

Potenziale nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe zur Sicherstellung der Versorgung in unterversorgten Gebieten am Beispiel der Telemedizin



Hans-R. Hartweg, Karin Agor, Rolf Kaestner, Alexander Rzesnitzek und Michael Wessels

Zusammenfassung

Über einen drohenden oder bereits eingetretenen Fachkräftemangel im Gesundheitswesen, insbesondere den Ärztemangel, wird in Deutschland seit Jahren kontrovers debattiert. Als Konsens gilt inzwischen, dass es Versorgungsdisparitäten zwischen städtischen, gut versorgten Regionen und eher ländlichen, schlechter versorgten Regionen gibt. Vor allem zwei Lösungsansätze zur Minimierung von Versorgungsengpässen werden wiederholt als zielführend angeführt: Die Telemedizin (eHealth) und die Übertragung von Heilkunde auf nichtärztliche Gesundheitsberufe. Bislang wurden beide Ansätze allerdings weitestgehend unabhängig voneinander diskutiert. In diesem Beitrag wird nun der Frage nachgegangen, inwieweit es sinnvolle Möglichkeiten zur Kombination dieser beiden Ansätze zum Abbau von Versorgungsengpässen geben kann. Exemplarisch werden am Beispiel der Telemedizin im Rahmen der Versorgung von Patienten mit Bewegungsstörungen die Potenziale nichtärztlicher Gesundheitsberufe zur Sicherstellung der Versorgung diskutiert.

Einleitung

Jahrelang wurde kontrovers über einen bereits eingetretenen oder drohenden Ärztemangel zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern gestritten. Aktuell besteht zumindest Konsens darüber, dass es in Deutschland keinen generellen Ärztemangel, sondern regionale Verteilungsprobleme der (vertrags-)ärztlichen Kapazitäten gibt. Daraus entstehen in einer ersten allgemeinen Betrachtung Versorgungsdisparitäten in der Form, dass einerseits zum Teil erhebliche Überkapazitäten in bspw. städtischen (urbanen) Regionen existieren, während zeitgleich insbesondere ländliche (periphere) Regionen mit einer unterdurchschnittlichen Versorgung konfrontiert sind (Löffert und Blum 2011; Mühlbacher und Wessels 2011; Blum et al. 2010; Kopetsch 2009; Reiners 2009). Doch in solchen Betrachtungen gilt es, nicht vorschnell zu urteilen, sondern genau hinzuschauen. So können solche Versorgungsdisparitäten auch in der Peripherie der deutschen Stadtstaaten beobachtet werden. Die Ansiedelung niedergelassener (Vertrags-) Ärzte geschieht hier nach dem gleichen Muster auf kleiner Fläche, sodass gerade städtische Randbezirke ohne gute Anbindung an den öffentlichen Personennahverkehr Versorgungsdefizite aufweisen können, während sich im Zentrum und den Stadtteilzentren die Arztpraxen ballen (Zentralinstitut 2013).

Engpässe durch fehlende Versorgungskapazitäten

Zur Vermeidung oder zumindest Minimierung von Versorgungsengpässen werden in den aktuellen Reformdebatten insbesondere zwei Ansätze wiederholt angeführt: Einerseits telemedizinische Versorgungsansätze andererseits die Übertragung von Heilkunde.

In beiden Fällen geht es darum, Engpässe in der Versorgung zu vermeiden. Durch die Telemedizin sollen solche Versorgungsengpässe, die entstehen, wenn persönliche Kontakte zu Leistungserbringern in der Versorgungsrealität schwierig abzubilden sind, mithilfe virtueller Kontakte zwischen Leistungserbringer und Patient minimiert werden. Bei der Übertragung von Heilkunde geht es hingegen darum, dass ärztliche Tätigkeiten von nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen ausgeführt werden sollen. In diesem Kontext ist insbesondere die Reichweite der Übertragung umstritten. Vereinfacht dargestellt, kann die Übertragung von Heilkunde einerseits als Delegation ad personam erfolgen, bei der die Leistung von einem nicht-ärztlichen Gesundheitsberuf ausgeübt, aber weiterhin vom Arzt überwacht und verantwortet wird, andererseits kann die Übertragung als Substitution erfolgen, d. h., der nicht-ärztliche Gesundheitsberuf übernimmt eine Tätigkeit eigenverantwortlich.

