

Weegen, Lennart et al.

**Working Paper**

Möglichkeiten der Ausgestaltung eines effizienten  
Versorgungsmanagements chronisch Kranker: Ethische, ökonomische,  
rechtliche und gesellschaftliche Aspekte

IBES Diskussionsbeitrag, No. 228

**Provided in Cooperation with:**

University of Duisburg-Essen, Institute of Business and Economic Studie (IBES)

*Suggested Citation:* Weegen, Lennart et al. (2019) : Möglichkeiten der Ausgestaltung eines effizienten Versorgungsmanagements chronisch Kranker: Ethische, ökonomische, rechtliche und gesellschaftliche Aspekte, IBES Diskussionsbeitrag, No. 228, Universität Duisburg-Essen, Institut für Betriebswirtschaft und Volkswirtschaft (IBES), Essen

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/203145>

**Standard-Nutzungsbedingungen:**

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

**Terms of use:**

*Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.*

*You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.*

*If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.*

## **Möglichkeiten der Ausgestaltung eines effizienten Versorgungsmanagements chronisch Kranker – ethische, ökonomische, rechtliche und gesellschaftliche Aspekte**

Lennart Weegen, MA\*  
Lasse Korff, MA\*  
Dipl.-Ges.Oec. (FH) Sonja Ivancevic  
Dr. Anke Walendzik  
Prof. Dr. Jürgen Wasem  
PD Dr. Dr. Anja Neumann

\* Autoren haben in gleichem Umfang zur Studie beigetragen

# IBES DISKUSSIONSBEITRAG

Nr. 228

Juni 2019

## **Möglichkeiten der Ausgestaltung eines effizienten Versorgungsmanagements chronisch Kranker – ethische, ökonomische, rechtliche und gesellschaftliche Aspekte**

Endbericht zu einem von der Firma Janssen  
geförderten Forschungsprojekt

Lennart Weegen, MA\*(Lennart.Weegen@medman.uni-due.de)

Lasse Korff, MA\*(Lasse.Korff@medman.uni-due.de)

Dipl.-Ges.Oec. (FH) Sonja Ivancevic(Sonja.Ivancevic@medman.uni-due.de)

Dr. Anke Walendzik(Anke.Walendzik@medman.uni-due.de)

Prof. Dr. Jürgen Wasem(juergen.wasem@medman.uni-due.de)

PD Dr. Dr. Anja Neumann(anja.neumann@medman.uni-due.de)

\* Autoren haben in gleichem Umfang zur Studie beigetragen

Impressum: Institut für Betriebswirtschaft und Volkswirtschaft (IBES)

Universität Duisburg-Essen

Universitätsstraße 12

45141 Essen

E-Mail: IBES-Diskussionsbeitrag@medman.uni-due.de

## Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung .....	1
1.1	Hintergrund.....	1
1.2	Ziel und Vorgehen.....	2
2	Vorarbeiten zum Expertenworkshop .....	2
2.1	Erhebungen zu bestehenden Versorgungsdefiziten.....	2
2.2	Erhebungen zu Versorgungsmanagement-Programmen.....	4
2.3	Review zur Effektivität und Kosteneffektivität von Versorgungsmanagement- Programmen.....	4
2.4	Aufbereitung der Ergebnisse aus 2.1 bis 2.3 .....	5
2.5	Entwicklung von Bewertungskriterien .....	5
3	Expertenworkshop.....	7
3.1	Teilnehmer .....	7
3.2	Inputvorträge .....	7
3.3	Indikationsspezifische Gruppenarbeiten .....	8
3.4	Ergebnisse des Workshops .....	9
3.5	Aufbereitung der Workshop-Ergebnisse.....	10
3.6	Bewertung der Workshop-Ergebnisse.....	10
4	Befragung der Workshop-Teilnehmer.....	11
4.1	Fragebogenentwicklung .....	11
4.2	Durchführung der Befragung.....	12
4.3	Ergebnisse der Befragung .....	12
4.3.1	Möglichkeiten der Ausgestaltung eines effizienten Versorgungsmanagements für Alzheimer-Demenz.....	13
4.3.2	Möglichkeiten der Ausgestaltung eines effizienten Versorgungsmanagements für Multiple Sklerose.....	21
5	Zusammenfassende Schlussfolgerungen .....	24
	Literatur .....	28

# **I Einleitung**

## **I.1 Hintergrund**

Die angemessene Versorgung chronisch Kranker stellt für die Gesundheitssysteme fortgeschrittener Industrienationen die größte und wichtigste Herausforderung dar. Chronische Krankheiten sind für einen erheblichen Teil direkter und vor allem indirekter Krankheitskosten verantwortlich. Bedingt durch die demografische Entwicklung einerseits und den medizinischen Fortschritt andererseits werden chronische Erkrankungen sowie die damit verbundenen Herausforderungen für die Gesundheitssysteme in Zukunft weiter zunehmen. Neben der steigenden medizinischen und ökonomischen Krankheitslast ergibt sich die Bedeutung chronischer Erkrankungen auch aus der Komplexität ihrer Versorgung. Diese erfordert die Koordination und Abstimmung unterschiedlicher Behandlungsansätze nicht nur innerhalb der Kuration (ärztliche Versorgung, Arzneimitteleinsatz etc.), sondern auch weitergehend den Einbezug von Gesundheitsförderung, Prävention, Rehabilitation und Pflege, womit unterschiedliche Leistungserbringer wie auch Kostenträger beteiligt sind. Die Versorgung chronisch Kranker wird unter anderem durch diese Komplexität besonders anfällig für Über-, Unter- und Fehlversorgung (SVR 2001, S. 33).

Dass eine Über-, Unter- und Fehlversorgung chronisch Kranker auch im deutschen Gesundheitswesen vorliegt, stellte der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR) in seinem Gutachten 2000/2001 deutlich heraus. Ursächlich für diese Missstände sind dem SVR zufolge überholte Paradigmen und Versorgungsgewohnheiten, darunter eine Dominanz akutmedizinischer Versorgung, eine Vernachlässigung von Prävention und Rehabilitation, eine unzureichende Information, Schulung und Partizipation von Patienten und Angehörigen sowie ein Mangel an interdisziplinären und flexiblen Versorgungskonzepten. Unzureichende schnittstellen- bzw. sektorenübergreifende Versorgung und mangelnde Kooperation wurden insbesondere seitens vom SVR befragter Betroffenen-Organisationen als Gründe für Unter- und Fehlversorgung angeführt (SVR 2001, S. 26, 35-40).

Um diesen Herausforderungen bzw. Mängeln zu begegnen, wird zunehmend auf das Konzept des Versorgungsmanagements gesetzt. Ziel des Versorgungsmanagements ist es, „die Trennung der verschiedenen Sektoren zu überwinden oder ihre Folgen zu neutralisieren und durch die Optimierung der Behandlungsabläufe vom Beginn der Erkrankung bis zu ihrem guten oder bitteren Ende die Effektivität und die Effizienz der Versorgung zu steigern“ (Pfaff 2010). Der deutsche Gesetzgeber hat seit Ende der 1990er Jahre sukzessive mit den sog. besonderen Versorgungsformen Regelungen eingeführt, die es Krankenkassen und Leistungserbringern erlauben, von der kollektivvertraglichen Organisation abweichend, auf selektivvertraglicher Basis ein Versorgungsmanagement für ihre Versicherten bzw. Patienten zu realisieren. Den im SGB V festgeschriebenen besonderen Versorgungsformen zuzuordnen sind Modellvorhaben (§§ 63-65), Strukturverträgen (§73a), die hausarztzentrierte Versorgung (§73b), die besondere ambulante ärztliche Versorgung (§ 73c), die integrierten

Versorgungsformen (§§ 140a ff.) sowie Disease Management Programme (§§ 137f-g) (SVR 2009, S. 379).<sup>1</sup>

## **1.2 Ziel und Vorgehen**

Im Rahmen des interdisziplinären Forschungsprojektes „Möglichkeiten der Ausgestaltung eines effizienten Versorgungsmanagements chronisch Kranker – ethische, ökonomische, rechtliche und gesellschaftliche Aspekte“ sollten exemplarisch anhand der chronischen Erkrankungen Alzheimer-Demenz und Multiple Sklerose die Möglichkeiten und Bedingungen für ein effizientes Versorgungsmanagement analysiert sowie potenzielle Grenzen identifiziert werden. Hierfür wurden in einem ersten Schritt Erhebungen zu Versorgungsdefiziten sowie nationalen und internationalen Ansätzen bzw. Maßnahmen der Versorgungsverbesserung in den beiden Indikationen durchgeführt. Die Ergebnisse bildeten die inhaltliche Basis für einen Expertenworkshop, auf dem an der Versorgung beteiligte Experten indikationspezifische „Wunsch-Konzepte“ in Form von priorisierten Versorgungszielen und Maßnahmen zur jeweiligen Zielerreichung entwickeln sollten. Unter Berücksichtigung dieser Priorisierung wurden die entwickelten „Wunsch-Konzepte“ nach dem Workshop einer Bewertung im Hinblick auf normative (ethische und rechtliche), gesundheitsökonomische und pragmatische Kriterien unterzogen. Die bewerteten Workshop-Ergebnisse wurden den Teilnehmern des Workshops im Rahmen einer schriftlichen Befragung zurückgespiegelt. Ziel war es, von den Teilnehmern eine Einschätzung im Hinblick auf das Potential und die Möglichkeit einerseits selektivvertraglicher sowie andererseits flächendeckender Realisierbarkeit unter Berücksichtigung des Zeithorizonts zu erhalten.

Das Forschungsvorhaben wurde durch einen unrestricted grant der Janssen-Cilag GmbH unterstützt.

## **2 Vorarbeiten zum Expertenworkshop**

### **2.1 Erhebungen zu bestehenden Versorgungsdefiziten**

Die Identifizierung von Versorgungsdefiziten bildet die Grundlage für eine effiziente Gestaltung der Versorgung. In einem ersten Schritt wurden daher Erhebungen zu in Deutschland bestehenden Versorgungsdefiziten bei den Indikationen Alzheimer-Demenz und Multiple Sklerose vorgenommen. Die Erhebungen erfolgten in Form von Literaturrecherchen und Experteninterviews. Der Literaturreview bestand aus im April 2012 durchgeführten systematischen Recherchen in den medizinischen Datenbanken Embase und Scopus sowie teilsystematischen Recherchen. Des Weiteren wurden zur Erhebung von Versorgungsdefiziten pro Indikation im Zeitraum von November 2012 bis Dezember 2013

---

<sup>1</sup> Im Entwurf des Versorgungsstärkungsgesetzes werden die besonderen Versorgungsformen systematisch neu geordnet.

15 bzw. 18 leitfadengestützte Experteninterviews u. a. mit Vertretern medizinischer Fachgesellschaften, Patientenorganisationen, Leistungserbringerverbänden und gesetzlicher Kostenträger geführt. Tabelle I gibt einen Überblick, mit Vertretern welcher Institutionen Experteninterviews geführt wurden. Der eingesetzte Interviewleitfaden wurde in Kooperation zwischen dem Lehrstuhl für Medizinmanagement und dem Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin der LMU München entwickelt.

