

Patientenversorgung aktiv gestalten

Julia Hänel, Tobias Hainz, Yvonne Marx,
Alexandra Sagel, Marcus Schneider, Christiane Villain

Patientenversorgung aktiv gestalten

Julia Hänel, Tobias Hainz, Yvonne Marx,
Alexandra Sagel, Marcus Schneider, Christiane Villain

BEITRÄGE AUS DER HOCHSCHULE



Alle Rechte vorbehalten © APOLLON University Press, Bremen

1. Auflage 2019

Herausgegeben vom Dekanat der APOLLON Hochschule der Gesundheitswirtschaft,
Fachbereich I, Prof. Dr. Johanne Pundt

Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwer-tung außerhalb der engen Grenzen des Urhebergesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverarbeitungen sowie Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Projektmanagement: Julia Gwiasda, Bremen

Lektorat: Julia Gwiasda und Elisabeth Drimmel, Bremen

Layout und Satz: Ilka Lange, Hückelhoven

Cover: Elisabeth Drimmel, Bremen

Coverfoto: © manit – stock.adobe.com

Korrektorat: Ruven Karr, Saarbrücken

Printed in Germany

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen national-bibliografie. Detaillierte Daten sind abrufbar unter:

<http://dnb.d-nb.de>

Werden Personenbezeichnungen aus Gründen der besseren Lesbarkeit nur in der männlichen oder weiblichen Form verwendet, so schließt dies das jeweils andere Geschlecht mit ein.

ISBN: 978-3-94-3001-44-0

www.apollon-hochschulverlag.de

Inhalt

Vorwort	9
Einleitung	11
1 Die Online-Videosprechstunde (Julia Hänel)	13
1.1 Theoretische Grundlagen	15
1.1.1 Gesundheit und Versorgungsbedarf von Älteren	15
1.1.2 Online-Videosprechstunde	16
1.2 Analyse der OVS nach dem Throughput-Modell	17
1.2.1 Methodisches Vorgehen	17
1.2.2 Input	18
1.2.3 Throughput	20
1.2.4 Output	21
1.2.5 Outcome	23
1.3 Schlussbetrachtung und Ausblick	25
2 Umsetzung und Auswirkungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) (Marcus Schneider)	31
2.1 Strukturelle Umsetzung der SAPV	33
2.2 Auswirkungen der SAPV	38
2.2.1 Präferierte und tatsächliche Sterbeorte	38
2.2.2 Sterbeorte unter SAPV	41
2.3 Diskussion der Ergebnisse	43
2.4 Ausblick	48

3 Controlling im ländlichen Klinik-MVZ (Christiane Villain)	53
3.1 Ländliche vertragsärztliche Gesundheitsversorgung	55
3.1.1 Medizinische Versorgungszentren (MVZ)	56
3.1.2 Versorgungssituation und Herausforderungen	57
3.2 Ansätze zur Verbesserung der Versorgungssituation	60
3.3 Empfehlung geeigneter Controllinginstrumente	65
3.3.1 Operatives Controlling	65
3.3.2 Strategisches Controlling	66
3.4 Schlussbetrachtung	75
4 Patientenorientierte Versorgung abhängigkeitskranker Menschen in der stationären Entwöhnungsbehandlung (Alexandra Sagel)	79
4.1 Analyse von Vergütungssystemen stationärer Gesundheitsleistungen	83
4.2 Analyse von ausgewählten Modellprojekten im Bereich der medizinischen Rehabilitation	87
4.3 Systeme und Instrumente zur Klassifikation, Dokumentation und Qualitätssicherung	89
4.4 Entwicklung des neuen Vergütungssystems 3sVS-Sucht	93
4.4.1 Grundvergütung der behandlungsunabhängigen Kosten	97
4.4.2 Fallbezogene Zusatzvergütung der behandlungsvariablen Kosten	99
4.4.3 Ergebnisorientierte Bonusvergütung	113
4.5 Fazit	117

