



FRANKFURTER FORUM ■ DISKURSE

Zwischen Patientenwohl und Finanzinteresse



Heft 29
April 2024
ISSN 2190-7366

FRANKFURTER FORUM
für gesellschafts-
und gesundheitspolitische
Grundsatzfragen e.V.



Eine Auflistung früherer Diskurs-Hefte des Frankfurter Forums und der dort behandelten Themen findet sich am Heftende. Alle Hefte sind online abrufbar unter <https://frankfurter-forum-diskurse.de>

Ziele

Das Frankfurter Forum für gesellschafts- und gesundheitspolitische Grundsatzfragen will zentrale Fragen in der Gesellschafts- und Gesundheitspolitik mit führenden Persönlichkeiten aus Politik, Wissenschaft und Gesellschaft diskutieren und versuchen, darauf Antworten zu geben. Die unterschiedlichen ethischen, medizinischen, ökonomischen, politischen und rechtlichen Standpunkte sollen transparent und publik gemacht werden. Anregungen und Handlungsempfehlungen sollen an die Entscheider in Politik und Gesundheitssystem weitergegeben werden, um so an dessen Weiterentwicklung mitwirken zu können.



Heft 29
April 2024
ISSN 2190-7366

FRANKFURTER FORUM
für gesellschafts-
und gesundheitspolitische
Grundsatzfragen e.V.

Inhalt

Neue Versorgungsformen – Machen statt reden 4

Zwischen Patientenwohl und Finanzinteresse

REGINA KLAKOW-FRANCK

**Die Ambulante Spezialfachärztlich Versorgung –
Potenziale, Grenzen, Ausblick** 8

ISABELLA ERB-HERRMANN/HUBERT SCHINDLER

**Das Hessische Onkologiekonzept –
Bewertung in der Praxistauglichkeit** 22

THOMAS KECK / Sabine Nußbeck

**Lebensqualität sichern, erhalten, verbessern –
die DRV als Partner** 28

VERENA NOLD

**Integrierte Versorgungskonzepte in der Schweiz
und deren Wirkung** 38

Mehr Pragmatismus wagen! 46

Neue Versorgungsformen: Machen statt reden

DR. REGINA KLAKOW-FRANCK, PROF. DR. H.C. HERBERT REBSCHER, PROF. DR. VOLKER ULRICH



Patientenwohl versus Finanzinteresse: Wohin entwickelt sich unser Gesundheitssystem?, das Generalthema des Jahres 2023 wurde in der Frühjahrssitzung grundsätzlich diskutiert. Die Praxisrelevanz ist in der Herbsttagung zentraler Berichts- und Diskussionspunkt gewesen. Was sind positive Beispiele und was sind die Rahmenbedingungen gelungener neuer Modelle in der Versorgung der Patienten?

Das Patientenwohl, Customer Value und Public Value sind und bleiben die Ziele des Gesundheitssystems. Geschäftsmodelle haben sich diesem Ziel unterzuordnen. Kluge Regulatorik verfolgt im Ergebnis dieses Ziel. Es geht darum, wie die Wertschöpfung des Systems auf die Versorgung der Patienten und die Qualität der Angebote konzentriert werden kann. Eine Unterscheidung in „gutes Geld“ und „schlechtes Geld“ trägt dazu nicht viel bei. Kluge Regulierung und Fokussierung auf Versorgungsprozesse und Ergebnisse sind die Mittel der Wahl. Soweit ein extrem verdichtetes Fazit der Frühjahrsdebatte.

Geschäftsmodelle und Gesellschaftsstrukturen sind immer auch strategische Entscheidungen. Es sind in der Regel auch sehr langfristige Entscheidungen. Die Wahl konkreter Geschäftsmodelle von Unternehmen folgt vielfältigen Anreizen und Zielen. Entscheidungen der

beteiligten Gesellschafter zur Aufbau- und Ablauforganisation von Unternehmen benötigen Vertrauen in die Stabilität der Rahmenbedingungen mindestens im Investitionszyklus, besser weit darüber hinaus. Geschäftsmodelle folgen „langen Linien“, Pfadabhängigkeiten und der strukturellen und kulturellen Verfasstheit der Märkte. Dies gilt auf allen dauerhaft wertschöpfenden Märkten, besonders auch auf den verschiedenen Märkten eines Gesundheitssystems. Und das macht flexible Formen der Kooperation auch so schwierig.

Gemeinsam ist allen Strukturen des Gesundheitssystems, dass die Historie von einem „sorgenden Motiv“ geprägt war und weiterhin ist. Das sorgende Motiv dominiert jede politische und ökonomische Debatte im Gesundheitswesen. Die aktuelle Krankenhausreform, die Pflegereform, die Sicherung der Finanzgrundlagen der GKV, überall dominieren die Themen Versorgungssicherheit, Gemeinwohl und Bedarfsnotwendigkeit. Das ist zunächst kein schlechter Fokus. Schwierig wird es, wenn Anpassungsdruck herrscht, wenn Änderungen im organisatorischen Status quo angezeigt sind.

Die Ursachen des vermehrten Anpassungsbedarfs sind bekannt, vielfältig und unabhängig von der jeweiligen Trägerstruktur: die demografische Entwicklung und der Fachkräftebedarf, die technologische Entwicklung, die

zunehmend digitalen Prozesse bei der Zusammenarbeit und der mit all dem steigende Finanzbedarf für die entsprechende moderne Infrastruktur, die dies leisten kann.

Die demografische Entwicklung ist von mindestens drei Effekten geprägt: der wachsende medizinische und pflegerische Leistungsbedarf, der fehlende Fachkräftenachwuchs für die kleinteilige Angebotsstruktur im Status quo, die veränderten Erwartungen potenzieller Fachkräfte an ihre jeweilige Berufsrolle.

Die technische Entwicklung bei Diagnostik und Therapie bewirkt ebenfalls mehrere organisatorische Konsequenzen. Das Ziel einer präziseren Diagnostik und Therapie bedeutet im Status quo mehr technische Infrastruktur für einen immer kleineren Kreis dafür infrage kommender Patienten. Dies ist ein organisatorisches Problem, ein ökonomisches Problem, nicht zuletzt ein qualitatives Problem und ein Schulungsproblem für das gesamte Team.

Unabhängig von der Frage nach seiner Amortisierung stellt der massiv steigende Finanzbedarf einer so modernen Infrastruktur eine erhebliche Markteintrittsbarriere für Einzelunternehmer oder kleine Organisationseinheiten dar. Das Risiko, ein so differenziertes Angebot vorzu-

halten, verlangt nach belastbaren Organisationsmodellen und -größen.

Dabei ist historisch in den Sektoren des Gesundheitssystems die private Finanzierung die Regel. Eine rein öffentliche Finanzierung über Steuern ist nur im stationären Sektor (bei der Investitionsfinanzierung durch die Bundesländer) und in der öffentlichen Trägerstruktur für ca. ein Drittel der Häuser vorzufinden. Doch gerade hier gibt es Probleme und Verwerfungen. Die nachhaltige Weigerung der Länder, ihre Investitionsverpflichtungen angemessen zu bedienen, trieb die Häuser zu einer Zweckentfremdung von Anteilen der Betriebskostenfinanzierung (über DRG) zur Stützung von notwendigen Investitionen.

Schon dieses Beispiel zeigt, dass es nicht darum gehen kann, privates Engagement und privates Kapital zu diskreditieren und neue Hürden zu errichten. Es gibt die Überzeugung, dass die Herausforderungen durch knappe Personalressourcen, die Notwendigkeit der Koordination, Kooperation und Kommunikation, die rasanten differentialdiagnostischen und therapeutischen Entwicklungen, die Vernetzung und Plattformen und die digitalen Prozesse nachhaltige Strukturveränderungen bewirken werden. Strukturveränderungen, die neues Kapital benötigen, in Größenordnungen, die den

Einzelunternehmer überfordern und die neue gesellschaftsrechtliche Arrangements erfordern.

Ziel muss es sein, dass das Sorgemotiv gegenüber den Patienten unabhängig von der Einbindung der Sorgen- den in Träger und Finanzierungsstrukturen erhalten bleibt. Im Status quo ist die Vernetzung der Akteure und die Hilfestellung bei deren Organisation ein Schlüssel auf dem Weg zur besseren Koordination der Abläufe, der Kooperation der am Versorgungsprozess Beteiligten und der Zeit- und Raum überwindenden Kommunikation.

Vernetzungen und übergreifende, gut koordinierte Angebote fokussieren auf die Themen Förderung der Gesundheitskompetenz und Prävention, Entwicklung innovativer Versorgungsformen, niederschwelliges Angebot in Gesundheitsregionen und Ansatzpunkte zur Überwindung der Sektorengrenzen.

Neue Angebote sollten die Komplexität und Intransparenz nicht erhöhen, sondern abbauen. Die noch kurze Geschichte der ASV ist eine eindrückliche Warnung vor weiterer Regulungsdichte und Bürokratie. Sie ist auch ein Beispiel dafür, wie die gemeinsame Selbstverwaltung trotz weitreichender Gestaltungsmöglichkeiten die Chance verpasst hat, ein attraktives, sektorenunabhängiges Geschäftsmodell auf den Weg zu bringen – der Flickenteppich an der Schnittstelle ambulant-stationär wurde und wird immer größer. Dieses Flickwerk ist genauso wenig zielführend wie die etwaige Schaffung neuer Versorgungsebenen oder -sektoren. Nicht reden, sondern machen! Mehr Kooperation und Vernetzung wären auch heute schon unter den gegebenen Rahmenbedingungen möglich.

In der Onkologie gibt es einige solcher erfolgversprechenden Modelle. Hier kann auf eine lange und von der Deutschen Krebsgesellschaft intensiv betriebene Entwicklung hin zu einer Netzwerkmedizin aufgebaut

werden. Das Konzept einer forschungsbasierten und „Wissen generierenden Versorgung“ (DKG) bietet auch für andere Disziplinen der Medizin eine gute Grundlage.

Auf dieser Basis hat Michael Hallek (Uni Köln), der Vorsitzende des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, ein in der Praxis funktionierendes Konzept vorgestellt. Das Centrum für Integrierte Onkologie (CIO) in Nordrhein-Westfalen mit den Standorten Aachen, Bonn, Köln und Düsseldorf zur ambulanten Versorgung von Krebspatienten, das erreicht seit 2018 etwa elf Millionen Menschen.

Das Hessische Ministerium für Soziales und Integration (HMSI) verfolgte im Jahr 2010 mit dem hessischen Onkologiekonzept zwei Ziele: Über eine strukturverändernde Krankenhausplanung sollten Bettenkapazitäten abgebaut und über die Bildung von Netzwerken die Qualität der Krebsbehandlungen verbessert werden. In den sechs Versorgungsgebieten des hessischen Krankenhausplans arbeitet jeweils ein koordinierendes Krankenhaus als Kompetenzzentrum (finanziell unterstützt durch einen Zentrumszuschlag) über Tumorboards mit den regional kooperierenden Häusern zusammen. In einem weiteren Schritt werden im Netzwerk für eine wohnortnahe Folgebehandlung die niedergelassenen Fachärzte und weitere Gesundheitseinrichtungen eingebunden.

Aber auch bei der Förderung der Forschung (siehe Frankfurter Forum Hefte 26 und 27) wurde Nachholbedarf erkannt. Im Februar 2023 wurde das Nationale Centrum für Tumorerkrankungen (NTC) mit einem Fördervolumen von 14 Millionen Euro in Kooperation von BMBF und sechs universitären Standorten aus fünf Bundesländern (Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Nordrhein-Westfalen und Sachsen) gebildet, um Forschungstätigkeiten und Managementkapazitäten zu finanzieren und die Translationslücke zur Patientenversorgung zu schließen

Schließlich ist die Rehabilitation gefordert, passgenaue Angebote für diese vernetzten Strukturen zu entwickeln. Aktuelle Evaluationen betonen die Vorteile von individuellen und zeitlich flexiblen Reha-Therapien gegenüber der klassischen stationären Rehabilitation, die auch ambulant und wohnortnah in vom Reha-Träger zertifizierten Einrichtungen erfolgen können.

Insgesamt entwickelt sich mit Blick auf die neuen Versorgungsformen und Versicherungsmodelle ein stärkerer Pragmatismus. Durch das in Deutschland diskutierte Konzept der Gesundheitsregionen mit alternativen Vertragsformen kommt eine neue Belebung in eine alte Debatte. Der Blick „über den Zaun“, hier in das Nachbarland Schweiz, zeigt, dass pragmatische Lösungen und wettbewerbliche Suchverfahren angezeigt sind, um die Herausforderungen der Zukunft zu meistern. Das Ziel bestimmt den Weg, das Ziel ist, eine patientenorientierte Medizin möglich zu machen.

Kontakt:

**Petra Acher | Geschäftsführerin des Frankfurter Forums
Seedammweg 51, 61352 Bad Homburg
E-Mail: frankfurter-forum-petra-acher@t-online.de
<http://frankfurter-forum-diskurse.de>**

Zwischen Patientenwohl und Finanzinteresse

Die Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung – Potenziale, Grenzen, Ausblick

DR. REGINA KLAKOW-FRANCK, M.A.



Mit der Neufassung von Paragraf 116b SGB im Jahr 2012 wurde vom Gesetzgeber ein Impuls gegeben, gleiche Rahmenbedingungen für vertragsärztliche Spezialisten und Krankenhäuser zu schaffen. Das Ergebnis ist ernüchternd: Die Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung (ASV) wurde zu einem unattraktiven Geschäftsmodell ausgestaltet, mit einem bürokratischen Anzeigeverfahren und dem sogenannten „EBM-Ziffernkranz“ als Dauerlösung. Dabei hätte die ASV der Nukleus eines Rahmenmodells für eine patientenzentrierte Versorgung an der Schnittstelle ambulant-stationär werden können, mit einheitlichen Qualitätsanforderungen und einer neuen sektorengleichen Vergütungssystematik.

Historie des Paragraphen 116b SGB V

Allgemein gilt für die Leistungserbringung im System der gesetzlichen Krankenversicherung der Grundsatz „Ambulant vor stationär“ (Paragraf 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V). Er bezweckt eine bedarfsgerechte Versorgung der GKV-Vericherten mit der medizinisch notwendigen und gleichzeitig effizienten und wirtschaftlichen Versorgung. Seit der Einführung minimal-invasiver Operationstechniken und anderer innovativer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in den 1980er Jahren haben sich die Möglichkeiten der ambulanten Erbringung hochtechnisierter und komplexer Diagnostik und Therapie stetig erweitert. Wesentliche regulatorische Weichenstellungen, mit denen der Gesetzgeber auf diesen technologisch getriebenen Ambulantisierungstrend reagierte, erfolgten allerdings erst 2004 durch das GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG), in dessen Rahmen die Paragraphen 115b und 116b SGB V eingeführt wurden. Paragraf 115b SGB V bildet seither die Grundlage für ambulante Operationen im Krankenhaus bzw. den AOP-Katalog.

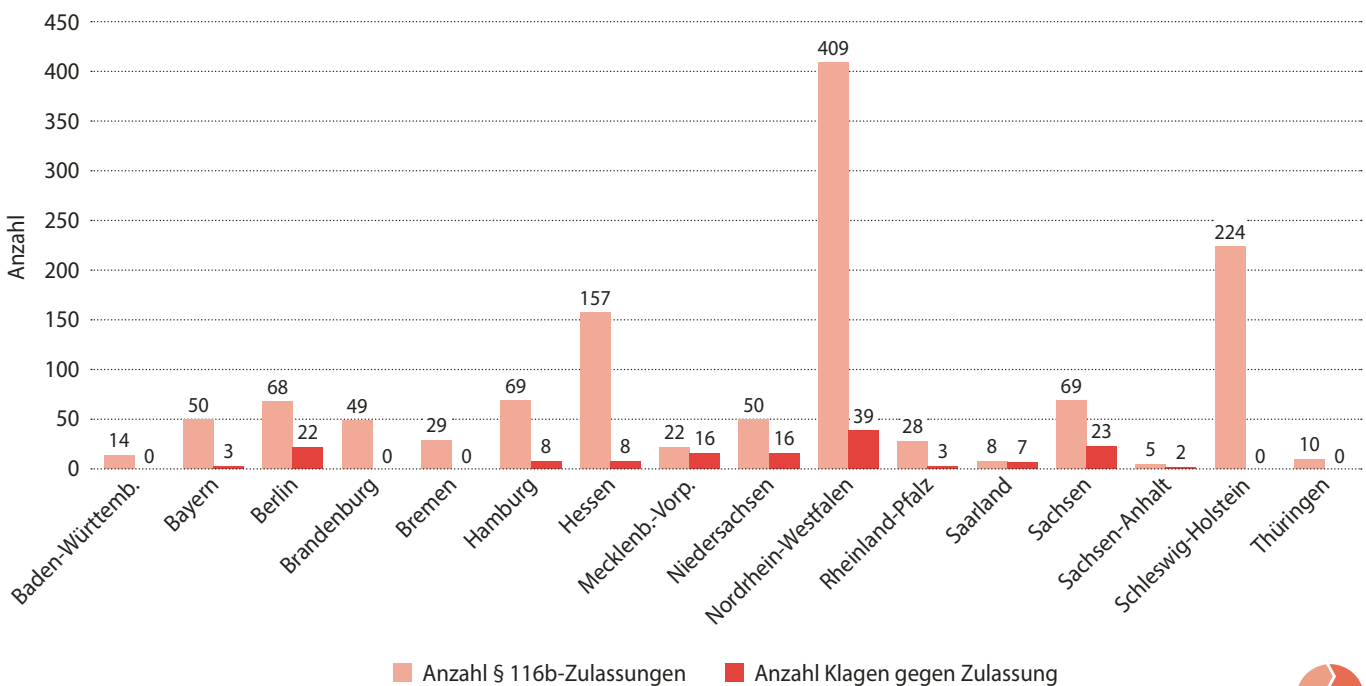
Bei der „Ur-Form“ des Paragraphen 116b SGB V handelte es sich um ein neues Leistungsangebot zur ambulanten Leistungserbringung in drei Fallgruppen: Diagnostische und therapeutische Leistungen für Patient:Innen mit besonderen Krankheitsverläufen, womit komplexe Erkrankungen, wie z. B. Krebserkrankungen gemeint waren, die in der Regel eine Zusammenarbeit mehrerer Fachdisziplinen erfordern; die Behandlung von Patient:Innen mit seltenen Erkrankungen (z. B. Mukoviszidose); und die Durchführung von hochspezialisierten Leistungen (z. B. Brachytherapie). Die Alt-Regelung von Paragraf 116b SGB V (Ambulante Be-

handlung im Krankenhaus) galt ausschließlich für Krankenhäuser. Laut amtlicher Begründung zum GKV-Modernisierungsgesetz war hiermit die Erwartung verbunden, den Zugang der Patientinnen und Patienten zu abgestimmten Versorgungskonzepten „aus einer Hand“ zu verbessern.

Die gesetzliche Alt-Regelung sah zunächst die Möglichkeit frei aushandelbarer Verträge zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern vor. Ab 2007 wurde dies auf ein Zu-

lassungsverfahren durch die Krankenhausplanungsbehörden der Länder umgestellt, nachdem die Krankenkassen die Möglichkeit zum Abschluss von Paragraph 116b-Verträgen mit Krankenhäusern kaum genutzt hatten. Bis 2011 wurden sodann rund 2.500 Anträge auf Zulassung zur Paragraph 116b-Versorgung von Krankenhäusern bei den Landesplanungsbehörden gestellt, wovon rund die Hälfte bewilligt wurde; nach Maßgabe des Bundesgesetzgebers

Regionale Verteilung der Zulassungen und Klagen gegen eine Zulassung nach § 116b SGB V a.F.



Quelle: [SVR 2012] S. 259



Abbildung 1: Bis zum Jahr 2011 wurden etwa 2.500 Anträge auf Zulassung zur Paragraph 116b-Versorgung von Krankenhäusern bei den Landesplanungsbehörden gestellt. Rund die Hälfte von ihnen wurde bewilligt.

war im Zulassungsverfahren die vertragsärztliche Versorgungssituation jeweils zu berücksichtigen. Zusätzlich war in einigen Bundesländern, z. B. in Berlin, eine hohe Klagebereitschaft seitens vertragsärztlicher Leistungserbringer gegen die von einem Krankenhaus beantragte Paragraf 116b-Zulassung zu beobachten (siehe Abb. 1).

Eckpunkte der Neufassung von Paragraf 116b im GKV-Versorgungsstrukturgesetz

Unter anderem der „Zulassungstau“ in einigen Bundesländern sowie insgesamt die regionale Heterogenität der ambulanten Behandlung im Krankenhaus waren Anlass für eine grundlegende Neufassung des Paragrafen 116b SGB V, der mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetzes (GKV-VStG) in 2012 erfolgte. Seither handelt es sich bei dem 116b-Leistungsangebot nicht länger um „Ambulante Behandlung im Krankenhaus“, sondern um „Ambulante spezialfachärztliche Versorgung“ (ASV), die nicht nur von nach Paragraf 108 zugelassenen Krankenhäusern, sondern auch von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern (niedergelassene Fachärzte, ermächtigte Krankenhausärzte, Medizinische Versorgungszentren u.a.) erbracht werden darf. Die gesetzliche Neuregelung sieht die Schaffung sektorenübergreifend einheitlicher Rahmenbedingungen im Sinne von „gleich langen Spießen“ für Krankenhäuser und niedergelassene Spezialisten vor, die auf vier Säulen – Was? Wie? Wer? Zu welchem Preis? – beruhen:

- Leistungskatalog: Die Richtlinien-Kompetenz zur Auswahl der Erkrankungen, die im Rahmen der ASV behandelt werden dürfen, und zur Festlegung des jeweiligen Behandlungsumfangs wurde dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zugeordnet; neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB), die in der vertragsärztlichen Versorgung nicht erbracht werden dürfen, können vom G-BA in den ASV-Leistungskatalog aufgenommen werden;
- Qualitätssicherung: Der G-BA hat in seiner Richtlinie sektorenübergreifend einheitliche Mindestanforderungen an die personellen und sächlichen Anforderungen sowie die sonstigen Anforderungen an die Qualitätssicherung in der ASV festzulegen;
- Teilnahmeberechtigung: Das Paragraf 116b-Zulassungsverfahren durch die Krankenhausplanungsbehörden wurde auf ein Anzeigeverfahren bei den erweiterten

Landesausschüssen nach Paragraf 116b Abs. 3 i.V.m. Paragraf 90 Abs. 1 und 2 SGB V (ELA) umgestellt; als neues, sektorenübergreifendes Leistungsangebot wurde die ASV außerdem ausdrücklich von der vertragsärztlichen Bedarfsplanung ausgenommen;

- Vergütung: Die ASV-Leistungen sind durch die Krankenkassen unmittelbar zu vergüten. Hierzu haben die Vertragspartner (GKV-SV, KBV, DKG) eine einheitliche Vergütungssystematik zu vereinbaren, die auf Basis betriebswirtschaftlicher Kalkulationen zu entwickeln ist, mit dem EBM als Ausgangsbasis. Die vertragsärztliche morbiditätsorientierte Gesamtvergütung ist um die ASV-Leistungen zu bereinigen.

ASV-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses

Die Erstfassung der Richtlinie zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV-RL) trat 2013 in Kraft. Sie beinhaltet allgemeine Bestimmungen, wie z. B. grundsätzliche Anforderungen an die personellen und weitere Strukturqualitätsanforderungen in der ASV, die für alle in die ASV-Diagnosen gelten, d.h. sowohl für die komplexen als auch für seltene Erkrankungen. Die ursprünglich in Paragraf 116b SGB V vorgesehene dritte Fallgruppe für einzelne hochspezialisierten Leistungen wurde vom G-BA nicht weiterverfolgt, da diese Leistungen zwischenzeitlich entweder bereits in den DRG-Fallpauschalen-Katalog Aufnahme gefunden hatten oder einer Methodenbewertung nach Paragraf 135c oder 137c SGB V zugeführt worden waren.

Die diagnosen-spezifischen Bestimmungen sind jeweils in einer Anlage festgelegt, die vom G-BA Zug um Zug von „alt“ (Altregelungen nach ABK-RL) nach „neu“ (ASV-Anlage) überführt werden. Die Altregelungen gelten als Übergangsregelung für die bereits nach ABK-RL an der Paragraf 116b-Versorgung teilnehmenden Krankenhäuser jeweils noch zwei nach Inkrafttreten einer neuen ASV-Anlage fort. Eine weitere Novität gegenüber der ABK-RL ist, dass der G-BA den diagnosenspezifisch in einer ASV-Anlage jeweils festgelegten Behandlungsumfang zusätzlich in einem Appendix zur jeweiligen ASV-Anlage auf Ebene der Leistungsbeschreibungen des vertragsärztlichen EBM konkretisiert (sog. EBM-Ziffernkranz). Hintergrund hierfür ist, dass der Gesetzgeber den EBM als Ausgangslage für die Vergütung der ASV-Leistungen bestimmt hat; der „EBM-Ziffernkranz“ dient der Konkretisierung des Leistungsumfangs und gleichzeitig als Abrechnungsgrundlage.

Laut Gesetzgeber kann der G-BA ausdrücklich auch nicht im EBM enthaltene Leistungen in den Behandlungsumfang der ASV einschließen. Dies betrifft z. B. die Koordination der Behandlung, insbesondere aber auch neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die aufgrund des Erlaubnisvorbehalts von der vertragsärztlichen Versorgung bislang ausgeschlossen sind. Von dieser Möglichkeit der Ergänzung des vertragsärztlichen Behandlungsumfangs hat der G-BA bislang jedoch nur wenig Gebrauch gemacht. So wurde z. B. eine Pauschale für die Koordination der Behandlung in Anlehnung an die Onkologie-Vereinbarung in den ASV-Leistungskatalog aufgenommen, oder z. B. der Einsatz von Gen-Expressionstests beim Mammakarzinom. Für die nicht im EBM enthaltenen Leistungen legt der ergänzte Bewertungsausschuss nach Paragraph 85 Abs. 5a SGB V jeweils bis sechs Monate nach Inkrafttreten einer ASV-Anlage eine Vergütung auf EBM-Niveau fest.

Bildung eines interdisziplinären Teams als zentrale Strukturqualitätsanforderung

Eine weitere Hauptaufgabe des G-BA besteht in der Festlegung der personellen und sächlichen Anforderungen an die ambulante spezialfachärztliche Leistungserbringung sowie die sonstigen Anforderungen an die Qualitätssicherung. Die Teilnahme an der ASV setzt per definitionem eine Facharzt-Qualifikation voraus; gegenüber der ABK-RL für Krankenhäuser, für die der Facharztstandard ausreichend ist, wurde neu bestimmt, dass in der ASV der Facharztstatus des Leistungserbringers zu gewährleisten sei. Inwiefern diese Anforderung in den Krankenhäusern auch umgesetzt wird, muss offen bleiben. Umgekehrt bedeutet der Facharztstatus jedoch auch in der vertragsärztlichen Versorgung nicht, dass jede Leistung zwingend höchstpersönlich zu erbringen sei.

Definitionsgemäß besteht in der ASV außerdem das Erfordernis einer interdisziplinären Zusammenarbeit („Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung umfasst die Diagnostik und Behandlung komplexer, schwer therapierbarer Krankheiten, die je nach Krankheit eine spezielle Qualifikation, eine interdisziplinäre Zusammenarbeit und besondere Ausstattungen erfordern.“ Paragraph 116b Abs. 1 Satz 1 SGB V). Die Bildung eines interdisziplinären Teams hat der G-BA zur zentralen Strukturqualitätsanforderung und Grundvoraussetzung für die Teilnahme an der ASV erhoben. Nach der ASV-RL ist das ASV-Team in drei Ebenen gegliedert:

1. Teamebene: Teamleitung (i.e. Teamleiter bzw. die Teamleiterin, die die Bildung des ASV-Teams organisiert und die Anzeige beim erweiterten Landesauschuss einreicht), die die erste Anlaufstelle bzw. Erstbehandler des ASV-Patienten ist und die ASV-Behandlung insgesamt koordiniert;
2. Teamebene: Kernteam, bestehend aus weiteren Fachärzten, die zwingend zur Mitbehandlung gemäß jeweils diagnosenspezifischer ASV-Anlage erforderlich sind;
3. Teamebene: Hinzuziehende Fachärzte, die je nach Bedarf und medizinischer Notwendigkeit zusätzlich auf Überweisung tätig werden.

Die auf den verschiedenen Ebenen jeweils geforderten Facharzt-Weiterbildungen und ggf. zusätzliche Qualifikationen richten sich nach der jeweiligen Erkrankung bzw. werden vom G-BA in der jeweils diagnose-spezifischen Anlage zur ASV-RL festgelegt; so ist die Funktion des Teamleiters z. B. bei gynäkologischen Krebserkrankungen von einem Facharzt für Gynäkologie (alternativ: Facharzt für Hämato-Onkologie) zugeordnet, zu den Kernteam-Mitgliedern zählen Strahlentherapeuten u.a. In der dritten Ebene der hinzuziehenden Fachärzte sind typischerweise Fachgebiete wie die Radiologie und Labormedizin zu finden, deren Leistungen in der Regel bei allen in die ASV eingeschlossenen Erkrankungen auf Überweisung angefordert werden.

