

6. MSD Forum Gesundheits*PARTNER* MSD Gesundheitspreis 2016

Erfolgreiche Versorgungsprojekte in der Praxis Gemeinsam Versorgung gestalten

V. E. Amelung, S. Fiedler, M. Göhl, R. Hess, R. Koschorrek,
M. Mann, F. Püschner, F. W. Schwartz, P. C. Scriba, J. Wendel-Schrief

Die redaktionelle Bearbeitung dieser Publikation erfolgte durch das inav – privates Institut für angewandte Versorgungsforschung GmbH. Die inhaltliche Verantwortung der einzelnen Beiträge liegt allein bei den jeweils genannten Autoren. MSD weist ausdrücklich auf die finanzielle Unterstützung dieser Publikation hin.

Die Publikation ist urheberrechtlich geschützt. Alle Rechte vorbehalten.

ISBN Printversion: 978-3-927107-18-2

ISBN PDF: 978-3-927107-19-9

Erfolgreiche Versorgungsprojekte in der Praxis

Gemeinsam Versorgung gestalten

6. MSD Forum GesundheitsPARTNER

MSD Gesundheitspreis 2016

Herausgeber:

*V. E. Amelung, S. Fiedler, M. Göhl, R. Hess, R. Koschorrek,
M. Mann, F. Püschner, F. W. Schwartz, P. C. Scriba, J. Wendel-Schrief*

Autoren:

B. Adams, B. Altpeter, V. E. Amelung, B. Aşkın, T. Assmann, B. Augurzky, W. Bachmann, M. Bangemann, R. Bargel, R. Barth, A. Barzel, S. Bauer, S. Baumann, C. Bausewein, B. Bayer, H.-J. Beckmann, A. Behring, S. Berger, M. Bergmann, S. Bernhardt, W. Besier, A. Bethke, K. Blackert, M. Blüher, D. Böhrer, E. Böing, M. Böinig, L. Bongartz, B. Borgert, P. Brämer, A. Brandes, J. Bruns, I. Dänschel, B. Denhoven, C. Dierks, D. Dimitrova, H. Dreznjak, K. Ebel, R. Eckel, A. Eichner, V. Eissing, M. W. Elff, T. Engels, T. Ergün-Yikici, S. Fiedler, J. Fischaleck, J. Flohr, C. Flügel-Bleienheuft, M. Förster, L. O. Freiberg, K. Friedland, N. Fritz, S. Fröhlich, F. Fuhrmann, J. Gensichen, D. Göbel, M. Göhl, P. Goller, L. Grabley, M. Härter, S. Heidler, H.-J. Helming, A. Herpich, F. Herth, R. Hess, C. A. Heun-Letsch, T. S. Hiller, B. Höpfner, R. Horne, R. M. Huber, W. Hübner, T. Husemann, S. Jedamzik, M. Jehnen, L. Johannson, P. K. Josenhans, B. Käser, E. Karabasheva, L. Kasprick, G. Ketels, M. Klemm, M. Klennert, R. Koschorrek, F.-W. Koop, W. Koop, C. Kuch, S. Korkmaz, M. Kost, I. Krämer, F. Kron, C. Krüger, S. Kruhl, M. Kusch, M. Lambert, M. Lang, S. Lerf, C. Liebe, M. Linz, R. Luithardt, M. Mann, U. Marschall, P. Makolla, M. Mayer, H. Mechling, M. Memmel, A. Mendel, D. Meyer, M. Milde, C. Mildner, C. Mittmann, D. Möhler, H. Möhlmann, M. Moessner, M. Z. Muallem, H. Müller, S. Müller, T. Müller, M. Müschenich, G. Neubauer, T. Oeben, H. Oen, H. Özdemir, J. Osterbrink, A. Ostrowski, S. C. Palme, S. Pareigis, D. Parow, S. Petak-Opel, U. Peters, J. Pflaum, A. Pötzl, B. Pohler, G. Poppele, R. Porzig, G. Potuschek, F. Püschner, T. Rampoldt, S. Rataj, A. L. G. Reimann, D. Reinecke, E. Reisig, K. Rickert, P. Riesner, K. Rösing, S. Rose-Fröhlich, S. Roweda, A.-K. Ruhe, R. Salman, B. Sattler, D. Scharrel, U. Scheibel, H. Schlager, M. Schliffke, S. Schmidt, K. Schmiedel, K.-H. Schmitz, M. Schmitz, T. Schönemann, C. Schrewe, T. Steimle, H. Schubert, M. Schulz, M. Schunk, A. Schuster, S. V. Schwalm, F. W. Schwartz, U. Schwarzkamp, P. C. Scriba, J. Sehouli, J. Seybold, A. Sieg, J. Simpfendorfer, H. Sörensen, A. Stark, M. Steinhaus, R. Steinkemper, B. Tetzlaff, J. Thormählen, U. Tiesler, H. Voss, J. Wager, J. Wendel-Schrief, R. Wiewrodt, M. H. Wilhelmi, C. Wilkens, I. Wolf, M. Wüstefeld, A. Zayani, B. Zernikow, K. Zimmer

Inhalt

Grußwort	7
Gemeinsam Versorgung gestalten	8
Vorwort	10
Gesundheitswesen auf Innovationskurs	13
Workshop 1: AMNOG – stratifizierte Medizin	16
Workshop 2: Compliance und Adherence	19
Workshop 3: Lassen sich Versorgungsqualität und Wirtschaftlichkeit miteinander vereinen? ...	22
Workshop 4: Versorgungslösungen für die Region	25
Workshop 5: Herausforderung Flüchtlingsversorgung	28
Workshop 6: Digitalisierung im Gesundheitswesen	31
Workshop 7: Krankenhausversorgung – neu geplant	34
Workshop 8: Der Patient im Mittelpunkt – Wunsch oder Wirklichkeit?	37

Nominierte Projekte und Preisträger des MSD Gesundheitspreises 2016

Statement zum MSD Gesundheitspreis	40
AmbA – Atemnot-Ambulanz München	43
AOK Nordost – Versorgungsprogramm Diabetisches Fußsyndrom	53
Home CIMT	63
Jena-PARADIES	72
MZEB	81
Niederrhein.online	91
Pro Youth	98
psychnet	109
QuaMaDi	119
Schmerz im Griff	129

Weitere innovative Versorgungsprojekte zur Ausschreibung des MSD Gesundheitspreis 2016

Aktionsbündnis Schmerzfreie Stadt Münster (ABSM)	140
Alevitische Seelsorge in Baden-Württemberg	143
AllinGeriNation 4.0	146
Arzneimitteltherapiesicherheit mit Genotypisierung	150
Arzneimitteltherapiesicherheit im Krankenhaus	153
Ärztlich willkommen! – Ganz gelassen Niederlassen. In Niedersachsens Mitte	156
BaM – Bewegung als Medikament bei Diabetes mellitus	159
Behandlungspfad Diabetes mellitus Typ II	162
Blutdrohnen – Einsatz von Blutdrohnen als Lebensretter	165
Blickpunkt Auge – Rat und Hilfe bei Sehverlust (BPA)	168
Das Ernährungsmaß	171
digital.DiabetesCoach	174
eArztbrief	177
Effiziente und innovative häusliche Versorgungsstrukturen	181
e-Implantatausweis	184
Emsländische Versorgungsinitiative (EVI) – Sicherung der Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum	187
eNurse	190
ERAS-TO-GO	193
Erst die Gesundheit/Önce Sağlık	196
eTerminservice – Umsetzung einer IT-Lösung für die Terminservicestellen der KVen	199
Gemeinsam gegen Kinderarmut in Freiburg – Bedarfsbezogene Angebote	202
Gesund & mobil – „fit für 100“	205
GLICEMIA – Das Leben ist süß, so soll es bleiben. Diabetes erkennen und vermeiden	208
ICD-quer	211
i-gb Gesundheitsnetz	214
Integrierte Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen	217
isPO – Integrierte, sektorenübergreifende Psychoonkologie	220
Jourvie – Tag für Tag zu deinem Leben ohne Essstörung	223
JUNGES KREBSPORTAL – Experten beantworten deine Frage	226

Kinder- und Jugendhospiz Balthasar	229
Kommunales Versorgungszentrum Büsum – Erste kommunale Eigeneinrichtung Deutschlands . .	232
LAN – Landarztnetz	235
Leipziger Adipositasmanagement	238
Mag1 – Mannheim gegen Einsamkeit	241
Med Angel	244
medikationsplan-rpl	247
Medis-Münster-EDV	250
miCura Pflege-App – Zukunft gestalten	253
MRE-Netzwerk im Kreis Olpe als beispielhaftes Projekt für die stationäre Versorgung im ländlichen Raum	256
NDE – Netzwerk Demenz Eitorf-Windeck	259
NotfallQR	262
Nursing bei Herzinsuffizienz	265
Obstruktive Lungenerkrankungen: Aufklärung und Prävalenzermittlung zur Vorsorgeverbesserung	268
ONKODOC	271
Onkolotse	274
OPIS – meine Akte	277
PatientMobil – Einfach zum Arzt	280
ped-med, Integrierte Versorgung 4.0	283
Polypharmazie	286
QualiNetPlus	289
RheumaCareMM	292
Sektorenübergreifende Arzneimitteltherapie-Sicherheit (S-AMTS)	295
Stressmanagement mittels Herzkohärenztraining bei Hypertonie	298
TeleArzt	301
Televisite chronische Wunde	304
Versorgungsforschung Vorhofflimmern	307
Wormser Modell	310
YASEMIN Beratungsstelle für Migrantinnen	313
Ausschreibung MSD Gesundheitspreis 2017	316
Herausgeber- und Autorenverzeichnis	318



Quelle: BMG/Jochen Zick

Hermann Gröhe

Grußwort

Wie können wir den Fortschritt in Medizin und Technik so nutzen, dass er schnell zum Wohle der Patientinnen und Patienten eingesetzt werden kann? Wo können wir Zugangshürden abbauen oder Mauern zwischen den Versorgungsbereichen überwinden und mit Hilfe von Innovationen die Zusammenarbeit der verschiedenen Behandler stärken?

Diese Fragen beschäftigen uns in der Gesundheitspolitik. Die Suche nach Verbesserungen treibt aber natürlich vor allem auch diejenigen an, die im Gesundheitswesen arbeiten und den von der Politik gesetzten rechtlichen Rahmen mit Leben füllen.

Der Gesundheitspreis der MSD SHARP & DOHME GmbH rückt in diesem Jahr bereits zum fünften Mal herausragende Ideengeber ins Rampenlicht, die zeigen, wie wir unsere gute Gesundheitsversorgung gezielt weiter entwickeln können. Sehr gerne habe ich dafür erneut die Schirmherrschaft übernommen.

Kreativ und mutig sind die Urheber der eingereichten Projekte voran gegangen. Sie haben Spielräume genutzt und Möglichkeiten ausgelotet, vielleicht auch manchem Gegenwind standgehalten. Der MSD Gesundheitspreis bestätigt sie: der eingeschlagene Weg ist richtig. Und vor allem macht der Gesundheitspreis auf gute Lösungen aufmerksam: es lohnt sich auch für andere in unserem Gesundheitswesen, den aufgezeigten Weg zu gehen. Als Wegweiser werden alle eingereichten Projekte – ob preisgekrönt oder nicht – in einer Datenbank zugänglich gemacht.

Ich danke den Ideengebern für Ihren beispielhaften Einsatz und ich danke der MSD SHARP & DOHME GmbH für die Bühne, die das MSD Forum GesundheitsPARTNER bietet, um fortschrittliche Lösungen zugunsten der Patientenversorgung miteinander auszutauschen.

Hermann Gröhe



Dr. Susanne Fiedler

Gemeinsam Versorgung gestalten. MSD Forum GesundheitsPARTNER und MSD Gesundheitspreis

Mensch, bist du groß geworden! Diesen Satz sagen meist nicht die Eltern, die ihren Kindern täglich beim Wachsen zusehen – sondern diejenigen Freunde und Bekannte, die nur alle paar Monate und Jahre zu sehen bekommen, wie sich die Dinge in der Zwischenzeit entwickelt haben.

Als ich 2010 für MSD zunächst in die USA und dann nach Australien ging, planten meine Kollegen in Deutschland gerade das erste MSD Forum GesundheitsPARTNER. Als ich Anfang dieses Jahres als Managing Director nach Deutschland zurückgekehrte und die Vorbereitungen des diesjährigen Forums schon in vollem Gange waren, da dachte auch ich: Mensch, bist du groß geworden!

Bemerkenswert finde ich dabei aber längst nicht nur die Entwicklung, die das MSD Forum GesundheitsPARTNER genommen hat – auch wenn es uns natürlich freut, dass sich die Veranstaltung bei den wichtigen Partnern im Gesundheitswesen so gut etabliert hat und wir mit 70 Bewerbungen für den MSD Gesundheitspreis einen neuerlichen Teilnehmerrekord aufstellen konnten. Bemerkenswert finde ich vor allem, wie sich die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Partnern in den vergangenen Jahren verbessert hat – zum Wohle der Patienten.

Diese Veranstaltung soll getragen werden von einem ganz speziellen Geist. Meine Kollegen haben diese Leitgedanken schon zum ersten Forum vor fünf Jahren formuliert: Kooperation statt Konfrontation; mit Verständnis füreinander und gegenseitigem Vertrauen Hürden und Vorurteile abbauen, Brücken für neue Wege aufbauen – und letztendlich gemeinsam Versorgung gestalten.

Das alles gilt natürlich heute noch immer. Viele, die täglich um die Verbesserung der Versorgung kämpfen, müssen noch immer zahlreiche Rückschläge verkraften, Hindernisse beseitigen und verkrustete Strukturen aufbrechen. Doch für jemanden wie mich – der die deutsche Gesundheitslandschaft in den letzten Jahren nur von Australien aus beobachten konnte – für den steht ohne Zweifel fest: Wir sind auf dem richtigen Weg.

Natürlich – und auch das ist klar – können wir gemeinsam noch viel mehr erreichen. MSD sieht sich hier seit vielen Jahren schon in der Verantwortung. Und deswegen wollen wir mit dem MSD Forum GesundheitsPARTNER auch weiterhin den Austausch und die Zusammenarbeit fördern, wir wollen das vernetzte Denken und Handeln stärken – für eine effizientere Versorgung, zum Wohle der Patienten. Wir wollen Versorgung gemeinsam mit Ihnen gestalten – als echter Partner im Gesundheitswesen.

Ein wichtiges Ziel dieses Dialogs muss sein, die gegenseitigen Bedürfnisse und Interessen zu verstehen. Denn selbstverständlich gibt es in einem System mit vielen Akteuren zwangsläufig Interessens- und Zielkonflikte. Verständnis für die Situation des jeweils Anderen ist daher Voraussetzung für erfolgreiche Kooperation.

Der allerwichtigste Erfolgsfaktor ist meines Erachtens aber vor allem die Konzentration auf das eine große übergeordnete und vor allen Dingen gemeinsame Ziel: Die Menschen in diesem Land ein Stück gesünder zu machen.

Der MSD Gesundheitspreis und vor allem natürlich die Projekte, die sich hier bewerben, können uns dabei allen Mut machen: Sie zeigen, dass es möglich ist, echte Innovationen zum Wohle der Patienten zu verwirklichen. Sie zeigen, dass es möglich ist, Grenzen zu überwinden und Brücken zu bauen. Und sie zeigen vor allem, dass es genug Menschen gibt, die sich mit viel Leidenschaft und viel Engagement für eine bessere Versorgung einsetzen. Wir bei MSD sind stolz darauf, diese Menschen auch in Zukunft fördern und unterstützen zu können.

Susanne Fiedler

Die Preisträger des MSD Gesundheitspreises 2016 – sechs ganz unterschiedliche Projekte, ein gemeinsames Ziel: die Patienten in Deutschland noch besser zu versorgen.



Dr. Monika Schliffke (QuaMaDi), Dr. Markus Moessner (ProYouth), Dr. Werner Wyrwich (Diabetisches Fußsyndrom), Prof. Dr. Dr. h.c. Peter C. Scriba (Jury), Prof. Dr. Jochen Gensichen (Jena PARADIES), Harald Möhlmann (Diabetisches Fußsyndrom), Petra Riesner (Diabetisches Fußsyndrom), Dr. Peter Cleef (Diabetisches Fußsyndrom), Lea Grabley (Diabetisches Fußsyndrom), Thomas S. Hiller (Jena PARADIES), Marion Förster (MZEB), Prof. Dr. Boris Zernikow (Schmerz im Griff), Dr. Georg Poppele (MZEB), Ulrich Scheibel (MZEB), Birgit Pohler (MZEB), Dr. Jutta Wendel-Schrief (Jury, MSD), Dr. Rolf Koschorrek (Jury), Prof. Dr. Volker Amelung (Jury), Dr. Susanne Fiedler (MSD), Prof. Dr. Friedrich Wilhelm Schwartz (Jury), Dr. Rainer Hess (Jury) (v.l.n.r.)

Vorwort

Dem deutschen Gesundheitswesen mangelt es nicht an Innovationen. Die zunehmende Zahl und die Vielgestaltigkeit der Anträge für den MSD Gesundheitspreis belegen bereits, dass es neben dem medizinisch-technischen Fortschritt in der Medizin auch eine Vielzahl struktureller Neuentwicklungen gibt, die zunehmend auch telemedizinische und digitalisierte Bausteine haben.

Trotz der wettbewerblichen Ausrichtung von Verträgen der Krankenkassen haben es die Initiatoren solcher Neuentwicklungen aber oft schwer, ihre Entwicklungen wirksam in der Versorgung zu etablieren. Eine Krankenkasse als Förderer hat nicht die notwendige Zahl von Versicherten, um Ärzte, Krankenhäuser und Gesundheitsberufe zu bewegen, ihre Praxisstrukturen darauf auszurichten. Leistungserbringergemeinschaften als Initiatoren struktureller Neuentwicklungen, die mit einer Krankenkasse einen Vertrag abgeschlossen haben, blockieren damit häufig Vertragsabschlüsse mit anderen Krankenkassen, die sich im Vertragswettbewerb eigenständig profilieren wollen.

Es ist vor diesem Hintergrund zunächst positiv zu bewerten, dass der Gesetzgeber mit der Einrichtung des Innovationsfonds beim G-BA diese Barriere des Vertragswettbewerbs durchbrechen will. Die mit einer Krankenkasse vereinbarte, innovative Versorgungsstruktur bekommt die Chance, in ihrer Weiterentwicklung gefördert zu werden – wenn sie in einem Evaluationsprogramm ihre Effizienz für eine Übernahme in die Regelversorgung unter Beweis stellt.

Der mit 300 Millionen Euro attraktiv ausgestattete Fonds birgt aber auch Risiken. Die Vielzahl eingereicherter Anträge erweckt den Eindruck, als würde der Innovationsfonds als Katalysator für die Anerkennung von Innovationen im GKV-System angesehen. Die Ablehnung eines Antrages käme dann einer entsprechenden Aberkennung gleich. Eine derartige Monopolstellung würde die Bedeutung dieses Fonds bei weitem überhöhen – insbesondere für die häufig weltweit ausgerichtete Versorgungsforschung.

In vergleichbar hochdotierten Wettbewerben der Wissenschaft, wie zum Beispiel dem Exzellenzwettbewerb der Hochschulen, ist es ohnehin normal, dass höchstens fünf bis zehn Prozent der eingereichten Projekte gefördert werden – ohne dass Zweifel an der hervorragenden Qualität der abgelehnten Anträge aufkommen.

Auch für Versorgungsprojekte ist mit Ablehnungen durchaus innovativer Anträge zu rechnen, da der Schwerpunkt der Förderung zu stark auf ihre Übertragbarkeit in die Regelversorgung ausgerichtet ist. Gezielt auf den Vertragswettbewerb der Krankenkassen ausgerichtete Versorgungsmodelle stehen daher zumindest nicht im Zentrum der Förderung. Von ihnen erwarten sich die Initiatoren aber Vergütungsregelungen, die in der Regelversorgung so nicht anbietbar sind.

Für die Förderung aller schlüssig eingebrachten Anträge dürften die Mittel aus dem Innovationsfonds ohnehin nicht ausreichen. Sie sind schon jetzt durch die Zahl der Anträge und deren Antragsvolumen weit überbucht. Die qualitative Bewertung einer Innovation im Gesundheitswesen darf somit nicht vom

positiven Bescheid über den Erhalt von Fördermitteln aus dem Innovationsfonds abhängig gemacht werden. Allen Beteiligten im Gesundheitswesen muss auch ohne die Beantragung von Fördermitteln beim G-BA die Möglichkeit offenstehen, neue Entwicklungen im Gesundheitswesen anzustoßen und sie zur gegebenen Zeit in das dafür gesetzlich vorgesehene Bewertungsverfahren einzubringen.

Insbesondere die Überführung einer Innovation in eine konkrete Leistung der GKV wird auch in Zukunft ohnehin nicht durch die Vergabe von Fördermitteln für ein Versorgungsprojekt entschieden, sondern bedarf der Anerkennung des medizinischen Nutzens durch den G-BA in einem darauf gerichteten Methoden-Bewertungsverfahren. Die Förderung soll in vielen Fällen gerade dazu dienen, den medizinischen Zusatznutzen einer Neuentwicklung gegenüber bisherigen Standardverfahren zu belegen und damit den Weg für eine Anerkennung durch den G-BA frei zu machen.

Mit besonderer Spannung sind neu entwickelte und geförderte Versorgungsstrukturmodelle zu betrachten, deren Förderung nach den gesetzlichen Vorgaben von einer begleitenden externen Evaluation der Ergebnisse abhängig gemacht wird. Entsprechende Wahltarife nach §§ 73b, 140a SGB V der einzelnen Krankenkassen waren bisher dadurch geprägt, dass ihre Ergebnisse als Betriebsgeheimnisse sorgfältig gehütet werden. Sie sind auch einer Bewertung durch den G-BA entzogen, weil der G-BA keine Zuständigkeit für die Bewertung und Anerkennung solcher Versorgungsstrukturen hat (z. B. Gatekeeper-Modelle oder Kooperationsnetzwerke unter stärkerer Einbindung der Pflege). Ihre Einführung als Bestandteil der Regelversorgung kann daher nur durch den Gesetzgeber erfolgen, der solchen in Besitzstände eingreifenden strukturpolitischen Entscheidungen bisher ausgewichen ist.

Von besonderem Interesse ist deswegen auch nicht so sehr, wer welche Fördermittel erhält, sondern welche Schwerpunkte bei Zuteilung oder Ablehnung einer Förderung zu erkennen sein werden*.

Liegt der Schwerpunkt in der Telemedizin, in vernetzten, sektorenübergreifenden oder interdisziplinären Organisationsstrukturen mit oder ohne Ausrichtung auf bestimmte Krankheitsbilder, in der Erstellung und Nutzung regionaler Versorgungspläne, in Konzepten zur Sicherstellung der Versorgung durch Kooperationsmodelle oder in der Nutzung neuer Technologien im Gesundheitswesen? Werden neue Technologien wie Digitalisierung oder aber Arznei-, Heil- und Hilfsmittel bewusst ausgegrenzt, auch wenn sie mit neuen Versorgungsstrukturen verbunden sind? Sind es ganz überwiegend Großprojekte mit einer Ausrichtung auf große Populationen oder auch kleinere Projekte? Und werden auch solche Projekte gefördert, deren Zielsetzung jedenfalls nicht nur auf Aufnahme in die Regelversorgung gerichtet ist? Je nachdem, ob und welche Trends sich bei der Vergabe von Fördermitteln ergeben, wird deutlich, in welche Richtung aus Sicht des Innovationsausschusses eine Weiterentwicklung der Regelversorgung erfolgen sollte. Denn der Weg in die Regelversorgung muss in den Anträgen auf Förderung auch rechtlich plausibel dargestellt worden sein.

Bezogen auf den MSD-Gesundheitspreis ist zunächst festzustellen, dass die bisher dazu eingereichten Anträge dieses aufgezeigte große Feld innovativer Entwicklungen im Gesundheitswesen weitgehend

* Zum Zeitpunkt der Abfassung dieses Vorwortes lag eine Entscheidung des Innovationsausschusses über die erste Tranche der Förderungsanträge noch nicht vor.

abgebildet haben. Die Jury erwartet deswegen auch mit großer Spannung die Auswirkungen der Entscheidungen des Innovationsausschusses auf die nächstjährigen Bewerber zum MSD Gesundheitspreis. Bleibt deren Vielfalt erhalten? Wie viele und welche davon sind vorher durch das Verfahren beim G-BA gelaufen und mit welchem Ergebnis? Die Jury wird sich davon beeindrucken lassen, in der Unabhängigkeit ihrer Entscheidung aber frei bleiben.

Wir brauchen auch in Deutschland – soweit es Nutzen und Kosten neuer Versorgungsstrukturen betrifft – eine Diskussionskultur, die auf der Grundlage objektivierbarer Daten und Evaluationsergebnisse die Bereitschaft erhöht, auch eigene Positionen zu Gunsten gemeinsam zu tragender neuer Lösungen in Frage stellen zu lassen. Wenn die Handhabung des neuen Innovationsfonds dazu beiträgt, dann hätte sich dessen Einführung bereits gelohnt.

Für die Jury

Volker E. Amelung, Rainer Hess, Rolf Koschorrek, Mirjam Mann, Friedrich Wilhelm Schwartz,
Peter C. Scriba, Jutta Wendel-Schrief

Für die Geschäftsführung von MSD

Susanne Fiedler

Gesundheitswesen auf Innovationskurs

Ist das deutsche Gesundheitswesen innovationsfreundlich? Wie kann der Innovationsfonds zu einem innovationsfreundlichen Klima beitragen? Und welche Rolle spielt die Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure im Gesundheitswesen? Diese und weitere Fragen rund um das Thema „Gesundheitswesen auf Innovationskurs“ erörterten beim 6. MSD Forum GesundheitsPARTNER:

- Dr. Hans-Joachim Helming, Vorsitzender des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg
- Dr. Rainer Hess, Rechtsanwalt und ehemaliger Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschuss
- Dr. Markus Müschenich, Gründer und Managing Partner von FLYING HEALTH und Vorstand im Bundesverband Internetmedizin
- Gerhard Potuschek, Landesgeschäftsführer Bayern der BARMER GEK
- Philipp Goller, Moderation



© MSD, Fotografin: Angelika Bardehle, Aying

Dr. H.-J. Helmig, Dr. M. Müschenich, Moderator P. Goller, G. Potuschek, Dr. R. Hess (v.l.n.r.)

Wir haben die wichtigsten Aussagen der Podiumsdiskussion zusammengestellt.

Zum Innovationsfonds

„Ich hoffe, dass der Innovationsschuss vor allem die Evaluationskonzepte der eingereichten Projekte sorgfältig prüft und sicherstellt, dass die Evaluationsergebnisse wirklich Grundlage sein können für die Entscheidung, ob das Projekt in die Regelversorgung übernommen werden kann oder nicht.“

Rainer Hess

„Der Innovationsfonds hat die Bereitschaft zur Zusammenarbeit zwischen den unterschiedlichen Akteuren eindeutig gefördert. Wenn der Fonds also dabei helfen kann, die Sektorengrenzen zu überwinden, dann ist auch das bereits ein Gewinn. Ganz grundsätzlich brauchen wir in aller erster Linie Strukturinnovationen. Schließlich nutzt alle Innovation nichts, wenn es uns nicht gelingt, die Innovation zu den Versicherten, zu den Patienten zu bringen. Ich hoffe also, dass die Projekte des Innovationsfonds die Politik motivieren, ganz generell die Rahmenbedingungen für besondere Versorgungsformen freier zu gestalten.“

Gerhard Potuschek

„Durch die Überregulierung des Gesundheitswesens ist der gestalterische Rahmen so eng gesteckt, dass bestimmte kreative Ideen nicht umgesetzt werden können. Der Innovationsfonds ändert zwar zunächst nichts an diesen politischen, gestalterischen und sozialrechtlichen Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen. Allerdings haben wir nun die Möglichkeit, in den kommenden vier Jahren die vom Fonds geförderten Projekte erfolgreich umzusetzen und dem Gesetzgeber so zu zeigen, welche Veränderungen nötig wären, um solche Projekte auch in der Breite erfolgreich zu machen.“

Hans-Joachim Helming

„Die digitale Welt hat den Innovationsfonds zunächst sehr positiv aufgenommen, war aber letztlich doch enttäuscht von der Gestaltung. Ein Zeithorizont von vier Jahren ist einfach viel zu lang für Start-ups, die gerade mal ein paar Monate alt sind und in viel kürzeren Zyklen denken. Zudem ist der Fonds in seiner Ausrichtung zu stark auf Deutschland beschränkt, während die digitalen Start-ups viel internationaler denken. Trotzdem wird der Innovationsfonds ohne Frage dem deutschen Gesundheitswesen gut tun.“

Markus Müschenich

Zur Digitalisierung im Gesundheitswesen

„Beim Thema Digitalisierung können alte und neue Player sicher viel voneinander lernen. Heute operieren sie allerdings oft noch in Parallelwelten. Dabei haben die neuen Player gar nicht unbedingt andere Ideen – sie sind oft nur viel schneller und internationaler. Hier prallen noch zwei komplett andere Kulturen aufeinander. Gleichzeitig tut sich aber auch sehr viel: Vor allem die Krankenkassen sind aufgewacht und starten viele sehr interessante Projekte, über die man sogar im Silicon Valley spricht.“

Markus Müschenich

„Wir hängen der digitalen Welt meilenweit hinterher. Schon seit 2006 steht im Gesetz, dass wir eine Telematik-Plattform brauchen – die es aber immer noch nicht gibt. Das muss man der Politik vielleicht vorwerfen: Sie wartet zu lange, bis sich die Interessensgruppen in Deutschland verständigen und gestaltet zu wenig selbst.“

Rainer Hess

„Nur durch Apps alleine können wir das deutsche Gesundheitswesen nicht verbessern. Wir dürfen bei aller Begeisterung für innovative, digitale Einzellösungen nicht vergessen, dass wir uns in erster Linie darum kümmern müssen, die Qualität und den Standard des deutschen Gesundheitswesens zu sichern. Innovative Einzellösungen müssen also sinnvoll in das Gesamtsystem integriert werden – dann können sie helfen, das System als Ganzes weiterzuentwickeln.“

Hans-Joachim Helming

„In den nächsten Jahren wird der Versorgungsdruck in vielen Regionen zunehmen. Deshalb sind die Strukturinnovationen so wichtig: Wie können wir Strukturen schaffen, um erfolgreich Versorgung in der Fläche zu gestalten? Das wird ohne digitale Unterstützung nicht gehen.“

Gerhard Potushek

Zu den Rahmenbedingungen

„Es gibt sicher digitale Anwendungen, die deutlich schneller Zugang zum Markt haben sollten als das heute möglich ist – weil sie sich selbst schnell weiterentwickeln und alle Patienten sofort von ihrer Einführung profitieren könnten. In diesem Fall könnte es sinnvoll sein, diese Innovation nicht im Rahmen des Vertragswettbewerbs der Kassen ins System zu bringen, sondern sie im Gesamtsystem zu erproben. Dazu bräuchte es einen neuen Weg – und den müsste aber der Gesetzgeber schaffen.“

Rainer Hess

„Wir müssen verstehen: Das deutsche Gesundheitssystem ist im Wettbewerb – im Wettbewerb der Gesundheitssysteme. Darauf müssen wir uns einstellen. Der Gesetzgeber muss also dafür sorgen, dass die digitale Kommunikation in der Gesundheitsversorgung auch wirklich funktioniert und gelebt wird. Und wir brauchen einen schnellen und qualitätsgesicherten Weg in die Versorgung, um nicht dauerhaft von Playern wie Apple oder Google überholt zu werden.“

Markus Müschenich

„Natürlich müssen wir zunächst unsere eigenen Handlungsmöglichkeiten voll ausschöpfen – und davon haben wir genug. Nichtsdestotrotz sollte die Politik die Rahmenbedingungen flexibilisieren.“

Gerhard Potuschek

„Vor allem müssen wir uns kooperativ und nicht konfrontativ mit den Strukturen auseinandersetzen. Die Erfahrung zeigt, dass man so auch erfolgreicher ist. Es gibt viele Beispiele, wo Innovation erst durch die Kooperation möglich wurde. Denn immer wenn Sie partnerschaftlich an einer Sache arbeiten, ist das Konkurrenzdenken zumindest beherrschbar – und Offenheit tritt an seine Stelle.“

Hans-Joachim Helming

Workshop-Ergebnisse

Workshop 1

AMNOG – stratifizierte Medizin



Leitung:
S. Baumann



Keynote-Speaker:

Dr. A. Behring, Dr. J. Bruns, Dr. A. L. G. Reimann, Dr. J. Wendel-Schrief



In diesem Workshop diskutierten die Teilnehmer die Chancen und Risiken der Stratifizierung in der Arzneimitteltherapie – und die damit verbundenen Herausforderungen für die Nutzenbewertung (AMNOG). Vier Referenten stellten das Thema aus ihrer Perspektive vor:

- Dr. Antje Behring, Gemeinsamer Bundesausschusses
- Dr. med. Johannes Bruns, Deutsche Krebsgesellschaft Berlin
- Dr. Andreas L. G. Reimann, Geschäftsführender Gesellschafter der admedicum Business for Patients GmbH & Co KG
- Dr. Jutta Wendel-Schrief, Direktor Market Access bei MSD

Dr. Antje Behring erklärte, der Begriff „personalisierte Medizin“ sei in der Praxis nicht exakt abgrenzbar, da unterschiedliche Definitionen verwendet werden. Häufig werde bei stratifizierter Medizin nur an molekularbiologische Parameter gedacht. Entscheidend seien aber auch individuelle Patienteneigenschaften, wie Alter, Vortherapien oder Begleiterkrankungen. In Studien werden für personalisierte Therapieformen bestimmte Kombinationen dieser Patientencharakteristika untersucht, für die häufig ein Zusatznutzen nachweisbar ist. Für die anderen vom Anwendungsbereich des Arzneimittels umfassten, aber nicht untersuchten Konstellationen, ist der Nachweis des Zusatznutzen dann allerdings erschwert.

Klärungsbedarf bestehe somit insofern zu generellen Fragen rund um die Themen Evidenz, Umgang mit Daten, Kosten, Evaluation, etc.

Laut Dr. med. Johannes Bruns müsse trotz vieler ökonomisch vorgebrachter Probleme ein Weg gefunden werden, die Chancen einer Medizin zu nutzen, die als personalisiert oder stratifiziert bezeichnet wird. Neue Leistungen müssten für Patienten zugänglich gemacht werden. Der AMNOG-Prozess solle dabei aber immer die gesamte Behandlung betrachten – und nicht nur die Arzneimittel. Sollten neue Leistungen in das System übernommen werden, müssten diese ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein. Insgesamt aber seien noch deutlich mehr Erkenntnisse zum Thema nötig, die durch transnationale Zentren und Strukturen gewonnen werden könnten.

Die Sichtweise der Patienten vertrat Dr. Andreas Reimann. Für ihn bietet stratifizierte Medizin Patienten die Möglichkeit, wirksamere Therapien mit weniger Nebenwirkungen zu erhalten. Sie stelle allerdings neue Anforderungen an Zulassungsverfahren und Nutzenbewertungen. Die Medizin entwickle sich aktuell vom Modell „one fits all“ hin zu stratifizierter Medizin – die tendenziell besser sei. Bei der Zulassung von Medikamenten sei das Wissen darüber aber oft nicht ausreichend. Wünschenswert wäre laut Reimann daher eine internationale, systematische, evidenzbasierte Bewertung medizinischer Verfahren und Technologien.

Dr. Jutta Wendel-Schrief stellte dar, dass besonders in der Onkologie Krankheiten sehr unterschiedlich verlaufen und ebenso unterschiedliche molekulare oder genetische Bedingungen aufweisen können. Auch deshalb sei es sinnvoll, eine Therapie individuell anzupassen. Anhand einer qualitätsgesicherten Diagnostik könne dies oft erreicht werden – auch wenn es aufwendig sei. Sie betonte, eine stratifizierte Arzneimitteltherapie könne eine große Chance für Patienten bieten: Patienten könnten gezielter therapiert werden, mit Vorteilen für Wirksamkeit und Sicherheit. Eine Herausforderung sei es, diese Vorteile im AMNOG bei der Bewertung des Arzneimittels adäquat abzubilden. Zukünftig bleibe zu klären, wie etwa Diagnostikleistungen, wie die derzeit nach dem EBM ausgeschlossenen sog. „liquid biopsies“ finanziert und erstattet werden könnten. Der Entwurf des Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetzes gehe mit dem Erstattungsaufrag echter „Companion Diagnostics“ einen Schritt in die richtige Richtung.

Die anschließende Diskussion unter der Leitung von Frau Silke Baumann hatte zwei Schwerpunkte:

- Welche Chancen und Risiken sind mit einer Stratifizierung in der Arzneimitteltherapie für die Versorgung von Patienten verbunden?
- Welche Herausforderungen ergeben sich für die Nutzenbewertung?

Ein Workshop-Teilnehmer merkte an, dass in der Praxis unter personalisierter Medizin verstanden werde: „Ganz für mich“. Stratifizierte Medizin sei aber grundsätzlich eher eine Ausschlussmedizin: „Diese Leistung bekommst Du nicht“. Weiterhin wurde diskutiert, dass man den Begriff „stratifizierte Medizin“ vermeiden sollte – es sei ein marketingverdächtiger Begriff. Vorgeschlagen wurde, eher von „pharmazeutisch präzisierter Medizin“ zu sprechen.

Wichtig sei es, die Behandlung umfassend zu betrachten und auch die Situation des Patienten miteinzubeziehen. Es wird angenommen, dass eine stratifizierte Medizin dem Patienten die richtige Therapie mit weniger Nebenwirkungen ermöglicht. Jedoch ist in einigen Fällen unklar, wie diese Leistungen bewertet oder finanziert werden sollen (wie beispielsweise eine Biomarker-Diagnostik).

Es wurde diskutiert, ob stratifizierte Medizin wirtschaftlicher sei. Die Meinungen dazu gingen auseinander. Mehrheitlich wurde aber eine Ausgabenreduktion durch zielgenaue Therapie angenommen.

Um Arzneimittel nach Nutzen oder Zusatznutzen zu bewerten, sei Evidenz notwendig. Es wurde diskutiert, ob man die notwendigen Daten bei hoher Stratifizierung generieren oder man von internationalen Daten profitieren könne. In Zukunft werde es immer mehr Unterschiede bei der individuellen Behandlung einer Krankheit geben. Alle Workshop-Teilnehmer waren sich einig, dass mehr Wissen auf dem Gebiet der stratifizierten Medizin gesammelt werden müsse.

Workshop 2

Compliance und Adherence



Leitung:
M. Linz



Keynote-Speaker:

Prof. Dr. R. Horne, Dipl.-Med. I. Dänschel, Prof. Dr. M. Schulz, B. Käser



In diesem Workshop diskutierten die Teilnehmer, wie eine effiziente, effektive und nachhaltige Patientenversorgung erfolgreich gestaltet werden kann – und welche Rolle Ärzte und Apotheker bei der Verbesserung der Adhärenz (Einnahme-/Therapietreue) spielen. Vier Referenten stellten das Thema aus ihrer Perspektive vor:

- Prof. Dr. Robert Horne, Direktor des Center for Behavioural Medicine, London
- Dipl.-Med. Ingrid Dänschel, Stellv. Bundesvorsitzende des Deutschen Hausärzterverband e.V.
- Prof. Dr. Martin Schulz, Vorsitzender der Arzneimittelkommission der Deutschen Apotheker
- Brigitte Käser, AOK Niedersachsen

Prof. Dr. Robert Horne erläuterte die komplexen Zusammenhänge der Motivation von Patienten im Umgang mit ihrer Medikation sowie einige von ihm entwickelte Ansätze, die dazu beitragen, die Sichtweise unterschiedlicher Patienten auf ihre Krankheit und Therapie zu verstehen. Der Patient brauche klare und einfache Anweisungen. Er müsse verstehen, dass die Therapie notwendig ist. Mögliche Bedenken müssten ausreichend abgeklärt werden. Prof. Dr. Horne schlägt daher den Ansatz PAPA (Perceptions and Practicalities Approach) vor: hierbei werden zuerst jene psychologischen und verhaltensbedingten Faktoren erfasst, welche beeinflussen, ob und wie ein Patient seine Therapie annimmt und wie sie für den jeweiligen Patienten im Alltag umsetzbar ist. Im Anschluss daran werden dann patientenindividuelle Unterstützungsmaßnahmen erstellt – maßgeschneidert auf das jeweilige Patientenprofil – sowie auf praktische Aspekte der Therapie eingegangen, die die Motivation und die Fähigkeit des einzelnen Patienten beeinflussen, das beste Ergebnis der Behandlung zu erzielen. Hier können verschiedene Kanäle genutzt werden, um den Patienten verständlich zu informieren; vor allem durch Arzt und Apotheker.

Dipl.-Med. Ingrid Dänschel referierte über die Probleme der Multimedikation: chronisch kranke Patienten nehmen oft viele Medikamente gleichzeitig ein, die häufig von unterschiedlichen Ärzten verordnet und nicht untereinander abgestimmt werden. Dadurch wissen Patienten oft nicht immer genau, welche Arzneimittel sie wann und warum einnehmen sollen; dies kann zu unerwünschten Nebenwirkungen führen. Auch die Selbstmedikation könne Wechselwirkungen verstärken. Dipl.-Med. Ingrid Dänschel schlug daraufhin vor, sich an der hausärztlichen Leitlinie Multimedikation zu orientieren: Hier werden alle Medikamente des Patienten erfasst und bewertet. Der Hausarzt erstellt einen Medikamentenplan und bespricht diesen mit dem Patienten. Voraussetzung ist eine verpflichtende Information aller Behandler an die Hausärzte. Ein verbesserter Beipackzettel soll dem Patienten helfen, die ihm verordneten Therapien leichter zu verstehen.

Prof. Dr. Martin Schulz beschrieb, wie Apotheker die Therapietreue von Patienten positiv beeinflussen können. Die vorhandene Evidenz zeigt, dass Apotheker umfassender als bisher einbezogen werden sollten. Zusätzlich könne und sollte der Apotheker eine Gesamtmedikationsanalyse erstellen und gemeinsam mit dem Arzt und dem Patienten die notwendige Gesamtmedikation konsolidieren – Stichwort aktueller, auf Risiken geprüfter und fortlaufend elektronisch gepflegter Medikationsplan (wie in ARMIN umgesetzt!). Insgesamt können laut Schulz apothekenbasierte, kontinuierliche Interventionen die Therapietreue verbessern; die Arzneimitteltherapie wäre so effizienter und effektiver.

Laut Brigitte Käser sei es sinnvoll, den Begriff Compliance durch Adhärenz abzulösen. „Compliance“ bedeute, dass sich der Patient an die Therapievorgaben des Arztes hält. Der Patient ist selbst verantwortlich. Der Begriff „Adhärenz“ bedeute hingegen, dass sich der Patient an Therapieziele hält, die er gemeinsam mit dem Arzt vereinbart hat. Hier seien Arzt und Patient gemeinsam verantwortlich. In der Praxis solle der Arzt aktiv mit einem Apotheker zusammenarbeiten, um beispielsweise Multimedikation oder unerwünschte Wechselwirkungen zu vermeiden. Durch die Einbindung des Apothekers könne der Arzt den Patienten besser aufklären, die Adhärenz des informierten Patienten könne steigen. Zudem sollte der Patient einen vollständigen Medikationsplan erhalten. Letztlich seien Kommunikation, Zusammenarbeit und ein besseres Selbstmanagement des Patienten zentrale Erfolgskriterien für eine bessere Adhärenz. Brigitte Käser stellte außerdem ein Programm der AOK vor, mit dem die Adhärenz von Bluthochdruck-Patienten gesteigert werden soll.

Magdalene Linz, Präsidentin der Apothekenkammer Niedersachsen, leitete die anschließende Diskussion mit den folgenden Schwerpunkten:

- Welchen Einfluss können und wollen Apotheker und Ärzte bei der Optimierung der Patientenadhärenz nehmen?
- Was sind die Erfolgsfaktoren (und Stolpersteine) für die gemeinsame Gestaltung einer effizienteren, effektiveren und nachhaltigen Patientenversorgung?

Die Workshop-Teilnehmer waren sich einig, dass Patienten nicht nur dem Arzt und Apotheker vertrauen müssten. Entscheidend sei auch, dass Patienten an die Therapie glauben. Mögliche Ängste gegenüber Therapie und Medikation würden aber häufig nicht thematisiert. Arzt und Apotheker sollten den Patien-

ten gemeinsam auf mögliche Ängste ansprechen. Der Patient müsse auch verstehen, wie die Therapie wirkt und wie er bessere Erfolge erzielen kann.

Nicht nur die Zusammenarbeit zwischen Arzt und Apotheker sei wichtig. Zudem sollten auch das soziale Umfeld und die Pflegeberufe mit einbezogen werden. Frau Dipl.-Med. Dänschel war der Meinung, die Arbeit der Ärzte und Apotheker alleine reiche nicht aus. Ein verbesserter Beipackzettel sollte kurz, knapp und v. a. verständlich informieren.

