

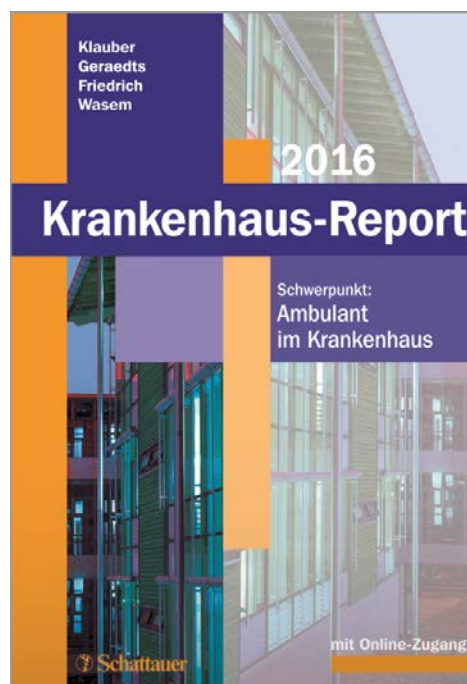
Krankenhaus-Report 2016

„Ambulant im Krankenhaus“

Jürgen Klauber / Max Geraedts /
Jörg Friedrich / Jürgen Wasem (Hrsg.)

Schattauer (Stuttgart) 2016

Auszug Seite 181-196



| | | |
|-----------|---|------------|
| 11 | Behandlungswege in der Transplantationsmedizin – Herausforderungen bei der Bewältigung von ambulanten und stationären Schnittstellen | 181 |
| | <i>Lena Harries, Harald Schrem, Christian Krauth und Volker Eric Amelung</i> | |
| 11.1 | Einleitung..... | 181 |
| 11.2 | Ambulanz und stationäre Versorgung..... | 183 |
| 11.2.1 | Beteiligte Akteure | 184 |
| 11.2.2 | Spezialisierung und medizinische Vielschichtigkeit..... | 186 |
| 11.3 | Zukünftige Anforderungen an die Versorgung..... | 188 |
| 11.3.1 | Informationstechnische Verzahnung | 189 |
| 11.3.2 | Finanzierung | 190 |
| 11.3.3 | Führung..... | 193 |
| 11.4 | Fazit | 193 |

11 **Behandlungswege in der Transplantationsmedizin – Herausforderungen bei der Bewältigung von ambulanten und stationären Schnittstellen**

Lena Harries, Harald Schrem, Christian Krauth und Volker Eric Amelung

Abstract

Die Transplantationsmedizin ist ein Beispiel für eine medizinische Interaktion zwischen den Sektoren und verschiedenen Institutionen. Der Behandlungsverlauf umfasst neben transinstitutionellen und -sektoralen Versorgungsstrukturen die Einbindung von verschiedensten Fachdisziplinen. Eine patientenorientierte kontinuierliche Behandlung wird durch Schnittstellen-Problematiken zwischen den Sektoren sowie bestehende Versorgungsbrüche und fehlende Informationsflüsse wesentlich erschwert. Zur verbesserten Kooperation und Koordinierung mit funktionierendem Informationsaustausch zwischen den Akteuren und sinnvoll aufeinander abgestimmten Prozessketten bedarf es einer stärkeren integrierten Versorgung mit sektoren- und berufsfeldübergreifenden Versorgungsstrukturen.

Transplantation medicine is an example of a medical interaction between different sectors and institutions of care. The course of treatment includes not only trans-institutional and -sectoral care structures, but also the integration of diverse specialist disciplines. However, due to problems at the interface of the different health care sectors as well as interruptions in treatment and a lack of information flows, a patient-centered continuous treatment is hard to put into practice. In order to achieve a better cooperation with a continuous information exchange between stakeholders as well as coordinated process chains, a better integrated health care with cross-sectoral and cross-professional structures is required.

11.1 Einleitung

Die Transplantationsmedizin stellt ein besonders sensibles Feld mit chronisch schwer erkrankten Patienten und einer äußerst komplexen Versorgungsstruktur dar. Der Prozess von der Behandlung der Grunderkrankung über die Transplantation bis zur Nachsorge betrifft sektorenübergreifend eine Vielzahl von Institutionen. Er weist somit viele Schnittstellen und ethische Fragestellungen auf: Neben niedergelassenen Fachärzten und Krankenhausärzten aus verschiedenen Fachrichtungen

sind auch Leistungserbringer der Rehabilitation, der Pflege und der psychischen Betreuung mit eingebunden. Dementsprechend werden hohe Anforderungen an die Vernetzung der verschiedenen Versorgungsbereiche gestellt, die allerdings auch sehr anfällig für die Schwachstellen des deutschen Gesundheitssystems sind: Fehler in den Strukturen, in der Organisation und in den Entscheidungsbereichen wirken sich besonders gravierend aus – insbesondere auch auf das öffentliche Vertrauen, das bei der Organspende eine maßgebliche Rolle einnimmt. Der Rückgang in den Spenderzahlen durch den Transplantationsskandal hat verdeutlicht, wie vulnerabel der Bereich der Transplantation und Organspende ist: Im Jahr 2011 wurden noch 1 200 Organe gespendet, 2014 hingegen nur 864 (DSO 2014; Pondrom 2013; Schrem und Kaltenborn 2013).

Der Versorgungsprozess wird darüber hinaus von diversen unbeständigen Variablen beeinflusst, wie beispielsweise von der Wartelistenzeit. Patienten, die z. B. eine Lebertransplantation benötigen, warten je nach Blutgruppe und Dringlichkeit ungefähr fünf bis 13 Monate auf eine Transplantation respektive stehen auf der Warteliste (Rahmel 2014; Jung et al. 2008; Schlitt et al. 2011). Bei einer Nierentransplantation stellt sich die Situation bezüglich der langen Wartezeit noch komplizierter dar. Wenn ein endgültiges Nierenversagen vorliegt und eine Dialysebehandlung erforderlich ist, warten Patienten in Deutschland durchschnittlich fünf bis sechs Jahre auf ein Spenderorgan. Der Wartelistenzeit sind nach oben hin keine Grenzen gesetzt sind, wie beispielsweise Wartezeiten von 15 Jahren verdeutlichen (DSO 2015a). Darüber hinaus befinden sich Patienten nach der Transplantation in einer kontinuierlichen Nachsorgepflicht, da zum Beispiel bei sämtlichen medizinischen Maßnahmen die medikamentösen Wechselwirkungen berücksichtigt werden müssen (Schrem et al. 2009).

Die Qualität und Wirtschaftlichkeit eines Gesundheitssystems hängt stark von der Organisation und Verzahnung der Versorgungsbereiche ab. Hierbei stoßen die zugrunde liegenden Strukturen jedoch an ihre Grenzen, insbesondere weil individualisierte Behandlungsprozesse eher die Ausnahme darstellen. Bekannte Problematiken sind dabei die Überwindung der Trennung des ambulanten, stationären und rehabilitativen Sektors, die mangelnde prozess- und informationstechnische Verzahnung sowie die daraus resultierende Parallelität von personellen und apparativen Kapazitäten (Amelung et al. 2012). Die mangelnde Kooperation und Koordination wird auch in der Bevölkerung wahrgenommen. In einer internationalen Vergleichsstudie gaben 23 % der befragten deutschen Patienten (n=1 200) an, dass der Informationsfluss zwischen den Leistungserbringern ungenügend ist (Schoen et al. 2011) und in einer Befragung des Commonwealth Fund wurde die *Coordinated Care* in Deutschland als die zweitschlechteste bewertet (Davis et al. 2014).¹ In einer deutschen Umfrage wurde zudem gezeigt, dass 65 % der Bürger der Meinung sind, dass mangelnde Vernetzung und Kommunikation zwischen Ärzten, Krankenhäusern und Krankenkassen zu ineffizienten Behandlungswegen führen (Braun et al. 2011).