5 Die zunehmende Bedeutung der pflegenden Angehörigen	
(Yvonne Marx, Ulrich F. Apel, Gernot Heusinger von Waldegg)	129
5.1 Pflegende Angehörige: Belastet, aber oft unerkannt	131
5.2 Unterstützung und Entlastung pflegender Angehöriger durch Interventionen?	135
5.3 Intervention: Früherer Ansatz und Vernetzung	137
5.4 Fazit und Ausblick	139
6 Ingestibles in der Patientenversorgung (Tobias Hainz)	145
6.1 Hintergrund	148
6.1.1 Was sind Ingestibles?	148
6.1.2 Probleme der Medikation bei chronisch kranken Patientinnen und Patienten	149
6.1.3 Gesundheitsökonomische Auswirkungen	150
6.2 Ingestibles: Ethische Erwägungen	151
6.2.1 Datenschutz und Datensouveränität	152
6.2.2 Prinzipielle Aversion gegenüber Datenpreisgabe	153
6.2.3 Vulnerable Patientengruppen	155
6.3 Empfehlungen	156
6.4 Fazit	158
Autoren	163
Rechtsquellenverzeichnis	167
Abbildungsverzeichnis	168
Tabellenverzeichnis	169
Stichwortverzeichnis	170

Vorwort

JEANINE STABER

Seit nunmehr 15 Jahren bildet die APOLLON Hochschule erfolgreich Fernstudierende mit gesundheitswirtschaftlichen Schwerpunkten wissenschaftlich fundiert und anwendungsorientiert aus. Mit ihren Absolventinnen und Absolventen leistet sie einen signifikanten Beitrag, aktive und zukünftige Entscheider und Gestalter des Gesundheitswesens hervorzubringen. Die elf Bachelor- und Masterstudiengänge sind dabei insbesondere für Berufstätige konzipiert, die sich mit einem gesundheitswirtschaftlichen Studium fachlich und beruflich weiterentwickeln möchten. Familienfreundliche Erwachsenenbildung liegt der APOLLON Hochschule dabei besonders am Herzen.

Die APOLLON Hochschule zeichnet darüber hinaus eine besondere Wertschätzung im Umgang mit ihren Studierenden aus. Das zeigt sich unter anderem darin, dass sie mit großem Engagement Studierende unterstützt, ihre Forschungsergebnisse, die sie bereits in ihrem Studium erzielt haben, auf verschiedenen Wegen der Öffentlichkeit zugänglich zu machen: So haben Bachelor- und Masterstudierende mit herausragenden Abschlussarbeiten die Möglichkeit, diese als Poster auf dem Symposium der APOLLON, das nunmehr seit zehn Jahren aktuelle Themen der Gesundheitswirtschaft aufgreift und diskutiert, zu präsentieren. Mit dem Studienpreis der Hochschule zeichnet eine Jury aus Expertinnen und Experten zusätzlich die besten Poster aus. Die Ergebnisse des APOLLON-Symposiums und bemerkenswerte Abschlussarbeiten von einzelnen Studierenden werden regelmäßig im Hochschulverlag APOLLON University Press veröffentlicht. Mit dem vorliegenden Sammelband etabliert die APOLLON nun ein weiteres Format, um Forschungsergebnisse ihrer Studierenden in konzentrierten Darstellungen und thematisch gebündelt in eine breitere Fachöffentlichkeit einzubringen.

Innovative Ideen und diskussionswürdige Ansätze rund um das Thema Patientenversorgung sind Gegenstand dieses Bands, dessen Beiträge auf Arbeiten beruhen, die Studierende sowie Absolventinnen und

Absolventen in ihrem gesundheitswirtschaftlichen Studium erstellt haben. Die Beiträge zeigen verschiedene Facetten und Zugänge auf, um sich wissenschaftlich fundiert und anwendungsorientiert mit Patientenversorgung im Gesundheitswesen auf unterschiedlichen Ebenen in diversen Settings auseinanderzusetzen. Sie identifizieren Problemfelder, entwickeln Ideen und arbeiten Lösungsansätze heraus, um die Patientenversorgung in dem jeweils analysierten Kontext aktiv zu gestalten.