Laut Prof. Dr. Schulz ist ein aktueller, vollständiger und zwischen Arzt und Apotheker konsolidierter Medikationsplan zentral. Erste Erfolge erzielte der bundeseinheitliche Medikationsplan (BMP) im Rahmen des Modellprojektes PRIMA in Sachsen und Thüringen. Ärzte und Apotheker sollten auf alle relevanten Medikationsdaten elektronisch zugreifen können. Hier dient das Modellvorhaben nach § 63 SGB V AR-MIN als Vorbild. Der Apotheker erfasst die gesamte Medikation elektronisch, analysiert sie aus pharmazeutischer Sicht, nimmt notwendige Anpassungen (Selbstmedikation!) vor und stellt über eine sichere Datenleitung den vorläufigen Medikationsplan dem Arzt per Server zur Verfügung, der dann nach medizinischer Prüfung notwendige Anpassungen und Änderungen in Abstimmung mit dem Patienten vornimmt und an den Apotheker zurückmeldet. Für Prof. Dr. Horne ist es entscheidend, den Patienten richtig zu informieren. In diesem Modellprojekt ist der Arzt für die verordneten Medikamente zuständig, der Apotheker für die Selbstmedikation der Patienten. Die Aufgaben werden verteilt und sind vertraglich geregelt. Kommuniziert wird telefonisch und über einen Server. Für eine bessere Arbeit in der Praxis könnte man sich auch neue Ansätze wie Skype-Konsultationen vorstellen.

Letztlich könnten alle diskutierten Aspekte dazu beitragen, das Patientenverhalten zu verändern und die Compliance oder besser die Adhärenz zu steigern.

Workshop 3

Lassen sich Versorgungsqualität und Wirtschaftlichkeit miteinander vereinen?



Leitung:
M. Wüstefeld



Keynote-Speaker:
D. Böhler, T. Steimle, J. Fischaleck, T. Husemann



In diesem Workshop diskutierten die Teilnehmer, ob sich Qualität und Wirtschaftlichkeit vereinen lassen, zielorientierte Prozesssteuerung Erfolgsvoraussetzung ist und nach welchen Kriterien Qualität und Wirtschaftlichkeit beurteilt werden können. Vier Referenten stellten das Thema aus ihrer Perspektive vor:

- Detlef Böhler, BARMER GEK
- Tim Steimle, Techniker Krankenkasse (TK)
- Johann Fischaleck, Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
- Tim Husemann, MSD

Detlef Böhler stellte die Initiative *Biolike* der BARMER GEK vor. Durch Verträge mit Kassenärztlichen Vereinigungen fördert und steuert sie den zielgerichteten und wirtschaftlichen Einsatz von Biologika und Biosimilars bei den Indikationen *entzündliche rheumatische Erkrankungen* und *chronisch entzündliche Darmerkrankungen*. Mit der Initiative sollen Patienten qualitativ besser und gleichzeitig wirtschaftlicher versorgt werden. Teilnehmende Ärzte erhalten eine Strukturpauschale für den Mehraufwand und werden an den Einsparungen beteiligt.

Für Tim Steimle bedeutet Wirtschaftlichkeit, dass die Versicherten qualitativ bestmöglich und zu einem adäquaten Preis versorgt werden. Für die TK sei Wirtschaftlichkeit daher niemals ohne Qualität zu erreichen. Kosteneffizienz könne unter anderem durch Arzneimittel gesteigert werden, die beispielsweise Kli-

nikaufenthalte ersetzen, Krankheiten heilen oder auch zu günstigeren Therapien bei vergleichbarem Outcome führen. Für eine erfolgreiche Prozesssteuerung gebe es bereits regional erfolgreich umgesetzte Beispiele; bundesweit sei dies jedoch nur eingeschränkt der Fall – aufgrund fehlenden einheitlichen Vorgaben.

Johann Fischaleck berichtete von der ersten bundesweiten richtgrößenablösenden Wirkstoffvereinbarung in Bayern – *Steuern statt prüfen* –, mit der mehr als 70 Prozent der verordneten Arzneimittel über Wirtschaftlichkeitsziele UND Bedarf gesteuert werden (Generika- und Leitsubstanzquoten). Dazu wurden auf Basis von DDDs Verordnungsquoten für bestimmte Wirkstoffgruppen definiert, um eine wirtschaftliche UND gleichzeitig qualitativ hochwertige Versorgung zu erreichen. Diese Steuerung beruhe auf einer sehr zeitnahen, quartalsweisen „Wasserstandsmeldung“ an die Ärzte. Zukünftig würden weitere Zielkomponenten in die Wirkstoffvereinbarung integriert werden. Insgesamt seien Qualität und Wirtschaftlichkeit vereinbar, wenn man die objektiven Vor- und Nachteile medizinischer Leistungen kennt. Hierzu sei eine fachlich unabhängige Evidenz erforderlich, die auch den Therapiealltag berücksichtigt. Die Steuerung über DDD Quoten ermöglicht eine gerechtere, patientenorientierte und zugleich wirtschaftliche Arzneimitteltherapie und zeigt sich der traditionellen Steuerung, die primär auf Kosten beruht, klar überlegen.

Tim Husemann betonte die Notwendigkeit einer gemeinsamen Optimierung der Versorgung – im Sinne von *Miteinander sprechen anstatt übereinander*. Auch für ihn sind Qualität und Wirtschaftlichkeit untrennbar verbunden und vereinbar. Zielführend wäre, wenn jeder zunächst die (Kosten-) Effizienz seiner eigenen Leistung regelmäßig hinterfragt und systematisch optimiert, bevor über die Dritter diskutiert wird, im Sinne von „*wenn jeder vor der eigenen Haustüre kehrt, wird DIE GANZE Straße sauber*“. Leistungen unterhalb eines definierten Standards könnten nur unwirtschaftlich sein; Premiumkosten müssten sich grundsätzlich durch eine höhere (Versorgungs-) Qualität rechtfertigen. Es gäbe keinen echten Geldmangel, sondern vielmehr eine inadäquate, weil nicht primär patientenorientierte, Mittelverwendung in praktisch allen Bereichen. Doch eines sollte bei allen Überlegungen klar sein. Gesundheit kostet Geld und bedarf einer hohen (höheren) Wertschätzung, bei Kranken und (noch) Gesunden.

Die anschließende Diskussion moderierte Michael Wüstefeld von OPTI-med. Gesundheitsmanagement. Sie umfasste die folgenden zwei Schwerpunkte:

- Wonach bemessen sich Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Versorgungssteuerung?
- Ist eine zielorientiert entwickelte Prozesssteuerung Voraussetzung für Qualität bei gleichzeitiger Wirtschaftlichkeit in der Versorgung?

Es wurde kontrovers diskutiert, was den Begriff Qualität ausmache. Zunächst wurde festgehalten, dass der Gesetzgeber zwar zu einer Qualitätssicherung aufruft, den Begriff Qualität aber nicht klar definiert. Ohne Zielwerte sei jedoch keine Qualitätsmessung möglich. Daher sei es notwendig, gemeinsam eine Qualitätsdefinition sowie Qualitätsindikatoren zu erarbeiten. Die Teilnehmer des Workshops waren sich einig, dass dies nicht Aufgabe des Gesetzgebers sein sollte; stattdessen sollten Qualitätsindikatoren gemeinsam und auf regionaler Ebene entwickelt werden – beispielsweise in Arztnetzstrukturen oder in

der Praxis gemeinsam mit Kostenträgern und qualifizierten, neutralen Experten. Um Qualität zu messen, sei darüber hinaus zwingend eine sektorenübergreifende Betrachtung erforderlich. Zudem sollte nicht nur qualitativ besser, sondern auch wirtschaftlicher versorgt werden. Hier wurde als Beispiel die Wirkstoffvereinbarung in Bayern genannt. Die Teilnehmer diskutierten die Idee, die unterschiedlichen, regionalen Arzneimittelvereinbarungen bundesweit zu vereinheitlichen – und somit gegebenenfalls auch die Versorgungsqualität zu steigern.

Um Versorgungsqualität zu erreichen und zu messen, sei des Weiteren eine strukturierte Prozesssteuerung notwendig. Über Selektivverträge könnten diese Prozesse auf regionaler Ebene gestaltet werden. Auf jeden Fall müssten alle an der Versorgung Beteiligten mit einbezogen werden – „auch“ die Patienten.

Kritisch hinterfragt wurde aber, ob die entwickelten Qualitätsparameter und Prozesse von Patienten umgesetzt werden könnten. Den Patienten ohne Anreize zu steuern sei schwierig. Angebote, beispielsweise zum Thema Therapietreue (Adhärenz), seien nicht verpflichtend und würden bisher leider nur von relativ wenigen Patienten beansprucht. Es seien neue Anreizsysteme notwendig, möglicherweise finanzieller Art, um das Bewusstsein der Patienten für Therapietreue und Prävention zu verändern.

Gemeinsam Qualitätsindikatoren und eine gezielte Prozesssteuerung zu definieren, sei zwar müßig – die Workshop-Teilnehmer waren sich dennoch einig, das man diesen Weg gemeinsam gehen muss, um auch langfristig die Versorgungsqualität hoch und bezahlbar zu gestalten.

Workshop 4

Versorgungslösungen für die Region



Leitung:
C. Schrewe



Keynote-Speaker:
Prof. Dr. C. Flügel-Bleienheuft, E. Böing, T. Müller, H. Möhlmann



In diesem Workshop diskutierten die Teilnehmer die unterschiedlichen Impulse und Ziele für die Investition in regionale Versorgung – und die bisherigen Ergebnisse sowie die Perspektiven der Projekte. Vier Referenten stellten das Thema aus ihrer Perspektive vor:

- Prof. Dr. med. Christian Flügel-Bleienheuft, Vorstandsvorsitzender des Gesundheitsnetzes Köln Süd
- Elisabeth Böing, Stadtverwaltung Bocholt
- Thomas Müller, Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe
- Harald Möhlmann, Berater des Vorstandes der AOK Nordost

Prof. Dr. med. Christian Flügel-Bleienheuft stellte ein Projekt aus der Region Köln-Eifel vor. Typische Merkmale einer strukturstarken Region seien eine hohe Arztdichte, ein attraktiver Standort und gelebte Teamarbeit. Strukturschwache Regionen seien dagegen v.a. gekennzeichnet durch Ärztemangel. Politische Impulse beispielsweise mit finanziellen Anreizen oder Pflichtpraktika auf dem Land führen hier nicht zu einer nachhaltigen Verbesserung. Im eigenen Vorhaben über eine Vernetzung der beiden Regionen seien Schwachstellen der Versorgung ermittelt und eine extra Arbeitsgemeinschaft gegründet worden. Hierbei sollten Ärzte des Gesundheitsnetzes Köln Süd die Eifel-Ärzte unterstützen. „In diesem konkreten Fall scheiterte das Konzept an Kommunikationsdefiziten, achten Sie darauf!“ mahnte Flügel-Bleienheuft und schloss einen neuerlichen Anfang nicht aus.

Elisabeth Böing beschrieb die grundlegende Bedeutung der medizinischen Versorgung für die Städte. Eine Kommune müsse Katalysator für zukunftsfähige Versorgungslösungen sein. Als Beispiel für eine

solche regionale Lösung stellte sie das Projekt Ärztenetz BOHRIS e. V. vor. Haus- und Fachärzte in den Regionen Bocholt, Rhede und Isselburg gründeten BOHRIS 2016 mit Unterstützung der Kommunen um dem drohenden Ärztemangel entgegenzuwirken. Sie betonte, effektive Versorgungslösungen seien nur gemeinsam machbar.

Thomas Müller erläuterte, wie Praxisnetze von der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe gefördert und anerkannt werden. Um als förderungswürdig zu gelten, müssten solche Netze eine bestimmte Struktur haben und bestimmte Ziele verfolgen. So sollen die Beteiligten besser zusammenarbeiten, Patienten optimaler versorgen und insgesamt effizientere Prozesse etablieren. Insgesamt seien 16 Praxisnetze mit 1.739 Ärzten in Westfalen-Lippe anerkannt worden – in ganz Deutschland seien es bereits 41. Es sei gesetzlich geregelt worden, dass ab 2015 anerkannte Netze auch gesondert vergütet werden müssen. Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenkassen könnten zusätzliche Förderungen vereinbaren. Denn solche Strukturen seien attraktiv – sowohl für die Politik als auch für den ärztlichen Nachwuchs. Um Praxisnetze zukünftig noch besser gestalten zu können, solle beispielsweise eine Fortbildung zum Netzwerkmanager angeboten werden.

Nach Ansicht von Harald Möhlmann kann die Versorgung nur regional effizienter gestaltet werden. Er beschrieb zunächst die aktuellen Herausforderungen der Region Nordost: Unter anderem würden sich die Rahmenbedingungen zwischen Flächenland und Metropole stark unterscheiden. Daher brauche es auch unterschiedliche Lösungen. Versorgungskonzepte der AOK konzentrierten sich auf die Bereiche Strukturen, Indikationen und Zielgruppen. So wolle man beispielsweise Volkskrankheiten oder Multimorbide besser versorgen. Projekte wie RückenSPEZIAL oder das AOK Gesundheitsnetz wurden initiiert. Programme wie VERAH-care oder agnes zwei sollen ländliche Strukturen verbessern und Ressourcen besser verteilen. Solche Ansätze, bei denen die normale Versorgung durch gleichzeitige Selektivverträge ausgebaut wird, erhöhen den Nutzen für die Patienten.

Die anschließende Diskussion leitete Moderatorin Claudia Schrewe. Die Schwerpunkte waren hier:

- Was war der entscheidende Impuls und die Zielsetzung für Ihr Investment in regionale Versorgung?
- Wie bewerten Sie die bisherigen Ergebnisse und die Perspektive Ihres Vorhabens?

Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen und Ärzte seien typischerweise zuständig für die medizinische Versorgung in Deutschland – und damit auch für die regionalen Versorgungslösungen. Die Kommunen geben ihrerseits nach VSG aktuell nun vermehrt Impulse und beschäftigen sich mit der Attraktivität ihres Standorts. Festgestellt wurde, dass die Beteiligten identische Ziele verfolgen und alle sich einig sind, dass Veränderung benötigt wird. So wird die Ausprägung von gut vernetzten Strukturen noch einige Zeit zu erproben sein, um neue Erkenntnisse generieren zu können. Dies ist nicht zuletzt für attraktive Bedingungen für den ärztlichen Nachwuchs notwendig!

Die Bilanz bisheriger Versuche ist positiv: Das Engagement lohne sich. Konzepte konnten professioneller gestaltet werden, indem man aus eigenen Fehlern lernte. Menschliche Faktoren, wie eine mangelnde Kommunikation, gefährden Projekte besonders.

Die Krankenkassen gaben an, die Perspektiven solcher Projekte noch nicht vollkommen einschätzen zu können. In vieler Hinsicht stehe man noch am Anfang. Ergebnisse könnten noch nicht abschließend bewertet werden – dies sei aber notwendig, um langfristige Finanzierungen zu begründen.

Workshop 5

Herausforderung Flüchtlingsversorgung



Leitung:
Dr. D. Parow



Keynote-Speaker:
Dr. H.-J. Helming, P. K. Josenhans, Prof. Dr. S. Jedamzik, R. Salman



In diesem Workshop diskutierten die Teilnehmer, wie eine gute Versorgung von Flüchtlingen gestaltet werden kann – und was das für Ärzte und Kostenträger bedeutet. Vier Referenten stellten das Thema aus ihrer Perspektive vor:

- Dr. Hans-Joachim Helming, Vorsitzender des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg (KVBB)
- Prof. Dr. Siegfried Jedamzik, Bayerische TelemedAllianz
- Ramazan Salman, Ethno-Medizinisches Zentrum e. V.
- Peter Kurt Josenhans, AOK Bremen/Bremerhaven

Dr. Hans-Joachim Helming erläuterte, wie die Flüchtlinge in Brandenburg versorgt werden. Die Versorgung sei zwar nicht optimal, aber mit der Einführung der eG-Card unbürokratisch. Es habe sich auch bestätigt, dass alleine die Einführung einer elektronischen Gesundheitskarte für die Flüchtlinge die zahlreichen Versorgungsherausforderungen, vor allem das Sprachproblem, nicht löst. Dr. Helming fordert daher unter anderem spezielle Fortbildungsangebote für Ärzte und eine dem Mehraufwand entsprechende Honorierung. Zudem sollte eine Pool-Lösung für Dolmetscherdienste geschaffen werden; die Kommunikation zwischen den medizinischen Erstuntersuchungseinrichtungen und den weiterbehandelnden Ärzten sollten verbessert werden.

Für Peter Kurt Josenhans ist die elektronische Gesundheitskarte hingegen zentral, um Flüchtlinge optimal zu versorgen. Dies habe die AOK Bremen/Bremerhaven in dem Bremer Modell gezeigt, in dessen Rahmen die AOK die Gesundheitsversorgung der Flüchtlinge in den Bundesländern Bremen und Ham-

burg übernimmt. Jeder Flüchtling bekommt hier eine elektronische Gesundheitskarte – wie alle anderen Versicherten auch. Ärzte und Behörden können an der Karte nicht erkennen, ob der Patient Flüchtling ist oder nicht. Die Betroffenen haben einen diskriminierungsfreien und schnellen Zugang zur Versorgung. Ärzte und andere Leistungserbringer müssen sich nicht mehr mit der Frage der Anspruchsberechtigung auseinandersetzen und ob die Behandlung der Flüchtlinge bezahlt wird. Sie können sich voll darauf konzentrieren, die Patienten zu behandeln.

Prof. Dr. Siegfried Jedamzik beschrieb eine Versorgungslösung, die auf einer elektronischen Patientenakte basiert: Eine Flüchtlingsakte, die in die bestehende Software der Ärzte integriert ist. Diese Flüchtlingsakte ermöglicht es dem Arzt beispielsweise, den Anamnesebogen der Erstuntersuchung einzusehen. Den Erstanamnese-Fragebogen gibt es in 13 verschiedenen Sprachen. Um weitere Sprachbarrieren zu überwinden, sollen zusätzlich ein telefonischer Dolmetscherdienst und – insbesondere für traumatisierte Flüchtlinge eine persönlicher Dolmetscherdienst etabliert werden. Jeder Arzt, der den Flüchtling behandelt, kann Daten eingeben, die dann von anderen Ärzten gesehen werden können. Patienten werden schneller versorgt. Zudem ist die Versorgung einfacher zu koordinieren, da Informationen zwischen allen Ärzten und Krankenhäusern geteilt werden können.

Ramazan Salman hob den Wert der Gesundheit hervor – für Migranten im Allgemeinen, für Flüchtlinge, aber auch für die deutschstämmige Bevölkerung – und betonte, dass Ärztinnen und Ärzte insbesondere während der „Flüchtlingskrise“ großartiges geleistet haben. Gesundheit ermögliche Teilhabe. Damit dies gelingt, sei es zentral, spezifische Barrieren wie beispielsweise sprachliche Hürden oder kulturelle Verständnisprobleme abzubauen. Fortbildungsangebote könnten Gesundheitsdienstleister dabei unterstützen. Wichtig für ihre Arbeit für Flüchtlinge und Migranten sei es, eine Lösung insbesondere für die Verständigungsproblematik auf sprachlicher Ebene zu finden. Eine Lösung für die Bereitstellung und die Finanzierung von Dolmetschern, die für den Gesundheitsbereich qualifiziert sind, sollte zeitnah gefunden werden. Wichtig sei es auch, Migranten und Flüchtlinge in ihrer Gesundheitskompetenz zu stärken, z. B. durch Projekte wie „MiMi“ („Gesundheit mit Migranten für Migranten“).

Die Diskussion im Anschluss an die Präsentationen moderierte Dr. Detlev Parow von der DAK-Gesundheit. Diese zwei Fragen standen im Fokus:

- Welche Herausforderungen bestehen für Ärzte und Kostenträger?
- Wie muss eine gute Versorgung von Migranten im deutschen Gesundheitssystem gestaltet werden?

Über die bestehenden Herausforderungen waren sich alle Teilnehmer einig. Nicht nur unterschiedliche Sprachen, sondern auch unterschiedliche Werte und Normen erschwerten die Kommunikation zwischen Migranten, insbesondere Flüchtlingen und Ärzten. Auch hätten die Migranten zum Teil andere Erkrankungen und gesundheitliche Probleme. Deutlich hervorgehoben wurde die mangelnde Vernetzung zwischen den einzelnen Ärzten und Behörden. Medizinische Informationen von den Erstuntersuchungen würden von den Aufnahmeeinrichtungen selten an diejenigen Ärzte weitergeleitet, die die Flüchtlinge anschließend behandeln. Die Verantwortlichkeiten für die Versorgung der Flüchtlinge ändere sich häufig. Darüber immer genau informiert zu sein, sei für Flüchtlinge wie auch Ärzte herausfordernd.

Für eine bessere Versorgung von Migranten, sowohl der Flüchtlinge als auch derjenigen, die bereits hier leben, müssten Ärzte besser über die typischen Erkrankungen aber auch über die Kultur der Migranten informiert werden. Die Migranten wiederum müssten wissen, welche Rechte sie in Deutschland haben. Obwohl kontrovers diskutiert wurde, waren sich die Teilnehmer größtenteils einig, dass die elektronische Gesundheitskarte wichtig und sinnvoll wäre. Die damit verbundene Anonymität wurde als wünschenswert bewertet; Flüchtlinge sollten möglichst so behandelt werden wie auch jeder gesetzlich Versicherte.

Schlussendlich wurde hervorgehoben, dass Flüchtlinge integriert versorgt werden müssten. Daher sei es vor allem wichtig, dass Ärzte stärker miteinander kommunizieren.

Die Workshop-Teilnehmer waren sich einig, dass man aus den aktuellen Erfahrungen Lehren und Erkenntnisse ziehen müsse, um dauerhafte Lösungen für die Zukunft zu erarbeiten.

Workshop 6

Digitalisierung im Gesundheitswesen



Leitung:

Prof. Dr. C. Dierks

Keynote-Speaker:

Dr. H.-J. Beckmann, Dr. M. Müschenich, G. Potuschek, Dr. M. Schliffke

In diesem Workshop diskutierten die Teilnehmer, wo die Digitalisierung die Versorgung bereits konkret verbessert hat – und klärten, ob es hinsichtlich Verordnung und Erstattung der digitalen Anwendungen eine Clearingstelle braucht. Vier Referenten stellten das Thema aus ihrer Perspektive vor:

- Dr. Hans-Jürgen Beckmann, MuM (Medizin und Mehr) Genossenschaft
- Dr. Markus Müschenich, Bundesverband der Internetmedizin
- Gerhard Potuschek, BARMER GEK Bayern
- Dr. Monika Schliffke, Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein (KVSH)

Dr. Hans-Jürgen Beckmann stellte das Pilotprojekt elektronische Visite eVi® der MuM vor. Es wird seit Mitte Juni 2016 gemeinsam mit Pflegeheimen regional umgesetzt, gefördert von der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe. Inhalt von eVi® sind elektronische Visiten mit der Option der Befundübermittlung: Ärzte betreuen die Patienten in Pflegeheimen aus der Ferne. Sie müssen nicht zwangsläufig in die Heime und Patienten nicht mit viel Aufwand in Arztpraxen gebracht werden, somit ein Gewinn für alle! Die Evaluation des Projektes läuft parallel durch das Zentrum für Telematik und Telemedizin GmbH (ZTG) in Bochum. Bisher nahmen neun Pflegeheime und dreizehn Ärzte teil. Obwohl die Patienten in der Regel die online-Visiten als willkommene Abwechslung betrachten, hätten insbesondere ältere Mitarbeiterinnen in den Pflegeheimen Berührungsängste. Diese ließen jedoch mit der Zeit nach. Solch digitale Lösungen seien auch deshalb notwendig, weil es künftig zu wenig Pflegekräfte und Ärzte geben werde.

Diverse Trends aus dem Bereich der Internetmedizin stellte Dr. Markus Müschenich vor. Als Beispiel für digitale Therapien nannte er die Caterna Sehschulung. Die BARMER GEK bietet das Medizinprodukt seit

2014 für Amblyopie-Patienten an, deren bisherige Therapie erfolglos blieb. Eine weitere digitale Lösung ist patientus – eine Online-Videosprechstunde. Dieses Projekt wird seit 2015 gemeinsam mit der Techniker Krankenkasse im Bereich Dermatologie angeboten. Zu den großen datenbasierten Anwendungen gehöre beispielsweise M-Sense. Dieses App-basierte Medizinprodukt wurde für Patienten mit Migräne und Kopfschmerzen entwickelt. Ziel ist es unter anderem, den Auslöser für die Schmerzen zu finden – anhand unterschiedlicher Daten, die der Patient einträgt oder auch anhand von Informationen zum Wetter. All diese Lösungen zeigten deutlich, dass die digitale Zukunft teils bereits stattfindet – und die Versorgung weitreichend verändern wird.

Gerhard Potuschek stellte die Perspektive der Krankenkassen vor. Das Gesundheitswesen brauche Konzepte, bei denen Ärzte Patienten über eine räumliche Entfernung hinweg versorgen. Durch Telemedizin lasse sich unter anderem die Versorgung in Gebieten mit wenigen Ärzten sicherstellen. Diverse Projekte zur Telemedizin bestehen bereits. Dennoch sei die Telemedizin in der deutschen Versorgung noch nicht etabliert. Viele große Hürden gelte es noch zu überbrücken. Beispielsweise müssten die Infrastruktur mitsamt Schnittstellen ausgebaut, gemeinsame Standards festgelegt und die Vergütung der Leistungen geregelt werden. Wichtig sei aber, dass der Nutzen von Telemedizin deutlich gezeigt wird – insbesondere der Patientennutzen. Zudem müsse auch der Datenschutz der Patientendaten gewährleistet sein.

Dr. Monika Schliffke stellte das Projekt e-QuaMaDi vor, ein Programm zur strukturierten qualitätsgesicherten Brustkrebsdiagnostik. Zur Prozessverbesserung soll eine fachübergreifende und sektorenübergreifende telematische Infrastruktur errichtet werden. Darüber werden Bild- und Befundergebnisse zwischen den Ärzten ausgetauscht. Die Digitalisierung wird die Diagnosezeit verkürzen und primär valide Daten für die Evaluation ermöglichen. Bisher werden bei QuaMaDi jährlich etwa 250.000 Papierbögen bearbeitet und radiologische Bilder per Kurier durchs Land bewegt. Die KVSH erwartet nach Anfangsinvestitionskosten Einsparungen von fast 50 Prozent der Programmkosten. Neben den Druck-, Kurier- und Portokosten würden auch die Personalkosten sinken. Die Investitionskosten belaufen sich auf etwa 1,6 Millionen Euro. Die Digitalisierung werde somit genutzt, um einen etablierten Prozesse effizienter zu gestalten.

Prof. Dr. Christian Dierks moderierte im Anschluss die Diskussion zu folgenden Themen:

- Wo kann Digitalisierung bereits heute einen konkreten Nutzen für die Versorgung stiften?
- Brauchen wir eine Clearingstelle für digitale Anwendungen im Hinblick auf Verordnung und Erstattung?

Die Diskussion war sehr rege und teilweise kontrovers. Dennoch bestand Konsens darüber, dass Telemedizin der Gesundheitsversorgung nutzt – vor allem in Regionen mit wenigen Ärzten, großen Distanzen oder wenig mobiler Bevölkerung. Der Zugang zur Medizin sei somit ein konkreter Nutzen, der bereits heute realisiert werde.

Dabei gebe es zweierlei Nutzen der Digitalisierung: einmal, wenn vorhandene Leistungen (wie Blutdruckmessungen) digitalisiert werden, und einmal, wenn wirklich grundlegend neue Therapien möglich werden. Dabei könne der jeweilige Nutzen medizinisch oder auch ökonomisch sein. Bereits heute könn-

ten durch digitale Lösungen Patienten aktiv in ihre Behandlung eingebunden werden – was sich positiv auf die Therapietreue auswirken könnte. Wichtig sei aber, dass die Patientendaten geschützt werden und nur der Patient bzw. die Angehörige entscheiden, wer die Gesundheitsdaten erhält.

Die Workshop-Teilnehmer diskutierten kontrovers, ob eine zentrale Instanz über die Nutzung und Vergütung von digitalen Anwendungen entscheiden sollte. Noch gibt es eine solche Stelle nicht. Dennoch bestehen derzeit bereits einige Regelungen für digitale Anwendungen. So ist der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) verantwortlich, digitale Therapien in die Leistungen aufzunehmen, die alle gesetzlich Versicherten erhalten. Nach Ansicht der Workshop-Teilnehmer sei dies für einige Anwendungen ein langwieriger und eventuell zu aufwändiger Prozess. Zudem würden bereits heute digitale Anwendungen als Medizinprodukt zugelassen. Vereinzelt Krankenkassen können diese Produkte ihren Versicherten anbieten. Die durchaus kontroversen Überlegungen führten zu dem gemeinsamen Schluss, dass es einer anderen Fragestellung bedürfe. Es müsse zunächst klar sein, welche Art Clearingstelle gemeint ist: Was wären ihre Aufgaben? Würde sie Empfehlungen aussprechen oder Entscheidungen fällen?

Workshop 7

Krankenhausversorgung – neu geplant



*Leitung: Prof. Dr.
G. Neubauer*

*Keynote-Speaker:
Prof. Dr. B. Augurzky, L. O. Freiberg, PD Dr. J. Seybold MBA, Dr. J. Thormählen M.H.A.*

In diesem Workshop diskutierten die Teilnehmer, wie Indikations- und Ergebnisqualität intersektoral gewährleistet werden können – und welche Rolle sektorenübergreifende Sicherstellungszuschläge in der intersektoralen Versorgung spielen. Vier Referenten stellten das Thema aus ihrer Perspektive vor:

- Prof. Dr. Boris Augurzky, RWI Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung
- Lutz O. Freiberg, Geschäftsführer der IGiB (Innovative Gesundheitsversorgung in Brandenburg)
- PD Dr. Joachim Seybold MBA, stellvertretender ärztlicher Direktor der Charité Berlin
- Dr. Johannes Thormählen M.H.A., GWQ ServicePlus AG

Prof. Dr. Augurzky thematisierte die Probleme im Krankenhausbereich: die teils schlechte wirtschaftliche Lage, ungenügende Patientensteuerung, geringe sektorenübergreifende Vernetzung oder ungenügende elektronische Vernetzung. Mit der Umsetzung des Krankenhausstrukturgesetzes (KSHG) sollte die Versorgungsqualität gesteigert, Versorgungsstrukturen sollten optimiert, Leistungsmengenzuwächse begrenzt und die Pflege am Bett sollte gestärkt werden. Zwar seien in der Tat einige Probleme gemindert oder behoben worden, andere blieben aber ungelöst. Prof. Dr. Augurzky zeigte auf, mit welchen Instrumenten das KSHG umgesetzt wurde. Anschließend sprach er über Kostenentwicklung bei den Krankenkassen. Da das Kostenwachstum das Erlöswachstum künftig immer weiter übersteigen würde, ist für 2017 wohl wieder mit einem Gesetz zur Kostendämpfung zu rechnen. Es brauche außerdem Impulse, um Angebot und Nachfrage zu stärken; beispielsweise sollten Kassen und Leistungserbringer freier handeln dürfen. Lieber mehr Transparenz und im Gegenzug weniger Regulierung. Auch das aktuelle Vergütungssystem des Krankenhaussektors müsse weiterentwickelt werden – hin zu einem „DRG 2.0“.

Lutz O. Freiberg stellte das Projekt IGiB-StimMT vor (Strukturmigration im Mittelbereich Templin). Krankheitslast und Pflegebedürftigkeit steigen, was zu einer veränderten Versorgungsnachfrage führt. Das regionale Angebot müsse daher angepasst werden. Als Antwort darauf entstand 2013 ein erstes intersektorales Angebot: die Geriatriische Versorgung im KV RegioMed Zentrum/Sana Krankenhaus. Überdies wurde festgestellt, dass die Mehrzahl an diagnostischen Maßnahmen auch ambulant statt stationär durchführbar sind. Durch ein ambulant-stationäres Zentrum sollen alle Beteiligten der Region vernetzt werden, zum Beispiel Krankenkassen, Leistungserbringer, Institutionen oder Unternehmen. So könne die hochwertige Versorgung auch im ländlichen Raum langfristig sichergestellt werden.

PD Dr. Joachim Seybold sprach über die Herausforderungen von Maximalversorgern. Zum einen werden immer mehr Leistungen ambulant angeboten. Zum anderen würden spezialisierte Zentren gebildet, wie das Charité Comprehensive Cancer Center (CCCC) – ein Tumorzentrum zur sektorenübergreifenden Versorgung. Innovationen innerhalb des CCCC sollen eine qualitativ hochwertige Versorgung sicherstellen, etwa eine Portalambulanz mit interdisziplinären Sprechstunden, eine Krebs hotline oder ortsunabhängige Teletumorkonferenzen. Letztere werden durch das CCCC auch für andere Krankenhäuser durchgeführt, die Patienten im eigenen Haus entsprechend den Empfehlungen des CCCC behandeln können. Seybold stellte weitere Versorgungsmöglichkeiten vor, um Patienten intersektoral zu versorgen. Dies könne mit medizinischen Versorgungszentren (MVZs), Telemedizin und der ambulanten spezialärztlichen Versorgung (ASV) verwirklicht werden, die das CCCC zudem ergänzen.

Dr. Johannes Thormählen berichtete von der Entwicklung des Krankenhausstrukturgesetzes – vom Entwurf im April 2014 bis zum Inkrafttreten im Januar 2016. Das Ziel, Probleme wie beispielsweise Überkapazitäten abzuschwächen oder zu lösen, sei verfehlt worden. Das Gesetz habe sich negativ entwickelt – zu Lasten der Krankenkassen und Beitragszahler. Thormählen belegte sein Fazit mit vielen aussagekräftigen Zitaten aus dem Gesundheitssektor.

Die anschließende Diskussion unter Leitung von Prof. Dr. Günter Neubauer hatte zwei Schwerpunkte:

- Wie können Indikations- und Ergebnisqualität intersektoral gewährleistet werden?
- Eignen sich sektorenübergreifende Sicherstellungszuschläge zur Optimierung der intersektoralen Versorgung?

Die Teilnehmer stimmten überein, dass nicht Sektoren sondern Prozesse betrachtet werden sollten – auf einer regionalen und konkreten Ebene. Vorab sei eine Bedarfsanalyse nötig, für die wiederum Patientendaten verfügbar sein müssten. Anschließend solle eine sektorenübergreifende Versorgungsplanung erfolgen. Die Übergänge zwischen Sektoren müssten hierfür allerdings anders gestalten werden. Die Tumorkonferenzen des CCCC seien hierfür ein Vorbild. Über eine Zweitmeinung könnten sektorenübergreifend sowohl Qualität als auch Ergebnisse verbessert werden. Diese Idee sei auf andere Gebiete übertragbar.

Jedoch müssten all diese intersektoralen Strukturen auch entsprechend vergütet werden. Sicherstellungszuschläge bieten keine ausreichende Lösung – sie setzen nur punktuell an. Es müsse daher systematisch etwas verändert werden. Hier sah die Runde großen Klärungsbedarf.

Außerdem wurde angefügt, dass das KHSG die gemeinsame Versorgung nicht fördere; eher sei das Gegenteil der Fall: Krankenhäuser vermieden es, mit Partnern zusammenzuarbeiten, da sie ohne Partner besser gestellt sind. Dass sich die Situation des Krankenhausmarktes so entwickelt, sei äußerst negativ zu bewerten.

Workshop 8

Der Patient im Mittelpunkt – Wunsch oder Wirklichkeit?



Leitung:
H. Müller



Keynote-Speaker:
Dr. N. Fritz, M. Milde, Dr. S. Petak-Opel, D. Möhler



In diesem Workshop diskutierten die Teilnehmer, was die Fokussierung auf den Patienten begünstigt und was sie hemmt – und was dieser Ansatz für die einzelnen Akteure im System bedeutet (Ärzte, Kassen, Pharmaunternehmen, Selbsthilfe). Vier Referenten stellten das Thema aus ihrer Perspektive vor:

- Dr. Nicola Fritz, Ärztin
- Marius Milde, Bereichsleiter des Versorgungsmanagements der AOK PLUS Sachsen Thüringen
- Dr. Silvia Petak-Opel, Managerin für Patient Relations bei MSD
- Dieter Möhler, Vorstandsmitglied der Diabetesstiftung Mittelpunkt Mensch, Mitglied des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)

Für Dr. Nicola Fritz sind Arzt und Patient ein Team. Anhand Ihrer eigenen Jameda-Bewertung (Online-Arztbewertung) zeigte sie auf, was Patienten erwarten: einen Arzt, dem sie vertrauen können, der sich Zeit für sie nimmt, kompetent und freundlich ist. In ihrem Praxisalltag wende sie neben der Patientenversorgung vor allem für administrative Aufgaben viel Zeit auf – wie Abrechnung, Personalverwaltung, Buchhaltung, Praxismanagement (z. B. Mietkosten, Instandhaltung u. ä.). Gleichzeitig erwarten Patienten immer mehr vom Arzt. Dr. Fritz glaubt daher, dass es künftig weniger Ärzte geben werde, die das Risiko der Selbstständigkeit auf sich nehmen werden. Des Weiteren ist ein großer Teil der heutigen Medizinstudenten weiblich. Damit kommen neben der oft nicht mehr kalkulierbaren Mehrarbeit der Selbstständigen auch Aspekte der persönlichen Lebensplanung, wie die Umsetzung von Familie und Beruf in einem entscheidenden Lebensabschnitt dazu. Damit Ärzte den Patienten wieder in den Mittelpunkt stellen könnten, müssten sie entlastet werden. Es muss neue Arbeitsmodelle und trotzdem die Möglichkeit der

selbstbestimmten ärztlichen Tätigkeit geben. Ansonsten ist eine investorengesteuerte ambulante Medizin ohne persönliche Zuwendung (wie sie sich Patienten aber wünschen) die Folge. Gemeinsam mit Kostenträgern sollte ermittelt werden, wie Dokumentations- und Verwaltungsaufgaben vereinfacht werden können und der Arztberuf attraktiv gehalten wird. Ansonsten komme es nicht nur in ländlichen Regionen zu einem Ärztemangel, sondern auch in Städten. Patienten müssten länger warten und Privatleistungen würden zunehmen. Darunter würde das Verhältnis zwischen Arzt und Patient leiden.

Marius Milde vertrat die Meinung, die Versorgung könne nicht nur auf die individuellen Bedürfnisse des Patienten ausgerichtet werden. Wichtig sei auch, was für die immer älter werdende Bevölkerung sinnvoll ist. Arzt und Patient sollten gemeinsam besprechen, was der Patient tatsächlich braucht. Solche patientenorientierten Versorgungsleitlinien stärken sowohl den Patienten selbst, als auch die Arzt-Patienten-Beziehung. In der Praxis scheitere dies aber oft an Problemen wie mangelnder Zeit, fehlender Bindung zum Arzt oder wirtschaftlichen Fehlanreizen. Dabei fehle es nicht an genügend Geld, sondern an genügend Zeit. Daher sei es beispielsweise sinnvoll, wenn jeder Patient einen festen Arzt hätte; auch Digitalisierung und Vernetzung würden helfen. Projekte der AOK erproben beispielsweise Online-Sprechstunden, elektronische Patientenakten oder Apps zur Information oder Vernetzung der Ärzte. Durch eine effizientere Versorgung könnte sich der Arzt wieder mehr an den individuellen Patientenerwartungen orientieren. Der Patient würde wieder mehr in den Mittelpunkt gestellt werden.

Dr. Silvia Petak-Opel stellte die Sicht von MSD vor: „Nichts über Patienten ohne Patienten“. Der Patient solle aufgrund seiner Betroffenenkompetenz stets ernstgenommen und wertgeschätzt werden. Dr. Petak-Opel präsentierte dazu vielfältige indikationsspezifische und indikationsübergreifende Projekte bei MSD. Ein wichtiger Baustein der Patientenzentrierung bei MSD ist die optimale Information der Patienten. Das sei auch Ziel der AG Beipackzettel, die Beipackzettel für Patienten verständlich aufzubereiten. Zudem existieren weitere nutzerzentrierte Projekte, die dazu beitragen, Krankheiten möglichst früh zu erkennen, die Barrierefreiheit zu fördern und die Arzneimitteltherapiesicherheit zu erhöhen. Dabei stünden die Bedürfnisse der Patienten stets im Mittelpunkt. Voraussetzung für patientenzentrierte Versorgung sei eine interprofessionelle und gemeinsame Herangehensweise aller Akteure, für die sich MSD weiter einsetzen möchte.

Dieter Möhler beschrieb vor allem die Rolle der Patientenvertretung des G-BA. Er befürchtet, dass die Patientenvertretung im G-BA lediglich als eine Art Testlauf angesehen wird: Man wolle lediglich überprüfen, ob negative Reaktionen auf bestimmte Entscheidungen zu erwarten seien. Die Aufgabe der Patientenvertretung sei zudem auch in der Gesellschaft nicht ausreichend bekannt. Besonders bei der Bewertung des Zusatznutzen von neuen Medikamenten sieht Möhler Probleme: Die Patientensicht werde nicht ausreichend beachtet, es gebe viele inhaltliche Schwachstellen. Hier sollten Selbsthilfeorganisationen und Patientenvertreter frühzeitig eingebunden werden. Dazu gehöre auch, notwendige Daten zu generieren, die den Patientennutzen erfassen und bemessen. Nur so könne der Patient im Mittelpunkt stehen.

Die anschließende Diskussion wurde moderiert von Hardy Müller, Geschäftsführer des Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (APS). Folgende Schwerpunkte wurden gesetzt:

- Was behindert und was fördert die Stärkung der Patienten?
- Was sind die prioritären Aktionsfelder auf dem Weg zum Ziel „Der Patient im Mittelpunkt“?

Die Gruppe war sich einig, dass der Patient auf jeden Fall im Mittelpunkt stehen müsse. Das Problem sei aber mangelnde Zeit im Arbeitsalltag der Ärzte. Hierbei dürfe nicht nur die Anzahl an Ärzten betrachtet werden. Problematisch sei auch die Verteilung der Ärzte – sowohl geografisch (Ärztemangel in ländlichen Regionen) als auch indikationsspezifisch (zu wenig Allgemeinmediziner). Die Digitalisierung wird als Chance angesehen, den Patienten zu stärken (Patient-Empowerment). Sie könne aber auch Gefahr sein, sich noch weiter vom Patienten zu entfernen. Diskutiert wurde auch die Möglichkeit, ärztliche Aufgaben auf andere Berufsgruppen zu übertragen (Delegation und Substitution). So soll der Arzt mehr Zeit für den Patienten haben. Dies könne nur funktionieren, wenn das Personal entsprechend ausgebildet ist und Patienten ausreichend informiert sind. Auch strukturelle Herausforderungen wurden angesprochen. Anstatt jeden einzelnen Patienten in den Mittelpunkt zu rücken, könnte es heißen „Die Patienten/innen im Mittelpunkt“. Das deutsche Gesundheitssystem sei nicht darauf ausgelegt, alle Patienten einzeln zu betrachten.

Besonders wichtig sei es, patientenorientierte Endpunkte bei Nutzenbewertungen verstärkt zu betrachten. Nur so könne bewertet werden, was für den Patienten tatsächlich relevant ist. Außerdem sollten Patienten konkrete Ansprechpartner haben – in allen Organisationen und Programmen. Die Situation könnte auch durch finanzielle Anreize verbessert werden. Der einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) könnte dementsprechend verändert werden. Außerdem müsse Bürokratie abgebaut werden.



Dr. Martin Lang

Statement zum MSD Gesundheitspreis

Liebe Nominierte, verehrte Damen und Herren,

das alljährliche Motto dieser Veranstaltungsreihe: MSD Forum GesundheitsPARTNER: Gesundheitspartner: naja, da denkt man zuerst an die Medizingeräte-Industrie, Pharmafirmen, Krankenkassen, Gesundheitspolitiker, Krankenhausgesellschaften, ärztliche Selbstverwaltung, Ärztekammern, Verbände. An die, von denen man tagtäglich lesen und hören darf, dass sie Gesundheit gestalten.

Dieser Nachmittagsteil der Veranstaltung zeigt aber eine weitere Facette der Gesundheitspartnerschaft – das habe ich im letzten Jahr sehr intensiv empfunden.

Die Verleihung des MSD Gesundheitspreises signalisiert eine Partnerschaft zwischen den „Großen“, den Machern, den Entscheidern zur Gesundheitsversorgung und den „Kleinen“, den Leidenschaftlichen, den Kreativen, den Hilfesuchenden unserer Branche. Das – und erlauben Sie mir dieses ganz persönliche Statement – macht diese Veranstaltung so besonders.

