sicherung und Koordination der (zahn-)ärztlichen Versorgung bei Pflegebedürftigkeit. In: Jacobs K et al.

(Hrsg.): Pflege-Report 2017: Die Versorgung der Pflegebedürftigen. Stuttgart: Schattauer, 95–105

Rothgang H, Borchert L, Müller R, Unger R (2008): GEK-Pflege-report 2008. Schwerpunktthema: Medizinische Versorgung in Pflegeheimen. St. Augustin: Asgard

Schulz M, Czwikl J, Schmidt A, Tsiasioti C (2019): Ungleichheit in der fachärztlichen Versorgung von älteren Menschen. In: Pundt J, Cacace M (Hrsg.): Diversität und gesundheitliche Chancengleichheit. Bremen: APOLLON University Press, 181–204

Schwinger A et al. (2018): Qualitätsmessung mit Routinedaten in deutschen Pflegeheimen: Eine erste Standortbestimmung. In: Jacobs K et al. (Hrsg.): Pflege-Report 2018: Qualität in der Pflege. Berlin, Heidelberg: Springer, 97–125

Schwinger A, Tsiasioti C, Klauber J (2017): Herausforderndes Verhalten bei Demenz: Die Sicht der Pflege. In: Jacobs K et al.: Pflege-Report 2017: Die Versorgung der Pflegebedürftigen. Stuttgart: Schattauer, 131–151

Sinnott C, Mc Hugh S, Browne J, Bradley C (2013): GPs' Perspectives on the Management of Patients with Multimorbidity: Systematic Review and Synthesis of Qualitative Research. BMJ Open, Vol. 3, No. 9, e003610

Statistisches Bundesamt (2018): Pflegestatistik 2017. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Ländervergleich – Pflegebedürftige. Wiesbaden

Temple B A et al. (2017): Emergency Department Interventions for Persons with Dementia Presenting with Ambulatory Care-Sensitive Conditions: a Scoping Review Protocol. JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports, Vol. 15, No. 2, 196–201

Thürmann P (2017): Einsatz von Psychopharmaka bei Pflegebedürftigen. In: Jacobs K et al. (Hrsg.): Pflege-Report 2017: Die Versorgung der Pflegebedürftigen. Stuttgart: Schattauer, 119–130

Tsiasioti C, Behrendt S, Jürchott K, Schwinger A (2019): Pflegebedürftigkeit in Deutschland. In: Jacobs K et al. (Hrsg.): Pflege-Report 2019: Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher? Berlin, Heidelberg: Springer, 257–311

Zi (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung) (2018): Grafik des Monats – Oktober 2018: Ärztliche Versorgung in Pflegeeinrichtungen: Zahl der kooperierenden Praxen wächst schnell; zi.de/presse/grafikdesmonats

(letzter Zugriff auf alle Internetquellen: 19. September 2019)

DIE AUTORIN



Dr. PH Miriam Räker,

Jahrgang 1986, ist als Gesundheits- und Politikwissenschaftlerin seit 2018 am Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO) tätig. Sie war wissenschaftliche Mitarbeiterin, Projektkoordinatorin sowie Beraterin in Forschung und Praxis. Räker absolvierte unter anderem ein Fellowship an der University of California, Los Angeles (USA). Sie studierte in Bielefeld und Malmö (Schweden) Gesundheitswissenschaften sowie Politikwissenschaft und wurde 2016 an der Universität Bielefeld promoviert. Ihre Arbeitsschwerpunkte liegen im Bereich der Gesundheitssystemgestaltung und der Versorgungssteuerung.

Foto: privat

Vermeidbare Schädigungen von Patienten in der Gesundheitsversorgung

von Anja Debrodt*

Maßnahmen der Gesundheitsversorgung können Patienten nicht nur helfen, sondern auch Schäden verursachen und damit erhebliche gesundheitliche Belastungen für die Patienten nach sich ziehen. Schätzungen gehen zudem davon aus, dass 10 bis 15 Prozent der Gesundheitsausgaben darauf zurückzuführen sind. Ein Teil der Schädigungen könnte durch präventive Maßnahmen und ein erhöhtes Problembewusstsein vermieden werden. Wissenschaftler aus Großbritannien haben die Häufigkeit und Art dieser vermeidbaren Schäden in einem systematischen Review genauer untersucht.

1 Was ist das Problem?

Es existieren einige systematische Reviews, die sich mit der Schädigung von Patienten in unterschiedlichen medizinischen Settings beschäftigen. Diese unterscheiden allerdings nicht zwischen vermeidbaren und unvermeidbaren Schäden. Die Autoren konzentrierten sich deshalb in ihrem systematischen Review auf vermeidbare Ereignisse. Als vermeidbar definierten sie Ereignisse, die als unerwünscht identifizierbar sind und durch angemessenes Verhalten vermieden werden können.