**Tabelle I: Experteninterviews nach Indikationen**

	<b>Multiple Sklerose</b>	<b>Alzheimer-Demenz</b>
<b>Medizinische Fachgesellschaften bzw. Fachgremien</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN)</li> <li>▪ Ärztlicher Beirat der Deutschen Multiple Sklerose Gesellschaft (DMSG)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN)</li> <li>▪ Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)</li> <li>▪ Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie (DGGPP)</li> </ul>
<b>Patienten- bzw. Selbsthilfeorganisationen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bundesbeirat MS-Erkrankter der Deutschen Multiple Sklerose Gesellschaft (DMSG)</li> <li>▪ Geschäftsführung der Deutschen Multiple Sklerose Gesellschaft (DMSG)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Deutsche Alzheimer Gesellschaft (DAIzG)</li> </ul>
<b>Leistungserbringer- bzw. Berufs- / Interessenverbände</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Berufsverband Deutscher Neurologen (BDN)</li> <li>▪ Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)</li> <li>▪ Bundesverband Ambulante Dienste und stationäre Einrichtungen (bad)</li> <li>▪ Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste (bpa)</li> <li>▪ Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Berufsverband Deutscher Neurologen (BDN)</li> <li>▪ Deutscher Hausärzterverband</li> <li>▪ Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)</li> <li>▪ Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste (bpa)</li> <li>▪ Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK)</li> <li>▪ Deutscher Pflegerat (DPR)</li> <li>▪ Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW)</li> </ul>
<b>Gesetzliche Kostenträger</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ DRV Bund</li> <li>▪ AOK Niedersachsen</li> <li>▪ BARMER GEK</li> <li>▪ AOK Rheinland/Hamburg</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ GKV 1*</li> <li>▪ GKV 2*</li> <li>▪ GKV 3*</li> </ul>
<b>Weitere Akteure im Gesundheitswesen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Verband Forschender Arzneimittelhersteller (vfa)</li> <li>▪ Bundesministerium für Gesundheit (BMG)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Verband Forschender Arzneimittelhersteller (vfa)</li> <li>▪ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ)</li> <li>▪ Bundesministerium für Gesundheit (BMG)</li> <li>▪ Hirnliga</li> </ul>

(Quelle: eigene Darstellung) \* [wünschgemäß wurden die Krankenkassen anonymisiert]

Die gefundene Literatur und die geführten Experteninterviews wurden inhaltlich im Hinblick auf Informationen zu Versorgungsdefiziten ausgewertet. Für jede Indikation konnten neun Kategorien (Diagnostik, Therapie, Reha, Krankenhaus, Pflege, Betreuung & Unterstützung,

Struktur, Kooperation & Koordination, Wissen & Qualifikation (bei MS zusätzlich: Information)) gebildet werden, denen die Defizite – wenn möglich unter Angabe potenzieller Ursachen – zugeordnet wurden.

## **2.2 Erhebungen zu Versorgungsmanagement-Programmen**

Um potentielle Maßnahmen für eine Behebung bzw. Reduzierung existierender Versorgungsdefizite und damit für eine Optimierung der Versorgung zu identifizieren, sollten Versorgungsmanagement-Programme für Alzheimer-Demenz und Multiple Sklerose im Hinblick auf ihre Ausgestaltung analysiert werden. In die Analyse einbezogen werden sollten bereits beendete, gegenwärtig bestehende und in Zukunft geplante Versorgungsmanagement-Programme von gesetzlichen Krankenkassen. Um Programme zu identifizieren, wurden systematische (Embase und Scopus) und teilsystematische Literaturrecherchen sowie eine schriftliche Krankenkassenbefragung durchgeführt. Hierfür wurde ein standardisierter Fragebogen inkl. Anschreiben entwickelt und im November 2012 an die nach Versichertenanzahl 40 größten gesetzlichen Krankenversicherungen gesandt. Die im Rahmen der Studie angeschriebenen Krankenkassen deckten über 90% des GKV-Versichertenkollektivs ab. Die Rücklaufquote bei den Fragebögen betrug 67,5%. Dies entspricht einer Versichertenabdeckung von ca. 77% des GKV-Versichertenkollektivs. Zusätzlich zu den Literaturrecherchen und zur Krankenkassenbefragung war auch eine Frage im Rahmen der Experteninterviews auf die Identifizierung von Versorgungsmanagement-Programmen ausgerichtet. Die identifizierten Programme wurden ausführlich im Hinblick auf deren spezifischen Charakteristika analysiert und beschrieben.

## **2.3 Review zur Effektivität und Kosteneffektivität von Versorgungsmanagement-Programmen**

Im Rahmen eines Reviews zur Effektivität und Kosteneffektivität von *nationalen* Versorgungsmanagement-Programmen wurden einerseits für beide Indikationen systematische Literaturrecherchen in den Datenbanken Embase und Scopus durchgeführt. Andererseits wurde in der unter 2.2 genannten Krankenkassenbefragung nach durchgeführten Evaluationen bei von den Krankenkassen angebotenen Programmen gefragt. Im Rahmen eines Reviews zur Effektivität und Kosteneffektivität von *internationalen* Versorgungsmanagement-Programmen in den ausgewählten Ländern USA, England, Niederlande und Schweden wurden systematische Literaturrecherchen in den Datenbanken Embase und Scopus durchgeführt. Auch im Rahmen dieser Reviews identifizierte Programme wurden im Hinblick auf mögliche Elemente zur Behebung bzw. Reduzierung von in Deutschland identifizierten Versorgungsdefiziten analysiert.



## 2.4 Aufbereitung der Ergebnisse aus 2.1 bis 2.3

Im Hinblick auf den Expertenworkshop wurden die in den Erhebungen und Reviews gewonnenen Ergebnisse in komprimierter Form aufbereitet. Für die Ergebnispräsentation wurde die in Abbildung 1 dargestellte Struktur gewählt. So wurden zunächst je Kategorie die identifizierten Defizite aufgeführt (erste Spalte) und darauf folgend die sich hierfür potenziell verantwortlich zeichnenden Ursachen benannt (zweite Spalte). Im Anschluss wurden Maßnahmen aufgezeigt, mit denen eine Behebung bzw. Reduzierung bestehender Versorgungsdefizite, d. h. eine Optimierung der Versorgung, möglich erscheint (dritte Spalte).

**Abbildung 1: Indikationsspezifische Ergebnispräsentation zu Defiziten, Ursachen und Maßnahmen am Beispiel der Kategorie Diagnostik bei Multiple Sklerose**

<b>Diagnostik</b>		
Defizit	Ursache	Maßnahme
<b>Doppeluntersuchungen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nicht korrekte Durchführung von Maßnahmen; Wiederholung nötig</li> <li>▪ Durchführung von Maßnahmen zuerst im stationären, dann im ambulanten Bereich; oder umgekehrt, bspw. MRT zuerst ambulant, anschließend stationär</li> <li>▪ Wiederholung von Untersuchungen im Zuge des Wechsels des primär betreuenden Facharztes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Defizite in der Koordination von diagnostischen Maßnahmen</li> <li>– Fehlende Informationen über bereits erfolgte Untersuchungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Schaffung von IT-Strukturen mit Zugriff für Behandler auf ausreichende Informationen zu Behandlungsvorgeschichte und Untersuchungsergebnissen</li> <li>– Interdisziplinäre, sektorübergreifende Dokumentation / Zugriff aller beteiligten Leistungserbringer</li> </ul>
...	...	...
...	...	...

(Quelle: eigene Darstellung)

## 2.5 Entwicklung von Bewertungskriterien

Darüber hinaus wurde ein Kriterienkatalog konzipiert, auf dessen Grundlage das für jede Indikation auf dem Workshop zu entwickelnde „Wunsch-Konzept“ (Versorgungsziele und Maßnahmen) im Hinblick auf seine Realisierbarkeit bewertet werden sollte. Wenngleich diese Bewertung erst im Nachgang zum Workshop erfolgen sollte, wurden die Kriterien bereits vorher aufgestellt, um sie auf dem Workshop im Expertenplenum konsentieren zu können. Der Kriterienkatalog beinhaltet normative, gesundheitsökonomische und pragmatische Kriterien. Zu den normativen Kriterien zählte zum einen die ethische Angemessenheit in Bezug auf die Patienten und Angehörigen. Um diese zu bewerten, wurden Kriterien von dem Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin entwickelt (s. Tabelle 2).

**Tabelle 2: Bewertungskriterien für die ethische Angemessenheit**

Betroffene	Bewertungskriterien
Patient	Physische, psychische und soziale Gesundheit fördern
	Durch die Versorgung entstehende Belastungen und Schadenspotentiale vermeiden bzw. minimieren
	Selbstbestimmung über Therapie, Datennutzung und Lebensführung fördern und respektieren
Angehörige	Physische, psychische und soziale Gesundheit fördern
	Durch die Versorgung entstehende Belastungen und Schadenspotentiale vermeiden bzw. minimieren
	Berücksichtigung der Wünsche hinsichtlich Versorgungsoptionen
Patienten & Angehörige	Gleichheit in Zugang und Versorgung
	Wirtschaftliche, (effiziente) Leistungserbringung

(Quelle: Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin der LMU München)

Zum anderen zählte zu den normativen Kriterien die rechtliche Machbarkeit. Im Hinblick auf die rechtliche Machbarkeit bedurfte es der Klärung folgender Fragen:

- Ist die Umsetzung der Maßnahme mit dem Grundgesetz vereinbar?
- Ist die Umsetzung der Maßnahme mit oder ohne Änderung der Rechtsvorschriften möglich?
- Ist die Umsetzung der Maßnahme selektiv- oder kollektivvertraglich möglich?

Unter die gesundheitsökonomischen Kriterien ließen sich alloкатive, distributive und fiskalische Aspekte subsumieren. Bei den alloкатiven Aspekten stand die Frage nach der größtmöglichen Effizienz der eingesetzten Ressourcen bzw. die Optimierung des Verhältnisses der gesundheitlichen Outcomes zu den aufgewendeten volkswirtschaftlichen Kosten im Vordergrund. Bei den distributiven Aspekten lag der Schwerpunkt auf der Beantwortung der Frage nach der Gerechtigkeit der Verteilung von Gesundheitsleistungen auf die Bevölkerung, sprich ob der Zugang zu den Leistungen unabhängig von Einkommen, Wohnort, Geschlecht und Migrationshintergrund erfolgt und eine Verteilung entsprechend dem Bedarf, u. a. hinsichtlich der Morbidität, stattfindet. Demgegenüber fokussierten die fiskalischen Aspekte auf die Höhe der Kosten für die Maßnahme (Kostenvolumen hoch, mittel, niedrig) sowie die Frage, welcher Akteur als Kostenträger für die Maßnahme potentiell verantwortlich zeichnet bzw. wessen Budget durch die Maßnahme belastet wird.

Zu den pragmatischen Kriterien zählten die kurz- oder mittelfristige Umsetzbarkeit und die politische Durchsetzbarkeit. Während das letztgenannte Kriterium auf die Beantwortung der Frage der Durchsetzbarkeit der Maßnahme vor dem Hintergrund spezifischer Akteursinteressen abzielte, sollte das erstgenannte Kriterium zur Überprüfung dienen, ob aufgrund der Bewertung aller vorgenannten Kriterien eine kurz- oder mittelfristige

Umsetzbarkeit realistisch erscheint. Als kurzfristig wurde ein Zeitraum von bis zu einem Jahr, als mittelfristig ein Zeitraum von ein bis fünf Jahren angesehen.

### **3 Expertenworkshop**

Der Expertenworkshop fand am 24. Januar 2014 in Düsseldorf statt. Der Ablauf des Workshops untergliederte sich im Wesentlichen in einleitende Inputvorträge (s. Abschnitt 3.2) und nachfolgende indikationsspezifische Gruppenarbeiten (s. Abschnitt 3.3).

#### **3.1 Teilnehmer**

Der Teilnehmerkreis des Workshops setzte sich projektseitig zusammen aus Vertretern des Lehrstuhls für Medizinmanagement der Universität Duisburg-Essen, zwei Vertretern des Instituts für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin der LMU München sowie je einem medizinischen Experten für die Indikationen Alzheimer-Demenz und Multiple Sklerose. Zu den jeweils nach indikationsspezifischer Expertise ausgewählten externen Teilnehmern des Workshops zählten neben Patientenvertretern auch Vertreter von Leistungserbringerverbänden sowie Vertreter von Kostenträgern (Krankenkassen und Rentenversicherung) und medizinischen Fachgesellschaften. Die Auswahl Externer wurde primär anhand von zwei Kriterien vorgenommen: Neben einer indikationsspezifischen Expertise sollten sich die Experten durch eine aktive Einbindung in die Versorgung bzw. Versorgungssteuerung bei Alzheimer-Demenz bzw. Multiple Sklerose auszeichnen.