Dies zeigt, dass große Anforderungen an die Koordination und Kommunikation zwischen den unterschiedlichen Akteuren gestellt werden, um über einen langfristi-

¹ Im Vergleich zu Australien, Kanada, Frankreich, Deutschland, Niederlande, Neuseeland, Norwegen, Großbritannien, USA.

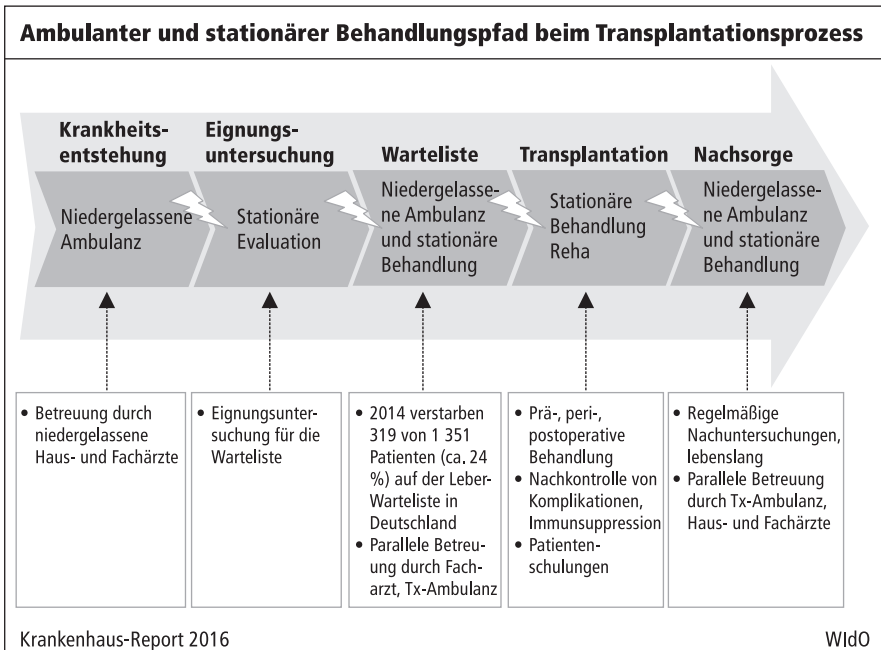
gen Therapieverlauf eine patientenorientierte und kontinuierliche Behandlung zu gewährleisten. Die traditionelle Sektorentrennung erschwert dies jedoch und wird zudem durch bestehende Brüche in den Vergütungs- und Anreizsystemen verschärft (Amelung et al. 2015b).

In diesem Beitrag soll aufgezeigt werden, wie sich die Schnittstellen-Problematik auf den Behandlungsprozess auswirkt und welche Rolle der Patient dabei einnimmt. Vor dem Hintergrund einer patientenorientierten und sektorenübergreifenden Versorgung werden daraufhin diverse Ansätze einer integrierten Versorgung vorgestellt.

11.2 Ambulanz und stationäre Versorgung

Das Transplantationswesen ist dezentral organisiert. Jeweils verschiedene Akteure erfassen Transplantationsbedürftige, stellen Spenderorgane bereit, transplantieren diese und sichern die Nachsorge. Zudem sind verschiedene Institutionen an der Organisation, Koordination, Prüfung und Qualitätssicherung dieses Prozesses beteiligt. Die Gründe hierfür liegen in verschiedenen sozial- und berufsrechtlichen Zuständigkeiten, gewachsenen Strukturen oder im Persönlichkeitsschutz von Spendern und Empfängern (Veit et al. 2014). Für die Patienten bedeutet diese dezentrale Organisation viele einzelne, voneinander getrennte Behandlungsschritte – insbe-

Abbildung 11-1



sondere zwischen den Sektoren – sowie oftmals eine parallele Behandlung durch niedergelassene und Krankenhausärzte (Abbildung 11–1). Vor dem Hintergrund der sich in der Regel kontinuierlich verschlechternden Organfunktionen und einem drohenden Organversagen ist diese Situation für Patienten entsprechend prekär.

11.2.1 Beteiligte Akteure

Neben dem Hausarzt können in Abhängigkeit von der individuellen Krankheitssituation (Grunderkrankung, Vorliegen von Multimorbidität etc.) verschiedene Fachärzte bei der ambulanten ärztlichen Betreuung mitwirken. Bei einer chronischen Lebererkrankung sind dies beispielsweise Gastroenterologen, Hepatologen oder Onkologen. Parallel hierzu findet neben der Eignungsuntersuchung für die Warteliste die regelmäßige Vor- und Nachsorge der Patienten in der ambulanten Sprechstunde an einem Krankenhaus oder Transplantationszentrum statt (Tx-Ambulanz) (IFB-Tx 2015a).

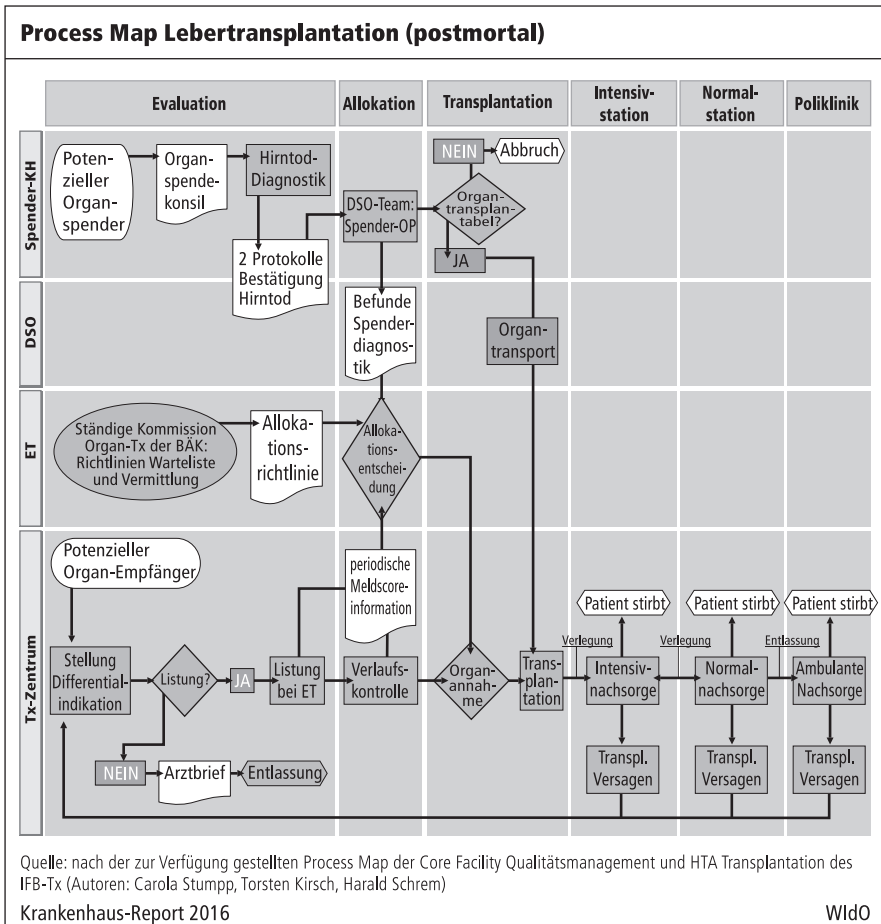
Für die Eignungsuntersuchung müssen der Ambulanz diverse klinische Beurteilungen vorliegen. Für eine Nierentransplantation bedarf es zum Beispiel kardiologischer, pneumologischer, urologischer, gastroenterologischer, endokrinologischer, vaskulärer oder hämatologischer Untersuchungen. Im Falle einer Transplantation (Tx) der Niere muss sich der Patient in der Regel selbst um die benötigten Untersuchungen kümmern, er wird hierbei in der Regel organisatorisch durch einen niedergelassenen Nephrologen unterstützt. Dies geht mit einer enormen Belastung für den Patienten einher, da einerseits ein hoher zeitlicher Aufwand entsteht und andererseits eine Vielzahl an (niedergelassenen) Fachärzten sowie Ärzten aus der Tx-Ambulanz Untersuchungen durchführen. Im Rahmen der weiteren Vor- und Nachsorge sind ebenfalls Fachärzte aus verschiedenen Gebieten in den Prozess eingebunden, wie z. B. Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgen, Nephrologen oder Gastroenterologen (IFB-Tx 2015b). Diese Situation stellt hohe Anforderungen an ein Daten- und Schnittstellenmanagement.