Über eine Neuordnung bzw. Neuabgrenzung der Aufgabenfelder der Gesundheitsberufe wird in Deutschland als Reaktion auf die steigende Komplexität der Versorgung infolge des demografischen Wandels und eines drohenden Fachkräfte-, insbesondere Ärztemangels seit Jahren debattiert (Wessels 2013, S. 122 ff.). Auch wenn die Übertragung von Heilkunde zwischen den Professionen umstritten ist, so ist sie politisch zumindest gewollt. Hier hatte sich die aktuelle Bundesregierung in ihrem Koalitionsvertrag deutlich positioniert:

Der Einsatz von qualifizierten nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen, die delegierte ärztliche Leistungen erbringen, soll flächendeckend ermöglicht und leistungsgerecht vergütet werden. Modellvorhaben zur Erprobung neuer Formen der Substitution ärztlicher Leistung sollen aufgelegt und evaluiert werden. Je nach Ergebnis werden sie in die Regelversorgung überführt (CDU et al. 2013, S. 53 f.).

Doch über die nationalen Bemühungen hinaus, beschäftigt sich auch schon die Europäische Union mit der Harmonisierung. So wird auch auf der europäischen Ebene Harmonisierungsbedarf gesehen (BMBF 2014), da die Versorgung bei einem Festhalten am derzeitigen Status quo nicht mehr in allen Regionen auf dem bisherigen Niveau sichergestellt werden kann. So bestehen Befürchtungen, dass ausländische Fachkräfte, ggf. nicht zu einer wünschenswerten Entlastung der Versorgungsdefizite beitragen, sondern diese mit Blick auf fehlende nationalstaatenübergreifende Aus-, Fort- und Weiterbildungsregeln noch verstärken könnten.

Dabei ist selbst die Ärzteschaft der Übertragung von Heilkunde nicht mehr generell ablehnend gegenüber eingestellt. Auf dem 118. Deutschen Ärztetag in Frankfurt wurde jüngst die Position bekräftigt, dass „... eine stärkere Einbeziehung nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe sinnvoll (ist). Im Mittelpunkt der Bildung multiprofessioneller Teams und berufsgruppenübergreifender Versorgungskonzepte muss die Synergie der verschiedenen Kompetenzen stehen“ (BÄK 2015, S. 229 f.). Aus Sicht der Ärzteschaft sollen die Chancen zur Arztentlastung durch nicht-ärztliche Gesundheitsberufe im Rahmen von Delegationskonzepten, wie dem Physician Assistant, genutzt werden (BÄK 2015, S. 224–230).

Interessanterweise, wurden die beiden Ansätze der „Telemedizin“ und der „Übertragung von Heilkunde“ bislang weitgehend separat voneinander diskutiert. Dass aber auch eine Kombination dieser beiden Ansätze relevant sein könnte, soll in diesem Beitrag zumindest diskutiert werden. Exemplarisch werden am Beispiel der Telemedizin im Rahmen der Versorgung von neurologischen Erkrankungen, insbesondere des Morbus Parkinson, die Potenziale nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe zur Sicherstellung der Versorgung skizziert.