#### **3.2 Inputvorträge**

Zu Beginn des Workshops wurden im Rahmen von Inputvorträgen das Projekt vorgestellt (1) und die Ziele des Workshops (2) erläutert. Zielsetzung des Workshops war es, auf Grundlage der im Projekt gewonnenen Ergebnisse zu Versorgungsdefiziten bei Alzheimer-Demenz und Multiple Sklerose sowie der identifizierten Maßnahmen zur Behebung bestehender Defizite, gemeinsam mit den aktiv in die Versorgung bzw. Versorgungssteuerung eingebundenen Experten:

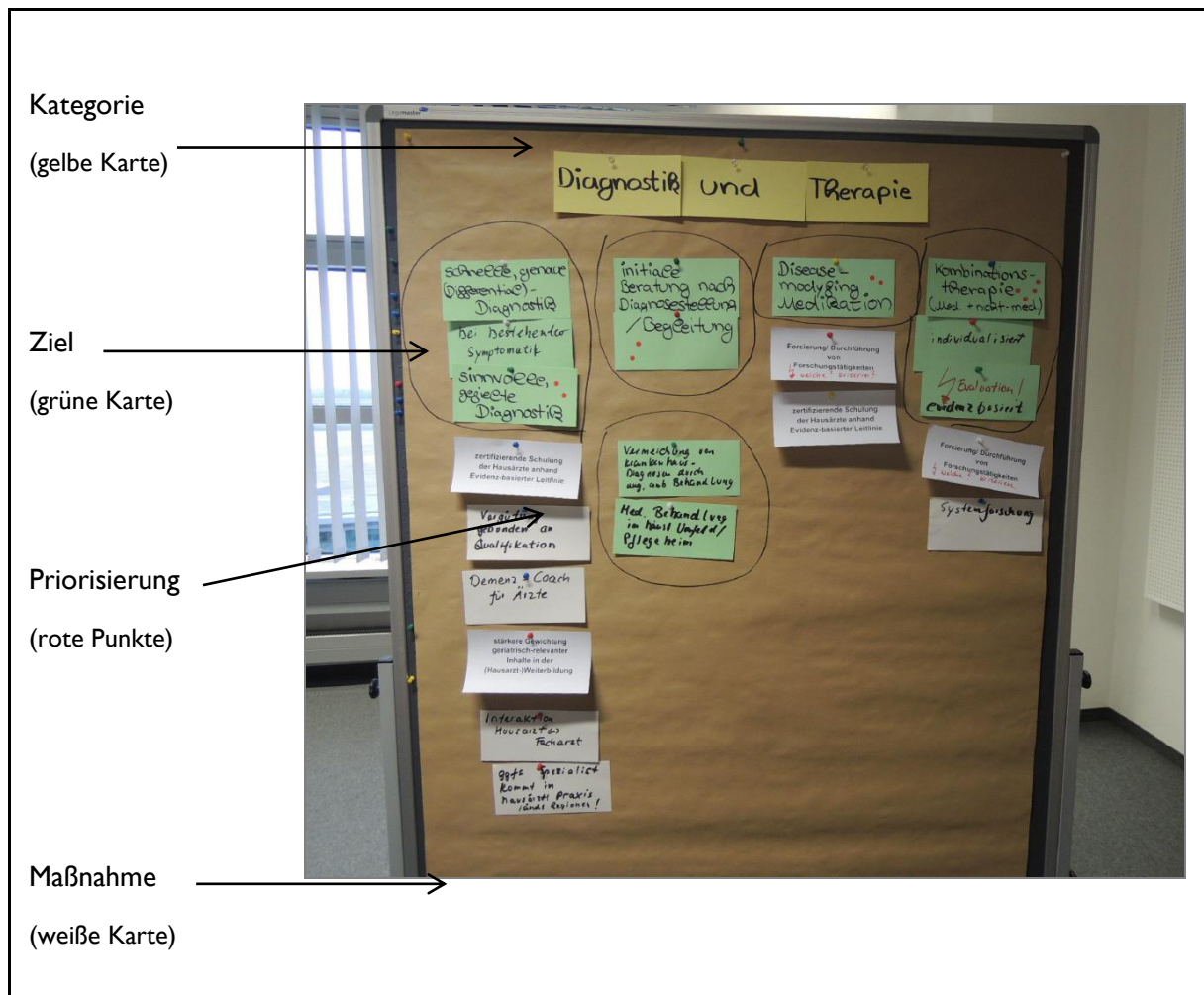
- Ziele zur Optimierung der Versorgung festzulegen und zu priorisieren
- Maßnahmen den benannten Zielen zuzuordnen
- ein „Wunsch-Konzept“, d. h. ein Versorgungskonzept ohne Begrenzung durch bestehende Restriktionen, zu entwickeln
- Kriterien zur Bewertung der Maßnahmen des „Wunsch-Konzeptes“ gemeinsam festzulegen.

Darüber hinaus wurden Einführungsvorträge zu den beiden ausgewählten Indikationen gehalten. Die Präsentationen zu Alzheimer-Demenz und Multiple Sklerose umfassten u. a. Informationen zur Epidemiologie, zur Diagnostik und Therapie (3). Anschließend wurde ein ethisches Framework zur Beurteilung des Versorgungsmanagements chronisch Kranker vorgestellt (4). Zudem erfolgte in diesem Kontext die Vorstellung der Ergebnisse der Untersuchungen zu Versorgungsdefiziten bei Alzheimer-Demenz und Multiple Sklerose. Dabei wurden auch potentielle Ursachen für die bestehenden Defizite aufgezeigt und Maßnahmen gezeigt, die zur Reduzierung der Defizite beitragen können (5). Ferner wurde der Kriterienkatalog zur Bewertung der Realisierbarkeit des „Wunsch-Konzeptes“ präsentiert (6).

### **3.3 Indikationsspezifische Gruppenarbeiten**

Im Anschluss folgte die indikationsspezifische Gruppenarbeitsphase. Hierzu bildeten die am Workshop teilnehmenden Experten, basierend auf ihrer fachlichen Expertise in dem jeweiligen Indikationsgebiet (Alzheimer-Demenz bzw. Multiple Sklerose), zwei Arbeitsgruppen. Zielsetzung jeder Gruppenarbeiten war die Entwicklung eines indikationsspezifischen „Wunsch-Konzeptes“. Die Gruppenarbeiten wurden jeweils durch Vertreter des Lehrstuhls für Medizinmanagement unter Anwendung der Metaplan-Methode moderiert. Vor dem Hintergrund und auf Grundlage der im Rahmen der Inputvorträge nach Kategorien aufgezeigten Versorgungsdefizite war es zunächst die Aufgabe der Gruppenmitglieder, aus ihrer Sicht erstrebenswerte Ziele für die vorab definierten Kategorien Diagnostik und Therapie, Krankenhaus und Rehabilitation, Pflege, Unterstützung und Betreuung, Wissen und Qualifikation (zusätzlich Information bei MS), Struktur sowie Kooperation und Koordination zu benennen. Im Anschluss sollten diesen Zielen mögliche Maßnahmen zur Zielerreichung zugeordnet werden. Hierzu konnten sich die Experten an einem auf den Projektergebnissen basierenden „Maßnahmen-Pool“ bedienen. Darüber hinaus bestand die Möglichkeit zur Benennung weiterer Maßnahmen. Die Zuordnung einer Maßnahme zu mehreren Zielen war zulässig. Zudem war von den Experten eine Priorisierung der von ihnen genannten Ziele gefordert. Hierfür sollten sie die auf Metaplankarten abgetragenen Ziele mittels ausgegebener Klebepunkte priorisieren. Die Anzahl der an die einzelnen Experten ausgehändigten Priorisierungspunkte betrug 50% der pro Indikation genannten Ziele. Abbildung 2 zeigt exemplarisch die Metaplanwand mit dem Ergebnis der Arbeitsgruppe Alzheimer-Demenz für die Kategorien Diagnostik und Therapie.

Abbildung 2: „Wunsch-Konzept“ Entwicklung mittels Metaplan-Methode (Fotoprotokoll)



(Quelle: eigene Darstellung)

### 3.4 Ergebnisse des Workshops

Die zentralen Ergebnisse des Expertenworkshops wurden in Form eines schriftlichen Protokolls festgehalten. Ergänzend hierzu wurde ein Fotoprotokoll von den Ergebnissen der indikationsspezifischen Gruppenarbeiten erstellt (s. exemplarisch Abbildung 2). Die Anzahl der von den Experten im Workshop in den unterschiedlichen Kategorien identifizierten Versorgungsziele und der diesen zugeordneten Maßnahmen (Vorliegen eines „Wunsch-Konzeptes“ je Indikation) sind in Tabelle 3 dargestellt.

**Tabelle 3: Anzahl identifizierter Versorgungsziele und Maßnahmen nach Kategorie für die Indikationen Alzheimer-Demenz und Multiple Sklerose**

Kategorie	Alzheimer-Demenz		Multiple Sklerose	
	Ziele	Maßnahmen	Ziele	Maßnahmen
Diagnostik und Therapie	5	9	4	4
Krankenhaus und Reha	3	8	4	4
Struktur, Kooperation und Koordination	2	8	8	4
Pflege, Unterstützung und Beratung	3	14	7	5
Wissen und Qualifikation (bei MS zusätzlich: Information)	1	2	6	4

(Quelle: eigene Darstellung)

In Ergänzung zu den Ergebnissen hinsichtlich Versorgungszielen und Maßnahmen wurde der vor dem Workshop entwickelte Kriterienkatalog zur Bewertung der Realisierbarkeit des „Wunsch-Konzeptes“ im Expertenplenum konsentiert.

### 3.5 Aufbereitung der Workshop-Ergebnisse

Die in den Protokollen festgehaltenen Ergebnisse des Workshops bzw. die von den Experten je Indikation benannten Versorgungsziele und Maßnahmen (= „Wunsch-Konzept“) wurden unter Berücksichtigung der von den Teilnehmern vorgenommenen Priorisierungen der Ziele in ein Bewertungsschema überführt, um sie anhand des Kriterienkatalogs (s. Abschnitt 2.5) strukturiert im Hinblick auf ihre Realisierbarkeit bewerten zu können. Der Aufbau des Bewertungsschemas ist in Tabelle 4 dargestellt.

**Tabelle 4: Bewertungsschema für das indikationsspezifische „Wunsch-Konzept“**

Wunsch-Konzept				Kriterienkatalog							Bewertung
Kategorie	Priorisierung	Ziel	Maßnahme	ethische Angemessenheit	allokative Aspekte	distributive Aspekte	fiskalische Aspekte	rechtliche Machbarkeit	politische Durchsetzbarkeit	kurz-/mittelfristige Umsetzbarkeit (Schlussfolgerung)	

(Quelle: eigene Darstellung)

### 3.6 Bewertung der Workshop-Ergebnisse

Bei der Bewertung der „Wunsch-Konzepte“ wurden folgende Regeln angewendet: Berücksichtigung im Bewertungsprozess fanden grundsätzlich nur Ziele, denen auch

Maßnahmen zugeordnet waren. Des Weiteren wurden nur Ziele (und zugeordnete Maßnahmen) im Bewertungsprozess berücksichtigt, die von den Experten mit mind. 5% (Schwellenwert) der auf dem Workshop ausgegebenen „Priorisierungspunkte“ priorisiert worden waren (Alzheimer-Demenz: 2 Punkte, Multiple Sklerose: 7 Punkte). Die diesen priorisierten Zielen zugeordneten Maßnahmen wurden dann anhand der konsentierten Kriterien (Kriterienkatalog) qualitativ von Vertretern des Instituts für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin (Kriterium: ethische Angemessenheit) und des Lehrstuhls für Medizinmanagement (restliche Kriterien) bewertet. Die Bewertung der Maßnahmen erfolgte dabei immer auch vor dem Hintergrund des jeweiligen Ziels, d. h. die gleiche Maßnahme konnte bei Zuordnung zu mehreren Zielen unterschiedliche Bewertungen erfahren. Als ungeeignet identifizierte Maßnahmen wurden ausgeschlossen.