Im Rahmen der Vorsorge von Transplantationspatienten müssen die medizinischen Daten für die Warteliste regelmäßig aktualisiert werden, da Änderungen Auswirkungen auf den Wartelistenrang haben können. Dafür ist es essentiell, dass jegliche Informationen über medizinische Ereignisse eines Wartelisten-Patienten möglichst schnell und vollständig zu den betreuenden Ärzten gelangen. Diese Situation birgt einige Herausforderungen. Wenn ein Patient z. B. einen Unfall hatte und in ein anderes Krankenhaus als das behandelnde Tx-Zentrum eingeliefert wird, wissen die zuständigen Ärzte in der Unfallabteilung bei nicht auskunftsfähigen Patienten nicht unmittelbar über die Transplantationsbedürftigkeit des Patienten Bescheid. Dies wirkt sich nicht nur auf die akute Behandlung des Patienten in dem Krankenhaus aus, sondern kann auch bedeutende Auswirkungen auf die Wartelisten-Eignung haben, etwa wenn der Patient aufgrund von Kontraindikationen infolge des Unfalls nicht mehr transplantiert werden kann. Gelangen solche Informationen nicht (rechtzeitig) zum Tx-Zentrum, ist dieses nicht über den aktuellen Zustand des Patienten informiert, sodass notwendige Maßnahmen nicht eingeleitet werden. Stand zum Unfallzeitpunkt beispielsweise ein geeignetes Organ für den Patienten zur Verfügung, kann dieses nicht angenommen werden. Diese Information würde im Falle einer Informationsweitergabe zwischen den Krankenhäusern zu einer Meldung an

Eurotransplant führen, sodass eine andere Allokation des zur Verfügung stehenden Organs erfolgen würde (KBV 2015, BÄK 2013b).

Auch die Nachsorge bei Organtransplantierten erfordert eine besonders enge Zusammenarbeit zwischen den niedergelassenen Ärzten, der Tx-Ambulanz und den Rehabilitationskliniken. Der Langzeiterfolg und das übergeordnete Ziel einer vollständigen Wiederherstellung der sozialen und beruflichen Integration des Patienten hängen stark von der interdisziplinären Versorgung und Nachsorge ab. Unabhängig von der Komplexität der originären Wertschöpfungskette der Transplantation hat eine möglichst engmaschige Kontrolle einen hohen Stellenwert für einen „guten“ Verlauf nach einer Transplantation. Dies ermöglicht eine regelmäßige Überprüfung der Compliance des Patienten oder eine frühzeitige Diagnose und Behandlung von Komplikationen. Beide Aspekte spielen bei der Nachsorge eine übergeordnete Rolle. Ein wesentliches Problem ist, dass es kein System für die Nachverfolgung von Patienten gibt. Manche Patienten werden nach einer Transplantation nur sehr unre-

Abbildung 11–2



gelmäßig in der Tx-Ambulanz vorstellig, sodass eine engmaschige Kontrolle nicht möglich ist (BÄK 2013b; Mayr 2005). Darüber hinaus müssen bei sämtlichen medizinischen Maßnahmen (z.B. der Verschreibung von einfachen Grippe-Medikamenten oder der rezeptfreien Anwendung von Johanniskraut) die medikamentösen Wechselwirkungen sowie die Arzneimitteltherapiesicherheit berücksichtigt werden. In diesem Zusammenhang ist im Entwurf zum E-Health-Gesetz die Einführung eines Medikationsplans definiert worden, in dem jegliche Arzneimittel eines Patienten dokumentiert werden. Dies ist insbesondere für Patienten relevant, die mehrere Medikamente einnehmen (BT-Drs. 18/5293). Die Nachsorge von Transplantationspatienten stellt entsprechend große Anforderungen an die Koordination und Kommunikation zwischen den unterschiedlichen Akteuren (Schrem et al. 2009).

Neben diesem klinischen Prozess sind im Zusammenhang mit der Organspende weitere Institutionen wie die Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO), Eurotransplant (ET) und das Spenderorgan-Entnahmekrankenhaus beteiligt. Eine praxisnahe Visualisierung dieses umfassenden Prozesses wurde im Rahmen des Integrierten Forschungs- und Behandlungszentrums Transplantation (IFB-Tx) an der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) im Bereich der Core Facility Qualitätsmanagement und HTA Transplantation in Form einer Process Map erstellt (Abbildung 11–2). Die Vielzahl an horizontalen und vertikalen Schnittstellen im klinischen Ablauf wird dabei besonders deutlich und beinhaltet höchst sensible und vulnerable Bereiche. Sehr gut zu erkennen ist die parallele Einbindung verschiedener Institutionen bei jeglichem Prozessschritt (Evaluation, Allokation etc.). Allein die Schritte im Transplantationszentrum sind durch eine Parallelität von vielen einzelnen Elementen gekennzeichnet, was erkennen lässt, wie komplex die klinischen Prozesse in der Transplantationsmedizin sind. Die Darstellung verdeutlicht zudem, dass der Patient sich neben der Betreuung durch diverse Ärzte auch auf räumliche Herausforderungen einstellen muss. Die Komplexität des Behandlungsprozesses steigert sich zudem dadurch, dass über den klinischen Prozess hinaus weitere Schnittstellen zum sozialen Bereich und zur psychologischen Versorgung bestehen.

11.2.2 Spezialisierung und medizinische Vielschichtigkeit

Die hochkomplexen Versorgungsstrukturen der Transplantationsmedizin müssen über einen längeren Zeitraum abgebildet werden können und dabei dem Anspruch einer flächendeckenden Versorgung gerecht werden. Im Kontrast dazu steht die zunehmende Spezialisierung und medizinische Vielschichtigkeit, die durch das rasant wachsende Wissen gefördert werden.