Gute Patientenversorgung ist nach wie vor ein wichtiges gesundheitspolitisches Ziel, das sich allerdings auch immer im Spannungsfeld mit anderen, z. B. ökonomischen, Zielen und Interessen befindet und austariert werden muss. Daher zeigt die APOLLON bei dem vorliegenden Sammelband einmal mehr, dass sie sich mit ihren gesundheitswirtschaftlichen Themen am Puls der Zeit bewegt. Ich bin überzeugt, dass dieser Band mit seinen innovativen und vielfältigen Beiträgen Impulse liefert und die Diskussionen rund um die „Patientenversorgung“ und ihre Zusammenhänge bereichern wird.

Dr. Jeanine Staber (Referentin bei der Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz Bremen und Lehrende an der APOLLON Hochschule)

Einleitung

JOHANNE PUNDT

Das vorliegende Fachbuch ist im Kontext von Arbeiten der Studierenden und Absolventen der APOLLON Hochschule im Fachbereich „Gesundheitswirtschaft“ entstanden. Die sechs Beiträge thematisieren wichtige Aspekte der Patientenversorgung wie Vergütungssysteme, Steuerungsinstrumente, passende Versorgungsnetze und zielgruppenspezifische Optimierungen der Versorgung, um vor dem Hintergrund sich verändernder Rahmenbedingungen angemessene Lösungswege darzustellen bzw. logische Handlungsempfehlungen auszusprechen. Die zentralen Schlagwörter lauten demografischer Wandel, Technisierung, Versorgungsgengpässe und Budgetprinzipien. Die Studierenden und Absolventen machen damit zentrale Themen im Prozess der Patientenversorgung besser sichtbar.

In welcher Weise man sich dem Thema der Patientenversorgung auch nähert, ein geschlossenes Konzept hält es nicht bereit, wohl aber differenzierte Gestaltungs- und Weiterentwicklungsmöglichkeiten, an denen man sich orientieren könnte. Unterschiedlichste Zugangswege, Adressaten, Verfahren und Prinzipien der Patientenversorgung lassen sich finden, die stets das Wohl des Patienten zum Ziel haben.

Allerdings ist unter heutigen Versorgungsbedingungen eine zufriedenstellende und durchweg adäquate Patientenversorgung fraglich geworden, da begrenzte Ressourcen fast unbegrenzten medizinischen Versorgungsmöglichkeiten gegenüberstehen. Diese Diskrepanz und das daraus resultierende Versorgungsdilemma werden in der Subsumierung der Beiträge dieses Fachbuchs deutlich. Sie behandeln Querschnittsthemen, die in der Fachöffentlichkeit intensive Aufmerksamkeit erlangt haben und den Blick über den Tellerrand hinaus gewährleisten. Die Texte beleuchten zudem die Vielfalt der im interdisziplinären Kontext des Gesundheitswesens entstandenen institutionellen, organisationalen und zielgruppenspezifischen Gestaltungsansätze in unterschiedlichen Handlungsfeldern der Patientenversorgung und zeigen notwendige Strategien und Perspektiven auf.

