Chefarzt, niedergelassener Kardiologe und Versorgungsforscher: Dr. med. Gregor Sauer, Duisburg

Versorgungsforschung „von unten“

Dr. med. Gregor Sauer sitzt in einem überraschend einfachen Büro – allerdings mit einem grandiosen Blick auf den Rhein. Auch wenn Türrahmen und Wände erst vor kurzem einen neuen frischen Anstrich erhalten haben, so erkennt man doch den typischen Stil eines Krankenhauses, was durchaus gewollt ist. Sauer ist ein Mensch gewordener und auch Mensch gebliebener sektorübergreifender Versorgungsansatz. Zudem einer, der seit Jahren Versorgungsforschung quasi von der Basis aus praktiziert.



>> Gregor Sauer leitet zusammen mit seinem Partner Dr. med Ralf Jordan die Klinik für kardiologische Rehabilitation und Prävention an der Rhein-Klinik, die sich – früher ein Krankenhaus der Regelversorgung und damit eines von vielen in der Region ohne Zukunftsaussichten – zu einer Rehabilitationsklinik mit weiteren Fachabteilungen für Orthopädie, Geriatrie und Dermatologie umstrukturiert hat. Das macht einen Teil seines Arbeitslebens aus. Zum anderen aber betreibt er mit seinem Kollegen seit Juli 2007 eine kardiologische Gemeinschaftspraxis – in den Räumen der Rheinklink, 1. Etage, vom Aufzug aus links. Auf zur Zeit etwa 400 Quadratmetern, ein weiterer Ausbau ist bei dem sich abzeichnenden steigenden Bedarf vorgesehen, betreut er hier Patienten aus der Reha-Klinik und der Praxis in der Nachsorge nach einem Herzinfarkt oder nach Herzoperationen. Sein Ziel ist es – verstärkt – auch in der Prävention tätig zu werden; ein Anliegen, für das er durchaus gekämpft hat, damit es sowohl in der zum Katholischen Klinikum Duisburg gehörenden Rhein-Klink als auch in seiner Praxis zum Schwerpunkt wird.

In Praxis und Klinik kümmern sich Jordan & Sauer täglich um die ärztlichen Belange der rund 60 bis 80 Patienten, während von der Klinik alle anderen Reha-Dienstleistungen zur Verfügung gestellt werden. Diese Aufteilung hat sich in knapp einem Jahr schon bewährt. In den Jahren zuvor hat die kardiologische Rehabilitation an der Rhein-Klinik eher als „Mauerblümchen vor sich hin geschlafen“, wie Sauer im Rückblick meint. Denn damals durfte ein Praxisinhaber nicht gleichzeitig an einer anderen Institution tätig sein, wodurch es auf eine strikte personelle Trennung hinauslief. Doch mit den Änderungen der entsprechenden Paragraphen im Sozialgesetzbuch und mit der Entscheidung des Klinikträgers, das wunderschön, geradezu idyllisch und zudem absolut ruhig am Rhein gelegene Krankenhaus in eine Reha-Klinik umzuwandeln, konnte Sauer beide Posten wahrnehmen; die des Chefarztes und jene eines niedergelassenen Kardiologen in einer der Klinik per Joint Venture und freien Dienstleistungsvertrag angeschlossenen Gemeinschaftspraxis.

Dieser sektorübergreifende Versorgungsansatz ist in Deutschland noch recht selten und immer noch eine Art Modellversuch. Das liegt zum einen daran, dass die niedergelassenen Kardiologen teilweise Angst davor haben, dass ihre Aufgaben über kurz oder lang ganz von den Kliniken wahrgenommen werden. Diese Angst, so Sauer, werde vor allem bei jenen Ärzten laut, die zum großen Teil als „Einzelkämpfer“ auf Überweisungsbasis arbeiten, meist nur rein fachärztlich tätig sind und ergänzende, weiterführende spezialisierte Aufgabengebiete, die erhöhte Investitionskosten beinhalten – unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten – nicht anbieten können.

„Das Problem ist die Struktur derjenigen, die in Deutschland für die Versorgung der Patienten zuständig sind“, sagt Sauer. Für ihn – jahrelang im Vorstand des Bundesverbandes der Niedergelas-

senen Kardiologen, und als solcher Mitglied u.a in der klinischen Kommission und heute noch Mitglied der Projektgruppe Prävention der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – ist diese Aussage durchaus eine verbale Gratwanderung, denn damit spricht er einem Teil seiner Kollegen durchaus jene Qualität ab, der eine Krankenhausstruktur zu entsprechen hat. Ein weiteres Problem ist jenes der Ökonomie. „Ich kann mir nicht vorstellen, dass ein rein fachärztlich orientierter Kollege auf Dauer nur im Rahmen einer Niederlassung existieren kann", sagt Sauer, denn diese strukturelle Trennung zwischen Praxis und Krankenhaus würden die monetären Ressourcen nicht mehr lange hergeben. Die Rechnung ist einfach: Alleine die Kostenstrukturen von Raum und Geräten sind viel günstiger, wenn sie eine Praxis mit dem Krankenhaus gemeinsam nutzen kann – wohlgemerkt für beide Seiten.



Die Kernfrage, und die hat Sauer schon vor über zehn Jahren zur Versorgungsforschung gebracht, lautet: „Wie kann man objektiv die Qualität einer Versorgungsstruktur messen und gegenüber einer anderen vergleichen?" Die richtigen Antworten erhält man durch Register, bei denen zum einen die Endpunkte richtig gesetzt sind; zum anderen eine strikte Kontrolle der eingegebenen über ein Monitoring verfolgt.