Die Muster-Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer (BÄK) enthielt 1979 noch 27 Gebietsbezeichnungen, 14 Teilgebietsbezeichnungen und 15 Zusatzbezeichnungen. Mittlerweile gibt es 33 Gebiete mit über 60 dazugehörigen Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen und fast 50 Zusatzkompetenzen (BÄK 2013a). In diesem Zusammenhang wird auch über die Einführung einer Gebietsbezeichnung für die Transplantationsmedizin diskutiert. Der medizinische Vorteil eines hohen Maßes an Spezialisierung erlaubt dabei eine gezielte Behandlung. Vor dem Hintergrund zunehmender Komplexität stellt sich entsprechend die Frage, ob es nicht noch weiterer Spezialisierung bedarf, um den Anforderungen gerecht zu werden, vor allem bei verhältnismäßig „seltenen“ Indikationen.

Abbildung 11–3

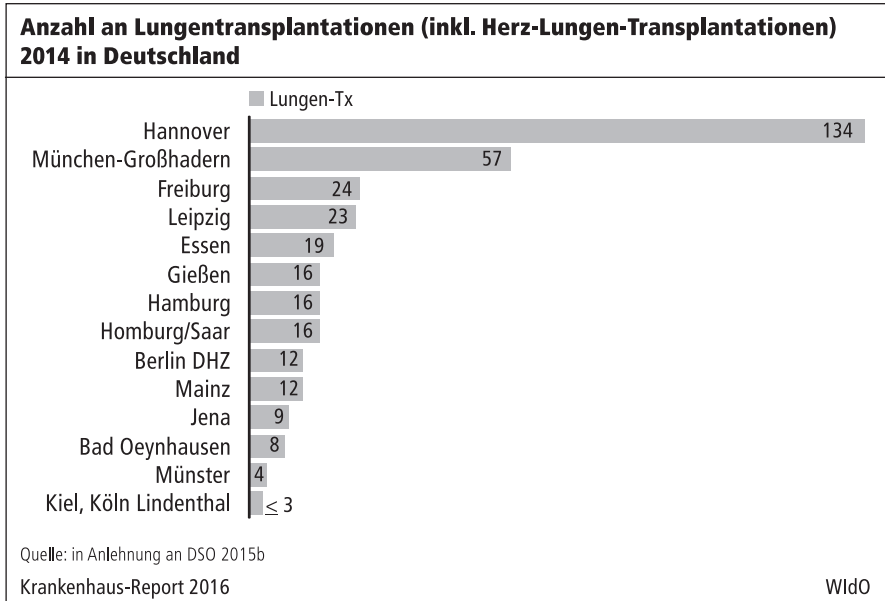
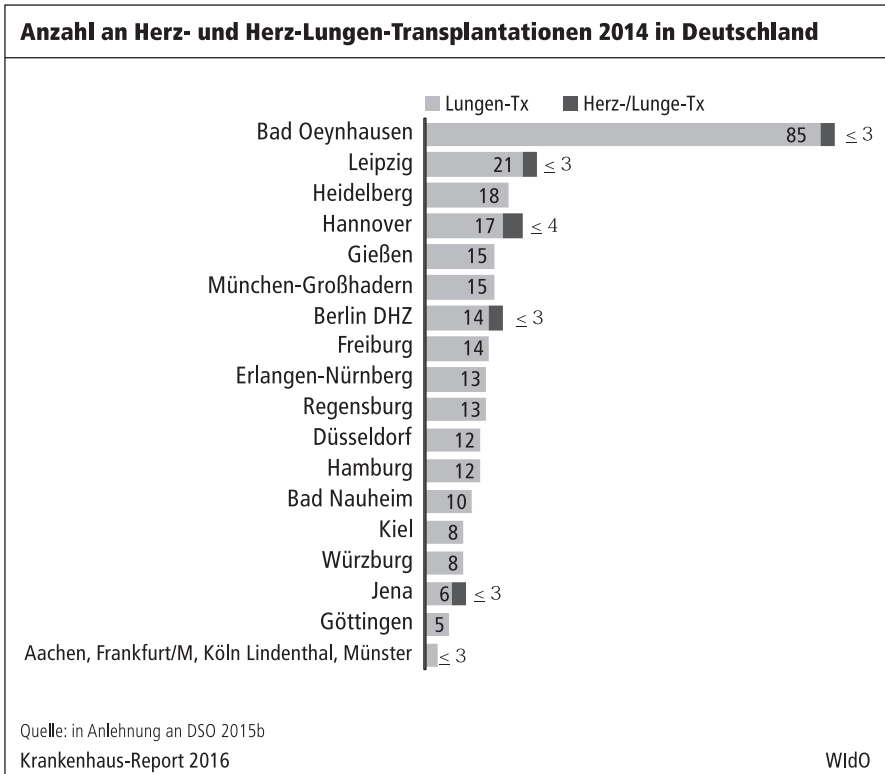


Abbildung 11–4



Lebendorganspenden umfassten im Jahr 2014 knapp 18% der Transplantationen (ET 2015). Eine Teilleber-Lebendorganspende wurde in acht verschiedenen Transplantationszentren durchgeführt, wobei knapp die Hälfte der Transplantationen in zwei Zentren durchgeführt wurde. Ähnlich verhält es sich mit Lungen- oder Herz- und Herz-Lungen-Transplantationen: In Deutschland wurden 2014 in 15 Zentren Lungentransplantationen durchgeführt, wobei der Großteil auf ein bzw. zwei Zentren entfiel. Bei Herz- und Herz-Lungen-Transplantationen waren sogar 21 Kliniken beteiligt (Abbildung 11–3 und 11–4) (DSO 2015b). Daran anknüpfend wird intensiv über die aus medizinischer Sicht benötigte Anzahl von Zentren diskutiert. Es wird angezweifelt, dass die hohe Anzahl an Zentren notwendig ist. Als Argumente werden z. B. angeführt, dass zum einen aufgrund geringer Fallzahlen die Effizienz und Qualität der Behandlung nicht überprüft werden kann und zum anderen ein daraus resultierender schädlicher Wettbewerb vermieden werden könnte (L'hoest und Marschall 2013).

Diese Entwicklung steht jedoch im Widerspruch zu einer flächendeckenden Versorgung, insbesondere vor dem Hintergrund, dass die zunehmende Chronifizierung und Komplexität der Krankheitsbilder eine patientennahe und sektorenübergreifende Versorgung erfordert. In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, ob eine zunehmende Spezialisierung mit weniger Tx-Zentren einen funktionierenden Informationsaustausch zwischen den Akteuren und sinnvoll aufeinander abgestimmte Prozessketten erschwert oder eher von Vorteil für die Transplantationspatienten ist (Amelung et al. 2015a).

11.3 Zukünftige Anforderungen an die Versorgung

Die letzte Reform des Transplantationsgesetzes (TPG) fokussierte eine Erhöhung der Transparenz, Sicherheit und Qualität sowie die Umsetzung von EU-rechtlichen Vorgaben. Es wurden einheitliche gesetzliche Standards für Qualität und Sicherheit festgelegt. Dadurch sollte eine Verbesserung der Abläufe und Strukturen in den Krankenhäusern erreicht werden. Hierfür wurde unter anderem vereinbart, dass Entnahmekrankenhäuser für die Organisation der Organspende einen Transplantationsbeauftragten benennen müssen. Hinsichtlich einer Verbesserung der sektorenübergreifenden Kooperation und Koordination wurde lediglich der Vertrag überarbeitet, der auf die Koordinierungsaufgabe der DSO abzielt. Hierbei stand die Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen den Entnahmekrankenhäusern und Transplantationszentren im Fokus. Darüber hinaus wurden keine weiteren Maßnahmen formuliert (BMG 2012). Seit 2009 unterstützt der G-BA eine sektorenübergreifende und datengeschützte Qualitätssicherung (QS), um eine verbesserte Abstimmung zwischen dem ambulanten und stationären Sektor zu fördern. Neben der Betreuung, Pflege und Weiterentwicklung der externen stationären Qualitätssicherung liegt der Fokus auf der Etablierung einer sektorenübergreifenden Qualitätssicherung im Gesundheitswesen (SQG) (AQUA 2014).