Julia Hänel beginnt und beleuchtet in ihrem Beitrag die Etablierung der Online-Videosprechstunde, die seit kurzem Teil der Regelversorgung ist. Ermittelt wird, ob diese den Erwartungen, die vorab an sie gesetzt wurden, auch gerecht wird und ob sie entscheidend zur verbesserten Versorgung in ländlichen Regionen beitragen kann. Weiterhin auf dem Prüfstand stehen im Beitrag von *Marcus Schneider* die Umsetzung sowie die Auswirkungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung auf die Versorgung von Palliativpatientinnen und -patienten. Anschließend legt *Christiane Villain* den Fokus erneut auf die ländliche Versorgungssituation und die Schwierigkeit, Arztsitze auf dem Land nachzubesetzen, bei der ein möglicher Lösungsweg die Medizinischen Versorgungszentren sein können. Im vierten Beitrag entwickelt *Alexandra Sagel* ein leistungsgerechtes Vergütungssystem im Rahmen stationärer medizinischer Rehabilitation – Zielgruppe: Suchtmittelabhängige. Das Konzept soll dazu beitragen, den Behandlungsschwerpunkt deutlicher auf die Patientinnen und Patienten auszurichten. Danach folgen *Yvonne Marx et al.*, die auf das derzeitige Versorgungsdilemma in Bezug auf die Situation der informell Pflegenden wechseln, sodass für sie eine gesicherte Identifikation, Beratung und Koordination der Pflegenden im Rahmen eines Pflegenetzwerks unerlässlich wird. Zum Schluss skizziert *Tobias Hainz* einen Abriss über technische Entwicklungen in der Patientenversorgung – im Fokus: die Ingestibles – und beleuchtet diese im Kontrast zu den anderen Beiträgen aus einer übergreifenden ethischen Sicht. Insgesamt betrachtet wird damit ein bunter Fächer der Patientenversorgung aufgemacht.

In diesem Sinne bedanke ich mich sehr herzlich bei meinen ehemaligen Studierenden für ihre engagierten und innovativen Texte und wünsche ihnen eine rege Verbreitung und Nutzung sowohl in Fachkreisen als auch bei ihren Kommilitonen. Diese sollten das vorliegende Buch als Ansporn sehen, um ihre eigenen Arbeiten aus dem Studium praxisorientiert zu verbreiten und sich selbst als unsere Gesundheitsexperten von morgen ins Spiel bringen!

Prof. Dr. Johanne Pundt (Präsidentin der APOLLON Hochschule)

1 Die Online-Videosprechstunde

Eine Verbesserung der ambulanten ärztlichen Versorgung Älterer in ländlichen Regionen?

JULIA HÄNEL

Die Online-Videosprechstunde (OVS) wurde im April 2017 in die Regelversorgung eingeführt, mit dem Ziel, den Zugang und die Versorgung von insbesondere chronisch Kranken zu verbessern und gleichzeitig den Versorgungsaufwand zu reduzieren. Basierend auf dem Throughput-Modell nach Pfaff/Schrappe untersucht der vorliegende Beitrag, inwieweit die OVS diese Ziele unter Alltagsbedingungen erreicht und eine qualitativ hochwertige ambulante medizinische Versorgung älterer Patienten in ländlichen Regionen ermöglicht. Dazu werden auch die rechtlichen, technischen und medizinischen Grundlagen sowie die Vergütung der OVS näher betrachtet.

Die Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung steht zunehmend vor Herausforderungen, insbesondere in ländlichen Gebieten. Der demografische Wandel führt zu einer älter werdenden Bevölkerung, es wird ein Anstieg von 20 % im Jahr 2013 auf 28 % im Jahr 2030 prognostiziert (vgl. StBA, 2013, S. 19). Dies führt zu einem steigenden Anteil an chronisch kranken und immobilen Patientinnen und Patienten (vgl. Jacobs/Schulze, 2011, S. 17 f.). Gleichzeitig sind aufgrund der geringen Infrastruktur, der hohen Arbeitsbelastung und des wirtschaftlichen Risikos einer Niederlassung immer weniger junge Medizinerinnen und Mediziner bereit, sich in ländlichen Gebieten niederzulassen (vgl. Jacobs/Schulze, 2011, S. 15 f.). Altersbedingt werden jedoch in den nächsten Jahren vermehrt Ärzte ausscheiden. So war im Jahr 2016 bereits ein Drittel der Hausärzte älter als 60 Jahre. Die Schwierigkeit, einen Praxisnachfolger zu finden, führt bereits in einigen Planungsbereichen zu einer Unterversorgung bzw. drohenden Unterversorgung (vgl. Klose/Rehbein, 2017, S. 30 ff.). Aufgrund der zu-

nehmenden Immobilität und Multimorbidität sind insbesondere ältere Patientinnen und Patienten¹ vom regionalen Ärztemangel betroffen.