Nicht-ärztliche Gesundheitsberufe

Versorgungsdefizite in Form einer Über-, Unter- und Fehlversorgung hatte der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen bereits in seinem Gutachten aus dem Jahr 2001 konstatiert (SVRKAiG 2001). Darauf aufbauend hat der Sachverständigenrat in seinem Gutachten aus dem Jahr 2007 ausgeführt, dass es aufgrund der demografischen Entwicklung in Deutschland zu einer Veränderung des Versorgungsbedarfs kommen werde. Eine Arztzentriertheit der Versorgung sei nicht zwangsläufig immer effizient. Vor diesem Hintergrund hat der Sachverständigenrat eine Weiterentwicklung der Kooperation im Gesundheitswesen und damit eine Veränderung der Aufgabenverteilung zwischen den Gesundheitsberufen gefordert (SVR 2007). Demzufolge wurde eine neu organisierte Arbeitsteilung zwischen Ärzten und nichtärztlichen Gesundheitsberufen gefordert (Neiheiser und Offermanns 2008; Offermanns und Neiheiser 2010). Solch eine neue Arbeitsteilung soll nicht nur die Arbeitsprozesse effizienter organisieren, sondern darüber hinaus Versorgungsengpässe minimieren (Rothgang et al. 2012; Simon 2012; PwC und WifOR 2010; Dussault et al. 2010).

Auch der Wissenschaftsrat hat in seinem Gutachten aus dem Jahr 2012 gefordert, dass es aufgrund der zunehmenden Komplexität und des zu erwartenden steigenden Versorgungsbedarfs zu einer Neuabgrenzung der Gesundheitsberufe mit einer zunehmenden akademischen Qualifizierung kommen müsse. Die Zunahme der Komplexität in der Versorgung werde eine stärker kooperativ organisierte Gesundheitsversorgung erforderlich machen, in der die Angehörigen der verschiedenen Gesundheitsberufe nicht nur zunehmend komplexere Aufgaben zu erfüllen haben, sondern auch Aufgaben übernehmen, die zuvor von Ärzten wahrgenommen wurden (WR 2012). Der Gesetzgeber hat mit dem Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz, PfwG) in § 63 Abs. 3c SGB V die Möglichkeit geschaffen, in Modellvorhaben eine Übertragung ärztlicher Tätigkeiten, bei denen es sich um selbstständige Ausübung von Heilkunde handelt, auf Pflegende zu erproben, wenn zuvor durch eine Ausbildung gemäß § 4 Absatz 7 Krankenpflegegesetz (KrpflG) bzw. § 4 Absatz 7 Altenpflegegesetz (AltpflG) eine entsprechende Qualifikation erfolgt ist. Eine konkretisierende Richtlinie zu den übertragbaren Tätigkeiten und den erforderlichen Qualifikationen hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) erlassen (G-BA 2012). Die Umsetzung von Modellvorhaben verläuft aber bislang eher schleppend, wie der Sachverständigenrat in seinem jüngsten Gutachten kritisiert (SVR 2014, S. 518).

Für die Übernahme ärztlicher Tätigkeiten kommen grundsätzlich nicht-ärztliche Gesundheitsberufe, wie bspw. Pflegende und Medizinische Fachangestellte (MFA), in Betracht. Hierzu existieren bereits verschiedene Modelle, wie z. B. Schwester AGnES (Arztentlastende, Gemeindefahe, E-Health-gestützte, Systemische Intervention),

VERAH (Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis), MOPRA (Mobile Praxisassistentin), MoNi (Modell Niedersachsen), EVA (Entlastende Versorgungsassistentin) und HELVER (Arzthelferinnen in der ambulanten Versorgung), die bislang aber nicht vollständig in die Regelversorgung überführt wurden (Hoffmann et al. 2013; Berg et al. 2010a, b; Dreier et al. 2010).