Ausgezeichnet wurde ich vor einem Jahr, als Leiter des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte in Bayern für unser telemedizinisches Konsiliararztsystem Pädexpert®. Ich hatte die Idee zu Pädexpert® im Sommer 2011, als der Fachwelt mehr und mehr klar wurde, dass es eine große Herausforderung sein würde, die ambulante medizinische Versorgung in Deutschland über Jahre hinaus zu sichern. Die Arbeitsplätze in den Praxen auf dem Lande galten als zunehmend unattraktiv, die Schere zu den medizinischen Hightech-Zentren wuchs und wuchs. Noch mehr beunruhigte mich die damals stark ausgeprägte Konkurrenzsituation zwischen den Allgemeinmedizинern und den Fachspezialisten in unseren Reihen.

Wir Kinder- und Jugendärzte haben ja versorgungspolitisch eine einmalige Zwitterfunktion. Wir sind zum einen die Hausärzte und Grundversorger des Entwicklungsalters, also der Kinder- und Jugendlichen und hier für alle großen und kleinen Wehwehchen des Körpers, des Geistes und sogar der seelischen Entwicklung gefragt. Wir sind gleichzeitig aber auch hochspezialisiert in vielen Fachbereichen und immer mehr mit seltenen Krankheiten und individualisierten Therapieansätzen konfrontiert.

Vor diesem Hintergrund setzt Pädexpert® an. Das Telekonsil vernetzt den hauptverantwortlichen Allgemeinpädiater am Ort eines kranken Kindes und seiner Familie mit Fachspezialisten bundesweit, die ihn mit diagnostischer und therapeutischer Beratung unterstützen und coachen können. Eigentlich ganz einfach. Und so haben die einen anfangs darüber gelächelt, die anderen in Vorahnung möglicher

Systemänderungen erst einmal Widerstand signalisiert. Es war die Politik der kleinen Schritte, auch Beharrlichkeit und Überzeugung, die Sie liebe Nominierten 2016 genauso an den Tag gelegt haben, von denen sie in der einen oder anderen Form genauso berichten können.

Schließlich konnten wir Pädexpert® als Modellprojekt in Bayern realisieren und haben im Jahre 2015 bayernweit 470 interessante medizinische Fälle über dieses Telemedizinssystem behandeln können, mit überzeugenden Evaluationsergebnissen. Das war genau vor einem Jahr, als wir unser Projekt bei MSD zum Gesundheitspreis angemeldet haben. Der Erfolg des Preises gab dem Bekanntheitsgrad von Pädexpert® noch einmal einen erfreulichen Schub. Und so kam das Projekt Anfang 2016 noch besser in Schwung.

Zu verdanken ist das in erster Linie den Verantwortlichen der BARMER GEK, die als Erste die Marktfähigkeit und den Versorgungswert erkannt haben und in atemberaubender Geschwindigkeit mit uns gemeinsam Pädexpert® als Versorgungsleistung für ihre Versicherten realisiert haben. Zeitgleich fanden im Jahr 2016 Gespräche mit verschiedenen Kostenträgern statt und wir bekamen im Sommer dieses Jahres einen zweiten großen Vertrag mit der AOK Bayern.

Ich versichere Ihnen, es werden weitere folgen.

Mehr noch: durch das Engagement von MSD für seine Preisträger, das am Nachmittag der Preisverleihung nicht endet – sondern eigentlich erst beginnt und eine konstruktive Unterstützungsbasis anbietet, hatten wir gemeinsame Gespräche mit Frau Staatssekretärin Fischbach, die sich wie auch Herr Minister Gröhe, professionell und fundiert mit unserem preisgekrönten Projekt auseinandergesetzt hat.

MSD hat uns auch Kontakte in die anderen Fachgruppen hinein gebracht. Im Frühjahr bekam ich die Gelegenheit auf dem Deutschen Internistenkongress in Mannheim zu sprechen und Kontakte zu knüpfen. Und ich kann Ihnen sagen: auch hier entstehen neue Knospen. Es gibt derzeit Ansätze ein konsiliarärztliches Expertensystem nach dem Vorbild von Pädexpert® etwa bei den Rheumatologen, den Neurologen und auch den Gynäkologen aufzubauen. Pädexpert® selbst wird ebenfalls inhaltlich wachsen. Wir haben neue Konzepte aus der Neuropädiatrie, der Kindernephrologie, der Kinderendokrinologie und Gastroenterologie in Entwicklung.

Was mich aber am meisten freut: wir haben im Jahr der seelischen Kindergesundheit in Bayern gute und enge Kontakte mit den Kinder- und Jugendpsychiatern in Bayern sowie auch bundesweit geknüpft und beabsichtigen hier gemeinsam telemedizinische Projekte anzubieten. Wir denken hier an ein Therapiemonitoring und Behandlungsscoaching für die Kinder- und jugendpsychiatrischen Akutfälle, die in unseren Praxen aufschlagen und auf die Schnelle auch nicht ansatzweise die Möglichkeit eines raschen Termins bei einem Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie haben.

Ich weiß, dass dies ein großes Versorgungsthema ist und auch über Jahre bleiben wird. Hier kann konsiliarärztliche Telemedizin helfen, die Lücken zu schließen. Und ..., was dieses Beispiel sehr gut illustriert: Gesundheitsversorgung und Telemedizin sind nicht in erster Linie technische Fragen und Herausforderungen (für die sie primär oft gehalten und öffentlich dargestellt werden). Telemedizin aus

unserer Sicht fußt auf der intensiven Vernetzung miteinander bekannter Spezialisten und medizinischen Experten, die, je besser sie sich kennen, und je besser sie sich vernetzen, ein umso wertvolleres Gesamtmanagement für den Patienten leisten können.

Ich bedanke mich bei Ihnen im Saal für Ihren Beitrag, für Ihr Engagement, dass Pädexpert® den Schritt von der Idee 2011 und einem kleinen Modellprojekt 2014 in die etablierte Gesundheitsversorgung 2016 realisieren konnte. Ich freue mich auf die Preisträger 2016 und drücke Ihnen die Daumen für die anstehende Verleihung.

Martin Lang

AmbA

Atemnot-Ambulanz München

Autoren: Michaela Schunk, Rudolf Maria Huber und Claudia Bausewein

Management Summary

Die *Atemnot-Ambulanz* München möchte Patienten mit fortgeschrittenen chronischen Erkrankungen helfen, besser mit dem Symptom Atemnot umzugehen und mehr Kontrolle über die Atemnot zu bekommen.

Die *Atemnot-Ambulanz* arbeitet symptomfokussiert und krankheitsübergreifend. Sie ist als standardisierte Kurzzeitintervention konzeptioniert. Die Patienten werden durch eine Reihe von Maßnahmen unterstützt. Beispielsweise wird gezeigt, wie sie ihr Selbstmanagement verbessern können, Atemübungen werden trainiert, hilfreiche Körperhaltungen erlernt oder Medikamente verschrieben, die die Atemnot lindern sollen.

In der *Atemnot-Ambulanz* arbeiten Palliativmediziner und Lungenfachärzte zusammen, die sich besonders gut mit dem Symptom Atemnot auskennen; durch den Kontakt zum Pneumologen ist sichergestellt, dass die Grunderkrankung optimal behandelt ist. Palliativmediziner und Pneumologen werden von einem Team aus verschiedenen Berufsgruppen unterstützt.

Eine randomisierte kontrollierte Studie evaluiert, wie wirksam und kosteneffektiv dieses für Deutschland neuartige Angebot ist. Es soll zukünftig als Modell für weitere Atemnot-Ambulanzen dienen.

Initiiert wurde die *Atemnot-Ambulanz* von Prof. Dr. Claudia Bausewein, Direktorin der Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin am Klinikum der Universität München, in Kooperation mit Professor Dr. Rudolf Maria Huber, Leiter der Sektion Pneumologie Innenstadt und Thorakale Onkologie (Medizinische Klinik und Poliklinik V).

Versorgungsherausforderung

Atemnot ist keine Krankheit, sondern ein Symptom zahlreicher Grunderkrankungen – etwa von Lungenerkrankungen wie die chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) oder die Lungenfibrose, aber auch von Tumor- und kardiologischen Erkrankungen, wie Herzinsuffizienz. Unter Atemnot leiden Schätzungen zufolge 10 bis 70 Prozent der Patienten mit Tumorerkrankungen und 60 bis 95 Prozent der

Patienten mit nicht-malignen Erkrankungen wie COPD oder Herzinsuffizienz. Das Symptom Atemnot bleibt oft chronisch, auch wenn die Grunderkrankung optimal therapiert wurde (Bausewein et al., 2010).

Je nach Krankheitsverlauf kann die Atemnot bereits bei geringer körperlicher Betätigung einsetzen, etwa beim Anziehen oder beim Gang auf die Toilette. Viele Patienten beschreiben, dass sie bei Atemnot ängstlich und panisch werden, manche Patienten berichten von Kraftlosigkeit als Folge der Atemnot.

In Deutschland sind bis zu dreizehn Prozent der Menschen an COPD erkrankt (Geldmacher et al., 2008). Im fortgeschrittenen Stadium leiden die COPD-Patienten an keinem anderen Symptom häufiger als an Atemnot. Dies belastet die Patienten häufig so sehr, dass sie sich sozial zurückziehen und auch ängstlich bis depressiv werden können. Dadurch werden auch pflegende Angehörige erheblich belastet. Grundsätzlich verringert die Atemnot bei vielen Patienten den Lebenswillen (Barbera et al., 2010).

Mit einer gezielten Anleitung zum besseren Umgang mit Atemnot können sich Patienten in einer akuten Situation selbst helfen, sie können ihren Körper und ihre Ängste wieder besser kontrollieren und dadurch ein großes Stück Lebensqualität zurückgewinnen. Das zu erreichen, ist Ziel der deutschlandweit ersten *Atemnot-Ambulanz* am Klinikum der Universität München (LMU).

Trotz zahlreicher Forschungsbemühungen kann bis heute noch nicht genau erklärt werden, wie Atemnot entsteht. Deshalb ist es auch noch nicht möglich, die Ursache der Atemnot, die trotz bestmöglicher Behandlung der zugrundeliegenden Erkrankung weiter besteht, zufriedenstellend zu therapieren.

Die Schwere der Atemnot wird in drei Stufen klassifiziert: Atemnot bei Belastungen, in Ruhe und die terminale Atemnot. Lungenfunktionsprüfungen oder andere Untersuchungen können nicht darstellen, wie der Patient die Atemnot selbst empfindet. Da sich das Erleben von Atemnot somit schlecht quantifizieren lässt, besprechen viele Patienten diese Symptome erst gar nicht mit ihrem Arzt. Ärzte und Pflegepersonal können wiederum die Patienten nur selten anleiten, besser mit der Atemnot umzugehen.

Grundsätzlich kann Atemnot nur beschränkt behandelt werden. Allerdings gibt es einige medikamentöse und nicht-medikamentöse Maßnahmen, die dem Patienten helfen, besser mit der Atemnot zu leben (Bausewein, 2016). Der Schwerpunkt der Therapie sollte das subjektive Erleben der Atemnot beim Patienten in den Vordergrund stellen – und nicht die objektive Quantifizierung.

Um die individuelle Atemnot des Patienten verstehen zu können, muss erfragt werden, wie häufig die Atemnot auftritt, wie eine akute Attacke verläuft, ob sich der Patient emotional belastet oder im Alltag eingeschränkt fühlt. Diese Hinweise geben Aufschluss auf die Umstände, die im Umfeld des Patienten die Atemnot auslösen, verstärken oder auch lindern. Aufgrund dieser Erkenntnisse kann der Patient dann informiert werden, wie er seinen Tagesablauf optimieren könnte – und es kann geplant werden, wie der Patient im akuten Fall mit der Atemnot umgehen sollte.

Neben solchen verhaltensorientierten Ansätzen kann die Atemnot auch medikamentös therapiert werden. Dies wird umso wichtiger, je schwerer die Atemnot ist. Die Wirksamkeit von Opioiden wie Mor-

phin ist bereits gut erforscht; die häufig verwendeten Benzodiazepine wirken eher über die Angstlösung, allerdings ist ihre Effektivität nicht so gut belegt wie bei Opioiden. Als nicht-medikamentöse Therapieformen bewährt haben sich die Unterstützung durch Rollatoren oder Handventilatoren, aber auch neuromuskuläre elektrische Stimulation oder Akupunktur. Zusätzlich hilft den Patienten auch eine physio- und psychotherapeutische Betreuung. Um einen Patienten erfolgreich zu behandeln, werden meistens mehrere Maßnahmen kombiniert. Hierzu müssen die Behandelnden interdisziplinär und multiprofessionell zusammenarbeiten – und strukturiert und konsequent behandeln. Ein solches Behandlungsprogramm ist im normalen Praxisalltag schwierig bis unmöglich. Bei der *Atemnot-Ambulanz* München können die benötigten Fachkompetenzen gebündelt und die Patienten individuell therapiert werden.

Entstehungsgeschichte

In England wurde vor einigen Jahren in der Palliativmedizin eine multiprofessionelle Atemnot-Ambulanz konzipiert. In Cambridge wurde der Breathlessness Intervention Service aufgebaut und am King's College in London der Breathlessness Support Service (Higginson, Bausewein et al., 2014; Farquhar et al., 2014). Beide Angebote wurden stufenweise evaluiert (bis hin zu randomisiert kontrollierten Studien). Diese Studien konnten zeigen, dass Patienten, die die Atemnot-Ambulanzen besuchten, ihre Atemnot besser kontrollieren und günstiger versorgt werden konnten. Diese Ergebnisse können jedoch nicht unmittelbar auf das deutsche Gesundheitssystem übertragen werden, da Patienten hier in unterschiedlicher Weise pneumologisch und palliativmedizinisch versorgt werden. In England werden Patienten überwiegend über Krankenhäuser fachärztlich versorgt, was häufig in Form von Ambulanzen organisiert ist. Patienten können sich nicht direkt an fachärztliche Ambulanzen wenden, sondern müssen von ihrem Hausarzt überwiesen werden. Oft müssen Patienten lange auf einen entsprechenden Termin warten.

Um die *Atemnot-Ambulanz* an die Bedürfnisse deutscher Patienten, Angehöriger, Ärzte und weiterer Berufsgruppen anpassen zu können, wurde zunächst eine qualitative Studie durchgeführt. Die Ergebnisse zeigten, dass sich niedergelassene Allgemein- und Fachärzte wünschten, Patienten würden zeitnah ambulant und interdisziplinär versorgt werden können.

Den Patienten war es wichtig, dass ihre Symptomatik als individuell wahrgenommen und dass ihnen nicht-medikamentöse Hilfe angeboten wird. Patienten und Angehörige wollen verstanden und die Belastungen und Ängste sollen adäquat wahrgenommen werden.

In Deutschland können Patienten durch die ambulanten palliativmedizinischen Dienste multiprofessionell versorgt werden – mit dem Ziel, die Lebensqualität der Patienten zu erhalten und zu verbessern. Dieses Angebot möchte die *Atemnot-Ambulanz* niedrigschwellig ergänzen, indem sie Patienten strukturiert und individuell behandelt.

Eine 2014 initiierte Studie – im Design der randomisiert kontrollierten Studie der Atemnot-Ambulanzen in England – begleitet die deutsche *Atemnot-Ambulanz* an der Klinik für Palliativmedizin am Klinikum der Universität München.

Kernelemente

Zielgruppe

Zielgruppe sind Patienten mit Atemnot, die überwiegend an respiratorischen oder kardiozirkulatorischen Erkrankungen leiden. Die Patienten müssen körperlich und geistig fit genug sein, um sich ambulant behandeln zu lassen – und sie müssen genug Kraft haben für das Selbstmanagement. Sie sollten zudem motiviert sein, sich aktiv mit ihrer Atemnot auseinanderzusetzen und die empfohlenen Maßnahmen wie Atem- oder Entspannungsübungen regelmäßig anzuwenden. Angehörige sind eingeladen, den Patienten zu begleiten, um dessen Fragen und Sorgen zu besprechen. Außerdem sollen sie ebenso informiert werden, um so den Patienten besser unterstützen zu können.

Versorgungskonzept

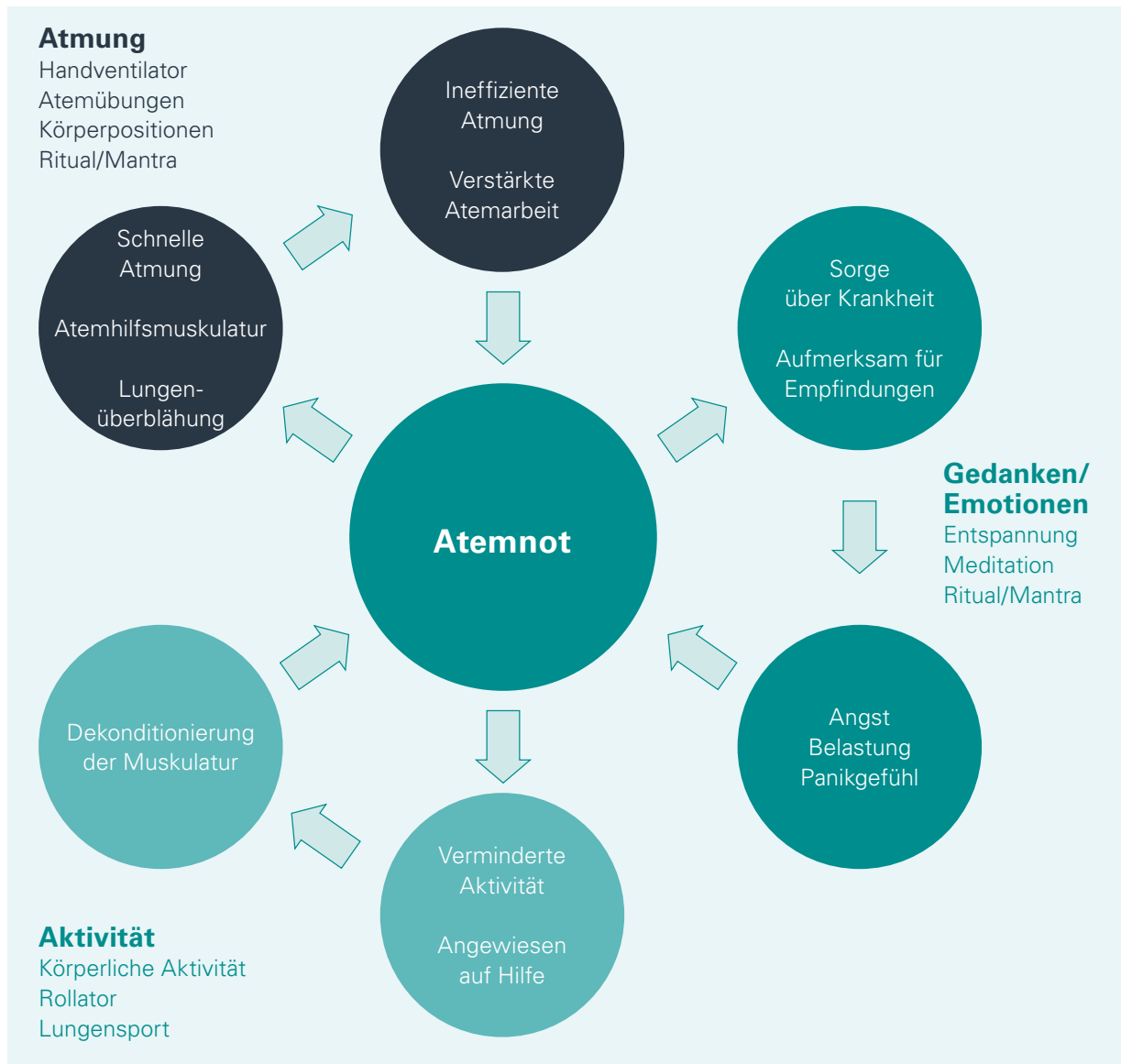
Das Ziel der palliativmedizinischen Behandlung ist es, die Lebensqualität der Patienten zu erhalten und zu verbessern. Hier bietet das deutsche Gesundheitssystem durch ambulante palliativmedizinische Dienste (AAPV/SAPV) eine multiprofessionell ausgerichtete Behandlung. Die Atemnotambulanz stellt dazu eine für Patienten niederschwellige Ergänzung dar, die auf einem strukturierten Behandlungsprogramm und enger Kooperation von Palliativmedizinern mit Haus- und Fachärzten basiert. Zielsetzung ist, eine solche Maßnahme als Kurzzeitintervention anzubieten. Damit soll die Belastung der Patienten minimiert werden und deren gesamte gesundheitliche Situation für die Dauer der Intervention hinreichend stabil sein.

Individuell abgestimmte Maßnahmen und Hilfsmittel sollen dem Patienten ermöglichen, die Atemnot selbst besser managen und kontrollieren zu können.

Im Abstand von fünf bis sechs Wochen besucht der Patient zwei Mal die Atemnot-Ambulanz; dazwischen wird er wöchentlich atemphysiotherapeutisch behandelt. Falls es notwendig ist, kann der Patient auch noch durch Mitarbeiter aus dem psychosozialen Team der Klinik für Palliativmedizin betreut und therapiert werden. Mit nach Hause nehmen können die Patienten ein speziell für Atemnot entwickeltes Behandlungshandbuch sowie Materialien wie einen Handventilator und eine Entspannungs-CD.

Wichtig ist, dass die Grunderkrankung von einem Facharzt optimal behandelt wird. Dies wird auch nochmals durch den Pneumologen sichergestellt. Das Programm zielt auch darauf ab, Fach- und Hausärzte zu entlasten, indem die *Atemnot-Ambulanz* als zeitlich begrenzte zusätzliche Intervention Unterstützung bei der Betreuung dieser Patienten bietet.

Abbildung 1 Einflussfaktoren auf Atemnot



Quelle: Eigene Darstellung (adaptiert an Chin & Booth, 2016).

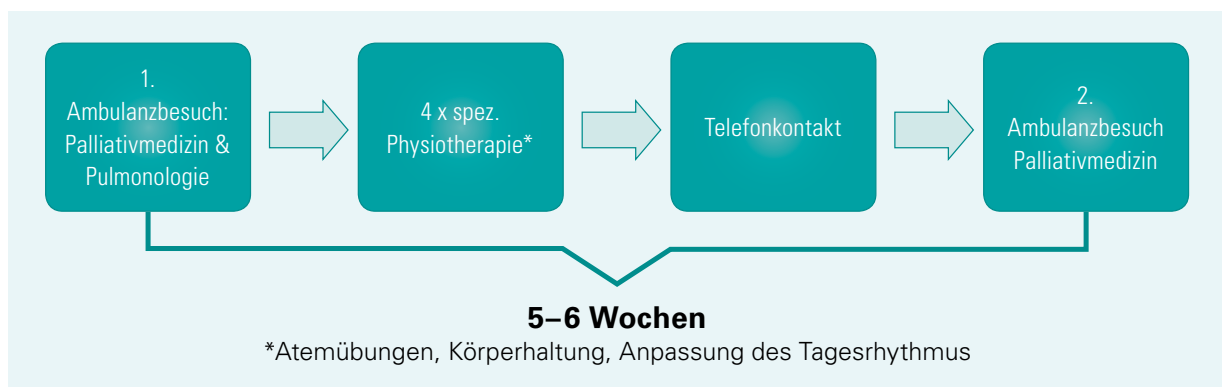
Patienten werden entweder von den niedergelassenen Ärzten an die *Atemnot-Ambulanz* überwiesen oder sie stellen sich von sich aus vor, aufgrund einer Empfehlung ihres Arztes oder eines anderen Behandlers. Die Patienten werden zunächst über Atmung und Lunge informiert; ihnen wird erklärt, wie sie durch bestimmte Atemtechniken und Körperhaltungen mit der Atemnot umgehen können. Für viele Patienten ist ein kühler Luftzug hilfreich, etwa durch einen kleinen Handventilator. Die Patienten lernen, die erlebte emotionale Belastung zu kontrollieren, indem sie üben, entspannt und achtsam zu sein. Es

können auch Rituale eingeübt werden, wie beispielsweise die Kombination eines Mantras mit einer aktiven Körperhaltung und einem Ventilator. Durch solche Rituale können sich viele Patienten beruhigen und ihre Atemnot schneller wieder kontrollieren. Die Patienten werden auch angeleitet, körperlich aktiv zu sein, da mangelnde Bewegung den Körper schwächt und die Atemnot verstärkt.

Ist die Atemnot schon stärker fortgeschritten, kann sie zusätzlich medikamentös behandelt werden. Viele Studien haben gezeigt, dass Medikamente wie Morphin oder andere Opiate die Atemnot gut lindern können, häufig schon in niedriger Dosis. Diese Medikamente werden normalerweise verwendet, um Schmerzen zu therapieren. Sie können aber auch bei Atemnot sicher angewendet werden, wenn sie richtig eingesetzt werden. Wenn Patienten aufgrund ihrer Atemnot besonders ängstlich sind, können kurzfristig auch Beruhigungsmittel hilfreich sein, um den Teufelskreis zwischen Angst und Atemnot zu durchbrechen. Bei manchen Patienten kann Sauerstoff die Atmung unterstützen, etwa bei Patienten mit COPD oder niedrigen Sauerstoffwerten im Blut (Hypoxie). Bei Patienten mit normalen Sauerstoffwerten im Blut kann ein kühler Luftzug bereits genauso effektiv sein.

Diese Maßnahmen werden gemeinsam mit dem Patienten erarbeitet und dann als Behandlungsziele und Empfehlungen in einem ausführlichen Arztbrief dokumentiert. Dieser wird an den Patienten gerichtet und als Kopie dem behandelnden Arzt sowie der Physiotherapie übersendet. Zwischen den Ambulanzterminen können sich Patienten mit dem speziell entwickelten Behandlungshandbuch informieren und Materialien wie den Handventilator und die Entspannungs-CD aktiv nutzen. Hierdurch können sie erproben, wie sie sich verhalten können und was ihnen gut tut.

Abbildung 2 Ambulanzkonzept



Quelle: Eigene Darstellung.

Der Patient wird viermal physiotherapeutisch behandelt und erlernt dabei Atemübungen, Körperhaltungen und andere Maßnahmen, die er selbst bei Atemnot einsetzen kann. Daneben wird je nach individueller Situation vorgeschlagen, wie der Patient seinen Tagesrhythmus anpassen und stärker körperlich aktiv sein könnte. Individuell können weitere Berufsgruppen hinzugezogen werden (zum Beispiel Psy-

chologen, Sozialarbeiter). Abschließend besucht der Patient die *Atemnot-Ambulanz* ein zweites Mal und bespricht gemeinsam mit Ärzten und Angehörigen, wie er die Behandlungsmöglichkeiten umsetzen konnte; die Ärzte empfehlen bei Bedarf mögliche Alternativen. Falls notwendig, kann der Arzt veranlassen, dass der Patient palliativmedizinisch betreut wird. Die Ergebnisse werden in einem weiteren ausführlichen Arztbrief an den Patienten dokumentiert.

Mehrwert und Patientenorientierung

Die *Atemnot-Ambulanz* ist für die Patienten besonders wertvoll, deren Grunderkrankung optimal behandelt ist, deren Atemnot sie aber trotzdem stark belastet und ihre Lebensqualität einschränkt. Die *Atemnot-Ambulanz* trägt damit dazu bei, dass Patienten ambulant, qualitativ hochwertig und wirtschaftlich versorgt werden können. Die ersten Patienten der *Atemnot-Ambulanz* haben zurückgemeldet, dass sie der Atemnot nicht mehr länger hilflos gegenüberstehen. Viele sind dankbar, dass sie ganzheitlich behandelt, informiert und angeleitet werden, insbesondere auch durch den Physiotherapeuten.

Dadurch, dass die Patienten besser mit ihrer Atemnot umgehen können, steigert sich ihre Lebensqualität. Sie werden seltener noteingewiesen und nutzen seltener den ambulanten Notfalldienst, deshalb werden sie insgesamt kostengünstiger behandelt.

Aber auch die Möglichkeit, über ihre Sorgen und Ängste sprechen können, unterstützt die Patienten, mit der Lebenssituation besser zurechtzukommen. Da gerade Patienten mit chronischen Lungen- und Herz-erkrankungen schon sehr lange vor ihrem Tod unter Atemnot leiden, würden viele dieser Patienten gar nicht oder erst viel später von einem Palliativmediziner therapiert werden. Doch nicht nur ein sterbender Patient kann von der palliativmedizinischen Betreuung profitieren. Im Gegenteil: Wenn die Patienten eher betreut werden, können Probleme frühzeitig erkannt und angegangen werden. Das Konzept nennt sich *Early Palliative Care*.

Die Erfahrungen aus der *Atemnot-Ambulanz* sollen genutzt werden, um Ärzte und andere Berufsgruppen fort- und weiterzubilden. Wenn nachgewiesen werden kann, dass die *Atemnot-Ambulanz* wirksam und wirtschaftlich ist, könnte dieses Modell dazu dienen, weitere Atemnot-Ambulanzen zu etablieren und vergleichbare integrierte Versorgungskonzepte weiterzuentwickeln.

Finanzierung

Die *Atemnot-Ambulanz* wird am Klinikum der Universität München (LMU) – an der Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin angeboten, in Kooperation mit der Medizinischen Klinik und Poliklinik V, Sektion Pneumologie Innenstadt und Thorakale Onkologie. Während die Ambulanz noch erprobt wird, wird sie weitgehend aus dem stationären Sektor finanziert.

Anschließend wird angestrebt, dass die *Atemnot-Ambulanz* sektorenübergreifend finanziert wird und Krankenkassen als Vertragspartner miteinbezogen werden.

Die wissenschaftliche Begleitstudie wird vom Bundesministerium für Bildung und Forschung im Rahmen der Fördermaßnahme „Studien in der Versorgungsforschung II“ zum Versorgungsgeschehen gefördert (BMBF 01GY1331).

Management

Patienten melden sich in der Atemnot-Ambulanz, weil dies von ihrem behandelnden Arzt empfohlen wurde oder weil sie von ihm überwiesen wurden. Zusätzlich wird auch über Flyer und andere Medien geworben. Ob der Patient eine optimal behandelte, fortgeschrittene Grunderkrankung hat, wird anhand der Diagnose- und Behandlungsinformationen aus aktuellen Arztbriefen evaluiert. Alle in der Ambulanz tätigen Ärzte und nicht-ärztliche Berufsgruppen werden geschult. Behandlungsprozesse werden gemeinschaftlich von Studienkoordinator und dem Behandlungsteam kontinuierlich optimiert. Pro Patient wird im Kliniksystem dokumentiert, wie er behandelt wurde.

Evaluation

Die *Atemnot-Ambulanz* in München orientiert sich konzeptionell sehr an der Atemnot-Ambulanz in London. Die Atemnot-Ambulanz am Kings College Hospital in London wurde anhand von 105 Patienten evaluiert, die unterschiedliche Grunderkrankungen hatten (20 Prozent Tumor, 54 Prozent COPD, 18 Prozent ILD; Higginson et al., 2014). Die Patienten dieser Atemnot-Ambulanz wurden über einen Zeitraum von vier Wochen zweimal einbestellt. Beim ersten Besuch wurden sie von einem pneumologischen Facharzt und einem Palliativmediziner behandelt, beim Abschlussbesuch nur von einem Palliativmediziner. Zusätzlich wurden sie von einem Physio-/Ergotherapeuten zu Hause besucht. Bei den insgesamt 105 Patienten der Evaluationsstudie zeigte sich, dass die Interventionsgruppe gegenüber der Wartegruppe nach sechs Wochen besser mit ihrer Atemnot umgehen konnte. Dies wurde anhand des Chronic Respiratory Questionnaires (CRQ) und der Subskala Mastery erfragt. Außerdem konnte für die Patienten mit nicht-malignen Erkrankungen ein Überlebensvorteil bei Patienten der Interventionsgruppe festgestellt werden. Dass die Patienten weniger Gesundheitsdienste/Kosten in Anspruch nahmen, konnte nicht gezeigt werden.

Die *Atemnot-Ambulanz* München ist mit fünf bis sechs Wochen ein wenig länger angelegt als die des Kings College Hospitals in London. Der Patient besucht in München zweimal die Ambulanz und wird zusätzlich viermal therapiert. In München wird bei den Patienten, die nicht engmaschig von niedergelassenen Pneumologen betreut werden, zusätzlich noch die Lungenfunktion gemessen, um beurteilen zu können, ob sie angemessen behandelt werden. Wie wirksam und kosteneffizient die *Atemnot-Ambulanz* in München ist, wird mit einer randomisiert-kontrollierten Studie untersucht. Die Patienten werden viermal über einen Zeitraum von 28 Wochen befragt. Dabei wird wie bei der Londoner Studie anhand des CRQ und der Subskala Mastery erfragt, wie gut sie mit ihrer Atemnot umgehen können. Aktuell sind 80 Patienten in die Studie eingeschlossen. Die Studie soll voraussichtlich im Herbst 2017 beendet werden. Mit den Ergebnissen werden erstmals Daten für Deutschland

vorliegen, die zeigen ob symptomfokussierte *Early Palliative Care* wirksam und kosteneffizient ist bei überwiegend nicht-onkologischen Patienten.

Nächste Schritte

Die *Atemnot-Ambulanz* lässt sich auf eine Vielzahl von regionalen Versorgungsstrukturen übertragen. Bundesweit interessieren sich Fachärzte und palliativmedizinische Versorgungsträger für das Behandlungskonzept. Wenn nachgewiesen werden konnte, dass das Konzept wirksam ist und die *Atemnot-Ambulanz* in München als gesundheitsökonomisch günstig beurteilt wird, sollen weitere Atemnot-Ambulanzen in verschiedenen Regionen Deutschlands etabliert werden. In ländlichen Gebieten können Atemnot-Ambulanzen in modifizierter Konzeption pilotiert werden, die in den UK bereits evaluiert worden sind (Farquhar et al., 2014, 2016).

Zukünftig sollen solche Konzepte vor allem sektorenübergreifend finanziert werden (Anbindung an Kliniken, integrierte Versorgungszentren, ambulante palliativmedizinische Dienste, Selektivverträge mit Krankenkassen als Vertragspartnern). Weitere Begleitstudien sind notwendig, um genau zu evaluieren, wie wirksam und kosteneffizient die Ambulanz in den unterschiedlichen Versorgungskontexten wäre. Außerdem muss untersucht werden, wie den Patienten die Teilnahme erleichtert wird und wie die Konzepte umgesetzt werden können. Ziel ist es, in einigen Jahren in möglichst vielen Regionen Patienten behandeln zu können.

Ansprechpartner

Dr. Michaela Schunk PhD, MPH

Klinikum der Universität München, Klinik und
Poliklinik für Palliativmedizin
Marchioninistraße 15
81377 München
Telefon: 089 – 440 077 946
E-Mail: michaela.schunk@med.uni-muenchen.de
www.palliativmedizin-muenchen.de

Prof. Dr. Rudolf Maria Huber

Klinikum der LMU / Campus Innenstadt
Sektion Pneumologie Innenstadt und Thorakale
Onkologie
Ziemssenstraße 1
80336 München
Telefon: 089 – 440 052 590

Prof. Dr. Claudia Bausewein PhD MSc

Klinikum der Universität München, Klinik und
Poliklinik für Palliativmedizin
Marchioninistraße 15
81377 München
www.palliativmedizin-muenchen.de

Literatur

- Barbera, L., Sussman, J., Viola, R., Husain, A., Howell, D., Librach, S.L., Walker, H., Sutradhar, R., Chartier, C., Paszat, L. (2010). Factors Associated with End-of-Life Health Service Use in Patients Dying of Cancer. *Health-care Policy*, 5(3): e125-e143. DOI 10.12927/hcpol.2013.21644.
- Bausewein, C. (2016). Therapie von Atemnot, Angst und Depression bei fortgeschrittenen Lungenerkrankungen. *Pneumologie*: DOI 10.1007/s10405-016-0033-6.
- Bausewein C., Booth S., Gysels M., Kühnrich R., Haberland B., Higginson I.J. (2010). Understanding breathlessness: cross-sectional comparison of symptom burden and palliative care needs in chronic obstructive pulmonary disease and cancer. *J Palliat Med*. 2010 Sep;13(9):1109-18. DOI 10.1089/jpm.2010.0068.
- Chin C., Booth S. (2016). Managing breathlessness: a palliative care approach. *Postgrad Med J* 2016;0:1–8. DOI 10.1136/postgradmedj-2015-133578.
- Farquhar, M.C., Prevost, A.T., McCrone, P., Brafman-Price, B., Bentley, A., Higginson, I.J., Todd, C., Booth, S. (2014). Is a specialist breathlessness service more effective and cost-effective for patients with advanced cancer and their carers than standard care? Findings of a mixed-method randomised controlled trial. *BMC Med*, Oct 31: 12-194. DOI 10.1186/s12916-014-0194-2.
- Farquhar, M.C., Prevost, A.T., McCrone, P., Brafman-Price, B., Bentley, A., Higginson, I.J., Todd, C., Booth, S. (2016). The clinical and cost effectiveness of a Breathlessness Intervention Service for patients with advanced non-malignant disease and their informal carers: mixed findings of a mixed method randomised controlled trial. *Trials*, Apr 4, 17(1): 185. DOI 10.1186/s13063-016-1304-6.
- Higginson, I.J., Bausewein, C., Reilly, C.C., Gao, W., Gysels, M., Dzingina, M., McCrone, P., Booth, S., Jolley, C.J., Moxham, J. (2014). An integrated palliative and respiratory care service for patients with advanced disease and refractory breathlessness: a randomised controlled trial. *Lancet Respir Med*, 2(12): 979-87. DOI 10.1016/S2213-2600(14)70226-7.
- Geldmacher H., Biller H., Herbst A., Urbanski K., Allison M., Buist A.S., et al., (2008). The prevalence of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in Germany. Results of the BOLD study. *Dtsch Med Wochenschr*. 2008;133:2609. Medline:19052996 DOI 10.1055/s-0028-1105858.



Dr. Peter Cleef, Dr. Werner Wyrwich, Lea Grabley, Petra Riesner, Harald Möhlmann, Juror Dr. Rolf Koschorrek (v.l.)

3. Preis

AOK Nordost

Versorgungsprogramm Diabetisches Fußsyndrom

Autoren: Lea Grabley und Petra Riesner

Management Summary

Mit ihrem Versorgungsprogramm will die AOK Nordost ihre Versicherten, die an Diabetischem Fußsyndrom (DFS) erkrankt sind, qualitativ besser versorgen und die Zahl der Amputationen reduzieren.

Die AOK Nordost initiierte den Versorgungsvertrag DFS im Jahr 2011. Das Versorgungsprogramm richtet sich an Diabetespatienten, die am DFS leiden oder ein erhöhtes Risiko haben, am DFS zu erkranken.

Die Diabetologen, die an dem Vertrag teilnehmen, müssen umfangreiche Qualifizierungen und Kooperationen für die Versorgung des Diabetischen Fußsyndroms nachweisen können. Zusätzlich sind die Praxen als ambulante Fußbehandlungseinrichtung nach den Kriterien der AG Fuß der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) zertifiziert.

Aktuell nehmen 24 Diabetologen in 16 Berliner Praxen sowie circa 1.500 Versicherte an dem Versorgungsprogramm teil (Stand 10/2016).

Die Evaluation des laufenden Versorgungsprogrammes der AOK Nordost hat insbesondere gezeigt, dass bei den Programmteilnehmern das Risiko einer Amputation um 16 Prozent niedriger lag als bei der Kontrollgruppe.

Versorgungsherausforderung

Etwa ein Viertel aller Diabetiker erleidet im Laufe des Lebens ein DFS (Lawall, 2016). Davon muss bei jedem Fünften innerhalb von fünf Jahren der Fuß oder das Bein amputiert werden (Spraul, 2011). Patienten sind nach der Amputation nicht nur enorm eingeschränkt, sie versterben auch schneller. 50 Prozent der Patienten, denen der ganze Fuß oberhalb des Knöchels amputiert wurde (Majoramputation), versterben nach drei Jahren (Spraul, 2011). Komplikationen wie das DFS verursachen 80 Prozent der Gesamtkosten, mit welchen Diabetes das Gesundheitssystem belastet – für Krankenhausaufenthalte, Medikamente, Hilfsmittel und Pflege. Hinzu kommen indirekte Kosten wegen Arbeitsunfähigkeit und Frühberentung (Köster et al., 2005).

Disease-Management-Programme (DMP) für Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 bestehen bereits seit mehr als zehn Jahren. Sie bieten qualitätssichernde Maßnahmen, um Diabetespatienten besser zu versorgen und Folgeerkrankungen frühzeitig zu erkennen und behandeln zu können. Wird das DFS nämlich rechtzeitig multiprofessionell behandelt, können schwere Endstadien verhindert werden (AOK Nordost, 2016). Zur Früherkennung und Behandlung des DFS gibt das DMP vor, dass bei allen Diabetikern die Füße mindestens einmal pro Jahr fachgerecht untersucht werden sollen. Liegt bereits ein erhöhtes Risiko für ein DFS vor, müssen die Patienten entsprechend öfter fachärztlich untersucht und betreut werden. Hierfür bedarf es eines multiprofessionellen Teams (u.a. Wundschwestern, Podologen, Orthopädienschuhmacher).

Entstehungsgeschichte

Die AOK Nordost betreut Versicherte in Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern. Insgesamt leiden 350.000 Versicherte der AOK Nordost an Diabetes mellitus Typ 1 oder 2, das entspricht bis zu 20 Prozent der Versicherten (AOK Nordost, 2015a).

Eine gezielte Prüfung der Qualitätsziele im DMP Diabetes mellitus zeigte, dass trotz der klaren Vorgaben nicht bei allen Patienten einmal pro Jahr die Füße untersucht wurden. Patienten mit auffälligem Fußsta-

tus wiederum wurden zu spät oder gar nicht an spezialisierte Ärzte überwiesen. Damit erfolgte die Mit- und Weiterbehandlung auffälliger Füße nur stark verzögert. Zudem wurde festgestellt, dass Gliedmaßen amputiert wurden, obwohl zuvor konstant nur ein niedriger Schweregrad des DFS im DMP dokumentiert worden war.

Eine Stichprobenbefragung der AOK Nordost unter ihren betroffenen Versicherten ergab, dass circa 83 Prozent der hausärztlich betreuten Versicherten nicht an – auf DFS spezialisierte – Fachärzte überwiesen wurden (Riesner & Feldt, 2016).

Die AOK Nordost sah hier dringenden Handlungsbedarf. Sie initiierte das Versorgungsprogramm zum DFS, mit dem Ziel diabetesbedingte Amputationen positiv zu beeinflussen und in der Folge zu senken, um damit letztendlich die Lebensqualität der Versicherten zu erhalten.

Kernelemente

Zielgruppe

Das Versorgungsprogramm richtet sich an Versicherte der AOK Nordost, die

- am DMP Diabetes mellitus Typ 1 oder Typ 2 teilnehmen und
- bei denen ein auffälliger Fußstatus erhoben wurde (Risikogruppe)
- oder die bereits an einem Diabetischen Fußsyndrom erkrankt sind (Risikogruppe).

Ein hohes Risiko bedeutet, dass der Fuß von dem Arzt als „auffällig“ (nach Wagner/Armstrong) klassifiziert wird, der im Rahmen des DMP die Füße des Patienten untersucht. Alle diese Versicherten haben ein erhöhtes Risiko für immer wieder auftretende Wunden am Fuß und letztendlich auch ein Risiko, eine Amputation zu erleiden.

Am Versorgungsvertrag dürfen niedergelassene Diabetologen teilnehmen, die sich auf die Behandlung des DFS spezialisiert haben. Es wird vorausgesetzt, dass die Praxis als ambulante Fußbehandlungseinrichtung nach AG Fuß der DDG zertifiziert ist. Darüber hinaus müssen die Ärzte für die Teilnahme an den DMP Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 zugelassen sowie als Koordinationsarzt weitergebildet sein. Verpflichtend ist zudem, dass die Ärzte an zwei von vier jährlichen Qualitätszirkeln teilnehmen und sie sich und das Praxispersonal regelmäßig weiterbilden.