Um die ambulante medizinische Versorgung zu unterstützen, wurde zum 01. April 2017 die Online-Videosprechstunde (OVS) als telemedizinische Leistung in die Regelversorgung aufgenommen. Hierbei erfolgt der Arzt-Patienten-Kontakt per Video im Internet. Die OVS kann bei Bestandspatienten den direkten Arztkontakt ersetzen und wird hauptsächlich zur visuellen Verlaufskontrolle (VK) eingesetzt (vgl. KBV, 2017a, S. 1 f.).

An die Einführung der OVS werden dabei folgende Erwartungen gestellt, die sich mit den Versorgungszielen für telemedizinische Vorhaben decken (vgl. BMG, et al., 2012, S. 2): Die OVS soll einen Beitrag zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung in ländlichen Gebieten leisten (vgl. KBV, 2017b, S. 3), sie soll den Aufwand sowohl für Ärzte als auch für Patienten reduzieren und eine verbesserte Versorgung chronisch kranker Patientinnen und Patienten ermöglichen (vgl. GKV-SV, 2017).

Obwohl die technischen Voraussetzungen gegeben sind und die Vergütung geklärt ist, wird die OVS bisher von den Patienten kaum nachgefragt und nur von wenigen Ärzten angeboten (vgl. Pott, 2017). Dabei hat sich die Fernbehandlung und die Fern verschreibung mittels OVS beispielsweise in Schweden bereits etabliert und kann dort in vielen Fällen den Arztbesuch ersetzen (Ärztezeitung, 2017).

Der vorliegende Beitrag untersucht daher, ob die OVS eine qualitativ hochwertige ambulante medizinische Versorgung Älterer in ländlichen Regionen ermöglicht und inwieweit die OVS mit den aktuell gültigen Reglementierungen – Verbot von Fernbehandlung und Fern verschreibung – die gestellten Erwartungen erfüllt.

Um diese Fragen zu beantworten, wird die Umsetzung der OVS in die Praxis untersucht und auch jene Faktoren identifiziert, die die Implementierung der OVS erleichtern bzw. erschweren. Kapitel 1.1 beschäftigt sich dafür zunächst mit der derzeitigen Versorgungssituation von älteren Menschen und den theoretischen Grundlagen der OVS. In einem nächsten

1 Dieser Beitrag orientiert sich dabei an der Definition älterer Patientinnen und Patienten nach Tesch-Römer und Wurm als Personen über 65 Jahre (vgl. Tesch-Römer/Wurm, 2009, S. 7).

Schritt wird in Kapitel 1.2 die Umsetzung der OVS nach dem Throughput-Modell nach Pfaff/Schrappe analysiert. Die Ergebnisse der Analyse werden in Kapitel 1.3 abschließend betrachtet und es wird ein Ausblick zur Zukunft der OVS gegeben.

1.1 Theoretische Grundlagen

Im folgenden Abschnitt wird zunächst die medizinische Versorgung älterer Patientinnen und Patienten beleuchtet. Anschließend werden die rechtlichen, technischen und medizinischen Grundlagen sowie die Vergütung der OVS erläutert.

1.1.1 Gesundheit und Versorgungsbedarf von Älteren

Mit zunehmendem Alter häufen sich chronische Erkrankungen und auch die Multimorbidität nimmt zu. Als chronisch werden Krankheiten bezeichnet, die langanhaltend oder nicht heilbar sind. Hierzu zählen u. a. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes und Krebs. Unter Multimorbidität versteht man das gleichzeitige Auftreten mehrerer Erkrankungen, das häufig mit funktionalen Einschränkungen einhergeht (vgl. Saß et al., 2009, S. 6).