## **4 Befragung der Workshop-Teilnehmer**

Nach Bewertung der im Workshop entwickelten „Wunsch-Konzepte“ im Hinblick auf ihre Realisierbarkeit wurde das Ergebnis des Bewertungsprozesses an die Workshop-Teilnehmer in Form eines Fragebogens zurückgespiegelt. Mit der Befragung wurde das Ziel verfolgt, von den Experten eine Einschätzung des Potentials sowie der selektivvertraglichen und flächendeckenden Realisierbarkeit von – durch den Bewertungsprozess nicht ausgeschlossenen – Maßnahmen zu erhalten.

### **4.1 Fragebogenentwicklung**

Vor dem Hintergrund dieser Zielsetzung der Befragung wurde ein Fragebogen konzipiert. Der Aufbau des Fragebogens ist in Abbildung 3 exemplarisch dargestellt. Unter Angabe der auf dem Workshop erfolgten Priorisierung und der zugehörigen Kategorie wurden für jedes Versorgungsziel die Maßnahmen aufgeführt, die den Bewertungsprozess positiv durchlaufen hatten (1. Spalte des Fragebogens). Die erste Frage des Fragebogens verlangte von den Experten eine Bewertung des Potentials der jeweiligen Maßnahme im Hinblick auf die Zielerreichung. Für die Bewertung stand eine 3-stufige Ordinalskala von niedrig bis hoch zur Verfügung (2. Spalte des Fragebogens). Im Fokus des Fragebogens standen Fragen nach der selektivvertraglichen (3. Spalte des Fragebogens) und flächendeckenden (4. Spalte des Fragebogens) Realisierbarkeit der Maßnahmen. Kombiniert mit der Einschätzung der Realisierbarkeit an sich war von den Experten zudem eine Einschätzung des für die Umsetzung der Maßnahme benötigten Zeitrahmens gefordert. Diese Experteneinschätzungen wurden mittels geschlossener Fragen abgefragt. Daneben wurde aber auch mit einer offenen Frage nach der Expertenmeinung obligatorischen Voraussetzungen zur selektivvertraglichen bzw. flächendeckenden Realisierbarkeit der Maßnahme gefragt. Zusätzlich bestand für die Experten im Bedarfsfall die Möglichkeit, freitextlich weitere Ergänzungen in einem Kommentarfeld vorzunehmen. Der Fragebogen wurde im pdf-Format erstellt, so dass Freitextfelder – trotz geringer Größe – genügend Platz für Antworten gaben.

**Abbildung 3: Fragebogen am Beispiel des Ziels „Schnelle und gezielte (Differential-) Diagnostik bei bestehender Symptomatik“ bei Alzheimer-Demenz**

Ziel: Schnelle und gezielte (Differential-) Diagnostik bei bestehender Symptomatik (Priorisierung: 2 Punkte; Kategorie: Diagnostik und Therapie)	Wie bewerten Sie das Potential der Maßnahme im Hinblick auf die Zielerreichung?			Ist die Maßnahme aus Ihrer Sicht im Rahmen eines Selektivvertrages realisierbar?			Ist die Maßnahme aus Ihrer Sicht flächendeckend zu realisieren?			
	Niedrig	Mittel	Hoch	Nein	Ja, kurz- bis mittel-fristig	Ja, aber nur wenn...	Nein	Ja, kurz- bis mittel-fristig	Ja, aber nur längerfristig	Ja, aber nur wenn...
Maßnahmen:										
• Zertifizierende Schulung der Hausärzte anhand einer Evidenz-basierten Leitlinie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• An Qualifikation gebundene Vergütung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Einsatz eines Demenz-Coaches (ärztlicher Ansprechpartner) für niedergelassene Ärzte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Stärkere Gewichtung geriatrisch-relevanter bzw. demenzspezifischer Inhalte in der (haus-) ärztlichen Weiterbildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Stärkere Interaktion bzw. Kooperation zwischen Hausärzten und Fachärzten, ggf. Spezialistenbesuche in der Hausarzt-Praxis in ländlichen Regionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommentärmöglichkeit	<input type="text"/>									

(Quelle: eigene Darstellung)

## 4.2 Durchführung der Befragung

Die Fragebögen wurden im Mai 2014 per Mail an die Workshop-Teilnehmer versendet. Die Ansprache erfolgte mittels standardisierten Anschreibens, welches auch eine kurze Erläuterung des Vorgehens bei der Bewertung der „Wunsch-Konzepte“ sowie eine Definition der im Fragebogen verwendeten Zeithorizonte beinhaltete. Der Fragebogen für Alzheimer-Demenz wurde an vier Workshop- Teilnehmer gesendet, welche diesen auch alle beantworteten. Der Fragebogen für Multiple Sklerose wurde von fünf der sieben angeschriebenen Workshop-Teilnehmer beantwortet.

## 4.3 Ergebnisse der Befragung

Die Ergebnisse der Expertenbefragung liegen in Form der ausgefüllten Fragebögen vor. Eine Berücksichtigung von Maßnahmen zur Ausgestaltung eines effizienten Versorgungsmanagements ist nur bei hinreichendem Potential der Maßnahme im Hinblick auf die Zielerreichung sowie selektivvertraglicher oder/und flächendeckender Realisierbarkeit sinnvoll. Hinreichendes Potential soll dann angenommen werden, wenn die Maßnahme von mindestens 50% der Experten mit „mittel“ bzw. „hoch“ bezüglich ihres Potentials zur Zielerreichung eingeschätzt und die Fragen nach der selektivvertraglichen und/oder der flächendeckenden Realisierbarkeit von mindestens der Hälfte der Befragten bejaht wurde.



Unter Anwendung des o. g. genannten Maßstabs bleiben bei der Indikation Alzheimer-Demenz 30 von 34 in die Befragung gegebenen Maßnahmen für die Ausgestaltung eines Versorgungsmanagements berücksichtigt. Bei der Indikation Multiple Sklerose finden alle neun in die Befragung gegebenen Maßnahmen Berücksichtigung. In den nachfolgenden indikationsspezifischen Ergebnisdarstellungen werden diese Maßnahmen, gegliedert nach den mit den Maßnahmen zu verfolgenden zehn (Alzheimer-Demenz) bzw. vier (Multiple Sklerose) Versorgungszielen, erläutert. Die Maßnahmen sind darüber hinaus aus den abgebildeten Fragebögen ersichtlich. Den Fragebögen ist auch zu entnehmen, welche Maßnahmen nach Experteneinschätzung nicht genügend Potential zur Zielerreichung und/oder keine Möglichkeit selektiver und/oder flächendeckender Realisierbarkeit besitzen. Die Angaben eines jeden Experten sind in den Fragebögen mit einem individuellen Farbkreuz markiert. Von den Experten gemachte Angaben zu obligatorischen Voraussetzungen der selektivvertraglichen bzw. flächendeckenden Realisierbarkeit der Maßnahme („Ja, aber nur wenn...“) sind aus Gründen der Übersicht nicht in den Abbildungen dargestellt, finden jedoch zum Teil im Text Berücksichtigung (s. Abschnitt 4.3.1 u. 4.3.2).

#### 4.3.1 Möglichkeiten der Ausgestaltung eines effizienten Versorgungsmanagements für Alzheimer-Demenz

Im Folgenden wird das Ergebnis der Expertenbefragung für die Indikation Alzheimer-Demenz dargestellt.

**Abbildung 4: Ergebnis der Expertenbefragung für das Ziel „Schnelle und gezielte (Differential-) Diagnostik bei bestehender Symptomatik“ bei Alzheimer-Demenz**

Ziel: Schnelle und gezielte (Differential-) Diagnostik bei bestehender Symptomatik (Priorisierung: 2 Punkte; Kategorie: Diagnostik und Therapie)	Wie bewerten Sie das Potential der Maßnahme im Hinblick auf die Zielerreichung?			Ist die Maßnahme aus Ihrer Sicht im Rahmen eines Selektivvertrages realisierbar?			Ist die Maßnahme aus Ihrer Sicht flächendeckend zu realisieren?			
	Niedrig	Mittel	Hoch	Nein	Ja, kurz- bis mittel-fristig	Ja, aber nur wenn...	Nein	Ja, kurz- bis mittel-fristig	Ja, aber nur längerfristig	Ja, aber nur wenn...
<b>Maßnahmen:</b>										
• Zertifizierende Schulung der Hausärzte anhand einer Evidenz-basierten Leitlinie		X X	X X	X	X X X			X	X X X	
• An Qualifikation gebundene Vergütung		X	X X X	X	X X X		X	X X	X	
• Einsatz eines Demenz-Coaches (ärztlicher Ansprechpartner) für niedergelassene Ärzte	X X X X			X X X X			X X X		X	
• Stärkere Gewichtung geriatrisch-relevanter bzw. demenzspezifischer Inhalte in der (haus-) ärztlichen Weiterbildung		X	X X X	X X X X					X X X X	
• Stärkere Interaktion bzw. Kooperation zwischen Hausärzten und Fachärzten, ggf. Spezialistenbesuche in der Hausarzt-Praxis in ländlichen Regionen		X X X	X	X	X X X		X	X	X X	

(Quelle: eigene Darstellung)

Ein zentrales Ziel in der Demenzversorgung stellt die schnelle und gezielte (Differential-) Diagnostik bei bestehender Symptomatik dar. Realisiert werden kann dieses Ziel nach Meinung der Experten durch im Rahmen eines Selektivvertrages kurz- bis mittelfristig umsetzbare Maßnahmen in Form einer zertifizierenden Schulung von Hausärzten anhand einer Evidenz-basierten Leitlinie – wobei ein Experte die Verbindlichkeit dieser Maßnahme als Voraussetzung für die Teilnahme am Vertrag voraussetzt –, einer an die Qualifikation gebundenen Vergütung sowie einer stärkeren Interaktion bzw. Kooperation zwischen Haus- und Fachärzten. Denkbar wären in diesem Kontext z. B. Spezialistenbesuche in Hausarztpraxen<sup>2</sup> im ländlichen Raum. Bedingung zur Realisierung letztgenannter Maßnahme ist aus Sicht eines Experten, dass das Ziel einer engen Zusammenarbeit zwischen den Medizinern vertraglich konkret formuliert ist. Alle aufgezeigten Maßnahmen lassen sich nach Angaben des Befragtenkollektivs grundsätzlich auch flächendeckend umsetzen, überwiegend jedoch nur längerfristig. Zur Zielerreichung beitragen kann nach Expertenmeinung zudem eine stärkere Gewichtung geriatrisch-relevanter bzw. demenzspezifischer Inhalte in der (haus-) ärztlichen Weiterbildung. Diese Maßnahme ist hingegen nach Einschätzungen der Experten ausschließlich längerfristig flächendeckend zu realisieren (s. Abbildung 4).