Hinzu kommt, dass ausgewählte Gesundheitsberufsgruppen qua ihrer absolvierten Ausbildung schon jetzt in der Lage sind, Versorgungsbedarfe zu erkennen und Therapiepläne zu erstellen. Dabei handelt es sich um Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Logopäden, die gemäß ihrer Ausbildungs- und Prüfungsverordnung geschult sind, Einschränkungen von Aktivitäten des täglichen Lebens ihrer Patienten zu erkennen. Der Gesetzgeber scheint sich derzeit mit einer möglichen Umsetzung zu beschäftigen, wenn er für die Physiotherapie im Rahmen von Modellvorhaben eigenverantwortliche Verordnungen von derart geschulten Therapeuten zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung (also ohne weitere Einbeziehung von Ärzten) erlaubt. International haben sich Gesundheitsberufe, wie Arztassistenten (Physician Assistants) oder Advanced Nurse Practitioners (ANP) bzw. Advanced Practice Nurses (APN), etabliert, die über umfangreiche medizinische Fähigkeiten verfügen und mit Kompetenzen für eine weitgehend eigenverantwortliche Versorgung ausgestattet sind (Höppner 2008; Höppner und Kuhlmeier 2009). Auch in Deutschland beginnen sich derartige nicht-ärztliche Versorgungsstrukturen zu etablieren. So wurden inzwischen erfolgreich erste primär qualifizierende Pflegestudiengänge und auch Studiengänge zur Qualifizierung von Physician Assistants bundesweit implementiert (Delmaire und Lafortune 2010; Höppner und Kuhlmeier 2009; Friesacher 2013; DGPA 2016).

In der Patientenversorgung fanden nicht-ärztliche Gesundheitsberufe lange Zeit keine größere Akzeptanz. Noch im Jahr 2008 kam Höppner zu dem Ergebnis, dass Heilkundeübertragung von Patienten skeptisch gesehen wird: „Das international weitverbreitete Modell eines eigenständig praktizierenden und hoch qualifizierten Nurse Practitioner oder eines zwar unter ärztlicher Supervision tätigen, jedoch mit weitreichenden Kompetenzen ausgestatteten Physician Assistant liegt für einen Großteil der Befragten fern“ (Höppner 2008, S. 266). Höppner stellte in der Folge die These auf, dass die Akzeptanz steigen würde und Patienten ihre Vorbehalte abbauen würden, wenn sie positive Erfahrungen gesammelt hätten, etwa im Hinblick auf verkürzte Wartezeiten und eine verbesserte Erreichbarkeit. Diese These konnte zwischenzeitlich bestätigt und damit eine Akzeptanz bei den Patienten unterstellt werden (Wessels 2013; SVR 2014). Damit zeichnet sich zumindest für eine der beiden zuvor thematisierten Alternativen, auf Versorgungsengpässe reagieren zu können, eine positive Entwicklung ab. In der Folge soll deswegen aber auch noch die zweite Alternative, eine telemedizinische Versorgung, beleuchtet werden. Um eine mögliche Kombination der beiden Versorgungsansätze diskutieren zu können, soll dies anhand eines existenten Versorgungsprojekts aufgezeigt werden. Dabei handelt es sich um die so genannte „Ambulante videounterstützte Therapie (AVT)“, bei der betroffene Patienten mit schweren Bewegungsstörungen telemedizinisch von neurologischen Fachärzten versorgt werden.

Telemedizinische Versorgungsansätze

Rund 300.000 Menschen leben mit „Morbus Parkinson“ in Deutschland, die sich in den Codes der internationalen, Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme in der 10. Revision – German Modification – (ICD-10-GM) als „G20. – Primäres Parkinson-Syndrom“ bzw. als „G21. – Sekundäres Parkinson-Syndrom“ manifestieren (Vgl. ICD-10-GM, dort Kap. VI, „Krankheiten des Nervensystems“). Neben den typischen sogenannten Kardinalsymptomen der Erkrankung „Tremor (grobschlägiges Zittern)“, „Rigor (Muskelsteifigkeit)“, „Akinese“ (Verlangsamung von Bewegungen bis hin zur Bewegungslosigkeit [Freezing]) beeinträchtigen in fortgeschrittenen Stadien auch so genannte atypische Parkinsonsymptome wie bspw. Depressionen, eine vermehrte Neigung zu Halluzinationen und Demenz das Leben der