Während die interdisziplinäre Zusammenarbeit in der ASV obligatorisch gefordert ist, ist die Vereinbarung einer sektorenübergreifenden Kooperation nur im Falle der ASV von Patienten mit onkologischen Erkrankungen geboten („Zudem kann er [i.e. G-BA] für die Versorgung bei Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen Regelungen zu Vereinbarungen treffen, die eine Kooperation zwischen den beteiligten Leistungserbringern nach Absatz 2 Satz 1 in diesem Versorgungsbereich fördern. Für die Versorgung von Patienten mit onkologischen Erkrankungen hat er Regelungen für solche Vereinbarungen zu treffen.“ Paragraph 116b Abs. 4 Satz 9 und 10 SGB V). Ausnahmen hiervon sind möglich und bereits durch den Gesetzgeber vorweggenommen worden (Paragraph 116b Abs. 4 Satz 11 SGB V).

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass nicht etwa die sektorenübergreifende Kooperation, sondern die formelle Bildung eines interdisziplinären Teams als Organisationsstruktur für die Leistungserbringung das Alleinstellungsmerkmal ist, das die ASV charakterisiert und von anderen besonderen Versorgungsformen unterscheidet.

Flexible Kooperationsmöglichkeiten im ASV-Team

Um die Bildung eines interdisziplinären Teams, ggf. über die Sektorengrenzen hinweg, zu ermöglichen, wurde vom G-BA bewusst auf starre Vorgaben verzichtet, um insbesondere auch niedergelassenen Spezialisten die Gründung eines ASV-Teams zu ermöglichen: Das interdisziplinäre Team kann deshalb „unter einem Dach“ gegründet werden, z. B. einer großen Klinik, die einrichtungsintern über alle notwendigen Fachdisziplinen bzw. Fachabteilungen verfügt, oder aber durch „Vernetzung“ in Gestalt von Kooperationsvereinbarungen, die federführend vom ASV-Teamleiter zu organisieren sind. Zur Gründung eines ASV-Teams z. B. durch einen niedergelassenen Facharzt ist nicht eigens die Gründung einer Praxismgemeinschaft, einer Berufsausübungsgemeinschaft, eines MVZ oder gar eines Ärztenetzwerks erforderlich, sondern die Vereinbarung zur Kooperation in einem privatrechtlichen Vertrag eigener Art ausreichend (Paragraf 2 Abs. 2 Satz 3 ASV-RL).

Als Radius der Leistungskooperation wurde vom G-BA eine Entfernung bzw. durchschnittliche Wegzeit von 30 Minuten zwischen dem Praxis-Ort des Teamleiters und den weiteren Kernteam-Mitgliedern festgelegt. Hiermit sowie mit der Pflicht zum Angebot einer „gemeinsamen Sprechstunde“ sollte einerseits den ASV-Patienten der Zugang zum ASV-Kernteam erleichtert, andererseits die Gründung „vorgeblicher“ ASV-Teams rein zu Abrechnungszwecken verhindert werden.

Entsprechende Geltung der QS-Vereinbarungen nach Paragraf 135 Abs. 2 SGB V

Für viele in den Behandlungsumfang der ASV jeweils eingeschlossenen Leistungen, z. B. für die Koloskopie, gelten in der vertragsärztlichen Versorgung besondere Qualitätssicherungsvereinbarungen nach Paragraf 135 Abs. 2 SGB V. Für die Zwecke der ASV wurde vom G-BA festgelegt, dass „die Qualitätssicherungsvereinbarungen nach Paragraf 135 Absatz 2 SGB V solange entsprechend gelten, bis der G-BA diese durch eine „QS-Anlage zur entsprechenden Übertragung der Anforderungen der Regularien des Paragraf 135 Absatz 2 SGB V“ zu dieser Richtlinie ersetzt.“ (Paragraf 12 ASVRL). Diese Bestimmung hat einerseits zur Folge, dass für die Zwecke der ASV von den Krankenhäusern z. B. Mindestmengen zu erfüllen sind, die so im Rahmen der stationären Versorgung nicht erfüllt werden müssen und

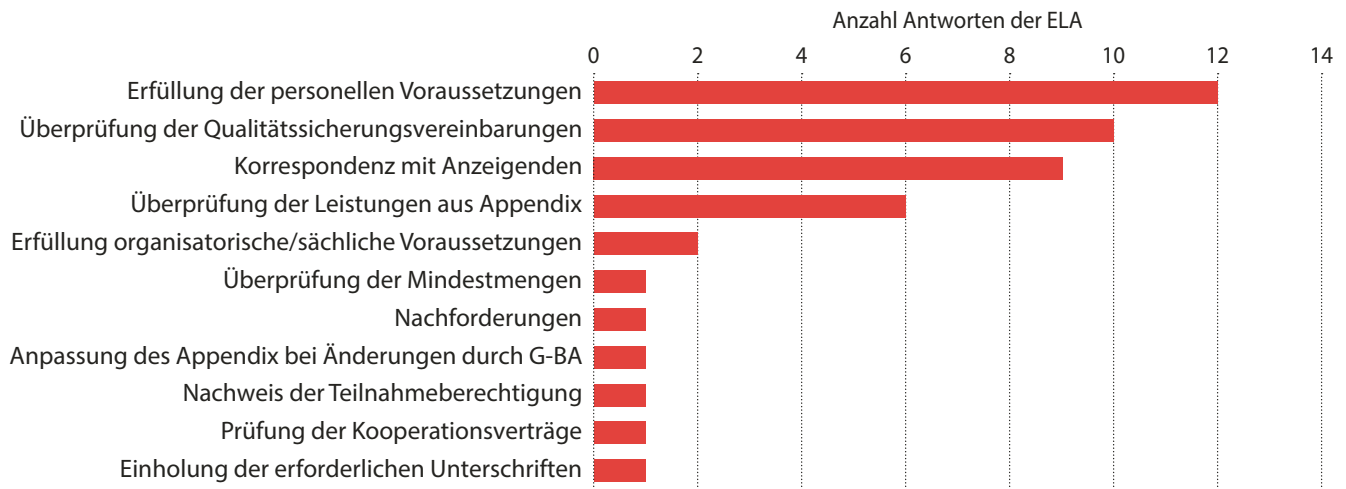
faktisch von vielen kleineren Krankenhäusern auch nicht erfüllt werden können. Konflikte im Anzeigeverfahren sind so programmiert, auch deshalb, weil die „entsprechende Geltung“ der QS-Vereinbarungen im Krankenhaus von den ELAs unterschiedlich ausgelegt wird. Insgesamt muss diese QS-Regelung in der ASV als problematisch bezeichnet werden, weil sie einen der maßgeblichen Bürokratieverursacher im Anzeigeverfahren darstellt (siehe Abbildung 2).

Anzeigeverfahren bei den ELAs als Verwaltungsakt

Die in der „entsprechenden Geltung“ der QS-Vereinbarung nach Paragraf 135 Abs.2 SGB V innewohnende Problematik wurde bereits auf dem Rechtssymposium des G-BA zur ASV unter Beteiligung der Vorsitzenden der erweiterten Landesausschüsse in 2015 ausführlich erörtert. Die Umstellung des Paragrafen 116b-Zulassungsverfahrens auf ein Anzeigeverfahren war von seiner Intention her als Vereinfachung gedacht: In der Fiktion des Gesetzgebers sind für die vertragsärztliche Versorgung bereits zugelassene Leistungserbringer und nach § 108 zugelassene Krankenhäuser „automatisch“ dazu berechtigt, ASV-Leistungen zu erbringen (und abzurechnen), sofern sie die vom G-BA in seiner ASV-Richtlinie festgelegten Anforderungen erfüllen und dies unter Beifügung der entsprechenden Belege gegenüber dem erweiterten Landesausschuss anzeigen. Die Aufgabe der ELA besteht eigentlich „nur“ darin, anhand der Belege die Erfüllung der Anforderungen gemäß ASV-RL zu überprüfen; sofern innerhalb von zwei Monaten kein Widerspruch durch den ELA erfolgt, ist die Teilnahmeberechtigung wirksam.

Aus verwaltungsjuristischer Sicht bestanden jedoch offene Fragen: Das Anzeigeverfahren ist ausdrücklich kein Antrags- oder Genehmigungsverfahren, sondern hat vornehmlich informativen Charakter. Gleichwohl handelt es sich um eine „fiktive“ Genehmigung, denn der ELA hat die Erfüllung der Teilnahme-Voraussetzungen zu prüfen. Insofern handelt es sich doch um einen Verwaltungsakt (und nicht etwa bloß um eine Information), der innerhalb einer Frist vom ELA abzuschließen und mit Rechtsfolgen verknüpft ist [GOTTLIEB 2015]. Angesichts dieser Unsicherheiten sahen sich die ELAs – quasi „im Gegenzug“, um etwaige Rechtsfehler im Verfahren zu vermeiden – zu einer umso akribischeren Überprüfung der eingereichten Nachweise verpflichtet. Die Überprüfung der Erfüllung der „entsprechenden Geltung“ der QS-Vereinbarung nach Pa-

Aufwandstreiber im Anzeigeverfahren aus Sicht der erweiterten Landesausschüsse



Quelle: [GOAL 2022] S. 46



Abbildung 2: Die Qualitätssicherungsvereinbarungen können in der ASV als einer der maßgeblichen Bürokratieverursacher im Anzeigeverfahren bezeichnet werden.

Paragraf 135 Abs. 2 SGB V wird dabei von ELAs als zweithäufigster Grund für den hohen Aufwand bei der Bearbeitung der ASV-Anzeigen genannt (siehe Abbildung 2).

EBM-Ziffernkranz als geduldete Dauerlösung

Nach erfolgreichem durchlaufenem Anzeigenverfahren und anschließender Beantragung bzw. Erhalt einer ASV-Abrechnungsnummer durch die von den Vertragspartnern gegründete ASV-Abrechnungsstelle, sind die vom ASV-Teamleiter angezeigten ASV-Teammitglieder (sowohl der 2. als auch der 3. Teamebene) zur Abrechnung von ASV-Leistungen berechtigt. Vertragsärztliche ASV-Teammitglieder rechnen ihre ASV-Leistungen jeweils persönlich gegenüber den Krankenkassen ab; mit dem Abrechnungsservice kann auch eine KV beauftragt werden. Die Vergütung erfolgt entsprechend den EBM-GOP, die im jeweiligen Appendix zur ASV-Anlage jeweils facharztspezifisch ausgewiesen sind (sog. „EBM-Ziffernkranz“, siehe Abbildung 3).

Der „EBM-Ziffernkranz“ als Abrechnungsgrundlage für die ASV hat sich zwischenzeitlich bewährt. Dabei scheint (fast) in Vergessenheit zu geraten sein, dass der EBM lediglich als Ausgangsbasis für die Vergütung der ASV-Leistungen gedacht war: Mit dem GKV-VStG von 2012 erhielten die Vertragspartner auf Bundesebene (GKV-Spitzenverband,

Kassenärztliche Bundesvereinigung, Deutsche Krankenhausgesellschaft) den gesetzlichen Auftrag, ein einheitliches Vergütungssystem für die ASV zu entwickeln und zu vereinbaren:

„Für die Vergütung der Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung vereinbaren der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztliche Bundesvereinigung gemeinsam und einheitlich die Kalkulationssystematik, diagnosebezogene Gebührenpositionen in Euro sowie deren jeweilige verbindliche Einführungszeitpunkte nach Inkrafttreten der entsprechenden Richtlinien gemäß den Absätzen 4 und 5. Die Kalkulation erfolgt auf betriebswirtschaftlicher Grundlage ausgehend vom einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen unter ergänzender Berücksichtigung der nichtärztlichen Leistungen, der Sachkosten sowie der spezifischen Investitionsbedingungen. Bei den seltenen Erkrankungen und Erkrankungszuständen mit entsprechend geringen Fallzahlen sollen die Gebührenpositionen für die Diagnostik und die Behandlung getrennt kalkuliert werden. Die Vertragspartner können einen Dritten mit der Kalkulation beauftragen. (...)“ (Paragraf 116b Abs. 6 SGB V)

Abrechnung der ASV nach „EBM-Ziffernkranz“ (Auszug Appendix zur ASV-Anlage GYN)

ASV-Appendix Beispiel Anlage GYN (Auszug)

Lfd. Nr.	Bezeichnung der Leistung	Kernteam									
		Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	Strahlentherapie	Anästhesiologie	Gefäßchirurgie	Humangenetik	Innere Medizin und Angiologie	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	Innere Medizin und Gastroenterologie	
1	PET; PET/CT Bei Patientinnen mit Ovarialkarzinom im Rezidiv oder V. a. Progression zur Detektion von Lymphknotenmetastasen bzw. einer Peritonealkarzinose, wenn die mit Sonografie, CT und MRT (bei V. a. Fernmetastasierung auch Knochenszintigrafie) erhältlichen Informationen zur Morphologie keine Entscheidung zwischen konkreten Therapieoptionen erlauben und eine patientenrelevante Konsequenz für nachfolgende therapeutische Entscheidungen, Patientenprognose und/oder Lebensqualität erwartet werden kann.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	Spezifische Untersuchung mit Genexpressionsanalyse (entsprechend „2 Behandlungsumfang“)	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
3	Zusätzlicher Aufwand für die Koordination der Behandlung einer Patientin bzw. eines Patienten mit gynäkologischen Tumoren unter tumorspezifischer Therapie (entsprechend der Kostenpauschale 86512 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0
4	Zusätzlicher Aufwand für die intracavitär oder intracanal applizierte medikamentöse Tumortherapie (Entsprechend der Kostenpauschalen 86514 bzw. 86516 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0
5.1	Zuschlag für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der Krebserkrankung nach Abschluss einer medikamentösen Tumortherapie oder Strahlentherapie einer Patientin bzw. eines Patienten	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0



Quelle: Eigene Darstellung

Abbildung 3: Der EBM-Ziffernkranz als Abrechnungsgrundlage für die ASV hat sich zwischenzeitlich bewährt. Dagegen wurde der gesetzliche Auftrag zur Entwicklung einer einheitlichen ASV-Vergütungssystematik von den Vertragspartnern nie umgesetzt.

Die Eckpunkte des Gesetzgebers für die neue ASV-Vergütung beinhalten alle wesentlichen Elemente, wie sie auch für die sektorengleiche Vergütung nach Paragraph 115f SGB V relevant sind, die per Rechtsverordnung zum 1.1.2024 eingeführt wurde: Diagnose-Bezug, Berücksichtigung von nichtärztlichen Leistungen und Sachkosten zusätzlich zu den ärztlichen Leistungen, Berücksichtigung der spezifischen Investitionsbedingungen. Tatsächlich wurde die Bezeichnung „Hybrid-DRGs“, der nun für die sektorengleiche Vergütung nach Paragraph 115f SGB V Verwendung findet, bereits seinerzeit im Zusammenhang mit den Diskussionen um die ASV-Vergütung geboren. Der gesetzliche Auftrag zur Entwicklung einer einheitlichen ASV-Ver-

gütungssystematik wurde von den Vertragspartnern allerdings nie umgesetzt. Die als Übergangsregelung gedachte EBM-basierte ASV-Abrechnung ist zur Dauerlösung geworden und wird so vom Gesetzgeber auch geduldet; anders als im Zusammenhang mit der sektorengleichen Vergütung nach Paragraph 115f SGB V sieht Paragraph 116b SGB V für den Fall des Nichtzustandekommens einer Vereinbarung durch die Vertragspartner keine Ersatzvornahme durch den Verordnungsgeber vor.

Entwicklung der ASV-Team-Zahlen

ASV-Teams nach den Neu-Regelungen der ASV-RL können seit Inkrafttreten der erste diagnosenspezifischen ASV-An-

lage am 21. März 2013 gegründet werden. Stand 2022 betrug die Anzahl der ASV-Teams bundesweit insgesamt 509 [GOAL 2022]. Mit Ausnahme von Mecklenburg-Vorpommern wurden in allen Bundesländern neue ASV-Teams gegründet. Die meisten Teams sind – wie zu Zeiten der „Ambulanten Behandlung im Krankenhaus“ nach Paragraph 116b SGB V a.F. – erwartungsgemäß wegen der hohen Krankenhausdichte in Nordrhein-Westfalen (n=170) angesiedelt. Für Mecklenburg -Vorpommern stellt sich die Frage, wie Patienten z. B. mit Mukoviszidose weiterversorgt werden, da auch hier die Alt-Regelungen nach Paragraph 116b SGB V a.F. inzwischen ausgelaufen sind. Die Versorgungssituation von Patient:innen mit seltenen Erkrankungen – mit und ohne ASV – stellt jedoch bundesweit eine Problematik für sich dar, die an dieser Stelle nicht vertieft werden kann.

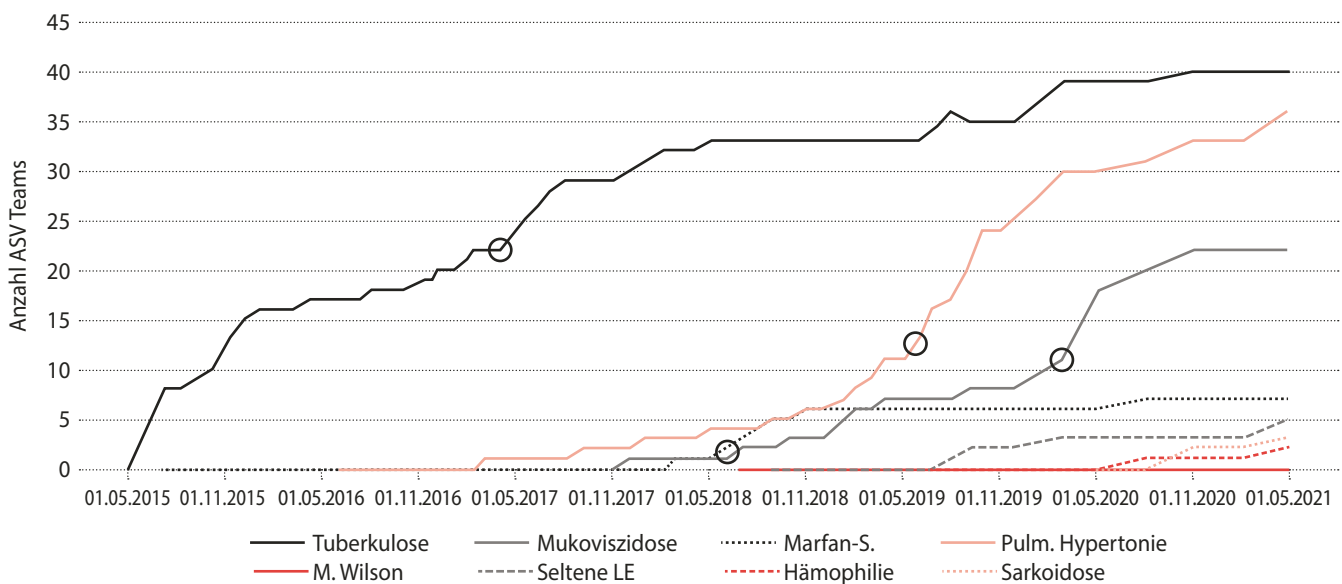
In den bundesweit 509 ASV-Teams sind insgesamt 22.563 Ärzte (Krankenhaus- und Vertragsärzte) namentlich als ASV-Teammitglieder gemeldet (Stand 2022 [GOAL 2022]). Dabei fällt auf, dass einige ASV-Teams offenbar sehr groß sind: So wurden z. B. im Saarland nur zwei ASV-Teams gegründet, die jedoch von insgesamt 240 Ärzten gebildet

werden. Dies mag darauf zurückzuführen sein, dass im Falle von Krankenhaus-ASV-Teams sämtliche potenziell in Frage kommenden Vertreter – wie bei privatärztlichen wahlärztlichen Vertretungsregelungen – mitbenannt werden; mit dem Zweck der ASV, interdisziplinäre Zusammenarbeit zu fördern, haben solche „Mega-Teams“ dann jedoch nichts mehr zu tun.

Ein geradezu zäsur-hafter Anstieg der Gründung von ASV-Teams ist bei allen bis dato in die ASV aufgenommenen Diagnosen, d.h. sowohl bei komplexen wie auch bei seltenen Erkrankungen, jeweils bei Auslaufen einer Alt-Regelung nach ABK-RL zu beobachten (siehe Abbildung 4).

Das Auslaufen von Alt-Regelungen nach ABK-RL trägt zur Dominanz der Krankenhaus-ASV-Teams bei, während die Gründung von ASV-Teams durch Vertragsärzte stagniert. Bereits seit 2017 beträgt der Anteil der Krankenhaus-ASV-Teams konstant rund 90 Prozent; in den verbleibenden zehn Prozent wird der Anteil der MVZ-geführten ASV-Teams gegenüber den Vertragsarzt-geführten MVZs immer größer (siehe Abbildung 5). Insgesamt überwiegt in den ASV-Teams die Zahl der angestellten Ärzte (n=24.078) die der Vertragsärzte (n=1.676) bei weitem [KBV 2023].

Auslaufen der Alt-Berechtigung nach § 116b SGB V a.F.



Quelle: [GOAL 2022], S. 38



Abbildung 4: Ein starker Anstieg der Gründung von ASV-Teams war jeweils bei Auslaufen einer Alt-Regelung nach ABK-RL zu beobachten. Das hat zur Dominanz der Krankenhaus-ASV-Teams beigetragen, deren Anteil seit 2017 bei rund 90 Prozent liegt.

Gründe für die Nicht-Teilnahme aus Sicht der Leistungserbringer

Angesichts der ernüchternden Zahlen muss das Auslaufen einer Alt-Regelung als einzig verbliebener Motivationsgrund für die Gründung eines ASV-Teams betrachtet werden; im Übrigen wird die ASV von den Leistungserbringern, insbesondere von den Vertragsärzten, nur zurückhaltend bis gar nicht angenommen. Unter den Gründen für eine Nicht-Teilnahme wird von den Leistungserbringern an erster Stelle der hohe organisatorische Aufwand genannt, gefolgt vom Fehlen finanzieller oder strategischer Vorteile [GOAL 2022].

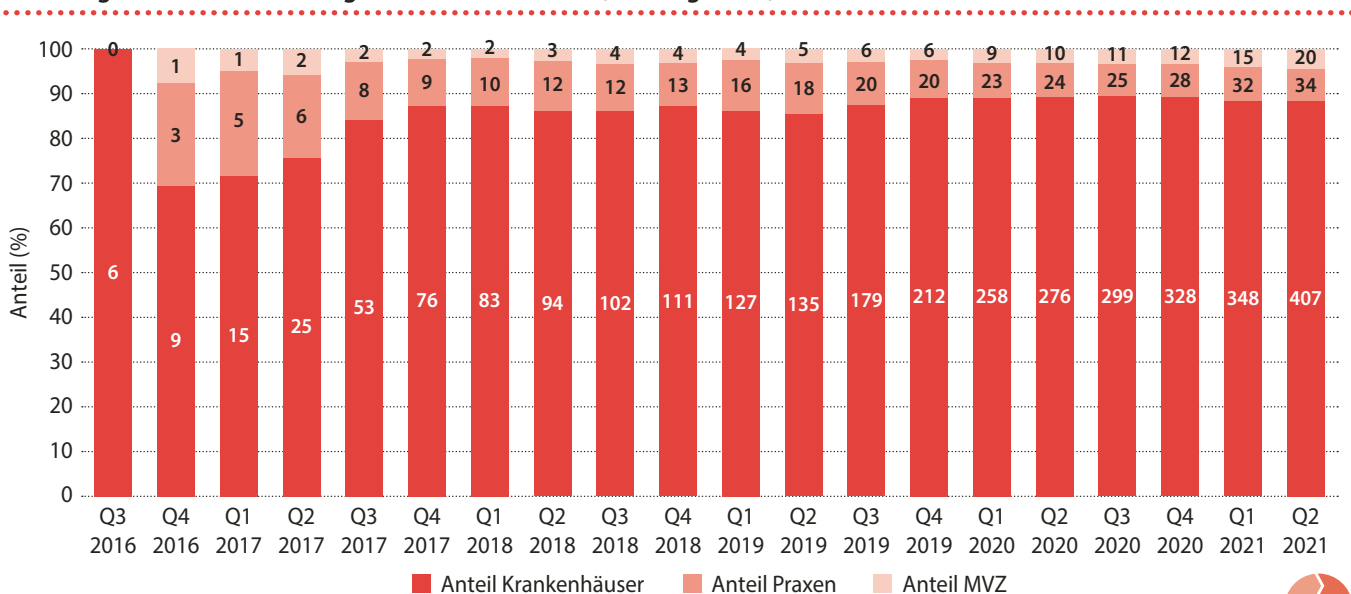
Zum Desinteresse an einer ASV-Teilnahme dürften aus Sicht der Leistungserbringer auch konkurrierende Verträge und Vereinbarungen beigetragen haben. Zum Zeitpunkt des ersten Inkrafttretens der ASV-RL 2013 nahmen bereits viele Vertragsärzte an der ambulanten Onkologie-Vereinbarung teil, zeitgleich wurde in den Krankenhäusern die Zertifizierung von Tumorzentren vorangetrieben. Daneben, auch für die nicht-onkologischen Erkrankungen, dürften Selektivverträge sowie – speziell für die Uniklinika – die Möglichkeiten der ambulanten ärztlichen Behandlung in Hochschulambulanzen nach Paragraph 117 SGB V eine at-

traktive Alternative zur ASV darstellen. In 2022 bezahlten die Krankenkassen allein für die ambulanten Leistungen der Hochschulambulanzen nach Paragraph 117 SGB V insgesamt rund 868 Mio. Euro; demgegenüber betragen die Ausgaben für die ASV insgesamt nur rund 403 Mio. Euro [BMG 2022].

Zwischenbilanz nach über 10 Jahren ASV

Einige der als Vereinfachung gedachten Neuerungen haben sich rückblickend betrachtet als Umsetzungsbarrieren für die ASV erwiesen: Dies betrifft das Anzeigeverfahren, das entgegen der ursprünglichen Absicht einen hohen Aufwand verursacht, und zwar sowohl für die ELAs als auch für die Leistungserbringer; speziell viele grundsätzlich an der ASV interessierte Vertragsärzte wurden hierdurch von einer Teilnahme an der ASV abgeschreckt. Eine der Hauptursachen für die Bürokratielastigkeit des Anzeigeverfahrens liegt in der Fülle der Einzelnachweise, die für jedes einzelne ASV-Teammitglied beigebracht werden müssen; besonders problematisch in diesem Zusammenhang sind die einzelleistungsbezogenen vertragsärztlichen QS-Vereinbarungen nach Paragraph 135 Abs. 2 SGB V, die „entsprechend“ auch in der ASV erfüllt werden müssen. Eine

Verteilung der ASV-Teamleitungen auf Krankenhäuser, Vertragsärzte, MVZ



Quelle: ASV-Servicestelle



Abbildung 5: In dem rund zehn Prozent kleinen Anteil von nicht von Krankenhäusern getragenen ASV-Teams wird der Anteil der MVZ-geführten ASV-Teams im Vergleich zu den Vertragsarzt-geführten Teams immer größer.

Alternative bestünde darin, die ASV-Teams an einem sektorenübergreifenden QS-Verfahren teilnehmen zu lassen. Dies hat der Gesetzgeber selbst nahegelegt, indem er in Paragraf 116b Abs. 4 Satz 4 SGB V eine Querverbindung zur QS mit sektorenübergreifenden Qualitätsindikatoren nach Paragraf 137a Abs. 3 hergestellt hat.

Ausgestaltung der ASV zu einem unattraktiven Geschäftsmodell

Nachdem das aufwändige Anzeigeverfahren und die Anmeldung bei der ASV-Serviceestelle einmal durchlaufen sind, verläuft jedoch anschließend dem Vernehmen nach alles reibungslos. Der „EBM-Ziffernkranz“ ist faktisch zur Dauerlösung für die ASV-Vergütung etabliert worden; dass der gesetzliche Auftrag an die Vertragspartner, eine einheitliche Vergütungssystematik für die ASV zu entwickeln, zu keinem Zeitpunkt erfüllt wurde, wurde vom Gesetzgeber so toleriert.

Gleichwohl stagniert die ASV-Entwicklung. Die Gründe hierfür sind weniger in primären Fehlkonstruktionen der gesetzlichen Neuregelung von Paragraf 116b SGB V zu suchen, sondern in der anschließenden Ausgestaltung der ASV zu einem insgesamt unattraktiven Geschäftsmodell für die Leistungserbringer. Gerade die positiven Anreize, die der Gesetzgeber für die Teilnahme an der ASV zu schaffen versucht hat – die Herausnahme der ASV aus der vertragsärztlichen Bedarfsplanung, die Ablösung des Zulassungsverfahrens durch das als Vereinfachung gedachte Anzeigeverfahren, die Erweiterung des Leistungskatalogs um NUBs, die Perspektive einer betriebswirtschaftlich neukalkulierten, leistungsgerechten Vergütung – führten zu Skepsis bis zu offener Ablehnung der ASV:

Auf Seiten der Krankenkassen wurde eine zu einfache („Jeder, der kann, der darf!“) und zu zahlreiche Gründung von ASV-Teams mit anschließend nicht mehr steuerbarer Mengenausweitung befürchtet; auf Seiten der Vertragsärzteschaft wurde – von den nicht an der ASV partizipierenden Gruppen, d.h. den Hausärzten und den fachärztlichen „Grundversorgern“ –, Nachteile infolge der Budgetbereinigung befürchtet; nicht wenige Kassenärztliche Vereinigungen fühlten sich außerdem in ihrer Existenzberechtigung bedroht, da in der ursprünglichen Neufassung von 116b SGB V die Möglichkeit gegeben war, privatwirtschaftliche Verrechnungsstellen anstelle der KV mit dem Abrechnungsservice zu beauftragen. Die Vertreter der Krankenhäuser

wiederum waren nur daran interessiert, die Möglichkeiten zur ambulanten Leistungserbringung analog zur Alt-Regelung nicht zu verlieren, d.h. weiterhin vollumfänglich an der ambulanten Versorgung insbesondere von onkologischen Patient:innen partizipieren zu können.