So waren im Deutschen Alterssurvey 2014 von den Befragten in der Altersklasse von 55 bis 69 Jahren bereits 14,3 % multimorbid mit fünf und mehr Erkrankungen. In der Altersgruppe der 70- bis 85-Jährigen stieg der Anteil auf ein Viertel an. Trotz der zunehmenden Multimorbidität beurteilten zwei Drittel der Befragten zwischen 55 und 69 Jahren und knapp die Hälfte der Befragten zwischen 70 und 85 Jahren ihre funktionale Gesundheit als gut (DZA, 2016, S. 23 f.).

Da auf chronisch Kranke ein Großteil der Krankheitskosten entfällt, kommt der medizinischen Versorgung dieser Patientengruppe eine besondere Bedeutung zu (vgl. SVR, 2001, S. 61). Eine kontinuierliche Betreuung dieser Patientinnen und Patienten ist entscheidend, um ihren Gesundheitszustand sowie die Lebensqualität zu verbessern (vgl. G-BA, 2017, S. 3) und langfristig Krankheits- und Folgekosten zu reduzieren (vgl. Gmeiner, 2016, S. 209 f.). Hier setzt die OVS an, um eine gute medizinische Versorgung

dieser Patientengruppe bei reduziertem Aufwand für Arzt und Patienten zu gewährleisten (vgl. GKV-SV, 2017).

1.1.2 Online-Videosprechstunde

Bei einer OVS wird der Kontakt zwischen Arzt und Patient mittels Videoverbindung hergestellt. Hierfür sind ein Internetanschluss sowie ein Endgerät (PC, Tablet, Smartphone) notwendig. Die verschlüsselte Verbindung wird durch einen zertifizierten Videodienstanbieter hergestellt, der Arzt zahlt für die Bereitstellung eine monatliche Lizenzgebühr. Der Patient erhält für den Termin einen Zugangscode, mit dem er sich zur OVS einwählen kann. Anschließend gelangt der Patient in ein virtuelles Wartezimmer. Der Patient muss vorab schriftlich in die Nutzung der OVS einwilligen (vgl. KBV, 2017a, S. 2 ff.).

Die Nutzung der OVS ist nur Bestandspatienten möglich. Ärzten ist nach § 7 (Muster-)Berufsordnung-Ärzte (MBO-Ä) berufsrechtlich untersagt, einen Patienten zu behandeln, ohne dass vorher ein persönlicher Kontakt stattgefunden hat. Daher auch der Begriff „Fernbehandlungsverbot“. Nach § 48 Arzneimittelgesetz (AMG) ist außerdem die „Fernverschreibung“ von Arzneimitteln grundsätzlich untersagt und nur in Ausnahmefällen möglich.

Die OVS darf u. a. von Hausärzten, Augenärzten, Chirurgen, Gynäkologen, Dermatologen, Orthopäden, Fachärzten für Innere Medizin und Neurologen genutzt werden (vgl. KBV, 2017a, S. 2 f.). Das Leistungsspektrum ist dabei nach Gebührenordnungsposition (GOP) 01439 auf folgende Indikationen beschränkt:

- visuelle VK von Operationswunden, Dermatosen und akuten, chronischen und/oder offenen Wunden
- visuelle VK von Bewegungseinschränkungen/-störungen
- Beurteilung der Stimme und der Sprache als VK
- anästhesiologische, postoperative VK

Zur Vergütung der OVS wurden zwei neue GOP in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EMB) aufgenommen (Stand 2018):

Autoren

Dr. Ulrich F. Apel

1990–1996 Medizinstudium an der Medizinischen Fakultät der Otto-von-Guericke Universität Magdeburg; seit 2002 Facharzt für Allgemeinmedizin mit Niederlassung in Wolmirstedt; Zusatzqualifikation zur Palliativmedizin; seit 2005 Lehrpraxis des Instituts für Allgemeinmedizin Magdeburg; seit 2016 Mitgründer sowie Vorsitzender des Vereins „Gesundheit für Wolmirstedt e. V.“