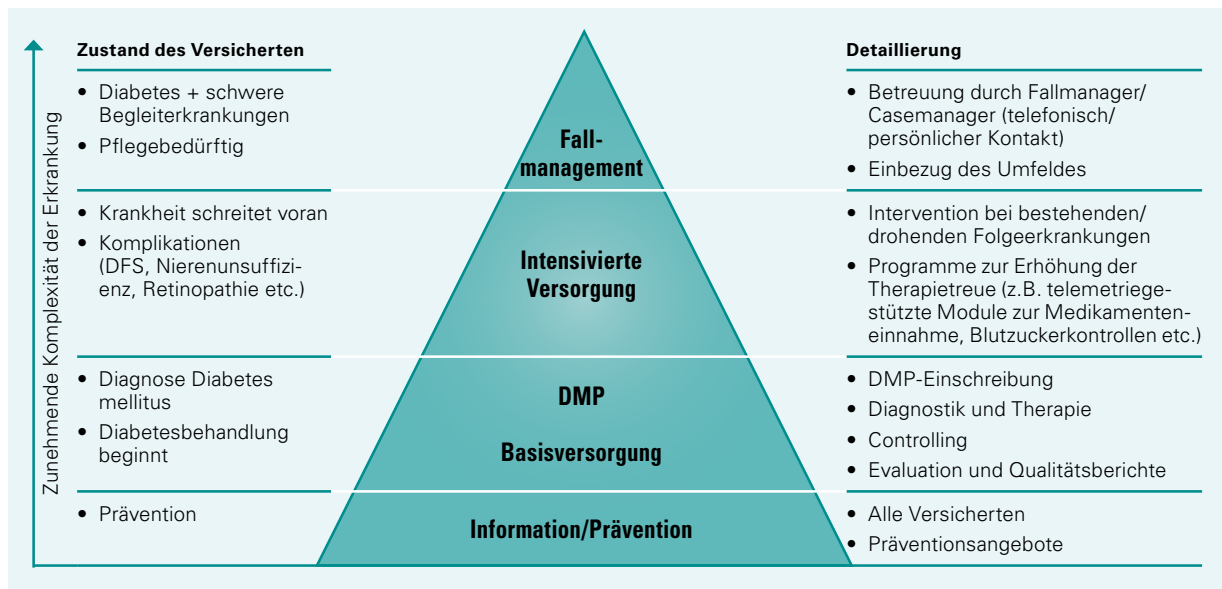
Versorgungskonzept

Mit Hilfe des Versorgungsprogrammes Diabetischer Fuß sollen betroffene Patienten besser koordiniert sowie engmaschig, aufeinander abgestimmt und qualitätsgesichert behandelt werden. Das Versorgungsprogramm orientiert sich an der Versorgungspyramide (siehe Abbildung 3) und ergänzt diese.

Auf der ersten Stufe werden alle Versicherten präventiv beraten und informiert. Die AOK Nordost lädt die Versicherten und ihre Angehörigen regelmäßig zu Veranstaltungen ein. Hier klären am Vertrag teil-

nehmende Ärzte die Versicherten über das Krankheitsbild DFS auf – auch in türkischer Sprache. Das Praxispersonal untersucht die Füße kostenfrei direkt vor Ort.

Abbildung 3 Behandlungsstufen des Diabetes entlang der Versorgungspyramide



Quelle: Eigene Darstellung.

Auf der zweiten Stufe werden Diabetespatienten im DMP nach Leitlinie versorgt und lebenslang kontinuierlich betreut. Im DMP werden wichtige Vertragsvereinbarungen überwacht und die Qualität des Programmes wird regelmäßig evaluiert.

Sind Patienten schwerer an Diabetes erkrankt, z. B. weil bereits Folgeerkrankungen dazu gekommen sind, muss die Behandlung intensiviert werden und es kommen ergänzende Komponenten hinzu (dritte Stufe). Unter Anderem soll die Therapietreue unterstützt werden, das kann durch gezielte Schulungen erfolgen, Erinnerung an Arzttermine oder temporär begleitete Coachingprogramme. Ein weiterer wichtiger Aspekt stellen hierbei auch telemedizinische Module dar. Beispielsweise wird kontrolliert, ob die Patienten ihre Medikamente regelmäßig einnehmen, sie ihren Blutzucker regelmäßig kontrollieren und richtig dosiert die Insulineinheiten injizieren.

An der Spitze der Versorgungspyramide steht bei Bedarf das individuelle Case Management. Ein Fallmanager betreut den Betroffenen individuell – auch wenn der Patient pflegebedürftig ist. Er steht telefonisch oder persönlich eng mit dem Patienten und seinen Angehörigen in Kontakt.

Das Versorgungsprogramm DFS soll die bestehenden DMP für Diabetes Typ 1 und 2 sinnvoll ergänzen. Dazu arbeiten qualifizierte ärztliche und nichtärztliche Spezialisten eng zusammen und orientieren sich an den aktuellen Leitlinien der Deutschen Diabetes Gesellschaft zur Diagnostik, Therapie, Verlaufskont-

rolle und Prävention des diabetischen Fußsyndroms (DDG, 2008). Ziel dieser Leitlinien und damit auch für diesen Versorgungsvertrag ist es, schwere Wundstadien, Amputationen und Rezidive zu verzögern oder gar zu vermeiden. Hierzu zählt auch, dass die Wundheilungszeit verkürzt wird und Patienten seltener stationär aufgenommen werden müssen.

Die teilnehmenden Ärzte informieren die in Frage kommenden Patienten über das Versorgungsprogramm DFS und schreiben diese in den Vertrag ein. Zusätzlich hat die AOK Nordost ein Informationsblatt entwickelt, um Patienten und Ärzte detailliert über den Vertrag zu informieren. Nimmt der Arzt selbst nicht am Programm teil, kann er den Patienten an die teilnehmenden Praxen weiterleiten.

Im Programm werden Patienten mit DFS nach abgestimmtem Behandlungspfad qualitätsgesichert versorgt. Die Füße der betroffenen Patienten werden regelmäßig untersucht und – ganz wichtig – das Schuhwerk kontrolliert.

Das Versorgungsprogramm ist bewusst nicht zeitlich befristet – schließlich müssen Patienten mit diesem Risiko langfristig und dauerhaft betreut werden. Nur so lässt sich beispielsweise frühzeitig erkennen, ob eine abgeheilte Wunde erneut auftritt. Die Patienten werden daher angehalten, sich regelmäßig in der Praxis zur Kontrolluntersuchung vorzustellen, auch wenn aktuell keine Wunde vorliegt.

Für den Erfolg des Programmes ist daher auch außerordentlich wichtig, dass die Patienten aktiv teilnehmen, dass sie sich informieren und aufklären lassen. Der Einbindung von Angehörigen kommt dabei ein hoher Stellenwert zu.

Neben der leitliniengerechten Behandlung der Patienten koordinieren die Vertragsärzte den Behandlungsprozess und beziehen dazu andere Leistungserbringer und weitere notwendige Berufsgruppen mit ein, hierzu gehören: qualifizierte Wundschwestern, Orthopädieschuhmacher und Podologen. Es hat sich gezeigt, dass gerade die Podologen die Versicherten häufig erst auf das Versorgungsprogramm der AOK Nordost aufmerksam machen und die teilnehmenden Ärzte empfehlen (AOK Nordost, 2015b). Die Vertragsärzte dokumentieren die Behandlung einheitlich und detailliert gemäß dem Dokumentationsbogen der AG Fuß der DDG. Bestandteil der Datenerhebung ist auch die Fotodokumentation.

Ein unabhängiges Institut führt eine Qualitätssicherung durch. Auf Basis der Daten- und Fotodokumentation sind Vergleiche auch unter den Ärzten möglich. In Qualitätszirkeln findet ein offenes Benchmarking statt und die Vorstellung exemplarischer Behandlungsfälle. Damit stehen auch die Vertragspartner im regelmäßigen Austausch, um die Qualität der Versorgung zu verbessern.

Mehrwert und Patientenorientierung

Durch das Versorgungsprogramm werden die Versicherten spezialisiert, koordiniert, abgestimmt und systematisch behandelt. Die Patienten werden miteinbezogen und motiviert, die Compliance wird entsprechend verbessert. Darüber hinaus steigt die Lebensqualität. Die Risiken für Fußamputationen, schwere Wunden oder Krankenhausaufenthalte sinken.

Durch die Kombination mit dem präventiven Ansatz bei Veranstaltungen und Informationen profitieren nicht nur Betroffene, sondern auch Angehörige von diesem Programm.

Die Leistungserbringer erhalten eine zusätzliche Vergütung für die ambulante hochspezialisierte Behandlung, die kontinuierliche Betreuung und Begleitung, die über das Maß der Regelversorgung hinausgeht.

Finanzierung

Die teilnehmenden Vertragsärzte werden über zwei Komponenten vergütet:

- Sie erhalten eine Basisvergütung für die Behandlung des Fußes und die korrekte Dokumentation des Fußstatus. Die Höhe der Vergütung richtet sich nach dem Schweregrad der Wunde (gemessen anhand der Wagner/Armstrong-Klassifikation).
- Zusätzlich können die teilnehmenden Ärzte eine qualitätsabhängige Vergütung erhalten. Dabei werden Zielquoten für wiederauftretende Wunden (Rezidive) und Amputationen zugrunde gelegt.

Die Versorgungsprogrammkosten sollen vor allem auch durch den sekundär- und tertiärpräventiven Ansatz refinanziert werden: Das Krankheitsbild wird frühzeitig erkannt und in Folge früher behandelt. Deshalb kann verhindert werden, dass Patienten stationär aufgenommen und/oder Gliedmaßen amputiert werden müssen.

Management

Die Leitung und das Vertragsmanagement des Programms liegen bei der AOK Nordost. Die AOK Nordost prüft kontinuierlich die Qualitätsvoraussetzungen bei den Ärzten, die Durchführung der Qualitätszirkel sowie die Teilnahmevoraussetzungen bei den Versicherten.

Sie führt Abrechnungsprüfungen durch und vergütet die ärztlichen Vertragspartner.

Ferner koordiniert sie die regelmäßigen Lenkungsgremien, führt diese durch und protokolliert sie. Das Lenkungsgremium setzt sich zusammen aus Vertretern der teilnehmenden Ärzte, der AOK Nordost sowie dem unabhängigen Institut.

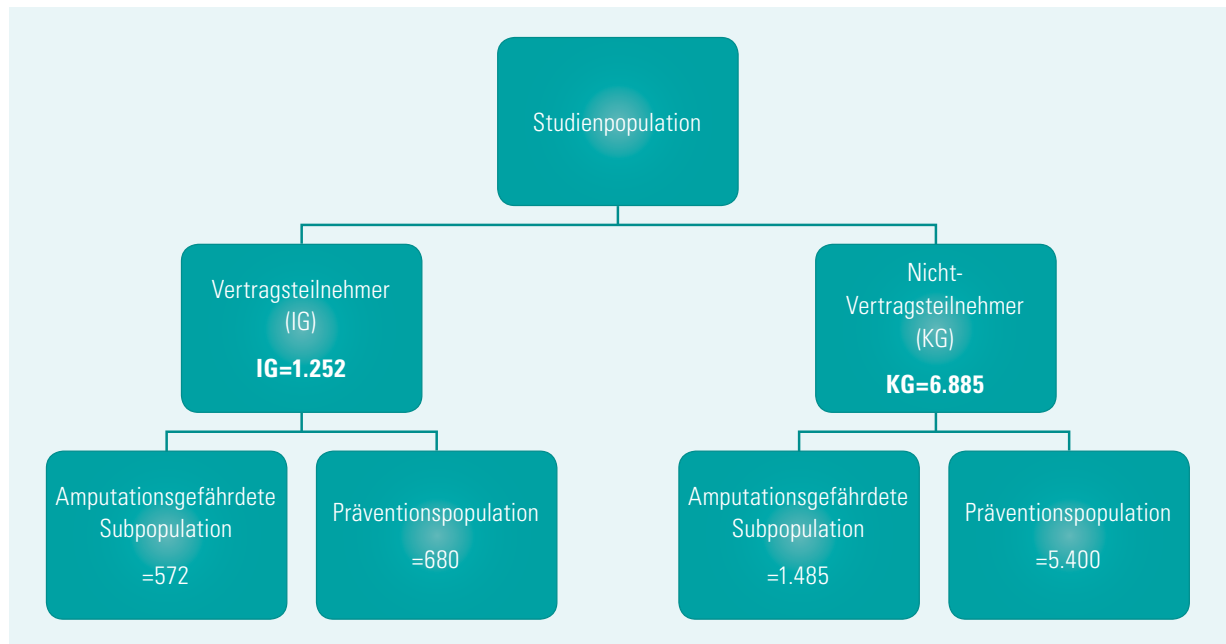
Evaluation

Im Anschluss an eine erste Evaluation mit erkennbar positiven Effekten, wurde das Programm modifiziert und nach einer Laufzeit von drei Jahren erneut evaluiert. Die zweite Evaluation sollte die folgenden Fragen zu den Vertragszielen beantworten:

1. Können Amputationen in der Interventionsgruppe (IG) im Vergleich zu einer Kontrollgruppe (KG) vermindert werden?
2. Können die Kosten für Krankenhausaufenthalte mit Amputationen in der IG im Vergleich zur KG gesenkt werden?
3. Können die Inanspruchnahme und die Kosten von weiteren mit Diabetes assoziierten Leistungen in der IG im Vergleich zur KG vermindert bzw. gesenkt werden?

Die Evaluation war als retrospektive Beobachtungsstudie angelegt. Es wurde eine Interventionsgruppe (IG) gebildet sowie eine Kontrollgruppe (KG) – bestehend aus Patienten, bei denen zwischen Anfang 2011 und Ende 2012 ein auffälliger Fußstatus im Rahmen des DMP dokumentiert wurde. So konnten folgende Gruppen gebildet werden:

Abbildung 4 Aufteilung der Patienten in die Interventions- und Kontrollgruppe



Quelle: Eigene Darstellung.

Die Analyse basierte auf den Abrechnungsdaten der AOK Nordost sowie den Daten der DMP-Dokumentation. Es wurden über die gesamte Beobachtungsperiode (bis Ende 2013) die Amputationsquote bestimmt, die Inzidenzrate für Amputationen, das Amputationsrisiko und die Erreichung der Vertragsziele. Weiterhin wurde verglichen, wie viel diabetesassoziierte Leistungen kosteten. Dazu zählten stationäre Aufenthalte, Medikamente sowie Heil- und Hilfsmittel. Die Ergebnisse wurden statistisch ausgewertet.

Mit Hilfe einer multivariaten COX-Regression wurden die Effekte auf das Risiko einer Amputation untersucht (siehe Tabelle 1). Es zeigte sich, dass das Amputationsrisiko in der IG um 16 Prozent niedriger war als in der KG. In der IG wurde zudem seltener amputiert und auch deutlich weniger majoramputiert. Ebenso waren die Risikozeiten in Tagen und Jahren wesentlich kürzer. Ein wichtiger Indikator ist ebenso die Inzidenzrate, also die Anzahl der Personen mit einer Fußamputation, bezogen auf 100 Personenjahre. Diese war in der IG geringer als in der KG (AOK Nordost, 2014).

Tabelle 1 Subgruppenergebnisse der Effekte des Versorgungsprogramms auf das Risiko einer Amputation

Teilnahme	Amputationen	Risikozeiten in Tagen	Risikozeiten in Jahren	Inzidenzraten
KG (amputationsgefährdete Subpopulation)	209	572.823	1.569	13,3
IG (amputationsgefährdete Subpopulation)	75	355.847	975	7,7

Quelle: Eigene Darstellung.

Im Vergleich zur ersten Evaluation des Versorgungsprogrammes konnte gezeigt werden, dass sich die Kosten positiv entwickelten – weil seltener amputiert und statt Major- eher Minoramputationen erfolgten. Zusätzlich sanken die Kosten im stationären Bereich.

Die IG wurde verglichen zur KG deutlich besser versorgt und leitliniengerecht behandelt. Dadurch verursachte die IG mehr Kosten, insbesondere durch mehr Heil- und Hilfsmittel (z. B. medizinische Fußpflege, Diabetesschutzschuhe, Prothesen). Insgesamt konnten die Kosten für das Versorgungsprogramm durch die Einsparungen im stationären Bereich aber refinanziert werden.

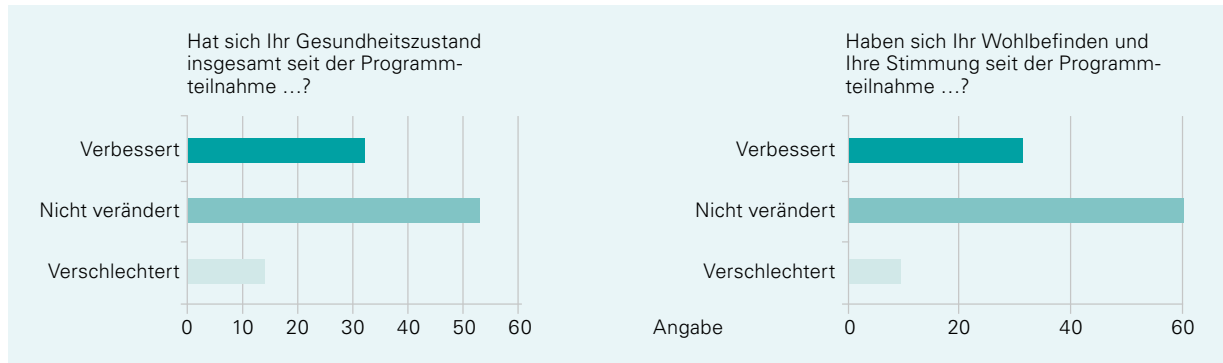
Zusätzlich zur ökonomischen Betrachtung fand in 2015 eine Befragung der AOK-Versicherten im Versorgungsprogramm (siehe Abbildung 5) statt, unter anderem bezüglich:

- ihrer Wundsymptome,
- der Mobilität,
- ihrer Stimmung
- und ihres allgemeinen Gesundheitszustandes, seitdem sie am Programm teilnehmen.

Circa ein Drittel der Befragten gab an, dass sich diese Aspekte verbesserten – ein sehr gutes Ergebnis. Über die Hälfte der Befragten gab an, dass sich nichts geändert hatte – auch dieses Ergebnis kann als sehr gut gewertet werden, wenn die genannten Parameter nicht mit einer Verschlechterungstendenz bei einem progredient verlaufenden Krankheitsbild, wie dem DFS, wahrgenommen werden. (AOK Nordost, 2015b).

Zusammengefasst lässt sich aus den Evaluationsergebnissen ableiten: Wenn das DFS qualitativ besser behandelt wird, werden weniger Füße amputiert. Das steigert gleichzeitig die Lebensqualität der Patienten. Die Programmkosten können gesenkt werden, weil weniger amputiert wird und die Kosten für die stationären Aufenthalte reduziert werden. Andere Leistungsbereiche können weiterhin wirtschaftlich optimiert werden.

Abbildung 5 Ergebnisse der Patientenbefragung 2015 (n=503)



Quelle: Eigene Darstellung.

Nächste Schritte

Zukünftig soll das Programm weiterentwickelt werden, um die Patienten noch besser zu versorgen. Dabei werden die Ergebnisse der Evaluation sowie der Versichertenbefragung herangezogen. Aus diesen Quellen wurde ein Handlungskatalog abgeleitet. So sollen beispielsweise weitere Leistungserbringer intersektoral vernetzt werden – wie stationäre Einrichtungen (z. B. Gefäßdiagnostik und -intervention) oder die Stärkung der Versorgung in der Häuslichkeit.

Das Programm soll erneut evaluiert werden: Je länger das Programm läuft, desto mehr Patientendaten können analysiert werden – die Ergebnisse werden verlässlicher und detaillierter.

2017 sollen die Versicherten erneut persönlich befragt werden. Dabei werden die gleichen Fragen gestellt, um die Ergebnisse mit den vorherigen vergleichen zu können.

Ansprechpartner

Lea Grabley, Master of Public Health,
Gesundheits- und Krankenpflegerin
Mitarbeiterin Team Indikationen 1, Versorgungsmanagement – Programme und Verträge
AOK Nordost – Die Gesundheitskasse
Wilhelmstraße 1
10963 Berlin
Telefon: 0800 – 265 080 220 87
E-Mail: lea.grabley@nordost.aok.de

Petra Riesner, Dipl. Gesundheitsökonomin,
Dipl. Betriebswirtin, Fachkrankenschwester
Teamleitung Team Indikationen 1, Versorgungsmanagement – Programme und Verträge
AOK Nordost – Die Gesundheitskasse
Wilhelmstraße 1
10963 Berlin
Telefon: 0800 – 265 080 228 39
E-Mail: petra.riesner@nordost.aok.de

Literatur

- AOK Nordost (2014). Ergebnisse der Evaluation des Vertrages zur Versorgung von Versicherten mit DFS.
- AOK Nordost (2015a). Prävalenzen des Diabetes mellitus bei der AOK Nordost.
- AOK Nordost (2015b). Ergebnisse der Befragung der teilnehmenden Versicherten.
- Riesner, P. & Feldt, S. (2016). Versorgungsmanagement im Selektivvertrag „Diabetisches Fußsyndrom“. In J.N. Weatherly (Hrsg.), *Versorgungsmanagement in der Praxis des Deutschen Gesundheitswesens. Konkrete Projekte, Theoretische Aufarbeitung* (S. 253 – 264). Berlin: Springer VS.
- Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) (2008). Evidenzbasierte Leitlinie der Deutschen Diabetes Gesellschaft. Diagnostik, Therapie, Verlaufskontrolle und Prävention des diabetischen Fußsyndroms. Zugriff unter: http://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/fileadmin/Redakteur/Leitlinien/Evidenzbasierte_Leitlinien/EBL_Fusssyndrom_Update_2008.pdf [Stand: 03.10.2016].
- Köster, I., Ferber, L. & Hauner, H. (2005). Die Kosten des Diabetes mellitus – Ergebnisse der KoDiM-Studie.
- Lawall, H. (2016). Diabetes und periphere Durchblutungsstörungen – Das Diabetische Fuß-Syndrom (DFS). In: DiabetesDE (2016). Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2016.
- Spraul, M. (2011). Amputationshäufigkeiten in Deutschland. Diabetes-Forum, 23 (5): 10-13.

Home CIMT – Zu Hause den Armeinsatz im Alltag trainieren

Constraint-induced movement therapy für Schlaganfallpatienten in der ambulanten Versorgung

Autoren: Anne Barzel, Gesche Ketels, Britta Tetzlaff und Anne Stark

Management Summary

Mit dem Therapiekonzept *home CIMT* können Schlaganfallpatienten gezielt zu Hause trainieren ihren motorisch eingeschränkten Arm wieder verstärkt einzusetzen. Die Patienten sollen dank des Trainings wieder mehr alltägliche Aufgaben verrichten können.

Speziell in *home CIMT* geschulte Therapeuten besuchen den Patienten fünf Mal innerhalb von vier Wochen. Therapeut und Patient legen gemeinsam Therapieziele fest, sie besprechen Übungen und passen diese je nach individuellem Fortschritt an. Die Übungen führt der Patient selbstständig durch und wird dabei unterstützt von einem nicht-professionellen Übungsbegleiter, zum Beispiel einem Angehörigen oder Freund. Das tägliche Training wird zudem dokumentiert.

Das Therapiekonzept *home CIMT* basiert auf der evidenzbasierten *Constraint-induced movement therapy* (CIMT), bei der alltagsrelevante Fähigkeiten wiederholt geübt werden. CIMT, auch Taub'sches Training oder Forced-use Therapy genannt, wird von Leitlinien empfohlen (DGN, 2012; DEGAM, 2012) und gilt in der Förderung des Armeinsatzes im Alltag als wirksam und gegenüber üblichen Therapieverfahren überlegen.

Eine Forschergruppe aus Ärztinnen und Physiotherapeutinnen entwickelte am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf in den Jahren 2005 bis 2006 die modifizierte Form *home CIMT*, speziell für den Einsatz in der ambulanten Therapie.

Das Bundesministerium für Bildung und Forschung förderte von 2011 bis 2014 eine Evaluation des Konzeptes in Ergo- und Physiotherapiepraxen in Norddeutschland. Die Forschergruppe konnte zeigen, dass Schlaganfallpatienten durch *home CIMT* den betroffenen Arm im Alltag aktiver nutzen als Patienten, die eine übliche Therapie bekamen.

Versorgungsherausforderung

Der Schlaganfall ist eine häufige, folgenreiche sowie behandlungsintensive Krankheit, die die Patienten oft lebenslang beeinträchtigt. So bleibt beispielsweise oft die Armfunktion eingeschränkt und somit die

Teilhabe am alltäglichen Leben beeinträchtigt (Kolominsky-Rabas, Heuschmann, 2002; Schneider et al., 2009). Darüber hinaus verursacht die Erkrankung in den westlichen Industrienationen rund zwei bis fünf Prozent der gesamten Gesundheitskosten (Murray et al., 2012; Saka, McGuire, Wolfe, 2009).

Da die Folgen der Erkrankung sehr unterschiedlich sind, müssen die Patienten auch individuell therapiert beziehungsweise rehabilitiert werden. In Kliniken wird in der Regel im multiprofessionellen Team entschieden, welche Therapieformen angewendet werden. Hier können auch neuere Therapiekonzepte wie die CIMT eingesetzt werden.

In der ambulanten Versorgung erfolgt die Therapie ausschließlich auf Basis von Heilmittelverordnungen gemäß der geltenden Heilmittelrichtlinie. Danach sind für Schlaganfallpatienten mit motorischen Beeinträchtigungen folgende Heilmittel verordnungsfähig:

Ergotherapie mit den Heilmitteln

- MFB (Motorisch-funktionelle Behandlung)
- SPB (Sensomotorisch-perzeptive Behandlung)

Physiotherapie mit den Heilmitteln

- KG-ZNS (Spezielle Krankengymnastik zur Behandlung von Erkrankungen des Zentralen Nervensystems)
- KG (Krankengymnastik)

Die Therapeuten behandeln die Patienten entsprechend ihrer therapeutischen Kenntnisse. Über die Details der durchgeführten Therapie ist wenig bekannt – insbesondere ist nicht klar, inwieweit die Therapie die Stärkung der Teilhabe zum Ziel hat. Dies liegt zum einen daran, dass Therapie und Erfolg der Therapie nicht strukturiert dokumentiert werden (De Wit et al., 2006; Hart et al., 2014). Zum anderen sind weder Patienten noch verordnende Ärzte strukturiert informiert über die Qualifikation und Expertise ambulant tätiger Physio- und Ergotherapeuten für die Behandlung von Schlaganfallpatienten. Erschwert ist der Zugang zu einer adäquaten Therapie besonders oft beim Übergang von der stationären in die ambulante Versorgung.

Insbesondere fehlt aber in der vertragsärztlichen Versorgung ein Therapiekonzept, das sich gezielt der Teilhabe am alltäglichen Leben widmet. Die Aktivitäten des alltäglichen Lebens zu verbessern, ist aber eines der Hauptziele in der Rehabilitation nach einem Schlaganfall – vor allem in der sogenannten chronischen Phase (sechs Monate und mehr nach dem Schlaganfallereignis).

Die *Constraint-induced movement therapy* (CIMT) ist ein aufgabenorientiertes, repetitives Verfahren, welches als besonders vielversprechend für Patienten mit motorischer Beeinträchtigung der oberen Extremität gilt – auch im Hinblick auf die Teilhabe an Alltagsaktivitäten (Langhorne, 2009). Die Wirksamkeit der CIMT wurde in mehreren Studien nachgewiesen. Allerdings ist diese Therapieform bislang in Deutschland als „Heilmittel“ nicht verordnungsfähig.

Die zehntägige original CIMT (sechs Stunden pro Tag durch eine Therapeutin) ist zeit- und kostenintensiv und in dieser Form in ambulanten Therapiepraxen nicht durchführbar. Daher wurde das Konzept modifiziert: *home CIMT* erfordert weniger Kontaktzeit mit den Therapeuten und ermöglicht Schlaganfallpatienten auch im chronischen Stadium eine evidenzbasierte, teilhabefördernde ambulante Therapie.

Entstehungsgeschichte

In der Physiotherapie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE) wird seit dem Jahr 2000 die *Constraint-induced movement therapy* (CIMT) für Patienten angeboten, die bereit sind, diese Therapie selbst zu bezahlen. Im Jahr 2005 adaptierte eine Arbeitsgruppe aus Ärztinnen und Physiotherapeutinnen die CIMT so, dass die Therapie auch ambulant eingesetzt werden kann.

In einer Pilotstudie wurde die neu entwickelte Form *home CIMT* als vierwöchiges Heimübungsprogramm erprobt: Patienten übten gemeinsam mit einem Angehörigen über vier Wochen hinweg täglich zwei Stunden zu Hause. Eine CIMT-erfahrene Physiotherapeutin besuchte die Teilnehmer zu Hause und leitete diese an. Die Patienten erlebten, wie sie den motorisch eingeschränkten Arm immer besser bewegen und nutzen konnten. Es zeigte sich, dass die Angehörigen aktiv in das tägliche Übungsprogramm mit einbezogen werden konnten – was Patienten und Angehörigen half, besser mit der Behinderung umzugehen. Gleichzeitig konnte nachgewiesen werden, dass *home CIMT* ähnlich effektiv ist wie die original CIMT (Barzel et al., 2009).

Um eine mögliche Einführung von *home CIMT* in die ambulante Therapie vorzubereiten, entwickelte die Forschergruppe ein Schulungskonzept – zusammen mit ambulant tätigen Physio- und Ergotherapeuten (Tetzlaff, 2010).

In der nachfolgend vorgestellten Studie HOMECIMT wurde dieses Schulungskonzept in Physio- und Ergotherapiepraxen eingesetzt. Ziel der Studie war es zu untersuchen, wie sich *home CIMT* im Vergleich zu der üblicherweise bei Schlaganfallpatienten durchgeführten Physio- und Ergotherapie auf den Gebrauch des betroffenen Armes im Alltag auswirkt.

Kernelemente

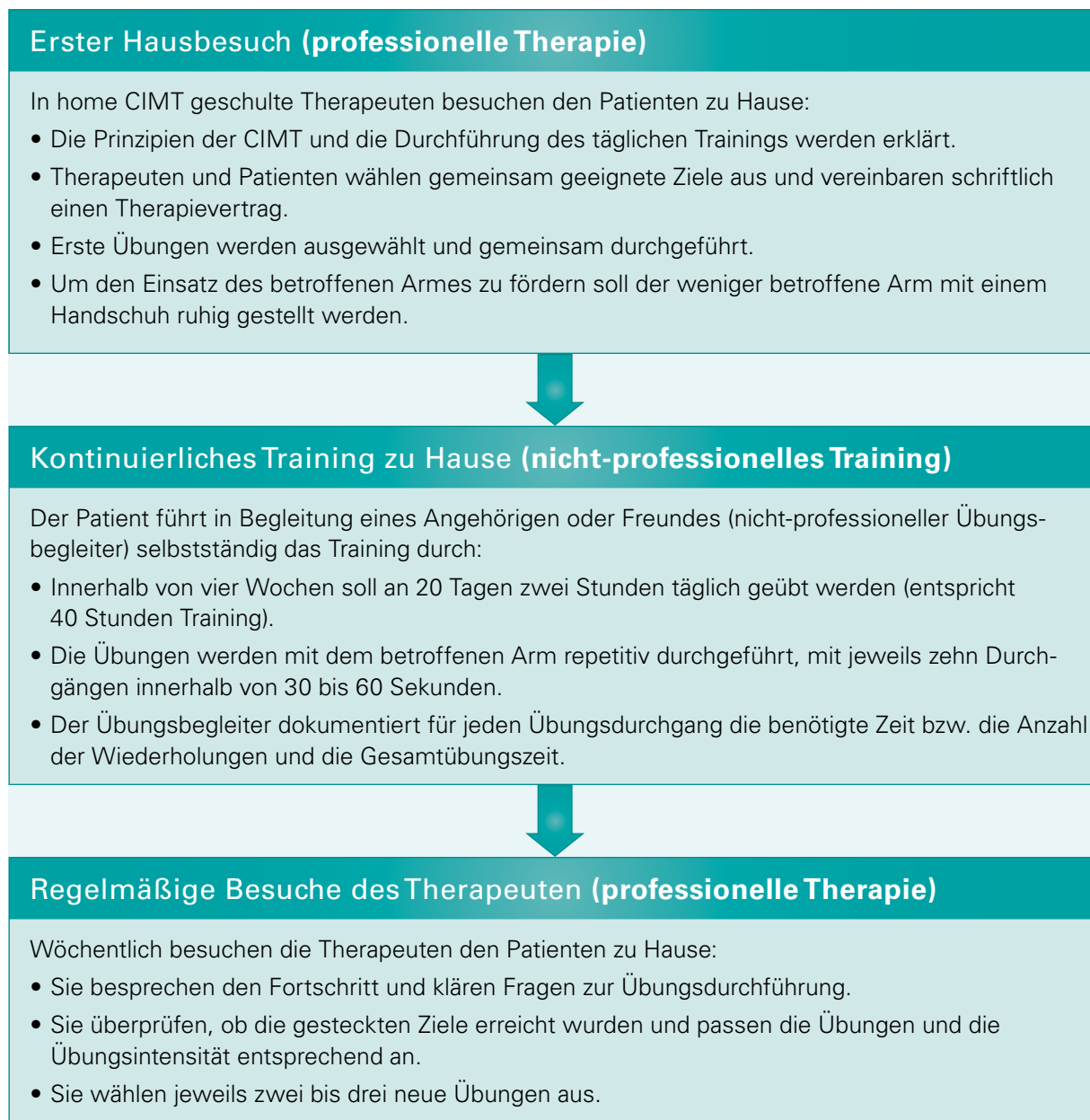
Zielgruppe

home CIMT ist für Schlaganfallpatienten konzipiert, deren gelähmter Arm zumindest teilweise funktionsfähig ist und bei denen der Schlaganfall mindestens sechs Monate zurückliegt. Es wird vorausgesetzt, dass die Patienten ihre Hand minimal bewegen können und motiviert sind, vier Wochen lang intensiv zu trainieren.

Die Therapie ist für Patienten jeden Alters geeignet. Auch Jahre nach dem Schlaganfallereignis können sich die Armfunktionen der Patienten mittels Therapie noch verbessern.

Ein Angehöriger oder ein Freund muss sich vor Therapiebeginn bereit erklären, konsequent täglich mit dem Patienten zu trainieren.

Abbildung 6 Elemente und Ablauf von *home CIMT*



Quelle: Eigene Darstellung.

Ambulant tätige Ergo- und Physiotherapeuten dürfen das Therapiekonzept anbieten, wenn sie nachweisen können, dass sie seit mindestens zwei Jahren Schlaganfallpatienten behandeln und an einer zertifizierten *home CIMT*-Fortbildung teilgenommen haben.

Versorgungskonzept

Das *home CIMT*-Training findet bei den Patienten zu Hause statt. Die Versorgungselemente umfassen die professionelle therapeutische Begleitung durch zertifizierte Therapeuten (professionelle Therapie) und das von Patienten und Übungsbegleitern täglich durchgeführte zweistündige Übungsprogramm (nicht-professionelles Training) einschließlich der erforderlichen Dokumentation. Die Elemente und der Ablauf von *home CIMT* werden nachfolgend beschrieben (siehe Abbildung 6).

Bei *home CIMT* sind der Patient und sein nicht-professioneller Übungsbegleiter selbst dafür verantwortlich, konsequent täglich und intensiv zu trainieren. Nur das häufige und regelmäßige Üben ermöglicht die entsprechenden Erfolge.

Beispielhaft zeigt Abbildung 7 einen Patienten (links), der das Therapieziel „mit Messer und Gabel essen“ hat und repetitiv das Aufpicken eines Apfelstückchens trainiert. Hierbei misst die Übungsbegleiterin (rechts), wie lange der Patient braucht, um ein Apfelstück mit der Gabel aufzunehmen und in den Mund zu führen.

Abbildung 7 Patient und Übungsbegleiterin beim täglichen Training zu Hause



Quelle: Eigene Darstellung.

Mehrwert und Patientenorientierung

CIMT wird bislang nur in ausgewählten Zentren eingesetzt. Mit der modifizierten Form *home CIMT* können zukünftig auch Patienten im chronischen Stadium nach einem Schlaganfall ambulant therapiert werden. Das eigenverantwortlich durchgeführte tägliche Training fördert die Aktivität im Alltag und wirkt positiv auf die Lebensqualität. Auch mehrere Jahre nach einem Schlaganfall können Patienten mit *home CIMT* trainieren und den Einsatz ihres durch den Schlaganfall betroffenen Armes im Alltag verbessern.

Dass Angehörige aktiv miteinbezogen werden, erleben viele Patienten und Angehörige als vorteilhaft. Für manche kann es aber auch belastend sein, da täglich zwei Stunden gemeinsam trainiert werden muss. Die Möglichkeit, dass die Patienten und ihre Übungsbegleiter die Trainingszeiten flexibel selbst bestimmen können, wird dagegen durchweg als positiv beschrieben.

Finanzierung

Die Pilotstudie wurde im Rahmen des Projektvorhabens „Versorgungsrealität und Rehabilitationsmöglichkeiten nach Schlaganfall in der vertragsärztlichen Nachsorgephase“ durchgeführt und durch die Stiftung Deutsche Schlaganfallhilfe gefördert.

Die nachfolgende cluster-randomisierte, kontrollierte Interventionsstudie wurde im Rahmen des Förderschwerpunktes zur versorgungsnahen Forschung „Chronische Krankheiten und Patientenorientierung“ durchgeführt. Dieser Schwerpunkt wurde durch die Bundesministerien für Bildung und Forschung (BMBF), für Gesundheit (BMG) sowie für Arbeit und Soziales (BMAS), die deutsche Rentenversicherung (DRV), die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen und den Verband der privaten Krankenversicherung finanziert.

Management

Eine Forschergruppe aus Ärzten, Physiotherapeutinnen und einer Ergotherapeutin am UKE hat die HOMECIMT Studie durchgeführt. Zusätzlich waren ambulant tätige Physio- und Ergotherapeuten in Norddeutschland beteiligt.

Das Projekt wurde von Dr. med. Anne Barzel (Fachärztin für Allgemeinmedizin; Physiotherapeutin, wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Allgemeinmedizin) und Gesche Ketels (Gesundheitsökonomin; Physiotherapeutin, Leitungsteam Physiotherapie) geleitet.

Evaluation

In einer Pilotstudie wurde zunächst das häusliche Therapieprogramm *home CIMT* erprobt und mit der original CIMT verglichen. Das Therapiekonzept erwies sich als durchführbar und im Vergleich mit CIMT als ebenfalls effektiv (Barzel et al., 2009). Durch *home CIMT* verbesserten die Patienten nachhaltig den

Einsatz ihres durch den Schlaganfall betroffenen Armes im Alltag. Darüber hinaus steigerte sich die Lebensqualität. Die Patienten waren motivierter und eigenverantwortlicher. Angehörige konnten gut als nicht-professionelle Übungsbegleiter mit einbezogen werden.

Eine weitere Pilotstudie untersuchte, ob Patienten nach der Therapie mit CIMT auch noch von einer weiteren Therapie mit *home CIMT* profitieren würden – was der Fall war (Rijntjes et al., 2009).

In der internationalen Wissenschaft wurde *home CIMT* als vielversprechend beurteilt, insbesondere weil vorhandene Ressourcen berücksichtigt wurden (Viana, Teasell, 2012).

Schließlich wurde eine große cluster-randomisierte, kontrollierte Interventionsstudie mit Physio- und Ergotherapiepraxen durchgeführt, um die Fragestellung zu untersuchen:

Setzen Schlaganfallpatienten nach der Therapie mit home CIMT ihren beeinträchtigten Arm im Alltag aktiver ein, verglichen mit Schlaganfallpatienten, die mit üblicher Physio- oder Ergotherapie behandelt werden?

Alle Patienten erhielten über vier Wochen eine wirksame Therapie: 85 Patienten wurden mit *home CIMT* therapiert, 71 Patienten mit den üblichen Therapieformen.

Die Studie zeigte, dass beide Gruppen nach vier Wochen den beeinträchtigten Arm besser einsetzen konnten. Der Armeinsatz im Alltag war bei den Patienten der *home CIMT*-Gruppe allerdings signifikant besser als in der Kontrollgruppe. Nach sechs Monaten nahmen aktiv noch 94 Prozent an der Studie teil (Barzel et al., 2015). Insgesamt zeigte sich *home CIMT* als wirksame Therapie, die Schlaganfallpatienten helfen kann, durch ein individuelles alltagsorientiertes Training wieder aktiv am Alltag teilzuhaben.

In zwei weiteren qualitativen Studien wurden die Patienten und ihre nicht-professionellen Übungsbegleiter befragt (Stark, 2013; Stark et al., submitted). In den leitfadengestützten Interviews wurde deutlich, dass die Patienten nicht nur ihre Hand stärker im Alltag einsetzten, sondern teilweise auch sportlichen Ehrgeiz entwickelten. Beruflich und/oder familiär verpflichtete Übungsbegleiter erlebten das tägliche Übungsprogramm manchmal als belastend. Für Patienten wie auch Übungsbegleiter war es zum Teil herausfordernd die *home CIMT*-spezifischen Therapieelemente umzusetzen.

Physiotherapeuten und Ergotherapeuten berichteten in Fokusgruppen über ihre Erfahrungen mit dem neuen Therapiekonzept. Die fünfstündige Schulung habe sie gut darauf vorbereitet, *home CIMT* durchzuführen. Dank der gemeinsamen und strukturierten Zielvereinbarung seien die Patienten motivierter und auch außerhalb des Trainings aktiver gewesen. Teilweise berichteten die Therapeuten aber auch, dass die Durchführung der Hausbesuche in ihrer täglichen Praxis-Routine belastend gewesen sei.

Weiterhin wurde in einer Stärken-Schwächen-Analyse untersucht, wie *home CIMT* in die ambulante Regelversorgung integriert werden könnte. Die Ergebnisse wurden mit Leistungserbringern aus der Allgemeinmedizin, Neurologie, Physiotherapie und Ergotherapie diskutiert – unter anderem, weil die Kosten nicht immer adäquat erstattet werden. Des Weiteren wurden die nächsten Schritte zur Umsetzung priorisiert.

Nächste Schritte

Für Therapeutinnen und Therapeuten soll zukünftig eine zertifizierte Fortbildung für *home CIMT* an der UKE-Akademie *Bildung und Karriere* angeboten werden. Aktuell werden die Erkenntnisse aus den Fokusgruppendifkussionen mit Therapeuten und aus den Interviews mit Patienten und nicht-professionellen Übungsbegleitern eingearbeitet.

Ansprechpartner

Dr. med. Anne Barzel

Projektleitung,
Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Fachärztin für
Allgemeinmedizin
Institut für Allgemeinmedizin,
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Martinistraße 52
20246 Hamburg
Telefon: 040 – 741 059 769
E-Mail: a.barzel@uke.de
[www.uke.de/kliniken-institute/institute/
allgemeinmedizin/index.html](http://www.uke.de/kliniken-institute/institute/allgemeinmedizin/index.html)

Gesche Ketels, B.A.

Leitung Physiotherapie
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Martinistraße 52
20246 Hamburg
Telefon: 040 – 741 057 036
E-Mail: ketels@uke.de
[http://www.uke.de/organisationsstruktur/
zentrale-bereiche/physiotherapie/in](http://www.uke.de/organisationsstruktur/zentrale-bereiche/physiotherapie/in)

Britta Tetzlaff, BSc OT, MSc OT

Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Institut für Allgemeinmedizin,
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Martinistraße 52
20246 Hamburg
Telefon: 040 – 741 057 158
E-Mail: b.tetzlaff@uke.de
[http://www.uke.de/kliniken-institute/
institute/allgemeinmedizin/index.html](http://www.uke.de/kliniken-institute/institute/allgemeinmedizin/index.html)

Anne Stark, BSc PT, MSc Health Sciences

Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Institut für Allgemeinmedizin,
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Martinistraße 52
20246 Hamburg
Telefon: 040 – 741 057 379
E-Mail: a.stark@uke.de
[http://www.uke.de/kliniken-institute/
institute/allgemeinmedizin/index.html](http://www.uke.de/kliniken-institute/institute/allgemeinmedizin/index.html)

Literatur

- Barzel, A., Liepert, J., Haevernick, K., Eisele, M., Ketels, G., Rijntjes, M., et al., (2009). Comparison of two types of Constraint-Induced Movement Therapy in chronic stroke patients: A pilot study. *Restor Neurol Neurosci*, 27(6): 673–80.
- Barzel A., Ketels G., Stark A., Tetzlaff B., Daubmann A., Wegscheider K., et al., (2015). Home-based constraint-induced movement therapy for patients with upper limb dysfunction after stroke (HOMECIMT): a cluster-randomised, controlled trial. *Lancet Neurol*, 14: 863-902.
- De Wit L., Putman K., Lincoln N., Baert I., Berman P., Beyens H., et al., (2006). Stroke rehabilitation in Europe: what do physiotherapists and occupational therapists actually do? *Stroke*, 37: 1483-1489.

- DGN – Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurologie. Diener, H.D., Weimar, C. (2012). Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. Rehabilitation von sensomotorischen Störungen.
- Hart, T., Ferraro, M., Myers, R., Ellis, C.A. (2014). Opening the Black Box: Lessons Learned From an Interdisciplinary Inquiry Into the Learning-Based Contents of Brain In-jury Rehabilitation. *Arch Phys Med Rehabil*, 95: 66-73.
- Kolominsky-Raba, P.L., Heuschmann, P.U. (2002). Inzidenz, Ätiologie und Langzeitprognose des Schlaganfalls. *Fortschr Neurol Psychiat*, 70: 657-662.
- Murray, C.J., et al., (2012). Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet* 380(9859): 2197-2223.
- Rijntjes, M., Haevernick, K., Barzel, A., et al., (2009). Repeat Therapy for Chronic Motor Stroke: A Pilot Study for Feasibility and Efficacy. *Neurorehabilitation and Neural Repair*, 23(3): 275-280.
- Saka, O., McGuire, A., Wolfe, C. (2009) Cost of stroke in the United Kingdom. *Age Ageing*, 38: 27-32.
- Schneider, K., Heise, M. Heuschmann, P., et al., (2009). Situation of life and care in patients with a stroke. *Nervenheilkunde*, 28: 114-118.
- Stark, A. (2013). Experiences with a new therapeutic concept applied at the patient's home. Master thesis, University of Applied Sciences Hamburg, 2013.
- Stark, A., Färber, C., Tetzlaff, B., Scherer, M., Barzel, A. (2016). Stroke patients' and non-professional coaches' experiences with a modified form of constraint induced movement therapy applied at the patients' home: A qualitative sub-study of the randomized controlled trial HOMECIMT. Submitted.
- Tetzlaff, B. (2010). Theorie-Praxis-Transfer bei der Implementierung der Constraint-Induced Movement Therapy (CIMT) in die ambulante Nachsorge von Schlaganfallpatienten. Master Thesis 2010, HAWK Fachhochschule Hildesheim/Holzminde/Göttingen.
- Viana, R., Teasell, R. (2012). Barriers to the implementation of constraint-induced movement therapy into practice. *Top Stroke Rehabilitation*, 19: 104-114.