Dies ist den Krankenhaus-Vertretern durch die Streichung der ursprünglichen Eingrenzung auf „schwere Verlaufsformen“ (was den Ausschluss von Verdachtsfällen bzw. der Abklärungsdiagnostik aus der ASV bedeutet hätte) auch gelungen. Von der Deutschen Krebsgesellschaft, die sich für die Gründung von Tumorzentren an Krankenhäusern und eine Zertifizierung dieser Zentren nach einem von ihr geförderten Onkocert-Zertifizierungsverfahren engagierte, wurde die ASV von Beginn an vehement abgelehnt. Dabei unterstützt die ASV das übergeordnete Ziel, moderne interdisziplinär abgestimmte Behandlungskonzepte auch auf die ambulante onkologische Versorgung auszurollen.

Abwehrreaktionen als systematische Hemmnisse für Veränderungen im Gesundheitssystem

Diese in allen Lagern zu beobachtende Skepsis bis Ablehnung der sektorenübergreifenden Neufassung von Paragraf 116 SGB V hat in der Folge zu einer überaus detaillistischen, Bürokratie-verursachenden Ausgestaltung der ASV-RL (bis hin zum „EBM-Ziffernkranz“) geführt, zu einer nur sehr restriktiven Aufnahme von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, und weiteren defensiven Regelungen in der ASV-RL. Insgesamt handelt es sich hierbei um klassische Abwehrreaktionen der gemeinsamen Selbstverwaltung auf Veränderungsbedarf, wie sie von Argyris und Schön als primäre Hindernisschleifen für organisationales Lernen in ihrem Management-Klassiker „Die lernende Organisation“ beschrieben werden [ARGYRIS 2008], und für die der Umgang mit dem ASV-Auftrag nur ein Beispiel ist.

Abwehrreaktionen sind auch in Organisationen und Institutionen von Emotionen durchsetzt und getrieben („Angst“ vor Kostenexplosion, „Angst“ vor Budgetbereinigung) und leicht instrumentalisierbar. Weil die Akteure – wie Argyris und Schön im Zusammenhang mit lernfeindlichen Prozessen in Organisationen beschreiben – auf der Umsetzungsebene oft „erhebliches Geschick“ beweisen, sind Abwehrreaktionen insgesamt nur schwer zu durchbrechen. Ohne dieses „erhebliche Geschick“ wäre es nicht möglich gewesen, für Leistungserbringer, die bereits als Spezialisten in der vertragsärztlichen Versorgung zugelas-

sen sind oder die als nach Paragraph 108 zugelassene Krankenhäuser über einen entsprechenden Versorgungsauftrag verfügen, so umfängliche Anforderungen an den Nachweis ihrer Qualifikation und andere Umsetzungsbarrieren zur Abschreckung vor einer Teilnahme an der ASV zu installieren.

Die Problematik, die Argyris und Schön analysieren, betrifft alle Wirtschaftszweige und Organisationen., die sich mit immer dringender werdenden Veränderungsbedarfen konfrontiert sehen. Sie beginnt damit, dass die Organisation das Problem zwar erkennt, analysiert und den Bedarf an Veränderung nach innen und durchaus sogar nach außen kommuniziert, jedoch nicht danach handelt. Von Entscheidungsträgern im deutschen Gesundheitswesen wird dies mit eigenen Worten so formuliert, dass man kein Erkenntnisproblem, sondern ein Handlungsproblem habe – was den Kern des Problems allerdings nicht trifft.

Der eigentliche Widerspruch zwischen besteht in der Divergenz zwischen vertretener Handlungstheorie (was eigentlich gewollt werden soll) und handlungsleitender Theorie (was wirklich gewollt und umgesetzt wird). Am Handeln kann man – und so ist es häufig auch – durch äußere Umstände gestört werden; dabei ist es sogar komfortabel, ein Nicht-Gelingen oder sonstwie unerwünschte Effekte eigener Entscheidungen auf äußere Umstände, zum Beispiel „schlechte Gesetze“ zu schieben; dies ist bei Reformprozessen im Gesundheitswesen beinahe schon zum Ritual geworden. Gerade angesichts dieses „Schwarzer Peter-Spiels“ ist es aber wichtig und nicht bloß akademisch, sich den Widerspruch zwischen vertretener Handlungstheorie und handlungsleitender Theorie innerhalb einer Organisation bewusst zu machen, um den „Teufelskreislauf“ sich selbst verstärkender Abwehrreaktionen gegen notwendige Reformen vielleicht doch einmal durchbrechen zu können.

Die ASV ist nicht das erste und auch nicht das letzte Beispiel dafür, wie die gemeinsame Selbstverwaltung durch Abwehrreaktionen, die sie im Interesse des Status quo mit „erheblichen Geschick“ zu tarnen weiß, sich ihre Chancen für eine selbstbestimmte Ausgestaltung der Versorgung der Zukunft selbst verwirkt.

Team-Modell als zukunftsfähiger Beitrag der ASV

In dieser grundsätzlich ASV-skeptischen bis offen feindseligen Atmosphäre war es dem G-BA als Richtliniengeber immerhin gelungen, mit den Regelungen zum ASV-Team ein flexibles Kooperationsmodell zu schaffen. Zwar sind die

engen Grenzen, die vom G-BA als Radius der Leistungs-kooperation festgelegt wurden, angesichts der heutigen Forderungen nach digitaler Vernetzung, Telekonsilen, Videosprechstunden etc. anpassungsbedürftig; gleichwohl ist das Konzept des sektorunabhängig zusammensetzba-ren ASV-Teams nicht nur seinerzeit innovativ gewesen, sondern stellt einen zukunftstauglichen Lösungsansatz für den sektorübergreifend erforderlichen Strukturwandel dar.

Das ASV-Team-Modell lässt bewusst offen, ob die Interdisziplinären Teams von Krankenhäusern, Vertragsärzten, von gemischten Kooperationen oder von zwei oder mehreren Krankenhäusern gebildet werden. Es wird den Leistungserbringern überlassen, sich so zu organisieren, wie es den Behandlungsauftrag in der ASV am besten umzusetzen vermag. Entscheidend ist, dass das Team die jeweils diagnosis-spezifisch erforderlichen Fachdisziplinen zur Versorgung des ASV-Patienten bereithält (Mindestanforderung an die Strukturqualität) und die Versorgung interdisziplinär abgestimmt erfolgt, was zu koordinieren Aufgabe der Team-leitung ist (Mindestanforderung an die Prozessqualität).

Reform-Stau bei sektorenübergreifenden Weiterentwicklung der Versorgung

Die Anbieterstruktur in der ASV ist sektorneutral. Im Zentrum der ASV steht die Erfüllung des Versorgungszwecks der ASV, und nicht etwa die Aufrechterhaltung vorhandener Anbieterstrukturen. Dies unterscheidet den Impuls zur Weiterentwicklung der Versorgung an der Schnittstelle ambulant-stationär durch die Neufassung von Paragraph 116b SGB V in 2012 von den aktuellen Neuregelungen, die jeweils sehr auf den Erhalt vorhandener stationärer Anbieterstrukturen und -kapazitäten ausgerichtet sind. Dies gilt ganz offenkundig für die Einführung der tagestationären Behandlung nach Paragraph 115e SGB V, aber auch für die sektorengleiche Vergütung nach Paragraph 115f SGB V, die den eigentlich nicht mehr bedarfs-notwendigen kleinen Krankenhäusern eine Zukunftsgarantie geben soll.

Abgesehen davon, dass diese Regelungen allein bezogen auf den stationären Sektor als ökonomische Fehlreize schon problematisch sind, wird der Flickenteppich an der Schnittstelle ambulant-stationär so leider immer nur größer (siehe Abbildung 6). Gleichzeitig stauen sich immer mehr innovative Versorgungsmodelle, die mit Mitteln des Innovationsfonds erprobt wurden (Fördervolumen für

neue Versorgungsformen von 2016 bis 2023 insgesamt bis 1,54 Mrd. Euro!) beim G-BA zurück, weil Ratlosigkeit besteht, wie diese sektorenübergreifenden Modellprojekte in die unverändert sektorierte Regelversorgung überführt werden können [G-BA 2023].

Alternativen zum Flickenteppich ambulant-stationär

Insofern bedürfte es heute dringender denn je eines Ordnungsrahmens für die Versorgung an der Schnittstelle ambulant-stationär, anstatt den Flickenteppich durch immer neue Insellösungen vergrößern. Basierend auf einem Ordnungsrahmen mit einheitlichen Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität sowie einer einheitlichen Vergütungssystematik könnte ein Rahmen-Versorgungsmodell konzipiert werden, das auf alle Versorgungsformen bzw. Leistungsangebote anwendbar wäre, die die Leistungsmerkmale einer patientenzentrierten ambulant erbringbaren spezialfachärztlichen Versorgung erfüllen,

unabhängig davon, ob sie von Krankenhäusern oder von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern erbracht wird.

Hierzu zählen bestehende Leistungsangebote, wie z. B. die ASV, SAPV, die ambulante Behandlung in Hochschulambulanzen u.a., die vom Innovationsfonds geförderten neuen Versorgungsformen und vergleichbare Selektivverträge uvm. Im Sinne einer Rahmen-Vorgabe könnte von der ASV das flexible Team-Modell als zentrale Strukturqualitätsanforderung übernommen werden. Zu starre Strukturvorgaben behindern die Fokussierung auf die Prozessoptimierung an der Schnittstelle ambulant-stationär und die Organisation der Versorgungsprozesse in Gestalt attraktiver Geschäftsmodelle.

Eine besondere Herausforderung stellt die Entwicklung einer einheitlichen Vergütungssystematik dar. Die vorhandenen Vergütungssysteme sind schon als Ausgangsbasis hierfür kaum geeignet, da sie jeweils hochspezifisch auf das bisherige stationäre bzw. vertragsärztliche Setting aus-

Regelungsvielfalt an der Schnittstelle ambulant-stationär

Stationärer Sektor →	↔	← ambulanter Sektor
Notfallbehandlung	Notfallbehandlung	Notfallbehandlung
Ermächtigungen §§ 116, 116a SGB V		Belegärztliche Leistungen § 121 SGB V
Hochschulambulanzen § 117 SGB V		
Spezialambulanzen u. Zentren §§ 118a, 119 SGB V	ASV § 116b SGB V	
	Selektivverträge § 140a SGB V	
Vor- und nachstationäre Behandlung § 115a		
	AOP § 115b SGB V	
Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung § 115d SGB V		
Tagesstationäre Behandlung § 115e SGB V		
	Spezielle sektorengleiche Vergütung § 115f SGB V	
KHVVG → § 115g SGB V Level II Krankenhäuser		
KHVVG → § 115h SGB V Level II Krankenhäuser		

Quelle: Eigene Darstellung



Abbildung 6: Anders als die Regelungen nach Paragraph 115e und 115f geht es bei den Vorgaben für die ASV nicht um die Aufrechterhaltung vorhandener Anbieterstrukturen – die der ASV ist sektorneutral, es geht hier um die Erfüllung des Versorgungszwecks.

gerichtet sind, was die betriebswirtschaftlichen Kalkulationsparameter und die jeweiligen Kosten-Daten anbelangt. Insofern kann die nun vom Bundesministerium für Gesundheit erlassene Rechtsverordnung für die sektorengleiche Vergütung nach Paragraf 115f SGB V nur als Notlösung betrachtet werden. Die für das sogenannte Starter-Set ausgewählten ICD und OPS wurden auf Basis des stationären Leistungsgeschehens und unter Anwendung des stationären DRG-Groupers statistisch ermittelt. Prima vista handelt sich bei den im Starter-Set ausgewählten Hybrid-DRGs um „harmlose“ ambulante Operationen.

Allerdings stellt sich die Frage, warum diese Operationen von den Krankenhäusern überhaupt in der Vergangenheit stationär und nicht schon längst nach dem AOP-Katalog ambulant erbracht worden sind. Durch die aktuelle Auswahl bzw. Aufwertung zu Hybrid-DRGs werden nun neue ökonomische Fehlanreize gesetzt; auch eine medizinisch fragwürdige Indikationsausweitung bei Hernien-Eingriffen und Ovariektomien, die zu Hybrid-DRGs bestimmt wurden, ist nicht auszuschließen.

Der Fokus auf bislang mengenmäßig relevante Einzel-Prozeduren mag der Existenzsicherung kleiner, eigentlich nicht mehr bedarfsnotwendiger Krankenhäuser dienen, ist jedoch kein Weg in die Zukunft. Die zu entwickelnde Vergütungssystematik muss innovative Methoden und Versorgungskonzepte bedienen können und Anreize für eine qualitativ hochwertige und effiziente Patientenversorgung schaffen. Eine Neukalkulation der ärztlichen, technischen und infrastrukturellen Leistungsanteile ist unverzichtbar. Gerade an der Schnittstelle ambulant-stationär sollte außerdem die Strukturierung und Koordination der Behandlung und das Versorgungsmanagement im Honorar adäquat Berücksichtigung finden.

Die Vergütungssystematik könnte z. B. auf zwei Säulen beruhen: Diagnose-unabhängige Fallpauschalen für die Koordination der Behandlung und das patientenzentrierte Casemanagement, Pauschalen für die interdisziplinäre Kooperation (Teilnahme an Teambesprechungen, Fallkonferenzen, Nutzung gemeinsamer digitaler Fallakten, ASV-internes Qualitätsmanagement etc.), plus – zweite Vergütungssäule – facharzt-spezifische Einzelleistungen entsprechend diagnosebezogenem Behandlungsumfang.

Plädoyer für ein Rahmenmodell „Spezialisierte, ambulant erbringbare patientenzentrierte Versorgung“

Die ASV hätte seinerzeit der Nukleus für die Entwicklung eines Rahmenmodells für die Versorgung an der Schnittstelle ambulant-stationär werden können. Dieses Gestaltungspotential wurde seinerzeit durchaus erkannt, jedoch – geschickte Abwehrreaktion! – als Bildung eines neuen, dritten Versorgungssektors abgelehnt. Selbstverständlich geht es bei dem Vorschlag eines Rahmenmodells für die Versorgung an der Schnittstelle ambulant-stationär nicht um den Aufbau neuer Sektorengrenzen, sondern um

- die Förderung einer patientenzentrierten Versorgung
- unter Beteiligung aller daran interessierten Leistungserbringer, unabhängig von ihrer sektorspezifischen Zulassung,
- den Abbau von Ineffizienz und Intransparenz an der Schnittstelle ambulant-stationär
- den Abbau der Bürokratie aufgrund der zahlreichen Einzel-Regelungen und Insellösungen
- und um eine Perspektive für innovative Versorgungsmodelle, die nach erfolgreicher Erprobung vor dem Ausstehen.

Analog zu den strukturierten Behandlungsprogrammen für chronische Erkrankungen nach Paragraf 137 f SGB V könnte erwogen werden, dass sich die Patient:innen für eine besondere Versorgungsform nach dem Modell für die spezialisierte, ambulant erbringbare patientenzentrierte Versorgung einschreiben. Ob dies die zu erwartenden Abwehrreaktionen auf Seiten der Entscheidungsträger verringern könnte, bliebe abzuwarten. Für die Patient:innen würde dies jedenfalls einen wesentlichen Beitrag zu mehr Transparenz über ihre Versorgung an der Schnittstelle ambulant-stationär und die Einführung von Wahlmöglichkeiten bedeuten. Es sollte nicht unversucht bleiben, die Versicherten stärker zum Treiber des erforderlichen Struktur- und Prozesswandels in der Patientenversorgung zu machen, weil das Beharrungsvermögen im System ansonsten nur schwer überwindbar sein wird.

E-Mail-Kontakt:
regina.klakow-franck@web.de

Literatur

1. Argyris Ch, Schön D, Die Lernende Organisation, 3. Auflage Stuttgart 2008.
2. Dengler R et al., Generelle, alle ASV-Indikationen übergreifende Evaluation und Weiterentwicklung der ASV-RL, Ergebnisbericht (gemäß Nr. 14.1 ANBest-IF) für den Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss, Förderkennzeichen 01VSF19002 (Akronym: GOAL-ASV), Stand 17.06.2021.
3. Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss, Der Innovationsfonds – Stand der Dinge, Mai 2023 [https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/media/48/2023-06-12_Der-Innovationsfonds_Stand-der-Dinge.pdf, abgerufen am 17.01.2024].
4. Gottlieb H-D, Erfahrungsbericht aus einem erweiterten Landesausschuss in einem Flächenland, Vortrag auf dem Rechtssymposium des G-BA, Berlin 29. April 2015.
5. Klakow-Franck R, ASV - Stand der Umsetzung und aktuelle Probleme aus Sicht des G-BA, Vortrag auf dem Rechtssymposium des G-BA, Berlin 29. April 2015.
6. Richtlinie Ambulante Behandlung im Krankenhaus, Stand: 15. Dezember 2011, des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V in der Fassung vom 18. Oktober 2005, veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 7 (S. 88) vom 11. Januar 2006, in Kraft getreten am 12. Januar 2006, zuletzt geändert am 15. Dezember 2011, veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 197 (S. 4 655) vom 30. Dezember 2011, in Kraft getreten am 31. Dezember 2011.
7. Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V in der Fassung vom 21. März 2013, veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 19.07.2013 B1), in Kraft getreten am 20. Juli 2013, zuletzt geändert am 8. November 2023, veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 08.12.2023 B6), in Kraft getreten am 1. Januar 2024.
8. Sondergutachten 2012 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung, Deutscher Bundestag 17. Wahlperiode Drucksache 17/10323 vom 10.07.2012.
9. Verordnung über eine spezielle sektorengleiche Vergütung (Hybrid-DRG-Verordnung) vom 19. Dezember 2023, BGBl. 2023 I Nr. 380 vom 21.12.2023, in Kraft getreten am 1. Januar 2024.

DR. REGINA KLAKOW-FRANCK M.A.



Geboren 1960, studierte an der Universität zu Köln Geisteswissenschaften und Humanmedizin. Nach ihrer Tätigkeit als Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe wechselte sie zur Bundesärztekammer und übernahm dort die Abteilungen für Qualitätssicherung und Gebührenordnung sowie die stellvertretende Hauptgeschäftsführung.

Von 2012 bis 2018 war sie hauptamtliches Unparteiisches Mitglied des Gemeinsamen Bundesausschusses und Vorsitzende der Unterschüsse Qualitätssicherung, Ambulante spezialfachärztliche Versorgung und Disease-Management-Programme. Sie ist Herausgeberin und Autorin verschiedener Kommentarwerke zu Rechtsverordnungen und Richtlinien im Gesundheitswesen, von wissenschaftlichen Publikationen und Einzelbeiträgen zur gesundheitspolitischen Reformdiskussion. Seit 2023 ist sie als freie unabhängige Beraterin im Gesundheitswesen tätig.



Zwischen Patientenwohl und Finanzinteresse

Das Hessische Onkologiekonzept – Bewertung in der Praxistauglichkeit

DR. ISABELLA ERB-HERRMANN, VORSTÄNDIN AOK HESSEN, BAD HOMBURG,
UND DR. HUBERT SCHINDLER, S.M.S. CONSULTING, STRAUBING



Das Hessische Onkologie-Konzept in seiner Fassung von 2010 (HOK 2010) ist ein krankenhauplanerisches Instrument zur Zuweisung des Prädikates „Onkologisches Zentrum“. Ein Onkologisches Zentrum ist seither in Hessen definiert als Versorgungseinheit, in der „koordinierende Krankenhäuser“ und „kooperierende Krankenhäuser“ zusammenarbeiten. Das HOK 2010 basiert auf dem von der Bundesregierung initiierten „Modellprogramm zur besseren Versorgung von Krebspatienten im Rahmen des Gesamtprogramms zur Krebsbekämpfung im Zeitraum von 1981-1998“. Versorgungsrelevanter Erfolg des HOK 2010 ist die Entwicklung von Kooperationsbeziehungen zur Verbesserung der onkologischen Versorgung in Hessen.

1. Einleitung

1.1 Die Anfänge

Der Kampf gegen Krebserkrankungen hat bereits im 20. Jahrhundert weltweit zu immensen Anstrengungen zur Erforschung von Ursachen, Früherkennung, Instrumentarien zur Diagnosesicherung sowie Therapieoptionen geführt. Schon frühzeitig wurde auch die Relevanz der Versorgungsstrukturen erkannt. In Deutschland wurde 1964 mit der Einrichtung der Stiftung Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ) der Grundstein für den 1972 beginnenden forschungsorientierten Betrieb des DKFZ in Heidelberg gelegt.

War der wachsende Erkenntnisgewinn der Versorgung von Krebspatienten seit der Gründung der Deutschen Krebsgesellschaft im Jahre 1900 noch überschaubar, so fällt der Start des Betriebs des DKFZ in eine Epoche sich in ungebrochener Dynamik überstürzender Erkenntnisse im Verständnis des Krebsgeschehens.

1.2. Tumorzentren und Onkologische Schwerpunkte

Quellen der Erkenntnisse zum Krebsgeschehen waren viele Jahrzehnte lang universitäre Einrichtungen. Gesundheitspolitisch wurde im ausgehenden 20. Jahrhundert die wohnortnahe Verfügbarkeit zeitgemäßer Diagnostik und Therapie in nichtuniversitären Versorgungsstrukturen mehr und mehr als förderungsbedürftig erkannt. Eine erste markante gesundheitspolitische Initiative war das o.a. Modellprogramm der Bundesregierung.

Eines der wichtigsten Ziele dabei war die bestmögliche interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen den Ärzten sowie eine Verbesserung der onkologischen Kompetenz

der Ärzte im Krankenhaus, in freier Praxis und in den Rehabilitationseinrichtungen. Dazu wurde der Aufbau von Tumorzentren und Onkologischen Schwerpunkten gefördert. Als Tumorzentren galten universitäre klinische Einrichtungen, die neben der Krebsbehandlung auch Grundlagenforschung durchführten. Als Onkologische Schwerpunkte galten zusammenarbeitende Krankenhäuser in einer Versorgungsregion unter Führung eines besonders kompetenten Krankenhauses, welches meist die Funktion einer Leitstelle innehatte.

1.3 Auswirkung des „Modellprogramms“ auf Hessen

Als Aufgaben von Tumorzentren galten nicht nur die universitäre Grundlagenforschung, sondern neben der interdisziplinären Versorgung auch die Entwicklung einer einheitlichen Krebsdokumentation. Dafür hatten sich die meisten deutschen Tumorzentren in der ADT (Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren) zusammengeschlossen. In Hessen wurden 1987 erstmals Tumorzentren an den seinerzeit drei universitären klinischen Standorten förmlich ausgewiesen. Ergänzend erfolgte das Auswei-

Novellierung: intensivierte regionale Zusammenarbeit und datenbasierte Evaluation

flächendeckende Versorgung

- Verfügbarkeit der onkologischen Kompetenz (ambulant und stationär) für alle Patienten und Patientinnen

Zusammenarbeit

- koordiniert und sektorenübergreifend
- interdisziplinär
- Einbindung niedergelassener Ärzte/Ärztinnen



patientenorientierte Behandlung

- Behandlung in qualifizierten Zentren bei Bedarf
- heimatnahe Versorgung bei Standard- und Palliativtherapien
- optimale Nachsorge
- psychosoziale Versorgung

Evaluation/ Monitoring

- Unterstützung durch hessisches Krebsregister
- umfassende Erhebung der Behandlungsdaten
- permanente fachliche Weiterentwicklung

intensivierte / zusätzliche Ziele ab 2020

Quelle: AOK - Die Gesundheitskasse in Hessen, Herbstforum, Onkologiekonzept



Abbildung 1: Ziel der angestrebten Novellierung des Hessischen Onkologiekonzepts ist es unter anderem, die koordinierte, sektorenübergreifende und interdisziplinäre Zusammenarbeit zu verbessern.

sen von vier Onkologischen Schwerpunkten. Damit war jede der sechs hessischen Planungsregionen zunächst mit spezifisch onkologischer Kompetenz ausgestattet. Bis 2005 waren die Onkologischen Schwerpunkte in Hessen auf zehn Standorte angewachsen. Ab diesem Zeitpunkt entwickelte sich der Konsens im Landeskrankenhausausschuss, das ursprüngliche Onkologiekonzept neu fassen zu wollen.

1.4 Herangehensweise zur Erarbeitung des HOK 2010

Das Hessische Sozialministerium war mit der Unterarbeitsgruppe Onkologie der Arbeitsgruppe Krankenhausplanung des Landeskrankenhausausschusses gefordert, ein zeitgemäßes, konsensfähiges Onkologiekonzept zu erarbeiten. Eine besondere Herausforderung stellten die Rahmenbedingungen dar, wonach der Trend zum Abbau von Krankenhausbetten von der rasanten Entwicklung der systemischen Krebsbehandlung mit mehr ambulanten Perspektiven noch synergistisch überlagert wurde.

Der Arbeitsgruppe gelang es, sich auf Details der angestrebten Onkologischen Zentren zu verständigen. Diese konnten auch mit der Hessischen Krebsgesellschaft abgestimmt werden. Bezüglich der im o.a. „Modellprogramm“ zur Palliativversorgung bzw. auch Schmerzversorgung enthaltenen Ausführungen wurde wegen der Vielschichtigkeit der seinerzeitigen Entwicklungen auf Details verzichtet, um zu einem auf die Zentrumsfrage fokussierten Ergebnis zu kommen, welches dann 2010 erreicht werden konnte.

2. Ziele

2.1 Qualitativ hochwertige Versorgung

Die onkologische Versorgung soll qualitativ hochwertig sichergestellt werden und sich an den Bedürfnissen der Patienten orientieren.

2.2 Weiterleitung von Patienten

Patienten mit speziellen Fallkonstellationen sollen strukturiert an dafür besonders qualifizierte Onkologische Zentren weitergeleitet werden, wenn dies wegen der speziellen Fallkonstellation für ein unter Qualitätsgesichtspunkten besseres Behandlungsergebnis erwarten lässt. Die anschließende sachgerechte Weiterbehandlung und Nachsorge soll dann nach Möglichkeit wieder in Wohnortnähe angestrebt werden.

2.3 Definition von Onkologischen Zentren

Das Vorhandensein der Prädikate „Tumorzentrum“ und „Onkologischer Schwerpunkt“ hat dazu geführt, für die Krankenhausplanung in Hessen aus funktionellen Gründen zur Umsetzung des Kooperationsgedankens das Prädikat „Onkologisches Zentrum“ zu wählen.

Onkologische Zentren im Sinne des HOK bestehen aus:

1. Einem (oder ggf. mehreren) koordinierenden Krankenhaus,
2. kooperierenden Krankenhäusern,
3. koordinierenden und kooperierenden niedergelassenen onkologisch qualifizierten Ärzte*innen, sowie spezialisierten Reha-Einrichtungen,
4. kooperierenden Leistungserbringern supportiver Therapien.

Das Konstrukt ermöglicht auch bei erforderlicher Palliativtherapie eine wohnortnahe Versorgung. Die Nachsorge wird wohnortnah mit verbesserter Adhärenz wahrgenommen und die psychosoziale Versorgung ist besser erreichbar.

2.4 Optimierungsabsichten für eine aktuelle Neufassung

Mit der anstehenden Überarbeitung des HOK wird angestrebt, die koordinierte sektorenübergreifende und interdisziplinäre Zusammenarbeit zu optimieren. Dabei sollen insbesondere die Vertragsärzte eingebunden werden (siehe Abbildung 1).

Die Bewertung der Leistungsfähigkeit des HOK bedarf einer regelmäßigen Evaluation, um die Maßnahmen der Zusammenarbeit der Sektoren und dem Hessischen Krebsregister hinsichtlich ihrer Wirksamkeit zu überprüfen. Eine wichtige Rolle spielt das Hessische Krebsregister mit seinen zahlreichen Aufgaben zur Qualitätssicherung. Möglichst vollzählige und vollständige Behandlungsdaten von hessischen Krebspatienten einschließlich der Behandlungsverläufe dienen der Analyse der Versorgungsstrukturen.