Dipl. Ing. Julia Hänel

Architektin in Frankfurt, 2001 Diplom an der TU Wien, seit 2009 Architektin bei sander. hofrichter Architekten; Schwerpunkt Krankenhausbau: Analyse von vorhandenen Baustrukturen, Erstellen von baulichen Ziel- und Masterplanungen inkl. Raum- und Funktionsprogrammen sowie Projekte von der Grundlagenermittlung bis zum Bauantrag; Anfang 2019 Abschluss des Studiums Master of Health Economics an der APOLLON Hochschule der Gesundheitswirtschaft

Dr. Tobias Hainz

Studium der Germanistik, Philosophie und Soziologie an der JGU Mainz, Promotion in Philosophie an der HHU Düsseldorf, Studium der Health Economics an der APOLLON Hochschule der Gesundheitswirtschaft; 2013–2017 wissenschaftlicher Mitarbeiter an der MH Hannover und der Universitätsmedizin Mainz, seit 2017 Berater bei der VDI/VDE Innovation + Technik GmbH

Dr. med. Gernot Heusinger von Waldegg

1981–1988 Medizinstudium CAU Kiel, 1992 Promotion, 2003 Facharztausbildung Physikalische Medizin und Rehabilitation; 2007 Facharztausbildung Neurologie; Zusatzqualifikationen sind u. a. Geriatrie, Palliativmedizin und Sozialmedizin; seit 2007 Chefarzt der Klinik für Geriatrie, seit 2014 Chefarzt der Klinik für Palliativmedizin im Klinikum Pfeiffersche Stiftungen Magdeburg sowie langjähriger wissenschaftlicher Mitarbeiter im Institut für Allgemeinmedizin der OvGU Magdeburg

Yvonne Marx

Studium Gesundheitsförderung und Management (B. A.) an der Hochschule Magdeburg-Stendal (FH), bis 2015 Studium der Gesundheitsökonomie an der APOLLON Hochschule der Gesundheitswirtschaft (M. A.), 2010–2016 Mitarbeiterin an verschiedenen Instituten der Medizinischen Fakultät der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg, 2016–2018 Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Universitätsklinik für Unfallchirurgie Magdeburg, seit 2018 ext. Doktorandin am Institut für Allgemeinmedizin der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, seit 2019 wissenschaftliche Mitarbeiterin/Koordinatorin an der Universitätshautklinik Magdeburg (HEDU LEAR IT, Erasmus+)

Prof. Dr. Johanne Pundt

Sozial- und Gesundheitswissenschaftlerin, nach wissenschaftlichen Tätigkeiten an der TU Berlin und der Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, seit 2009 Dekanin an der APOLLON Hochschule der Gesundheitswirtschaft in Bremen und seit 2017 Präsidentin der APOLLON Hochschule; Arbeitsschwerpunkte: Berufs-, Professions- und Bildungssoziologie bezogen auf das Gesundheitswesen, Human Resource Management und Themen zu Bedarfen im Bildungsbereich der Gesundheitswirtschaft sowie zu Qualifizierungspotenzialen und Arbeitsgestaltungen

Alexandra Sagel

ausgebildete und examinierte Krankenschwester, 1991–2003 Kinderkrankenschwester in der Intensivkrankenpflege, 2003–2005 Ausbildung zur Kauffrau im Gesundheitswesen, 2005–2019 tätig in verschiedenen Verbänden der Gesundheitswirtschaft (medizinische Rehabilitation, Arzneimittelversorgung, Selbsthilfe), 2013–2018 Studium der Gesundheitsökonomie (B. A. und M. A.) an der APOLLON Hochschule der Gesundheitswirtschaft; 2017 Weiterbildung zur zertifizierten Projektmanagement-Fachfrau, seit 2019 tätig im Bereich der Methodenforschung zur Medizinproduktesicherheit

Marcus Schneider

Ausgebildeter Sozialversicherungsfachangestellter, 2007–2011 Studium des Gesundheitsmanagements (B. A.) an der Hochschule Aalen, 2009–2011 Tätigkeit bei der BARMER in der Kundenbetreuung und im Leistungsrecht der Pflegeversicherung, 2013–2017 Studium der Gesundheitsökonomie an der APOLLON Hochschule der Gesundheitswirtschaft, seit 2011 Fachreferent beim GKV-Spitzenverband in der Abteilung Gesundheit; Zuständigkeit u. a. für die Themen häusliche Krankenpflege, Förderung ambulanter Hospizdienste, Versorgung

mit stationären Hospizen, Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV), gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase, Hospiz- und Palliativberatung und Haushaltshilfe