© MSD, Fotografin: Angelika Bardehle, Aying

Prof. Dr. Jochen Gensichen, Thomas S. Hiller, Juror Prof. Dr. Dr. h.c. Peter C. Scriba (v.l.)

2. Preis

Jena-PARADIES

Patient Activation foR Anxiety DisordErS

Autoren: Jochen Gensichen, Thomas S. Hiller

Management Summary

Das Projekt *Jena-PARADIES* hat zum Ziel, dass Angststörungen in der Hausarztpraxis besser diagnostiziert und therapiert werden.

Rund sieben Prozent der Patienten deutscher Hausarztpraxen leiden an einer Angststörung, die in den meisten Fällen auch nur durch den Hausarzt behandelt wird. Allerdings ist es im Praxisalltag der meisten Hausarztpraxen nicht möglich, Angstpatienten engmaschig und wirksam zu therapieren.

Das Projekt *Jena-PARADIES* hat deshalb psychologische Therapieverfahren an den Hausarztalltag angepasst. Mit diesem praxisbasierten Case Management werden Angstpatienten kontinuierlich versorgt und kognitiv verhaltenstherapeutisch behandelt.

Das Programm wurde mit 419 Patienten mit Panikstörung und/oder Agoraphobie aus 73 Hausarztpraxen wissenschaftlich evaluiert. Die Studie konnte zeigen, dass Patienten, die am Programm teilnahmen, besser mit der Angst zurechtkommen als durch die Standardversorgung.

Initiiert wurde das Projekt durch Prof. Dr. Jochen Gensichen, Institut für Allgemeinmedizin LMU München und Prof. Dr. Jürgen Margraf, AE Klinische Psychologie & Psychotherapie, Ruhr-Universität Bochum. Das Projekt wurde durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert.

Versorgungsherausforderung

Angsterkrankungen sind eine der häufigsten psychischen Störungen. In Deutschland leiden rund 14,5 Prozent der Bevölkerung an einer Angststörung, die zumeist chronisch verläuft (Hiller, 2013). Viele Patienten können aufgrund der Erkrankung nicht arbeiten. Sie scheiden oft bereits sehr früh ganz aus dem Arbeitsleben aus. Sie sind auch privat stark eingeschränkt; ihre Lebensqualität ist langfristig beeinträchtigt.

Da die Patienten sehr stark unter körperlichen Symptomen leiden, wird häufig irrtümlicherweise eine schwere körperliche Erkrankung angenommen. Deshalb wird die Angststörung häufig erst Jahre später diagnostiziert (Wittchen, 2004).

Hausärztliche Praxen sind in der Regel bei Angsterkrankungen die ersten Ansprechpartner für Patienten. Es ist umfassend belegt, wie Angstpatienten psychotherapeutisch und medikamentös behandelt werden können. Insbesondere psychotherapeutische Methoden der kognitiven Verhaltenstherapie führen zu sehr guten Heilungsaussichten und werden daher von nationalen sowie internationalen Versorgungsleitlinien empfohlen. Allerdings sind psychotherapeutische Behandlungen zeitlich oder regional oft nicht verfügbar. Auch die Wartezeiten auf einen Termin sind beim Facharzt teilweise extrem lang: Durchschnittlich warten die betroffenen Patienten 12,5 Wochen auf ein Erstgespräch, circa 32 Prozent warten sogar länger. Können die Patienten während der Wartezeiten nicht behandelt werden, kann sich die Erkrankung verschlimmern oder gar chronifizieren (Gensichen et al., 2009).

Die Patienten müssen also oft langfristig ausschließlich durch den Hausarzt betreut werden. Für die Hausärzte existieren in Deutschland allerdings bislang keine evidenzbasierten Interventionsprogramme, die klinisch wirksam und kosteneffektiv durchgeführt werden könnten.

Das Projekt *Jena-PARADIES* entwickelte und evaluierte daher ein solches evidenzbasiertes Programm für die Hausarztpraxis zur Behandlung von Patienten mit Panikstörung und Platzangst.

Entstehungsgeschichte

Das Forschungsprojekt *Jena-PARADIES* wurde inspiriert von der PRoMPT-Studie (Primary Care Monitoring for depressive Patients Trial), die untersuchte, wie Depressionen hausarztbasiert behandelt werden können. Die Studie zeigte, dass depressive Patienten durch ein hausarztzentriertes, niedrighel-

liges Case Management besser wohnortnah und ambulant behandelt werden können (Gensichen et al., 2009). Case-Management-Curricula entstanden in Zusammenarbeit mit der Bundesärztekammer, der Landesärztekammer Hessen und dem Deutschen Hausärzteverband. Inzwischen werden die Curricula genutzt, um Medizinische Fachangestellte (MFA) gezielt weiterzubilden.

Prof. Dr. Gensichen von der LMU und Prof. Dr. Jürgen Margraf von der Ruhr-Universität Bochum entwickelten auf Basis dieser Ergebnisse ab 2009 das Konzept für *Jena-PARADIES*. Seit 2011 fördert das Bundesministerium für Bildung und Forschung das Vorhaben. Eine Evaluationsstudie wurde zunächst für eine Laufzeit von drei Jahren bewilligt (Februar 2012 bis Februar 2015) und bis Juni 2016 durch Eigenmittel des Instituts verlängert.

Kernelemente

Zielgruppe

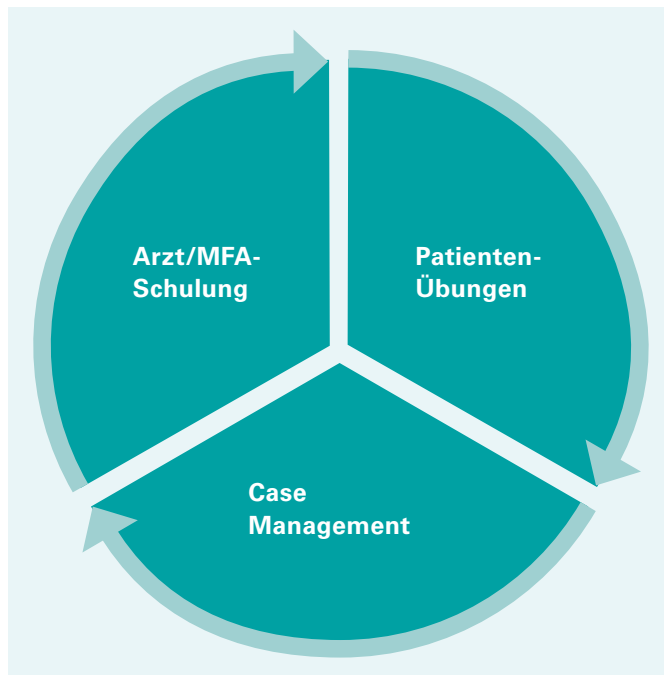
Teilnehmer bei *Jena-PARADIES* waren volljährige Patienten mit einer Panikstörung, mit oder ohne Platzangst (ICD-10: F40.01 oder F41.0), die hausärztlich versorgt werden. Ausgeschlossen waren Patienten, die alkohol- oder drogenabhängig sind, die eine Psychose haben oder die akut suizidal, schwanger oder schwer körperlich erkrankt sind – sowie Patienten mit einer Lebenserwartung von unter einem Jahr und Patienten, denen die Intervention grundsätzlich nicht empfohlen wurde. Ferner sollten keine Patienten in die Studie aufgenommen werden, die aktuell bereits psychotherapeutisch und angstspezifisch behandelt wurden.

Die an der Studie teilnehmenden Hausärzte waren Fachärzte für Allgemeinmedizin, praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, Diplom-Mediziner oder Ärzte ohne Gebietsbezeichnung. Sie bildeten zusammen mit jeweils einem nicht-ärztlichen Praxishelfer die verantwortlichen Praxisteams. Die Praxishelfer waren als Medizinische Fachangestellte oder Krankenpfleger ausgebildet oder verfügten über eine gleichwertige Ausbildung.

Versorgungskonzept

Da Interventionen und Instrumente aus der fachärztlichen Behandlung nicht ohne weiteres auf die Allgemeinarztpraxis übertragbar sind, wurden in diesem Projekt spezifische Instrumente und Interventionen für die hausärztliche Versorgung entwickelt.

Jena-PARADIES ist ein niedrighschwelliges Behandlungs- und Übungsprogramm, mit dessen Hilfe Angstpatienten wohnortnah und ambulant psychotherapeutisch behandelt werden können. Es ist zudem praktikabel, effizient und patientenaktivierend gestaltet. Das Versorgungskonzept basiert auf Behandlungselementen der kognitiven Verhaltenstherapie, die strukturiert und teambasiert in der Hausarztpraxis umgesetzt werden können. Es umfasst drei wesentliche Komponenten (siehe Abbildung 8).

Abbildung 8 Die drei wesentlichen Komponenten des *Jena-PARADIES*-Projekts

Quelle: Eigene Darstellung.

Für das Programm schulten Mitarbeiter des Instituts für Allgemeinmedizin die teilnehmenden Ärzte und Praxishelfer zweieinhalb Stunden in der Anwendung verhaltenstherapeutischer Interventionen. Die Praxisteams wurden über die Symptome bei Panikstörungen und Platzangst informiert sowie über dessen Diagnose und Behandlung. Um die Patienten anzusprechen, nutzten die Praxisteams vorbereitete Patientenmaterialien. Diese legten sie auch in den Praxen aus.



Da die Studie, die im Folgenden vorgestellt wird, aus einer Interventions- und Kontrollgruppe bestand, erhielten die Praxisteams der Interventionsgruppe ein zusätzliches, dreistündiges Training, in dem sie lernten, das Expositionstraining nach Art des Case Managements anzuwenden.

Hausärzte lernten die Methoden der behandlungsbezogenen Maßnahmen kennen und erfuhren, wie sie Patienten anleiten, motivieren und supervidieren können.

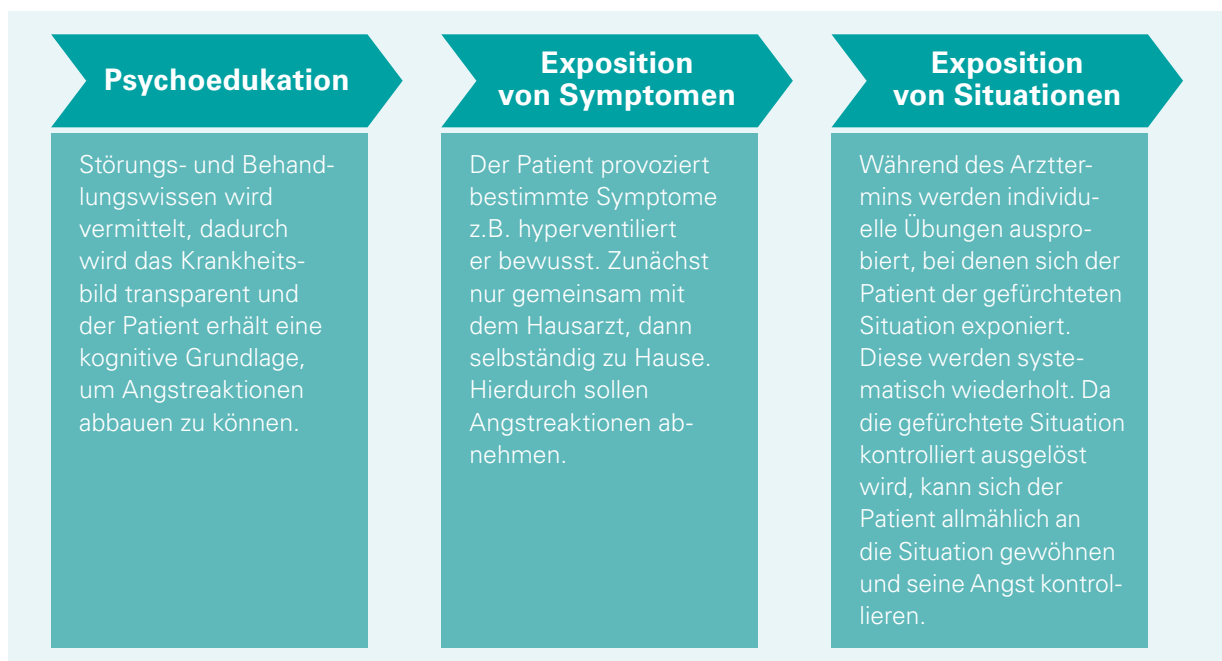
Für die MFA lagen die Schwerpunkte des Trainings auf dem protokollbasierten Telefon-Monitoring, inklusive der Dokumentation des Symptom- und Behandlungsverlaufes und der Berichterstattung an den Hausarzt. Darüber hinaus wurde der behandlungsunterstützend-motivierende Umgang mit Angstpatienten erläutert.



In drei jeweils zwanzigminütigen Sitzungen führten die Praxisteams das Expositionstraining dann gemeinsam mit den Patienten in der Hausarztpraxis durch. Die mit dem Arzt vereinbarten und erprobten Übungen wiederholten die Patienten selbstständig zu Hause.

Der Behandlungsplan umfasste zum einen vier Arzttermine, bei denen drei Behandlungselemente sukzessive umgesetzt wurden (siehe Abbildung 9). Diese Elemente orientierten sich an der kognitiven Verhaltenstherapie (KVT).

Abbildung 9 KVT-orientierte Behandlungselemente von *Jena-PARADIES*



Quelle: Eigene Darstellung.

Der Patient übte selbstständig, nach klar beschriebenen Regeln zwei Mal pro Woche und protokollierte den Verlauf der Übung. Den Erfolg dieser Expositionsübungen untersuchte im Rahmen der Studie ein Prüfarzt.

Zudem kontaktierten die Praxishelfer den Patienten in regelmäßigen Abständen, insgesamt zehn Mal, telefonisch und protokollierten die Entwicklung von Symptomen und Behandlung. Der Hausarzt erhielt die Ergebnisse zeitnah und konnte so umgehend therapeutisch reagieren.

In der Kontrollgruppe wiederum wurden die Patienten routinemäßig behandelt (freie Behandlungsentscheidungen des Arztes). Insgesamt dauerten die Interventionen fünf Monate an.



Die dritte wesentliche Komponente von *Jena-PARADIES* ist das Case Management, das den Rahmen für das praxisteam-unterstützte Expositionstraining bildete. Case Management ist ein wichtiges Element des sogenannten Chronic Care Modells, nach dem „aktivierte“ Patienten und „vorausschauende/proaktive“ Praxisteams die gesundheitliche Situation der Patienten verbessern können.

Unter Case Management versteht man, dass Patienten situationsgeleitet und kontinuierlich betreut werden, um zu vermeiden, dass sich die Krankheit wieder verschlechtert. Dabei sind folgende Komponenten besonders wichtig:

- Identifikation: bedürftige Patienten werden aktiv erfasst und ausgewählt.
- Assessment: es wird regelmäßig erfasst, was der Patient braucht.
- Planung: gemeinsam mit dem Patienten werden Therapieziele festgelegt.
- Koordination: der Patient wird interdisziplinär behandelt.
- Monitoring: es wird kontinuierlich beobachtet, wie erfolgreich der Patient behandelt wird.

Für die Ansprache der Patienten nutzten die Praxisteams vorbereitete Patientenmaterialien zur Auslage in der Praxis. Zudem wurden validierte Patientenfragebögen eingesetzt, zum Beispiel die ins Deutsche übersetzte *Overall Anxiety Severity and Impairment Scale*. Bereitgestellt wurden auch Materialien, um Angststörungen besser identifizieren zu können.

Mehrwert und Patientenorientierung

Um die Komponenten praktikabel in der Hausarztpraxis umsetzen zu können, sollte das Konzept zum einen besonders effizient sein, zum anderen sollten die Patienten aktiv in die Therapie einbezogen werden. Sind die Patienten nämlich aktiv und agieren eigenverantwortlich, kann das Praxisteam auch selbst effizienter und gezielter arbeiten.

Patienten, die ein Expositionstraining erhalten, profitieren von der Teilnahme an *Jena-PARADIES*. Sie sind im Vergleich zur Routineversorgung nachhaltig mental gesünder und haben eine höhere Lebensqualität. Zudem ermöglicht das Case Management, dass Patienten gezielter, individueller und schneller behandelt werden, wenn die Symptome wieder zunehmen. Dies führt zu besseren Behandlungsergebnissen und die Patientensicherheit wird erhöht. Zudem kann der Hausarzt als langjähriger Vertrauter die Patienten heimatnah effektiv therapieren.

Finanzierung

Das Bundesministerium für Bildung und Forschung förderte das Projekt im Rahmen des Förderschwerpunkts „Studien und Empirische Analysen in der Versorgungsforschung Module 4: Interventional Trials in Health Care Research“. Das Fördervolumen betrug 632.149 Euro und wurde laufend durch Eigenmittel des Instituts für Allgemeinmedizin aufgestockt. Zukünftig wird diskutiert, wie die Stiftung Allgemeinmedizin das Projekt fördern könnte.

Management

Das Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Jena, Friedrich Schiller Universität führte die Studie zum *Jena-PARADIES* Projekt durch (Institutsdirektor und Studienleiter war Prof. Dr. Jochen Gensichen). Thomas Hiller koordinierte das Projekt (wissenschaftlicher Mitarbeiter). Das Projektteam am Institut für Allgemeinmedizin bestand ferner aus Jörg Breitbart (ärztlich-wissenschaftlicher Mitarbeiter), Mercedes Schelle (Study Nurse) sowie Nico Schneider (zur Unterstützung des Datenmanagements). Unterstützt wurde das Projekt durch Mitarbeiter in Bochum und Hamburg.

Evaluation

Bislang wurde das Konzept *Jena-PARADIES* mit 419 Patienten mit einer Panikstörung und/oder Agoraphobie aus 73 Hausarztpraxen in Mitteldeutschland wissenschaftlich über fünf Monate evaluiert.

Die 73 Hausarztpraxen wurden zufällig in Interventions- und Kontrollteams eingeteilt. In die Expositionstrainingsgruppe wurden 230 Patienten aus 36 Praxen eingeschlossen und in die Standardversorgungsgruppe 189 Patienten aus 37 Praxen. Bei der Standardversorgungsgruppe diagnostizierte der Hausarzt anhand der praxis-kompatiblen diagnostischen Materialien die Angststörung und behandelte die Patienten dann allerdings wie gewohnt.

Die Hauptstudie zeigte, dass in beiden Gruppen Angstsymptome (Hauptergebnisparameter), Vermeidung und Depressivität zurückgingen. Außerdem beurteilten die Patienten ihren eigenen Gesundheitszustand besser als zuvor. In beiden Behandlungsgruppen konsumierten die Patienten weniger Psychopharmaka.

In der Expositionstrainingsgruppe verbesserten sich alle Zielgrößen signifikant stärker als in der Standardversorgungsgruppe. Auch nachdem die Behandlungsphase abgeschlossen war, bestand der Unterschied. Die Teilnehmer der Expositionstrainingsgruppe gaben darüber hinaus noch an, dass sie sich besser versorgt fühlten.

Die Auswertung von Verlaufsvariablen zeigte: Auch die Praxisteams profitierten von *Jena-PARADIES*. In beiden Behandlungsgruppen kontaktierten die Patienten seltener ihren Hausarzt. Patienten, die strukturiert versorgt werden, sind also auch besser steuerbar; selbst bei anspruchsvollen Patienten kann so Zeit eingespart werden.

In einer flankierenden qualitativen Studie gaben die Patienten der Expositionstrainingsgruppe an, dass sie durch den Hausarzt strukturiert angeleitet und durch die Praxishelfer ungewohnt intensiv betreut wurden. Sie fühlten sich dadurch sicher genug, eigenständig zu Hause zu üben. Inhaltlich empfanden sowohl die Patienten als auch die Ärzte die Psychoedukation als hoch wirksam und hilfreich für die Bewältigung der Panikstörung.

Als sehr unterstützend beschrieben sowohl Patienten als auch Ärzte das ausgehändigte Übungsbuch. Es wurde von den Patienten sowohl alleine zu Hause genutzt als auch bei den Praxisterminen gemeinsam mit dem Arzt.

Die teilnehmenden Ärzte schätzten das strukturierte Versorgungsprogramm *Jena-PARADIES* sehr, vor allem, weil sie damit eine aus ihrer Sicht unterversorgte Patientengruppe gezielt – und zumeist erfolgreich – therapieren konnten.

Gründe für die derzeitige Unterversorgung von Angstpatienten sind für Hausärzte vor allem die langen Wartezeiten auf einen Facharzttermin sowie die Stigmatisierung der Psychotherapie. Deshalb sei es für viele Patienten wichtig, in der Hausarztpraxis gut behandelt zu werden.

Die Praxishelfer beurteilten positiv, dass sie die Behandlung und die telefonische Betreuung weitreichend und selbstverantwortlich planen können. Das Praxishelfer generell bereit sind stärker eigenverantwortlich zu handeln, wurde von den Ärzten sehr positiv wahrgenommen. Die Ärzte selbst werden so nur geringfügig mehr belastet; die Kosten bleiben stabil. Dazu muss das Programm jedoch noch umfassender gesundheitsökonomisch ausgewertet werden (Brettschneider et al., 2015; Schöne et al., 2015).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass das Behandlungsprogramm erfolgreich von hausärztlichen Praxen umgesetzt werden kann. Zudem profitieren Patienten mit Panikstörung und Agoraphobie deutlich und können im gewohnten Umfeld frühzeitig diagnostiziert und leitliniengerecht therapiert werden.

Nächste Schritte

Das Projekt soll abschließend gesundheitsökonomisch analysiert werden.

Zukünftig soll das Projekt weiter in andere Regionen ausgerollt werden. Dazu soll untersucht werden, wie das Projekt nachhaltig und praktikabel eingesetzt werden kann, ohne die studienbedingten Zusatzaufgaben für die Praxisteams.

Zunächst wird das studienbedingt stark standardisierte Behandlungsprogramm zusammen mit den Studienärzten so optimiert, dass es auch gut in den Praxisalltag zu integrieren ist. Behandlungsrelevante Materialien werden nach professionellen kommunikationswissenschaftlichen Standards überarbeitet (unter anderem didaktisches Layout, interaktive Lehr- und Lernelemente). Zusätzliches Patientenaufklärungsmaterial für die Hausarztpraxen wird erstellt.

Um das Behandlungsprogramm besser verfügbar zu machen, wird derzeit geprüft, wie es in Computerrassistenzsystemen eingebettet werden könnte.

Des Weiteren werden gezielte Schulungsangebote entwickelt, die das Praxisteam befähigen sollen, Patienten eigenständig zu behandeln. Diese Schulungskonzepte sollen an bestehende Strukturen angebunden werden, wie die Weiterbildungsangebote der Landesärztekammern und lokale Qualitätszirkel. Deshalb soll zukünftig mit Bildungsträgern der Praxishelfer-Ausbildung kooperiert werden.

Ansprechpartner

Prof. Dr. Jochen Gensichen

Institut für Allgemeinmedizin

Klinikum der Ludwigs-Maximilians-Universität München

Pettenkoferstraße 8a

80336 München

Telefon: 089 – 440 053 779

E-Mail: jochen.gensichen@med.uni-muenchen.de

www.allgemeinmedizin.med.uni-muenchen.de

Literatur

- Brettschneider, C. et al., (2015). Evaluation eines Praxisteam-unterstützten, selbst gesteuerten Expositionstrainings für Patienten mit Panikstörung und Agoraphobie in der Primärversorgung – Einfluss auf die Lebensqualität. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. 49. Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Bozen, 17.-19.09.2015. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2015.
- Gensichen, J., Hiller, T.S., Breitbart, J., Teismann, T., Brettschneider, C., Schumacher, U., Piwtorak, A., König, H.H., Hoyer, H., Schneider, N., Schelle, M., Blank, W., Thiel, P., Wensing, M., Margraf, J. (2014). Evaluation of a practice team-supported exposure training for patients with panic disorder with or without agoraphobia in primary care – study protocol of a cluster randomised controlled superiority trial. *Trials*;15:112.
- Gensichen, J., von Korff, M., Peitz, M., Muth, C., Beyer, M., Güthlin, C., Torge, M., Petersen, J.J., Rosemann, T., König, J., Gerlach, F.M. (2009). Case management for depression by health care assistants in small primary care practices – a cluster randomized trial. *Ann Intern Med.* 2009;151(6):369-80.
- Hiller, T.S., Breitbart, J., Brenk-Franz, K., Storch, M., Schneider, N., Schelle, M., Thiel, P., Gensichen, J. (2013). "Overall Anxiety and Impairment Scale" (OASIS) – ein Kurzfragebogen zur Bestimmung der Angstsymptomstärke in der Hausarztpraxis (Poster). 47. Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin; 12.-14.09.2013; München.
- Schöne, E. et al., (2015). Patientensicht auf ein Praxisteam-unterstütztes Expositionstraining für Patienten mit Panikstörung und Agoraphobie in der Hausarztpraxis – eine qualitative Studie. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. 49. Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Bozen, 17.-19.09.2015. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2015.

©MSD, Fotografi: Angelika Bardenie, Aying

MZEB

Autoren: Marion Förster, Birgit Pohler, Georg Poppele und Ulrich Scheibel

Das *Sengelmann Institut für Medizin und Inklusion* (SIMI) ist ein Medizinisches Zentrum für erwachsene Menschen mit Behinderung (MZEB). Hier werden Patienten versorgt, die aufgrund der Art, Schwere oder Komplexität ihrer Behinderung speziell behandelt werden müssen. Ziel ist es, Krankheiten rechtzeitig zu erkennen, angemessen zu behandeln und damit ein selbstbestimmtes Leben der Patienten zu fördern.

Niedergelassene Ärzte können ihre Patienten ins MZEB überweisen, wenn sie aufgrund der Behinderung des Patienten an fachliche Grenzen stoßen. Im MZEB arbeitet ein interdisziplinäres und multiprofessionelles Team zusammen: Fachärzte für Innere Medizin, Neurologie, Psychiatrie und (Neuro-)Orthopädie, Pflegekräfte, Psychologen, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Logopäden, ergänzt durch Fachkräfte aus der Eingliederungshilfe. Sie konsultieren den Patienten gemeinsam, in multiprofessionellen Fallbesprechungen stellen sie gemeinsam die Diagnosen und erarbeiten die Therapieempfehlungen, die von den niedergelassenen Ärzten und Therapeuten umgesetzt werden.

Die Evangelische Stiftung Alsterdorf in Hamburg arbeitete bei der Konzeption des MZEB eng mit Betroffenenverbänden sowie Institutionen des Gesundheitssystems zusammen.

Seit September 2016 wird ein Kompetenznetz aufgebaut, um die wohnortnahe medizinische Versorgung der Menschen mit Behinderung langfristig zu sichern. Dazu sollen unter anderem niedergelassene Ärzte weitergebildet und weitere Fachdisziplinen eingebunden werden.

Versorgungsherausforderung

Menschen, die eine geistige oder komplexe Behinderung haben, sind besonderen Gesundheitsproblemen und Erkrankungsrisiken ausgesetzt (Dieckmann, Metzler, 2013; Schuppener, 2004). Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung treten zahlreiche Beeinträchtigungen und Erkrankungen bei ihnen häufiger und oftmals früher auf. Dazu zählen etwa die großen Volkskrankheiten wie Diabetes mellitus Typ 2, Herz-Kreislauf- oder Augenerkrankungen.

Gleichzeitig sind diese Menschen in Deutschland aber meist nicht ausreichend versorgt. Das hat zum einen strukturelle Gründe: Viele Arztpraxen sind nur über Treppen zugänglich, die Behandlungsräume sind zu eng für Rollstuhlfahrer, die Toiletten sind nicht befahrbar.

Neben den räumlichen Barrieren gibt es weitere Barrieren, die eine gute Versorgung erschweren:

- Die Patienten können häufig nicht sprechen und/oder sie sind stark verhaltensauffällig.
- Sie brauchen eine spezielle angst- und barrierefreie Umgebung.
- Untersuchungen dauern in der Regel länger, beispielsweise weil Körperbewegungen eingeschränkt sind, Hektik vermieden wird oder zeitaufwändiger erklärt werden muss.
- Die Patienten können aufgrund von komplexen Behinderungen nicht in der üblichen Form untersucht werden. Manchmal sind besondere Untersuchungsverfahren oder Spezialgeräte notwendig.
- Mediziner, Pflegekräfte und Therapeuten brauchen medizinisches Spezialwissen in Diagnostik und Therapie. So muss beispielsweise das soziale Umfeld in Anamnese und Diagnostik integriert werden – und bei sich überlagernden Symptomen und Verhaltensweisen muss „detektivisch“ vorgegangen werden (Mau et al., 2015).

Vielen Fachärzten fehlen die notwendigen speziellen Kenntnisse, um Personen mit geistigen und komplexen Behinderungen angemessen zu versorgen. Krankheiten werden daher häufig nicht rechtzeitig

erkannt und behandelt. Während Kinder und Jugendliche mit Behinderungen in den Sozialpädiatrischen Zentren gut betreut sind, fehlt ein vergleichbares Angebot für Erwachsene völlig. Patienten leiden unnötig lang unter Schmerzen; die Teilhabe am Alltag ist stark eingeschränkt.

Entstehungsgeschichte

Im Auftrag der Evangelischen Stiftung Alsterdorf untersuchten das Deutsche Krankenhaus Institut (DKI) und die Hochschule für Angewandte Wissenschaften im Jahr 2011 die medizinische Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung in zwei Hamburger Bezirken. Die Untersuchung zeigte, dass diese Patientengruppe gravierend schlechter medizinisch versorgt wird als Menschen ohne Behinderung. Es wurde deutlich, dass zu wenig niedergelassene Ärzte auf die besonderen Bedürfnisse dieser Zielgruppe vorbereitet sind.

2013 lud die Evangelische Stiftung Alsterdorf gemeinsam mit der *Bundesarbeitsgemeinschaft Ärzte für Menschen mit Behinderung* zu einer bundesweiten Fachtagung ein. Auf dieser Tagung wurde diskutiert, ob und in welchen Bereichen Menschen mit Behinderung defizitär versorgt werden – und wie man die Versorgung verbessern könnte.

Auf Initiative der Evangelischen Stiftung Alsterdorf arbeiteten zahlreiche Institutionen und Vertreter unterschiedlicher Interessensgruppen zusammen, um ein neues Konzept zu entwickeln. Es entstand das MZEB, das Medizinische Zentrum für erwachsene Menschen mit Behinderung. Mitgewirkt haben unter anderem: Träger der Eingliederungshilfe, Wohnbeiräte von Menschen mit Behinderung, Ärztekammer, Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigung und die Behörde für Gesundheit.

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) prüfte das Konzept und beurteilte es positiv. Hamburgs Gesundheitssenatorin Cornelia Prüfer-Storcks setzte sich intensiv dafür ein, dass bundesweit weitere Angebote nach Vorbild des MZEB entstehen – unter anderem wurde diese Forderung in den Koalitionsvertrag der Bundesregierung aufgenommen und umgesetzt. Am 23.7.2015 trat der neugeschaffene §119c SGB V in Kraft, der die Einrichtung Medizinischer Behandlungszentren für erwachsene Menschen mit geistiger oder schwerer Mehrfachbehinderung ermöglicht, um die ausreichende Versorgung sicherzustellen.

Kernelemente

Zielgruppe

Zielgruppe sind erwachsene Menschen, die eine geistige oder komplexe Behinderung haben. Sie können sich in der Regel nicht selbst äußern. Folgende Kriterien müssen erfüllt sein, um einen Patienten in das MZEB überweisen zu können:

- Patienten müssen einen Schwerbehindertenausweis mit einem Grad der Behinderung von mindestens 70 und mindestens eines der folgenden Merkmale haben: erheblich gehbehindert (G), außergewöhnlich gehbehindert (aG), hilflos (H), gehörlos (Gl), blind (Bl).

- Zusätzlich muss eine Intelligenzminderung diagnostiziert sein, ggf. auch mit einer Verhaltensstörung (F-Diagnosen 70.1, F 71, F 72, F 73, F 78), Zerebralparese (G 80), eine autistische Störung (F 84), eine angeborene Störung aus dem Bereich der Q-Diagnosen (Q00-99) oder eine Persönlichkeits- oder Verhaltensstörung bei spät erworbener Behinderung (F07).

In Hamburg erfüllen schätzungsweise rund 6.000 Patienten diese Kriterien.

Versorgungskonzept

Menschen mit Behinderung werden in das MZEB überwiesen, wenn niedergelassene Ärzte aufgrund der Art, Schwere oder Komplexität der Behinderung fachlich an Grenzen stoßen und zusätzliche Expertise nötig ist. Dies kann beispielsweise vorkommen,

- wenn der Patient akut komplex erkrankt ist,
- Schmerzen nicht abgeklärt werden können oder
- der Patient ungeklärte Probleme beim Schlucken oder Atmen hat.

Ebenfalls muss häufig abgeklärt werden, ob eine somatische und/oder psychiatrische und/oder psychosoziale Störung vorliegt.

Im MZEB arbeitet ein interdisziplinäres und multiprofessionelles Team zusammen: Fachärzte für Innere Medizin, Neurologie, Psychiatrie und (Neuro-)Orthopädie, Psychologen, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Logopäden. Das Team wird ergänzt von spezialisiertem Pflegepersonal und Fachkräften aus der Eingliederungshilfe.

Tabelle 2 Besonderheiten der Versorgung im MZEB

Patient & soziales Umfeld
• Der Patientenwunsch wird erfasst, der Patient kann sein Wissen bei der Diagnose und Therapie mit einbringen. • Das soziale Umfeld wird bei der Anamnese und Diagnostik mit einbezogen.
Strategie & Kompetenzen
• Es wird eine aufdeckende Strategie beim Diagnostizieren verfolgt. • Die Behandler verfügen über fachliches Detailwissen bei z.T. seltenen Erkrankungen. • Es wird berücksichtigt, dass die Patienten oft nur eingeschränkt fähig sind, therapeutische Empfehlungen umzusetzen und sich aktiv am Genesungsprozess zu beteiligen. • Die Komplexität von Problemlagen wird strategisch integriert, sodass die Zusammenarbeit unterschiedlicher Akteure gefördert wird.

Quelle: Eigene Darstellung.

Jeder Patient wird von mindestens zwei Disziplinen untersucht, um die Ursachen der Behinderung zu klären, das Risiko für Begleit- und Folgeerkrankungen abzuschätzen und untypische Symptomlagen zu diagnostizieren. Sowohl die Diagnoseverfahren als auch die Untersuchungsabläufe sind im MZEB speziell auf die besonderen Bedürfnisse von Menschen mit komplexen Behinderungen zugeschnitten.

Folgende Herangehensweisen zeichnen die Versorgung im MZEB aus (siehe Tabelle 2).

Alle Mitarbeitenden des MZEB sind medizinisch speziell für die teils seltenen und komplexen Symptome fortgebildet. Sie erweitern ihr Wissen kontinuierlich durch strukturierte Fortbildungsmaßnahmen. Es gibt in der Dienstbesprechung wöchentlich eine kurze Fortbildungseinheit; einmal im Quartal besuchen die Mitarbeiter ein vierstündiges Fortbildungsseminar – und sie nehmen am strukturierten Curriculum *Medizinische Versorgung von Menschen mit Behinderung* teil, das von der Bundesärztekammer zertifiziert wurde.

Die Mitarbeiter müssen aber nicht nur über medizinisches Fachwissen verfügen, sie müssen mit der Zielgruppe auch kompetent kommunizieren können. Dazu werden sie in „Leichter Sprache“ geschult.

Die Leistungserbringer im MZEB besprechen die einzelnen Fälle gemeinsam und empfehlen den niedergelassenen Ärzten eine geeignete Therapie. Um den Patienten nämlich wohnortnah behandeln zu können, wird er nach dem Besuch im MZEB im Regelversorgungssystem weiter versorgt. Das Team des MZEB tauscht sich dazu mit den Haus- und Fachärzten telefonisch aus, um Diagnostik und Therapie zu besprechen. Außerdem finden regelmäßig Qualitätszirkel statt.

Wenn es notwendig ist, werden Patienten an externe Fachärzte überwiesen, zum Beispiel an Gynäkologen, Urologen, HNO-Ärzte, Augenärzte, Hautärzte, Zahnärzte, etc.

Um die Patienten und ihre Angehörigen umfassend versorgen zu können, kooperiert das MZEB außerdem mit folgenden Partnern:

- Beratungs- und Ombudsstelle Medizin des Elternvereins Leben mit Behinderung Hamburg
- Pro Familia (Beratungsgespräche zu gynäkologischen Erkrankungen und Sexualität im MZEB)
- Werner Otto Institut und Flehming-Institut als Sozialpädiatrische Zentren in Hamburg (Thema Transition)
- Evangelisches Krankenhaus Alsterdorf, das aus seiner Geschichte heraus einen besonderen Versorgungsauftrag für Menschen mit Behinderung hat (sektorenübergreifende Versorgung)
- Fortbildungsakademie der Ärztekammer Hamburg (Veranstalter der Fortbildungsseminare für Ärzte zu Themen rund um die Gesundheit/Erkrankungen von Menschen mit Behinderung; Referenten aus dem MZEB)
- Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg (wissenschaftliche Begleitforschung)

Das Versorgungskonzept wird gemeinsam mit den Partnern fortlaufend überprüft und gegebenenfalls angepasst. Auf Bundesebene tauscht sich der Leiter des MZEB, Dr. Georg Poppele, ständig eng mit anderen Experten aus.

Mehrwert und Patientenorientierung

Das MZEB bietet sowohl für den einzelnen Patienten Vorteile als auch strukturell für das gesamte Gesundheitssystem.

Erwachsene mit komplexen Behinderungen profitieren vom MZEB, weil im besten Fall Krankheiten schneller erkannt und besser behandelt werden als in der Regelversorgung. In einigen Fällen kann sogar ein tödlicher Krankheitsverlauf verzögert oder gestoppt werden. Menschen mit komplexen Behinderungen profitieren nicht nur von der medizinischen Expertise, sondern auch davon, dass sowohl die Mitarbeiter als auch die Räumlichkeiten auf die besonderen Bedürfnisse dieser Zielgruppe optimal vorbereitet sind. Die Patienten werden außerdem unterstützt, ein möglichst selbstbestimmtes Leben zu führen.

Zudem schließt das MZEB die Versorgungslücke in der medizinischen Betreuung von erwachsenen Menschen mit Behinderung. Gesundheitspolitik, Kassenärztliche Vereinigungen und auch die Krankenkassen begrüßen das Angebot, weil es eine vulnerable Patientengruppe sicher versorgt. Dabei arbeitet das MZEB ergänzend zur Regelversorgung, ohne Doppelstrukturen zu schaffen. Durch die interdisziplinäre und berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit profitiert die Versorgung insbesondere an den Schnittstellen von Medizin/Therapie/Pflege/Eingliederungshilfe.

Ob das MZEB dem Gesundheitssystem letztlich Geld spart oder es Geld kostet, ist schwer zu überprüfen. Einerseits wird durch die ausgehandelte Pauschale das Gesundheitssystem zusätzlich belastet; andererseits werden Patienten nicht mehr doppelt untersucht und gezielter diagnostiziert und therapiert – zum Teil können schwere Krankheitsverläufe vermieden werden.

Finanzierung

Nach langen und intensiven Verhandlungen wird das MZEB über einen Vertrag finanziert, den die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg, die Krankenkassen und das Evangelische Krankenhaus Alsterdorf als Träger des MZEB miteinander geschlossen haben. Über Quartalspauschalen wird der erforderliche, hohe und vor allem zeitintensive Aufwand der Leistungen des MZEB abgedeckt. Grundlage des Vertrages ist, dass das MZEB durch den Zulassungsausschuss der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg zugelassen wurde auf Basis des § 119a SGB V. Zum Zeitpunkt der Zulassung des Hamburger MZEB (1.4.2015) war § 119c SGB V noch nicht in Kraft getreten. Vor Zulassung prüfte die Kassenärztliche Vereinigung den Bedarf.

Das Evangelische Krankenhaus Alsterdorf fängt die Verluste auf, die während des Aufbaus des MZEB entstanden sind. Spenden finanzieren spezielle medizinische Gerätschaften, wie zum Beispiel eine Wärmebildkamera oder ein mobiles Ultraschallgerät.

Management

Das MZEB wird von einem Internisten chefärztlich geleitet. Dazu kommt eine Koordinatorin für die Organisation und die Eingliederungshilfe. Das Team bespricht wöchentlich den Dienst (Ärzte, Therapeuten, Pflegekräfte, Verwaltung).

Zweimal monatlich kommt die Steuerungsgruppe zusammen, zu der neben dem Chefarzt und der Koordinatorin auch der Geschäftsführer des Krankenhauses gehört (der gleichzeitig Geschäftsführer des MZEB ist). Hier werden unter anderem Personalfragen geklärt.

Eine Lenkungsgruppe trifft sich monatlich und berät, wie das MZEB gesamtheitlich gesteuert und weiterentwickelt werden kann. Sie besteht aus dem Vorstand der Evangelischen Stiftung Alsterdorf (Träger des Evangelischen Krankenhauses Alsterdorf), dem Geschäftsführer, dem Ärztlichen Leiter, der Koordinatorin und einer Professorin der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg. Diese Gruppe ist für die Evaluation des Projekts verantwortlich.

Eine Projektgruppe trifft sich schließlich einmal im Quartal. Zu dieser Gruppe gehören auch Vertreter aus den Bereichen IT, Controlling und Öffentlichkeitsarbeit.

Evaluation

Das Projekt wird begleitend wissenschaftlich evaluiert von einem Team der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg. Die Evaluation soll untersuchen, ob die Zielgruppe medizinisch besser versorgt wird.

Folgende konkrete Fragen sollen beantwortet werden:

- Inwiefern wirkt sich das MZEB auf die (gesundheitsbezogene) Lebensqualität der Betroffenen aus?
- Wie zufrieden sind Patienten und ihre Angehörigen bzw. rechtliche Betreuer mit der neuen Situation?
- Wie zufrieden sind die verschiedenen kooperierenden Akteure (zum Beispiel Ärzte, Eingliederungshilfe) mit der Arbeit des MZEB?

Um diese Fragen beantworten zu können, wird ein Mixed-Methods-Ansatz umgesetzt. Dabei wird ein deskriptives, retrospektives Querschnittsdesign gewählt; zusätzlich werden explorativ Daten erhoben. Grundsätzlich sollen verschiedene Analysen umgesetzt werden (siehe Tabelle 3).

Um die Patienten und Begleitpersonen zu befragen, wird überwiegend ein standardisierter Fragebogen genutzt, der durch offene Anteile im Fragebogen erweitert wurde. Die Personengruppen werden postalisch befragt. Angestrebt ist eine Vollerhebung bei allen Patienten (mit je einer Begleitperson), die seit dem Start des MZEB dort aufgenommen wurden. Die Erhebung mit Patienten und Begleitpersonen begann im Mai 2016. Außerdem ist eine Vollerhebung aller behandelnden Ärzte angestrebt, die über den Arztbrief eine Therapieempfehlung für ihre jeweiligen Patienten erhalten haben. Diese Befragung startete im März 2016.

Tabelle 3 Forschungsstränge im MZEB

Forschungsstrang	Population und Amputationen	Design Dauer der Datenerhebung
A) Erfassung der Zufriedenheit mit dem MZEB und dem Nutzen	A-1) ca. 200 Menschen mit Behinderung A-2) ca. 200 Begleitpersonen der Menschen mit Behinderung	Beobachtungsstudie mit deskriptivem Querschnittsdesign postalische, standardisierte Befragung und Critical Incident Technique
B) Erfassung der Arbeitszufriedenheit der im MZEB Tätigen oder Beauftragten Auftragnehmer/Innen	Vollerhebung von 15 im MZEB tätigen Mitarbeiter/innen oder vom MZEB regelmäßig beauftragten Auftragnehmer/innen	Beobachtungsstudie mit deskriptivem Design postalische, standardisierte Befragung
C) Erfassung und Überprüfung des Konzeptanspruches des MZEB hinsichtlich einer interdisziplinären und multidisziplinären Arbeitsweise	Mitglieder der Lenkungsgruppe des Projektes	Fokusgruppeninterview und Inhaltsanalytische Auswertung in Anlehnung an Mayring
D) Erfassung der Zufriedenheit der Mitarbeiter/innen der Eingliederungshilfe und Haus- und Fachärzten der Nutzer/innen	Ca. 20 pädagogisch ausgebildete Mitarbeiter/innen der Eingliederungshilfe Ca. 200 behandelnde Ärzte/innen der Nutzer/innen	qualitatives Design mit teilstandardisierter telefonischer Expertenbefragung Datenauswertung in Anlehnung an Mayring Beobachtungsstudie mit deskriptivem Design postalische, standardisierte Befragung

Quelle: Eigene Darstellung.