3. Ausgestaltung des HOK 2010 in den Versorgungsgebieten

3.1 Onkologische Zentren als relevante Kernelemente

Die für die Krankenhausplanung abgegrenzten Regionen werden in Hessen als Versorgungsgebiete bezeichnet. Für jedes der sechs Versorgungsgebiete ist eine regionale Krankenhauskonferenz eingerichtet, die in ihrem Zustän-

Onkologische Zentren als relevante Kernelemente

Netzwerk

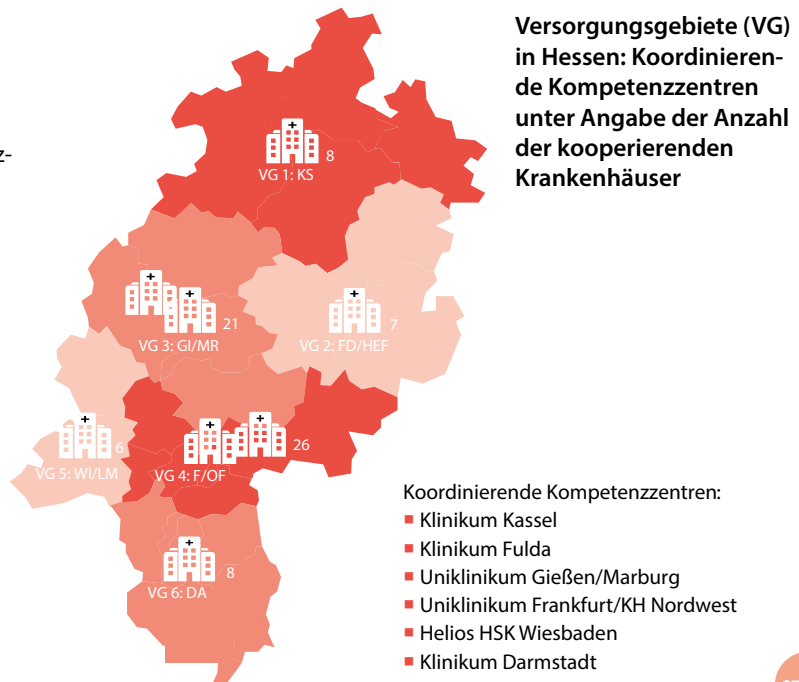
bestehend aus

- koordinierendem Krankenhaus (Kompetenzzentrum)
- kooperierenden Krankenhäusern

ergänzt durch

- niedergelassene onkologisch qualifizierte Ärzte/Ärztinnen
- spezialisierte Reha-Einrichtungen
- kooperierende Leistungserbringende einschließlich supportiver Therapien und Angebote (z. B. SAPV¹, Psychoonkologie)

¹ Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung



Quelle: AOK Hessen

Abbildung 2: Für jede der sechs Versorgungsregionen in Hessen ist eine regionale Versorgungskonferenz eingerichtet worden. Angesichts der Populationsdichte gibt es in Frankfurt/Offenbach und Gießen/Marburg Versorgungsgebiete mit je zwei koordinierenden Krankenhäusern.

digkeitsbereich die Arbeit der Onkologischen Zentren begleitet. Aus geografischen Gründen und wegen der Verteilung von Populationsdichten gibt es abweichend vom 1:1-Prinzip in den Versorgungsgebieten Frankfurt/Offenbach und Gießen/Marburg Netzwerke mit jeweils zwei koordinierenden Krankenhäusern (siehe Abbildung 2). Diese Festlegung der koordinierenden Krankenhäuser ist von der Hessischen Landesregierung getroffen worden. Dabei ist inzwischen konsentiert, dass lediglich ein Krankenhaus, welches ein Zentrum entsprechend der Zentrumsregelung des Gemeinsamen Bundesausschusses ist, als koordinierendes Krankenhaus in Frage kommen kann.

3.2 Koordinierende Krankenhäuser haben

Schlüsselfunktion

Das koordinierende Krankenhaus hat die Funktion eines Kompetenzzentrums. Es deckt das gesamte Spektrum der aktuellen evidenzbasierten onkologischen Versorgung ab und pflegt eine enge Zusammenarbeit mit den kooperierenden Krankenhäusern sowie den Vertragsärzten im Versorgungsgebiet. Die Unterstützung gilt für Diagnostik, Therapie und Nachsorge. Bei grenznahen Wohnorten von

Patienten kann die Kooperation auch in andere Versorgungsgebiete hineinwirken (siehe Abbildung 3).

3.3 Ergänzende Versorgungsstrukturen

Das jeweilige Kompetenzzentrum als krankenhauserplanerisches Konstrukt wird in der Realversorgung durch niedergelassene onkologisch qualifizierte Ärzte ergänzt. Dazu kommen spezialisierte Reha-Einrichtungen, kooperierende Leistungserbringer einschließlich supportiver Therapien und Angebote. Dazu gehören unter anderem Psychoonkologie oder bei terminalen Symptomatiken die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV).

3.4 Monitoring durch das Hessische Krebsregister

Eine kontinuierliche und flächendeckende Evaluation der onkologischen Versorgungssituation ist essenziell, um die Qualität für die Patienten dauerhaft zu sichern. Für das Monitoring werden zur Unterstützung der Qualitätssicherung insbesondere folgende Auswertungen herangezogen:

- Erfassung von Neuerkrankungen, Sterbefällen und Überleben bei meldepflichtigen Krebserkrankungen in der Bevölkerung;

Koordinierende Krankenhäuser nehmen Schlüsselrolle im Konzept ein

- koordinierende Krankenhäuser werden für die sechs Versorgungsgebiete (VG) in Hessen vom Hessischen Ministerium für Soziales und Integration (HMSI) **festgelegt**
- als **Kompetenzzentren** arbeiten sie eng mit kooperierenden Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten und Ärztinnen ihres Versorgungsgebiets (in Ausnahmen auch denen anderer Versorgungsgebiete) zusammen und unterstützen diese bei Diagnostik, Therapie und Nachsorge
- koordinierende Krankenhäuser decken das gesamte Spektrum einer aktuellen evidenzbasierten onkologischen Versorgung ab
- nur Krankenhäuser, die Zentren im Sinne der **Zentrumsregelung des G-BA** sind, können ein koordinierendes Krankenhaus sein

Quelle: AOK Hessen



Abbildung 3: Im Hessischen Onkologiekonzept haben koordinierende Krankenhäuser die Funktion eines Kompetenzzentrums. Sie pflegen dabei eine enge Zusammenarbeit mit den Vertragsärzten im Versorgungsgebiet.

- detaillierte Dokumentation und Auswertung der durchgeführten Therapien und Krankheitsverläufe;
 - Zusammenführen der Therapiedaten aus den stationären und ambulanten Sektoren über die Landesgrenzen hinaus;
 - Analysen zu regionalen Auffälligkeiten;
- Dabei sollen für Onkologen Rückschlüsse ermöglicht werden, unter anderem zur
- Transparenz von Heilungsverläufen sowie zu Fragen,
 - welche Behandlungsmethode für welches Stadium einer bestimmten individuellen Tumorerkrankung am erfolgversprechendsten ist.

3.5 Herausforderung: Flächendeckende Strukturqualität der onkologischen Versorgung

Am Beispiel der Versorgung bei Brustkrebs lässt sich aufzeigen, dass von den 39 behandelnden Kliniken in Hessen 18 Standorte nicht als zertifiziertes Brustkrebszentrum ausgewiesen sind. Unabhängig von der jährlichen Fallzahl, die auf nicht zertifizierte Versorger entfällt, ergibt sich Handlungsbedarf. Dieser ist mit den Ergebnissen der WiZen-Studie zu Überlebensvorteilen bei der Behandlung in zertifizierten Krebszentren aus dem Jahr 2022 zweifelsfrei zu begründen.

4. Ausblick: HOK und Krankenhausreform

Die Zielsetzung, in der Onkologie eine qualitätsorientierte Konzentration von medizinischen Leistungen zu erreichen, deckt sich mit den Plänen auf Bundesebene zur Krankenhausreform nach derzeitigem Stand. Die Verbesserung der Behandlungsqualität soll durch Leistungsgruppen erreicht werden, die mit einheitlichen Mindestanforderungen hinterlegt sind.

Die Kriterien, die zur Zertifizierung durch die Deutsche Krebsgesellschaft herangezogen werden, könnten durch Handeln des Bundesgesetzgebers als Mindestvoraussetzung für die stationäre, aber auch für die ambulante onkologische Versorgung in Kraft gesetzt werden.

E-Mail-Kontakt:
consulting@hubertschindler.de

Literatur

1. Hessisches Onkologiekonzept, Neufassung 2010, https://hessisches-krebsregister.de/media/hok-hessisches_onkologiekonzept.pdf
2. Modellprogramm zur besseren Versorgung von Krebspatienten, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 109, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden, 1998.

DR. ISABELLA ERB-HERRMANN

ist als Mitglied des Vorstandes der AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen für das Gesundheitspartnermanagement, Krankengeldmanagement, Prävention sowie die Pflegeversicherung verantwortlich. Nach mehreren Stationen in Strategieberatungsunternehmen – zuletzt bei Boston Consulting Group und bei UCB Pharma – kam sie 2012 zur AOK. Dort arbeitete sie als Direktorin für Integratives Leistungsmanagement bevor sie 2016 zur Bevollmächtigten des Vorstandes ernannt wurde. Die Betriebs- und Produktionsingenieurin ETH verfügt über langjährige Erfahrung im deutschen und internationalen Gesundheitssystem aus Berater- und aus Führungsperspektive.

**DR. MED. HUBERT SCHINDLER**

berät mit Schwerpunkt Hochschulmedizin bei der Konzeptentwicklung für translationale Leistungen und bei der zugehörigen Vertragsgestaltung. Der Ausbildung zum Apothekerassistenten und Studium der Humanmedizin in Heidelberg sowie Promotion folgten Verwendungen im Sanitätsdienst der Bundesmarine. 1991 begann der Aufbau der Landesvertretung der Ersatzkassenverbände in Hessen. Als deren Leiter engagierte sich Schindler für modellhafte Versorgungsprojekte. Von 2009 bis 2016 arbeitete er in der vdek-Verbandszentrale in Berlin. Seit 2023 ist er ehrenamtlich Vorsitzender des Stiftungsrates der Deutschen PalliativStiftung, Fulda.



Zwischen Patientenwohl und Finanzinteresse

Lebensqualität sichern, erhalten, verbessern – die DRV als Partner

Von Thomas Keck, Deutsche Rentenversicherung Westfalen /

Sabine Nußbeck, Referentin der Geschäftsführung des MZG Bad Lippspringe



Die Gesellschaft sieht sich schon heute mit diversen Herausforderungen konfrontiert: Überalterung, Multimorbidität, Fachkräftemangel, Migration, neue Erkrankungen wie Long-Covid und die sich verändernde Krankenhauslandschaft sind nur einige Beispiele. Dies erfordert passgenaue und frühestmögliche Leistungen im Rahmen von Gesamtversorgungsmodellen. Die Leistungen der Deutschen Rentenversicherung (DRV), Ü45-Check, Prävention, Rehabilitation und Nachsorge, sowie ihre Integration in einen sektorenübergreifenden Versorgungskontext, sollen eine bestmögliche gesundheitsbezogene Lebensqualität von Versicherten garantieren und eine Erwerbsfähigkeit bis zum Eintritt in die reguläre Altersrente ermöglichen.

1. Lebensqualität – was ist das?

Aussagen über die Lebensqualität unterliegen stets menschlichen Urteilen. Jede Urteilsbildung wird jedoch von subjektiven Wahrnehmungen, persönlichen Werten und Situationen bestimmt. Demnach ist es auch nicht verwunderlich, wenn es keine einheitlich anerkannte Definition von Lebensqualität gibt; Einflussfaktoren wie Wohlstand, Freiheit, Politik, Bildung, Kultur, Religion und Gesundheit jedoch nachweislich Lebensqualität determinieren (vgl. Welppe 2008).

Ein wesentlicher Teilaspekt der Lebensqualität ist die gesundheitsbezogene Lebensqualität (Health-Related Quality of Life, HRQoL) (vgl. RKI 2023). Sie ist ein subjektives, physisches, psychisches und soziales Konstrukt, das den Gesundheitszustand aus der Perspektive des Individuums einschätzt (G-BA 2013, S. 3 f.). So wird der Erfolg einer Behandlung nicht mehr nur an körperlichen Befunden gemessen, sondern auch an den individuellen Einschätzungen der Patienten (Otto et al. 2020).

2. Deutsche Rentenversicherung

2.1. Gesetzliche Rahmenbedingungen, Aufgaben und Ziele

Die Deutsche Rentenversicherung (DRV) zahlt nicht nur Renten bei Minderung der Erwerbsfähigkeit, im Alter und im Todesfall, sie leistet darüber hinaus auch einen Beitrag zum dauerhaften Erhalt oder zur Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern. Nach dem Grundsatz „Rehabilitation vor Rente“ werden demnach unterschiedliche Rehabilitationsleistun-

gen angeboten, um die Teilhabe am Erwerbsleben zu sichern (vgl. MAGS NRW 2023). Das Recht auf Teilhabe am Leben in der Gesellschaft gehört zum festen Bestandteil der sozialen Sicherung in Deutschland (§§ 2 bis 10 SGB I). Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit sollen so vermieden oder vermindert werden.

So ergeben sich in der Rentenversicherung Anspruch und Umfang der Teilhabeleistungen im Wesentlichen aus den §§ 9 bis 31 SGB VI sowie den §§ 1 bis 89 SGB IX. Danach lassen sich die Leistungen zur Teilhabe folgendermaßen definieren: Leistungen zur Teilhabe sind alle Maßnahmen und Hilfen, mit denen bei Menschen mit körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung oder von Behinderung bedrohten Menschen eine gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, einschließlich der Teilhabe am Arbeitsleben, gefördert oder gesichert wird (vgl. Löschau 2023, S. 9f.).

Mit den Leistungen zur Teilhabe sollen die Versicherten demnach befähigt werden bis zum gesetzlichen Renteneintrittsalter arbeiten zu können (§ 9 SGB VI). Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung richten sich nach §§ 15, 31 SGB VI. Nach § 15 Abs 2 SGB VI werden diese Leistungen durch eigene oder fremde Rehabilitationseinrichtungen erbracht.

2.2. Trägerpluralität im Bereich der Rehabilitationseinrichtungen

Die gesetzliche Rentenversicherung betreibt 87 Rehabilitationseinrichtungen in allen medizinischen Indikationen als Eigenbetriebe. Wie auch im akutstationären Krankenhaussektor zeichnet sich ebenso die Rehabilitationslandschaft durch Trägerpluralität aus (vgl. Destatis

2022; vgl. Abbildung 1). Die Zulassung einer Rehabilitationseinrichtung zur Durchführung medizinischer Rehabilitationsleistungen der Rentenversicherung richtet sich nach § 15 Abs. 3 SGB VI. Für die trägereigenen Rehakliniken der Rentenversicherung ist zu betonen, dass sich diese ebenso den Bestimmungen des Marktes unterwerfen müssen, wie jede andere Rehaklinik auch: Alle Kliniken müssen sich dem Wettbewerb stellen, ex ante definierte Qualitätsanforderungen erfüllen, nach Tarifvertrag vergüten und Leistungen im Rahmen verbindlicher, indikationsabhängiger Standards durchführen – also einen rein versorgungspolitischen Ansatz verfolgen.

Hinsichtlich der Belegungsmodalitäten bei medizinischen Rehabilitationsleistungen wird zukünftig das Wunsch-

Trägerpluralität bei Rehabilitationseinrichtungen

Gesellschaftsform	Vorsorge- und Rehaeinrichtungen	Aufgestellte Betten
Gesamt (2022)	1.089	161.725
öffentlich	204	28.769
freigemeinnützig	296	26.084
privat	589	106.872

Quelle: eigene Darstellung, vgl. Destatis 2022; Stand 08/2023



Abbildung 1: Die gesetzliche Rentenversicherung betreibt bundesweit 87 Rehabilitationseinrichtungen als Eigenbetriebe. Gekennzeichnet ist dieses Segment wie im akutstationären Krankenhaussektor durch eine Trägerpluralität.

und Wahlrecht der Versicherten eine große Rolle bei der Auswahl der jeweiligen Rehabilitationseinrichtung im Einzelfall spielen. Und obgleich § 12 Abs. 2 SGB VI sogenannte Wiederholungsheilbehandlungen vor Ablauf von vier Jahren nach der Durchführung einer solchen Maßnahme ausschließt (vgl. Löschau 2023, S. 29), steht auch hier der Einzelfall im Vordergrund: Krankheitsbild und Verlauf einer Erkrankung sind stets individuell bei der Beantragung einer Rehabilitation – auch vor Ablauf der Vier-Jahresfrist – zu berücksichtigen.

3. Herausforderungen – heute, morgen, übermorgen

Im globalen Vergleich verfügt Deutschland über ein gut funktionierendes Gesundheitswesen. Die Herausforderungen sind gleichwohl enorm und mannigfaltig. Dies ist auch, aber nicht einzig, auf die bevorstehende **Krankenhausreform** im Akutsektor zurückzuführen. Diese Reform wird sowohl im akutstationären, als auch im ambulanten und rehabilitativen Sektor enorme Auswirkungen auf die regionale Verteilung von Kliniken, Leistungsspektren, Patientenströme, Verteilung der Fallschwere und den Einsatz von Fachkräften haben, was unweigerlich zu einer Reduktion von Kliniken führen wird (vgl. Nußbeck und Schäfer 2023, S. 1044 ff.).

Der **Finanzierungs- und Reformdruck** wiegt also schwer. Eine Ausschöpfung des großen Potenzials zur Steigerung von Effizienz und Effektivität der gesundheitlichen Versorgung wird damit immer dringlicher. An den Schnittstellen zwischen den **Sektoren** ambulant und stationär, sowie in der Ambulantisierung und dem Abbau von Überversorgung liegen dabei zentrale Hebel. Die Corona-Pandemie scheint dafür ein Katalysator sein: „Die Zahl der somatischen Krankenhaus-Fälle in Deutschland ist 2022 im Vergleich zum Jahr 2019 um 15 Prozent gesunken – und damit noch stärker als 2020 (minus 13 Prozent) und 2021 (minus 14 Prozent)“ (AOK 2023).

Mindestens die Hälfte davon wird voraussichtlich nicht mehr zurückkommen, sondern dauerhaft ambulant erbracht werden. Die intersektorale Versorgung wird folglich zu einem essenziellen Überlebensfaktor für Krankenhäuser und die medizinische Versorgung der Gesellschaft. Das Schmelzen der Sektorengrenzen sowie das Denken und Handeln in verbundenen und abhängigen Welten bedeutet jedoch für Kliniken eine enorme Umstellung: Prozesse

müssen aus Sicht einer Patienten Journey neu gedacht und umgesetzt werden, ambulante OP-Strukturen müssen geschaffen werden und Kooperationen zwischen ambulant, rehabilitativ und stationär müssen entstehen.

Aber nicht nur der institutionelle Entwicklungsbedarf wird zukünftig eine zentrale Herausforderung darstellen, sondern ebenso die **Multimorbidität** und Erkrankungen wie Long-Covid. Multimorbidität ist ein wachsendes Phänomen und stellt die medizinische Versorgung vor große Aufgaben (vgl. AWMF 2017, S. 6). Manche Fachleute sehen schon bei dem gleichzeitigen Auftreten von zwei chronischen Erkrankungen in der Anamnese eines Patienten das Kriterium der Multimorbidität erfüllt, andere hingegen erst ab einer Kombination von drei und mehr (vgl. Lenzen-Schulte 2017).

Multimorbidität korreliert zwar mit dem Alter, tritt allerdings durchaus nicht selten in der arbeitenden Bevölkerung auf, wie u.a. einschlägige Daten aus Australien zeigen (vgl. Holden et al. 2011). Bereits in der Normalbevölkerung leiden 20 bis 30 % der Menschen an mehreren Krankheiten gleichzeitig. Für Deutschland hat die Analyse von Krankenkassendaten älterer Versicherter (> 65 Jahre) erstmals zeigen können, dass 62 % der Senioren bereits wegen drei oder mehr chronischer Erkrankungen behandelt werden (vgl. van den Bussche et al. 2011).

Multimorbidität geht neben funktionellen Einschränkungen, reduzierter Lebensqualität und steigender Mortalität mit einer hohen Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen einher, was wiederum zu einer hohen finanziellen Belastung des Gesundheitssystems führt (vgl. Marengoni et al. 2011). Eine 2013 durchgeführte Auswertung von Routinedaten der Gmünder Ersatzkasse zeigt, dass multimorbide Versicherte, mit drei oder mehr chronischen Erkrankungen, innerhalb eines Jahres durchschnittlich mehr als doppelt so viele Arztkontakte (36,3 versus 15,9) aufweisen wie nicht-multimorbide Versicherte (vgl. van den Bussche et al. 2013). Daraus lässt sich schlussfolgern, dass mit jeder weiteren Erkrankung auch die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und damit auch die Kosten zunehmen (vgl. Lehnert und König 2012).

Daten zur Prävalenz von **Multimorbidität im Kindes- und Jugendalter** liegen für den deutschen Versorgungskontext kaum vor (vgl. Greiner et al. 2019, S. 38). Kinder und Jugendliche spielen bei der Betrachtung von Mehrfacherkrankungen jedoch eine große Rolle, da in jungen Jahren

die Weichen für die Gesundheit im späteren Leben gestellt werden und demnach schon dann Einfluss auf die spätere Erwerbsbiografie genommen werden kann (vgl. Lampert et al. 2017, S. 15). In Deutschland konnte für das Jahr 2017 eine Prävalenz von Multimorbidität unter Kindern und Jugendlichen (0 bis 17 Jahre) wie folgt festgestellt werden (vgl. Greiner et al. 2019, S. 40):

- Mindestens zwei parallele chronische Erkrankungen: 7,6 %
- Mindestens vier parallele chronische Erkrankungen: 0,4 %
- Parallelität chronisch-somatischer und chronisch-psychosomatischer Erkrankungen: 1,4 %.

Das Vorhandensein von Mehrfachdiagnosen wirkt dabei komplizierend auf den Krankheitsverlauf und geht häufig mit einem erhöhten Schweregrad sowie geringerem Funktionsniveau einher (vgl. Legenbauer 2021).

Ein wesentlicher Einflussfaktor auf die Entwicklung der Multimorbidität ist die sich verändernde **Alterspyramide**: Die Altersstruktur der Bevölkerung hat sich in den vergangenen sieben Jahrzehnten stark geändert (Vgl. destatis1 2023). 1950 waren nur 10 % der Bevölkerung in Deutschland 65 Jahre und älter. Bis 2021 stieg ihr Anteil auf 22 %. Der Anteil der jüngeren Bevölkerungsgruppen im Alter von unter 15 Jahren nahm im selben Zeitraum ab: 1950: 23 % versus 2021: 14 %. Bis Mitte 2030 wird in Deutschland die Zahl der Menschen im Rentenalter, also ab 67 Jahren, um etwa 4 Millionen auf mindestens 20 Millionen steigen.

Die Zahl der ab 80-Jährigen wird Ende der 2030er massiv zunehmen. In den 2050er und 2060er Jahren werden sogar zwischen 7 und 10 Millionen hochaltrige Menschen in Deutschland leben (vgl. Destatis2 2023). Damit ist schon heute absehbar, dass der Pflegebedarf in Deutschland massiv zunehmen wird. Des Weiteren führt der demografische Wandel zu Engpässen im Fachkräftebereich, da die erwerbsfähige Bevölkerung bereits 2030 um 3,9 Millionen auf 45,9 Millionen Menschen sinken wird. 2060 sinkt die Zahl sogar um 10,2 Millionen.

Viel diskutiert werden in der Fachpresse auch die Auswirkungen von Long-Covid, als Folge einer Infektion mit SARS-CoV-2. Personen mit **Long-Covid** berichten über sehr unterschiedliche körperliche und psychische Symptome und teilweise über sehr starke Einschränkungen ihrer Lebensqualität. Symptome „können sowohl einzeln als auch in Kombination auftreten und von sehr unterschiedlicher Dauer sein. Bislang lässt sich daher kein einheitliches

Krankheitsbild abgrenzen. Zudem sind die zugrunde liegenden Mechanismen noch nicht geklärt, was die Diagnostik und Behandlung gesundheitlicher Langzeitfolgen erschwert“ (RKI 2023). Diese Faktoren führen dazu, dass die genaue Häufigkeit von Long-Covid bislang nicht verlässlich geschätzt werden kann. Eine Meta-Analyse aus zehn Kohortenstudien aus UK zeigt, dass die Häufigkeit von Long-Covid-Symptomen mit funktionellen Einschränkungen im Alltag nach 4 bis 12 Wochen zwischen 3,0 % und 13,7 % und nach 12 Wochen zwischen 1,2 % und 4,8 % liegt (vgl. Thompson et al. 2022).

Laut Bundesamt für Migration und Flüchtlinge hat eine Person einen **Migrationshintergrund**, wenn sie selbst oder mindestens ein Elternteil die deutsche Staatsangehörigkeit nicht durch Geburt besitzt (vgl. BAMF 2023). 2022 lebten in Deutschland 23,8 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund, das sind 28,7 % der Bevölkerung (vgl. bpb 2023). Mittelfristig wird der Anteil jener Personen mit Migrationshintergrund jedoch weiter steigen: Im Jahr 2022 hatten in Deutschland 41,6 Prozent aller Kinder unter fünf Jahren einen Migrationshintergrund (vgl. bp, 2023).

Eine Studie der Charité Berlin untersuchte 2023 die Situation für Menschen mit Flucht- und Migrationsgeschichte im deutschen Gesundheitssystem. Es zeigte sich, dass im Bereich der medizinischen Versorgung keine gleichberechtigte und gleichwertige Teilhabe besteht. Migranten sind demnach zwar nicht grundsätzlich gesünder oder kränker, haben aber häufig Schwierigkeiten, sich im Gesundheitssystem zurechtzufinden. Dies ist zum einen auf Sprachbarrieren zurückzuführen, zum anderen aber auch auf die mangelnde Kenntnis über Strukturen und Abläufe in der Versorgung. Vor allem die Sprachbarrieren und das zumeist nicht fachgerechte Dolmetschen können dazu führen, dass Menschen zu spät oder falsch behandelt werden (Kluge et al. 2023; David et al. 2021).

Vor dem Hintergrund der dargelegten Herausforderungen nimmt der Stellenwert der medizinischen Rehabilitation weiter zu. Trotzdem ist zu beobachten, dass die **Akzeptanz der Rehabilitation** unter Akutmediziner*innen, also niedergelassenen Ärzt*innen und im Krankenhaus tätigen Mediziner*innen, nicht mit der Bedeutung und den individuellen und volkswirtschaftlichen Chancen der Rehabilitation korrespondiert. Vielfach wird sogar noch von Kur gesprochen. Akutmediziner*innen fungieren bei der Verbesserung und nachhaltigen Sicherung der Gesundheit und gesellschaftlichen Teilhabe ihrer Patienten als wichtige Lotsen im Zugang zur

Rehabilitation. Studien weisen dennoch auf Probleme im Reha-Zugang hin, die sich u.a. auf inhaltliche Wissensdefizite sowie eine geringe Mitwirkungsbereitschaft und in der Akzeptanz von Rehabilitationsleistungen in der Ärzteschaft zurückführen lassen (vgl. Schumann et al. 2018).

Die **Verantwortung für die eigene Gesundheit** und Kenntnisse über das deutsche Gesundheitswesen können aber nicht ausschließlich auf Ärzte oder andere übertragen werden. In erster Linie ist jeder selbst für sich und seine Gesundheit verantwortlich. Darüber hinaus sollte jeder ebenso Eigeninitiative zeigen und proaktiv Angebote des Gesundheitssystems einfordern.

4. Intersektoraler Versorgungsbaukasten als Antwort auf die Herausforderungen

Die dargestellten Herausforderungen machen deutlich, dass die Leistungen der DRV, die Notwendigkeit einer Integration dieser in ein Gesamtversorgungsmodell und die individuelle Passgenauigkeit zukünftig noch bedeutender werden, um den Erhalt der Erwerbsfähigkeit der Versicherten zu sichern. Die erforderlichen Leistungen sollten dann stets zum frühestmöglichen Zeitpunkt angeboten werden. Das kann aber nur gelingen, wenn man sich verschiedener Werkzeuge bedienen kann, die

in Abhängigkeit vom Versicherten eingesetzt werden können. Dabei kommt ein Bündel von vier Werkzeugen zum Tragen, welche ineinandergreifen, den medizinischen und beruflichen Gesamtbedarf fokussieren und je nach individuellem Bedarf in variabler Folge zum Einsatz kommen können: Ü45-Check, Prävention, Rehabilitation und Nachsorge (vgl. Abbildung 2). Das Ergebnis ist ein intersektoraler, bedarfsbezogener Kreislauf, der weder Anfang noch Ende haben muss, jedoch frühzeitig und individuell zum Einsatz kommt und die Eigenverantwortung des Versicherten stärken soll.

Ganz essenziell ist ein frühzeitiges Erkennen von potenziellen Bedarfen, so dass auf erste Hinweise einer möglichen späteren Erkrankung reagiert werden kann. Der **Ü45-Check** (vgl. DRV Westfalen 2023), welcher seit 2019 in einem Modellprojekt der DRV Westfalen erprobt wird, stellt hierbei ein Instrument einer berufsbezogenen Gesundheitsuntersuchung mit Gefährdungs- und Potentialanalyse dar (§ 14 Abs. 3 S. 2 SGB VI) und kann möglicherweise am Anfang dieser intersektoralen Versorgungskette stehen (vgl. Abbildung 3). Damit möglichst viele Versicherte diese Leistungen in Anspruch nehmen, ist es sinnvoll, dass die Träger der Rentenversicherung ihren Versicherten, gegebenenfalls in Zusammenarbeit mit anderen Rehabilitationsträgern, ab der Vollendung des 45. Lebensjahres diese Leistung anbieten. In der Region Münster beteiligen sich bereits trägerübergreifend zahlreiche medizinische und berufliche Rehabilitationseinrichtungen. Dieses Angebot soll durch geeignete Ärzte, insbesondere mit arbeitsmedizinischen Kenntnissen, durchgeführt werden.