Einen wesentlichen limitierenden Faktor hierbei stellen die äußeren Rahmenbedingungen dar. Außerhalb von integrierten Versorgungsprojekten fehlt eine sektorenübergreifende IT-Vernetzung, sodass das Ziel einer schnittstellenübergreifenden

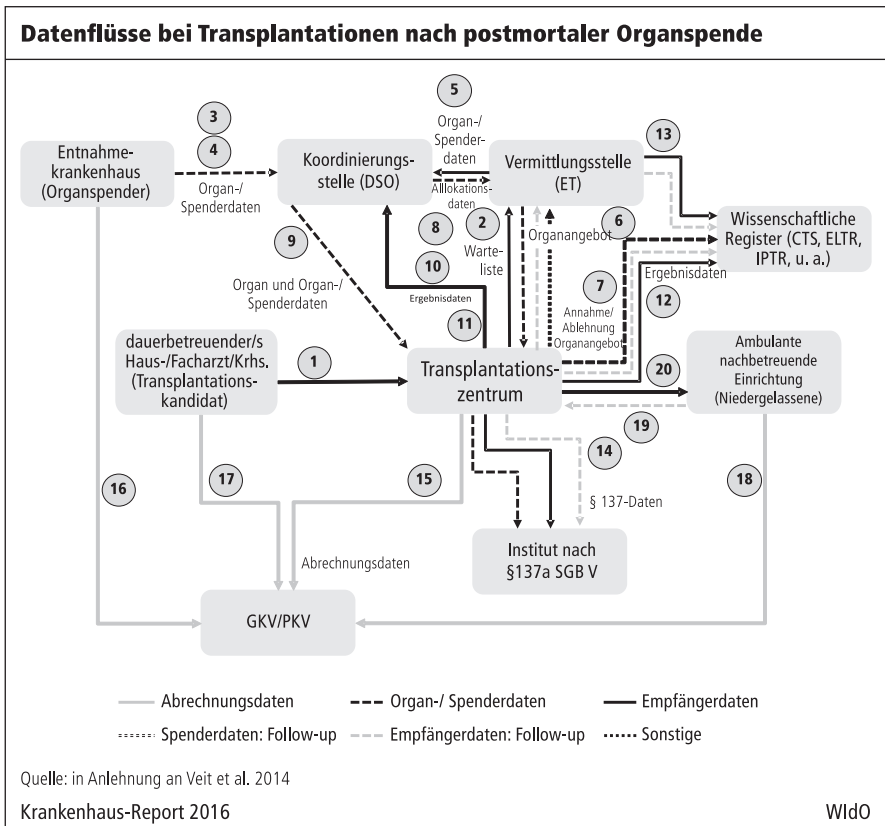
Qualitätsmessung und -sicherung derzeit nicht erreicht werden kann. Es zeigen sich beispielsweise Schwierigkeiten bezüglich der sektorenübergreifenden QS-Fallauslösung, was auf die Heterogenität der Datenkodierung zurückgeführt werden kann. (Klakow-Franck 2014; Heller et al. 2014). Im Bereich der Datenerhebung von Transplantationsleistungen bestätigt sich dieses Problem, da sektorenübergreifende Daten nicht systematisch gesammelt werden. Es werden hauptsächlich Informationen von den Transplantationszentren übermittelt, aber kaum von weiteren am Behandlungsprozess beteiligten Akteuren. Den Transplantationszentren können auch Informationen von den jeweiligen Haus- und Fachärzten vorliegen, dies wird jedoch nicht systematisch gesondert erfasst (AQUA 2014). Für bestimmte Verfahren ist der G-BA daher dazu übergegangen, Sozialdaten von den Krankenkassen zu nutzen, wie z. B. bei der perkutanen Koronarintervention und Koronarangiographie oder der Arthroskopie am Kniegelenk. Es zeigt sich jedoch, dass bei der SQG noch ein umfassender Weiterentwicklungsbedarf hinsichtlich der sektorenübergreifenden Outcome-Orientierung besteht. Darüber hinaus bestehen noch weitere Herausforderungen, wie beispielsweise eine stärkere Einbindung der Patientenperspektive in die Qualitätsmessung. Mithilfe von Patientenbefragungen könnten Informationen zur QS-Dokumentation von den Leistungserbringern erfasst werden (Klakow-Franck 2014; Heller et al. 2014).

Wie sich zeigt, bedarf es der Umsetzung weiterer praxisnaher Schritte hinsichtlich einer integrierten Versorgung mit sektoren- und berufsfeldübergreifenden Versorgungsmodellen, um eine patientenorientierte und sektoren- bzw. fachübergreifende Versorgung in der Transplantationsmedizin voranzutreiben.

11.3.1 Informationstechnische Verzahnung

Für die Transplantationsmedizin ist es von besonderer Bedeutung, die beschriebenen Brüche in der Kontinuität einer sektorenübergreifenden Behandlung durch eine prozess- und informationstechnische Verzahnung zu fördern. Ein integrierter Informationsaustausch zwischen den dezentral organisierten Akteuren und Institutionen ist essentiell, um Unklarheiten in der Informationslage zu vermeiden und Informationsverlusten vorzubeugen. Der Informationsaustausch gestaltet sich derzeit eher konfus und undurchsichtig (Abbildung 11–5). Eine Vereinheitlichung und Zusammenführung der transplantationsmedizinischen Daten wird bereits im Rahmen eines nationalen Transplantationsregisters diskutiert. Vor dem Hintergrund eines verbesserten Dokumentations- und Datenflusses stehen z. B. die Datenharmonisierung, die Effizienzsteigerung bei der Dokumentation oder die Integration von unterschiedlichen Datenquellen im Fokus. Voraussetzung dafür ist der großflächige Einsatz von strukturierten Informations- und Kommunikationsinstrumenten. Ein wesentlicher Baustein ist die (bereits seit Jahren überfällige) elektronische Gesundheitskarte bzw. Patientenakte. Dadurch würde der Informationsaustausch zwischen den beteiligten Fachärzten – insbesondere bei einem medizinischen Zwischenfall – enorm erleichtert werden (Veit et al. 2014; Amelung, Wolf 2012).

Abbildung 11–5



11.3.2 Finanzierung

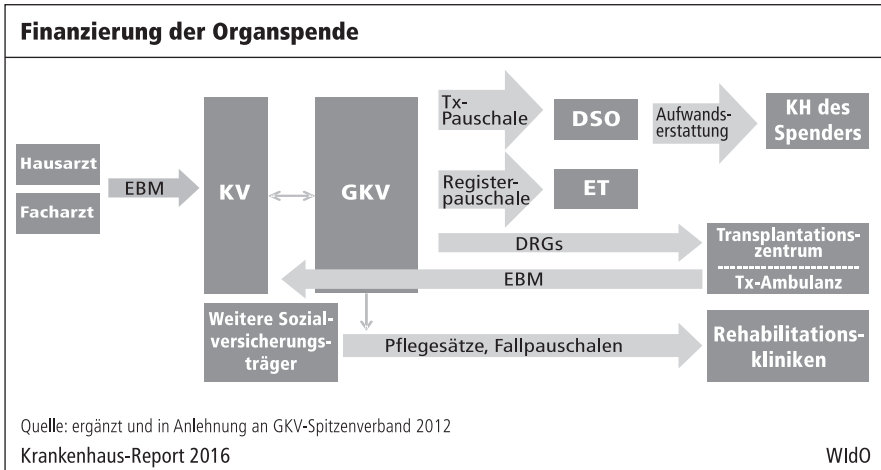
Die Finanzierungsstrukturen in der Zeitspanne von der Identifikation eines geeigneten Spenders bis zur Transplantation schließen bereits verschiedene Vergütungsformen ein. Darüber hinaus kommen weitere vergütungsrelevante Schnittstellenbereiche hinzu, wie jene der niedergelassenen Haus- und Fachärzte, der Transplantationsambulanz und der Rehabilitationskliniken (Abbildung 11–6).