2 Wie wurde untersucht?

Der für den Zeitraum von Januar 2000 bis Januar 2019 durchgeführte systematische Review basiert auf 7.313 weltweit identifizierten Datensätzen, von denen 66 eingeschlossen wurden. Die Daten umfassten 337.025 Patienten. Es handelte sich um Beobachtungsstudien, die über die Häufigkeit (Prävalenz), Schwere und Art der vermeidbaren unerwünschten Ereignisse berichteten. Die Mehrzahl der Studien war im Krankenhausbereich angesiedelt.

3 Was ist rausgekommen?

Bei der zusammenfassenden Betrachtung der eingeschlossenen Studien betrug die Prävalenz von vermeidbaren unerwünschten Ereignissen sechs Prozent; davon waren zwölf Prozent schwerwiegend oder zum Tode führend. Etwa je ein Viertel dieser Fälle stand im Zusammenhang mit der Gabe von Medikamenten (25 Prozent) oder mit medizinischer Behandlung (24 Prozent). Verglichen mit Allgemeinstationen traten diese Ereignisse häufiger auf Intensivstationen und im chirurgischen Setting auf. Etwa einer von 20 Patienten war von einem vermeidbaren unerwünschten Ereignis in der medizinischen Versorgung betroffen.

4 Wie gut ist die Studie?

Trotz der umfangreichen Datenbasis weist die Studie einige Limitationen auf. So variiert die Prävalenz in den herangezogenen Daten beträchtlich. Der Ausschluss von Datensätzen, die keine der untersuchten Outcomes berichteten, der Einbezug nicht standardisierter Reports und die Möglichkeit von Erinnerungsfehlern bergen das Risiko einer Ergebnisverzerrung. Da nur sehr wenige Stu-

dien in der Primärversorgung angesiedelt waren, dort aber 80 Prozent der Patienten versorgt werden, bleiben auch Fragen nach Fehlerquellen im Bereich der Diagnostik offen. Dennoch zeigt diese Studie, dass ein nicht zu vernachlässigender Anteil unerwünschter Ereignisse im medizinischen Setting vermeidbar wäre – vor allem im Bereich der Medikation und der therapeutischen Interventionen. Schon heute tragen Maßnahmen zur Erhöhung der Patientensicherheit und gesetzliche Regelungen wie Qualitätsanforderungen und die Vorgaben im Patientenrechtegesetz, aber auch Initiativen wie das Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V. (APS) oder die „Aktion Saubere Hände“ maßgeblich zur Vermeidung von Fehlern im deutschen Gesundheitssystem bei. Die Studie unterstreicht die Bedeutung dieser Anstrengungen und die Notwendigkeit, diese in Zukunft zu intensivieren und weiterzuentwickeln.

Quelle: Panagioti M et al.: Prevalence, Severity, and Nature of Preventable Patient Harm across Medical Care Settings: Systematic Review and Meta-Analysis. *BMJ* 2019; 366:l4185. doi: 10.1136/bmj.l4185

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

DER KOMMENTAR

Jedes Jahr werden Tausende von Patienten durch vermeidbare unerwünschte Ereignisse geschädigt. Das bestätigt diese Studie wie viele andere bereits zuvor. Fehler in Medizin und Pflege sind ein akutes Problem mit enormen Dimensionen. Es ist unverständlich, dass man in Deutschland dagegen nicht ähnlich entschlossen vorgeht wie bei Verkehrssicherheit oder Arbeitsschutz. In der wegweisenden US-Studie „To Err Is Human“ haben Wissenschaftler bereits 1999 eine konsequente Fehlervermeidung und eine Meldepflicht für besonders schwere vermeidbare Schadensereignisse gefordert. Klar ist: Wir haben ein Handlungsdefizit und kein Erkenntnisproblem. Hoffentlich setzt die aktuelle Studie Handlungsimpulse in Richtung Politik und Gesundheitswesen.

Dr. Stefan Gronemeyer,
Leitender Arzt und stellvertretender Geschäftsführer des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS)



KÖPFE

Prof. Dr. Elke Hertig hat die bundesweit erste Professur für regionale Auswirkungen des Klimawandels auf die Gesundheit inne. Mit dieser Heisenberg-Professur treibt die Augsburger Universitätsmedizin den Aufbau des Forschungsschwerpunkts „Environmental Health Sciences“ voran. Hertig studierte Geographie an der Julius-Maximilians-Universität Würzburg. Nach ihrer Habilitation war sie seit 2015 als Akademische Rätin am Institut für Geographie der Universität Augsburg tätig.

Prof. Dr. Gertraud Stadler hat am 1. Oktober die Professur für geschlechtersensible Präventionsforschung an der Charité – Universitätsmedizin Berlin angetreten. Gleichzeitig übernahm sie die Leitung der dortigen Einrichtung „Gender in Medicine“. Nach dem Psychologiestudium an der Katholischen Universität Eichstätt-Ingolstadt arbeitete und promovierte Stadler an der Universität Hamburg.