Darin hat Sauer Erfahrung. Als Mitinitiator eines der ersten Versorgungsforschungsansätze, des sogenannten „QuIK-Registers". Hier wurde primär die Qualität der Katheteruntersuchungen im ambulanten, jetzt auch zusätzlich teilweise im stationären Bereich verglichen. Das Register lebt unter anderem von drei Kernfaktoren. Zum ersten ist das die absolute Unabhängigkeit von Drittmitteln. Zum zweiten sind das von der Basis her definierte und auch anerkannte wenige Endpunkt-Parameter, die sowohl von der Erhebung als auch von der Auswertung und dem sich daraus ergebenden Nutzwert her absolut praktikabel sind. Und zum dritten von einer gegenseitigen Kontrolle. Nach einem Zufallsprinzip besuchen sich die Mitglieder des Registers untereinander und überprüfen, ob wirklich alle Patienten und die erfolgten Einträge auch korrekt erfasst wurden. Der Vorteil dabei: Die „Kontrolleure" sehen auch andere Katheterlabore von innen und nehmen häufig auch gute Anregungen mit zurück in ihre eigenen Einrichtungen. Es erfolgt ein gegenseitiges Lernen. Sauer: „Qualitätssicherung entartet in Deutschland zu häufig zu einem Selbstzweck und wird sehr schnell so umfangreich, dass sie weder praktikabel noch nutzwertig ist." Sauers Forderung: „Qualitätssicherung muss sich auf möglichst wenig Parameter beschränken, die in der Lage sind, Prozess- und Ergebnisqualität abzubilden. Diese muss man dann abfragen und kontrollieren." Und: Die Studie am besten noch selbst finanzieren, wie das im „QuIK-Register" der Fall ist – übrigens eine Idee, die auch zusammen mit seinem Lehrmeister und Mentor Prof. Neuhaus entwickelt wurde.

QuIK ist anerkannt: Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben zwischenzeitlich die Methoden des QuIK-Registers längst übernommen und machen die Abrechenbarkeit von kassenärztlichen Leistungen davon abhängig, ob man sich als Arzt an diesem Qualitätssicherungsprogramm beteiligt oder nicht. So einfach kann Versorgungsforschung sein: Wer nicht mitmacht, bekommt kein Geld aus dem Solidartopf.

Im Bereich Reha hat Sauer mit seinem Partner Jordan übrigens vor kurzem ähnliches angeschoben: Das „KARREE"-Register, das in Zukunft die Prozess- und Ergebnisqualität kardiologischer Rehabilitation erforschen soll. Begonnen im ambulanten Bereich soll es jetzt auch teilweise im stationären Bereich eingesetzt werden. Das ist für Sauer beileibe kein Selbstzweck, obwohl er an solchen Studien durchaus viel Spaß hat, ohne den man einen solchen zeitlichen wie finanziellen Aufwand ohne Fremdfinanzierung auch nicht schultern kann.

„Im heutigen Gesundheitssystem müssen alle Leistungserbringer mehr denn je ihren Return on Invest nachweisen", erklärt Sauer. „Bevor uns das System irgendwelche nicht praktikablen Qualitätssicherungsprogramme auferlegt, versuchen wir das Thema doch besser selbst in den Griff zu bekommen."

Das war und ist für ihn die Geburts- und die Sternstunde der Versorgungsforschung, die „von unten kommt". <<





Dr. Gregor Sauer (Jahrg. 1951)
(Facharzt Innere Medizin und Kardiologie)

Vita:
Studium der Medizin in Köln und Düsseldorf, Kliniktätigkeit in Düsseldorf, Göttingen und Essen; seit 1986 niedergelassener Kardiologe in Duisburg; Juli 1986 bis Juni 2007 Dres. Grewe, Kmoth, Sauer: 1. Praxis in Deutschland, die ambulant Koronarangiografien durchgeführt hat und seit 1992 ein Konzept zur ambulanten kardiologischen Rehabilitation mitentwickelt hat (www.cardiologie-duisburg.de); seit 2004 zusätzliche Leitung der Klinik für Kardiologische Rehabilitation und Prävention an der Rhein-Klinik in Duisburg-Beekerwerth.

Mitglied in Fachgesellschaften:
Bundesverband Deutscher Internisten (BDI); Bundesverband Niedergelassener Kardiologen (BNK) – 1995-2003 Vorstandsmitglied; Deutsche Gesellschaft für Kardiologie (DGK): 1995-1999 Mitglied der Kommission für Klinische Kardiologie, 1999 -2003 Mitglied der Programmkommission, seit 2000 Mitglied der Projektgruppe Prävention, seit 1999 Vertreter der DGK in der Nationalen Herz-Kreislauf-Konferenz der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitation und Prävention (DGPR); European Society of Cardiology (ESC).

Wissenschaftliche Tätigkeiten:
1974-1978 Mitarbeit im SFB 30 an der I. Med. Klinik B (Prof. Loogen) Universitätsklinik Düsseldorf; 1978 - 1984 Mitarbeit im SFB 91 an der Universitätsklinik Göttingen, Klinik für Kardiologie und Pulmonologie (Prof. Dr. H. Kreuzer); seit 1996 Mitentwicklung und Beteiligung an einem Qualitätssicherungsprogramm zur invasiven Diagnostik (QuIK-Register); seit 1997 Mitentwicklung und Beteiligung an einem Modell zur ambulanten/teilstationären Rehabilitation der Phase II (Rheinisches Modell); seit 2006 Mitentwicklung und Beteiligung an einem Qualitätssicherungsprogramm zur kardiologischen Rehabilitation (KARREE); Co-Autor mehrerer Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie; Autor und Co-Autor mehrerer wissenschaftlicher Publikationen; Mitarbeit am Buch des Thieme-Verlags zur „Kardiologischen Rehabilitation" (Hrsg. Rauch, Bönner, Held)