**Abbildung 5: Ergebnis der Expertenbefragung für das Ziel „Disease-modifying Medikation (DmM)“ bei Alzheimer-Demenz**

Ziel: Disease-modifying Medikation (DmM) (Priorisierung: 2 Punkte; Kategorie: Diagnostik und Therapie)	Wie bewerten Sie das Potential der Maßnahme im Hinblick auf die Zielerreichung?			Ist die Maßnahme aus Ihrer Sicht im Rahmen eines Selektivvertrages realisierbar?			Ist die Maßnahme aus Ihrer Sicht flächendeckend zu realisieren?			
	Niedrig	Mittel	Hoch	Nein	Ja, kurz- bis mittelfristig	Ja, aber nur wenn...	Nein	Ja, kurz- bis mittelfristig	Ja, aber nur längerfristig	Ja, aber nur wenn...
<b>Maßnahmen:</b>										
• Forcierung/ Durchführung von Forschungstätigkeiten (nach definierten Kriterien)		X X X	X	X X X X			X X X		X	
• Zertifizierende Schulung der Hausärzte anhand einer Evidenz-basierten Leitlinie (wenn DmM vorhanden)	X	X	X X	X X X	X		X	X	X X	

(Quelle: eigene Darstellung)

<sup>2</sup> Spezialärztlich tätige Mediziner leisten bei Bedarf fachliche Unterstützung in Hausarztpraxen, z. B. im Rahmen der Therapie der Demenzpatienten.

**Abbildung 6: Ergebnis der Expertenbefragung für das Ziel „Individualisierte evidenz-basierte Kombinationstherapie (medikamentös und nicht-medikamentös)“ bei Alzheimer-Demenz**

Ziel: Individualisierte evidenz-basierte Kombinationstherapie (medikamentös und nicht-medikamentös) (Priorisierung: 4 Punkte; Kategorie: Diagnostik und Therapie)	Wie bewerten Sie das Potential der Maßnahme im Hinblick auf die Zielerreichung?			Ist die Maßnahme aus Ihrer Sicht im Rahmen eines Selektivvertrages realisierbar?			Ist die Maßnahme aus Ihrer Sicht flächendeckend zu realisieren?			
	Niedrig	Mittel	Hoch	Nein	Ja, kurz- bis mittel-fristig	Ja, aber nur wenn...	Nein	Ja, kurz- bis mittel-fristig	Ja, aber nur längerfristig	Ja, aber nur wenn...
<b>Maßnahmen:</b>										
• Forcierung/ Durchführung von Forschungstätigkeiten (nach definierten Kriterien)		X X	X X	X X X	X		X		X X X	
• Systemforschung	X	X X X		X X X	X		X X		X X	

(Quelle: eigene Darstellung)

Zu den weiteren bedeutenden Zielen im Rahmen der Versorgung von Demenzpatienten gehören der Einsatz einer Disease-modifying Medikation (DmM) und eine individualisierte evidenzbasierte Kombinationstherapie (medikamentös und nicht-medikamentös). Während die Erreichung des erstgenannten Ziels zunächst einmal die Verfügbarkeit einer DmM voraussetzt – deren Einsatz nach Expertenmeinung allerdings dann durch das Angebot einer zertifizierenden Schulung für Hausärzte auf Grundlage einer Evidenz-basierten Leitlinie unterstützt werden kann –, ist das zweite Ziel nach Meinung der Befragten durch die Forcierung bzw. Durchführung von Forschungsaktivitäten anhand festgelegter Kriterien sowie durch Gesundheitssystemforschung realisierbar. Alle drei Maßnahmen sind nach Angaben der Experten nur längerfristig flächendeckend umsetzbar (s. Abbildung 5 und Abbildung 6).

**Abbildung 7: Ergebnis der Expertenbefragung für das Ziel „Demenzadäquate Versorgung“ bei Alzheimer-Demenz**

Ziel: Demenzadäquate Versorgung (Priorisierung: 2 Punkte; Kategorie: Krankenhaus und Reha)	Wie bewerten Sie das Potential der Maßnahme im Hinblick auf die Zielerreichung?			Ist die Maßnahme aus Ihrer Sicht im Rahmen eines Selektivvertrages realisierbar?			Ist die Maßnahme aus Ihrer Sicht flächendeckend zu realisieren?			
	Niedrig	Mittel	Hoch	Nein	Ja, kurz- bis mittelfristig	Ja, aber nur wenn...	Nein	Ja, kurz- bis mittelfristig	Ja, aber nur längerfristig	Ja, aber nur wenn...
<b>Maßnahmen:</b>										
• Einsatz eines Verantwortlichen ("Demenzbeauftragten") je Einrichtung/interne Schulung		X X	X X		X X X X		X	X X X		
• Demenzspezifische/gerontopsychiatrische Fortbildungen für Pflegepersonal			X X X X	X X	X X			X	X X X	
• Rooming-in (Mitaufnahme) von Angehörigen	X	X X X		X	X X X		X	X X	X	
• Bereitstellung personeller Ressourcen/Demenz-Begleiter		X	X X X	X	X X X		X	X X X		
• Etablierung eines Konsiliardienstes	X	X X X			X X X X		X	X X	X	
• Einsatz der Betreuungskräfte nach § 45b SGB XI auch im Krankenhaus	X X	X	X	X	X X X		X	X X X		

(Quelle: eigene Darstellung)

Das Ziel einer demenzadäquaten Versorgung im Krankenhaus und in Reha-Einrichtungen lässt sich nach Meinung der Befragten im Rahmen eines Selektivvertrages kurz- bis mittelfristig unter anderem durch den Einsatz eines Demenzbeauftragten je Einrichtung und die Mitaufnahme (Rooming-in) von Angehörigen verwirklichen. Gemäß Aussage eines Experten ist die Voraussetzung für die letztgenannte Maßnahme, dass ein Nachweis für die Bereitschaft der Inanspruchnahme auf Seiten der Pflegenden sowie ein Evidenz-basierter Nutzen auf Seiten der Betroffenen vorliegen. Weitere selektivvertraglich zu realisierende Maßnahmen sind der Expertenmeinung zufolge die Bereitstellung von Demenzbegleitern, die Etablierung eines Konsiliardienstes<sup>3</sup> sowie der Einsatz der Betreuungskräfte nach § 45b SGB XI auch in Krankenhäusern. Die zuletzt genannte Maßnahme ist aus der Perspektive eines Befragten nur unter der Bedingung möglich, dass die strikte Trennung zwischen den Sozialgesetzbüchern SGB V und SGB XI aufgehoben wird. Sämtliche zuvor aufgezeigten Maßnahmen sind aus Sicht der Experten auch kurz- bis mittelfristig flächendeckend umsetzbar. Eine weitere Maßnahme zur Realisierung des Ziels einer demenzadäquaten Versorgung im Krankenhaus und in Reha-Einrichtungen stellt das Angebot von demenzspezifischen bzw. gerontopsychiatrischen Fortbildungen für das Pflegepersonal dar. Diese Maßnahme ist nach Angaben der Befragten ebenfalls im Rahmen eines

<sup>3</sup> Dienstleistung, im Rahmen derer die Beratung, Beurteilung und Betreuung eines Patienten durch einen Konsiliararzt stattfindet. Das Hinzuziehen eines Konsiliararztes durch den behandelnden Mediziner kann z. B. zur Einholung einer Zweitmeinung hinsichtlich Diagnostik und Therapie erfolgen.

Selektivvertrages kurz- bis mittelfristig, jedoch flächendeckend nur längerfristig zu realisieren (s. Abbildung 7).

**Abbildung 8: Ergebnis der Expertenbefragung für das Ziel „Adäquater Informationsübergang zwischen den Sektoren“ bei Alzheimer-Demenz**

Ziel: Adäquater Informationsübergang zwischen den Sektoren (Priorisierung: 2 Punkte; Kategorie: Krankenhaus und Reha)	Wie bewerten Sie das Potential der Maßnahme im Hinblick auf die Zielerreichung?			Ist die Maßnahme aus Ihrer Sicht im Rahmen eines Selektivvertrages realisierbar?			Ist die Maßnahme aus Ihrer Sicht flächendeckend zu realisieren?			
	Niedrig	Mittel	Hoch	Nein	Ja, kurz- bis mittelfristig	Ja, aber nur wenn...	Nein	Ja, kurz- bis mittelfristig	Ja, aber nur längerfristig	Ja, aber nur wenn...
Maßnahmen: • Aufbau geeigneter IT-Infrastruktur	X X	X X		X	X X X		X X		X X	

(Quelle: eigene Darstellung)

Des Weiteren stellt ein adäquater Informationsübergang zwischen dem stationären Versorgungsbereich (Krankenhaus und Reha) und dem ambulanten Sektor ein Ziel in der Demenzversorgung dar. Die Erreichung dieses Ziels ist gemäß den Ausführungen der Befragten – aus Sicht eines Experten allerdings nur unterstützend bzw. als Bestandteil eines integrierten Versorgungsmodells – durch den Aufbau einer geeigneten IT-Infrastruktur im Rahmen eines Selektivvertrages kurz- bis mittelfristig, jedoch flächendeckend ausschließlich längerfristig möglich (s. Abbildung 8).

**Abbildung 9: Ergebnis der Expertenbefragung für das Ziel „Ganzheitliche Versorgung“ bei Alzheimer-Demenz**

Ziel: Ganzheitliche Versorgung (Priorisierung: 3 Punkte; Kategorie: Struktur, Kooperation und Koordination)	Wie bewerten Sie das Potential der Maßnahme im Hinblick auf die Zielerreichung?			Ist die Maßnahme aus Ihrer Sicht im Rahmen eines Selektivvertrages realisierbar?			Ist die Maßnahme aus Ihrer Sicht flächendeckend zu realisieren?			
	Niedrig	Mittel	Hoch	Nein	Ja, kurz- bis mittelfristig	Ja, aber nur wenn...	Nein	Ja, kurz- bis mittelfristig	Ja, aber nur längerfristig	Ja, aber nur wenn...
Maßnahmen: • Bereitstellung eines Individualbudgets	X	X	X X	X X	X X		X	X X	X	
• Realisierung einer Nationalen Versorgungsleitlinie	X	X X	X	X X X	X			X X	X X	
• Adäquate Finanzierung von Leitlinien	X X X	X		X X X X			X	X X	X	

(Quelle: eigene Darstellung)

Ein wichtiges Ziel ist zudem die Realisierung einer ganzheitlichen Versorgung<sup>4</sup> von Demenzpatienten. Dieses Ziel lässt sich nach Angaben der Experten durch Maßnahmen in

<sup>4</sup> Etablierung von Versorgungsstrukturen, die keine Schnittstellenprobleme zwischen den an der Demenzversorgung beteiligten Akteuren aufweisen bzw. zulassen.

Form der Bereitstellung eines Individualbudgets<sup>5</sup> für die Patientenversorgung sowie der Implementierung einer Nationalen Versorgungsleitlinie verwirklichen. Beide Maßnahmen sind den Ausführungen der Befragten zufolge kurz- bis mittelfristig, d.h. innerhalb von fünf Jahren, flächendeckend umsetzbar, wobei in diesem Kontext letztere Maßnahme aus Expertensicht nur unter der Voraussetzung einer Kompromissbereitschaft auf Seiten aller beteiligten Akteure, insbesondere der medizinischen Fachgesellschaften, möglich ist. Die erstgenannte Maßnahme kann laut den Experten auch im Rahmen eines Selektivvertrages kurz- bis mittelfristig realisiert werden (s. Abbildung 9).