Zudem soll transparent dargestellt werden, wie das Projekt abläuft und wie die gesetzten Ziele erreicht werden. Ergänzend werden die Mitarbeiter des MZEB befragt.

Da eine vulnerable Gruppe befragt wird, wurde das Vorhaben bei der Ethikkommission des Competence Center Gesundheit (CCG) geprüft und bewilligt.

Die Ergebnisse der ersten drei Quartale lassen vermuten, dass die Patienten tatsächlich besser versorgt werden.

Nächste Schritte

Das 2015 gegründete MZEB ist der erste Teil eines mittelfristig angelegten Projektes, um Menschen mit geistigen und/oder komplexen Behinderungen wohnortnah medizinisch zu versorgen (Projekt „Kompetenznetz Evangelische Stiftung Alsterdorf und Partner“).

Insbesondere die Schnittstellen zwischen den verschiedenen medizinischen Systemen und denen der Eingliederungshilfe sollen zukünftig verbessert werden. Hierzu werden Qualitätskriterien etabliert, die sowohl medizinische als auch kommunikative Standards beinhalten sollen.

Außerdem ist es erforderlich, dass die Leistungserbringer vor Ort, also niedergelassene Ärzte und Therapeuten, nicht nur bei Bedarf Patienten ins MZEB überweisen können, sondern selbst mehr Expertise

und Sicherheit erlangen, um diese Zielgruppe zu diagnostizieren und zu behandeln. Deshalb sollen mehr Aus- und Fortbildungen konzipiert und angeboten werden.

Um die wohnortnahe medizinische Versorgung weiter zu stärken, wird ab September 2016 ein Kompetenznetz aufgebaut, das unter anderem weitere Fachdisziplinen einbindet und Beratungs- und Informationsangebote etabliert (siehe Abbildung 10). Auf der Website www.gesundheit25.de gibt es aktuelle Informationen zum Stand des Projektes.

Abbildung 10 Aufbau eines Kompetenznetzes



Quelle: Eigene Darstellung.

Ansprechpartner

Ulrich Scheibel

Vorstand

Evangelische Stiftung Alsterdorf

Alsterdorfer Markt 4

22297 Hamburg

Telefon: 040 – 507 732 24

E-Mail: u.scheibel@alsterdorf.de

www.alsterdorf.de/

Dr. med. Georg Poppele

Chefarzt Sengelmann Institut für Medizin
und Inklusion

Evangelisches Krankenhaus Alsterdorf gGmbH

Elisabeth-Flügge-Straße 1

22337 Hamburg

Telefon: 040 – 507 732 02

E-Mail: g.poppele@eka.alsterdorf.de

<http://www.simi-alsterdorf.de>

Birgit Pohler, Diplom-Pädagogin

Projektkoordination

Sengelmann Institut für Medizin und Inklusion

Evangelisches Krankenhaus Alsterdorf gGmbH

Elisabeth-Flügge-Straße 1

22337 Hamburg

Telefon: 040 – 507 734 56

E-Mail: info@simi-alsterdorf.de

<http://www.simi-alsterdorf.de>

Marion Förster

Unternehmenskommunikation

Evangelisches Krankenhaus Alsterdorf gGmbH

Elisabeth-Flügge-Straße 1

22337 Hamburg

Telefon: 040 – 507 739 65

www.evangelisches-krankenhaus-alsterdorf.de

Literatur

Dieckmann, F.; Metzler, H. (2013). Alter erleben – Lebensqualität und Lebenserwartung von Menschen mit geistiger Behinderung im Alter. Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg.

Mau, V., Grimmer, A., Poppele, G., Felchner, A., Elstner, Samuel, S., & Martin, P. (2015). Geistig oder mehrfach behinderte Erwachsene: Bessere Versorgung möglich. Deutsches Ärzteblatt, 12(42): A 1980–4.

Schuppener, S. (2004). Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit geistiger Behinderung im Alter. Geistige Behinderung. 2004 (1): 36-56.

Niederrhein.online

Das Gesundheitskonto des Patienten

Autoren: Wolfgang Bachmann, Markus Böinig und Karl-Heinz Schmitz

Management Summary

Mit dem Projekt Niederrhein.online bietet das Ärztenetz Niederrhein seinen Patienten den Zugang zu einem persönlichen Gesundheitskonto, mit dem sie selbst Herr über alle relevanten Daten sind, die ihre Gesundheit betreffen. Niederrhein.online nutzt dazu das etablierte Patientenkonto der vitabook GmbH.

Für eine effektive und zielgerichtete Versorgung der Patienten ist es zwingend notwendig, dass sich die unterschiedlichen Behandler des Patienten austauschen können – und dass sie über alle relevanten Daten verfügen. Auch können lebensbedrohliche Situationen, wie unerwünschte Arzneimittelereignisse so vermieden werden.

Mit dem Gesundheitskonto von vitabook können Patienten ihre Gesundheitsdaten zentral sammeln: Medikationslisten, Röntgenbilder, Laborbefunde, Arztbriefe und vieles mehr. Erlaubt es der Patient, können alle an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer darauf zugreifen; auch national und international.

Das Ärztenetz Niederrhein startete die Plattform Niederrhein.online Ende 2015. Bundesweit sind bei vitabook bereits knapp 106.000 Patienten registriert.

Versorgungsherausforderung

Im Jahr 2011 bekamen ca. 18 Millionen Menschen mindestens drei oder mehr Arzneimittel verschrieben. Werden mehr als drei Arzneimittel verordnet, wird dies als Polymedikation bezeichnet. Polymedikation hat für die Patienten zum Teil gravierende Folgen: Medikationsfehler, unerwünschte Arzneimittelnebenwirkungen oder -wechselwirkungen, erhöhte Krankenhauseinweisungen oder sogar Todesfolgen (ABDA, 2015a; ABDA, 2015b; Jaehde, Hanke, Demgenski, 2008).

Damit unerwünschte Wechselwirkungen von Medikamenten überhaupt erkannt werden können, muss die gesamte Medikation des Patienten bekannt sein. Da Patienten meist mehrere Ärzte und auch Apotheken aufsuchen, verfügen weder der Hausarzt noch die Apotheke über eine vollständige Übersicht der Medikation.

Neben einer strukturierten Darstellung der Medikation brauchen Ärzte auch weitere Informationen, um effizient und effektiv behandeln zu können – zum Beispiel Röntgenbilder, Vorbefunde, Laborwerte, etc. Da häufig auch weitere Behandler hinzugezogen werden (Fachärzte, Krankenhausärzte, etc.), müssen

diese Informationen auch für alle beteiligten Behandler gleichermaßen verfügbar sein. Bislang liegen all diese Informationen aber ausschließlich fragmentiert vor. Jeder Akteur im Gesundheitswesen verfügt über eine eigene Aktenlage. Auch der Patient selbst kann meist nur lückenhaft oder gar nicht über vergangene oder aktuelle Erkrankungen oder über seine Medikationen Auskunft geben.

Daher ist es notwendig, dass alle an der Behandlung beteiligten Akteure Zugriff auf die Gesundheitsinformationen des Patienten haben – beispielsweise in seiner digitalen Gesundheitsakte. Der Patient muss dabei stets Eigentümer dieser Daten sein – aus Gründen des Datenschutzes kann nur er selbst gestatten, dass sich mehrere Akteure über seine Daten austauschen. Für den Erfolg einer solchen digitalen Gesundheitsakte ist es notwendig, dass der Patient wirklich jedem beliebigen Arzt, jeder beliebigen Apotheke und jedem beliebigen Krankenhaus Zugriff gewähren kann.

Niederrhein.online stellt nun eine digitale Gesundheitsakte zur Verfügung, die alle genannten Voraussetzungen erfüllt.

Entstehungsgeschichte

Im Jahr 2011 entwickelte das Unternehmen ordermed GmbH zunächst eine Plattform für ein elektronisches Rezept. Ab 2012 konnten die Patienten bei ihrem Arzt digital Folgerezepte anfordern und die Medikamente bei ihrer Apotheke bestellen. Für diesen Service erwies sich ein Medikationsplan für Patienten und Apotheker als sinnvoll. Nach und nach bekamen auch Ärzte, Pflegedienste und Sanitätshäuser Zugang zu den Daten – sofern der Patient damit einverstanden war.

Aus dieser Transaktionsplattform für Rezepte, Medikamente und Hilfsmittel entwickelte sich eine Art Patientenkonto. Auf dieser Basis entwickelte ordermed GmbH ab 2014 das komplexe Gesundheitskonto vitabook, in dem der Patient alle Informationen rund um seine Gesundheit strukturiert ablegen und verwalten kann. Darüber hinaus kann der Patient mittlerweile mit jedem Arzt online Termine vereinbaren oder Folgerezepte und Überweisungen anfragen. Auch können alle Akteure untereinander Nachrichten jeglicher Art austauschen – mit und ohne Anhang.

Das Ärztenetz Niederrhein e. V. hat sich im Jahr 2015 dafür entschieden, seinen Patienten ein eigenes vitabook zur Verfügung zu stellen. Die in diesem Gesundheitskonto gespeicherten Daten kann der Patient mit den Ärzten im Gesundheitsnetz nach Belieben teilen. Es werden also die Patienten mit ihren Ärzten vernetzt, nicht jedoch die Ärzte direkt untereinander.

Kernelemente

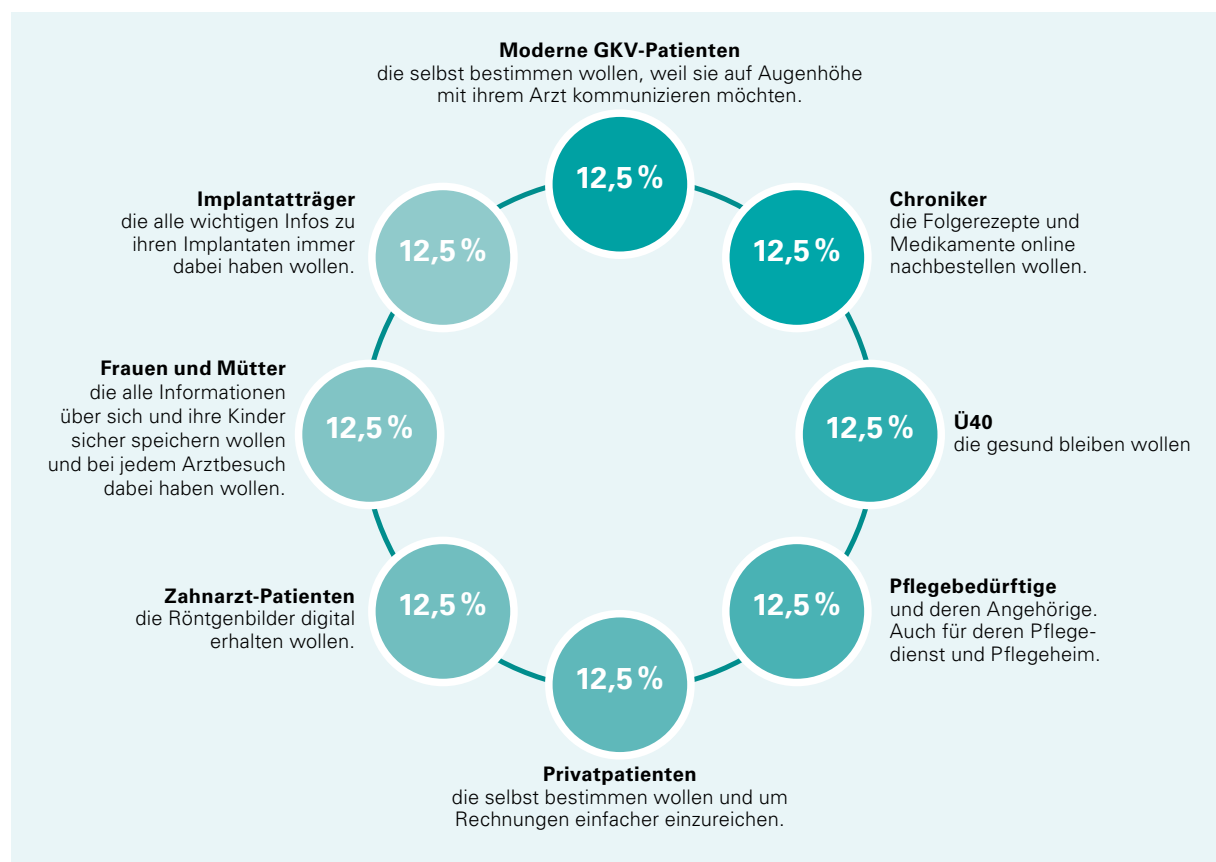
Zielgruppe

Zur Zielgruppe gehören alle Akteure im Gesundheitswesen, an erster Stelle steht allerdings der Patient selbst. Er kann über vitabook mit beliebig vielen niedergelassenen Haus- und Fachärzten kommunizieren; er kann Klinken, seine Stammapotheke und – wenn erforderlich – auch den Pflegedienst, das Pfl-

geheim oder das Sanitätshaus einbinden. Auch pflegende Angehörige können vitabook nutzen. Die Abbildung 11 stellt die verschiedenen Patientengruppen dar, die vitabook anspricht.

Für die Mitglieder des Ärztenetzes Niederrhein e. V. ist das vitabook ein wichtiges Alleinstellungsmerkmal.

Abbildung 11 Patientengruppen für vitabook



Quelle: Eigene Darstellung.

Versorgungskonzept

vitabook ist eine umfassende Lösung für die digitale Kommunikation zwischen Patienten und ihren Ärzten sowie deren Helfern. Mit dem patienteneigenen Gesundheitskonto und seinen zahlreichen Funktionen (siehe Abbildung 12) kann der Patient seine Gesundheit selbst organisieren; er kann beispielsweise wichtige Medikations- und Befunddaten hinterlegen oder online Arzttermine vereinbaren. Auch können Medikamente auf Wechselwirkungen hin überprüft werden.

Abbildung 12 Elemente des Gesundheitskontos



Quelle: Eigene Darstellung.

Der Patient kann das Gesundheitskonto selbst eröffnen – mit seinem Einverständnis können das auch Arzt, Klinik, Pflegedienst oder Apotheke für ihn tun. Das Konto lässt sich online verknüpfen mit einer Patientenkarte bzw. auch mit der Gesundheitskarte der Krankenkassen (siehe Abbildung 13).

Abbildung 13 Verknüpfung Gesundheitskarte und Gesundheitskonto



Quelle: vitabook.

Für den Zugang zum vitabook benötigt der Patient lediglich die Versichertennummer und die Nummer auf dem Login-Code-Aufkleber der Gesundheitskarte; alternativ die Kartenummer und den Sicherheitscode der Patienten- oder Privatpatientenkarte, die der Arzt dem Patienten überreicht. Die beiden jeweiligen Nummern bilden eine Art „Gesundheits-IBAN“ des Patienten. Auf dieses Konto lassen sich dann beliebige Gesundheitsdaten „überweisen“ (Abbildung 14 zeigt ein Beispiel). Wird zusätzlich ein Aufkleber auf der Gesundheitskarte angebracht, ist es möglich die Akte auch im Notfall zu öffnen.

Abbildung 14 Daten für das Gesundheitskonto

Quelle: Eigene Darstellung.

Mit dem Konto verfügt der Patient sofort über eine eigene, sichere, digitale Identität. Grundsätzlich kann nur der Patient den Inhalt einsehen, Daten ändern und auch wieder löschen. Er kann aber einzelnen Ärzten, Apotheken, Kliniken oder Pflegediensten erlauben, auf die Akte zuzugreifen – oder auch Daten und Dokumente an das Konto zu senden. Dies ist möglich über eine Weboberfläche für Behandler mit eigenem Zugang, über das Primärsystem des Behandlers (zum Beispiel das Krankenhaus-Informationssystem) oder über die Weboberfläche für die Notfall-Leseansicht.

Für das Ärztenetz Niederrhein wurde mit www.niederrhein.online eine eigene Landingpage eingerichtet. Von hier aus können Patienten und autorisierte Ärzte direkt auf das vitabook zugreifen.

Mehrwert und Patientenorientierung

Vom Patientenkonto vitabook profitieren sowohl die Patienten als auch Ärzte und deren Helfer.

Der Patient kann den Behandlern Zugriff auf das Gesundheitskonto mit all seinen Informationen gestatten und schnell und präzise über bisherige Erkrankungen oder die Medikation informieren. Die Ärzte sind besser informiert und können ihre Patienten so besser und sicherer versorgen. Der Medikationsplan und die Wechselwirkungschecks erhöhen die Medikationssicherheit.

Im Notfall können die jeweiligen Behandler ihre Entscheidungen auf Grundlage einer kompletten Datenbasis treffen; konkrete Informationen zum Patienten stehen sofort und umfassend zur Verfügung. Lebensgefährliche Situationen können so zum Teil vermieden werden.

Da Behandler auf die Akte zugreifen und auch selbst Daten an die Akte senden können, sind sie faktisch auch untereinander vernetzt. Diese Vernetzung erhöht ebenfalls die Patientensicherheit, die Behandlung wird effizienter.

Auch Apotheken, Labore, private Arztbrechner und Kliniken profitieren von vitabook: Sie können ihre Transaktionen effizienter abbilden und somit Kosten einsparen.

Finanzierung

Apotheken, Labore, private Arztbrechner und Kliniken finanzieren das Projekt. Für Ärzte und Patienten ist Niederrhein.online kostenfrei.

Management

Ordermed GmbH stellt das Grundpaket vitabook zur Verfügung. Die regionale Plattform Niederrhein.online wird auf Initiative des Ärztenetzes Niederrhein e. V. betrieben. Vitabook ist für das Plattformmanagement verantwortlich, das Ärztenetz Niederrhein für die regionale Projektkoordination der Ärzte und Behandler sowie die Einschreibung der Patienten.

Evaluation

Im Ärztenetz Niederrhein liegen noch keine validen Evaluierungsergebnisse vor, da das Projekt erst seit Ende 2015 läuft.

Erste Erfahrungen zeigen jedoch, dass Patienten das Konzept positiv bewerten. Knapp 90 Prozent der Patienten gaben bei einer Befragung an, gerne auf ihre eigenen Gesundheitsdaten zugreifen zu können.

Es hat sich gezeigt, dass insbesondere die enge Zusammenarbeit von regionalen Kliniken mit dem Ärztenetz bedeutend ist für den Erfolg von Niederrhein.online.

Nächste Schritte

Der Schwerpunkt im Jahr 2016 liegt darauf, die Plattform Niederrhein.online allen an der Patientenversorgung beteiligten Akteuren am Niederrhein vorzustellen. Der Fokus liegt hier auf der Einbindung von zentralen Laborversorgern, Kliniken sowie Pflege- und Rehabilitationseinrichtungen.

Akteure, die in angrenzenden Regionen tätig sind, wurden bereits auf die Lösung aufmerksam und wollen sie nun ebenfalls auf Basis einer eigenen Zugangsplattform nutzen.

Ansprechpartner

Wolfgang Bachmann

Geschäftsführer
Ärztenetz Niederrhein e.V.
Hans-Böckler-Straße 20
46535 Dinslaken
Telefon: 0172 – 960 07 58
E-Mail: bachmann@aerztenetz-niederrhein.de
www.aerztenetz-niederrhein.de
www.vitabook.de

Dr. med. Karl-Heinz Schmitz

2. Vorsitzender des Vorstands
Ärztenetz Niederrhein e.V.
Hans-Böckler-Straße 20
46535 Dinslaken
Telefon: 02064 – 159 56
E-Mail: schmitz@aerztenetz-niederrhein.de
www.aerztenetz-niederrhein.de

Markus Böning

Geschäftsführer
Ordermed GmbH
Innungsstraße 7
21244 Buchholz
Telefon: 04181 – 928 90 01
E-Mail: markus.boenig@ordermed.com

Literatur

- ABDA (2015a). Risiken der Polymedikation besser beherrschen. Pressekonferenz anlässlich des Deutschen Apothekertags. Düsseldorf 29. September 2015. https://www.abda.de/uploads/tx_news/DAT_2015_PK_Druckversion_final.pdf, abgerufen am 20.07.2016.
- ABDA (2015b). Polymedikation. Faktenblatt. Stand 22. Oktober 2015. https://www.abda.de/fileadmin/assets/Faktenblaetter/Faktenblatt_Polymedikation_22_10_2015.pdf, abgerufen am 20.07.2016.
- Jaehde, U., Hanke, F., Demgenski, M. (2008). Arzneimitteltherapie. Mehr Überblick trotz Polymedikation. In Pharmazeutische Zeitung, Ausgabe 21/2008, <http://www.pharmazeutische-zeitung.de/index.php?id=5758>, abgerufen am 20.07.2016.



Dr. Markus Moessner, Jurorin Dr. Jutta Wendel-Schrief (v.l.)

3. Preis

ProYouth

Internetbasierte Gesundheitsförderung, Prävention und Frühintervention bei Essstörungen

Autoren: Stephanie Bauer und Markus Moessner

Management Summary

ProYouth ist eine Initiative zur Prävention, Früherkennung und Frühintervention bei Essstörungen; sie bietet eine niederschwellige, anonyme Möglichkeit sich über das Thema Essstörungen online zu informieren und sich bei Bedarf professionell beraten zu lassen. *ProYouth* dient damit als eine erste Anlaufstelle für Jugendliche und junge Erwachsene. Zielgruppe sind dabei Jugendliche und junge Erwachsene, die ein erhöhtes Risiko aufweisen an einer Essstörung zu erkranken oder bereits erste Symptome zeigen. Für Personen, die bereits eine volle Essstörung haben, ist das Programm nicht geeignet; sie

benötigen eine intensivere Form der Behandlung und werden von den *ProYouth* Mitarbeitern auch gezielt dabei unterstützt face-to-face Behandlung in Anspruch zu nehmen.

Vor der Registrierung müssen sie einen Screening-Fragebogen (Selbsttest) ausfüllen und erhalten daraufhin eine individuelle Rückmeldung zu ihrem persönlichen Risiko. Nach dem Login stehen den Teilnehmern umfangreiche Informationen zu Essstörungen zur Verfügung, der Zugang zu einem moderierten Forum und ein News Blog. In Gruppenchats, die von Psychologen moderiert werden, können die Teilnehmer Fragen stellen, Erfahrungen austauschen und sich gegenseitig unterstützen. Für sensiblere und private Themen können die Teilnehmer auch Einzelchats buchen. Ein weiterer wichtiger Bestandteil des Angebots ist das Monitoring-Tool, bei dem die Teilnehmer wöchentlich Fragen beantworten und in Abhängigkeit ihres momentanen Zustandes sowie Veränderungen eine individuelle Rückmeldung bekommen. Zeigen sie deutliche Symptome einer Essstörung, werden sie von einem *ProYouth*-Berater kontaktiert.

Die Forschungsstelle für Psychotherapie an der Universitätsklinik Heidelberg initiierte *ProYouth* im Jahr 2011. Von 2006 bis 2011 wurden verschiedene Vorgängerprogramme erprobt. Partner der Initiative sind Schulen, Universitäten, Beratungsstellen und therapeutische Einrichtungen. Ko-finanziert von der EU wurde *ProYouth* in einer Reihe europäischer Länder großflächig implementiert, u.a. in Frankreich, Irland, Italien, den Niederlanden, Rumänien, Tschechien, der Türkei und Ungarn.

In Deutschland haben bereits über 10.200 Personen an dem Screening teilgenommen. Aktuell gibt es über 5.000 registrierte Teilnehmer im Portal. Zählt man die europäischen Länder hinzu, so nahmen über 25.000 Teilnehmer am Screening teil; über 10.000 Personen haben sich registriert.

Versorgungsherausforderung

Essstörungen sind schwere psychische Erkrankungen, die häufig im Jugend- und frühen Erwachsenenalter auftreten. Sie betreffen insbesondere Mädchen und junge Frauen. Nur fünf bis zehn Prozent sind Männer (Fichter, 2008).

Die Erkrankung bedingt häufig Folgeerkrankungen und wirkt sich unter anderem auf den schulischen und/oder beruflichen Werdegang aus (Herpertz et al., 2011). Krankheitsverläufe sind oft langwierig und eine Chronifizierung ist häufig. Zudem gehen Essstörungen mit erheblichen psychischen, körperlichen, sozialen und gesellschaftlichen Beeinträchtigungen einher. Die Erkrankung verursacht zudem hohe Kosten für das Gesundheitssystem (Haas et al., 2011; Herpertz et al., 2011; Krauth, Buser, Vogel, 2002).

Es gibt unterschiedliche Arten von Essstörungen, die wichtig sind:

1. Magersucht (Anorexia)

Das Leitsymptom der Magersucht ist eine selbst herbeigeführte Mangelernährung; die Betroffenen nehmen stark ab. Laut Definition liegt eine Magersucht vor bei einem Body-Mass-Index (BMI) von kleiner 17,5 kg/m² (Herpertz et al., 2011). Trotz des niedrigen Gewichts bestimmen die Angst vor Gewichtszunahme und einer schlaffen Körperform das Denken und Handeln der Betroffenen. 0,2 bis 0,8 Prozent aller jungen Frauen im Alter von 14 bis 20 Jahren leiden an Magersucht (Fichter, 2008; Hoek, van Hoeken,

2003). Nur bei 40 Prozent gibt es gute Heilungserfolge; jeweils 25 bis 30 Prozent der Magersüchtigen haben mittelmäßige oder sogar schlechte Heilungserfolge (Zipfel et al., 2000).

2. Ess-Brech-Sucht (Bulimia nervosa)

Bei der Ess-Brech-Sucht nehmen die Betroffenen übermäßig und unkontrolliert hochkalorische Nahrung auf und erbrechen sich anschließend. Betroffene neigen auch dazu stark zu fasten und Abführmittel oder Diuretika einzunehmen (Herpertz et al., 2011). Rund ein bis zwei Prozent der Bevölkerung sind an einer Ess-Brech-Sucht erkrankt (Fichter, 2008; Hoek, van Hoeken, 2003). Etwa 50 Prozent aller Betroffenen gelten nach mehr als fünf Jahren als geheilt; circa 20 Prozent leiden aber auch dann noch an der Störung (Keel et al., 1999).

3. Ess-Sucht (Binge-Eating-Störung)

Bei der Ess-Sucht leiden die Betroffenen unter wiederholten Essattacken. Die Patienten verschlingen große Mengen an Nahrung und verlieren die Kontrolle über das Essen. Allerdings folgt diesen Essattacken kein extremer Sport, kein Hungern und auch kein Erbrechen. Die Betroffenen sind deshalb häufig (aber nicht zwingend) übergewichtig (BZgA, 2016). Ess-Sucht ist vergleichsweise wenig erforscht (Herpertz et al., 2011). Die Prävalenz liegt in der Allgemeinbevölkerung zwischen 0,7 und 4,3 Prozent (Basdevant et al., 1995; Spitzer et al., 1993). Frauen sind 1,5-mal häufiger betroffen als Männer (de Zwaan, 2001). Die Prognose bei Ess-Sucht ist mit Heilungserfolgen von 50 bis 80 Prozent gut (de Zwaan et al., 2005; Peterson et al., 2001).

Je früher ein Betroffener professionell unterstützt wird, desto besser sind die Heilungschancen. Weniger als ein Viertel der betroffenen Jugendlichen nimmt professionelle Hilfe in Anspruch (beispielsweise bei Beratungsstellen, Psychotherapeuten oder Ärzten), die wenigen, die Hilfe aufsuchen, tun dies in der Regel sehr spät (Hart et al., 2011). Dies liegt unter anderem daran, dass sie sich selbst nicht krank fühlen, sie nicht viel über die Erkrankung wissen, sich unsicher fühlen oder an ihrer Angst vor Stigmatisierung. Zudem gibt es nur begrenzte Präventions- bzw. Frühinterventionsangebote.

ProYouth zielt darauf ab, gefährdete Jugendliche präventiv und bereits betroffene Jugendliche frühzeitig anzusprechen.

Entstehungsgeschichte

Die Forschungsstelle für Psychotherapie an der Universitätsklinik Heidelberg beschäftigt sich seit über 15 Jahren mit der Frage, wie man Informations- und Kommunikationstechnologien nutzen kann, um Patienten psychosozial und psychotherapeutisch besser zu versorgen. Im Rahmen dieser Tätigkeiten hat die Forschungsstelle eine Reihe von internet- und smartphonebasierten Angeboten entwickelt – für unterschiedliche Zielgruppen und Versorgungskontexte.

Im Bereich der Prävention und Frühintervention bei Essstörungen erschien es naheliegend, technikgestützte Interventionen zu konzipieren. Denn zum einen kann mit geringen Kosten eine große Anzahl von

Betroffenen angesprochen werden. Zum anderen ist die Hürde für die Betroffenen bei einem digitalen Angebot nicht so hoch wie bei persönlichen Beratungsangeboten. 2005 und 2008 entstanden zunächst die Programme *Essprit* und *YoungEssprit*. Diese waren die Vorläufer der hier vorgestellten *ProYouth*-Initiative.

Das *ProYouth*-Internetportal entstand aus der Zusammenarbeit von Experten aus den Bereichen Public Health, Gesundheitsförderung, Präventionsforschung, E-Mental-Health und Essstörungen.

Kernelemente

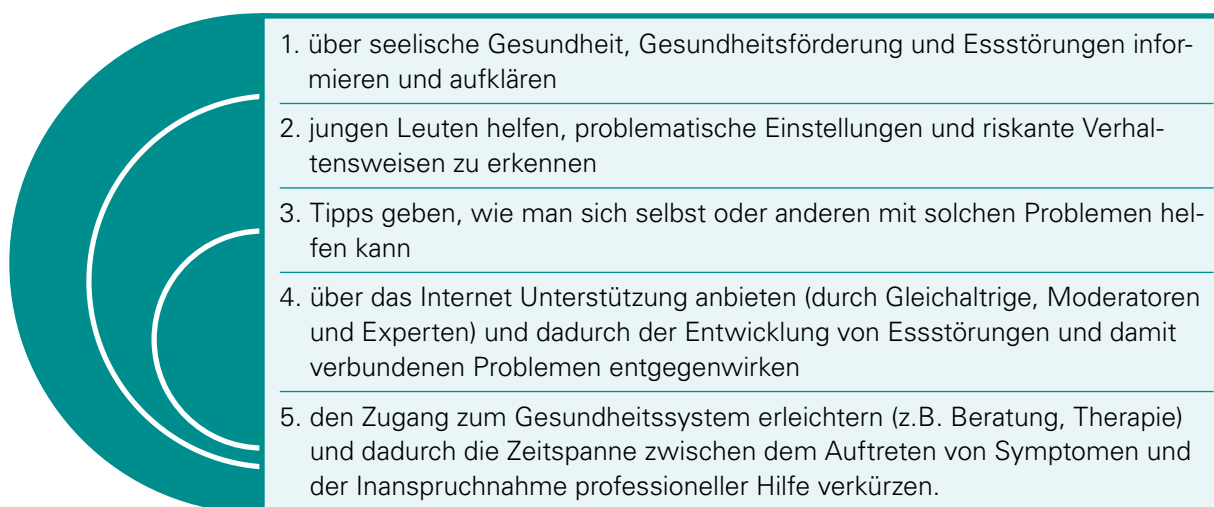
Zielgruppe

Das Programm wurde für 15- bis 25-jährige entwickelt, da Essstörungen in dieser Altersgruppe am häufigsten erstmals auftreten. Da das *ProYouth*-Portal im Internet frei verfügbar ist, kann es aber generell von jedem genutzt werden – also auch von älteren Betroffenen.

Versorgungskonzept

Die *ProYouth*-Initiative will die Versorgung von Menschen mit Essstörungen verbessern. Die wesentlichen Ziele sind in Abbildung 15 dargestellt.

Abbildung 15 Ziele des *ProYouth* Internetportals



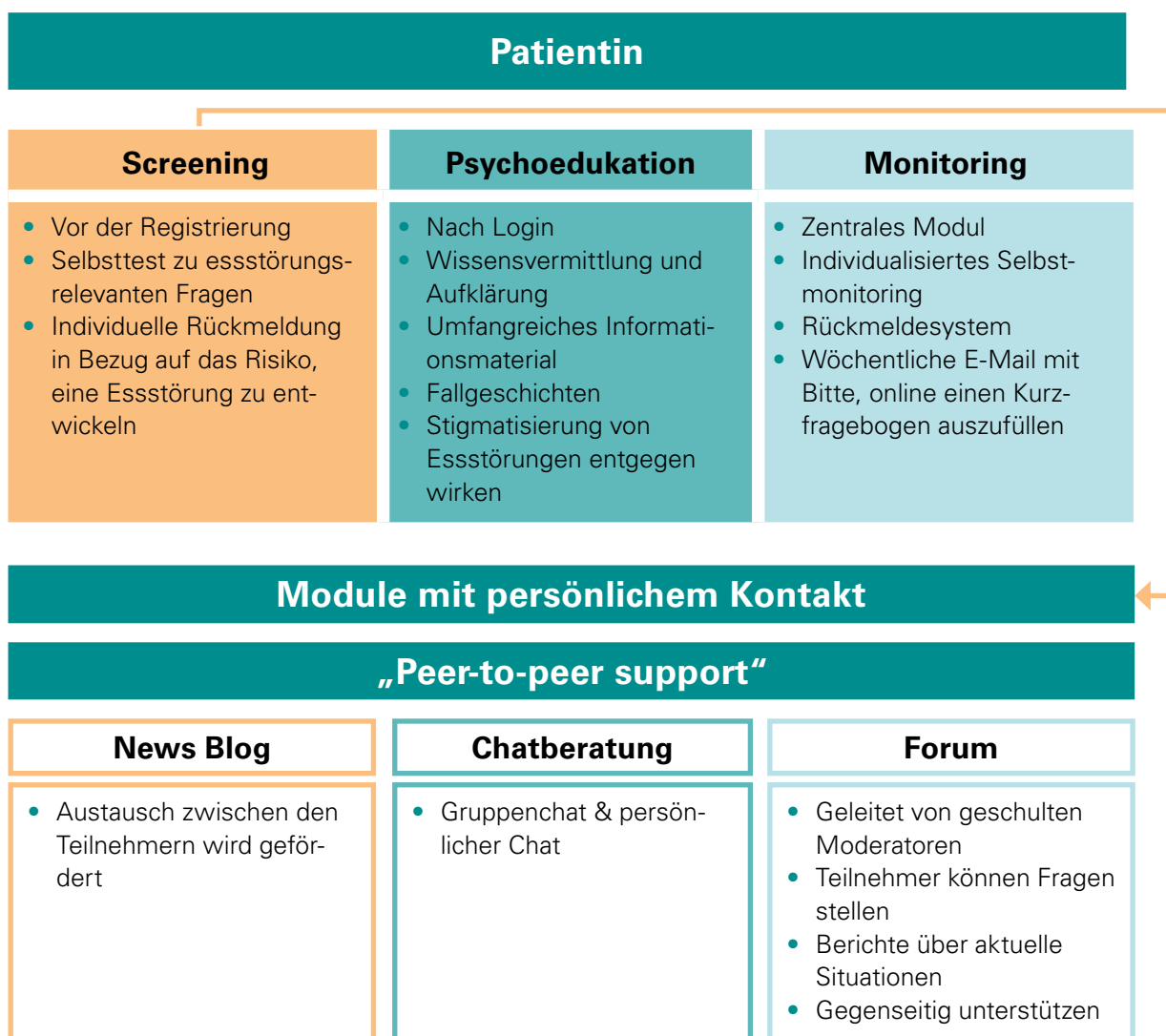
Quelle: Eigene Darstellung.

Die Teilnahme am niedragschwelligen, webbasierten *ProYouth*-Portal ist freiwillig, anonym und kostenfrei. Unter der URL www.proyouth.eu kann man auf das Portal zugreifen. Hier finden Jugendliche online eine erste Anlaufstelle, die sie über Essstörungen aufklärt bzw. die entsprechende Präventionsangebote bie-

tet. Bei Teilnehmern mit schwerwiegenderen Essstörungssymptomen zielt *ProYouth* darauf ab, möglichst frühzeitig eine professionelle Beratung oder Behandlung zu vermitteln.

ProYouth besteht aus mehreren zielgruppenspezifischen Modulen, die von den Teilnehmern flexibel und individuell genutzt werden können (siehe Abbildung 16). Der Nutzer nimmt zunächst an einem unverbindlichen Online-Screening teil. Hier beantwortet er Fragen zu essstörungsrelevanten Einstellungen und Verhaltensweisen. Das System meldet dem Nutzer anschließend automatisch zurück, ob ein erhöhtes Risiko für eine Essstörung vorliegt. Weisen Teilnehmer im Screening bereits eine deutliche Essstörungs-Symptomatik auf, so wird ihnen empfohlen, sich an konventionelle Beratungs- oder Behandlungstellen zu wenden.

Abbildung 16 Module des *ProYouth*-Portals



Quelle: Eigene Darstellung.

Das Modul Psychoedukation soll vor allem Informationen zur Erkrankung liefern – zielgruppengerecht aufbereitet. Unter anderem sind hier zahlreiche Fallbeispiele und Patientengeschichten hinterlegt. Dieses Modul soll in erster Linie informieren und damit zu einer Entstigmatisierung von Essstörungen beitragen.

Ein weiteres Modul ist die Chatberatung. Hier sind Gruppen- oder Einzelchats möglich, die von einer Psychologin moderiert werden. Im News Blog und im Forum können die Teilnehmer selbst aktiv werden, sich austauschen und gegenseitig unterstützen. Das Forum wird moderiert von geschulten Moderatoren.

Ein zentrales Modul von *ProYouth* ist das Monitoring: Jeder registrierte Nutzer wird einmal pro Woche per E-Mail daran erinnert einen Fragebogen zum gegenwärtigen Befinden und Zustand auszufüllen. Im Anschluss bekommt er eine individualisierte Rückmeldung, die sich auf die momentane Ausprägung und Veränderungen seiner Essstörungssymptomatik bezieht. Berichtet ein Teilnehmer deutliche Symptome einer Essstörung, benachrichtigt das Programm automatisch einen Berater. Dieser kontaktiert den Teilnehmer persönlich und vermittelt – je nach Bedarf – weitergehende Unterstützung.

Mehrwert und Patienten-/ Teilnehmerorientierung

ProYouth schafft sowohl auf der Patientenebene als auch auf der gesundheitsökonomischen Ebene Mehrwert.

Patienten-/Teilnehmerebene:

Über *ProYouth* können sich Kinder und Jugendliche wie auch Erwachsene niedrigschwellig, anonym, unverbindlich und vertraulich über Essstörungen und mögliche Unterstützung informieren. *ProYouth* erreicht damit auch Betroffene angesprochen, die zu unsicher und ängstlich sind, um einen persönlichen Kontakt zu suchen. Neben der Hauptzielsetzung Prävention dient es damit als Anlaufstelle für Betroffene, die ohne *ProYouth* keinen Zugang zu adäquater Hilfe hätten.

Das Programm bietet den Teilnehmern außerdem viele Möglichkeiten selbst aktiv zu werden und sich mit anderen Jugendlichen, die sich in einer ähnlichen Situation befinden, anonym auszutauschen (etwa im News Blog oder im Forum).

Durch die Teilnahme am Programm können zudem essstörungsbezogene Belastungen reduziert werden; das Risiko sinkt, an einer Essstörung zu erkranken.

Außerdem nutzen stark belastete Teilnehmer vermehrt konventionelle Beratungs- und Therapieangebote. Dadurch wird die Leidenszeit verkürzt und eine bessere Prognose erzielt.

Gesundheitsökonomische Ebene:

Dank *ProYouth* wird Betroffenen früher als sonst geholfen. Durch diese Frühintervention können Versorgungsangebote zeitnah und zielgenau vermittelt werden. Je früher ein Betroffener therapiert wird, umso höher sind seine Heilungschancen und umso erfolgreicher ist auch die Therapie. Wenn die Erkrankung

aufgrund der Frühintervention nicht chronisch wird, können teure Behandlungen vermieden werden. Dank des präventiven Charakters des Angebots werden außerdem zahlreiche Neuerkrankungen verhindert. Zudem erlaubt der flexible Ansatz, dass personelle Ressourcen in erster Linie da eingesetzt werden, wo sie am dringendsten benötigt werden. Teilnehmer mit sehr niedrigem Symptomstatus haben kaum persönlichen Kontakt mit Psychologen, Teilnehmer mit deutlicheren Symptomen bekommen mehr Beratungszeit. Auf diese Weise können auch große Teilnehmerzahlen effizient unterstützt werden.

Finanzierung

Die Klaus Tschira Stiftung finanzierte eine Studie um die Wirksamkeit des Angebote an einer Stichprobe von 1.667 Schülerinnen und Schülern zu untersuchen (Laufzeit: 2009 bis 2011). Im Anschluss daran förderte das EU-Gesundheitsprogramm die Dissemination und Implementierung von *ProYouth* in mehreren europäischen Ländern (Laufzeit: 2011 bis 2014). Dadurch konnte die Software weiterentwickelt, in verschiedene Sprachen übersetzt und somit auch international eingesetzt werden.

In Deutschland wird das Projekt derzeit von der Forschungsstelle für Psychotherapie an der Universitätsklinik Heidelberg finanziert. Dadurch kann das Portal auch in den Partnerländern kostenlos angeboten werden.

Management

Die Forschungsstelle für Psychotherapie am Universitätsklinikum Heidelberg unter der Leitung von PD Dr. Stephanie Bauer leitet die *ProYouth*-Initiative. Um *ProYouth* in Deutschland zu verbreiten, werden neue Kooperationen mit unterschiedlichen Partnern aufgebaut (beispielsweise Schulen und Beratungsstellen); das Online-Angebot wird von der Forschungsstelle inhaltlich betreut (etwa durch Schulung von Moderatoren oder Psychologen).

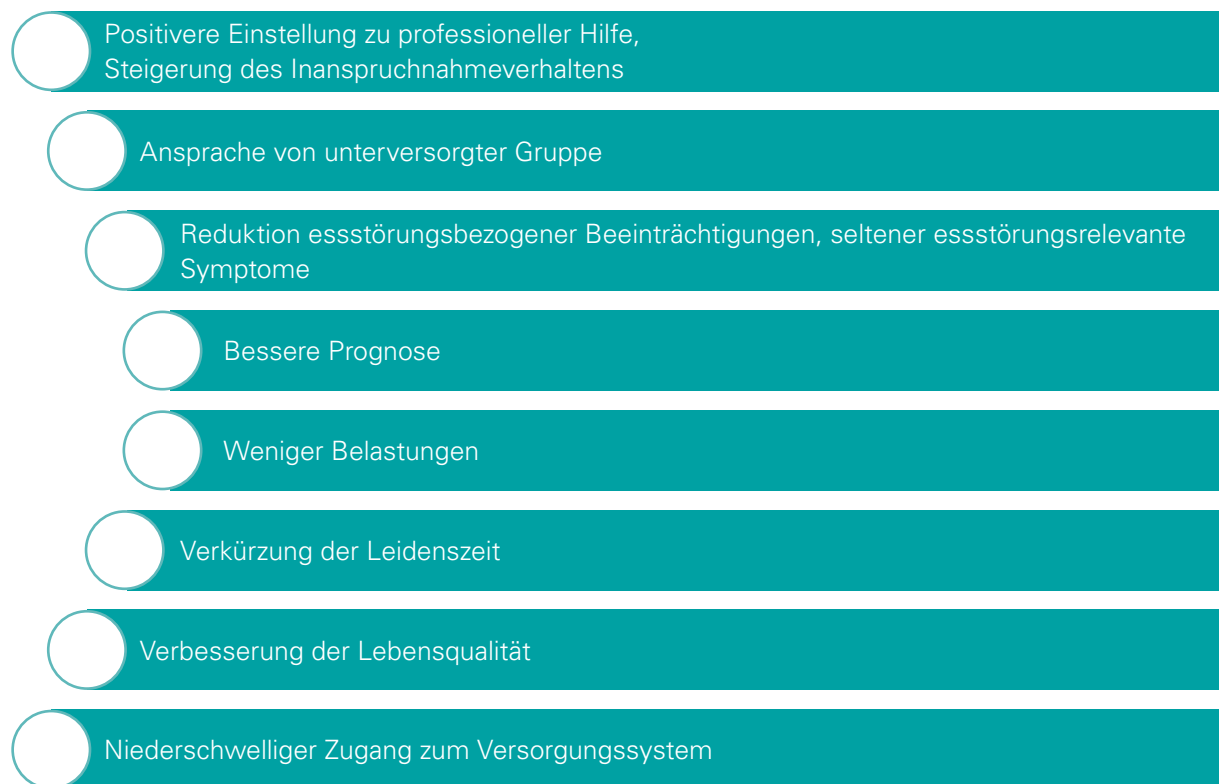
In den verschiedenen europäischen Ländern leiten etablierte Partner die lokalen *ProYouth*-Initiativen. Auch sie kooperieren mit regionalen Partnern aus der Gesundheitsförderung, Prävention und Behandlung psychischer Erkrankungen. Dazu zählen beispielsweise studentische Beratungsstellen, Studierendenvereinigungen, Schulämter, Schulpsychologen, Präventionsbeauftragte, Krankenversicherungen und Anbieter von Gesundheitsleistungen und der Krankenversorgung.