Wie Abbildung 3 zeigt, kann als eine Konsequenz des Ü45-Checks die Empfehlung für eine **Präventions- oder Rehabilitationsleistung** resultieren. Die Versicherten werden dann über die Leistungen RV-Fit und Rehabilitation informiert und bei der Antragstellung unterstützt (bei RV-Fit über das digitale RV-Fit-Portal: https://www.rv-fit.de/DE/home/home_node.html). Neben dem physischen Ü45-Check in einer Reha-Einrichtung sind auch Alternativen wie der Check beim geschulten Hausarzt oder eine niederschwellige digitale Befragung vorstellbar. Ergo gibt es mehrere Wege zu einer Präventionsleistung.

Der Zugang zu einer **Präventionsleistung** erfolgt jedoch nicht zwangsläufig nur über den Ü45-Check, sondern ebenso über Werks- und Betriebsärzte, Hausärzte oder eigeninitiativ über einen eAntrag im Kundenportal RV-Fit.

Zielgruppe für eine Präventionsleistung sind berufstä-

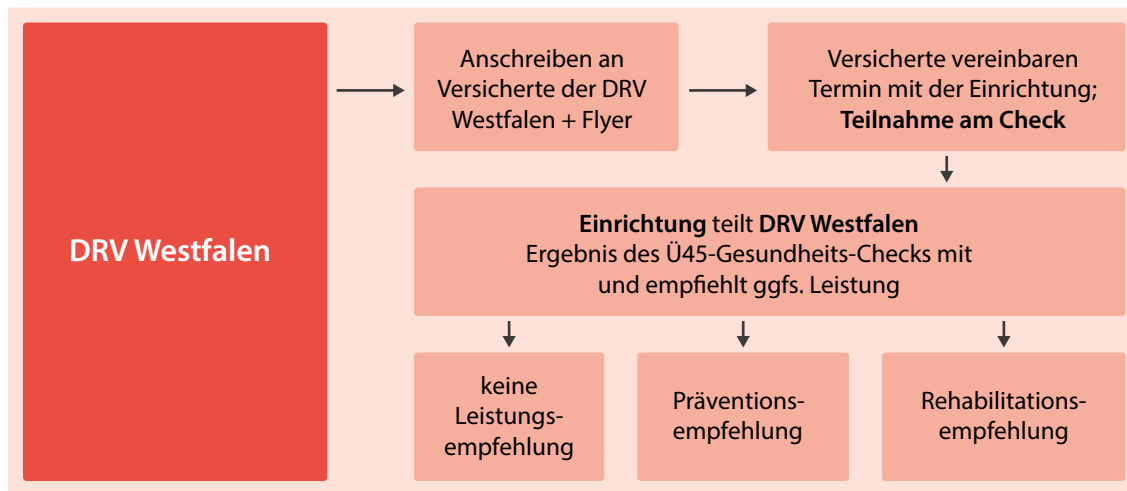
Intersektoraler Werkzeugkasten DRV Westfalen



Quelle: eigene Darstellung/ ©Andrey Popov /Adobe Stock

Abbildung 2: Bei der Rehabilitation kommt ein Bündel von vier Instrumenten zum Tragen: Ü45-Check, Prävention, Rehabilitation und Nachsorge. Im Ergebnis entsteht ein intersektoraler, bedarfsbezogener Kreislauf, der frühzeitig eingesetzt wird und die Eigenverantwortung des Versicherten stärken soll.

Intersektorale Versorgungskette DRV Westfalen



Quelle: eigene Darstellung



Abbildung 3: Der U45-Check wird seit 2019 in einem Modellprojekt der DRV Westfalen erprobt und stellt ein Instrument einer berufsbezogenen Gesundheitsuntersuchung mit Gefährdungs- und Potenzialanalyse dar. Dieser Check kann am Anfang der Versorgungskette stehen.

tige Versicherte mit ersten gesundheitlichen Beeinträchtigungen, welche die individuelle Beschäftigungsfähigkeit ungünstig beeinflussen können, aber noch keinen Reha-Bedarf aufweisen. Mögliche Hinweise auf erste gesundheitliche Beeinträchtigungen können auffällige AU-Zeiten (analog zu § 84 Abs. 2 SGB IX) und Medikationen sein, oder längerfristige oder rezidivierende Schmerzproblematiken oder Probleme mit dem Gewicht, der Ernährung oder dem Stoffwechsel. Im Rahmen von RV-Fit erfolgt dann ein kostenloses Trainingsprogramm mit Elementen zu Bewegung, Ernährung und Stressbewältigung. Ein typischer Aufbau des Programms sieht wie folgt aus:

- Startphase: 3 Tage ganztägig ambulant oder 5 Tage stationär von der Arbeit freigestellt
- Trainingsphase: 12 Wochen 1–2-mal wöchentlich berufsbegleitend (morgens oder abends)
- Eigenaktivitätsphase: 12 Wochen selbstständig trainieren berufsbegleitend (morgens oder abends)
- Auffrischungsphase: 1 Tag ganztägig ambulant oder 3 Tage stationär von der Arbeit freigestellt.

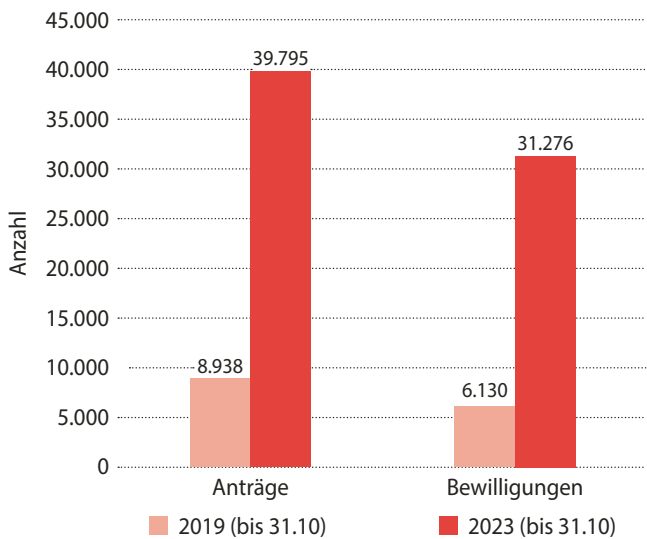
Abbildung 4 zeigt eine Gegenüberstellung der Präventionsleistungen hinsichtlich Anträge und Bewilligungen in den Jahren 2019 und 2023. Deutlich ersichtlich ist der sprunghafte Anstieg beider Parameter im Betrachtungszeitraum. Diese Verfünffachung deutet an, dass dieses

Leistungsangebot der DRV zunehmend an Bekanntheit erlangt und als ein Versorgungsbaustein beim Versicherten aufgenommen wird.

Ein Resultat des Ü45-Checks kann auch die Indikation für eine **Rehabilitation** sein. Unabhängig davon zeichnet sich ohnedies für die Zukunft ein steigender Rehabilitationsbedarf ab. Dieser ergibt sich aus einer Veränderung des Krankheitsspektrums, als Folge einer zunehmenden Lebenserwartung, sowie aus einer früheren Zuweisung von oftmals schwer erkrankten Patienten aus dem akuten stationären Setting in die Rehabilitation und die gesetzlich vorgegebene Verlängerung der Lebensarbeitszeit.

Die medizinische Rehabilitation ist eine grundlegende Säule des deutschen Gesundheits- und Sozialwesens. Sie hat das Ziel, Krankheitsfolgen und deren Auswirkungen auf die Erwerbsfähigkeit zu verringern und die Betroffenen darin zu unterstützen, ihre Teilhabe am Leben zu erhalten und Lebensqualität zu sichern. Funktionsstörungen und soziale Beeinträchtigungen sollen vorgebeugt, beseitigt, verbessert oder kompensiert werden. Die Rehabilitation bezieht dabei körperliche, psychische und soziale Aspekte in die Therapie ein. Im Fokus steht aber nicht einzig die Behandlung der Krankheit, sondern ebenso die aktive Auseinandersetzung und der Umgang mit der Erkrankung und den daraus resultierenden Funktionsstörungen, so dass bei Bedarf eine

Anträge und Bewilligungen DRV gesamt 2019 und 2023 (DRV Westfalen, November 2023)



Quelle: DRV Westfalen



Abbildung 4: Die Gegenüberstellung der Präventionsleistungen hinsichtlich Anträge und Bewilligungen 2019 und 2023 zeigt den sprunghaften Anstieg beider Parameter. Dieses Leistungsangebot der DRV erlangt zunehmend an Bekanntheit und wird als ein Versorgungsbaustein beim Versicherten aufgenommen.

Anpassung des Lebensstils erfolgen kann.

Eine medizinische Rehabilitation ist indiziert bei Versicherten (vgl. DRV 2009, S. 10):

1. deren Erwerbsfähigkeit wegen Krankheit oder körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung erheblich gefährdet oder gemindert ist
2. bei denen voraussichtlich
 - a) bei erheblicher Gefährdung der Erwerbsfähigkeit eine Minderung der Erwerbsfähigkeit durch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben abgewendet werden kann,
 - b) bei geminderter Erwerbsfähigkeit diese durch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben wesentlich gebessert oder wiederhergestellt oder hierdurch deren wesentliche Verschlechterung abgewendet werden kann,
 - c) bei teilweiser Erwerbsminderung ohne Aussicht auf eine wesentliche Besserung der Erwerbsfähigkeit der Arbeitsplatz durch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erhalten werden kann.

Die Rehabilitation muss folglich dazu beitragen, dass

Menschen in die Lage versetzt werden, bis zum 67. Lebensjahr (Regelaltersrente) berufstätig zu sein. Dabei werden in Zukunft rehabilitative Angebote in der Geriatrie und Pflege hohe Priorität haben, um Pflegebedürftigkeit zu verhindern respektive zu verzögern. Hier gilt das Prinzip „Prävention vor Rehabilitation vor Rente“. Eine Rehabilitation kann in Abhängigkeit von der Indikation ambulant oder stationär erbracht werden. Für Kinder und Jugendliche gibt es eigens entwickelte, indikationsspezifische Rehabilitationskonzepte, die in speziellen Kliniken Anwendung finden, so dass schon in jungen Jahren die Weichen für eine positive Erwerbsbiografie gestellt werden können.

Für einen Teil der Rehabilitanden ist die zeitlich begrenzte Rehabilitation in einer ambulanten oder stationären Einrichtung nicht ausreichend, um den Behandlungserfolg auch anhaltend zu sichern. Viele Therapien sind in der langen Sicht effektiver, wenn sie über längeren Zeitraum fortgeführt werden. Eine Möglichkeit, die berufliche Wiedereingliederung und den Transfer des Erlernten in den Alltag zu unterstützen, bietet die **Nachsorge**. „Der Gesetzgeber spricht in § 17 SGB VI für die Deutsche Rentenversicherung (DRV) von nachgehenden Leistungen zur Sicherung des Erfolges der vorangegangenen Leistung zur Teilhabe (Leistungen zur Nachsorge)“ (DRV Bund 2019, S. 4). Da Versicherte unterschiedliche Nachsorgebedarfe haben, gibt es sowohl komplexe multimodale, als auch weniger komplexe unimodale Nachsorgeangebote, so dass dem individuellen Nachsorgebedarf des Versicherten Rechnung getragen werden kann.

Multimodale Nachsorgeleistungen (IRENA®) umfassen Behandlungselemente aus verschiedenen Therapierichtungen. Sie sind damit interdisziplinär ausgerichtet und beteiligen mehrere Berufsgruppen. Unimodale Nachsorgeleistungen (RENA) zielen hingegen nur auf ein primäres Behandlungselement ab, so dass lediglich eine therapeutische Berufsgruppe beteiligt ist und ein Problembereich fokussiert wird (vgl. DRV Bund 2019, S. 4). Doch nicht allen Patienten ist es möglich, an solch einer stationären Maßnahme teilzunehmen. Gründe dafür sind unter anderem Zeit- und Motivationsmangel, die Distanz zur Einrichtung oder besondere familiäre und berufliche Lebensumstände wie Schichtarbeit oder pflegebedürftige Angehörige. Web-basierte Angebote bieten daher das Potenzial, Patienten eine Nachsorgemaßnahme trotz besonderer Lebensumstände zu ermöglichen.

5. Fazit und Ausblick

Ein integriertes Versorgungsmodell, das frühzeitig potenzielle oder gar manifeste medizinische Bedarfe erkennt, behandelt und den Versicherten aktiv involviert, ist nicht nur heute, sondern vor allem in Zukunft unerlässlich. Die Herausforderungen, welche sich unsere Gesellschaft stellen muss, bedürfen schleunigst institutionalisierter Lösungen. Die DRV Westfalen trägt mit ihrer Konzeption eines intersektoralen Versorgungsbaukastens erheblich dazu bei, die Erwerbsfähigkeit bis zur Regelaltersgrenze zu sichern. Die Werkzeuge Ü45-Check, Prävention, Rehabilitation und Nachsorge können dabei individuell an die Bedarfe der Versicherten angepasst werden, so dass bspw. einer zunehmenden Multimorbidität oder Migration begegnet werden kann. Denn steigt die (gesundheitsbezogene) Lebensqualität, so nimmt auch der individuelle Nutzen und letztlich auch der volkswirtschaftliche Gesamtnutzen zu.

Das impliziert aber auch die Verantwortung von Arbeitgebern hinsichtlich einer Fürsorgepflicht gegenüber ihren Mitarbeitern: Arbeitgeber sollten aktiv die Gesundheit von Mitarbeitern unterstützen respektive fördern und bei ersten wahrnehmbaren Defiziten durch Betriebsärzte entsprechende Maßnahmen thematisieren und Mitarbeiter in der Nutzung von Angeboten stärken.

Dies kann aber nur in Gänze gelingen, wenn zukünftig in allen Sektoren des Gesundheitswesens Versorgungsbarrieren abgebaut werden und gleichzeitig medizinische Maßnahmen und Leistungen dauerhaft verstetigt werden. Gleichzeitig müssen Patienten langfristig, im besten Fall von der Geburt bis zum Tod, über alle bisherigen Sektoren betreut werden. Dazu gehört jedoch auch ein Appell an die Eigenverantwortung eines Jeden, sowie die Möglichkeit, den Patienten an bestimmten Punkten der Versorgungskette aktiv anzusprechen. Damit dies nicht nur im Kleinen bei dem oben genannten Werkzeugkasten der DRV Westfalen gelingt, sondern im gesamten Gesundheitswesen, sollten Casemanager gesetzlich verankert werden. Ihre Aufgabe würde die eines Kümmerers resp. Lotsen entsprechen, der Patienten persönlich entlang ihrer individuellen Versorgungskette begleitet, bei Bedarf interveniert und nötige Versorgungsleistungen anstößt, berät und vermittelt.

Zudem ist es vor dem Hintergrund der bevorstehenden Herausforderungen zielführend, den Zugang zur Rehabili-

tation zu vereinfachen, also unter anderem die Wartezeit zwischen zwei Rehabilitationen von vier Jahren aufzuheben und die Rehabilitation inhaltlich flexibler und damit individueller zu gestalten. Dies impliziert auch ein deutlich einfacheres Antragsverfahren, die Möglichkeit des Arztes, eine Rehabilitation zu verordnen, ohne wochenlange Prüfungen durch den Leistungsträger und eine forcierte Imagekampagne für die Effektivität der medizinischen Rehabilitation. Nur so kann dauerhaft sichergestellt werden, dass medizinische Leistungen schneller, individueller und frühzeitig beim Patienten ankommen und so der individuelle und volkswirtschaftliche Nutzen steigt.

E-Mail-Kontakt: S.Nussbeck@medizinisches-zentrum.de

Literatur

1. AOK (2023): Krankenhaus-Fallzahlen: Rückgang 2022 noch größer als in den ersten beiden Pandemie-Jahren, [online] <https://www.aok.de/pp/bv/pm/krankenhausfallzahlen-2022/>; [16.11.2023].
2. AWMF (2017): Multimorbidität. S3-Leitlinie. AWMF-Register-Nr. 053-047. DE-GAM-Leitlinie Nr. 20 [online]; https://register.awmf.org/assets/guidelines/053-047_S3_Multimorbiditaet_2018-01.pdf; [14.11.2023].
3. BAMF (2023): Bevölkerung mit Migrationshintergrund in Deutschland, [online] <https://www.bamf.de/DE/Themen/Forschung/Veroeffentlichungen/Migrationsbericht2019/PersonenMigrationshintergrund/personenmigrationshintergrund-node.html>; [15.11.2023].
4. Bpb (2023): Bevölkerung mit Migrationshintergrund, [online] <https://www.bpb.de/kurz-knapp/zahlen-und-fakten/soziale-situation-in-deutschland/61646/bevoelkerung-mit-migrationshintergrund/>; [15.11.2023].
5. David M, Teschemacher LM, Borde T (2021): Wie kann die „Sprachbarriere“ überwunden werden? Aspekte der medizinischen Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund; [online] https://archiv.monitor-versorgungsforschung.de/Abstracts/Kurzfassungen-2021/MVF_0621/PDF0621/MVF_06-21_D_T_B.pdf; [15.11.2023], In: MVF 06/2021 14. Jahrgang 06.12.2021; S. 53-58.
6. Destatis1 (2022): Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 2022 nach Trägern und Bundesländern, [online] <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Vorsorgeeinrichtungen-Rehabilitationseinrichtungen/Tabellen/gd-vorsorge-reha-bl.html>, [13.11.2023].
7. Destatis1 (2023): Pressemitteilung Nr. N033 vom 7. Juni 2023; [online] https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2023/06/PD22_N033_12.html; [15.11.2023].
8. Destatis2 (2023): Pressemitteilung Nr. 511 vom 2. Dezember 2022, [online] https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2022/12/PD22_511_124.html; [15.11.2023].
9. DRV Bund (2009): Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung; [online] file:///C:/Users/nussab/Downloads/rahmenkonzept_medizinische_reha.pdf; S. 10; [17.11.2023].
10. DRV Bund (2019): Rahmenkonzept zur Nachsorge für medizinische Rehabilitation nach § 15 SGB VI; [online] file:///C:/Users/nussab/Downloads/rahmenkonzept_reha_nachsorge.pdf; [17.11.2023].
11. DRV (2023): Verbindliche Entscheidung des Bundesvorstandes der Deutschen Rentenversicherung Bund (4/2023*). In: RVaktuell 2. Online: <https://rvaktuell.de/02-2023/verbindliche-entscheidung-des-bundesvorstandes-der-deutschen-rentenversicherung-bund-4-2023-2/> [abgerufen am 9.8.2023].
12. DRV Westfalen (2023): Ü-45-Online-Check; [online] https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Praevention/ue45_check/ue45-check.html; [16.11.2023].
13. Ellen JT, Williams DM, Walker AJ, et al. (2022): Long COVID burden and risk

- factors in 10 UK longitudinal studies and electronic health records; [online] <https://www.nature.com/articles/s41467-022-30836-0>; [15.11.2023].
14. G-BA (2013): Die Bedeutung von Lebensqualität – für die Arbeit des Gemeinsamen Bundesausschusses, IQWiG-Herbst-Symposium 2013, [online] https://www.iqwig.de/veranstaltungen/hs13_klakow-franck_die_bedeutung_von_lebensqualitaet_fuer_den_g-ba.pdf, [13.11.2023].
 15. Greiner W, Batram M, Witte J (2019): Kinder- und Jugendreport 2019 [online], <https://www.dak.de/dak/download/dak-kinder--und-jugendreport-2019-2168336.pdf>; [14.11.2023].
 16. Holden L, Scuffham PA, Hilton MF, Muspratt A, Ng S-K, Whiteford HA (2011): Patterns of multimorbidity in working Australians; [online] <https://pophealthmetrics.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-7954-9-15>; [14.11.2023].
 17. Kluge U, Hertner L, Schödwel S (2023): „Wenn sowieso das Zeitfenster eng, die Termine rar sind dann sind das natürlich die Leute, die als erstes hinten runterfallen“ Abschlussbericht Migration und Gesundheitsversorgung Baden-Württemberg (MiG BaWü); [online] https://www.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Downloads_Interkulturelle-Oeffnung/Abchlussbericht_MiGBaWue.pdf; [15.11.2023].
 18. Lampert T, Hoebel J, Kuntz B, Müters S, Kroll LE (2017): Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. Gesundheitliche Ungleichheit in verschiedenen Lebensphasen. [online] https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/gesundheitliche_ungleichheit_lebensphasen.pdf?__blob=publicationFile; [14.11.2023].
 19. Legenbauer T (2021): Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters. Komorbidität in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. [online] https://www.springermedizin.de/emedpedia/psychiatrie-und-psychotherapie-des-kindes-und-jugendalters/komorbiditaet-in-der-kinder-und-jugendpsychiatrie-und-psychotherapie?epediaDoi=10.1007%2F978-3-662-49289-5_66; [14.11.2023].
 20. Lehnert T, König H-H (2012): Auswirkungen von Multimorbidität auf die Inanspruchnahme medizinischer Versorgungsleistungen und die Versorgungskosten. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, 2012. 55(5): p. 685–692.
 21. Lenzen-Schulte M (2017): Medizinreport. Multimorbidität: Wenn Krankheiten interagieren, [online] <https://www.aerzteblatt.de/archiv/188825/Multimorbiditaet-Wenn-Krankheiten-interagieren>; [14.11.2023].
 22. Löschau M (2023): Leistungen zur Teilhabe, Deutsche Rentenversicherung Bund, [online] file:///C:/Users/NUSSAB/Downloads/12_leistungen_zur_teilhabe.pdf; [13.11.2023].
 23. MAGS NRW (2023): Deutsche Rentenversicherung: Erwerbsfähigkeit von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern dauerhaft erhalten; [online] <https://www.mags.nrw/landkarte-beratungsstellen-behinderung-und-arbeit-rentenversicherung>; [13.11.2023].
 24. Marengoni A, Angleman S, Melis R, et al. (2011): Aging with multimorbidity: a systematic review of the literature, [online] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21402176/>; [14.11.2023].
 25. Nußbeck S, Schäfer A (2023): Krankenhausreform. Vom Zuschauer zum Akteur. In: f&w, S. 1044-1046, 11/2023).
 26. Otto C, Ravens-Sieberer U (2020): Gesundheitsbezogene Lebensqualität. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. [online] <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i030-2.0>; [14.11.2023].
 27. RKI (2023): Informationsportal des RKI zu Long COVID; [online] https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Long-COVID/Inhalt-gesamt.html; https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/NCOV2019/FAQ_Liste_Gesundheitliche_Langzeitfolgen.html; [15.11.2023].
 28. RKI (2023): Gesundheitsbezogene Lebensqualität, [online] https://www.rki.de/DE/Content/GesundAZ/G/Gesundheitsbezogene_Lebensqualitaet/Gesundheitsbezogene_Lebensqualitaet_node.html, [13.11.2023].
 29. Schumann N, Martin O, Richter M (2018): Die Rehabilitation im allgemeinpädiatrischen Versorgungskontext – eine qualitative Studie zu Stellenwert und Erwartungen aus Arztperspektive; In: 17. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung, Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e. V., 10. - 12.10.2018, Berlin; [online] <https://www.egms.de/static/de/meetings/dkvf2018/18dkvf075.shtml>; [16.11.2023].
 30. van den Bussche H, Koller S, Kolonko T, Hansen H, Wegscheider K, Glaeske G, von Leitner E-C, Schäfer I, Schön G (2011): Which chronic diseases and disease combinations are specific to multimorbidity in the elderly? Results of a claims based cross-sectional study in Germany, [online] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21320345/>; [14.11.2023].
 31. van den Bussche H, Schäfer I, Wiese B, Dahlhaus A (2013): A comparative study demonstrated that prevalence figures on multimorbidity require cautious interpretation when drawn from a single database. Journal of clinical epidemiology, 2013. 66(2): p. 209–217; [online] https://www.researchgate.net/publication/233963416_A_comparative_study_demonstrated_that_prevalence_figures_on_multimorbidity_require_cautious_interpretation_when_drawn_from_a_single_database; [14.11.2023].
 32. Welpel I (2008): Gesundheitsbezogene Lebensqualität: Ein Leben in autonomer Verantwortung, [online] <https://www.aerzteblatt.de/archiv/59225/Gesundheitsbezogene-Lebensqualitaet-Ein-Leben-in-autonomer-Verantwortung>; [13.11.2023].

Thomas Keck



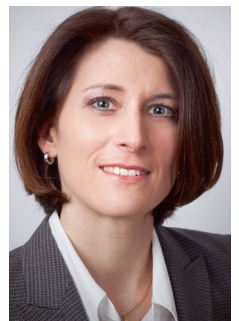
ist seit dem 1. Oktober 2009 Erster Direktor der Deutschen Rentenversicherung Westfalen. Nach seinem juristischen Staatsexamen begann er 1990 seine Tätigkeit bei der BfA in Berlin (heute DRV Bund). Bis zum 30. September 2009 leitete er dort zuletzt die Abteilung Rehabilitation.



Sabine Nußbeck



hat nach ihrer Ausbildung zur Krankenschwester ein Studium der Betriebswirtschaftslehre an der Universität Bielefeld absolviert. Nach ihrem Abschluss zur Diplom-Kauffrau war sie von 2008 bis 2020 als Referentin des Medizinischen Vorstandes der KJF Augsburg e. V. tätig. Nach 2020 war sie u. a. als Referentin des Vorsitzenden der Geschäftsführung der Marienhaus Kliniken GmbH tätig. Seit 2023 arbeitet Frau Nußbeck als Referentin der Geschäftsführung des MZG Bad Lippspringe.



Zwischen Patientenwohl und Finanzinteresse

Integrierte Versorgungsprojekte in der Schweiz und deren Wirkung

VERENA NOLD, DIREKTORIN VON SANTÉSUISSE



3 von 4 Versicherten in der Schweiz sind heute in einem Modell mit eingeschränkter Arztwahl versichert. In diesen Modellen koordiniert ein „Gate Keeper“, häufig ist dies eine Hausärztin oder der Hausarzt, die Behandlungsschritte. Ein HMO-Modell mit Budgetverantwortung des Arztes („Capitation“) haben 16 Prozent aller Versicherten gewählt. Untersuchungen über einen Zeitraum von 10 Jahren zeigen deutlich tiefere Behandlungskosten für die in Modellen mit eingeschränkter Arztwahl versicherten Personen bei mindestens gleicher Behandlungsqualität. Erste Ansätze für voll integrierte Versorgungsangebote stehen vor der Umsetzung.

1. Eingeschränkte Arztwahl als alternatives Versicherungsmodell

Die in der Schweiz tätigen Krankenversicherer führen die obligatorische Krankenversicherung gemäß den Vorgaben des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) vom 18. März 1994 durch. Die Eckwerte des KVG lauten: Alle Personen, die sich länger als drei Monate in der Schweiz aufhalten, müssen obligatorisch bei einem der rund 40 Krankenversicherer grundversichert sein. Die Prämien unterscheiden sich je nach Kanton/Region und nach Krankenversicherer. Die schweizerischen Krankenversicherer zahlen sämtliche Leistungen ihrer Versicherten selbst und direkt an die Leistungserbringer, seien dies ambulante Ärzte oder stationäre Einrichtungen. Die von den Krankenversicherern im Rahmen des KVG zu vergütenden Leistungen sind identisch für jeden Krankenversicherer. Eine Ausdehnung oder Einschränkung des Leistungsumfangs ist nicht zulässig. Zusatzversicherungen sind möglich, die Versicherung gemäß KVG muss aber auf jeden Fall vom Versicherten beibehalten werden.

Im KVG wurde in Abweichung vom Grundsatz der Gleichbehandlung aller Versicherten die gesetzliche Grundlage für so genannte „alternative Versicherungsmodelle“ geschaffen. Artikel 41 Absatz 4 des KVG definiert den Verzicht auf die freie Arztwahl wie folgt: „Die Versicherten können ihr Wahlrecht im Einvernehmen mit dem Versicherer auf Leistungserbringer beschränken, die der Versicherer im Hinblick auf eine kostengünstigere Versorgung auswählt (Art. 62 Abs. 1 und 3). Der Versicherer muss dann nur die Kosten für Leistungen übernehmen, die von diesen Leistungserbringern ausgeführt oder veranlasst werden“.

Das KVG sieht als Standardmodell die freie Arztwahl für die Versicherten vor. In einer Befragung von 2004¹ wurde erhoben, wie hoch der Prämienrabatt sein müsste, damit die Versicherten in ein Modell mit eingeschränkter Arztwahl wechseln. Der Befund: Ein durchschnittlicher Versicherter wäre bereit, bei einer Prämienreduktion von 100 Franken, was zum damaligen Zeitpunkt rund 25 Prozent der Standardprämie ausmachte, auf die freie Arztwahl zu verzichten. Dieser Wert hat sich insofern bestätigt, als die Krankenversicherer ihre Modelle mit eingeschränkter Arztwahl heute mit Rabatten in einer Bandbreite von rund 5 bis 25 Prozent gegenüber der Standardprämie anbieten. Unterschiede in der Rabatthöhe rühren von den erheblichen Abweichungen der Leistungskosten je nach Landesregion und Krankenversicherer her.

Das KVG gibt den Krankenversicherern große Freiheit in der Ausgestaltung der alternativen Versicherungsmodelle. Häufig sind:

- Hausarztmodelle mit und ohne Budgetverantwortung
- Telmed-Modelle mit telefonischer medizinischer Erstberatung
- HMO-Praxen (Health Maintenance Organization) mit Budgetverantwortung
- Listenmodelle mit vom Krankenversicherer zusammengestellten Ärztelisten.