**Abbildung 10: Ergebnis der Expertenbefragung für das Ziel „Kooperation aller an der Pflege Beteiligten (i. S. d. Patienten)“ bei Alzheimer-Demenz**

Ziel: Kooperation aller an der Pflege Beteiligten (i. S. d. Patienten) (Priorisierung: 2 Punkte; Kategorie: Struktur, Kooperation und Koordination)	Wie bewerten Sie das Potential der Maßnahme im Hinblick auf die Zielerreichung?			Ist die Maßnahme aus Ihrer Sicht im Rahmen eines Selektivvertrages realisierbar?			Ist die Maßnahme aus Ihrer Sicht flächendeckend zu realisieren?			
	Niedrig	Mittel	Hoch	Nein	Ja, kurz- bis mittelfristig	Ja, aber nur wenn...	Nein	Ja, kurz- bis mittelfristig	Ja, aber nur längerfristig	Ja, aber nur wenn...
<b>Maßnahmen:</b>										
• Schaffung von Qualitätszirkeln	X X	X X		X	X X X		X X	X	X	
• Etablierung von Pflegekonferenzen/ Runden Tischen	X	X X X		X	X X X		X X	X	X	
• Festlegung von Verantwortlichkeiten zur Koordination/ Organisation der Unterstützungsangebote		X X X	X		X X X X		X	X X	X	
• Implementierung interdisziplinärer Fallkonferenzen	X	X X	X	X	X X X		X X	X	X	

(Quelle: eigene Darstellung)

Ein weiteres Ziel stellt die Kooperation zwischen allen an der Pflege Beteiligten im Sinne des Demenzpatienten dar. In diesem Kontext bieten sich zur Zielerreichung gemäß Aussagen der Experten Maßnahmen in Form der Schaffung von Qualitätszirkeln, der Etablierung von Pflegekonferenzen, der Implementierung interdisziplinärer Fallkonferenzen sowie der Festlegung von Verantwortlichkeiten zur Koordination bzw. Organisation bestehender Unterstützungsangebote an. Alle benannten Maßnahmen sind nach Angaben der Befragten im Rahmen eines Selektivvertrages kurz- bis mittelfristig realisierbar, wobei es für die Umsetzung dieser Maßnahmen in Form von Verträgen zur Integrierten Versorgung aus Sicht eines Experten des Abbaus administrativer Hemmnisse bzw. von Überregulierung (Vorlagepflicht der Verträge beim Bundesversicherungsamt (BVA)) bedarf. Auch sind die aufgezeigten Maßnahmen den Experten zufolge ebenfalls längerfristig flächendeckend umsetzbar. Bei der letztgenannten Maßnahme erachten die Experten eine flächendeckende

<sup>5</sup> Speziell für die Versorgung von Demenzpatienten abrufbares übergeordnetes Budget. Dadurch sollen im Bedarfsfall sinnvolle ergänzende Leistungen – ohne vorherige Abklärung von Zuständigkeiten im Hinblick auf die Finanzierung dieser am individuellen Patientenbedarf zu orientierenden Leistungen – umgehend erbracht werden können.

Umsetzung bereits kurz- bis mittelfristig, d.h. innerhalb von fünf Jahren, für möglich (s. Abbildung 10).

**Abbildung 11: Ergebnis der Expertenbefragung für das Ziel „Bedürfnisorientierter Support für Angehörige“ bei Alzheimer-Demenz**

Ziel: Bedürfnisorientierter Support für Angehörige (Priorisierung: 3 Punkte; Kategorie: Pflege, Unterstützung und Beratung)	Wie bewerten Sie das Potential der Maßnahme im Hinblick auf die Zielerreichung?			Ist die Maßnahme aus Ihrer Sicht im Rahmen eines Selektivvertrages realisierbar?			Ist die Maßnahme aus Ihrer Sicht flächendeckend zu realisieren?			
	Niedrig	Mittel	Hoch	Nein	Ja, kurz- bis mittelfristig	Ja, aber nur wenn...	Nein	Ja, kurz- bis mittelfristig	Ja, aber nur längerfristig	Ja, aber nur wenn...
<b>Maßnahmen:</b>										
• Angebot an psychosozialer Beratung		X X	X X	X X	X X		X	X	X X	
• Krisendienst als Anlaufstelle für Angehörige		X	X X X	X X	X X		X	X	X X	
• Spezifisches Informations- und Beratungsprogramm für Angehörige/ Information über Angebote		X X X X		X X	X X		X	X	X X	
• Beratung zu bestehenden Unterstützungsangeboten/ Hilfestellung bei der Beantragung		X	X X X	X X	X X			X X	X	
• Selbsthilfegruppen für pflegende Angehörige	X	X X	X	X X X	X		X	X	X X	
• Empfehlung von Hilfsleistungen durch den Hausarzt	X		X X X	X X	X X		X X	X	X	

(Quelle: eigene Darstellung)

Ferner ist eine an den Bedürfnissen der Angehörigen von Demenzen orientierte Unterstützung ein bedeutsames Ziel. Die Erreichung dieser Zielsetzung kann aus der Perspektive der Befragten unter anderem durch Maßnahmen in Form von hausärztlichen Empfehlungen im Hinblick auf Hilfsleistungen, eines Angebots an psychosozialer Beratung sowie eines umfassenden spezifischen Informations- und Beratungsprogramms erfolgen. Weitere relevante Maßnahmen zur Realisierung des Ziels sind laut Angabe der Experten die Einrichtung eines Krisendienstes als erste Anlaufstelle, das Angebot von Selbsthilfegruppen sowie die Beratung zu bestehenden Unterstützungsmöglichkeiten und damit verbunden eine Hilfestellung bei der Beantragung von Leistungen. Während die Umsetzung der letztgenannten Maßnahme bereits kurz- bis mittelfristig, d.h. innerhalb eines Zeitraums von bis zu fünf Jahren, flächendeckend erfolgen kann, sind die anderen Maßnahmen aus Sicht der Experten nur längerfristig flächendeckend realisierbar. Bis auf das Angebot von Selbsthilfegruppen für pflegende Angehörige können laut Befragungsergebnis zudem alle Maßnahmen im Rahmen eines Selektivvertrages kurz- bis mittelfristig umgesetzt werden (s. Abbildung 11).

**Abbildung 12: Ergebnis der Expertenbefragung für das Ziel „Qualifizierte Pflege zu Hause“ bei Alzheimer-Demenz**

Ziel: Qualifizierte Pflege zu Hause (Priorisierung: 2 Punkte; Kategorie: Pflege, Unterstützung und Beratung)	Wie bewerten Sie das Potential der Maßnahme im Hinblick auf die Zielerreichung?			Ist die Maßnahme aus Ihrer Sicht im Rahmen eines Selektivvertrages realisierbar?			Ist die Maßnahme aus Ihrer Sicht flächendeckend zu realisieren?			
	Niedrig	Mittel	Hoch	Nein	Ja, kurz- bis mittelfristig	Ja, aber nur wenn...	Nein	Ja, kurz- bis mittelfristig	Ja, aber nur längerfristig	Ja, aber nur wenn...
<b>Maßnahmen:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Einsatz eines Case/ Care Managers</li> <li>• Demenzspezifische/ gerontopsychiatrische Fortbildungen für Pflegepersonal</li> <li>• Tagespflege in kleinen Gruppen zur sozialen Interaktion (Patienten- und Angehörigen-Gruppenbetreuung)</li> </ul>	X X	X	X	X	X X X		X X X	X		
		X X X	X	X X X	X			X	X X X	
		X	X X X	X	X X X		X	X	X X	

(Quelle: eigene Darstellung)

Des Weiteren zählt die qualifizierte Pflege bzw. die adäquate Betreuung in der Häuslichkeit zu den priorisierten Zielen in der Demenzversorgung. Zur Zielerreichung sind gemäß Ausführungen des Befragtenkollektivs Maßnahmen in Form einer Tagespflege in Kleingruppen zur sozialen Interaktion, eines Einsatzes von Case bzw. Care Managern sowie eines Angebots demenzspezifischer resp. gerontopsychiatrischer Fortbildungen für das Pflegepersonal sinnvoll. Während nach Meinung der Experten die zuletzt aufgeführte Maßnahme nur längerfristig flächendeckend umgesetzt werden kann – aus Befragtensicht allerdings nur unter der Voraussetzung einer besseren Vergütung im Bereich der Pflege und der Möglichkeit seitens der Einrichtungen, Mitarbeiter für Fortbildungen freizustellen –, ist demgegenüber der Einsatz eines Case bzw. Care Managers ausschließlich im Rahmen eines Selektivvertrages kurz- bis mittelfristig zu realisieren. Die Maßnahme „Tagespflege in Kleingruppen“, bei der ein betreuter Austausch sowohl zwischen den Demenzerkrankten als auch zwischen den Angehörigen erfolgen soll, ist aus Sicht der Befragten im Rahmen eines Selektivvertrages kurz- bis mittelfristig als auch längerfristig flächendeckend umsetzbar. Eine flächendeckende Realisierbarkeit dieser Maßnahme setzt nach Angaben eines Experten allerdings unter anderem die Verfügbarkeit ausreichender Personalressourcen voraus (s. Abbildung 12).



**Abbildung 13: Ergebnis der Expertenbefragung für das Ziel „Sensibilisierung der Gesellschaft für Demenz“ bei Alzheimer-Demenz**

Ziel: Sensibilisierung der Gesellschaft für Demenz (Priorisierung: 2 Punkte; Kategorie: Wissen und Qualifikation)	Wie bewerten Sie das Potential der Maßnahme im Hinblick auf die Zielerreichung?			Ist die Maßnahme aus Ihrer Sicht im Rahmen eines Selektivvertrages realisierbar?			Ist die Maßnahme aus Ihrer Sicht flächendeckend zu realisieren?			
	Niedrig	Mittel	Hoch	Nein	Ja, kurz- bis mittel-fristig	Ja, aber nur wenn...	Nein	Ja, kurz- bis mittel-fristig	Ja, aber nur längerfristig	Ja, aber nur wenn...
<b>Maßnahmen:</b>										
• Aufklärung der Gesellschaft	X X X		X	X X X X			X		X X X	
• Angebot an Schulungen für unterschiedliche Berufsgruppen (z.B. Bankangestellte, Polizei etc.)	X X	X	X	X X X X			X X		X X	

(Quelle: eigene Darstellung)

Letztlich stellt auch die Sensibilisierung der Gesellschaft für das Thema „Demenz“ ein wichtiges Ziel aus Sicht der Experten dar. Dieses Ziel lässt sich gemäß Ausführungen der Befragten durch ein auf spezifische Berufsgruppen abgestimmtes Schulungsangebot realisieren. Die Umsetzung dieser Maßnahme ist ausschließlich längerfristig flächendeckend möglich (s. Abbildung 13).

#### 4.3.2 Möglichkeiten der Ausgestaltung eines effizienten Versorgungsmanagements für Multiple Sklerose

Nachfolgend ist das Ergebnis der Befragung der Experten für die Indikation Multiple Sklerose (MS) dargestellt.