Evaluation

Mehrere Studien überprüften Wirksamkeit und Akzeptanz von *ProYouth*. Auch Kosten und Nutzen des Programms wurden untersucht. Zusätzlich wurden die Prozesse und Ergebnisse umfassend evaluiert. Da *ProYouth* ein internetbasierter Ansatz ist, werden alle Aktivitäten und die Kommunikation der Teilnehmer auf dem Portal automatisch dokumentiert. Darüber kann das Projekt kontinuierlich analysiert, die Qualität kontrolliert und das Programm fortlaufend den Bedürfnissen und Nutzergewohnheiten der Teilnehmer angepasst werden.

Abbildung 17 illustriert die Ergebnisse der Evaluationen.

Abbildung 17 Zentrale Evaluationsergebnisse der *ProYouth*-Initiative



Quelle: Eigene Darstellung.

ProYouth erreicht auf effizientem Weg große Personengruppen und wird von der Zielgruppe gut angenommen: Bislang haben in den verschiedenen Ländern über 25.000 Teilnehmer den Selbsttest genutzt; über 10.000 haben sich für die Teilnahme am Programm registriert.

In Deutschland wurde eine randomisiert kontrollierte Studie an 395 Schulen durchgeführt, um zu untersuchen, wie kosteneffektiv unterschiedliche Strategien sind, um Schülerinnen und Schüler auf das Programm aufmerksam zu machen. Die Ergebnisse zeigen, dass die *ProYouth*-Workshops an den Schulen zwar die teuerste aber auch die kosteneffektivste Variante ist, um die Zielgruppe anzusprechen (Moessner et al., 2015).

Ferner konnte gezeigt werden, dass die Teilnehmer gegenüber *ProYouth* positiv eingestellt und mit der gebotenen Unterstützung zufrieden sind (Minarik et al., 2013). Die *ProYouth* Teilnehmer nehmen professionelle Hilfe mehr wahr als Nicht-Teilnehmer.

Die meisten Teilnehmer gaben an, dass sie sich dank *ProYouth* erstmals mit dem Thema Essstörungen beschäftigt haben und *ProYouth* das Hilfesucheverhalten von Betroffenen effektiv verbessern kann (Moessner et al., 2016).

In einer randomisiert kontrollierten Studie mit 350 Teilnehmern wurde untersucht, wie das Onlineprogramm die essstörungsbezogenen Beeinträchtigungen der Teilnehmer reduziert. Teilnehmer, die anfangs stark belastet waren, waren dank der Teilnahme an *ProYouth* am Ende weniger belastet als die Teilnehmer der Kontrollgruppe, die keinen Zugang zum Programm hatten (Aardoom et al., 2016).

Einen weiteren Beleg für die Wirksamkeit des Programms liefert eine randomisiert kontrollierte Studie mit circa 1.700 gesunden Schülern in Baden-Württemberg. In dieser Studie konnte gezeigt werden, dass Teilnehmer der Interventionsgruppe (mit Zugang zum *ProYouth*-Vorläuferprogramm YoungEssprit) innerhalb eines Jahres seltener essstörungsrelevante Symptome entwickelten als Teilnehmer der Kontrollgruppe, die das Programm nicht nutzen konnten (Lindenberg, Kordy, 2015).

Die gesunden und wenig belasteten Teilnehmer nutzen überwiegend die automatisierten Module. Sie sind im Portal weniger aktiv. Die eher stark belasteten Teilnehmer nutzen vor allem die personalisierten – und damit kostenintensiveren – Module (zum Beispiel die Chatberatung oder das Forum) (Bauer et al., in press).

Eine Analyse konnte zeigen, dass sich die Kosten des Angebots auf etwa 15 Euro pro Teilnehmer im Jahr belaufen, wenn 1.000 Personen für die Teilnahme registriert sind. Darin enthalten sind zum einen die Kosten für die Technik (z. B. Hard- oder Software Updates), zum anderen die Personalkosten (z. B. die Chatberatungen oder die Moderation des Forums) (Minarik et al., 2013).

ProYouth ist auch im internationalen Vergleich eines der größten, nachhaltig implementierten Internetportale für die Gesundheitsförderung und Prävention im Bereich der Essstörungen.

Nächste Schritte

In Deutschland wird das Programm hauptsächlich über das Internet bekannt gemacht und verbreitet. Zusätzlich werden in Schulen Workshops und Informationsveranstaltungen zu Essstörungen und zum *ProYouth*-Portal veranstaltet. Auch sollen verstärkt soziale Netzwerke genutzt werden, um die Initiative bekannter zu machen.

Die *ProYouth*-Initiative soll zukünftig weiterentwickelt werden. Die *ProYouth*-Software muss aktualisiert werden, sodass alle Programnteile auch auf Tablets und Smartphones genutzt werden können.

Weiterhin soll der Ansatz der *ProYouth*-Initiative auf andere psychische Erkrankungen ausgeweitet werden – beispielsweise auf Angststörungen oder Depression. Diese treten bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen noch häufiger auf als Essstörungen.

Ansprechpartner

PD Dr. Stephanie Bauer

Leiterin der Forschungsstelle
Forschungsstelle für Psychotherapie,
Universitätsklinikum Heidelberg
Bergheimer Straße 54
69115 Heidelberg
Telefon: 06221 – 567 345
E-Mail: stephanie.bauer@med.uni-heidelberg.de
www.psyres.de

Dr. Markus Moessner

Wissenschaftlicher Mitarbeiter
Forschungsstelle für Psychotherapie,
Universitätsklinikum Heidelberg
Bergheimer Straße 54
69115 Heidelberg
Telefon: 06221 – 567 614
E-Mail: markus.moessner@med.uni-heidelberg.de
www.psyres.de

Literatur

- Aardoom, J.J., Dingemans, A.E., Spinhoven, P., van Ginkel, J.R., de Rooij, M., van Furth, E.F. (2016). Web-Based Fully Automated Self-Help With Different Levels of Therapist Support for Individuals With Eating Disorder Symptoms: A Randomized Controlled Trial. *J Med Internet Res.* 2016 Jun. ÜÜ 17;18(6):e159.
- Basdevant, A., Pouillon, M., Lahlou, N., Le Barzic, M., Brillant, M., & Guy-Grand B. (1995). Prevalence of binge eating disorder in different populations of French women. *Int J Eat Disord*, 18, 309–315.
- Bauer, S., et al. (in press). Dissemination of an Internet-based Program for Prevention and Early Intervention: Relationship between Access Paths, User Characteristics, and Program Utilization. *Eating Behaviors*, in press.
- de Zwaan, M. (2001). Binge eating disorder and obesity. *Int J Obes Relat Metab Disord*, 25(1), 51–55.
- de Zwaan, M., Mitchell, J.E., Mussell, M.P., Raymond, N.C., Seim, H.C., Specker, S.M., & Crosby, R.D. (2005). Short-term cognitive behavioral treatment does not improve long-term outcome of a comprehensive very-low-calorie diet program in obese women with binge eating disorder. *Behavior Therapy*, 36, 89–99.
- Fichter, M. (2008). Epidemiologie der Essstörungen. In Herpertz, S., de Zwaan, M. & Zipfel, S. (Eds.), *Handbuch Essstörungen und Adipositas* (pp. 38–41). Heidelberg: Springer-Verlag.
- Haas, L., Stargardt, T., Schreyoegg, J., Schlösser, R., Danzer, G., & Klapp, B.F. (2011). Inpatient costs and predictors of costs in the psychosomatic treatment of anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*, 45(2), 214–221. doi: 10.1002/eat.20903
- Hart, L.M., et al., Unmet need for treatment in the eating disorders: A systematic review of eating disorder specific treatment seeking among community cases. *Clinical Psychology Review*, 2011. 31(5): p. 727–735.
- Herpertz, S., Hagenah, U., Vocks, S., von Wietersheim, J., Cuntz, U., & Zeeck A. (2011). Clinical practice guideline: The diagnosis and treatment of eating disorders. *Dtsch Arztebl Int*, 108(40), 678–685. doi: 10.3238/arztebl.2011.0678
- Hoek, H. W., & van Hoeken, D. (2003). Review of the Prevalence and Incidence of Eating Disorders. *Int J Eat Disord*, 34(4), 383–396. doi: 10.1002/eat.10222
- Keel, P.K., Mitchell, J.E., Miller, K., Davis, T.L., & Crow S.J. (1999). Long-term outcome of bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry*, 56(63–9).
- Krauth, C., Buser, K., & Vogel, H. (2002). How high are the costs of eating disorders – anorexia nervosa and bulimia nervosa – for German society? *Eur J Health Econ*, 3, 244–250.
- Lindenberg, K. & Kordy, H. (2015). Wirksamkeit eines gestuften, Internetvermittelten Ansatzes zur Prävention von Essstörungen bei Schülern der 7. bis 10. Klasse. *Kindheit und Entwicklung*, 24(1), 55–63.
- Minarik, C., Moessner, M., Özer, F. & Bauer, S. (2013). Implementierung und Dissemination eines internetbasierten Programms zur Prävention und frühen Intervention bei Essstörungen. *Psychiatrische Praxis*, 40, 332–338.

- Moessner, M., Minarik, C., Ozer, F. & Bauer, S. (2015). Effectiveness and Cost-effectiveness of School-based Dissemination Strategies of an Internet-based Program for the Prevention and Early Intervention in Eating Disorders: A Randomized Trial. *Prevention Science*.
- Moessner, M., Minarik, C., Ozer, F. & Bauer, S. (in press). Can an Internet-based Program for the Prevention and Early Intervention in Eating Disorders facilitate Access to Conventional Professional Healthcare? *Journal of Mental Health*.
- Moessner, M., Minarik, C., Özer, F., Bauer, S. (2016). Can an internet-based program for the prevention and early intervention in eating disorders facilitate access to conventional professional healthcare? *J Ment Health*, Feb 5:1-7.
- Peterson, C.B., Mitchell, J., Engbloom, S., Nugent, S., Mussell, M.P., Crow, S.J., & Thuras, P. (2001). Self-help versus therapist-led group cognitive-behavioral treatment of binge eating disorder at follow-up. *International Journal of Eating Disorders*, 30, 363–374.
- Spitzer, R.L., Yanowki, S.Z., Wadden, T., & Wing, R. (1993). Binge eating disorder: its further validation in a multisite study. *Int J Eat Disord*, 13, 137–145.
- Zipfel, S., Löwe, B., Reas, D.L., Deter, H.C., & Herzog W. (2000). Long-term prognosis in anorexia nervosa: lessons from a 21-year follow-up study. *Lancet*, 356, 721–722.

Hamburger Netz psychische Gesundheit

Autoren: Martin Härter, Andreas Brandes und Martin Lambert

Management Summary

Das Projekt *psychenet – Hamburger Netz für psychische Gesundheit* hat zum Ziel, die psychische Gesundheit in der Metropolregion Hamburg zu fördern und die Diagnose sowie die Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu verbessern.

In insgesamt elf Teilprojekten wurden fünf inhaltliche Schwerpunkte umgesetzt:

Zur verbesserten Aufklärung und Bildung über psychische Erkrankungen setzte psychenet eine vierjährige Medienkampagne um und richtete ein Internetportal ein.

Zur Stärkung der krankheitsübergreifenden Prävention wurden unter anderem in Hamburger Unternehmen und Schulen Begegnungsprojekte und trialogische Fortbildungen sowie Bildungsmaßnahmen angeboten.

Zur Verbesserung der Diagnostik, Indikationsstellung und Therapie wurden fünf Gesundheitsnetze aufgebaut und in ihrer Wirkung beforscht – zu Psychose, Depression, somatoformen Störungen, Mager-sucht und Bulimie sowie Alkohol im Jugendalter. Haus- und Fachärzte sowie Psychotherapeuten aus verschiedenen Settings wurden speziell geschult und unterstützt.

Die Selbstwirksamkeit von Betroffenen und Angehörigen wurde gestärkt durch den flächendeckenden Aufbau von Peer-Support, also von Beratungsangeboten von Betroffenen für Betroffene sowie von Angehörigen für Angehörige.

Das fünfte Ziel war schließlich, Struktur, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung zu verbessern.

Beteiligt waren mehr als 100 wissenschaftliche und medizinische Einrichtungen und Praxen, Beratungsstellen, der Hamburger Senat, die Hamburger Handelskammer, Krankenkassen, Ärzte- und Psychotherapeutenkammer, Universitäten und Bildungseinrichtungen, Unternehmen der Gesundheitsbranche sowie Betroffenen- und Angehörigenverbände.

Versorgungsherausforderung

Zwischen 30 und 50 Prozent der Jugendlichen und Erwachsenen erkranken im Laufe ihres Lebens mindestens einmal an einer psychischen Störung (Steel et al., 2014; Merikangas et al., 2010). In Deutschland verursachten psychische Erkrankungen im Jahre 2012 Kosten in Höhe von rund 64 Milliarden Euro (Statista, 2015).

Die Dauer zwischen Erstauftreten der Erkrankung und einer adäquaten Therapie liegt im Durchschnitt bei 6,8 Jahren (Wang et al., 2005; Lambert, et al., 2013). Die individuelle Dauer wird von verschiedenen Faktoren beeinflusst, beispielsweise von der Art der Erkrankung. Personen, die bereits früh psychisch erkranken, bleiben meist länger unbehandelt und haben häufig eine schlechtere Prognose.

An vielen Orten sind Therapiemöglichkeiten rar. Doch selbst wenn die Betroffenen behandelt werden, ist die Therapie oftmals nicht adäquat (Wang et al., 2007; Alonso, et al., 2004).

Bei psychenet arbeiten nun verschiedenste Institutionen und Leistungserbringer eng zusammen, um die Patienten umfassend und adäquat versorgen zu können.

Entstehungsgeschichte

Im Jahr 2009 startete das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) die Initiative *Gesundheitsregionen der Zukunft: Fortschritt durch Forschung und Innovation*. Dieser Wettbewerb sollte Akteure aus Politik, Forschung, Wirtschaft und Versorgung dazu anregen, verstärkt zusammenzuarbeiten – über die branchenüblichen, fachlichen Grenzen hinweg. Ziele des Wettbewerbs waren die Erschließung der Potenziale einer Region für Innovationen im Gesundheitswesen durch Forschung und Entwicklung, die nachhaltige Stärkung der regionalen Wertschöpfungsketten in der Gesundheitswirtschaft und die Verbesserung der Gesundheitsversorgung durch Steigerung von Qualität und Effizienz von Prozessen im gesamten Bereich der Gesundheitswirtschaft.

Zahlreiche wissenschaftliche und medizinische Einrichtungen, insbesondere die Universität Hamburg mit dem Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, der Hamburger Senat, die Hamburger Handelskammer, Krankenkassen, Ärzte- und Psychotherapeutenkammern sowie Betroffenen- und Angehörigenverbände entwickelten daraufhin das Projekt psychenet. Es wurde im Mai 2010 im Rahmen der oben genannten BMBF-Initiative zur *Gesundheitsregion der Zukunft* gekürt und von 2011 bis 2015 finanziell gefördert.

Kernelemente

Zielgruppe

Das Projekt psychenet richtet sich an psychisch kranke Menschen sowie an Menschen, die gefährdet sind, psychisch zu erkranken, an deren Angehörige und Behandler sowie an die Allgemeinbevölkerung. Im Fokus stehen besonders häufige und schwere psychische Erkrankungen wie Depressionen, somatoforme Störungen, Magersucht, Bulimie, Alkoholstörungen im Jugendalter und Psychosen.

Versorgungskonzept

psychenet ist ein innovatives, versorgungszentriertes und wissenschaftlich fundiertes Gesamtkonzept, das sich inhaltlich an den Arbeiten des Forums zur *Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen*

in Deutschland (www.gesundheitsziele.de) orientiert. Dabei handelt es sich um einen Kooperationsverbund, der konsensual Gesundheitsziele entwickelt und initiiert.

psychenet besteht aus einer Vielzahl unterschiedlicher Teilprojekte (TP).

TP 1: Aufklärung und Bildung

TP 2: Kommunikationsplattform und interaktives Internetportal

TP 3: Betriebliche Gesundheit

Das erste TP richtet sich an die Allgemeinbevölkerung und an Professionelle mit einer umfassenden Medien- und Aufklärungskampagne. TP 2 bietet Gesundheitsinformationen und Tools (z. B. Selbsttests) für Betroffene, Angehörige, Behandler sowie die Allgemeinbevölkerung. TP 3 wiederum richtet sich an Führungskräfte und deren Mitarbeiter.

Die Aufklärung und Information der jeweiligen Personengruppe erfolgte zum einen über die Betriebliche Gesundheitsförderung, zum zweiten über eine groß angelegte Aufklärungskampagne und über Begegnungsprojekte. Im Rahmen der Aufklärungskampagne wurden 16 Plakatismotive entwickelt, über 8.000 Citylight-Poster aufgehängt sowie Annoncen in zwölf Zeitungen und Zeitschriften geschaltet. Zudem wurden 6.000 Poster an die Praxen verteilt, über 800.000 Edgar-Karten ausgehändigt und 18 Poster-Ausstellungen realisiert. Vier Kinospots wurden insgesamt über 30.000 Mal in 50 Hamburger Kinos gezeigt. Die Kampagne wurde für acht Preise zur guten Gesundheitswerbung nominiert und auch prämiert. Das Konzept wurde zusammen mit *Irre menschlich Hamburg e. V.* entwickelt und als Best Practice Modell der EU sowie von der Universität Hamburg ausgezeichnet. Es wurden zudem über 700 Begegnungsprojekte vor allem für Schüler und trialogische Fortbildungen für unterschiedliche Berufe durchgeführt.

Ein weiteres wichtiges Modul ist das interaktive Internetportal *psychenet.de*. Es informiert mit sog. „Fact-Sheets“ umfassend zu elf Krankheitsbildern auf Deutsch, Englisch und Türkisch; auch spezifische Fach- und Patientenleitlinien sind dort zu finden. Interessierte können ausgewählte Screening-Bögen ausfüllen und ihr Krankheitsrisiko selbst testen. Sie finden zudem evidenzbasierte Online-Entscheidungshilfen nach dem Modell des Shared Decision Making sowie eine einzigartige Suchfunktion zu Behandlungsangeboten in Hamburg.

TP 4: Selbstmanagementförderung in der hausärztlichen Praxis

TP 4 unterstützt Patienten mit angstbedingten, depressiven und somatoformen Störungen durch geschulte Pflegekräfte. Hausarztpraxen stellen dazu Pflegekräfte ein und schulen sie. Die Pflegekräfte erfassen die Bedürfnisse der psychisch belasteten Patienten und klären sie über Symptome und Ursachen der Erkrankung auf. Sie bieten zudem Hilfe zur Selbsthilfe an.

TP 5: Selbst- und Familienhilfe

TP 5 entwickelte eine sogenannte Peer-Beratung: Menschen mit chronisch psychischen Erkrankungen beraten andere psychisch kranke Menschen und Angehörige beraten Angehörige in psychiatrischen Kliniken; so fördern sie auch die Selbsthilfe.

TP 6: Gesundheitsnetz Psychose

TP 6 richtet sich an von Psychose betroffene sowie gefährdete Personen und deren Behandler (Haus-/Fachärzte, Psychotherapeuten, Fachkliniken). Im Hamburger Modell werden Patienten integriert versorgt und von sogenannten therapeutischen *Assertive Community Treatment (ACT)* Teams behandelt. Das Behandlungsnetzwerk besteht aus diagnosespezifischen, stationären, teilstationären und ambulanten Institutionen der Psychiatrie sowie aus niedergelassenen Psychiatern. Außerklinische Träger wurden miteinbezogen.

TP 7: Gesundheitsnetz Depression

Dieses TP richtet sich an depressive und entsprechend gefährdete Personen und deren Behandler. Das Teilprojekt basiert auf einem *Stepped and Collaborative Care*-Modell (SCM) mit sechs Behandlungsmöglichkeiten unterschiedlicher Intensität. Dazu arbeiten niedergelassene Hausärzte, Fachärzte, Psychotherapeuten sowie stationäre Einrichtungen zusammen. Das Modell orientiert sich an der Nationalen Versorgungsleitlinie *Unipolare Depression* (www.versorgungsleitlinie.de). Im Rahmen des SCM wird evidenzbasiert behandelt; Informationen zwischen allen Beteiligten werden besser ausgetauscht. Alle gesetzlichen Krankenkassen förderten das Projekt.

TP 8: Gesundheitsnetz somatoforme Störungen

TP 8 richtet sich an Betroffene mit somatoformen bzw. funktionellen Störungen, gefährdete Personen sowie deren Behandler. Um Patienten wirksam zu behandeln, kooperieren ambulante und stationäre Versorger analog zu TP 7. Das sogenannte *SoFu-Net* integriert Screeningmaßnahmen, ein sektorenübergreifendes Behandlernetzwerk, ein gestuftes Vorgehen und definierte Behandlungspfade.

TP 9: Gesundheitsnetz Magersucht und Bulimie

TP 9 richtet sich mit Präventions- und Früherkennungsprogrammen an gefährdete Personen, Schulklassen sowie an ein interdisziplinäres Versorgernetz. In Zusammenarbeit mit dem Landesinstitut für Lehrerbildung und Schulentwicklung sowie dem Suchtpräventionszentrum wurde ein Programm zur frühzeitigen Aufklärung, Prävention und Behandlung von Essstörungen entwickelt, eingeführt und begleitet. Vorhandene Versorgungsstrukturen wurden intensiver vernetzt. Ein *Wegweiser Anorexie und Bulimie* wurde entwickelt (<http://essstoerungen.psychenet.de>).

TP 10: Gesundheitsnetz Alkohol im Jugendalter

TP 10 richtet sich an Jugendliche, die wegen einer akuten Alkoholvergiftung stationär behandelt werden müssen. Sie werden selektiv aufgeklärt – durch eine manualisierte, motivierende Kurzintervention, verbunden mit einer manualisierten Elternintervention in einem Hilfenetzwerk. Die Intervention basiert auf der Verhaltensprävention von *HaLT-Hart am Limit*, einem seit zehn Jahren in Deutschland etablierten Programm, das bisher aber noch nicht systematisch evaluiert worden ist.

TP 11: Methodenberatung und Evaluation

Das übergeordnete TP 11 sicherte die methodische Qualität und begleitete das Gesamt- sowie ausgewählte Teilprojekte, insbesondere auch die Aufklärungskampagne, wissenschaftlich.

Mehrwert und Patientenorientierung

Betroffene können direkter und optimierter versorgt werden. Eine Unter-, Über- oder Fehlversorgung wird reduziert.

Ein elementarer Bestandteil von allen Teilprojekten war die intensive Beteiligung der Patienten; sie wurden direkt in alle Projekte mit einbezogen. Angehörige psychisch Erkrankter wurden gestärkt, beispielsweise durch individuelles Coaching von geschulten Angehörigen.

Insgesamt wird die Region über alle fünf in Abbildung 18 dargestellten Aktionsfelder besser versorgt.

Abbildung 18 Mehrwert in den fünf Aktionsfeldern



Quelle: Eigene Darstellung.

Finanzierung

Das Bundesministerium für Bildung und Forschung förderte das Projekt psychenet von 2011 bis 2015.

Die Partner von psychenet trugen weitere Kosten (Eigenmittel betrugen 50 Prozent der Gesamtsumme).

Um die einzelnen Teilprojekte verstetigen zu können, wurden verschiedene Finanzierungsmodelle angestrebt, beispielsweise über den § 20 des Präventionsgesetzes (Primärprävention) sowie Versorgungsmodelle im Rahmen der §§ 43, 137f und 140a-g des SGB V.

Management

Die Gesundheitswirtschaft Hamburg GmbH (GWHH) steuerte zusammen mit zwei wissenschaftlichen Sprechern am UKE das gesamte Projekt. Zusätzlich gibt es vier Stabsstellen:

1. Projektstrategie
2. Forschungs- und Transferstelle Dienstleistungsgeschäftsmodelle
3. ambulante Netzwerke
4. Partizipation und Dialog

Unterstützt wurde die Gesamtprojektleitung durch drei Gremien. Der regionale Beirat umfasst die Partnerorganisationen von psychenet. Der wissenschaftliche Beirat setzte sich zusammen aus Experten aus den Bereichen Psychiatrie, psychosomatische Medizin, Psychotherapie, betriebliche Gesundheitsforschung, Gesundheitsökonomie, Dienstleistungsforschung und integrierte Versorgung.

Evaluation

Insgesamt wurden im Rahmen von psychenet über 100 wissenschaftliche Publikationen und zahlreiche nationale und internationale Kongressbeiträge verfasst. Es wurden mehr als 100 regionale Netzwerkveranstaltungen durchgeführt (inkl. vier großer Symposien). An dieser Stelle werden nur exemplarische Ergebnisse aufgeführt.

Aufklärung und Bildung

Im Jahr 2015 kannten circa 114.000 Hamburger die Aufklärungskampagne. Befragte, die psychenet kannten, stimmten in ihren Einstellungen häufiger mit den zentralen Botschaften der Kampagne überein – verglichen zu Befragten, die psychenet nicht kannten. Die Begegnungsprojekte und dialogischen Fortbildungen konnten Ängste abbauen und stereotype Sichtweisen korrigieren.

Das Internetportal psychenet.de verzeichnete im März 2016 etwa 77.300 Besuche aus allen Kontinenten. Es konnte gezeigt werden, dass 71 Prozent der Befragten das Portal als „gut“ oder „sehr gut“ be-

werteten. 89 bis 96 Prozent gaben an, dass das Portal benutzerfreundlich sei, sie das Portal nutzen wollen und den Inhalten vertrauen.

Prävention

Über 2.000 Schüler aus 23 Hamburger Schulen nahmen an einer cluster-randomisiert-kontrollierten Studie teil, die überprüfte, wie wirksam das Präventionsprojekt zum Thema Essstörungen ist. Die teilnehmenden Schüler wussten mehr über das Thema und standen den Erkrankungen weniger ängstlich gegenüber. Schülerinnen der elften Klassen konnten ihr Risiko reduzieren, an einer Essstörung zu erkranken.

Diagnostik, Indikationsstellung und Therapie

Eine randomisierte kontrollierte Studie evaluierte, wie wirksam Jugendliche und junge Erwachsene mit Psychose durch das Hamburger Modell behandelt werden können. Die Interventionsgruppe wurde zwölf Monate lang nach den Kriterien des Modells behandelt, die Kontrollgruppe nicht. Es zeigte sich, dass die sechsmonatige psychofunktionale Remissionsrate in der Interventionsgruppe deutlich stieg. Die Krankheitssymptome der behandelten Patienten ließen deutlich nach (49 Prozent) – bei der Kontrollgruppe waren es nur 15 Prozent.

Im Vierjahresverlauf wurde deutlich, dass in der Interventionsgruppe unbehandelte Psychosen kürzer andauerten, dass sich die Symptomatik verbesserte und dass die Patienten besser im Alltag zurechtkamen, verbunden mit einer höheren Lebensqualität.

Zudem konnten die Patienten im Vergleich zur Standardbehandlung kosteneffektiver behandelt werden. Die direkten Behandlungskosten konnten signifikant reduziert werden und die Patienten gewannen an qualitäts-adjustierten Lebensjahren.

Stärkung der Betroffenen und Angehörigen

In zehn Kliniken in Hamburg konnten insgesamt 18 „Betroffenen-Peers“ und acht „Angehörigen-Peers“ etabliert werden. Die Peer-Arbeit

- erreichte eine Patientengruppe, die oft zu kurz kommt,
- unterstützte die Kliniken beim Entlassungsmanagement,
- unterstützte die Betroffenen hinsichtlich ihrer Selbstwirksamkeit und verkürzte so stationäre Behandlungszeiten,
- unterstützte die Angehörigen, indem sie weniger belastet wurden; so stieg auch deren Lebensqualität,
- bewirkte bei den Peer-Begleitern selbst eigene Empowerment- und Recovery-Prozesse,
- konnte stigmatisierende Sichtweisen in der Psychiatrie korrigieren.

Entwicklung neuer Versorgungsstrukturen

Im Gesundheitsnetz Depression nahmen die über 90 ambulanten und stationären Partner über 600 Patienten auf und behandelten sie im Rahmen des *Stepped und Collaborative Care Modells (SCM)*.

Über 75 Prozent der Partner nutzen die eingesetzten SCM-Elemente und bewerteten diese überwiegend positiv (Screening-, Diagnose- und Monitoring-Checklisten, Leitlinien, niedrigschwellige Behandlungsangebote und IT-Tools).

Eine cluster-randomisierte kontrollierte Studie prüfte die Wirksamkeit des SCM mithilfe des Fragebogens PHQ-9, der die depressive Symptomatik von Patienten erfasst. Die Symptomatik war in der Interventionsgruppe nach zwölf Monaten signifikant niedriger als in der Kontrollgruppe.

Nachhaltigkeit der Ergebnisse

Viele Teilprojekte von psychenet konnten bereits verstetigt werden. So finanziert die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) den Transfer des Internetportals psychenet.de und fördert die bundesweite Implementierung.

Die Peer-Beratung wird von Krankenkassen zusammen mit der Hamburger Gesundheitsbehörde finanziert. Aus Landesforschungsmitteln kann die Peerarbeit weiter evaluiert und vom Bereich des SGB V auf den Bereich des SGB XII ausgeweitet werden.

Die Versorgungsmodelle aus den Gesundheitsnetzen *Psychose* und *Alkohol* konnten ebenfalls verstetigt werden. Bei den weiteren Gesundheitsnetzen wird derzeit geprüft, ob diese im Rahmen von Innovationsfonds oder Selektivmodellen verstetigt werden können.

Zudem wurden mehrere Anträge für neue Projekte gestellt. Unter anderem wird das BMBF ein Kooperationsnetz für Versorgungsforschung in Hamburg (HAM-NET) und ein Forschungsprojekt zur *Collaborative und Stepped Care bei psychischen Erkrankungen* fördern (COMET).

Darüber hinaus wird geprüft, Projektbestandteile in andere Länder übertragen, vor allem das Internetportal (beispielsweise nach Singapur).

Nächste Schritte

psychenet implementiert derzeit verschiedene Transferkonzepte:

- Die Region soll durch sektorenübergreifende Ansätze besser versorgt werden.
- Spezifische gesundheitsbezogene Dienstleistungsprodukte sollen entwickelt werden, die langfristig finanziert werden können (z.B. eine Internetseite, ein Train-the-Trainer-Bildungskonzept, integrierte Versorgungsmodelle).
- Die Produkte sollen auf andere Regionen übertragen werden.

Um diese drei Verwertungsansätze realisieren zu können, kooperieren Projektvertrieb und -anwendung mit eigens gebildeten Strategie-, Forschungs- und Transferstellen sowie der Projektleitung. Darüber hinaus werden relevante Akteure der Gesundheitswirtschaft eingebunden. Nähere Informationen sind unter www.psychenet.de erhältlich.

Ansprechpartner

Prof. Dr. med. Dr. phil. Martin Härter

Institutsdirektor
 UKE, Institut und Poliklinik für Medizinische
 Psychologie
 Martinistraße 52
 20246 Hamburg
 Telefon: 040 – 741 052 978
 E-Mail: m.haerter@uke.de
www.ukede.de

Prof. Dr. med. Martin Lambert

Leiter Arbeitsbereich Psychosen, Leiter
 Integrierte Versorgung, Oberarzt Station PA2
 UKE, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und
 Psychotherapie
 Martinistraße 52
 20246 Hamburg
 Telefon: 040 – 741 024 041
 E-Mail: lambert@uke.de
www.ukede.de

Andreas Brandes

Projektmanager
 Gesundheitswirtschaft Hamburg GmbH
 Adolphsplatz 1
 20457 Hamburg
 Telefon: 040 – 361 389 403
 E-Mail: Andreas.Brandes@gwhh.de
<http://www.gwhh.de>

Literatur

- Alonso, J., Angermeyer, M.C., Bernert, S., et al., (2004). ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators, European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project. Use of mental health services in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl*, 109: 47–54.
- Lambert, M., Bock, T., Naber, D., et al., (2013). Die psychische Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen – Teil 1: Häufigkeit, Störungspersistenz, Belastungsfaktoren, Service-Inanspruchnahme und Behandlungsverzögerung mit Konsequenzen, 81: 614–627.
- Merikangas, K.R., He, J.P., Burstein, M., et al. (2010). Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication – Adolescent Supplement (NCS-A). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 49: 980–98.
- Statista. Direkte Kosten psychischer Erkrankungen in Deutschland nach Krankheitsart in den Jahren 2002 bis 2012 (in Milliarden Euro)- verfügbar unter: <http://de.statista.com/statistik/daten/studie/246590/umfrage/direkte-kosten-psychischer-erkrankungen-in-deutschland-nach-krankheitsart/>[Stand: 07.04.2015].

- Steel, Z., Marnane, C., Iranpour, C., et al., (2014). The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980-2013. *Int J Epidemiol* 43: 476–493.
- Wang, P.S., Angermeyer, M., Borges, G., et al., (2007). Delay and failure in treatment seeking after first onset of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry*, 6: 177–185.
- Wang, P.S., Berglund, P., Olfson, M., et al., (2005). Failure and delay in initial treatment contact after first onset of mental disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*, 62: 603–613.

Ausgewählte Publikationen zu psychenet

- Dirmaier, J., Liebherz, S., Sängler, S., Härter, M. & Tlach, L. (2015). Psychenet.de: Development and process evaluation of an e-mental health portal. *Informatics for Health and Social Care*, 41(3), 267-285.
- Grochtdreis, T., Brettschneider, C., Wegener, A., Watzke, B., Riedel-Heller, S., Härter, M., König, HH. (2014). Cost-effectiveness of collaborative care for the treatment of depressive disorders in primary care: A systematic review. *PLoS One*. 10(5):e0123078.
- Härter, M., Kentgens, M., Brandes, A., Bock, T., Dirmaier, J., Erzberger, M., Fürstenberg, W., Hillebrandt, B., Karow, A., von dem Knesebeck, O., König, H.-H., Löwe, B., Meyer, H., Romer, G., Rouhiainen, T., Scherer, M., Thomasius, R., Watzke, B., Wegscheider, K. & Lambert, M. (2012). Rationale and content of psychenet: the Hamburg Network for Mental Health. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.*; 262 Suppl 2: 57-63.
- Heddaeus, D., Steinmann, M., Liebherz, S., Härter, M. & Watzke, B. (2015). psychenet – Hamburger Netz psychische Gesundheit: Evaluation des Gesundheitsnetzes Depression aus Sicht der teilnehmenden Hausärzte, Psychotherapeuten und Psychiater. *Psychiatrische Praxis* 42, Supplement 1: S54-S59.
- Lambert, M., Schöttle, D., Bock, T., Schulte-Markwort, M., Naber, D. Karow, A. (2014). Integrierte Versorgung nach dem Hamburger Modell für Patienten mit schweren psychotischen Erkrankungen: Behandlungsmodell, Patientencharakteristika, Therapieintensität und Effektivitätsergebnisse. *Psychotherapeut*; 59: 95–99.
- Mahlke, C., Krämer, U., Kilian, R. & Becker, T. (2015). Bedeutung und Wirksamkeit von Peer-Arbeit in der psychiatrischen Versorgung. *Nervenheilkunde* 2015 34(4): 235-239.
- Sack, P.-M., Diestelkamp, S., Küstner, U. & Thomasius, R. (2012). Gesundheitsnetz „Alkoholmissbrauch im Jugendalter“: Verbesserung des Behandlungszugangs für Kinder und Jugendliche mit riskantem Alkoholkonsum. [Health network “alcohol abuse in adolescence”: Improved access-to-care for children and adolescents with at-risk alcohol use]. *Suchttherapie*, 13(1): 33-36.
- Shedden-Mora, M. C., Lau, K., Kuby, A., Groß, B., Gladigau, M., Fabisch, A., & Löwe, B. (2015). Verbesserte Versorgung von Patienten mit somatoformen und funktionellen Störungen: Ein koordiniertes gestuftes Netzwerk (Sofu-Net). *Psychiatrische Praxis* (S01): 60-64.
- von dem Knesebeck, O., Mnich, E., Kofahl, C., Makowski, A. C., Lambert, M., Karow, A., Bock, T., Härter, M., & Angermeyer, M. C. (2013). Estimated prevalence of mental disorders and the desire for social distance – Results from population surveys in two large German cities. *Psychiatry Research*, 209(3), 670-674.
- Zimmermann, T., Puschmann, E., Porzelt, S., Ebersbach, M., Ernst, A., Thomsen, T. & Scherer, M. (2015). Selbstmanagementförderung in der ambulanten Versorgung. Programm einer niedrigschwelligen, komplexen, psychosozialen Intervention durch Pflegekräfte in der Hausarztpraxis. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 91, 11: 456-462.



© MSD, Fotografin: Angelika Bardehle, Aying

Dr. Monika Schliffke, Juror Dr. Rainer Hess (v.l.)

2. Preis

QuaMaDi

Vollständige Digitalisierung des interdisziplinär und intersektoral strukturierten Diagnostikprozesses des Mammakarzinoms in Schleswig-Holstein

Autoren: Doris Scharrel, Monika Schliffke und Sönke Schmidt

Management Summary

Mit dem Projekt *Qualitätsgesicherte Mammadiagnostik* (QuaMaDi) hat sich die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein (KVSH) bereits 2001 das Ziel gesetzt, auf die hohe Inzidenz des Brustkrebses (Mammakarzinoms) in Schleswig-Holstein zu reagieren und die Frühdiagnostik entsprechend zu verbes-

sern. Dazu besteht ein Vertrag nach § 73c SGB V mit allen Krankenkassen. Am Vertrag beteiligt sind 371 Gynäkologen, 71 Radiologen, vier klinische Referenzzentren, 16 Pathologen sowie das Institut für Krebspidemiologie am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein Campus Lübeck. Pro Jahr werden rund 75.000 Patientinnen diagnostiziert und kontrolliert.

Zu den Kernelementen des Vertrages gehören die Risikoeinstufung der Patientinnen durch Gynäkologen, die Zweitbefundung von Mammographien und Ultraschallbildern sowie die Einschaltung klinischer Brustzentren im Falle von radiologischem Dissens oder primärem Malignitätsverdacht. Im Vergleich zum gesetzlichen Mammographie-Screening ist *QuaMaDi* ein Kurativprogramm für alle Altersgruppen. Einen hohen Stellenwert haben die technische und fachliche Qualitätssicherung, die durch Feedback an die Fachgruppen sowie jährliche Evaluationsberichte unterstützt werden.

QuaMaDi hat in Schleswig-Holstein in den vergangenen 15 Jahren eine Mortalitätssenkung bei Brustkrebs um 22 Prozent erreicht, die Fünfjahres-Überlebensrate hat den bundesdeutschen Mittelwert deutlich überholt. Zudem stieg die Lebensqualität der Patientinnen.

Im nächsten Schritt soll *QuaMaDi* vollständig digitalisiert werden. Alle Bilder und Befunde der beteiligten Fachgruppen sollen dann auf einer zentralen telematischen Plattform gebündelt werden. Der Diagnostikprozess könnte so deutlich beschleunigt werden, die Patientinnen hätten schneller Gewissheit über ihre Situation und Therapien könnten früher begonnen werden.

Versorgungsherausforderung

Brustkrebs ist national wie international die häufigste bösartige Neubildung bei Frauen. Das Risiko an Brustkrebs zu erkranken beträgt in Deutschland etwa neun Prozent (RKI, 2015). Schleswig-Holstein hat eine der bundesweit höchsten Neuerkrankungsraten für das Mammakarzinom mit 125 Fällen pro 100.000 Einwohnern; bundesweit liegt die Rate bei 115 pro 100.000. Ebenso liegt die Mortalität mit 27 pro 100.000 deutlich über dem Bundesvergleich (23,9 pro 100.000; GEKID-Atlas, 2012).

Um Brustkrebs frühzeitig erkennen zu können, wurden in den 2000er Jahren organisierte, landesweite Mammographie-Screening-Programme eingeführt. Das Screening wurde 2005 per Gesetz beschlossen, in Schleswig-Holstein ab 2008 umgesetzt. Ziel war es, die Brustkrebssterblichkeit in der anspruchsberechtigten Bevölkerungsgruppe zu senken (Frauen zwischen 50 und 69 Jahren). Gleichzeitig sollten die Belastungen reduziert werden, die mit einem Mammographie-Screening verbunden sein können.

Mit *QuaMaDi* wurde eine indikationsbasierte, kurative Brustkrebsdiagnostik implementiert – begleitet durch besondere qualitätssichernde Maßnahmen und als Ergänzung zur Regelversorgung. Mammakarzinome sollen so frühzeitig und fachübergreifend diagnostiziert sowie zielführender therapiert werden.

Entstehungsgeschichte

Vor allem die hohen Neuerkrankungsraten in Schleswig-Holstein veranlassten die KVSH 2001, mit den Krankenkassen gemäß § 73c SGB V einen Vertrag abzuschließen zur qualitätsgesicherten Mammadiagnostik (*QuaMaDi*). Die Ergebnisse dieses Vertrages wurden von Beginn an jährlich evaluiert. Im kurativen *QuaMaDi*-Programm wird seit 2001 obligatorisch zweitbefundet. Im Dissens-Fall und im Falle diagnostizierter Tumoren wird eines der vier Referenzzentren eingeschaltet.

Das Versorgungsprogramm startete als Modellprojekt in der so genannten K.E.R.N.-Region (Kiel, Eckernförde, Rendsburg, Neumünster). Nach Abschluss der Modellphase wurde das Projekt im Jahr 2005 flächendeckend auf ganz Schleswig-Holstein ausgedehnt.

Bislang laufen die strukturierten Prozesse in *QuaMaDi* papierbasiert. Bereits im Jahr 2010 wurde per Ergänzungsvertrag zwischen KVSH und Krankenkassen vereinbart, dass Bilder künftig telemedizinisch übertragen werden sollten. Diese Vereinbarung wurde bislang allerdings nicht umgesetzt, weil sich die unterschiedlichen Datenbanksysteme der Radiologen als technisch nicht kompatibel herausstellten.

Ein *QuaMaDi*-Relaunch soll nun diese Problematik überwinden und alle Prozesse digitalisieren – mit folgenden Zielen:

1. Beschleunigung der Diagnostik
2. verbesserte Patientinnen-Arzt-Kommunikation zu allen Zeiten des Diagnostik-prozesses
3. Entbürokratisierung des Verfahrens
4. Kostensenkung

Kernelemente

Zielgruppe

Alle Frauen, die in Schleswig-Holstein wohnen, können am *QuaMaDi*-Versorgungsvertrag teilnehmen, sofern sie Verdachtssymptome zu Brustkrebs aufweisen oder zu einer Risikogruppe gehören. Im Gegensatz zum Mammographie-Screening ist es bei der *Qualitätsgesicherten Mammadiagnostik* irrelevant, wie alt die Patientin ist.

Versorgungskonzept

Bei *QuaMaDi* sind folgende Fachrichtungen involviert: Gynäkologie, Radiologie, klinische Referenzzentren, Pathologen, die Projektgeschäftsstelle der KVSH und das Institut für Krebs Epidemiologie als Evaluator. An den Schnittstellen zwischen diesen Akteuren gehen heute noch wertvolle Informationen verloren. Im *QuaMaDi*-Programm werden aktuell Gynäkologiebefunde und Radiologiebefunde mit Mammographien/Sonographien per Kurier von einem Behandler zum anderen transportiert – auf Papier, CD oder USB-Stick.