Reine Listenmodelle werden auch als «unechte» alternative Versicherungsmodelle bezeichnet, da der Arzt keine vertragliche Bindung zum Versicherer hat und u. U. gar keine Kenntnis von seiner Listung hat. Die vom Gesetz ebenfalls vorgesehene Bonus-Versicherung mit Rabatt bei Nicht-Inanspruchnahme von Leistungen in einer gegebenen Zeit wird kaum nachgefragt (2022: 0,04 Prozent aller

Versicherten). Die Verteilung auf die verschiedenen Modelle ist in den letzten Jahren stabil geblieben.

Die Versicherten verpflichten sich für eine Vertragsdauer von einem Jahr. Der Wechsel zurück in das Standardmodell oder in ein anderes alternatives Versicherungsmodell ist auf den Jahreswechsel hin möglich.

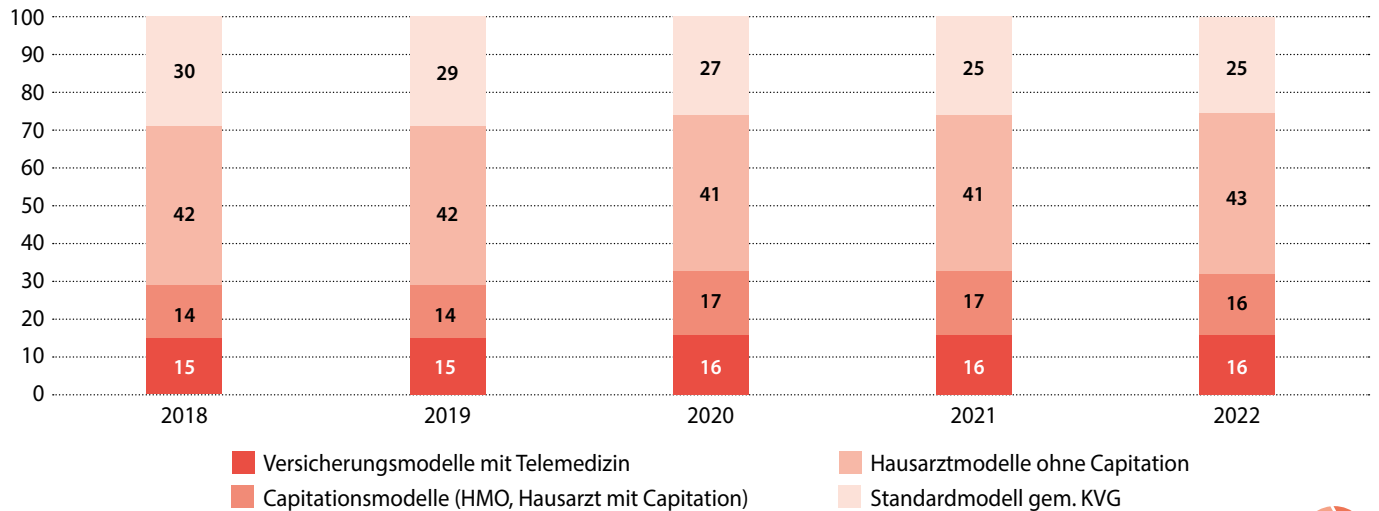
2. Niedrigere Behandlungskosten in alternativen Versicherungsmodellen

Zu den Pflichten der Versicherten gehört, dass bei eingeschränkter Arztwahl im Grundsatz jede ärztliche Behandlung, bzw. Überweisung an einen Spezialarzt oder ein Krankenhaus, durch die vertraglich festgelegte Stelle, z. B. die Hausärztin oder der Hausarzt, koordiniert und veranlasst werden muss. Ausgenommen sind frauenärztliche Untersuchungen, Untersuchungen beim Augenarzt und Notfälle. Wenn sich eine versicherte Person ohne Überweisung oder Einverständnis Ihrer Hausärztin, bzw. Ihres Hausarztes bei anderen Ärzten oder Therapeuten behandeln lässt, riskiert sie den Verlust des Prämienrabatts oder dass die Arztrechnung vom Krankenversicherer nicht bezahlt wird.

Verschiedene Studien² haben nachgewiesen, dass in den alternativen Versicherungsmodellen gegenüber dem Standardmodell Kosteneinsparungen von 15 bis 35 Prozent realisiert werden. Diese Werte sind jedoch als Bruttowerte zu lesen, weil der Selektionseffekt – eher Gesundere entscheiden sich für ein alternatives Versicherungsmodell – eine Rolle spielt. Ein Teil der Kosteneinsparungen würde sonst zu Unrecht dem Modell zugeschrieben. Die effektiven Einsparungen liegen nach Herausrechnen des Selektions-

Gewählte Modelle mit eingeschränkter Arztwahl

(in % der Versicherten)



Quelle: SASIS-Datenpool, Jahresdaten nach Abrechnungsdatum, Datenabzug 21.06.2023



Abbildung 1: Obwohl alternative Versicherungsmodelle beliebt sind, hat die freie Arztwahl weiter einen hohen Stellenwert.

effekts dennoch bei 4 bis 20 Prozent. Gleichzeitig wurde aber auch festgestellt, dass keine schlechtere Versorgungs-, bzw. Behandlungsqualität resultierte.

Ein Vergleich³ des Standardmodells mit den alternativen Modellen über einen Beobachtungszeitraum von 10 Jahren zeigte folgendes:

- Die Kosteneinsparungen blieben über den ganze Zeitraum erhalten.
- Die Sterblichkeit lag im alternativen Versicherungsmodell tiefer.
- Kosteneinsparungen im alternativen Versicherungsmodell resultieren aus weniger Konsultationen und weniger Spitaltagen – obwohl die Wahrscheinlichkeit bei diesen Versicherten für einen mindestens einmaligen Arztbesuch gleich oder höher ist als im Standardmodell.
- Versicherte, die aus einem HMO-Modell zurück in ein anderes Modell wechseln, wiesen in den zwei Jahren nach Austritt keine höheren Kosten aus.

Obwohl die alternativen Versicherungsmodelle bei den Versicherten beliebt sind, behält die freie Wahl des Versicherungsmodells, beziehungsweise der grundsätzliche Erhalt der freien Arztwahl, einen hohen Stellenwert. Dies zeigte sich anlässlich der Volksabstimmung am 17. Juni

2012 über eine Gesetzesänderung auf, die als neues Standardmodell in der obligatorischen Krankenversicherung die eingeschränkte Arztwahl vorsah. Die so genannte «Managed Care»-Vorlage wurde mit 76 Prozent Nein-Stimmen wuchtig abgelehnt. Der vom Parlament angestrebte Wechsel vom Standardmodell der freien Arztwahl für alle Versicherten zu einem neuen Standardmodell, das die integrierte Versorgung ins Zentrum stellt, war damit gescheitert. Das Volks-Nein bedeutete aber keineswegs das Ende für die alternativen Versicherungsmodelle, vielmehr ist es weiterhin möglich, sie im Rahmen des KVG freiwillig anzubieten und weiterzuentwickeln.

3. Die Entwicklung der integrierten Versorgung in der Schweiz

Im föderalistischen und stark von den Kantonen geprägten Gesundheitswesen entwickelten sich ab den frühen 90er-Jahren des letzten Jahrhunderts erste regional tätige Ärztenetzwerke. Pionierarbeit ging vom Réseau Delta aus, das im Großraum Genf tätig ist. Weitere größere Netze entstanden 1998 in der Deutschschweiz mit dem Hausarztnetz Medix in Zürich und dem im Mittelland tätigen Hausärztenetzwerk Argomed. Der Argomed Ärzte

AG⁴ sind mittlerweile 19 Ärztenetze aus den Kantonen Aargau, Bern, Luzern, Solothurn, Zug und Zürich abgeschlossen, die 750 Hausärztinnen und Hausärzte umfassen.

Die Einbindung in ein Netzwerk ist für die Ärztinnen und Ärzte freiwillig. Sofern sie über eine Berufsausübungs- und Praxisbewilligung des Kantons verfügen, haben sie das Recht, mit jedem Krankenversicherer abzurechnen (Kontrahierungszwang). Trotzdem schließen sich viele in der Grundversorgung tätige Ärzte zusätzlich einem Netzwerk an. Der Vertrag eines Ärztenetzes mit einem Versicherer enthält Rechte und Pflichten. Der Versicherer sichert dabei die Vergütung verschiedener definierter Basis- und Zusatzleistungen zu. Der Vertrag zwischen dem Ärztenetz und dem Versicherer enthält typischerweise folgende Grundelemente:

- Vorgaben zur Steuerung des Patienten (Überweisungsmanagement und Leistungskontrolle),
- Verpflichtung zur regelmäßigen Teilnahme an Qualitätszirkeln,
- Eine Entschädigung an den Arzt oder das Netzwerk für die Koordinationsaufgabe.

Zusatzelemente – mit entsprechender Vergütung – können sein:

- Förderung von elektronischen Krankengeschichten,
- Einsatz von Generika,
- Betreuungsprogramme für chronisch kranke Patienten,
- Qualitätszertifizierungen (z. B. EQUAM).

Qualitätszertifikate werden von den Ärztenetzen aktiv unterstützt. ArgoMed beispielsweise hat das eigene Qualitätslabel MFA («MehrFachArzt») geschaffen. Ziel ist es, eine strukturierte und effiziente Praxisorganisation der angeschlossenen Arztpraxen sicherzustellen. Verschiedene Krankenversicherer unterstützen in ihren Verträgen entsprechende Zertifikate mit zusätzlichen finanziellen Beiträgen.

4. Anreize für die Leistungserbringer

Die im vertraglichen Rahmen des Netzwerkes erbrachten medizinischen Leistungen am Patienten werden vom Krankenversicherer gemäß den gültigen ambulanten und stationären Tarifen innerhalb des KVG vergütet. Das Netzwerk seinerseits unterstützt die Ärzte im medizinischen Bereich mit Leitlinien, Medikationsempfehlungen, usw. Darüber

hinaus übernimmt das Netzwerk Administrativ- und Marketingaufgaben (Markenauftritt) für die Ärzte. Dieser Aspekt ist nicht zu unterschätzen. Ein starkes und bekanntes Netzwerk erhöht das Gewicht der Grundversorger in der politischen Meinungsbildung.

5. Anreize für die Krankenversicherer

Der Kontrahierungszwang in der Schweiz zwingt die Krankenversicherer, mit jedem Leistungserbringer abzurechnen, der die Zulassungsvoraussetzungen erfüllt. Im Unterschied dazu gilt für die Zusammenarbeit der Krankenversicherer mit Ärztenetzen die Vertragsfreiheit. In der schweizerischen Krankenversichererlandschaft entscheidet sich deshalb auch nicht jeder Krankenversicherer dazu, sich mit Ärztenetzen vertraglich zu verbinden. Ein solches Beispiel ist die Krankenkasse Einsiedeln. Mit ihren rund 5500 Versicherten ist sie in einem kleinen, regional beschränkten Einzugsgebiet tätig und bietet ausschließlich die Grundversicherung mit freier Arztwahl an.

Dieses Abseitsstehen eines Krankenversicherers ist allerdings mittlerweile die große Ausnahme. Als Vorteile von Netzwerken sehen die Krankenversicherer folgende Punkte:

- Die einem starken Wettbewerb mit 40 Anbietern ausgesetzten Krankenversicherer können in der ansonsten hoch regulierten Grundversicherung die unternehmerische Freiheit nutzen und ihren Vorstellungen entsprechende Angebote konzipieren.
- Die Vertragsfreiheit schafft Spielräume, um in den Verträgen mit den Ärztenetzen Anreize für eine effiziente kostengünstige und qualitativ hochstehende Leistungserbringung vorzusehen.
- Der Vertrag mit dem Netzwerk regelt gegenseitige Rechte und Pflichten.
- Die vertraglich geregelte Zusammenarbeit ermöglicht preislich attraktive und innovative Angebote an die Versicherten.

Sowohl das Krankenversicherungs- als auch das Unfallversicherungsgesetz verbieten die Verwendung von Personendaten für das sogenannte «Profiling»⁵. Damit dürfen zum Beispiel vom Krankenversicherer keine Hinweise an Leistungserbringer zur Behandlungsoptimierung im Rahmen eines Versorgungsnetzwerkes, beziehungsweise Case Management gegeben werden. Für die Krankenversicherer bedeuten diese Einschränkungen, dass sie in Ärztenetzen selber keine aktive Rolle einnehmen können.

6. Modelle mit Budgetverantwortung (Capitation-Modelle)

Alternative Versicherungsmodelle, die für die Ärzte eine finanzielle Mitverantwortung vorsehen, sind hauptsächlich in HMO-Praxen zu finden. Die HMO-Gruppenpraxen konzentrieren sich in aller Regel auf große Städte und Agglomerationen. Im Rahmen eines Ärzte-Netzwerks mit Budgetverantwortung erbrachte Leistungen werden mit dem Krankenversicherer nach den üblichen Tarifen abgerechnet, beispielsweise gemäß dem Tarifwerk TARMED für ambulante Arztleistungen. Einzelne Ärzte werden nicht explizit und zusätzlich für ihre Tätigkeiten vergütet. Sie sind i. d. R. Angestellte der Organisation.

Dass das Capitation-Modell bislang keine größere Verbreitung gefunden hat, ist im höheren finanziellen Risiko zu suchen, dem sich der Leistungserbringer aussetzt.

Im ambulanten Arzttarif TARMED werden die Behandlungskosten dem Leistungserbringer direkt erstattet. Das finanzielle Risiko ist damit sehr gering. Das Capitation-Modell mit Budgetverantwortung liegt dagegen am anderen Ende des Spektrums. Der Leistungserbringer muss damit rechnen, dass nicht in jedem Fall die Behandlungskosten gedeckt sind. Auch wenn aus der praktischen Erfahrung die Bonus/Malus-Modelle gut funktionierten, erwies sich die ausschließliche Fokussierung auf die Budgetmitverant-

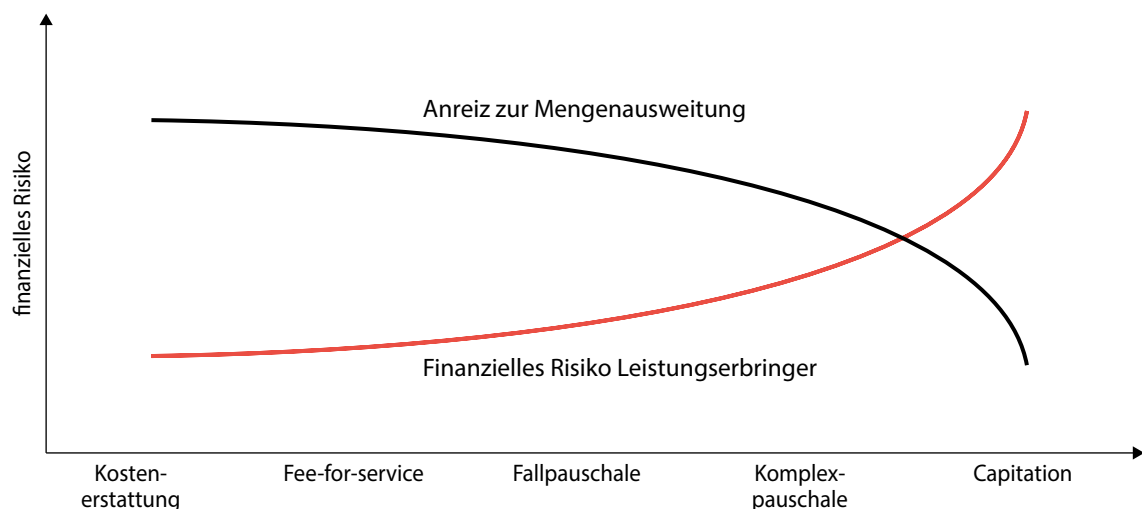
wortung als Hindernis. Inzwischen wurde in den Verträgen zwischen den Krankenversicherern und HMO-Praxen die ausschließliche Budgetverantwortung mit Bonus/Malus-Elementen weitgehend abgeschafft.

Neu sind zur Budgetverantwortung zusätzliche Vergütungen hinzugekommen. Diese Erweiterungen relativieren das Gewicht des Budgets erheblich, das nun nur noch eine von mehreren Dimensionen für die Bemessung der Vergütung darstellt.

Mit dem neuen Ansatz werden zusätzliche Kennzahlen (Dimensionen) verhandelt und vergütet. Das Anreizsystem für die HMO-Praxis sieht in einem generischen Beispiel eine Grundvergütung und eine flexible Vergütung vor. Die Grundvergütung beträgt beispielsweise 1.50 Franken pro Versicherten pro Monat. Betreut das Ärztenetzwerk 2000 Versicherte einer bestimmten Kasse, ergibt sich ein Grundbetrag von 36.000 Franken (2000 Versicherte x 12 Monate x 1.50 = CHF 36.000). Die flexible Vergütung ist abhängig von der Erfüllung von Kriterien, die in mehrere Dimensionen gegliedert sind. Pro Dimension werden zum Beispiel maximal 0.50 Franken vergütet. Bei sechs Dimensionen zu 0.50 Franken ergibt sich bei voller Erfüllung ein flexibler Betrag von 72.000 Franken (2000 Versicherte x 12 x 3.00 = CHF 72.000).

Mögliche Dimensionen für die flexible Vergütung können sein:

Gegenüberstellung verschiedener Vergütungsmodelle; santésuisse



Quelle: eigene Darstellung



Abbildung 2: Ein Grund für die bisher geringe Verbreitung des Capitation-Modells liegt im höheren finanziellen Risiko der Leistungserbringer.

- Eine vereinbarte Generikaquote
- Verträge zur integrierten Versorgung
- Elektronisches Krankendossier
- Zertifizierungen (z. B. EQUAM-Stiftung zur Qualitätsförderung in der ambulanten Medizin)
- Leitlinien
- Capitation (Budget).

Selektive Zusatzvergütungen sind möglich für weitere vertraglich vereinbarte Dimensionen. Beispielsweise kann für die Behandlungsbegleitung bei chronischen Erkrankungen (Chronic Care Management) wie COPD, Diabetes, Herzkrankheiten oder Rheuma, eine Vergütung bis 4.00 Franken vereinbart werden, unabhängig davon, ob ein Versicherter am Programm teilnimmt oder nicht.

Eine Ausweitung des Capitation-Modells auf die stationären Krankenhausbehandlungen unterblieb bisher. Der Hausarzt oder die Hausärztin steht im Hausarztmodell in der Rolle des „Gate Keepers“ mit Diagnosestellung, Bestimmung der Therapie, Koordination der Behandlungsschritte, Festlegung der Medikation und der Nachsorge. Demgegenüber beschränkt sich die Rolle des Krankenhauses in der Regel auf die Behandlung des zugewiesenen Patienten.

7. Integrierte Versorgung über die ganze Behandlungskette: ein zukunftsweisendes Projekt entsteht

Wenn von integrierter Versorgung die Rede ist, werden bestimmte Elemente als gegeben vorausgesetzt. Integrierte Versorgung bedeutet⁶

- koordinierte oder vernetzte Versorgung;
- die strukturierte und verbindliche Zusammenarbeit verschiedener Leistungserbringer und Professionen über den ganzen Behandlungspfad;
- den Einbezug der Patientinnen und Patienten in die Behandlungsentscheide;
- eine Bezugsperson („Gate Keeper“) koordiniert die Behandlung und ist erste Ansprechpartnerin;
- standardisierte Protokolle und Behandlungspfade sollen eine strukturierte Entscheidungsfindung ermöglichen;
- die Krankheitsgeschichte wird in einem elektronischen Patientendossier dokumentiert. Zugriff auf die Daten haben die Patientin und der Patient sowie alle relevanten Fachpersonen.

Die integrierte Versorgung ist ein umfassendes und patien-

tenzentriertes Konzept. Das dargestellte Idealbild ist in der Praxis so nicht anzutreffen. Eine Lücke stellt zum Beispiel das zwar vorhandene, aber derzeit nicht praxistaugliche elektronische Patientendossier dar.

Wiederholt wurden denn auch Stimmen laut, dass es in der Schweiz an neuen Ansätzen zur Umsetzung einer echten integrierten Versorgung mangle. Diese fehlende Dynamik ließ sich aber auch durch die unterschiedlichen Kostenträger und Finanzierungssysteme für ambulante und stationäre Leistungen sowie die Langzeitpflege begründen.

Im Jahr 2023 schließlich wurde ein für die Schweiz völlig neuartiges Projekt vorgestellt. Ab dem 1. Januar 2024 soll die erste vollständig integrierte Versorgungsorganisation der Schweiz ihren Betrieb aufnehmen. Vorbild ist Kaiser Permanente in den USA. Das von den Partnern Visana Krankenversicherung, Swiss Medical Network als Spitalbetreiber und Kanton Bern entwickelte integrierte Versorgungssystem bietet Bewohnerinnen und Bewohnern im Jurabogen alle medizinischen Leistungen (Prävention, Grundversorgung, Spitalleistungen und Alterspflege) aus einer Hand mit einem entsprechenden Krankenversicherungsprodukt an. Die Finanzierung erfolgt über eine Kopfpauschale pro versicherte Person («Full Capitation»). Die Initianten erwarten eine bessere Versorgungsqualität für die Patientinnen und Patienten und gleichzeitig einen Beitrag zur Kostensenkung. Finanzielle Anreize zur Erbringung unnötiger Leistungen sollen wegfallen und alle Beteiligten würden motiviert, den Informationsfluss zugunsten einer effizienteren und nachhaltigeren personalisierten Versorgung sicherzustellen.

Das zugehörige, unter dem Namen „Viva“ angebotene Versicherungsprodukt deckt den Jurabogen nördlich des Bieler- und Neuenburgersees ab. Das Angebot besteht aus mehreren ambulanten medizinischen Zentren, drei Spitälern, den Rettungsdiensten und Apotheken, zwei Altersheimen sowie zwei Radiologie-Instituten. Enthalten sind auch Präventionsprogramme wie Vorsorgeuntersuchungen, Impfungen und Herz-Kreislauffests, die ohne Kostenbeteiligung der versicherten Person genutzt werden können. Die Koordination wird vom Hausarzt oder einer medizinisch geschulten Fachperson wahrgenommen. Es wird sich erst nach einiger Zeit erweisen, wie die Akzeptanz bei den Versicherten für dieses in der Schweiz erstmalige Angebot sein wird.

8 Ausblick

In der Schweiz sind alternativen Versicherungsmodelle mit eingeschränkter Arztwahl breit akzeptiert. Der kostendämpfende Effekt ist empirisch nachgewiesen. Die «Gate Keeper»-Rolle der Hausärzte ist etabliert und stärkt die Grundversorger. Demgegenüber sind die alternativen Versicherungsmodelle mit Budgetverantwortung (Capitation) wenig verbreitet. Capitation-Modelle beschränken sich vorerst auf den «Gate Keeper» und nicht über die ganze Behandlungskette. Modelle mit engem Fokus auf die Budgetverantwortung des Leistungserbringers wurden mittlerweile abgelöst von mehrdimensionalen Vergütungsmodellen, die beispielsweise den Fokus auf das Chronic Care Management legen.

Capitation-Modelle können in der ambulanten Versorgung einen Beitrag zur Kostendämpfung leisten. Allerdings ist die Umsetzung herausfordernd, da die Akzeptanz und die Bereitschaft, finanzielles Risiko zu übernehmen, begrenzt sind. Auch erweist sich die Übertragung auf den stationären Bereich als schwierig und mit einem geringen Mehrwert gegenüber den Fallpauschalen. Eine koordinierte Versorgung über die ganze Behandlungskette mit Budgetverantwortung ist derzeit – außer in einem einzelnen Projekt im Jurabogen – in der Schweiz noch nicht realisiert. Immerhin sind unter dem Eindruck des anhaltenden Kostenanstiegs die Aussichten für die Stärkung der integrierten Versorgung besser geworden. So sollen als Teil eines im Parlament in der Beratung stehenden Maßnahmenpakets zur Kostendämpfung die Krankenversicherer die Versicherten gestützt auf ihre Daten über mögliche Einsparungen oder passendere Versicherungsmodelle informieren dürfen. Außerdem sollen die Krankenversicherer Mehrjahresverträge abschließen und Rabatte anders berechnen dürfen.

Kontaktadresse: verena.nold@santesuisse.ch

Fußnoten

- 1 Telsler, H., S. Vaterlaus, P. Zweifel und P. Eugster (2004). Was leistet unser Gesundheitswesen?, Verlag Rüegger, Zürich.
- 2 CSS Institut für Empirische Gesundheitsökonomie, <https://www.css.ch/de/institut/forschung/managed-care.html>, abgerufen am 12.10.2023.
- 3 Long-term Effects of Managed Care, Lukas Kauer, Health Economics, Volume26, Issue10, October 2017, 1210-1223.
- 4 https://www.argomed.ch/Ueber_uns/Aerztenetze/, abgerufen am 21.11.2023
- 5 Art. 84 KVG und Art. 96 UVG
- 6 Djalali S., Rosemann Th. (2015), Obsan-Dossier 45, Neue Versorgungsmodelle für chronisch Kranke: 13-18.

VERENA NOLD



Jahrgang: 1962, mag. oec. HSG, seit 2013 Direktorin von santésuisse, dem Branchenverband der Schweizer Krankenversicherer. Vorher als Direktorin von tarifsuisse ag (einer Tochtergesellschaft von santésuisse) verantwortlich für die Tarifverhandlungen mit den Leistungserbringern in der ganzen Schweiz. Von 2004 bis 2010 bei santésuisse, zuletzt als stellvertretende Direktorin mit Hauptaufgabengebiet Tarifverhandlungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Von 1990 bis 1997 bei Helsana Versicherungen AG / Helvetia Krankenversicherung u. a. als Direktionsmitglied im Bereich Marketing und Produkteentwicklung.



Zwischen Patientenwohl und Finanzinteresse

Mehr Pragmatismus wagen!

VON GABY ULRICH

Auf dem 29. Frankfurter Forum in Fulda tauschten sich die Teilnehmenden über den Zusammenhang von Patientenwohl und Versorgungskonzepten in Deutschland und der Schweiz aus. Vorträge und Diskussionen am 27. und 28. Oktober 2023 fokussierten auf die Themen Förderung der Gesundheitskompetenz und Prävention, Entwicklung innovativer Versorgungsformen in Gesundheitsregionen, Kompetenzverteilung zwischen Bund und Ländern und Ansatzpunkte zur Überwindung der Sektorengrenzen.

Das Modell der ambulant spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) wurde im Jahr 2012 durch die Neuregelung in Paragraph 116b SGB V eingeführt. Die ASV ist ein spezifisches Versorgungsangebot für Patienten mit bestimmten seltenen oder komplexen Krankheiten, in dem Krankenhausärzte und niedergelassene Ärzte sektorenübergreifend in interdisziplinären Teams zusammenarbeiten, um gemeinsam und koordiniert die Behandlung der Patienten zu übernehmen. Trotz des richtigen Ansatzes zur Verzahnung von stationärer und ambulanter Medizin bremsen derzeit unter anderem die hohen bürokratischen Hürden die Umsetzung im Versorgungsalltag: Die Zahl der Teams (z. B. in der Onkologie oder Rheumatologie) stagniert bei etwa 500 (2022) mit einem geschätzten Leistungsvolumen von 403 Millionen Euro.

Der organisatorische Aufwand zur detaillierten namentlichen Zusammenstellung eines ASV-Teams sei zu komplex und das Anzeigeverfahren für ein ASV-Team beim erweiterten Landesausschuss zu langwierig. Da seit der Einführung immer noch über den als Übergangslösung vorgesehenen einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) vergütet wird, fehle nach wie vor eine geeignete Vergütungssystematik für die Abrechnung mit den Kassenärztlichen Vereinigungen.

Die Grundlagen wurden mit der Verordnung über eine spezielle sektorengleiche Vergütung (Hybrid-DRG-Verordnung) gelegt (Inkrafttreten zum 1. Januar 2024). Mit dem in der Verordnung enthaltenen Startkatalog (bestimmte Hernieneingriffe, die Entfernung von Harnleitersteinen, Ovariektomien, Arthrodesen der Zehengelenke sowie Behandlungen einer Steißbeinfistel) soll mit der Umsetzung der Hybrid-DRG begonnen werden, deren Eignung als ASV-Vergütung aber kontrovers diskutiert wurde: es wurde argumentiert, dass die Übertragung dieser Abrechnungstechnik in den ambulanten Bereich nicht systematisch sei, möglich wäre jedoch umgekehrt die sektorübergreifende Einführung von Hybrid-EBM.

Grundlegende Mängel im Geschäftsmodell der ASV

Die Frage, ob die in der Krankenhausstrukturreform vorgeschlagenen Level 1i-Krankenhäuser über medizinisch-pflegerische Basis-Versorgungsleistungen hinaus eine ASV unterstützen bzw. sogar ersetzen könnten, wurde unter den Teilnehmenden sehr kontrovers diskutiert. Hervorgehoben wurde, dass ein fachärztliches Belegarztsystem sektorenübergreifend auch mit Blick auf Level 1i-Häuser sehr gut funktionieren könne und es im niedergelassenen onkologischen Bereich geeignete Vernetzungssysteme gebe. Zudem zeigen die Ergebnisse der GOAL-ASV-Evaluation (Januar 2020 bis Februar 2022) einen positiven Effekt der ASV gegenüber der Regelversorgung nur im Bereich der koordinativen Leistungen bei komplexen Erkrankungen.