Dr. rer. pol. Jeanine Staber

Studium der Gesundheitsökonomie und Philosophy & Economics an der Universität Bayreuth sowie Verwaltung an der Fachhochschule Güstrow; 2005-2013 wissenschaftliche Mitarbeiterin an den Universitäten Bayreuth und Bremen sowie im Dekanat der APOLLON Hochschule der Gesundheitswirtschaft; 2013 Promotion an der Universität Bremen; seit 2013 Referentin bei der Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz in Bremen im Referat „Beteiligungsmanagement/kommunale Kliniken“

Christiane Villain

Gesundheits- und Krankenpflegerin sowie Qualitätsmanagerin; Studium der Gesundheitsökonomie an der APOLLON Hochschule der Gesundheitswirtschaft; seit 2017 tätig im kaufmännischen Controlling eines Gesundheitsunternehmens mit Standorten im ländlichen Raum

Stichwortverzeichnis

A		G	
Abhängigkeitserkrankung	79, 80	Gesundheitsversorgung	
Advanced Care Planning	138	– ländliche	55
Alcohol Use Disorder			
Identification Test (AUDIT)	102	I	
Altersstruktur	129	Ingestible	146, 148
Altersstrukturveränderung	130	Internet Gaming Disorder	103
Angehörige			
– pflegende	131	K	
Arztdichte	57	KDS-Katamnese	91
Ärztemangel	57	Kerndatensatz	
		– deutscher (KDS)	90
B		M	
Balanced Scorecard	69	Medikamentenabhängigkeit	102
BORA-Konzept	91, 112	Medikation	149
C		Medikationsproblem	150
Case-Mix	89	Medizinische Versorgungszentren (MVZ)	56
Compliance	150	Multimorbidität	15, 150, 155
Controlling	54, 65		
– strategisches	66		
D		N	
Datenschutz	152	Netzwerk	61
– durch Technikgestaltung	156		
Datensouveränität	152, 153	O	
demographischer Wandel	13	Online-Videosprechstunde	14, 16
Diagnosis Related Groups (DRG)	84		
E		P	
Entwöhnungsbehandlung	80, 94, 101, 105	Palliativversorgung	31
Erkrankung		– spezialisierte ambulante (SAPV)	31, 138
– chronische	15, 149, 150, 155	Patientengruppen	
– psychische	155	– vulnerable	155
F		Patientenversorgung	145, 146, 147
Fallgruppen		Pay-for-Performance	85, 88
– diagnosebezogene	84	Pflege	
Fernbehandlungsverbot	16	– informelle	131
Fernverschreibung	16	Polymedikation	149, 150
		Polypharmazie	149
		Primärversorgung	61

Q	
QS-Reha-Verfahren	93
Qualitätssicherung	92
– externe	92
R	
Rehabilitandenbefragung	114
Rehabilitanden-Management-Kategorien (RMK)	88
Rehabilitation	138
– medizinische	87, 92
Rehabilitationsbehandlungsgruppen (RBG)	87
Resilienzskala	106
S	
Severity of Dependence Scale (SDS)	102
Sterbeort	38, 40, 41
Sucht	155
Suchtbehandlung	80
Suchterkrankung	80
Suchthilfesystem	80
Suchtrehabilitation	81, 95
SWOT-Analyse	66
T	
Telemedizin	22
Therapietreue	23
Throughput-Modell	17
Tracking	145
V	
Verbesserungsprozess	
– kontinuierlicher	92
Vergütungssysteme	83
Verlaufskontrolle	
– visuelle	14
Versorgung	
– ambulante	14, 56
Versorgungsmodell	
– indikationsbezogenes	62
– integriertes	62