Patienten und Angehörigen (vgl. Oertel et al. [2012](#)). Nicht selten stellen diese atypischen Parkinsonsymptome stärkere Beeinträchtigungen dar als die rein motorischen Symptome. Eine symptomatische Therapie des Morbus Parkinson gilt in fortgeschrittenen Stadien der Erkrankung als medizinisch anspruchsvoll. Das klinische Bild kommt in vielerlei Gestalt daher und die Ausprägungen der Bewegungsstörungen schwanken in Abhängigkeit vom Medikationsspiegel im Blut. So kann das Spektrum der Bewegungsstörungen bei Betroffenen von einem Zustand der Starre bis hin zu für den Patienten nicht zu kontrollierenden Bewegungstürmen reichen. Erschwert wird die medikamentöse Behandlung durch Fluktuationen. Diese können von einem plötzlichen Wechsel von Phasen guter Beweglichkeit bis zu Phasen der Bewegungsstarre, die unabhängig von der jeweiligen Medikation auftreten können und teils mehrfach an einem Tag wechseln (fluktuieren) können, reichen. Im fortgeschrittenen Verlauf der degenerativen Erkrankung treten neben Depressionen und Halluzinationen zusätzlich demenzielle Veränderungen ein, die eine Beurteilung der Therapie auf Basis der Angaben von Angehörigen ebenfalls erschweren (vgl. Oertel et al. [2012](#)).

Für eine erfolgreiche medikamentöse Einstellung ist die genaue Kenntnis über das Zusammenspiel zwischen dem individuellen Bewegungsprofil des Patienten und der aktuellen Medikation von hoher Relevanz. Die Anpassung der Medikation erfolgt regelhaft über Zeiträume von mindestens 4 Wochen (bis zum Erreichen von therapeutisch ausreichend hohen Wirkspiegeln der Medikation). Die Therapie kommt an ihre Grenzen, da mit Erreichen der Wirkspiegel der Medikation Wechselwirkungen bzw. nicht erwünschte Nebenwirkungen, wie Halluzinationen oder schwere Psychosen, auftreten. Die parkinsonsche Erkrankung kann bedarfsgerecht versorgt werden, wenn sukzessiv und unter engmaschiger Kontrolle eine individuelle Anpassung der Medikation erfolgt. Wirkungen und Wechselwirkungen der verabreichten Arzneimittel sind sorgsam abzuwägen und die Medikation auf die individuellen Bedürfnisse der betroffenen Patienten abzustimmen. Eine exakte, für den Arzt objektivierbare Dokumentation der Bewegungsstörungen – tag wie nachts – ist zu fordern.

Eine derart spezialisierte Behandlung wird in zugelassenen Krankenhäusern weder personell noch im Rahmen der Vergütung gemäß der DRG-Klassifikation abzubilden sein. Auch in den Praxen der Vertragsärzteschaft wird eine solche Versorgung nur mit erheblichem Ressourceneinsatz zu organisieren sein, da der behandelnde Arzt seine Patienten zu 120 Zeitpunkten in der häuslichen Umgebung (ggf. aber auch im Pflegeheim) aufsuchen müsste, was mit einer gängigen Versorgungspraxis sicherlich nicht vereinbar sein dürfte. Dies wird dazu führen, dass die Ansprüche an eine qualitativ hochwertige, dem aktuellen Stand wissenschaftlicher Erkenntnisse entsprechende, medizinische Versorgung der betroffenen Parkinsonpatienten im Rahmen der Regelversorgung kaum bedient werden können. Hinzu kommt, dass es von den betroffenen Patienten als besonders gravierend eingestuft werden muss, dass ortsnahe, spezialisierte Versorgung gerade in unterversorgten Gebieten kaum anzutreffen sind. Gemeinden in Mecklenburg-Vorpommern, im Harz oder aber im Emsland, um nur einige der von Unterversorgung betroffenen Regionen zu benennen, stehen aktuell vor der Herausforderung, einen ortsnahen Zugang zu spezialisierten Ärzten zu organisieren. Eine flächendeckende, qualifizierte und zudem wirtschaftliche Versorgung läuft auf eine telemedizinisch geprägte Versorgung hinaus, da eine wie zuvor beschriebene, genaue Dokumentation zum Abwägen von Risiken und Nutzen der Arzneimittel primär durch auf Bewegungsstörungen spezialisierte erfahrene Ärzte erbracht werden sollte (Hartweg et al. [2014](#)).