Auch wenn der Gemeinsame Bundesausschuss im Oktober 2023 deshalb Anpassungen ankündigte, müsse das Geschäftsmodell ASV nicht unbedingt fortgesetzt werden, da die grundlegenden Mängel (fehlende Finanzierungsstruk-

turen und überladene Bürokratie) bestehen bleiben und in- zwischen bessere Alternativen vorliegen. Für eine Verbesserung der Versorgung erscheint es zielführender, die Sektoren- grenze zwischen ambulant und stationär abzubauen (z. B. im Bereich der Diagnostik) als einen zusätzlichen dritten Ver- sorgungssektor mit neuen Schnittstellenproblemen und of- fensichtlichen Redundanzen einzuführen.

Als ein in der Praxis funktionierendes Konzept wurde das Centrum für Integrierte Onkologie (CIO) in Nord- rhein-Westfalen mit den Standorten Aachen, Bonn, Köln und Düsseldorf zur ambulanten Versorgung von Krebspa- tienten vorgestellt, das seit 2018 etwa 11 Millionen Men- schen erreicht. Unterstützung erfährt dieses Onkologie-Mo- dell durch das vom Bundesministerium für Bildung und For- schung (BMBF) initiierte Aktionsbündnis Nationale Dekade gegen Krebs (2019-2029), über das Patienten schnell und flächendeckend mit onkologischer Spitzenmedizin versorgt werden sollen. Tumorboards finden mit Klinikern, nieder- gelassenen Ärzten und den Patienten statt; die Therapie wird durch Ernährung, Psychoonkologie, onkologische Trai- ningstherapie, Selbsthilfegruppen, gemeinsame aktive Frei- zeitgestaltung bis hin zu Palliativmedizin ergänzt.

Die Diskussion lenkte den Fokus auch auf Präventions- maßnahmen, nicht zuletzt über eine Erhöhung der Gesund- heitskompetenz durch eine bessere Wissensvermittlung über Ernährung, Bewegung und Gesundheit für Kinder und Jugendliche in der Schule. Angedacht wurde auch die Mög- lichkeit, Patienten aus Risikogruppen gezielt für Präventi- onsprogramme, Therapiemaßnahmen oder zur Teilnahme an einer klinischen Studie anzusprechen.

Mit Blick auf die klinische Forschung hat Deutschland seinen Spitzenplatz verloren (Bezugsjahr 2022): Es fehlt an

Spitzenforschung über alle klinischen Phasen bis zur be- gleitenden Beobachtung und Therapieoptimierung und an erforderlicher Managementkompetenz, um große Studien zu organisieren. Deutschland spielt mit durchschnittlich 2,9 universitären Studien pro einer Million Einwohner (Schweiz 13, Dänemark 30) eine untergeordnete Rolle; nur Großbri- tannien hat einen niedrigeren Wert. Bei aus der Industrie initiierten Studien ist die Bedeutung mit 6,5 sogar noch ge- ringer, Großbritannien erreicht hier den Wert 8,7, die Schweiz 13,5. Die Werte für China sind überraschend nied- rig, dies hängt aber an der Größe der chinesischen Bevöl- kerung (1,5 bzw. 1,9). Dennoch macht China große Fort- schritte und ist prägend in der klinischen Forschung für neue Wirkstoffe und auch für entsprechende Behandlungs- settings.

Standort Deutschland verliert an Attraktivität

Politische Entscheidungsträger in Deutschland reagierten auf diesen Befund und im Februar 2023 wurde das Natio- nale Centrum für Tumorerkrankungen (NTC) mit einem Fördervolumen von 14 Millionen Euro in Kooperation von BMBF und sechs universitären Standorten aus fünf Bun- desländern (Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Nord- rhein-Westfalen und Sachsen) gebildet, um Forschungstä- tigkeiten und Managementkapazitäten zu finanzieren und die Translationslücke zur Patientenversorgung zu schließen.

Die Diskussion griff den Aspekt auf, dass in Deutsch- land nicht-rohstoffabhängige Forschung für die Bereiche Life Sciences und Pharmakologie von zentraler Bedeutung ist und keinesfalls nur als Kostenfaktor gesehen werden sollte. Da der Standort Deutschland für die biotechnologi- sche Forschung an Attraktivität verliert, müsste die daten-

getriebene Gesundheitsforschung, die durchaus eine breite Akzeptanz in der Bevölkerung findet, stärker in den Mittelpunkt rücken. Im Rahmen seiner Digitalisierungsstrategie baut das BMG das Forschungsdatenzentrum Gesundheit im Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte auf, das mit dem vom Bundestag am 14. Dezember 2023 verabschiedeten Gesundheitsdatennutzungsgesetz die Möglichkeit der Nutzung von strukturellen Gesundheitsdaten zu gemeinwohlorientierten Zwecken ermöglichen soll. Unter den Teilnehmenden wurde begrüßt, dass für die elektronische Patientenakte (ePA) im ebenfalls vom Bundestag am 14. Dezember verabschiedeten Digital-Gesetz das Opt-out-Verfahren gilt und damit verhindert werden soll, dass die Patientendaten durch ein passives Verhalten eventuell nicht zur Verfügung stehen.

Das Hessische Ministerium für Soziales und Integration (HMSI) verfolgte im Jahr 2010 mit dem hessischen Onkologiekonzept zwei Ziele: über eine strukturverändernde Krankenhausplanung sollten Bettenkapazitäten abgebaut und über die Bildung von Netzwerken die Qualität der Krebsbehandlungen verbessert werden. In den sechs Versorgungsgebieten des hessischen Krankenhausplans arbeiten jeweils ein koordinierendes Krankenhaus als Kompetenzzentrum (finanziell unterstützt durch einen Zentrumszuschlag) über Tumorboards mit den regional kooperierenden Häusern zusammen. In einem weiteren Schritt werden im Netzwerk für eine wohnortnahe Folgebehandlung die niedergelassenen Fachärzte und weitere Gesundheitseinrichtungen eingebunden.

18 von 39 kooperierenden Häuser nicht zertifiziert

Aktuell werden die klinischen und epidemiologischen Strukturdaten des im Jahr 2014 in Hessen eingeführten landesweiten Krebsregisters zur Evaluation und Weiterentwicklung des Konzepts genutzt, um qualitätsorientierte Diagnostik und Therapie stärker in den ambulanten Sektor zu verlagern. Allerdings gibt es auch in Hessen immer noch nicht zertifizierte kooperierende Häuser (18 von 39 Häusern), in denen onkologische Patienten behandelt werden. Kritisch kommentiert wurde, dass die Ergebnisse der Evaluation nicht als Steuerungsinstrument für das Gesundheitsministerium oder die Krankenkassen genutzt werden können und keine Konsequenzen bei nicht leitliniengerechter Behandlung folgen. Diskutiert wurde auch, Evaluationsdaten des hessischen Konzepts mit Daten aus anderen Bundesländern ohne entsprechendes Onkologiekonzept zu ver-

gleichen. Zu beachten ist dabei, dass die hessische Landesgrenze zwar eine Verwaltungsgrenze, aber keine Versorgungsgrenze ist, da Patienten sich unabhängig von ihrem Wohnsitz behandeln lassen können.

Konsens herrschte in der Diskussion darüber, dass die föderale Struktur in Deutschland sowohl positive als auch negative Effekte mit Blick auf Versorgungskonzepte besitzt: Auf der einen Seite kommt es bei nationaler Betrachtung zu Zeitverzögerungen durch die hohen bürokratischen Hürden durch sechzehn Landesansprechpartner plus Bundesebene. Auf der anderen Seite können die Bundesländer pragmatisch und patientenorientiert gut funktionierende Versorgungskonzepte schnell nach regionalen Bedürfnissen gestalten. Nachteilig bei reiner Länderbetrachtung ist oftmals eine nicht ausreichende Datenmenge für Studien und Evaluationen und das Fehlen eines bundesweiten Benchmarks. Dennoch können große Bundesländer, auch im Vergleich zu Nachbarländern wie Dänemark oder die Niederlande, Pilotprojekte starten und als Versuchslabor für bundesweite Konzepte dienen.

Demografische Verschiebungen einer doppelt alternenden Gesellschaft, neue Krankheitsbilder wie Long-Covid oder eine zunehmende Zahl von Versicherten mit Migrationshintergrund stellen auch die Deutsche Rentenversicherung (DRV) vor wachsende Herausforderungen. Pro Jahr stehen etwa acht Milliarden Euro für beantragte Reha-Leistungen in mehr als 1.000 stationären Rehaeinrichtungen zur Verfügung, damit die Versicherten bis zum regulären Renteneintrittsalter beruflich tätig sein und Frühverrentungen vermieden werden können. Von diesem Budget werden 80 Prozent ausgeschöpft und 75 Prozent der Patienten können nach einer RehaMaßnahme wieder ins Berufsleben integriert werden. In einem Pilotprojekt hat die DRV Westfalen mit dem Ü45-Gesundheits-Check „frühzeitig, individuell und eigenverantwortlich“ Präventionsangebote für über 45 Jahre alte Versicherte konzipiert. Nicht allgemein bekannt war, dass seit Inkrafttreten des Flexirentengesetzes im Jahr 2017 die DRV ihre Ü45-Versicherten sozialmedizinisch und berufsbezogen für Präventionsmaßnahmen kontaktieren darf, im Unterschied zu den gesetzlichen Krankenkassen.

Aktuelle Evaluationen betonen die Vorteile von individuellen und zeitlich flexiblen Therapien gegenüber der klassischen stationären Rehabilitation, die auch ambulant und wohnortnah in vom Reha-Träger zertifizierten Sportstudios erfolgen könnten. Berufsbegleitende Präventionsmaßnah-

men bergen allerdings Konfliktpotenzial bezüglich der Arbeits- und Freistellungszeiten mit den Arbeitgebern, weshalb die Träger der DRV mit den Arbeitsmedizinern und dem betrieblichen Gesundheitsmanagement kooperieren.

Die Auswertung der Daten von Rehamaßnahmen bleibt auf die DRV beschränkt und ist weder datentechnisch noch finanziell mit Krankenversicherung, Unfallversicherung oder Pflegeversicherung verknüpft. Auch gibt es bisher kein Fallmanagement für komplexe Refahfälle, bei denen Patienten bis zur Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit über einen längeren Zeitraum begleitet werden müssen. Der trägerübergreifenden Zusammenarbeit sind nach wie vor enge Grenzen gesetzt. Bei der Behandlung der Lungenkrankheit COPD kam eine Kooperation von DRV und Krankenkassen nicht zustande, weil die gesetzlichen Krankenkassen untereinander in Konkurrenz stehen. Ein Beispiel für nicht komplementäre Ziele der Sozialversicherungsträger zeigt sich am Ende der Erwerbsphase. Paragraph 31 SGB XI sieht den Vorrang einer Rehamaßnahme vor einer Einstufung in die Pflegestufen 1 oder 2 vor, wofür der Austausch von Gesundheitsdaten zwischen DRV und Krankenkassen erforderlich wäre, was wegen der finanziellen Zuordnung zu den Sozialversicherungsträgern nicht reibungslos funktioniert.

Beim Casemanagement fehlt die Verstetigung

Einen Schritt in Richtung der Überwindung der Grenzen der einzelnen Sozialgesetzbücher geht das Bundesprogramm „Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben – rehapro“, das über 100 Modellprojekte mit einer Laufzeit von bis zu fünf Jahren mit einer Milliarde Euro fördert. Dazu zählen auch Projekte zur Verhinderung von Frühverrentung über ein übergreifendes Casemanagement von Jobcenter, Arbeitsamt und DRV. Die Erfahrung zeigt, dass das Casemanagement bei individuellen Bedarfslagen sehr gut funktioniert, aber eine Verstetigung bisher nicht erfolgt ist. Im Hinblick auf die föderale Struktur der regionalen Träger der Rentenversicherung war die Aussage eindeutig: eine zentrale Stelle bedeutet höhere Ausgaben bei schlechterer Leistung und weniger Wettbewerb.

In der Schweiz gilt nach dem Krankenversicherungsgesetz (KVG) für die fast neun Millionen Bewohner eine Krankenversicherungspflicht für die Grundversorgung als Bürgerversicherung mit einkommensunabhängigen Kopfprämien, die nach Versicherung, Wohnort (Prämienregion) der versicherten Personen und gewählter Versicherungsform

(Franchisenstufe, Versicherungsmodell) variieren. Es werden reduzierte Prämien für Kinder und junge Erwachsene angeboten. Das KVG regelt, dass die Kantone die Prämien für Menschen mit wenig Geld, für Kinder von Familien mit wenig Einkommen und für junge Erwachsene in Ausbildung verbilligen müssen. Zu den Prämien von durchschnittlich 335 CHF kommen Selbstbehalte (Franchisen) von 300 bis 2.500 CHF und darüber hinaus eine prozentuale Selbstbeteiligung von zehn Prozent, die bei maximal 700 CHF pro Jahr gedeckelt ist.

Die Schweizer Bevölkerung hat in jüngerer Zeit in drei Volksabstimmungen mit deutlicher Mehrheit gegen eine Einheitsversicherung gestimmt. Umgekehrt wurden von den Versicherungen Modelle angeboten, mit deren Hilfe die steigenden Gesundheitsausgaben nur teilweise über Prämiensteigerungen an die Versicherten weitergeben werden müssen. Mit der Einführung von Art. 41 Abs. 4 KVG im Jahr 1996 können die Versicherten ihre freie Arztwahl einschränken und die Versicherungen können finanziell attraktive Versicherungsmodelle ausgestalten: das „Vollkaskomodell“ mit der Wahl unter etwa 2.000 Ärzten und freier Krankenhauswahl in der ganzen Schweiz wird nur noch von etwa 25 Prozent der Versicherten gewählt (Stand Juni 2023), während 43 Prozent ein Hausarztmodell ohne Budgetverantwortung (Capitation) und 16 Prozent ein Hausarztmodell mit Capitation wählen, weitere 16 Prozent haben sich für ein Telemedizinmodell entschieden.

Evaluationen des Schweizerischen Dachverbands der Krankenversicherer santésuisse, der mit seinem Zusammenschluss von 40 Versicherungsgesellschaften für 56 Prozent der Versicherten in der Schweiz steht, zeigen keine Qualitätsunterschiede oder eine höhere Sterblichkeit zwischen dem Standardmodell und den alternativen Versicherungsmodellen, die mit Kostenreduktionen von bis 20 Prozent einhergehen, von denen allerdings nicht sicher ist, ob sie auch nachhaltig sind. Für die Ärzte gibt es eine Zusatzvergütung für die bei ihnen eingeschriebenen Patienten für Koordinationsleistungen, Patientenprogramme für chronisch Kranke, Qualitätszertifizierungen oder die Verschreibung von Generika. Für die stationäre Behandlung gilt das Fallpauschalensystem SwissDRG, das 2012 von Deutschland (G-DRG) übernommen und angepasst wurde, wobei die Investitionskosten in den DRG-Beträgen eingerechnet sind.

Auch in der Schweiz ist das elektronische Patientendossier (EPD) noch nicht flächendeckend umgesetzt. In der

Deutschschweiz gibt es erfolgreiche Ärztenetze, z. B. medix (800 Ärzte im Netzwerk) oder Argomed Ärzte AG, die für ihre Versicherten eine Patientenakte umsetzen. Ab 2024 gibt es im westschweizer Berner Jurabogen das IV-Modell Réseau de l'Arc mit vollständiger Capitation, angelehnt an das Kaiser Permanente-Modell in den USA, um in dem schweizweit sehr teuren Gebiet größere Einsparungen durch eine Patientensteuerung zu erreichen. Aktuell wird debattiert, die Rechte und die Stellung der Apotheker über das Impfen und eine festgelegte Erstversorgung (Blutdruckmessung, Diabetismessung, Laboruntersuchungen) auszuweiten. Auf der anderen Seite dürfen niedergelassene Ärzte, insbesondere in der Ostschweiz, selbst Medikamente abgeben.

Auch wenn das Schweizer Gesundheitssystem viele Parallelen zum deutschen System aufweist, zeigt sich mit Blick auf die neuen Versorgungsformen und alternativen Versicherungsmodelle ein stärkerer Pragmatismus. Durch das in Deutschland diskutierte Konzept der Gesundheitsregionen mit alternativen Versicherungs- und Vertragsformen könnte ein solcher Weg beschritten werden.

Die Diskussion über beide Tage des Herbstforums ließ ein Plädoyer für mehr Pragmatismus in der Gesundheitspolitik erkennen, um den Versorgungsbedürfnissen der Patienten besser gerecht werden zu können. Bei der Einführung neuer Versorgungsmodelle sollte in Netzstrukturen gute Versorgung zwischen Klinikern und niedergelassenen Spezialisten geschaffen, keinesfalls sollten neue Sektorengrenzen aufgebaut werden. Unabdingbar sei der Abbau von Bürokratie, um die „Vollbeschäftigung des Gesundheitswesens auch ohne Patienten“ zu verringern und die eingesparte Zeit zum Wohle der Patienten und der im Gesundheitswesen Tätigen einzusetzen.

Zahlreiche Ideen sind ausformuliert und liegen bereit. Das Patientenwohl lässt sich in neuen Versorgungskonzepten besser berücksichtigen als in der Standardversorgung. Nun sollte es zum Wohle der Patientinnen und Patienten verstärkt um deren zielorientierte Umsetzung gehen: teuer und trotzdem nur Mittelmaß sollte nicht zum Dauerzustand für das deutsche Gesundheitssystem werden.

DISKUSSIONSTEILNEHMER BEIM FRANKFURTER FORUM



Petra Acher

Dr. Jürgen Bausch

Dr. Margita Bert

Dr. Johannes Bruns

Prof. Dr. Frank Dörje

Dr. Isabella Erb-Herrmann

Prof. Dr. Ulrich Finke

Prof. Dr. Frank-Ulrich Fricke

Dr. h.c. Jürgen Gohde

Prof. Dr. Michael Hallek

Dr. Markus Horneber

Thomas Keck

Dr. Regina Klakow-Franck

Prof. Dr. Wolfgang Knauf

Dr. Carsten König

Dr. Michael Lauerer

Dr. Wolfgang Matz

Prof. Dr. Catharina Maulbecker-Armstrong

Dr. Andreas Meusch

Verena Nold

Dietmar Preding

Dr. Georg Ralle

Prof. Dr. h.c. Herbert Rebscher

Peter Saade

Gudrun Schaich-Walch

Dr. Hubert Schindler

Prof. Dr. Josef Schuster SJ

Oliver Stahl

Henning Stötefalke

Wolf-Dietrich Trenner

Gaby Ulrich

Prof. Dr. Volker Ulrich

Prof. Dr. Christof von Kalle

Prof. Dr. Jürgen Zerth

Frankfurter Forum: Themenschwerpunkte der Diskurs-Hefte

Heft 1: Juni 2010	Medizinischer Fortschritt in einer alternden Gesellschaft
	„Ethische Aspekte“ Prof. Dr. rer. oec. Lic. theol. Friedhelm Hengsbach SJ, Katholische Akademie Rhein-Neckar, Ludwigshafen
	„Medizinische Aspekte“ Prof. Dr. med. Dr. phil. Dr. theol. h.c. Eckhard Nagel, Geschäftsführender Direktor, Institut für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften, Universität Bayreuth
	„Ökonomische Aspekte“ Prof. Dr. rer. pol. Volker Ulrich, Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre III, insb. Finanzwissenschaften, Universität Bayreuth
Heft 2: Oktober 2010	Versorgungskonzepte für eine alternde Gesellschaft
	„Spezielle Versorgungsanforderungen für ältere und alte Patienten“, Prof. Dr. med. Adelheid Kuhlmeier, Mitglied des Sachverständigenrates, Direktorin des Instituts für Medizinische Soziologie, Berlin
	„Alt werden in einer Zeit des gesellschaftlichen Wandels – Herausforderungen für den Einzelnen und die Gesellschaft“ Prof. Dr. theol. Peter Dabrock, M.A., Dekan Fachbereich Evangelische Theologie – Sozialethik/Bioethik, Philipps-Universität Marburg
	„Alt, krank, pflegebedürftig – werden wir den Anforderungen gerecht?“ Dr. h.c. Jürgen Gohde, Vorsitzender Kuratorium Deutsche Altershilfe, Berlin
Heft 3: April 2011	Priorisierung, Rationierung – begriffliche Abgrenzung
	„Müssen die ethischen Grundsätze unserer Gesellschaft modifiziert werden?“ Prof. Dr. med. Bettina Schöne-Seifert, Lehrstuhl für Medizinethik, Universität Münster
	„Erschließung von Rationalisierungsreserven im deutschen Gesundheitswesen“ Prof. Dr. rer. pol. Volker Ulrich, Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre III, insbes. Finanzwissenschaften, Universität Bayreuth
	„Juristische Implikationen für Entscheidungsverfahren und Entscheidungsmaßstäbe“ Prof. Dr. jur. Stefan Huster, Lehrstuhl für Öffentliches Recht und Sozialrecht, Ruhr-Universität Bochum
	„Hilft ein Patientenrechtegesetz bei der medizinischen Versorgung der Menschen?“ Wolfgang Zöllner, Mitglied des Deutschen Bundestages, Beauftragter der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten, Berlin
Heft 4: Oktober 2011	Priorisierung, Rationierung – Lösungsansätze
	„Welche Positionen vertritt der G-BA hinsichtlich einer strukturierten, zielorientierten Gesundheitsversorgung – Beispiel Depressionen?“ Dr. jur. Rainer Hess, Unparteiischer Vorsitzender des G-BA, Berlin
	„Kosten-Nutzen-Bewertungen von medizinischen Interventionen als Allokationsinstrument – ethische Aspekte einer Priorisierung“, Prof. Dr. med. Georg Marckmann, MPH, Direktor Institut für Geschichte der Medizin, Ludwig-Maximilians-Universität, München
	„Erwartungen der Krankenkassen an die Kosten-Nutzen-Bewertung von Gesundheitsleistungen“ Prof. Dr. rer. pol. h. c. Herbert Rebscher, Vorsitzender des Vorstandes DAK Unternehmen Leben, Hamburg
	„Priorisierung medizinischer Leistungen in Schweden – was können wir aus diesem Projekt lernen?“ Prof. Dr. med. Dr. phil. Heiner Raspe, Akademisches Zentrum für Bevölkerungsmedizin und Versorgungsforschung, Medizinische Universität Lübeck



Heft 5: April 2012	Versorgung in einer alternden Gesellschaft
	<p>„Aktuelle Situation und Zukunft in der vertragsärztlichen Versorgung“ Dr. rer. pol. Dominik Graf von Stillfried, Geschäftsführer des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung, Berlin</p> <p>„Koordiniertes Versorgungsmanagement für ältere und multimorbide Patientinnen und Patienten“ Claudia Korf, Diplom-Volkswirtin Beauftragte für sozial- und gesundheitspolitische Fragen der BARMER GEK beim Bund, Berlin</p> <p>„Patientenbegleiter als Scharnier zwischen Arzt und chronischen Patienten“ Dr. med. Katja Wimmer, Abteilungsleiterin Versorgungsmanagement, Bosch BKK, Stuttgart</p> <p>„Koordinierte Behandlung und Versorgung alter und multimorbider Patientinnen und Patienten“ Dr. med. Holger Lange, Chefarzt der Medizinischen Klinik III, Geriatrie Zentrum und der Fachklinik für Geriatrie MediClin Reha-Zentrum Roter Hügel, Bayreuth</p>
Heft 6: Oktober 2012	Chancen und Risiken individualisierter Medizin
	<p>Medizinische Versorgung – eine maßgeschneiderte Versorgung der Zukunft?“ Prof. Dr. med. Dr. phil, Dr. theol h.c. Eckhard Nagel, Lehrstuhl für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften der Universität Bayreuth, Ärztlicher Direktor am Universitätsklinikum Essen</p> <p>„Welche juristischen Herausforderungen und Probleme müssen bewältigt werden?“ Prof. Dr. jur. Stefan Huster, Institut für Sozial- und Gesundheitsrecht, Ruhr-Universität Bochum</p> <p>„Ökonomische Aspekte – bessere Versorgung bei gleichzeitiger Kostendämpfung?“ Prof. Dr. rer. pol. Volker Ulrich, Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre III, insb. Finanzwissenschaften, Universität Bayreuth</p> <p>„Ethische Herausforderungen für Patient, Arzt und Gesellschaft“ Prof. Dr. med. Georg Marckmann, MPH / Dr. Sebastian Schleidgen, Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin, Ludwig-Maximilians-Universität, München</p>
Heft 7: April 2013	Individualisierte Medizin – die Grenzen des Machbaren
	<p>„Konsequenzen für Krankenkassen und die Patientenversorgung“ Dr. med. Dietrich Bühler, Leiter des Referats Methodenbewertung, Spitzenverband Bund der Krankenkassen, Berlin</p> <p>„Diagnose und Therapieoptionen in der gynäkologischen Onkologie“ Prof. Dr. med. Dr. h. c. Manfred Kaufmann, ehem. Direktor für Gynäkologie und Geburtshilfe Dr. med. Thomas Karn, Arbeitsgruppenleiter für translationale Gynäkologie und Onkologie, Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe der Goethe-Universität, Frankfurt</p> <p>„Implikationen für Planung und Durchführung klinischer Studien“ PD Dr. med. Stefan Lange / Prof. Dr. med. Jürgen Windeler, Stellvertretender Leiter und Leiter des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), Köln</p> <p>„Diagnose und Therapieoptionen in der Onkologie: Kritische Analyse und Ausblick“ Prof. Dr. med. Wolf-Dieter Ludwig, Vorsitzender der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft, Chefarzt der Klinik für Hämatologie, Onkologie und Tumormimmunologie im Helios Klinikum, Berlin-Buch</p> <p>„Auswirkung für Pharmaunternehmen mit Blick auf die Onkologie-Forschung“ Dr. med. Clemens Stoffregen, Medical Affairs Manager Europe Prof. Dr. med. Axel-Rainer Hanauske, Vice President Lilly Oncology Medical Europe, Australia, Eli Lilly and Company</p>

Heft 8: Oktober 2013	Psychische Erkrankungen – Mythen und Fakten
	„Depression und „Burnout“ – Begriffsbestimmung und Trends“ Prof. Dr. med. Ulrich Hegerl, PD Dr. med. Christine Rummel-Kluge, Dipl.-Psych. Nicole Koburger, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Leipzig, Stiftung Deutsche Depressionshilfe
	„Menschen mit Migrationshintergrund – wer kümmert sich?“ Prof. Dr. med. Helene Basu, Institut für Ethnologie, Westfälische Wilhelms-Universität Münster
	„Hilfe bei psychosozialen Problemen für Menschen mit Migrationshintergrund“ Prof. Dr. med. Gisela Charlotte Fischer, Vorsitzende des Ethno-Medizinischen Zentrums e. V. Hannover
	„Erhaltung der Menschenwürde bei Demenzkranken – eine ethische Herausforderung“ Prof. Dr. theol. Eberhard Schockenhoff, Direktor des Instituts für Systematische Theologie, Universität Freiburg Dr. theol. Verena Wetzstein, Studienleiterin an der Katholischen Akademie Freiburg

Heft 9: März 2014	Psychische Erkrankungen – Konzepte und Lösungen
	„Wirtschaftliche Folgen psychosozialer Erkrankungen in Deutschland“ Prof. Dr. rer. pol. Volker Ulrich, Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre III, insb. Finanzwissenschaften Universität Bayreuth
	„Qualität der Versorgungsabläufe auf dem Prüfstand“ Prof. Dr. rer. pol. h. c. Herbert Rebscher, Vorsitzender des Vorstandes, DAK Unternehmen Leben, Hamburg
	„Prävention seelisch bedingter Erkrankungen am Arbeitsplatz – nur eine Frage für Ärzte?“ Dr. med. Kay Großmann, Leiter des Gesundheitsmanagements der Dr. ing. H. C. F. Porsche AG, Stuttgart
	„Psychische Belastungen im Betrieb – Lösungsansätze aus Arbeitnehmersicht“ Dr. Hanns Pauli, Referatsleiter für Arbeits- und Gesundheitsschutz beim DGB, Bundesvorstand, Berlin
	„Psychische und psychosoziale Rehabilitation – der Beitrag der Rentenversicherung“ Thomas Keck, Vorsitzender der Geschäftsführung der Deutschen Rentenversicherung Westfalen, Münster

Heft 10 Oktober 2014:	Selbstbestimmt leben, in Würde sterben
	„Sterbehilfe und Sterbebegleitung – eine theologische Annäherung“ Weihbischof Prof. Dr. theol. Karlheinz Diez, Bistum Fulda
	„Die Bedeutung existenzieller und spiritueller Fragen in der Sterbebegleitung“ Prof. Dr. theol. Josef Schuster SJ, Philosophisch-Theologische Hochschule St. Georgen, Frankfurt
	„Recht auf Sterben, Beihilfe zur Selbsttötung, Tötung auf Verlangen: Was steht im Gesetz?“ Prof. Dr. jur. Wolfram Höfling, Lehrstuhl für Staats- und Verwaltungsrecht, Finanz- sowie Gesundheitsrecht, Universität zu Köln
	„Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung: Wollen Arzt und Patient immer das Gleiche?“ Ulrich Engelfried, Richter am Amtsgericht Hamburg-Barmbek
	„Betreuung Sterbender: Sind Pflegekräfte, Ärzte, Seelsorger ausreichend qualifiziert?“ Dr. h. c. Jürgen Gohde, Vorsitzender des Kuratoriums Deutsche Altershilfe, Berlin
	„Hospiz- und Palliativversorgung von Schwerstkranken und Sterbenden“ Eugen Brysch M. A., Vorstand der Deutschen Stiftung Patientenschutz, Dortmund
	„Probleme der palliativen Versorgung in ländlichen Regionen“ Dr. med. Erika Ober, Hospiz-Initiative Odenwald, Michelstadt