Die Leistungen der niedergelassenen Haus- und Fachärzte werden über den einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) vergütet. Für die Behandlung eines Patienten mit einer chronischen Lebererkrankung können neben allgemeinen oder arztgruppenspezifischen Gebührenordnungspositionen (GOP) im Falle einer Transplantation entsprechende Zusatzpauschalen abgerechnet werden (KBV 2015).

Die DSO erhält für jedes transplantierte und postmortal gespendete Organ eine Pauschale vom Kostenträger des Empfängers.² Damit sollen die Kosten der Über-

² Eine Einsicht in die Pauschalen und weitere Komponenten des Budgets der DSO siehe (GKV-Spitzenverband 2012).

Abbildung 11–6



prüfung der medizinischen und rechtlichen Spendereignung, der Organentnahme und des Transports der gespendeten Organe abgedeckt werden. Die stationären prä-, peri- und postoperativen Transplantationsleistungen werden über G-DRGs vergütet. Die Pflege der Warteliste des Transplantationszentrums ist mit den DRGs abgegolten und wird nicht separat vergütet. Werden Patienten jedoch stationär für die Warteliste evaluiert, gibt es spezifische DRGs, die diese Leistungen abbilden. (GKV-Spitzenverband 2012).

Die Transplantationsambulanz rechnet dagegen mit der Kassenärztliche Vereinigung (KV) über EBM-Ziffern ab, wofür es allerdings einer Ermächtigung durch die KV bedarf. Im Rahmen einer Institutsermächtigung werden beispielsweise konkrete Fachbereiche benannt, die Untersuchungen und Behandlungen von Patienten vor und nach Transplantationen durchführen dürfen. Zudem werden die abrechnungsfähigen Leistungen gemäß ausgewählter Kapitel des EBM-Katalogs angegeben. Zum Beispiel dürfen (ermächtigte) Ärzte einer Klinik für pädiatrische Nieren-, Leber- und Stoffwechselerkrankungen Leistungen gemäß Kapitel 4 des EBM-Katalogs abrechnen (Münzel und Nicola 2008).

Die Kosten für eine Transplantation variieren je nach Krankheitsschwere und Komplikationen stark. Für eine Lebertransplantation werden z. B. durchschnittliche (stationäre) Kosten von 53 000 € angegeben, wobei die Spanne von ca. 18 000 € bis knapp 400 000 € reicht (Lock et al. 2010).

Getrennte Finanzierungsstrukturen und eigene Budgets der Sektoren hemmen jedoch die sektorenübergreifende Zusammenarbeit. Eine schnittstellenübergreifende Ressourcenallokation gerät in den Hintergrund. Die Finanzierung erzeugt vielmehr Anreize für die Akteure eines Sektors, zu Lasten des anderen Sektors zu handeln, um finanziell zu profitieren. Als Vergütungsmöglichkeit für die Überwindung der organisatorischen Trennung der Sektoren bieten sich sogenannte *bundled payments* an. Diese orientieren sich an einem Leistungskomplex, in dem charakteristischerweise alle Leistungen, die im Zusammenhang mit einer spezifi-

schen Krankheitsepisode erbracht werden, pauschal und prospektiv vergütet werden. Die Vergütung umfasst somit nicht nur einzelne Sektoren, sondern alle an der Versorgung beteiligten Stufen. Diese Form der Vergütung ist demnach geeignet, die organisatorische Trennung der Sektoren zu überwinden und die Kooperation der Leistungserbringer zu fördern. Im Bereich der Transplantationsmedizin könnte es ab dem Zeitpunkt des Wartelisteneintrags eine Pauschale für die ambulante und stationäre Betreuung des Patienten geben. Darüber hinaus ließen sich die Rehabilitation und Pflege auch mit in die Vergütung einschließen. Ein weiterer Bestandteil könnte zudem die medikamentöse Therapie darstellen, indem die Verordnung von Immunsuppressiva in dem Komplex eingeschlossen wird. Solch ein einheitliches Finanzierungssystem würde einen reibungsloseren Versorgungsprozess von Transplantationspatienten fördern und darüber hinaus die Kosten reduzieren.

Eine grundlegende Voraussetzung für *bundled payments* ist eine adäquate Abbildung der benötigten Ressourcen. Es wird empfohlen, auf der Basis von evidenzbasierten Leitlinien den Verbrauch für einen Behandlungszeitraum zu ermitteln, woraus sich eine entsprechende Vergütung ableiten lässt. Um zu verhindern, dass aufgrund dieser Vergütung einzelne Akteure lieber profitablere als finanziell weniger attraktive Leistungen anbieten, kann die Verteilung sich ebenfalls an den Leitlinien orientieren. Der Gefahr von weiteren Fehlanreizen, wie z. B. eine Risikoselektion von Patienten oder eine verminderte Qualität der Leistungserbringung, kann dabei durch diverse Modifizierungen entgegengewirkt werden. Der Anreiz zur Selektion von bestimmten Patienten lässt sich beispielsweise durch Risikoadjustierung nach Alter oder Geschlecht minimieren. Um eine Maßnahme zur Qualitätssicherung zu integrieren, kann eine Kombination mit Zusatzvergütungen erfolgen. Die *bundled payments* könnten durch einen prozentualen Anteil aufgestockt werden, der an gewisse Voraussetzungen geknüpft ist.

Das Geisinger Health System in den USA beispielsweise vergütet seit dem Jahr 2006 eine Koronararterien-Bypass-Operation mit *bundled payments*. Der Leistungskomplex umfasst neben dem stationären Aufenthalt jegliche prä-operativen Leistungen sowie einen Follow-up-Zeitraum von 90 Tagen. Die Vergütung berechnet sich auf Basis von evidenzbasierten Leitlinien, wobei es einen Zuschlag für Komplikationen gibt. Als Beitrag zur Qualitätssicherung haben die Mitarbeiter zugestimmt, bei jedem Patienten 40 evidenzbasierte Leistungen anzuwenden. Nach dem ersten Jahr verminderte sich die Wiedereinweisungsrate um 10% und Krankenhausaufenthalte verkürzten sich um 16%. Insgesamt führten *bundled payments* zu 5,2% weniger Krankenhauskosten (Amelung 2013).

In den Niederlanden werden für die Behandlung des Diabetes seit mehreren Jahren großflächig *bundled payments* eingesetzt. Leistungsanbieter der Primärversorgung haben sich zusammengeschlossen und mit den Krankenversicherungen Leistungskomplexe sowie die Vergütung definiert. Die Patienten bewerteten dabei beispielsweise die multidisziplinäre Zusammenarbeit, Effizienz und Transparenz zunehmend positiv. Kritisiert wurde hingegen, dass *bundled payments* einen zunehmenden administrativen Aufwand erzeugen und die Behandlung von Komorbiditäten der Patienten nicht vergüten, zudem wurden Bedenken bezüglich der Substitution von Leistungen geäußert (Struijs et al. 2012; Tol et al. 2013).