Im Rahmen einer vierwöchigen telemedizinischen Versorgung werden die teilnehmenden Patienten zu rd. 120 Zeitpunkten gebeten, ihren aktuellen Zustand zu Hause per Videobildokumentation festzuhalten. Bei der Erstellung der Videobilder sind spezielle diagnostische Bewegungsabläufe durchzuführen. Die derart dokumentierten Informationen werden an einen Spezialisten weitergeleitet, der anhand der Bilder die Medikation optimal ausrichten kann (Neumann und Wolfschütz [2015](#)).

Telemedizinisches Fallmanagement durch nicht-ärztliche Gesundheitsberufe

Mit der telemedizinischen Anwendung „Ambulante Videounterstützte Therapie“ wird seit Jahren eine enge Verzahnung von ambulanten- und stationären Leistungen „gelebt“. Über spezielle Konsilfunktionen können die an der Versorgung beteiligten Mediziner sowie spezialisierte, nicht-ärztliche Fallmanager in die jeweilige Behandlung eingebunden werden. Damit stehen nicht nur den teilnehmenden Ärzten sondern in einem erweiterten Setting auch den nicht-ärztlichen Fallmanagern multizentrische Konsilfunktionen zur Verfügung, die über eine intersektorale Zusammenarbeit zwischen ambulanten und klinisch tätigen Fachärzten hinaus auch eine interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Mediziner und Fallmanagement ermöglichen und durch eine Delegation der primär nicht-ärztlichen Leistungen zur einer deutlichen Entlastung der Ressource „Arzt“ beitragen kann (Hartweg et al. 2015).

In einer solch besonderen Konstellation können die besonderen Potenziale nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe im Bereich des Fallmanagements voll ausgeschöpft werden. So werden Ärzte zum einen von administrativen Aufgaben entlastet zum anderen können vorbereitend-entscheidende primär nicht -ärztliche Tätigkeiten von speziell qualifizierten, nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen übernommen werden.

Bislang ist die Diagnose Morbus Parkinson in der Richtlinie des G-BA gem. § 63 Abs. 3c SGB V nicht vorgesehen. Insofern kommt eine Erprobung von „Fallmanagern“ im Rahmen einer eigenverantwortlichen Tätigkeit durch Pflegende in Modellvorhaben nicht in Betracht. Ein wünschenswerter Ansatz wäre jedoch im Rahmen der Delegation primär nicht-ärztlicher Aufgaben auch andere Gesundheitsberufe mit einzubeziehen, hier ist bspw. an eine qualifizierte „Parkinson Nurse“ und/oder aber an Arztassistenten durch Physician Assistants zu denken. Eine derart organisiertes Fallmanagement scheint sich analog zu einem Kontext zu bewegen, in dem der Gesetzgeber mit Blick auf die zuvor beschriebenen Ausbildungsinhalte auf die Expertise ausgewählter Gesundheitsberufsgruppen zurückgriff und in vorgegebenen Rahmen eigenverantwortliches Handeln ohne weitere Einbeziehung von Ärzten erlaubte.

Schlussbetrachtung

Die Übertragung von Heilkunde auf nicht-ärztliche Gesundheitsberufe sowie telemedizinische Versorgungsansätze können für sich genommen bereits heute helfen, Versorgungsentpässe zu vermeiden. Es liegt nah, beide Lösungsansätze einer Kombination zuzuführen und derart, zu einer weiteren Entlastung der knappen Ressource „Arzt“ beizutragen. So können nicht-ärztliche Gesundheitsberufe mittels telemedizinischer Anwendungen einen relevanten Beitrag zu einer tragenden und zukunftsfähigen Sicherstellung der Versorgung leisten. Eine solche Sicherstellung wird vermutlich in erster Linie für ländliche Regionen diskutiert werden, sollte aber auch in die Peripherie der Großstädte hineinreichen, wo bei den bestehenden, regionalen Verteilungsprobleme der (vertrags-)ärztlichen Kapazitäten zukünftig ebenfalls Arzt- und Fachkräftemangel zu erwarten sind.