Heft 11 April 2015:	Sterbehilfe – Streit um eine gesetzliche Neuregelung
	<p>„Freundschaft mit dem Tod“ ist keine Haltung für Angehörige, Ärzte, Pflegende und Seelsorger“ Prof. Dr. theol. Traugott Rose, Lehrstuhl für Praktische Theologie, Universität Münster</p> <p>„Palliative Versorgung zu Hause und in der Klinik – Status quo und Perspektiven“ Prof. Dr. med. Friedemann Nauck, Lehrstuhl für Palliativmedizin, Universität Göttingen</p> <p>„Ärztliche Handlungspraxis am Lebensende: Empirische Daten, ethische Analysen“ PD Dr. med. Jan Schildmann, Akademischer Rat Prof. Dr. med. Dr. Jochen Vollmann, Direktor des Instituts für Medizinische Ethik und Geschichte der Medizin, Ruhr-Universität Bochum</p> <p>„Ergebnisse einer repräsentativen Befragung zur Sterbehilfe: Geringes Wissen in der Bevölkerung“ Eva Walzik, Diplom-Volkswirtin, Leiterin der Politischen Büros der DAK-Gesundheit, Berlin</p> <p>„Die Behandlung von Krebspatienten am Lebensende – wann kann weniger mehr sein“ Prof. Dr. med. Wolf-Dieter Ludwig, Vorsitzender der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft, Chefarzt der Klinik für Hämatologie, Onkologie und Tumormimmunologie im Helios Klinikum, Berlin-Buch</p>
Heft 12 Oktober 2015:	Sozialstaatsgebot und Wettbewerbsorientierung
	<p>„Wettbewerb im Gesundheitswesen: Ist noch Platz für Gleichheit und Gerechtigkeit?“ Prof. Dr. rer. oec. Lic. theol. Friedhelm Hengsbach SJ, Nell-Breuning-Institut St. Georgen, Frankfurt, Katholische Akademie Rhein-Neckar, Ludwigshafen</p> <p>„Marktwirtschaft und Versorgungsgerechtigkeit – passt das zusammen?“ Prof. Dr. jur. Stefan Huster, Institut für Sozial- und Gesundheitsrecht, Ruhr-Universität Bochum</p> <p>„GKV und PKV: Reformierte Dualität oder integrierter Versorgungsmarkt?“ Prof. Dr. rer. pol. Volker Ulrich, Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre III, insb. Finanzwissenschaften, Universität Bayreuth</p> <p>„Solidarität und Effizienz als Widerspruch? Wettbewerbsordnung im Gesundheitswesen“ Prof. Dr. rer. pol. h.c. Herbert Rebscher, Vorsitzender des Vorstandes DAK Unternehmen Leben, Hamburg Eva Walzik, Diplom-Volkswirtin, Leiterin der Politischen Büros der DAK-Gesundheit, Berlin</p>
Heft 13 April 2016:	Preis- und Qualitätsorientierung im Gesundheitssystem
	<p>„Organisation der gesundheitlichen Versorgung: Wo stehen wir? Wo müssen wir hin?“ Prof. Dr. med. Marion Haubitz, Mitglied des Sachverständigenrates der Bundesregierung zur Beurteilung der Entwicklung im Gesundheitswesen Direktorin Medizinische Klinik III, Fulda</p> <p>„Fehlender Wettbewerb an den Sektorengrenzen: Politik- oder Systemversagen?“ Rechtsanwalt Gerhard Schulte, Ministerialdirektor a. D. Abteilung Gesundheitsversorgung, Krankenversicherung und Arzneimittel im Bundesministerium für Gesundheit, Berlin</p> <p>„Die Rolle der Vertragsärzte in einem Krankenkassenwettbewerb um Versicherte“ Dr. med. Manfred Richter-Reichhelm, ehem. Vorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und KV Berlin</p> <p>„Wieviel Wettbewerb verträgt ein Krankenhaus?“ Karsten Honsel, Vorstandsvorsitzender der Gesundheit Nordhessen Holding AG, Kassel</p> <p>„Sozialstaat und Wettbewerbsordnung: Wo bleiben Beitragszahler und Patienten?“ Dr. rer. pol. Ilona Köster-Steinebach, Referentin Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen, Verbraucherzentrale Bundesverband, Berlin</p>

Heft 14 Oktober 2016:	Lebensqualitäts-Konzepte: Chancen und Grenzen
	„Der Begriff der Lebensqualität in der Medizin – was ist darunter zu verstehen?“ Prof. Dr. med. Matthias Rose, Direktor der Medizinischen Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik, Charité Universitätsmedizin Berlin
	„Kann subjektiv empfundene Lebensqualität objektiv gemessen werden?“ Prof. Dr. rer. pol. Wolfgang Greiner, Lehrstuhl für Gesundheitsökonomie und -Management, Universität Bielefeld
	„Der Lilly Quality of Life-Preis: Förderung der Lebensqualitätsforschung seit 20 Jahren“ Dr. Johannes Clouth, Diplom Kaufmann Senior Manager Health Economics, Lilly Deutschland GmbH, Bad Homburg v. d. Höhe
	„Lebensqualität und Patientennutzen – Konsequenzen für die Nutzenbewertung“ Prof. Dr. jur. Josef Hecken, Unparteiischer Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses, Berlin
	„Lebensqualität von Menschen mit Migrationshintergrund und von Geflüchteten“ Dr. phil. Dipl. Psych. Ulrike Kluge, Zentrum für interkulturelle Psychiatrie und Psychotherapie, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Charité Universitätsmedizin, Berlin
Heft 15 April 2017:	Lebensqualität und Versorgung: Messen, wägen, entscheiden
	„Gesundheitsbezogene Lebensqualität: Ethische und rechtliche Aspekte“ Prof. Dr. jur. Thomas Gutmann, M. A., Lehrstuhl für bürgerliches Recht, Rechtsphilosophie und Medizinrecht, Westfälische Wilhelms-Universität Münster
	„Was ist die Lebensqualität des Einzelnen in der Gesellschaft wert?“ Prof. Dr. rer. pol. Volker Ulrich, Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre III, insb. Finanzwissenschaften, Universität Bayreuth
	„Lebensqualität von Demenzpatienten: Wie kann man sie messen, wie kann man sie fördern?“ Prof. Dr. med. Johannes Pantel, Institut für Allgemeinmedizin, Goethe-Universität Frankfurt
	„Lebensqualität von Tumorpatienten: Behandlungsstrategien im Krankheitsverlauf“ Prof. Dr. med. Norbert Niederle, Ehemaliger Direktor der Medizinischen Klinik 3, Klinikum Leverkusen
Heft 16: Oktober 2017	Digitales Gesundheitswesen: Chancen, Nutzen, Risiken
	„Gesundheits-Apps – Patientennutzen versus Kommerz“ PD. Dr. med. Urs-Vito Albrecht, MPH, Peter L. Reichertz-Institut für Medizinische Informatik der TU Braunschweig und der Medizinischen Hochschule Hannover
	„Versicherungsdaten in der GKV: Wege zur besseren Steuerung und Effizienz der Versorgung“ Prof. Dr. h. c. Herbert Rebscher, Institut für Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung, Professor für Gesundheitsökonomie und -politik Rechts- und wirtschaftswissenschaftliche Fakultät der Universität Bayreuth
	„Big Data in Forschung und Versorgung: ethische Überlegungen und Lösungsansätze“ Prof. Dr. med. Dr. phil. Eva C. Winkler, Nationales Centrum für Tumorerkrankungen, Universitätsklinikum Heidelberg, Programm Ethik und Patientenorientierung in der Onkologie
	„Digitalisierung in der Medizin – Herausforderung für Ärzte und Patienten“ Prof. Dr. med. Gerd Hasenfuss, Direktor der Klinik für Kardiologie und Pneumologie der Universitätsmedizin Göttingen und Chefarzt der Klinik und Rehabilitationszentrum Lippoldsberg

Heft 17 April 2018:	Digitales Gesundheitswesen: Konzepte und Praxisbeispiele
	<p>„Worin liegen Chancen und Risiken für Patienten, Ärzte und Krankenkassen?“ Prof. Dr. med. Christoph Straub, Vorstandsvorsitzender der BARMER, Berlin/Wuppertal</p> <p>„Telemedizinische Betreuung bei chronischer Herzinsuffizienz: Chance für bessere Versorgung“ Prof. Dr. med. Friedrich Köhler, Leiter des Charité- Zentrums für Kardiovaskuläre Telemedizin, Charité-Universitätsmedizin Berlin</p> <p>Dipl. Soz. tech. Sandra Prescher, wissenschaftliche Mitarbeiterin, Charité-Universitätsmedizin Berlin</p> <p>„Telemedizinische Verfahren: Erfolgsfaktor für eine bessere Betreuung chronisch Kranker?“ Dr. med. Amin-Farid Aly, Referent für Telematik und Telemedizin, Bundesärztekammer Berlin</p> <p>„Telemonitoring depressiver Patienten – Konsequenzen für Prävention und Behandlung“ Andreas Storm, Vorsitzender des Vorstandes, DAK-Gesundheit, Hamburg</p> <p>„Digitale Diabetes-Versorgung: Wie Patienten vom technischen Fortschritt profitieren“ Thomas Ballast, Diplom Volkswirt, Stellvertretender Vorsitzender des Vorstands, Techniker Krankenkasse, Hamburg</p>
Heft 18 Oktober 2018:	Demenz und Depressionen – was kommt auf uns zu?
	<p>„Depression und Demenz im Alter: Prävention, Epidemiologie, Diagnostik und Behandlung“ Prof. Dr. med. Ulrich Hegerl, Direktor der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Leipzig</p> <p>Vorsitzender Stiftung Deutsche Depressionshilfe, Leipzig/Frankfurt am Main</p> <p>„Direkte und indirekte Kosten bei der Demenz: Welche Versorgungskonzepte sind tragfähig?“ Prof. Dr. rer. pol. Volker Ulrich, Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre III, insb. Finanzwissenschaften, Universität Bayreuth</p> <p>„Menschen mit Demenz – verloren zwischen Familie, Pflege und Krankenhaus?“ Dr. h.c. Jürgen Gohde, Vorsitzender des Kuratoriums Deutsche Altershilfe, Berlin</p> <p>„Alt, dement und Migrationshintergrund – ein sich potenzierendes Problem?“ Prof. Dr. med. Meryam Schouler-Ocak, Leitende Oberärztin an der Psychiatrischen Universitätsklinik der Charité im St. Hedwigs-Krankenhaus, Berlin</p>
Heft 19 April 2019:	Demenz – neue Ansätze in Forschung, Diagnose und Therapie
	<p>„Demenz und personale Identität“ Prof. Dr. med. Dr. phil. Thomas Fuchs, Klinik für Allgemeine Psychiatrie, Universitätsklinikum Heidelberg</p> <p>„Demenzvorstadien: sind Risikoprofile und Biomarker für eine individuelle Prädikation geeignet?“ Prof. Dr. med. Frank Jessen, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Köln</p> <p>„Alzheimer-Forschung – aus Sicht eines forschenden Pharmaunternehmens“ Oliver Stahl, Diplom Betriebswirt Senior Director Corporate Affairs, Lilly Deutschland GmbH, Bad Homburg v. d. Höhe</p> <p>„Vorgeschichte, Gegenwart und Zukunft der Demenzbehandlung – Etappen der Anthropologie“ Prof. Dr. med. Hans Förstl, Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Technische Universität München</p> <p>„Nicht-medikamentöse Therapieansätze bei der Demenz – Möglichkeiten und Grenzen“ Prof. Dr. med. Johannes Pantel – Diplom-Psychologe Arthur Schall, M.A. Goethe-Universität Frankfurt a. Main</p> <p>„Schmerz und Demenz – eine leitliniengerechte Therapie ist trotz Problemen möglich“ Dr. med. Thomas Sitte, Vorstandsvorsitzender Deutsche Palliativ-Stiftung, Fulda</p>

<p>Heft 20 Oktober 2019:</p>	<p>Perspektiven der Präzisionsmedizin</p>
	<p>„Robotik, künstliche Intelligenz und medizinische Praxis – ethische Aspekte“ Prof. Dr. med. Stephan Sahn, Chefarzt Medizinische Klinik I Ketteler Krankenhaus, Offenbach Professor für Medizinethik, Senckenberg Institut für Geschichte und Ethik in der Medizin, Goethe-Universität Frankfurt a. Main</p>
	<p>„Das individualisierte Risiko – juristische und ethische Aspekte“ Prof. Dr. jur. Stefan Huster Juristische Fakultät, Institut für Sozial- und Gesundheitsrecht, Ruhr-Universität Bochum</p>
	<p>„Fortschritte in der Onkologie – bleibt der medizinische Fortschritt finanzierbar?“ Prof. Dr. rer. pol. Volker Ulrich, Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre III, insb. Finanzwissenschaften, Universität Bayreuth</p>
	<p>„Präzisionstherapie für jeden Krebspatienten – realistisches Versprechen oder unrealistisches Ziel?“ Prof. Dr. Eva Susanne Dietrich, Institut für evidenzbasierte Positionierung im Gesundheitswesen, Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn</p>
	<p>„Biomarker-basierte Präzisionsmedizin: Welchen Beitrag kann Big Data in der Onkologie leisten?“ Prof. Dr. med. Wolf-Dieter Ludwig, Vorsitzender der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft, Berlin</p>

<p>Heft 21 April 2020:</p>	<p>Präzisionsmedizin – Chancen für Forschung und Therapie</p>
	<p>„Eine neue Ära für Arzt und Patient am Beispiel des Hodgkin Lymphoms“ Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult. Volker Diehl, Köln/Berlin Ehemaliger Direktor der Klinik I der Universität zu Köln, Gründungsdirektor des Nationalen Centrums für Tumorerkrankungen (NTC-Heidelberg)</p>
	<p>„Individualisierte Diagnostik und Therapie in der Onkologie“ Prof. Dr. med. Bernhard Wörmann, Medizinischer Leiter der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie Klinik für Hämatologie, Onkologie und Tumorummunologie, Charité Universitätsmedizin, Berlin</p>
	<p>„Vision Zero – oder: Jeder Krebstote ist einer zu viel“ Prof. Dr. med. Christof von Kalle, Professor für Klinisch-Translationale Wissenschaften, Medizinischer Leiter des Berlin Institute of Health (BIH) und Charité Universitätsmedizin, Berlin</p>
	<p>„Personalisierte Therapie des Lungenkarzinoms – Wo stehen wir? Wo müssen wir hin?“ Dr. rer. nat. Iris Watermann, Airway Research Center North (ARCN), German Center for Lung Research (DZL), Großhansdorf Prof. Dr. med. Martin Reck, Chefarzt des Onkologischen Schwerpunkts an der LungenClinic, Großhansdorf</p>
	<p>„Individualisierte Diagnostik und Therapie des Mammakarzinoms: Hoffnung oder Realität“ PD Dr. med. Rachel Würstlein, Prof. Dr. med. Nadia Harbeck, Brustzentrum, Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe und CCC München, Klinikum der Universität München</p>
	<p>„Wie soll die Translation in der Hämatologie und Onkologie organisiert werden?“ Prof. Dr. med. Stephan Schmitz, Geschäftsführender Gesellschafter des MVZ für Hämatologie und Onkologie in Köln, Onkologischer Sprecher des „Deutsches Onkologie Netzwerks (DON)“, Ehemaliger Vorsitzender Berufsverband Niedergelassener Hämatologen und Onkologen (BNHO)</p>

Heft 22 Oktober 2020:	Versorgungsforschung – Methoden und Ziele
	„Was ist Versorgungsforschung? Definition, Versorgungsmodell, Akteure und Praxisbeispiele“ Prof. Dr. phil. Holger Pfaff, Direktor des Instituts für Medizinsociologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft (IMVR) und Zentrum für Versorgungsforschung, Humanwissenschaftliche Fakultät und Medizinische Fakultät, Universität zu Köln
	„Welche Studienarten sind relevant bei der Evaluation versorgungsbezogener Interventionen?“ Prof. Dr. rer. pol. Volker Ulrich, Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre III, insb. Finanzwissenschaften, Universität Bayreuth
	„Partizipative Versorgungsforschung: Nicht nur über, sondern mit Patienten forschen“ PD Dr. med. Anna Levke Brütt, Department für Versorgungsforschung, Fakultät VI Medizin und Gesundheitswissenschaften, Carl von Ossietzky Universität Oldenburg
	„Evidenz und dann? Versorgungsforschung für eine wissenschaftsbasierte Versorgungspraxis“ Prof. Dr. h.c. Herbert Rebscher, Institut für Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung, Professor für Gesundheitsökonomie und -politik Rechts- und wirtschaftswissenschaftliche Fakultät der Universität Bayreuth
Heft 23 April 2021:	Versorgungsforschung – von der Theorie zur Praxis
	„Die künftige Rolle der Digitalisierung in der Versorgungsforschung“ Prof. Dr. rer. pol. Wolfgang Greiner, Lehrstuhl für Gesundheitsökonomie und -Management, Dr. rer. pol. Julian Witte, Universität Bielefeld
	„Suizidprävention und -assistenz: Das BVG-Urteil zur Suizidassistenz und die Versorgungslage“ Prof. Dr. med Ulrich Hegerl, Johann Christian Senckenberg Distinguished Professorship, Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie, Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main Vorstandsvorsitzender Deutsche Depressionshilfe, Leipzig
	„Versorgungsforschung bei fortgeschrittener Herzinsuffizienz – Potentiale der Telemedizin“ Prof. Dr. med. Friedrich Köhler, Leiter des Charité- Zentrums für Kardiovaskuläre Telemedizin, Charité-Universitätsmedizin Berlin Dipl. Soz. tech. Sandra Prescher, wissenschaftliche Mitarbeiterin, Charité-Universitätsmedizin Berlin
	„Versorgungsforschung bei Diabetes: Welche Bedürfnisse und Wünsche haben Patienten?“ Prof. Dr. med. Monika Kellerer, Ärztliche Direktorin der Klinik für Innere Medizin I, Marienhospital Stuttgart, Präsidentin der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)
	„Versorgungsforschung in der Onkologie – große Herausforderungen, neue Möglichkeiten“ Prof. Dr. med. Wolfgang Hoffmann, Direktor des Instituts für Community Medicine Prof. Dr med. Neeltje van den Berg, Abteilung Versorgungsepidemiologie und Community Health, Universitätsmedizin Greifswald
	„Pflege von morgen: Der vermeintliche Care-Mix zwischen Mensch und Pflege-Roboter“ Prof. Dr. rer. pol. Jürgen Zerth, Professor für Wirtschaftswissenschaften, insbesondere Gesundheitsökonomie Leiter des Forschungsinstituts IDC, Wilhelm Löhe Hochschule Fürth

<p>Heft 24: Oktober 2021</p>	<p>Umwelt, Ökonomie, Gesundheit: Resilienz statt Reparatur</p>
	<p>„Globale Krisen: Gibt es Strategien für Ökonomie, Umwelt und Gesundheit?“ Prof. Dr. rer. pol. h.c. Herbert Rebscher Institut für Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung, Professor für Gesundheitsökonomie und -politik Rechts- und wirtschaftswissenschaftliche Fakultät der Universität Bayreuth</p> <p>„Finanzkrise: Erwartbar? Beherrschbar? Die ökonomischen Konsequenzen“ Dr. Gerhard Schick, Diplom Volkswirt, Geschäftsführer Michael Peters, Diplom-Volkswirt, Referent Finanzmärkte, Finanzwende Recherche gGmbH</p> <p>„Umwelt - Klima - Energie: Neue Politik erforderlich?“ Prof. Dr. Dr. h. c. Ernst Ulrich von Weizsäcker, Honorarprofessor Universität Freiburg, Ehrenpräsident des Club of Rome</p> <p>„Neuausrichtung des Gesundheitssystems: Fit für die Zukunft!“ Dr. med. Dr. rer. nat. Klaus Piwernetz, Medimax Health Management GmbH, München Prof. Dr. med. Dr. h.c. Edmund A. M. Neugebauer, Präsident Medizinische Hochschule Theodor Fontane Brandenburg, Neuruppin</p> <p>„Ist Ungleichheit ein Treiber von Krisen und sind Krisen ein Treiber von Ungleichheit“ Prof. Dr. Miriam Rehm, PhD Juniorprofessorin für Sozioökonomie Schwerpunkt Empirische Ungleichheitsforschung Institut für Sozioökonomie, Universität Duisburg/Essen</p> <p>„Drei Krisen des Wirtschaftens- und die Ökonomisierung des Gesundheitswesens“ Prof. Dr. rer. pol. Bernhard Emunds, Leiter des Oswald von Nell-Breuning Instituts für Wirtschafts- und Gesellschaftsethik der Phil.-Theol. Hochschule St. Georgen, Frankfurt am Main</p>

<p>Heft 25 April 2022:</p>	<p>Resilientes Gesundheitswesen: Lernen wir aus der Pandemie?</p>
	<p>„Krisenmanagement: Regionale Kompetenzen, nationale Koordination, globale Verantwortung“ Prof. Dr. med. habil. Dr. phil. Dr. theol. h.c. Eckhard Nagel, Geschäftsführender Direktor des Instituts für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften, Dr. rer. pol. Michael Lauerer, Dennis Henzler M. Sc. Universität Bayreuth</p> <p>„Bedeutung des ÖGD im Gesundheitswesen – aktuelle Situation und Zukunftsperspektiven“ Dr. med. Ute Teichert, Vorsitzende des Bundesverbands der Ärztinnen und Ärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst (BVÖGD), Düsseldorf Leiterin der Abteilung 6 Gesundheitsschutz, Gesundheitssicherheit, Nachhaltigkeit im Bundesministerium für Gesundheit, Berlin</p> <p>„Krisenerkennung und -Management durch digitale Unterstützungsprozesse“ Prof. Dr. med. Guido Noelle, Geschäftsführer der gevko GmbH, Bonn/Berlin Fachbereich Informatik, Fachhochschule Bonn-Rhein-Sieg, Sankt Augustin</p> <p>„Versicherungsleistungen versus Öffentliche Ausgaben – Finanzierungskonsequenzen“ Prof. Dr. rer. pol. Volker Ulrich, Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre III, insb. Finanzwissenschaften, Universität Bayreuth</p> <p>„Strukturen, Aufgaben und Prozesse eines krisenresilienten Gesundheitssystems“ Andreas Storm, Vorstandsvorsitzender der DAK-Gesundheit</p>

Heft 26 Januar 2023	Forschungsförderung: Transparente Strukturen gesucht
	<p>„Forschungsförderung in Deutschland – Status quo und zukünftige Herausforderungen aus Sicht der AWMF“ Prof. Dr. med. Rolf-Detlef Treede, Medizinische Fakultät Mannheim der Universität Heidelberg, Präsident der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften</p> <p>„Medizinische Forschung: hoher Finanzierungsbedarf bei hohem Risiko – wie können die Rahmenbedingungen für die Bereitstellung von öffentlichem und privatem Risikokapital verbessert werden?“ Prof. Dr. Thomas Schlegel, Kanzlei für Medizinrecht, Frankfurt, Professor Arzt- und Medizinrecht Fachbereich Gesundheitsökonomie, Idstein, International Pharmaeconomics & Health Economics, University of Cardiff</p> <p>„Rahmenbedingungen der Antibiotikaforschung im Spannungsfeld zwischen Politik, Krankenkassen, Pharmaindustrie und akademischer Forschung“ Prof. Dr. Rolf Müller Direktor des Helmholtz-Instituts für Pharmazeutische Forschung Saarland (HIPS), Prof. für Pharmazeutische Biologie Universität des Saarlandes, Saarbrücken</p> <p>„Forschungsförderung im Wandel – Grundlage für erfolgreiche medizinische Translation?“ Dr. Verena Heise Freelance Open Science Consultant, Gladbeck, Visiting Research Fellow, QUEST Center for Responsible Research, Berlin Institute of Health at Charité-Universitätsmedizin, Berlin</p> <p>„Rechtliche Rahmenbedingungen der Forschungsförderung in der Medizin“ Prof. Dr. jur. Julian Krüper Juristische Fakultät, Lehrstuhl Öffentliches Recht, Verfassungstheorie und interdisziplinäre Rechtsforschung Ruhr-Universität Bochum</p>
Heft 27 Juni 2023	Medizinforschung: Koordination und Kooperation gefragt
	<p>„Arzneimittelentwicklung: Geht es ohne die forschende Pharmaindustrie?“ Dr. Thorsten Ruppert Senior Manager für Forschung, Entwicklung und Innovation beim Verband Forschender Arzneimittelhersteller e.V.</p> <p>„Von der Forschung in die Versorgung: Welche Förderstrategien verbessern die Translation?“ Prof. Dr. Christof von Kalle, BIH-Chair für Klinisch-Translationale Wissenschaften und Direktor des Clinical Study Center von Charité und BIH; Dr. Julia Löffler, klinisch-wissenschaftliche Referentin am Clinical Study Center; Petya Zyumbileva, wissenschaftliche Mitarbeiterin am Clinical Study Center</p> <p>„Wenn der Staat Medizinforschung finanziert – welche ökonomischen Konsequenzen hat das?“ Dr. Jasmina Kirchhoff Institut der Deutschen Wirtschaft e.V.</p> <p>„Deutschlands Beitrag zur klinischen Forschung: Forschungskultur und politischer Gestaltungswille“ Prof. Dr. Ulrike Köhl, Direktorin des Instituts für Klinische Immunologie, Universitätsklinikum Leipzig, Leiterin des Fraunhofer-Instituts für Zelltherapie und Immunologie, Leipzig Andrea Quaiser, Fachreferentin für Immunonkologie am Fraunhofer-Institut für Zelltherapie und Immunologie, Leipzig</p>

<p>Heft 28 Oktober 2023</p>	<p>Geld und Gesundheit – Patientennutzen zählt</p>
	<p>„Krankenhausreform und iMVZ: Versorgungs- und Geschäftsmodelle im Lichte aktueller Trends“ Prof. Dr. Andreas Schmid Universität Bayreuth / Oberender AG</p>
	<p>„Sozialunternehmen zwischen Klientenwohl, Zielerfüllung und wettbewerblicher Orientierung“ Prof. Dr. Jürgen Zerth Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt</p>
	<p>„Rechtlicher Rahmen der neuen Versorgungsrealität – Forderungen und Umsetzungsfragen“ Prof. Dr. Stefan Huster Ruhr-Universität Bochum</p>
	<p>„Wo steht die Ambulantisierung – und wie geht es weiter?“ Dr. Martin Albrecht IGES Institut</p>
	<p>„Transformation der ambulanten Medizin: Neue Rollen für Ärzte und Träger“ Prof. Dr. Jörg F. Debatin, MBA Healthcare-Unternehmer</p>

Impressum

Herausgeber:

Frankfurter Forum für gesellschafts- und gesundheitspolitische Grundsatzfragen e.V.

Geschäftsstelle Frankfurter Forum e.V.:

Petra Acher
Seedamweg 51, 61352 Bad Homburg
E-Mail: frankfurter-forum-petra-acher@t-online.de

Verlag:

Springer Medizin Verlag GmbH, Berlin
Ein Unternehmen der Fachverlagsgruppe Springer Nature

Redaktionelle Bearbeitung:

Springer Medizin Verlag GmbH, Neu-Isenburg
Dr. Florian Staeck

Autorinnen und Autoren:

Dr. Isabella Erb-Herrmann, Dr. Hubert Schindler, Thomas Keck,
Sabine Nußbeck, Verena Nold, Dr. Regina Klakow-Franck, Gaby Ulrich

Titelbild:

© keatikun / Adobe Stock

Layout / Grafik:

Anette Reichel

Druck:

Wilco B.V. Vanadiumweg 9, 3812 PX Amersfort, Niederlande

Springer Medizin

© Springer Medizin Verlag GmbH, Berlin,
Neu-Isenburg, April 2024



ISSN 2190-7366

Partner

Das „Frankfurter Forum für gesellschafts- und gesundheitspolitische Grundsatzfragen e. V.“ wird seit seiner Gründung in 2008 von der Lilly Deutschland GmbH bzw. der Lilly Stiftung Deutschland in Bad Homburg als Hauptsponsor finanziert. Als neue Partner sind in 2013 die IMS HEALTH GmbH & Co. OHG in Frankfurt und die „Ärzte Zeitung“ aus dem Haus der Springer Medizin Verlagsgesellschaft mbH in Neu-Isenburg hinzugekommen. Die Sponsoren fördern mit ihrem Engagement in aktiver Verantwortung den interdisziplinären Dialog grundsätzlicher und langfristiger Fragen der Gesellschaft und der Gesundheitspolitik. Die Sponsoren nehmen keinen Einfluss auf die Auswahl und Ausarbeitung der Tagungsthemen der Forumsveranstaltungen, der Referentinnen oder Referenten, der Vortragsmanuskripte, der Diskussionen und der Abschlussstatements, wodurch die redaktionelle Unabhängigkeit der Publikationsreihe „Frankfurter Forum: Diskurse“ garantiert ist.





FRANKFURTER FORUM
für gesellschafts-
und gesundheitspolitische
Grundsatzfragen e.V.