Anschließend war sie an der Columbia University in New York/USA tätig und lehrte seit 2015 Gesundheitspsychologie an der University of Aberdeen in Schottland.

Prof. Dr. Margareta Halek ist auf den Lehrstuhl für Pflegewissenschaft an der Universität Witten/Herdecke (UW/H) berufen worden und leitet dort auch das Department für Pflegewissenschaft. Nach einer Ausbildung zur Altenpflegerin studierte Halek an der UW/H Pflegewissenschaft. Ab 2009 leitete sie am Standort Witten des Deutschen Zentrums für Neurodegenerative Erkrankungen die Forschungsgruppe „Versorgungsinterventionen“. Ab 2016 hatte sie zusätzlich eine Juniorprofessur am Department für Pflegewissenschaft der UW/H inne.

Prof. Dr. Dagmar Fischer übernimmt 2020 für vier Jahre die Präsidentschaft der Deutschen Pharmazeutischen Gesellschaft. Nach der

Ausbildung zur Pharmazeutisch-technischen Assistentin studierte Fischer Pharmazie und promovierte an der Philipps-Universität Marburg. Von 2004 bis 2008 leitete sie die Abteilung Präklinische Forschung und Entwicklung bei einem Pharmaunternehmen. Seit 2008 ist Fischer Professorin für Pharmazeutische Technologie, seit 2018 Professorin für Pharmazeutische Technologie und Biopharmazie an der Friedrich-Schiller-Universität Jena.

Prof. Dr. Cord Spreckelsen hat die neue Professur für Medizinische Informatik am Institut für Medizinische Statistik, Informatik und Datenwissenschaften am Universitätsklinikum Jena übernommen. Nach dem Physikstudium in Heidelberg promovierte er in Aachen im Fach Informatik. Am Institut für Medizinische Informatik der RWTH Aachen leitete er die Abteilung „Wissensbasierte Systeme“ und war dort zuletzt stellvertretender Institutsdirektor.

KONGRESSE

Thema	Inhalt	Datum/Ort	Veranstalter	Anmeldung
13. Diabetes Herbsttagung der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)	Kinder und Jugendliche, Diabetestechnologie, Ernährung, Hygiene in Klinik und Praxis	8.–9.11.2019 Leipzig	Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) e. V. Albrechtstraße 9 10117 Berlin	herbsttagung-ddg.de > Anmeldung E-Mail: registrierung-ddg@kukm.de Telefon: 03643 2468-126
Bundeskongress 2019 „Gesundheit für alle!? Benachteiligungen erkennen – Handlungsspielräume nutzen“	Soziale Determinanten von Gesundheit, gesundheitsbezogene Chancengerechtigkeit	14.–15.11.2019 Kassel	Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V. (DVSG) Alt-Moabit 91, 10559 Berlin	dvsg.org > DVSG-Bundeskongress > Anmeldeformular
12th European Public Health Conference: „Building Bridges for Solidarity and Public Health“	Migration und Gesundheit, Versorgung Geflüchteter, internationale Kooperation	20.–23.11.2019 Marseille/ Frankreich	European Public Health Association Postbox 1568 3500 BN Utrecht/Niederlande	ephconference.eu > Registration/ Travel > Register E-Mail: registration@ephconference.eu
European Scientific Conference on Applied Infectious Disease Epidemiology (ESCAIDE)	Prioritätensetzung in der Public-Health-Forschung, Impfungen, resistente Erreger	26.–27.11.2019 Stockholm/ Schweden	European Centre for Disease Prevention and Control Gustav III:s Boulevard 40 169 73 Solna/Schweden	escaide.eu > Registration E-Mail: ESCAIDE.conference@ecdc.europa.eu
9. Präventionskongress von Bundesminist. für Gesundheit/Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung	Prävention und Gesundheitsförderung in der Pflege	2.12.2019 Berlin	Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V. Heilsbachstraße 30 53123 Bonn	www.bvpraevention.de > Über uns > Veranstaltungen > Präventionskongress 2019 > Anmeldung E-Mail: info@praeventionskongress.de
Fachtagung „Demenz und Migration“	Pflege älterer Menschen mit Migrationshintergrund, interkulturelle Pflege	2.12.2019 Berlin	Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V./Selbsthilfe Demenz Friedrichstraße 236 10969 Berlin	deutsche-alzheimer.de > Termine > Kongresse und Tagungen > Fachtagungen E-Mail: info@deutsche-alzheimer.de Telefon: 030 25937950

Kontakte

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

19-1024

G+G Wissenschaft (GGW)

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

Verantwortliche Redakteure: Ines Körver (KomPart), Prof. Dr. Klaus Jacobs (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