**Abbildung 14: Ergebnis der Expertenbefragung für das Ziel „Compliance / Adhärenz“ bei Multiple Sklerose**

Ziel: Compliance / Adhärenz (Priorisierung: 7 Punkte; Kategorie: Diagnostik und Therapie)	Wie bewerten Sie das Potential der Maßnahme im Hinblick auf die Zielerreichung?			Ist die Maßnahme aus Ihrer Sicht im Rahmen eines Selektivvertrages realisierbar?			Ist die Maßnahme aus Ihrer Sicht flächendeckend zu realisieren?			
	Niedrig	Mittel	Hoch	Nein	Ja, kurz- bis mittel-fristig	Ja, aber nur wenn...	Nein	Ja, kurz- bis mittel-fristig	Ja, aber nur längerfristig	Ja, aber nur wenn...
<b>Maßnahmen:</b>										
• Einsatz einer unabhängigen MS-spezialisierten Pflegekraft bzw. MS-Nurse zur Sicherstellung eines langfristigen und kontinuierlichen Patientenkontaktes (als Bestandteil des Praxismanagements)		X X X	X X	X	X X X		X	X X X	X	
• Bereitstellung einer zusätzlichen Vergütung von MS-Nurses	X	X X X X			X X X X X		X	X X X X		
• Teilnahme an MS-Konferenzen (im Rahmen des Praxismanagements)		X X	X X X	X	X X X X			X X X X	X	

(Quelle: eigene Darstellung)

Ein prioritäres Ziel in der Multiple Sklerose Versorgung ist die (Erreichung von) Compliance bzw. Adhärenz bei den betroffenen Patienten. Das Ziel kann nach Meinung der befragten Experten einerseits durch den Einsatz einer unabhängigen MS-Nurse<sup>6</sup> erreicht werden, welche einen langfristigen und kontinuierlichen Kontakt zum Patienten sicherstellt. Der Einsatz der MS-Nurse kann dabei als Bestandteil des Praxismanagements bei niedergelassenen Neurologen gesehen werden. Eine weitere – dem Einsatz einer MS-Nurse vorgeschaltete – Maßnahme ist aus Sicht der Experten die Bereitstellung einer zusätzlichen Vergütung für dieses spezifische Fachpersonal. Im Hinblick auf die Compliance bzw. Adhärenz zielführend ist den Angaben der Befragten zufolge zudem die Teilnahme von an der MS-Versorgung beteiligten Leistungserbringern (Neurologen, MS-Nurse etc.) an MS-Konferenzen. Alle drei Maßnahmen sind nach Einschätzung der Experten kurz- bis mittelfristig, d.h. in einem Zeitraum von bis zu fünf Jahren, im Rahmen eines Selektivvertrages, ebenso aber auch kurz- bis mittelfristig flächendeckend realisierbar. Von zwei Experten wird auf die Notwendigkeit einer gesicherten (Re-) Finanzierung der Maßnahmen, insbesondere des Einsatzes der MS-Nurse hingewiesen.

**Abbildung 15: Ergebnis der Expertenbefragung für das Ziel „(Neuro-)Psychologische Diagnostik und Therapie“ bei Multiple Sklerose**

Ziel: (Neuro-)Psychologische Diagnostik und Therapie (Priorisierung: 14 Punkte; Kategorie: Diagnostik und Therapie)	Wie bewerten Sie das Potential der Maßnahme im Hinblick auf die Zielerreichung?			Ist die Maßnahme aus Ihrer Sicht im Rahmen eines Selektivvertrages realisierbar?			Ist die Maßnahme aus Ihrer Sicht flächendeckend zu realisieren?			
	Niedrig	Mittel	Hoch	Nein	Ja, kurz- bis mittelfristig	Ja, aber nur wenn...	Nein	Ja, kurz- bis mittelfristig	Ja, aber nur längerfristig	Ja, aber nur wenn...
Maßnahmen: • MS-spezifische Leistungserbringer (z.B. MS-spezifischer Neuropsychologe)	X	XX	XX		XXXXX		XXX		XX	

(Quelle: eigene Darstellung)

Um MS-Patienten die aus Expertensicht bedeutsame (neuro-) psychologische Diagnostik und Therapie zugänglich zu machen (Ziel), sind nach Angaben der befragten Experten MS-spezifische Leistungserbringer wie z.B. auf MS spezialisierte Neuropsychologen erforderlich (Maßnahme). Nach Expertenmeinung kann eine Einbindung/Beteiligung von auf MS spezialisierter Leistungserbringer in/an die MS-Versorgung jedoch nur im Rahmen eines Selektivvertrages realisiert werden – dies jedoch kurz- bis mittelfristig, d.h. in nicht mehr als fünf Jahren. Flächendeckend ist die Maßnahme den Angaben der Befragten zufolge – auch längerfristig – nicht umzusetzen. Die Anzahl an MS-spezialisierten Neuropsychologen ist nach Meinung eines Experten für eine Flächendeckung zu gering. Ein anderer Experte sieht

<sup>6</sup> Bei einer MS-Nurse (auch: MS-Schwester bzw. MS-Pfleger) handelt es sich um speziell für die Betreuung von MS-Patienten geschulte examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen oder medizinische Fachangestellte. Neben der Schulung von MS-Patienten in der Selbstinjektion und der Beratung zum Umgang mit damit verbundenen Nebenwirkungen übernehmen MS-Nurses mittlerweile weitere, im Hinblick auf eine ganzheitliche Betreuung von MS-Patienten ausgerichtete Aufgaben. Bspw. helfen MS-Nurses bei der Krankheitsbewältigung, unterstützen in bürokratischen Angelegenheiten und dienen als erster Ansprechpartner für MS-Patienten (Pitschnau-Michel 2008).

grundsätzlich zur Umsetzung der Maßnahme die Notwendigkeit einer Förderung der für eine MS-Spezialisierung erforderlichen Weiterbildung.

**Abbildung 16: Ergebnis der Expertenbefragung für das Ziel „Förderung spezifischen Wissens für Leistungserbringer (u.a. hinsichtlich Diagnostik), Patienten und Angehörige“ bei Multiple Sklerose**

Ziel: Förderung spezifischen Wissens für Leistungserbringer (u.a. hinsichtlich Diagnostik), Patienten und Angehörige (Priorisierung: 19 Punkte; Kategorie: Wissen, Qualifikation und Information)	Wie bewerten Sie das Potential der Maßnahme im Hinblick auf die Zielerreichung?			Ist die Maßnahme aus Ihrer Sicht im Rahmen eines Selektivvertrages realisierbar?			Ist die Maßnahme aus Ihrer Sicht flächendeckend zu realisieren?			
	Niedrig	Mittel	Hoch	Nein	Ja, kurz- bis mittelfristig	Ja, aber nur wenn...	Nein	Ja, kurz- bis mittelfristig	Ja, aber nur längerfristig	Ja, aber nur wenn...
<b>Maßnahmen:</b> • Aufklärung und Information für Hausärzte über das MS-Krankheitsbild (z.B. in Form von Aufklärung bei Hausärzte-Qualitätszirkeln)		X X X X	X	X	X X X			X X X X	X	

(Quelle: eigene Darstellung)

Im Hinblick auf das am höchsten priorisierte Ziel, die Förderung spezifischen Wissens für Leistungserbringer, Patienten und Angehörige, wird von den befragten Experten die Aufklärung und Information für Hausärzte über das MS-Krankheitsbild – denkbar zum Beispiel im Rahmen von Hausärzte-Qualitätszirkeln – als geeignete Maßnahme zur Zielerreichung gesehen. Die Maßnahme ist den Ausführungen der Experten zufolge kurz- bis mittelfristig sowohl selektivvertraglich als auch flächendeckend realisierbar.

**Abbildung 17: Ergebnis der Expertenbefragung für das Ziel „MS-spezialisierte ambulante Versorgungszentren / neurologische Schwerpunktzentren“ bei Multiple Sklerose**

Ziel: MS-spezialisierte ambulante Versorgungszentren / neurologische Schwerpunktzentren (Priorisierung: 18 Punkte; Kategorie: Diagnostik und Therapie)	Wie bewerten Sie das Potential der Maßnahme im Hinblick auf die Zielerreichung?			Ist die Maßnahme aus Ihrer Sicht im Rahmen eines Selektivvertrages realisierbar?			Ist die Maßnahme aus Ihrer Sicht flächendeckend zu realisieren?			
	Niedrig	Mittel	Hoch	Nein	Ja, kurz- bis mittelfristig	Ja, aber nur wenn...	Nein	Ja, kurz- bis mittelfristig	Ja, aber nur längerfristig	Ja, aber nur wenn...
• Case-Manager in Form einer MS-spezialisierten Pflegekraft bzw. MS-Nurse, die dem Facharzt zugeordnet ist und Fallkonferenzen einberuft		X X	X X X	X	X X X X			X X X X	X	
• Festgelegtes, auf MS spezialisiertes Leistungsteam		X X	X X X	X	X X X X			X X X X	X	
• In ländlichen Regionen: fachspezifische Supervision der MS-Versorgung des Hausarztes durch diagnostestellenden Arzt, unterstützt durch IT-Strukturen (z.B. Teletherapie)	X		X X X X	X X	X X X			X X	X X	
• Ansiedlung eines Psychologen im MS-Zentrum	X	X X	X X	X	X X X X		X	X X X X		

(Quelle: eigene Darstellung)

Schließlich stellt die Etablierung MS-spezialisierter ambulanter Versorgungszentren bzw. neurologischer Schwerpunktzentren ein hoch priorisiertes Ziel im Rahmen der MS-Versorgung dar. Hinreichendes Potential zur Zielerreichung besitzen nach Einschätzung der Experten vier Maßnahmen. Neben einem Case-Manager in Form einer MS-spezialisierten Pflegekraft bzw. einer MS-Nurse, die dem (in dem jeweiligen Zentrum ansässigen) Facharzt zugeordnet ist und die auch Fallkonferenzen einberufen kann, wird von den Befragten auch die Ansiedlung eines (auf MS spezialisierten) Psychologen in der jeweiligen das Zentrum bildenden Einrichtung als geeignete Maßnahme erachtet. Case Manager und Psychologe können dabei als Teil eines festgelegten, auf MS-spezialisierten Leistungsteams gesehen werden, welches eine weitere Maßnahme zur Verwirklichung des Ziels MS-spezialisierter ambulanter Versorgungszentren bzw. neurologischer Schwerpunktzentren darstellt. Diese drei Maßnahmen sind nach Meinung der Experten sowohl im Rahmen eines Selektivvertrages als auch flächendeckend kurz- bis mittelfristig, d.h. innerhalb eines Zeitraums von bis zu fünf Jahren, realisierbar. Die flächendeckende Umsetzung der Maßnahmen setzt aus Sicht eines Experten jedoch eine Regelung der Vergütung im Rahmen des EBM voraus. In ländlichen Regionen stellt auch die fachspezifische Supervision der MS-Versorgung des Hausarztes durch den diagnosestellenden Arzt, unterstützt durch IT-Strukturen – denkbar in Form von Teletherapie – eine Maßnahme zur Zielerreichung dar, welche sich selektivvertraglich kurz- bis mittelfristig, flächendeckend jedoch nur langfristig, d.h. nicht innerhalb von fünf Jahren, umsetzen lässt. Eine Realisierung der Maßnahme, im Speziellen der Teletherapie, setzt aus Sicht eines Experten eine Regelung im Hinblick auf datenschutzrechtliche Aspekte voraus, ebenso wie den Nachweis, dass die Maßnahme medizinisch zielführend und eine Refinanzierung gegeben ist.

## **5 Zusammenfassende Schlussfolgerungen**

Vor dem Hintergrund der in der Versorgung chronisch Kranker in Deutschland gesehenen Defizite und den damit einhergehenden, zunehmenden ökonomischen Belastungen des deutschen Gesundheitssystems war es Ziel des interdisziplinären Forschungsprojektes „Möglichkeiten der Ausgestaltung eines effizienten Versorgungsmanagements chronisch Kranker - ethische, ökonomische, rechtliche und gesellschaftliche Aspekte“, exemplarisch anhand der beiden chronischen Erkrankungen Alzheimer-Demenz und Multiple Sklerose die Möglichkeiten und Bedingungen für ein effizientes Versorgungsmanagement chronisch Kranker zu analysieren sowie potenzielle Grenzen zu identifizieren.