Bundled payments gelten zwar als neuartig, greifen allerdings auf bekannte Steuerungsinstrumente zurück und erweisen sich insbesondere in Kombination mit anderen Entlohnungsformen als effizientes Vergütungssystem.

11.3.3 Führung

Die komplexen und vulnerablen Bereiche bei der Versorgung von Transplantationspatienten sowie die bedeutende Rolle des öffentlichen Vertrauens erfordern neben den etablierten Managementstrukturen eine ganzheitliche Führung des Prozesses. Die Entwicklung von Strategien, deren Kommunikation sowie die Einbindung jeglicher Akteure sind Führungsaufgaben. Im Gesundheitswesen erscheint dies als eine besonders schwierige Aufgabe, da der Fokus auf einer ganzen Organisation liegt und die Schaffung solcher Strukturen entsprechend umfangreicher und komplizierter ist als in klassischen Organisationen. Für das Transplantationswesen mit einer Vielzahl von transsektoralen und -institutionellen Schnittstellen stellt sich diese Aufgabe noch komplexer dar. Ein umfassendes Führungskonzept erfordert zudem ein Aufbrechen von bisherigen traditionellen Rollenmustern und Strukturen und kann ein Eindringen in bisher autonome Bereiche bedeuten. Dabei ist es ebenso wichtig, die verschiedenen Professionen, Kulturen und Unternehmensstrukturen zu integrieren. Die Führungsstruktur sollte losgelöst von den bisherigen Strukturen gesehen und entsprechend implementiert werden (Sydow et al. 2011; Reinertsen et al. 2008; Den Hertog et al. 2005; Schmitz und Berchthold 2009).

Die Rolle der medizinischen Professionen steht im Rahmen des Behandlungsprozesses dabei nicht zur Disposition, es sollen keine Leistungen substituiert werden. Viel entscheidender ist, dass Leistungen delegiert werden. Hier kommt z. B. das Case Management für Patienten zum Tragen. Case Manager übernehmen die Verantwortung, für den Patienten den Behandlungsprozess über die verschiedenen Versorgungsbereiche zu planen, bewerten, implementieren, koordinieren, beaufsichtigen und zu evaluieren. Das Aufgabenspektrum reicht dabei von der (auch psychologischen) Betreuung bei der medizinischen Behandlung bis zur Beratung hinsichtlich finanzieller Angelegenheiten oder berufsbezogener Schwierigkeiten. Diese hochanspruchsvollen Funktionen können nach entsprechend profunder Weiterbildung von qualifizierten Pflegepersonen wahrgenommen werden. Aufgrund dieser Weiterbildung können diese z. B. ein leitliniengeführtes Management leisten oder Unterstützung bei der Selbstversorgung bieten (Amelung 2013).

11.4 Fazit

Die Versorgungsstrukturen im Transplantationswesen weisen eine Vielzahl von komplizierten Wegen und Hürden für den Patienten auf. Neben räumlichen Herausforderungen in Form der Einbindung verschiedener Sektoren und Institutionen gibt es für die Patienten keinen übergeordneten und steuernden Prozesseigner (*Owner of the process*). Es bestehen weder klare Zuständigkeiten für die Patienten noch werden sie durch das System geführt. Da der Behandlungsweg den Kontakt mit einer Vielzahl von Fachärzten aus verschiedenen Gebieten umfasst, ist es an dieser Stelle

von hoher Bedeutung, dass der Hausarzt den Behandlungsweg organisiert und dem Patienten eine Orientierung gibt. In der Praxis hat sich dabei gezeigt, dass der Patient darüber hinaus mit der Aufgabe konfrontiert wird, die jeweiligen Informationen zu bündeln und den eigenen Therapieweg mit zu organisieren. Die zuständigen Hausärzte sind meistens nicht erfahren im Umgang mit transplantationspezifischen Aspekten der Behandlung. Neben der Bewältigung einer schweren Erkrankung kann dies für den Patienten eine starke Überforderung und Zusatzbelastung darstellen. Dabei ist das Feld der Organtransplantation ein besonders sensibles: Das Versagen einer Organisationsstruktur hat unmittelbare Auswirkungen auf das Überleben und Sterben von Transplantationsbedürftigen, wie sich beispielsweise durch den Transplantationskandal gezeigt hat: Ein starker Rückgang in der Spendebereitschaft reduziert die Anzahl der zur Verfügung stehenden Organe (BT-Drs. 18/3566 2014).

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) entwickelt in diesem Zusammenhang derzeit die „Global Strategy on People-centred and Integrated Health Service“ (WHO 2014). Für das Transplantationswesen gilt ganz besonders, dass die Einbindung von verschiedenen Fachdisziplinen zu optimieren ist, indem der transinstitutionelle und -sektorale Versorgungsprozess besser verzahnt wird. Probleme in dieser äußerst komplexen Wertschöpfungskette gehen zu Lasten der Patienten und der Versorgungsqualität im Sinne einer kontinuierlichen Behandlung. Es ist daher dringend angezeigt, die Schnittstellen-Problematiken zwischen den Sektoren zu lösen, indem bestehende Versorgungsbrüche und fehlende Informationsflüsse durch die aufgezeigten Handlungsoptionen beseitigt werden. Dabei sollte im Fokus stehen, einen ganzheitlichen Behandlungsablauf mit einer patientenorientierten Koordinierung der medizinischen Versorgung zu fördern. Das deutsche Gesundheitswesen bewältigt bisher kaum die hohen Anforderungen, die mit chronischen und meist komplexen Krankheitsbildern einhergehen und erschwert darüber hinaus entsprechende Versorgungswege. Vor diesem Hintergrund besteht ein Bedarf an einem intersektoralen Behandlungspfad „Transplantation“ im Sinne eines integrierten Versorgungskonzeptes.

Literatur

- Amelung V, Hildebrandt H, Wolf S. Integrated care in Germany-a stony but necessary road! *Int J Integr Care* 2012 Jan-Mar; 12:e16.
- Amelung V, Wolf S, Ozegowski S, Eble S, Hildebrandt H, Knieps F et al. Totgesagte leben länger. Empfehlungen zur Integrierten Versorgung aus Sicht der gesetzlichen Krankenkassen. *Bundesgesundheitsbl* 2015a 17.03.2015; 58 (4-5): 352–9.
- Amelung VE, Eble S, Hildebrandt H, et al editors. *Patientenorientierung Schlüssel für mehr Qualität*. Berlin: MWV, Medizinisch-Wiss. Verl.-Ges 2015b.
- Amelung VE, Wolf S. Integrierte Versorgung – Vom Hoffnungsträger zum Ladenhüter der deutschen Gesundheitspolitik? *G+S* 2012 (1): 13–9.
- Amelung VE. *Healthcare Management. Managed Care Organisations and Instruments*. Heidelberg u. a.: Springer 2013.
- BÄK. (Muster-)Weiterbildungsordnung 2003, in der Fassung vom 28.06.2013. 2013. http://www.bundesaeztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/20130628-MWBO_V6.pdf (10. Juni 2015).