Über die Autoren

Prof. Dr. Hans-R. Hartweg, Dipl. Gesundheitsökonom univ., folgte 2014 einem ordentlichen Ruf in den Fachbereich „Wiesbaden Business School“ der Hochschule RheinMain. Zuvor leitete er von 2010 bis 2014 als Studiendekan und Professor die Gesundheitsökonomie am Hamburger Standort der Hochschule Fresenius. Das berufspraktische Rüstzeug erwarb er bei der KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Frankfurt sowie bei den Verbänden der Ersatzkassen, Siegburg. Seine Promotion zum Thema der „Selektivvertraglichen Versorgung in Deutschland“ erlangte er am Seminar für Sozialpolitik der Universität zu Köln. Der Promotion ging das Studium der Gesundheitsökonomie an der Universität Bayreuth voraus.

Karin Agor, M.A., M.Sc., ist seit Jahren in der gesetzlichen Krankenversicherung tätig. Schwerpunkte bilden das Vertrags- und Versorgungsmanagement mit der Entwicklung eigener Versorgungsansätze. Vorherige Stationen waren ein Beratungsunternehmen im Gesundheitswesen sowie eine oberste Landesgesundheitsbehörde. Sie ist Referentin im Masterstudiengang Consumer Health Care an der Charité – Universitätsmedizin Berlin und Lehrbeauftragte im Studiengang Health Economics an der Hochschule Fresenius in Hamburg.

Rolf Kaestner, Dipl. Volkswirt, ist seit mehr als 20 Jahren als Gutachter und Sachverständiger in der Entwicklungszusammenarbeit tätig sowie im Projektmanagement überwiegend im Gesundheitswesen und dem öffentlichen Sektor und war in der Zwischenzeit an diversen Projekten für öffentliche und private Auftraggeber, im Gesundheitswesen und in den letzten Jahren im Hochschulsektor beteiligt, seit 2011 auch als Dozent an der Fresenius Hochschule in Hamburg. Er gehört zu den Gründungsmitgliedern des BMC – Bundesverband Managed Care.

Alexander Rzesnitzek (Arzt), leitet als Geschäftsführer die Medizinische Videobeobachtung GmbH (MVB), Koblenz und setzt in dieser Position die „Ambulante videounterstützte Therapie (AVT)“ um. Dabei handelt es sich um den ersten telemedizinischen Versorgungsansatz in Deutschland, der auf Bewegungsstörungen ausgerichtet ist. Die über die Jahre immer weiter verfeinerte Videobeobachtung geht auf seine Initiative zurück. Vor dieser Zeit arbeitete er als Krankenhausarzt in Koblenz, nachdem er zuvor sein Studium an der Medizinischen Fakultät der Westfälischen Wilhelms Universität in Münster absolvierte.

Prof. Dr. Michael Wessels, Dipl. Gesundheitsökonom univ., ist seit 2012 Hochschullehrer für Gesundheitsmanagement, Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik, von 2012 bis 2015 an der Mathias Hochschule Rheine, seit 2016 an der praxis Hochschule. Seit 2013 hat er darüber hinaus einen Lehrauftrag als externer Lehrbeauftragter an der Hochschule Osnabrück. Davor war er für die Verbände der Ersatzkassen (Berlin/Siegburg) tätig und in verschiedenen Gremien der Selbstverwaltung der GKV vertreten, beispielsweise dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) und dem Bundesschiedsamt Zahntechnik. Er promovierte am Seminar für Sozialpolitik der Universität zu Köln und studierte an der Universität Bayreuth Gesundheitsökonomie.