In einem ersten Schritt wurden daher für die beiden betrachteten Indikationen umfangreiche Bestandsaufnahmen zu bestehenden Versorgungsdefiziten in Deutschland durchgeführt, stellt deren Identifizierung doch die Grundlage für eine effiziente Gestaltung der Versorgung dar. Über Bestandsaufnahmen zu bisher in der GKV existenten Versorgungsmanagement-Programmen sowie über einen nationalen und einen internationalen Review zur Effektivität und Kosteneffektivität von Versorgungsprogrammen wurde dann ein breites Spektrum potentieller Maßnahmen zur Behebung bzw. Reduzierung dieser Versorgungsdefizite identifiziert. Die Ergebnisse zu Versorgungsdefiziten und Maßnahmen gingen als Input in einen

interdisziplinären Expertenworkshop ein, auf dem Patientenvertreter, Vertreter von Leistungserbringern und Vertreter von Kostenträgern mit indikationsspezifischer Expertise Versorgungskonzepte (ohne Begrenzung durch bestehende Restriktionen, daher: „Wunsch-Konzepte“) entwickelten. Im Nachgang zum Expertenworkshop wurden die aus priorisierten Versorgungszielen und zugeordneten Maßnahmen bestehenden „Wunsch-Konzepte“ anhand eines im Expertenworkshop konsentierten multidisziplinären Kriterienkatalogs (u. a. ethische, ökonomische und rechtliche Kriterien) vom Projektteam im Hinblick auf ihre Realisierbarkeit bewertet. Das Ergebnis dieser qualitativen Bewertung wurde schließlich noch einmal im Rahmen einer schriftlichen Befragung an die Experten zurückgespiegelt, um von diesen eine Einschätzung zum Potential sowie zur selektivvertraglichen und flächendeckenden Realisierbarkeit von – durch den vorherigen Bewertungsprozess nicht ausgeschlossenen – Maßnahmen zu erhalten.

Das Ergebnis in Bezug auf die Indikation Multiple Sklerose ist insbesondere dadurch gekennzeichnet, dass nahezu alle Maßnahmen, denen ein Potential zur Erreichung der vier priorisierten Versorgungsziele zugestanden wird, sowohl als selektivvertraglich als auch als flächendeckend kurz- bis mittelfristig realisierbar eingeschätzt werden. Ein Großteil der Maßnahmen weist darüber hinaus die Gemeinsamkeit auf, dass diese auf MS spezialisiertes Personal betreffen, welches teilweise als Bestandteil eines Praxismanagements und teilweise als Bestandteil – und zum Ziel der Etablierung – von auf MS spezialisierten ambulanten Versorgungszentren bzw. neurologischen Schwerpunktzentren gesehen wird. Auch die Ziele der Erreichung von Compliance bzw. Adhärenz sowie der Ermöglichung von (neuro-)psychologischer Diagnostik und Therapie werden mit Maßnahmen verbunden, die den Einsatz von auf MS spezialisiertem Personal vorsehen. Denkbar wäre hier, primär das Ziel der Etablierung von auf MS spezialisierten ambulanten Versorgungszentren bzw. neurologischen Schwerpunktzentren zu verfolgen, mit den dazu umzusetzenden Maßnahmen zugleich aber auch die Ziele Compliance/Adhärenz sowie (neuro-)psychologische Diagnostik und Therapie zu verfolgen.<sup>7</sup> Denn: für die Etablierung spezialisierter Zentren sind aus Expertensicht als Maßnahmen ein auf MS spezialisiertes Leistungsteam, ein auf MS spezialisierter Psychologe sowie eine MS-Nurse mit Case-Manager Funktion und Kompetenz zur Einberufung von Fallkonferenzen zielführend; zur Erreichung von Compliance bzw. Adhärenz wird von den befragten Experten der Einsatz einer (unabhängigen) MS-Nurse, die Bereitstellung einer zusätzlichen Vergütung für eben dieses spezifische Fachpersonal sowie die Teilnahme der Leistungserbringer an MS-Konferenzen als geeignete Maßnahmen gesehen; und auch für das Ziel der (neuro-)psychologischen Diagnostik und Therapie sind aus Expertensicht MS-spezifische Leistungserbringer, in diesem Fall z. B. MS-spezifische Neuropsychologen, notwendig.

---

<sup>7</sup> Eine primäre Verfolgung des Ziels (der Etablierung) MS-spezialisierter ambulanter Versorgungszentren bzw. neurologischer Schwerpunktzentren ließe sich auch deshalb begründen, weil dieses Ziel im Expertenworkshop höher (19 Punkte) priorisiert wurde als die Ziele Compliance/Adhärenz (7 Punkte) und (neuro-)psychologische Diagnostik und Therapie (14 Punkte).

Die Etablierung von auf MS spezialisierten Zentren ist bereits in der Versorgungslandschaft zu beobachten und wird von der DMSG, welche entsprechende Zertifikate („Anerkanntes MS-Zentrum“, „Regionales MS-Zentrum“) vergibt, gefordert (DMSG 2014). MS-(Kompetenz- und Referenz-)Zentren stehen zudem im Mittelpunkt des auf Initiative der DMSG und der neurologischen Berufsverbände erfolgten Vorschlags zur Gründung von Versorgungsnetzwerken für innovative Immuntherapien (Meier et al. 2009). Der Gedanke, die MS-Versorgung in spezialisierte Zentren zu verlagern, beruht hier insbesondere auf Gründen der Patientensicherheit (mitunter erhebliches Nebenwirkungspotential der Medikation) sowie auf wirtschaftlichen Gründen (hohe Therapiekosten und damit zusammenhängende Regress- und Haftungsrisiken) innovativer Immuntherapien bei MS, welche besondere Erfahrungen und Kenntnisse verordnender Ärzte erfordern (Meier et al. 2009). An diesen Zentren-Ansatz anknüpfen bzw. diesen ergänzen könnten die oben vorgeschlagenen Maßnahmen der Ansiedlung eines auf MS spezialisierten (Neuro-) Psychologen, des Einsatzes einer MS-Nurse sowie der Durchführung von Fallkonferenzen (MS-Konferenzen) in den MS-Zentren. Die Bereitstellung von auf MS spezialisierten Leistungserbringern, wie bspw. von auf MS spezialisierten Neuropsychologen, ist allerdings nach Meinung der befragten Experten nicht flächendeckend realisierbar – auch nicht langfristig. Hier bliebe, auch wenn sämtliche anderen Maßnahmen im Hinblick auf die Etablierung von Zentren aus Expertensicht als flächendeckend realisierbar eingeschätzt werden, nur die selektivvertragliche Option. Um den Mangel an auf MS spezialisierten Leistungserbringern bspw. in ländlichen Regionen zu überbrücken, sind zwar nach Expertenmeinung grundsätzlich Maßnahmen wie die durch entsprechende IT-Strukturen (z.B. Teletherapie) unterstützte fachspezifische Supervision der hausärztlichen MS-Versorgung zielführend. In Bezug auf die Etablierung von MS-spezialisierten Zentren scheinen diese Maßnahmen allerdings insofern nicht geeignet, als dass auf MS spezialisierte Leistungserbringer als elementarer Bestandteil eines Zentrums zu sehen und nicht durch teletherapeutische Supervisionen etc. zu ersetzen oder ergänzen sind, sondern diese Supervisionen vielmehr (vom Zentrum aus) durchführen würden.

Wenngleich das Ziel der Etablierung von auf MS spezialisierten ambulanten Versorgungszentren im Expertenworkshop hoch priorisiert wurde und darüber hinaus die Realisierung weiterer wichtiger Ziele der MS-Versorgung erlauben mag (siehe oben), ist doch festzuhalten, dass ein anderes Ziel – die Förderung spezifischen Wissens für Leistungserbringer, Patienten und Angehörige – mit noch höherer Priorität von den Experten gesehen wurde. Als zur Zielerreichung geeignete und sowohl im Rahmen eines Selektivvertrages als auch flächendeckend umsetzbare Maßnahme wurde hierbei von den Experten die Aufklärung und Information von Hausärzten über das MS-Krankheitsbild, bspw. im Rahmen von Hausärzte-Qualitätszirkeln, gesehen.

Auch das Ergebnis in Bezug auf die Indikation Alzheimer-Demenz ist dadurch gekennzeichnet, dass die meisten Maßnahmen, denen ein Potential zur Erreichung der priorisierten Versorgungsziele zugestanden wird, sowohl selektivvertraglich als auch flächendeckend realisierbar eingeschätzt werden – wenn auch flächendeckend zumeist nur

langfristig. Die Ausnahme bilden einige wenige Maßnahmen, welche nach Meinung der befragten Experten ausschließlich flächendeckend realisierbar sind. Hierbei handelt es sich u.a. um die Durchführung von Forschungsaktivitäten, die Implementierung einer Nationalen Versorgungsleitlinie sowie die Realisierung von Selbsthilfegruppen für pflegende Angehörige. Zur Erreichung nur weniger der insgesamt zehn priorisierten Ziele in der Alzheimer-Demenz-Versorgung sind nach Angaben der Experten die gleichen / identische Maßnahmen geeignet. Daher sind hier – anders als bei der Indikation MS – kaum Konstellationen denkbar, in denen die Durchführung einer Maßnahme (oder eines Maßnahmenbündels) mit der Erreichung mehrerer Ziele einhergeht.

Bei Umsetzung jeweiliger Maßnahmen im Rahmen eines selektivvertraglichen Konzeptes ließen sich in Bezug auf die Alzheimer-Demenz-Versorgung jedoch nahezu alle von den Experten priorisierten Versorgungsziele realisieren. Ob eines oder mehrere dieser Ziele allerdings tatsächlich von einer Krankenkasse durch Abschluss eines entsprechenden Selektivvertrages verfolgt werden, wird maßgeblich von den finanziellen Anreizen abhängen, die für die Krankenkasse bestehen. Im Hinblick auf die Versorgung von Menschen mit Alzheimer-Demenz ist dabei grundsätzlich zu beachten, dass hierfür regelmäßig nicht nur Kosten bei der Krankenversicherung (SGB V), sondern auch der Pflegeversicherung (SGB XI) anfallen. Grundsätzlich besteht für Krankenkassen wenig Anreiz, einen Vertrag abzuschließen, der eine kosteneffiziente Versorgung von Versicherten mit Alzheimer-Demenz dadurch verspricht, dass Kosten im Bereich der Pflegeversicherung eingespart werden. Finanziell besteht für eine Krankenkasse somit auch wenig Anreiz, den Eintritt von Pflegebedürftigkeit ihrer Versicherten zu vermeiden.

Im Zusammenhang mit der Realisierung selektivvertraglicher Vorhaben bei Alzheimer-Demenz wurde als Bedingung u.a. der Abbau administrativer Hemmnisse bzw. der Abbau von Überregulierung, und hier insbesondere der Pflicht zur Vorlage von IV-Verträgen beim BVA, angeführt. Bzgl. dieser Vorlagepflicht bei der Aufsichtsbehörde sind durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz jedoch schon Anpassungen absehbar.

## Literatur

- DMSG (2014): Kompetenzzentren für Multiple Sklerose-Erkrankte: DMSG fordert mehr Unterstützung von Politik und Krankenkassen. <http://www.dmsg.de/multiple-sklerose-news/index.php?w3pid=news&kategorie=ausdembundesverband&anr=4966> (Zugriff am 18.6.2015).
- Meier U., Pöhlau D., Gold R., Hartung H.-P., Limmroth V., Nelles G., Wirtz M., Bergmann F., Diener H.-C. Reichmann H. (2009): Versorgungsnetzwerke für innovative Immuntherapien. Aktuelle Neurologie 36(7), 331-333.
- Pfaff H. (2010): Effizientes Versorgungsmanagement. Vortrag auf dem BMC Fortbildungs-Workshop (Wissens-Update). Berlin, 20.09.2010.
- Pitschnau-Michel D. (2008): Partner MS-Schwester. Heilberufe 60(12), 12-15.
- SVR – Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001): Gutachten 2000/2001. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band III. Über-, Unter- und Fehlversorgung. BT-Drs. 14/6871.
- SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009): Gutachten 2009. Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. BT-Drs. 16/13770.



# IBES



ISSN-Nr. 2192-5208 (Print)  
ISSN-Nr. 2192-5216 (Online)