- BÄK. Richtlinien für die Wartelistenführung und Organvermittlung zur Lebertransplantation. Richtlinien zur Organtransplantation gem. § 16 Abs. 1 S. 1 Nrn. 2 u. 5 TPG ed. 2013.
- BMG. Bundesgesundheitsministerium. Gesetz zur Neuregelung der Organspende tritt in Kraft. 2012. <http://www.bmg.bund.de/presse/pressemitteilungen/2012-03/neuregelung-zur-organspende.html> (10. Juni 2015).
- Braun B, Marstedt G, Sievers, C. Zur Bedeutung von Schnittstellen und Übergängen im deutschen Gesundheitssystem. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung 2011.
- BT-Drs. 18/3566. Unterrichtung durch die Bundesregierung. Bericht der Bundesregierung über den Fortgang der eingeleiteten Reformprozesse, mögliche Missstände und sonstige aktuelle Entwicklungen in der Transplantationsmedizin. Drucksache 18/3566 ed.: Deutscher Bundestag 18. Wahlperiode 2014.
- BT-Drs. 18/5293. Gesetzentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines Gesetzes für sichere digitale Kommunikation und Anwendung im Gesundheitswesen. Deutscher Bundestag 18. Wahlperiode 2015.
- Davis K, Stremikis K, Squires D, Schoen C. Mirror, Mirror on the Wall. How the Performance of the U. S. Health Care System Compares Internationally. 2014. http://www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/fund-report/2014/jun/1755_davis_mirror_mirror_2014.pdf (10. Juni 2015).
- Den Hertog F, Groen M, Weehuizen R. Mapping Health Care Innovation: tracing walls and ceilings. Maastricht: Maastricht Economic Research Institute on Innovation and Technology (MERIT), International Institute of Infonomics 2005.
- DSO. Niere – Warteliste und Vermittlung. 2015. <http://www.dso.de/organspende-und-transplantation/warteliste-und-vermittlung/niere.html> (30. Juli 2015).
- DSO. Organspende und Transplantation in Deutschland 2014. Bundesweite Grafiken zur Transplantation 2014. 2015. <http://www.dso.de/dso-news-home/galerie-jahresbericht-2014.html>; http://www.dso.de/uploads/tx_dsodl/Grafiken_Transplantation_2014.zip (23. Juni 2015).
- DSO. Organspende und Transplantation in Deutschland. Jahresbericht 2014. 2014. http://www.dso.de/uploads/tx_dsodl/JB_2014_Web_1.pdf (05. Juli 2015).
- Eurotransplant (ET). Transplants in 2014, by country, by donor type, by organ type. 2015. http://statistics.eurotransplant.org/index.php?search_type=transplants+%28living+donor%29&search_organ=&search_region=by+country&search_period=2014&search_characteristic=&search_text= (24. Juni 2015).
- GKV-Spitzenverband. Transplantation – Finanzierung. 2012. http://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/transplantation/transplantation_finanzierung/finanzierung.jsp (10. Juni 2015).
- Heller G, Szecsenyi J, Willms G, Broge B. Quality measurement using administrative data in mandatory quality assurance. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 2014; 108 (8–9): 465–9.
- IFB-Tx. Patienteninformation – Lebertransplantation. 2015. <http://www.ifb-tx.de/patienteninformation/lebertransplantation/> (18. Juni 2015).
- IFB-Tx. Patienteninformation – Nierentransplantation. 2015. <http://www.ifb-tx.de/patienteninformation/nierentransplantation/> (30. Juli 2015).
- Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (AQUA). Qualitätsreport 2013. Gemeinsame Bundesausschuss 2014.
- Jung GE, Encke J, Schmidt J, Rahmel A. Model for end-stage liver disease. New basis of allocation for liver transplantations. Chirurg 2008 Feb; 79 (2): 157–63.
- KBV. Kassenärztliche Bundesvereinigung. Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM) Stand: 2. Quartal 2015. 2015. http://www.kbv.de/media/sp/EBM_Gesamt_Stand_2_Quartal_2015.pdf (10. Juni 2015).
- Klakow-Franck R. Points of view: the role of quality measurement from the Federal Joint Committee's perspective. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 2014; 108 (8–9): 456–64.
- L'hoest H, Marschall U. Ist häufiger besser und weniger teuer? Eine Datenanalyse zur Organtransplantation. In: Repschläger U, Schulte C, Osterkamp N (Hrsg). Gesundheitswesen Aktuell 2013. Beiträge und Analysen. Wuppertal: BARMER GEK 2013; 247–68.

- Lock J, Reinhold T, Bloch A, Malinowski M, Schmidt SC, Neuhaus P et al. The cost of graft failure and other severe complications after liver transplantation – experience from a German Transplant Center. *Ann Transplant* 2010 Jul-Sep; 15 (3): 11–8.
- Mayr M. Management after transplantation. *Ther Umsch* 2005 Jul; 62 (7): 487–501.
- Münzel H, Nicola Z. *Ambulante Leistungen in und an Krankenhäusern*. 2008.
- Pondrom S. Trust is everything. *Am J Transplant* 2013 May; 13 (5): 1115–6.
- Rahmel A. *Annual Report 2013*. Eurotransplant International Foundation. 2014.
- Reinertsen JL, Bisognano M, Pugh MD. *Seven Leadership Leverage Points for Organization-Level Improvement in Health Care (Second Edition)*. IHI Innovation Series white paper. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement 2008.
- Schlitt HJ, Loss M, Scherer MN, Becker T, Jauch KW, Nashan B, et al. Current developments in liver transplantation in Germany: MELD-based organ allocation and incentives for transplant centres. *Z Gastroenterol* 2011 Jan; 49 (1): 30–8.
- Schmitz C, Berthold P. Managing professionals – Führung im Krankenhaus. In: Amelung VE, Sydow J, Windeler A (Hrsg). *Vernetzung im Gesundheitswesen Wettbewerb und Kooperation* Stuttgart: W. Kohlhammer 2009; 167–80.
- Schoen C, Osborn R, Squires D, Doty M, Pierson R, Applebaum S. New 2011 survey of patients with complex care needs in eleven countries finds that care is often poorly coordinated. *Health Aff (Millwood)* 2011 Dec; 30 (12): 2437–48.
- Schrem H, Barg-Hock H, Strassburg CP, Schwarz A, Klempnauer J. Aftercare for patients with transplanted organs. *Dtsch Arztebl Int* 2009 Feb; 106 (9): 148–56.
- Schrem H, Kaltenborn A. Germany: Avoid more organ transplant scandals. *Nature* 2013 Jun 6; 498 (7452): 37.
- Struijs, JN, de Jing-van Til JT, Lemmens LC, Drewes HW, de Bruin SR, Baan CA. *Three years of bundled payments for diabetes care in the Netherlands. Impact on health care delivery process and the quality of care*. Bilthoven: National Institute for Public Health and the Environment Ministry of Health, Welfare and Sport 2012.
- Sydow J, Lerch F, Huxham C, Hibbert P. A silent cry for leadership: Organizing for leading (in) clusters. *The Leadership Quarterly* 2011; 22 (2): 328–43.
- Tol J, Swinkels IC, Struijs JN, Veenhof C, de Bakker DH. Integrating care by implementation of bundled payments: results from a national survey on the experience of Dutch dietitians. *International journal of integrated care* 2013; 13: e055.
- Veit C, Bungard D, Eichwald D, Schillhorn K, Trümmer A. *Fachgutachten zu einem nationalen Transplantationsregister. Sachstandsbericht zur Datenerfassung und Vorschläge für die Gestaltung eines Transplantationsregisters im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit*. 2014. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Gesundheit/Bericht/BMG-TxReg-Gutachten_140808c.pdf (10. Juni 2015).
- WHO. *Global strategy on people-centred and integrated health services*. 2014. <http://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/en/> (13. Juni 2015).