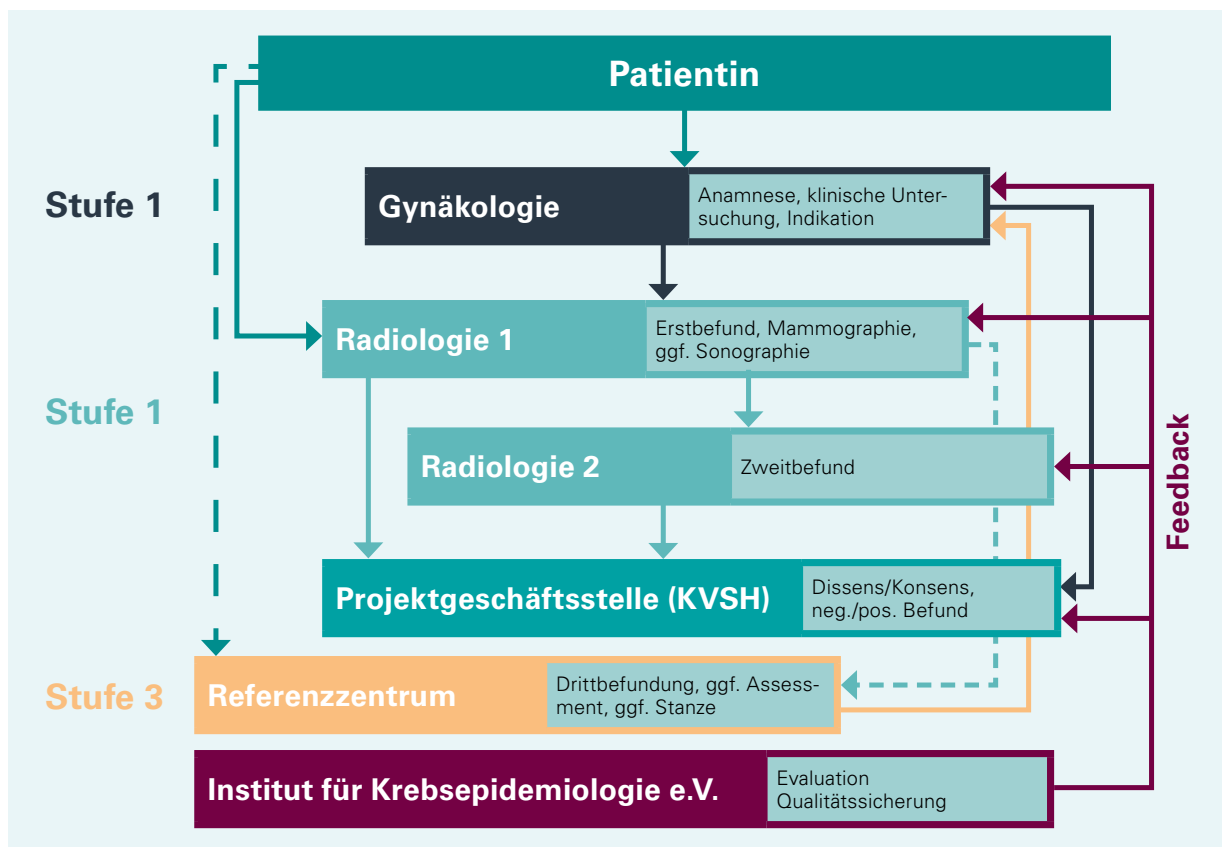
Zwar ist es heute möglich, radiologische Bilder per DICOM-Mail zu versenden und befunden zu lassen (DICOM = Digital Imaging and Communications in Medicine; Deutsch: Digitale Bildverarbeitung und -kommunikation in der Medizin). Nach wie vor sind aber nicht alle Befunde eines Patienten strukturiert eingebunden, Behandler können noch nicht digital auf Befunde zugreifen und noch kann der Prozess nicht laufend evaluiert werden.

Über eine telematische Plattform sollen deshalb alle Prozesse im Rahmen von *QuaMaDi* digitalisiert werden:

- mit strukturierten Befunderhebungen aller Ebenen,
- einem digitalem Bildtransport,
- digitaler Prozessüberwachung,
- und der Bereitstellung primär plausibler Rohdaten zur Evaluation.

Abbildung 19 zeigt den Prozessablauf des Versorgungsprogramms.

Abbildung 19 *QuaMaDi* Workflow



Quelle: Eigene Darstellung.

Stufe 1: Der von der Patientin aufgesuchte Gynäkologe überprüft anhand der Versichertendaten, ob die formalen Bedingungen für die Teilnahme an *QuaMaDi* vorliegen; Anamnese und Befund werden strukturiert erhoben.

Der Gynäkologe macht zunächst einen Anamnese und einen Befund und klärt die Patienten umfassend zu Programm, Ablauf und Datenschutzvorgaben auf. Die Patientin unterschreibt eine Teilnahmeerklärung und eine Datenschutzvereinbarung. Zusätzlich erhält sie schriftliches Informationsmaterial.

Vorbefundete Risikopatientinnen werden kontinuierlich kontrolliert, um Tumoren möglichst frühzeitig erfassen zu können. Patientinnen mit Neubefunden werden einer frühen Diagnostik zugeleitet.

Wird eine Mammographie erforderlich, wählt sich der behandelnde Gynäkologe mit seinen Zugangsdaten in das Webportal des Datenzentrums ein. Hier dokumentiert er strukturiert seinen Befund. Der Arzt vereinbart beim Radiologen eine Mammographie für die Patientin. Wird ein Tumor vermutet, erfolgt die Mammographie am nächsten Werktag. Zudem erhält die Patientin einen *QuaMaDi*-Aufkleber auf ihrer Versichertenkarte.

Stellt sich die Patientin dann beim Radiologen vor, wählt sich die Radiologieassistentin mit ihren Zugangsdaten in das Webportal des Datenzentrums ein und öffnet den Gynäkologiebefund für den Radiologen. Nach durchgeführter Mammographie befundet der Radiologe die Bilder und entscheidet, ob eine Sonographie notwendig ist. Er erstellt auf der Webplattform alle Befunde strukturiert. Der Radiologe speichert anschließend Bilder und Befunde in einem DICOM-Store der KVSH.

Stufe 2: Sobald Bilder und Befunde vorliegen, erstellt die Software automatisch eine so genannte Worklist, um die Patientin zweibefunden zu lassen. Die Software ermittelt freie Radiologen und weist ihnen verschiedene Worklists zu. Die Radiologen haben täglich die ihnen zugewiesenen Zweitbefunde zu bearbeiten. Dies geschieht über den DICOM-Viewer. Die Patientin erhält somit bereits innerhalb von 24 Stunden einen zweiten Befund.

Die Software prüft nun Erst- und Zweitbefundung der Radiologen. Stimmen die Befunde überein und liegt kein primärer Malignitätsverdacht vor, wird automatisch der Gynäkologe informiert, der wiederum umgehend die Patientin benachrichtigen kann.

Stufe 3: Bei radiologischem Dissens oder einem primären Malignitätsverdacht wird automatisch ein Referenzzentrum benachrichtigt – bereits am dritten Tag, nachdem die Patientin das erste Mal untersucht wurde. Der Radiologe im Referenzzentrum meldet sich mit seinen Zugangsdaten auf der Webplattform an und kann die Vorbefunde einsehen. Das Zentrum entscheidet dann, ob der Dissens der Radiologen direkt lösbar ist oder ob die Patientin einbestellt werden muss und weitere Untersuchungen notwendig sind – wie etwa eine Biopsie. Auch ein abschließender, strukturierter pathologischer Befund aus einer Stanz- oder Vakuumbiopsie kann direkt auf der Webplattform von allen Behandlern eingesehen werden. Mit Hilfe des *QuaMaDi*-Prozesses soll innerhalb von maximal fünf bis sieben Arbeitstagen der qualitätsgesicherte Diagnoseprozess abgeschlossen sein.

Es ist auch geplant, die vorhandenen Daten direkt an das Krebsregister zu übertragen, sofern ein maligner Befund vorliegt. Für die Evaluation werden die anonymisierten Daten der Patientinnen digital weitergeleitet an das Institut für Krebssepidemiologie

Tabelle 4 Mehrwert des *QuaMaDi*-Programms

Strategie & Kompetenzen
• Durch die strukturierte Prozessqualität bekommen die Patientinnen schnell Sicherheit. • Notwendige Behandlungen werden schnell eingeleitet. • Frühdiagnostizierte Tumore können schonender behandelt werden und haben eine höhere Heilungschance. • Der Gynäkologe bleibt der erste Ansprechpartner der Patientin im gesamten Programmkontext.
Indirekter Patientennutzen
• Erhöhte 5-Jahres-Überlebensrate und geringere Gesamtmortalität. • Keine Papierunterlagen mehr. • Keine Datenträger können mehr verloren gehen. • Alle Behandler sind immer umfassend und aktuell informiert.
Nutzen der Krankenkassen
• Die Programmkosten können im sechsstelligen Bereich gesenkt werden. • Es wird gesichert, dass Indikationen leitliniengerecht gestellt werden. • Ständig aktuelle Daten von Teilnehmerinnen und Ärzten. • Überregionaler Wettbewerbsvorteil.
Nutzen der Geschäftsstelle
• Es müssen keine Befundbögen mehr manuell begutachtet werden, inklusiver aller damit verbundenen Tätigkeiten, wie z.B. Rückfragen, Konsens-Dissens-Prüfung etc.
Nutzen des Evaluationsinstitutes
• Durch die Digitalisierung werden nur noch plausible Daten übermittelt. • Keine Papierbögen müssen mehr eingescannt werden. • Es werden monatlich Feedbackberichte und Evaluationen verfügbar sein.
Nutzen der KVSH
• Die telematische Plattform kann auch für andere Zwecke verwendet werden. • Gesicherte Qualität und Zweitmeinungsverfahren.

Quelle: Eigene Darstellung.

Durch *QuaMaDi* können alle am Behandlungsprozess Beteiligten besser und kontinuierlicher kommunizieren. Die Ärzte dokumentieren ihre Befunde und Bildmaterialien in feststrukturierten Eingabemasken. Auf diese Weise kann unmittelbar nach der Eingabe geprüft werden, ob die Daten plausibel sind. Zum anderen können die Daten genutzt werden, um das Programm frühzeitig begleitend zu evaluieren.

Im Rahmen eines Modellversuchs verzichtet die KVSH entgegen der BMV-Ä-Vorgaben auf Überweisungsscheine. Eine automatische Abrechnung ist über die Geschäftsstelle möglich, auch wenn kein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat.

Die Qualitätssicherungsabteilung der KVSH prüft kontinuierlich, ob die teilnehmenden Ärzte und die Referenzzentren die fachlichen und gerätetechnischen Voraussetzungen erfüllen. Ebenso unterliegen alle eingesetzten technischen Geräte einer engmaschigen Kontrolle.

Mehrwert und Patientenorientierung

Alle Beteiligten des *QuaMaDi*-Programms profitieren, wie Tabelle 4 zeigt.

Finanzierung

Insgesamt kostet *QuaMaDi* derzeit rund 650.000 Euro pro Jahr. 180.000 Euro trägt die KVSH; die Restsumme wird auf alle Krankenkassen verteilt. Allein der Kurierdienst kostet pro Jahr circa 98.000 Euro.

Die *QuaMaDi*-Geschäftsstelle der KVSH begutachtet pro Jahr circa 250.000 papiergebundene Befunde der beteiligten Fachgruppen. Dieselben 250.000 Papierbefunde werden anschließend an das Institut für Krebsepidemiologie übergeben und dort evaluiert. Das Institut muss die Papierbögen einscannen, um die Daten analysieren zu können; diese Analyse kostet derzeit 133.500 Euro pro Jahr.

Der digitale Relaunch des *QuaMaDi*-Programms soll über den Innovationsfonds finanziert werden. Bis über die Finanzierung entschieden ist, übernimmt die KVSH die bis dahin anfallenden Kosten. Letztlich soll die Digitalisierung die Kosten erheblich reduzieren, vor allem die Kosten für die Bearbeitung der Papierbögen oder für die Kurierfahrten werden entfallen.

Zunächst sind aber folgende Investitionen notwendig:

1. europaweite Ausschreibung: circa 98.000 Euro
2. technische Entwicklungskosten: mittlerer sechsstelliger Bereich
3. Antrag für Innovationsfonds: circa 40.000 bis 70.000 Euro
4. Ausstattung der radiologischen Praxen mit High-Speed-Dicom: circa 80.000 Euro (erst nach Finanzierungszusage durch den Fonds)

Auch das *QuaMaDi*-Datenzentrum bei der KVSH wird nur errichtet, wenn ein Förderbescheid durch den Innovationsfonds vorliegt.

Management

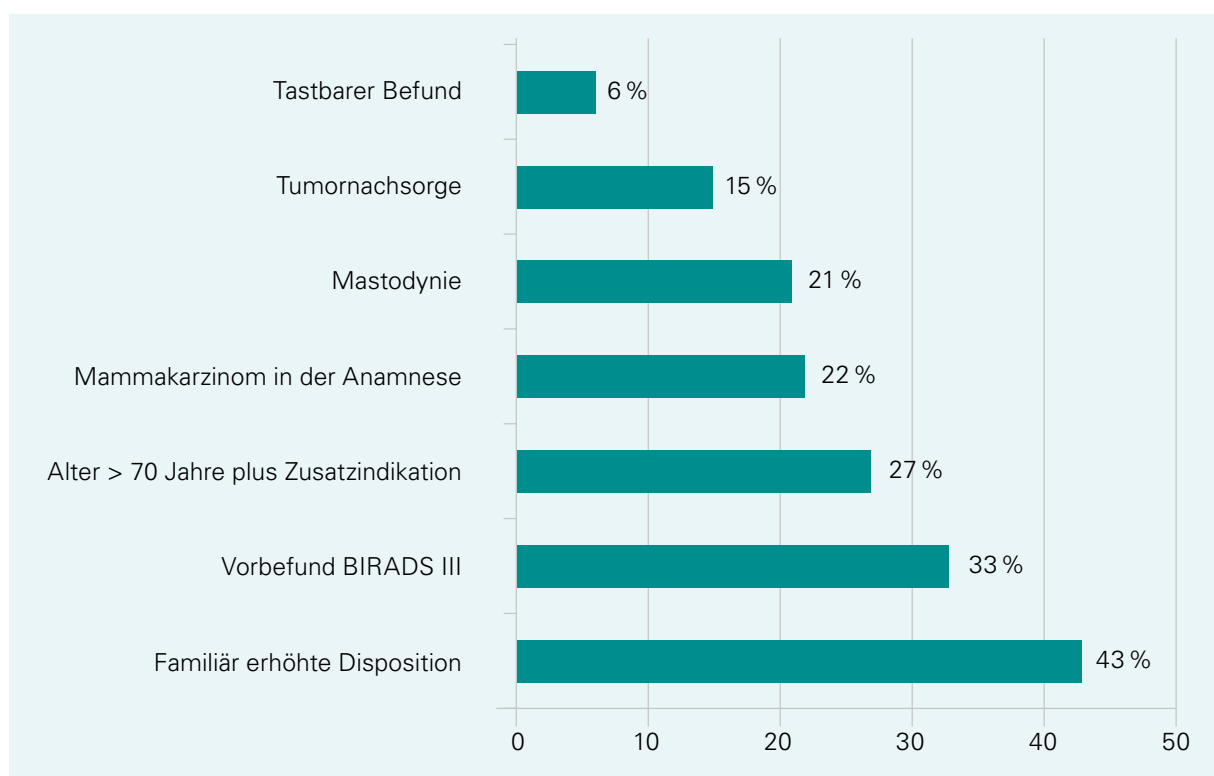
Die Geschäftsstelle der KVSH wird das Programm weiter managen, zusammen mit der Abteilung Qualitätssicherung, der Vertrags- und Strukturabteilung sowie der IT-Abteilung. Zurzeit arbeiten eine Mitarbeiterin der Vertrags- und Strukturabteilung sowie ein IT-Mitarbeiter dezidiert an dem Relaunch des *QuaMaDi*-Programmes.

Quartalsweise tagt eine Lenkungsgruppe bestehend aus der Geschäftsstelle, den beteiligten Berufsverbänden, den klinischen Referenzzentren, dem Evaluationsinstitut und den Krankenkassen. In der ersten Phase der Vertragsentwicklung trafen sich die Fachebenen der Krankenkassen 14-tägig. Ebenso sind die Berufsverbände der beteiligten Fachgruppen beständig eingebunden.

Evaluation

Die Evaluation hat ergeben, dass im Rahmen von *QuaMaDi* 22 Prozent mehr Frauen ihre Brustkrebserkrankung überlebten als Frauen, die regelhaft versorgt wurden. Obwohl in Schleswig-Holstein deutlich mehr Frauen erkranken als im Bundesdurchschnitt, ist die 5-Jahresüberlebensrate mittlerweile besser als im Bundesdurchschnitt (88,1 Prozent im Vergleich zu 86,5 Prozent; Obi et al., 2011).

Abbildung 20 Hauptindikationen im *QuaMaDi*-Programm 2013



Quelle: Eigene Darstellung.

Durch die Einbeziehung der Experten in den Referenzzentrum konnten 5,2 Prozent mehr Mammakarzinome entdeckt werden, als durch die in Deutschland übliche Zweitbefundung ohne die Einbindung der Referenzzentren (Schäfer et al., 2009). Durch die obligatorische Ultraschalluntersuchung aller Frauen mit einer hohen Brustdrüsendichte konnten 15,9 Prozent mehr Mammakarzinome entdeckt werden (Schäfer et al., 2010).

Insgesamt werden 25 Prozent der Brustkrebserkrankungen bei Screenings entdeckt und 75 Prozent in der kurativen Situation.

2013 waren 32 Prozent der Patientinnen unter 50 Jahren alt, 41 Prozent waren zwischen 50 und 69 Jahren und 27 Prozent waren 70 Jahre oder älter. Die häufigste Hauptindikation war eine erhöhte familiäre Disposition (siehe Abbildung 20; Qualitätsbericht *QuaMaDi*, 2013).

Nächste Schritte

Momentan wird der Vertragstext für einen Vertrag nach § 140a SGB V neu strukturiert; neue Elemente werden eingeschlossen.

Der Entscheidung des Innovationsfonds wird für Ende 2016 erwartet.

Bis dahin geschehen folgende Schritte:

1. Europaweite Ausschreibung der erforderlichen Telematik-Plattform
2. Entwicklung der Grundlagen für die gesundheitsökonomische Evaluation
3. Mit den Krankenkassen wird die Umstellung des Versorgungsvertrages auf § 140a SGB V verhandelt.

Für den Fall einer Zusage des Innovationsfonds sind für Ende des Jahres 2016 folgende Schritte geplant:

1. Die Software wird programmiert.
2. Die radiologischen Praxen werden mit High-Speed-DICOM ausgestattet.
3. Ein KV-Datenzentrum wird eingerichtet und die Prozessabläufe werden getestet.

Das Programm soll dann im April 2017 starten.

Ansprechpartner

Dr. med. Monika Schliffke

Vorstandsvorsitzende

Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein

Bismarckallee 1–3

23795 Bad Segeberg

Telefon: 04541 – 883 206

E-Mail: vorstand@kvsh.de

www.kvsh.de

Dr. med. Doris Scharrel

Vorsitzende

Berufsverband der Gynäkologen in

Schleswig-Holstein

Eichkoppelweg 74

24119 Kronshagen

Telefon: 0431 – 544 057

E-Mail: praxis-scharrel@web.de

Sönke Schmidt

Vorsitzender

Berufsverband der Radiologen und

Nuklearmediziner in Schleswig-Holstein

Prüner Gang 16-20

24103 Kiel

Telefon: 0431 – 974 470

E-Mail: soenkeschmidt1@web.de

Literatur

Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. (GEKID) (2012). GEKID-Atlas. Verfügbar unter: <http://www.gekid.de/Atlas/CurrentVersion/atlas.html> [Stand: 02.10.2016].

Robert Koch Institut (RKI) (2015). Brustkrebs (Mammakarzinom). Verfügbar unter: http://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Content/Krebsarten/Brustkrebs/brustkrebs_node.html [Stand: 03.0.2016].

Obi, N., Waldmann, A., Schäfer, F., Schreer, I., Katalinic, A. (2011). Impact of the quality assured Mamma Diagnostic (QuaMaDi) programme on survival of breast cancer patients. Cancer Epidemiology 35, 286-292.

Schäfer, F., Katalinic, A., Schäfer, P., Order, B.M., Wefelnberg, C., Jonat, W., Schreer, I. (2009). Evaluation of the performance of independent expert reading after double reading: Is there a higher detection rate of breast cancer in an analysis of 102.744 diagnostic processes? Eur Radiol Suppl 1 to Volume 24.

Schäfer, F., Waldmann, A., Katalinic, A., Wefelnberg, C., Heller, M., Jonat, W., Schreer, I. (2010). Influence of additional breast ultrasound on cancer detection in a cohort study for quality assurance in breast diagnosis – analysis of 102.577 diagnostic procedures. Eur Radiol 20 (5): 1085-1092.2009.

QuaMaDi (2013). Jahresbericht 2013. Verfügbar unter: www.quamadi.de [Stand: 03.08.2016].



© MSD. Fotografin: Angelika Bardehle, Aying

Prof. Dr. Boris Zernikow, Juror Prof. Dr. Volker Amelung (v.l.)

1. Preis

Schmerz im Griff

Sektorenübergreifende multimodale Behandlung chronisch schmerzkranker Kinder und Jugendlicher: Klinische Wirksamkeit und ökonomischer Nutzen

Autoren: Julia Wager, Ann-Kristin Ruhe und Boris Zernikow

Management Summary

Das Deutsche Kinderschmerzszentrum ist weltweit eine der größten Einrichtungen zur Behandlung von chronischen Schmerzen bei Kindern und Jugendlichen. Das Therapiekonzept *Schmerz im Griff* ist multimodal, interdisziplinär und sektorenübergreifend.

Die Versorgung im Deutschen Kinderschmerzszentrum der Vestischen Kinder- und Jugendklinik Datteln – Universität Witten/Herdecke beginnt mit einer 90-minütigen Erstvorstellung der Kinder bzw. Jugendlichen sowie ihrer Eltern, an der neben dem Kinder- und Jugendarzt auch ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut teilnimmt. Danach wird über die weitere Therapie entschieden: ambulant, in verhaltenstherapeutischen Gruppentherapien oder auf der Schmerzstation. Zeigt sich, dass die gewählte Therapieform nicht ausreicht, kann die Therapieintensität jederzeit erhöht werden.

Die Schmerztherapie am Deutschen Kinderschmerzszentrum führt bei circa 60 Prozent der Betroffenen zu einer deutlichen und anhaltenden Verringerung der chronischen Schmerzen. Die Fehltage in der Schule gehen auf ein normales Niveau zurück. Gleichzeitig sinken die Inanspruchnahme des Gesundheitswesens und die Ausgaben der Familien, so dass die Schmerztherapie auch einen ökonomischen Nutzen bringt.

Versorgungsherausforderung

In Deutschland leben mehr als 350.000 Kinder und Jugendliche mit schweren chronischen Schmerzen. Dabei gilt ein Schmerz als chronisch, wenn er seit mindestens drei Monaten permanent spürbar ist oder mindestens einmal im Monat wiederkehrend auftritt. Zumeist handelt es sich um primäre Kopf-, Bauch- oder Muskel- und Gelenkschmerzen, die nicht durch eine andere organische Erkrankung bedingt sind. Chronische Schmerzen können dazu führen, dass die Kinder in ihrem Alltag stark beeinträchtigt sind. Werden die Schmerzen nicht therapiert, bleiben sie oft bis ins Erwachsenenalter bestehen.

Die chronisch schmerzkranken Kinder werden in Deutschland meist nicht bedarfsorientiert spezialisiert behandelt; Schmerzen werden oft nicht als eine eigenständige Erkrankung wahrgenommen. Ärzte fokussieren sich vor allem auf die vermeintlich organischen Ursachen der Schmerzen. Da die Schmerzen jedoch bei den meisten dieser Patienten gar nicht durch einen Gewebsschaden entstehen, wird in der Regel auch keine einzelne Ursache für die Schmerzen gefunden. Nach unnötigen und teuren Untersuchungen werden die Patienten oft entweder nicht therapiert – oder sie erhalten ohne Diagnose und Indikation Schmerzmittel (Zernikow et al., 2012). Kinder und Jugendliche sowie deren Eltern fühlen sich mit ihrem Problem allein gelassen.

Stark beeinträchtigte Schmerzpatienten müssen daher spezialisiert und multiprofessionell behandelt werden. Das Versorgungsprojekt *Schmerz im Griff* ermöglicht eine solche bedarfsgerechte, multimodale und sektorenübergreifende Behandlung.

Entstehungsgeschichte

Bis 1999 gab es in Deutschland keine multiprofessionelle pädiatrische Schmerztherapie. Für das Projekt *Schmerz im Griff* mussten daher zunächst Klinikleitung und Kostenträger überzeugt und Sponsorengelder akquiriert werden.

Nachdem zahlreiche bürokratische Hürden gemeistert waren, konnten Anfang 2000 die ersten Patienten behandelt werden. Zunächst wurde eine Kinderschmerzambulanz und anschließend auch eine Kinderschmerzstation eröffnet. Die Peter und Ruth Wirts Stiftung (Schweiz) sowie die Vodafone Stiftung Deutschland förderten das Projekt, das von Anfang an auch fundiert wissenschaftlich begleitet wurde.

Im Mai 2005 zogen die Kinderschmerzambulanz und die Kinderschmerzstation in neue Räume. Der Umbau wurde finanziert vom Land Nordrhein-Westfalen, der Vodafone Stiftung Deutschland, privaten Spendern und dem Träger der Kinder- und Jugendklinik, Datteln – Universität Witten/Herdecke. 2011 zeichnete der Bundespräsident das Zentrum als „Ausgewählter Ort 2011“ aus.

Im Januar 2012 wurde schließlich das Deutsche Kinderschmerzszentrum (DKSZ) gegründet – unter anderem unterstützt von der Kinderkommission des Deutschen Bundestages. Das DKSZ gilt als wichtigstes nationales Zentrum für die Versorgung schmerzkranker Kinder.

Im DKSZ wurde der Deutsche Schmerzfragebogen für Kinder- und Jugendliche entwickelt und validiert. Das Springer Lehrbuch der Kinderschmerztherapie wird von hier herausgegeben und mittlerweile in seiner fünften Auflage publiziert. Seit 2001 werden die Dattelner Kinderschmerztag veranstaltet – der europaweit größte Kongress zum Thema.

Um die flächendeckende Versorgung von schmerzkranken Kindern zu ermöglichen, sollen ähnliche Projekte auch in anderen Teilen Deutschlands realisiert werden.

Kernelemente

Zielgruppe

Hauptzielgruppe sind Kinder und Jugendliche mit schweren chronischen Schmerzen. Die Patienten können in drei Gruppen unterteilt werden:

1. Die größte Gruppe sind Kinder mit primären Kopf-, Bauch- oder Muskel- und Gelenkschmerzen. Sie haben im Mittel seit 31 Monaten chronische Schmerzen. Die maximale Schmerzstärke der Kinder liegt bei 8,2 (auf einer Skala von null/keine Schmerzen bis zehn/maximal starke Schmerzen). 30 Prozent der Betroffenen haben dauerhaft Schmerzen, über 50 Prozent fehlen häufig in der Schule, 35 Prozent nehmen ohne Indikation regelmäßig Schmerzmittel ein (Zernikow et al., 2012).
2. Die zweite Patientengruppe umfasst pädiatrische Patienten mit sehr seltenen chronischen Schmerzerkrankungen, wie dem Komplexen Regionalen Schmerzsyndrom (CRPS), der Erythromelalgie oder der Paroxysmalen Hemikranie (Blankenburg et al., 2009).
3. Die dritte Patientengruppe sind Kinder, die aufgrund seltener Erkrankungen oder deren Therapie an Schmerzen leiden, beispielsweise Kinder mit Epidermolysis Bullosa, niedrigmalignen Hirntumoren, Knochentumoren oder Phokomelien.

Versorgungskonzept

Das Projekt ist für pädiatrische Schmerzpatienten konzipiert. Die chronischen Schmerzen sollen verbessert, die funktionellen Beeinträchtigungen reduziert und die Psyche der Patienten stabilisiert werden.

Schwer beeinträchtigte Patienten werden spezialisiert ambulant therapiert; extrem schmerzbedingt beeinträchtigte, sozial isolierte Patienten werden spezialisiert und intensiv stationär behandelt. Die Patienten werden schrittweise stratifiziert behandelt; eine bedarfsgerechte, multimodale und sektorenübergreifende Behandlung wird so möglich.

Niedergelassene Kinder- oder Jugendärzte überweisen betroffene Kinder aus dem ganzen Bundesgebiet, wenn die unimodale (rein medizinische) Therapie erfolglos blieb. Das Kind stellt sich dann erstmals gemeinsam mit seiner Familie vor.

Um zu entscheiden, mit welcher Intensität das Kind behandelt werden muss (Stratifizierung), werden standardisierte Fragebögen eingesetzt, etwa der Deutsche Schmerzfragebogen für Kinder und Jugendliche oder Erfassungsinstrumente für Depressivität und Angst. An der 90-minütigen Erstvorstellung der Kinder bzw. Jugendlichen sowie ihrer Eltern nimmt neben dem Kinder- und Jugendarzt auch ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut teil. Für die Therapieentscheidung sind folgende Kriterien ausschlaggebend:

- a. schmerzbezogene Beeinträchtigung im Alltag sowie Anzahl der Schulfehltage
- b. fehlgeschlagene unimodale Schmerztherapien
- c. Medikamenteneinnahmeverhalten
- d. psychische und physische Komorbidität
- e. die Bereitschaft des Kindes und der Familie, an dem Therapieprogramm teilzunehmen.

Im Anschluss wird über die weitere Therapie entschieden: ambulant, in verhaltenstherapeutischen Gruppentherapien oder auf der Schmerzstation (Abbildung 21). Zeigt sich, dass die gewählte Therapieform nicht ausreicht, kann die Therapieintensität jederzeit erhöht werden.

Stufe 1: ambulante multimodale Schmerztherapie

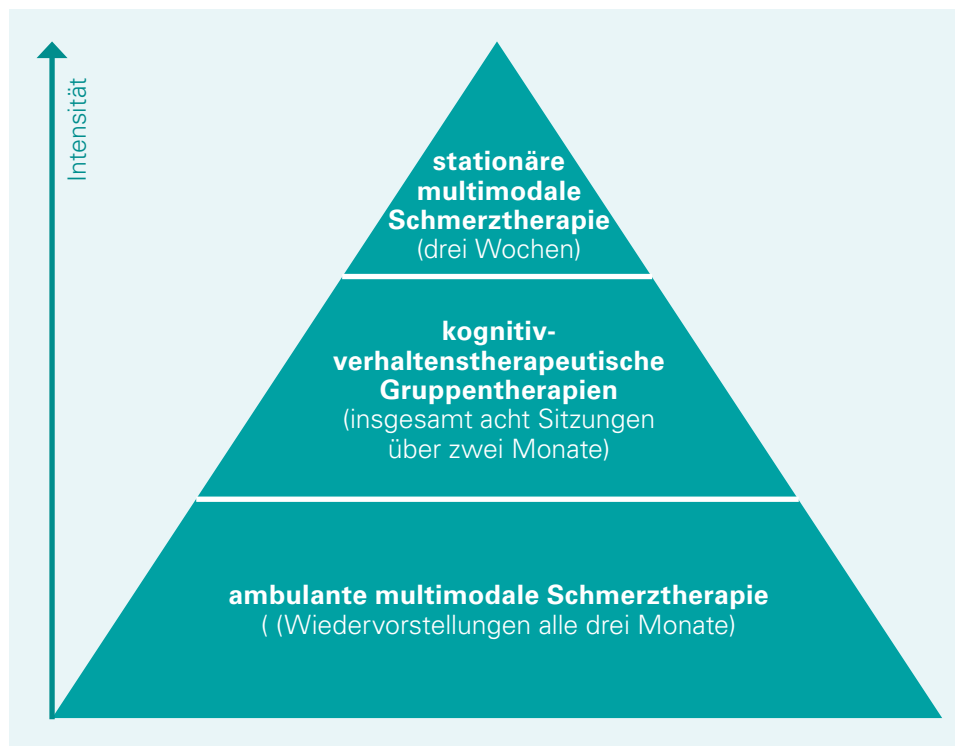
Bei der Behandlung auf dieser Stufe spielt die Aufklärung über die Erkrankung eine wesentliche Rolle. Hierfür wurden spezielle Videos entwickelt, die mittlerweile auch deutschlandweit eingesetzt werden; für die Eltern wurde ein Elternratgeber verfasst (Dobe, Zernikow, 2013). Die pädiatrischen Schmerzpatienten und ihre Eltern werden dabei unterstützt, chronische Schmerzen zu verstehen und sie von akuten Schmerzen abzugrenzen. Sie können lernen, schmerzauslösende Faktoren zu identifizieren und konkrete Behandlungsziele zu benennen und zu verfolgen.

Bei Bedarf werden die Kinder auch medikamentös behandelt. Zusätzliche Erkrankungen wie Depressionen oder posttraumatische Belastungsstörungen werden spezifischen Therapien zugeführt. Darüber

hinaus werden die Patienten physiotherapeutisch behandelt. Sie erlernen Entspannungsverfahren und Strategien zur Schmerzbewältigung. Am Ende wird ein ausführlicher Behandlungsplan erstellt, der zuhause ambulant umgesetzt wird. Reicht eine solche ambulante Therapie nicht aus, werden die Teilnahme an einer Schmerzgruppe bzw. die Aufnahme auf der Kinderschmerzstation angeboten.

Die Ambulanzräume sind hell, kinderfreundlich und rollstuhlgeeignet gestaltet. Es sind keine Spritzen, Kanülen oder andere medizinische Geräte sichtbar.

Abbildung 21 Drei Stufen und Therapieangebote des Projektes



Quelle: Eigene Darstellung.

Stufe 2: kognitiv-verhaltenstherapeutische Gruppentherapien

Müssen Kinder und Jugendliche intensiver betreut werden, können sie in den Schmerzgruppen „Dickköpfe“ (Kopfschmerzen) und „Bauchtänzer“ (Bauchschmerzen) versorgt werden. Diese kognitiv-verhaltenstherapeutischen Gruppentherapien orientieren sich an validierten Manualen, die teilweise von Mitarbeitern des DKSZ mitentwickelt wurden. Diese so genannten Schmerztrainings richten sich an Kinder im Alter von neun bis 14 Jahren; die maximale Gruppengröße liegt bei sieben Teilnehmern. Es werden acht Sitzungen von je 120 Minuten angeboten.

Stufe 3: stationäre multimodale Schmerztherapie

Am intensivsten werden die Kinder in der stationären Schmerztherapie versorgt. Jeder Patient wird von einem medizinischen und psychologischen Schmerztherapeuten betreut. Über einen Zeitraum von drei Wochen erhalten die Patienten im Durchschnitt sechs bis acht Stunden Therapien pro Tag. Die Entwicklung der Schmerzkrankheit wird bei täglichen Visiten von Arzt sowie Pflege- und Erziehungsteam sowie wöchentlich interdisziplinär besprochen. Das Konzept der stationären Schmerztherapie ist in einem internationalen Therapiemanual ausführlich beschrieben (Dobe, Zernikow, 2013). Es enthält sechs Module (siehe Abbildung 22).

Abbildung 22 Elemente der stationären Schmerzbehandlung



Quelle: Eigene Darstellung.

Kinder mit chronischen Schmerzen, die bislang keine Patienten des DKSZ sind, können sich auf der Homepage altersspezifisch über das Thema „chronischer Schmerz“ informieren.

Alle Mitarbeiter des Deutschen Kinderschmerzentrums bilden sich monatlich weiter – im Rahmen von Schmerzkonferenzen oder Fortbildungen.

Um die pädiatrische Schmerztherapie in Deutschland weiter zu verbreiten, werden vielfältige Weiterbildungen angeboten: In Spezieller Schmerztherapie für Pädiater, Kurse für Pain Nurses sowie Hospitationen und Schulungen vor Ort. Mittlerweile wurden neben dem Deutschen auch das Baden-Württembergische (Olgahospital Stuttgart) und das Augsburger Kinderschmerzzentrum gegründet. Weitere Kliniken in Basel (Schweiz) und in Nijmegen (Niederlande) planen ein schmerztherapeutisches Angebot nach diesem Konzept. Das Dattelner Schmerzteam begleitet und unterstützt sie dabei aktiv.

Mehrwert und Patientenorientierung

Die multimodale pädiatrische Schmerztherapie bietet Vorteile auf folgenden Ebenen (siehe auch Evaluationsergebnisse):

Individuelles Erleben des Patienten

Die ambulante und stationäre Schmerztherapie des Deutschen Kinderschmerzentrums erreicht für mindestens 60 Prozent der Patienten eine signifikante, relevante und langanhaltende Schmerzreduktion; auch gehen die Symptome von Angst und Depression signifikant zurück.

Gesellschaftliche Funktionalität des Patienten

Vor der stationären Behandlung können die Patienten ihren alltäglichen Verpflichtungen zumeist nur unzureichend nachkommen und versäumen im Mittel 25 Prozent der Schultage. Nach der Therapie am DKSZ sind die Patienten weniger in ihrem Alltag beeinträchtigt und besuchen die Schule genauso regelmäßig wie gesunde Kinder.

Ökonomischer Nutzen

Nachdem Patienten multimodal stationär therapiert wurden, beanspruchen sie seltener Leistungen des Gesundheitswesens. Auch die beruflichen Fehlzeiten der Eltern gehen zurück.

Ein weiterer Mehrwert der Arbeit am DKSZ besteht darin, dass ein Versorgungsmodell entwickelt und evaluiert wurde, das von anderen Versorgern übernommen werden kann und auch wird.

Absolute Patientenorientierung ist Voraussetzung für den Erfolg des Projektes. Sie zeigt sich vor allem in der entwicklungsadaptierten Schmerzedukation des Kindes oder des Jugendlichen und der wertschätzenden Einbeziehung der Eltern. Hierfür bietet das DKSZ unterschiedliche Materialien wie eine kind- und elterngerechte Homepage, animierte Videos, Erklärgrafiken sowie einen Elternratgeber. Das Konzept ist interdisziplinär, modular und stark individualisiert. Es orientiert sich an den Bedürfnissen der Betroffenen und Angehörigen. Durch die starke Patientenorientierung soll die Adhärenz in der Therapie erhöht werden.

Finanzierung

Die multimodale interdisziplinäre Schmerztherapie am DKSZ wird aus verschiedenen Quellen finanziert:

- Die ambulante medizinische Versorgung wird abgerechnet über die Qualitätssicherungs-Vereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten gemäß § 135 Abs. 2 SGB V.
- Die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in der Schmerzambulanz werden aktuell über Spenden finanziert.
- Langfristig ist die Einrichtung eines sozialpädiatrischen Zentrums „Kinderschmerztherapie“ wünschenswert, um die multiprofessionelle Leistung abrechnen zu können.
- Die Schmerzgruppen werden direkt über die Krankenkassen finanziert.
- Die stationäre Schmerzbehandlung wird über DRGs abgerechnet (OPS 8-918).
- Alle weiteren Leistungen – wie die Edukationshomepage, animierte Aufklärungsvideos sowie die begleitende Forschung – werden durch Drittmittel ermöglicht, etwa der Rudolf Augstein Stiftung, des Bundesministeriums für Gesundheit oder des Bundesministerium für Bildung und Forschung.

Management

Das DKSZ – geleitet von Chefarzt Prof. Dr. Boris Zernikow – ist integraler Bestandteil der Vestischen Kinder- und Jugendklinik, Datteln der Universität Witten/Herdecke (Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. Michael Paulussen).

Die organisatorische Leitung liegt bei der Gesundheitswissenschaftlerin Ann-Kristin Ruhe, die auch für Fundraising und Öffentlichkeitsarbeit zuständig ist.

Die Forschungstätigkeiten liegen beim Lehrstuhl für Kinderschmerztherapie (Lehrstuhlinhaber Prof. Zernikow). Leiterin des multiprofessionellen, sechsköpfigen Forscherteams ist die Psychologin Dr. Julia Wager.

Im aktiven Beirat des Deutschen Kinderschmerzentrums sind die wichtigsten Akteure des Gesundheitswesens vertreten: unter anderem Dr. Jens Baas (Vorstand TK), Dr. Burkhard Lawrenz (Berufsverband Kinder- und Jugendärzte), Dr. Gerhard Nordmann (Vorstand KV-WL), Dr. Theodor Windhorst (Präsident Ärztekammer WL) oder Karin Schwartzenberger (Elternvertreterin).

Evaluation

Sowohl die ambulante als auch die stationäre Versorgung am DKSZ wurden umfangreich evaluiert.

Ambulante Versorgung

Die Evaluation der ambulanten Versorgung zeigte, dass das Therapeutenteam der Kinderschmerzambulanz die Patienten angemessen stratifiziert: Bei lediglich elf Prozent der ambulant behandelten Kinder und Jugendlichen musste die Therapie intensiviert werden (Hechler et al., 2014).

Nach zwölf Monaten konnten bei 48 Prozent der Kinder die Schmerzen um 50 Prozent reduziert werden. Über 90 Prozent der Patienten besuchten wieder regelmäßig die Schule.

Eine weitere Studie mit insgesamt 992 Patienten bestätigte die moderaten bis großen Therapieeffekte der ambulanten Behandlung (Hechler, Wager, Zernikow, 2014).

Stationäre Versorgung

Zunächst untersuchten zwei große Studien in einfachem Vorher-Nachher-Design die Wirksamkeit der stationären Therapie. Die Ergebnisse wurden national und international publiziert.

Auf dieser Basis wurde die weltweit erste randomisiert-kontrollierte Studie zur stationären Schmerztherapie realisiert (Hechler et al., 2014) – analysiert von einem externen biometrischen Institut. Insgesamt nahmen 104 Kinder und Jugendliche mit schwer beeinträchtigenden chronischen Schmerzen teil:

- In der Interventionsgruppe wurden 52 Kinder und Jugendliche drei Wochen lang stationär behandelt.
- In der Wartekontrollgruppe mussten 52 Kinder und Jugendliche auf die stationäre Therapie mindestens drei Wochen warten.

Verglichen wurden die beiden Gruppen, nachdem die Interventionsgruppe schon behandelt worden war, die Wartekontrollgruppe aber noch auf die Behandlung wartete. Bei 55 Prozent der Patienten aus der Interventionsgruppe verbesserten sich die schmerzbedingten Beeinträchtigungen signifikant und klinisch relevant. Die therapierten Kinder waren emotional gesünder, sie gingen häufiger zur Schule und ihre Schmerzen waren weniger intensiv. Dagegen verbesserten sich diese Parameter nur bei 14 Prozent der Patienten in der Wartekontrollgruppe.

Zwölf Monate nach der intensiven Therapie beider Gruppen waren in Summe bei 60 Prozent der Patienten Verbesserungen zu beobachten.

In der Studie wurden zudem ökonomische Parameter untersucht. In den sechs Monaten vor der Therapie besuchten die Patienten etwa vier verschiedene Leistungsanbieter (maximal elf). Sechs und zwölf Monate nach der Therapie verringerte sich diese Zahl im Median auf eins (Ruhe et al., 2013). Die größten direkten Kosten entstanden den Familien durch Fahrtkosten und Arzneimittel. Knapp ein Viertel der Eltern empfand die finanzielle Situation vor der Behandlung als stark bis sehr stark belastend; nach der Behandlung sagten das nur noch drei Prozent der Eltern (Ruhe et al., 2013).

65 Prozent der Eltern gaben an, in den sechs Monaten vor der stationären Behandlung zeitweise nicht zur Arbeit gegangen zu sein (im Mittel 4 Tage). Nach der Therapie ging die Zahl Arbeitsunfähigkeitstage signifikant zurück (Ruhe et al., 2013).

Eine kürzlich abgeschlossene Studie stellte fest, dass die stationär behandelten Patienten auch nach vier Jahren stabil blieben hinsichtlich der betrachteten Wirksamkeitsparameter (Schmerzintensität, schmerzbedingte Beeinträchtigung, Schulfehltag, emotionale Beeinträchtigung, ökonomische Effekte). Nach einem Jahr waren diese Parameter bei circa 67 Prozent der Patienten klinisch relevant besser; nach vier Jahren noch etwa bei 55 Prozent.

Eine weitere Studie konnte zeigen, dass die stratifizierte Therapie Überversorgung verhindert. Die Studie verglich Patienten, die eine stationäre Therapieempfehlung erhielten, sich aber für eine ambulante Therapie entschieden, mit Patienten, die eine stationäre Therapieempfehlung erhielten und diese annahmen.

Beide Patientengruppen wurden zwölf Monate beobachtet. Patienten, die die stationäre Therapie wie empfohlen absolvierten, waren vor allem weniger schmerzbedingt beeinträchtigt. Sie gingen signifikant öfter zur Schule als die Patienten, die die Empfehlung nicht befolgten und rein ambulant weiter betreut wurden (Hechler, Wager, Zernikow, 2014).

Nächste Schritte

Momentan können 40 Prozent der Patienten noch nicht ausreichend therapiert werden. Deshalb muss weiter intensiv geforscht werden, um auch diesen Kindern nachhaltig helfen zu können. Sinnvoll erscheint eine Vernetzung mit Schulen, um Präventionsprogramme zu initiieren. Zusätzlich sollte bereits der Kinder- und Jugendarzt früh und qualitätsgesichert therapieren können. Hierfür ist eine BMBF-Förderung von mehr als einer Millionen Euro vorgesehen.

Da ärmere Familien seltener den Weg zu den oft weit entfernten Kinderschmerzcentren auf sich nehmen können (Wager et al., 2013), sollen weitere Kinderschmerzcentren entstehen.

Bislang wird der psychologische Anteil der ambulanten Schmerztherapie noch über Spenden finanziert. Diese Kosten könnten über den § 119 SGB V abgerechnet werden, wenn die pädiatrischen Schmerzzentren als spezialisierte Sozialpädiatrische Zentren anerkannt würden. Erste Gespräche hierzu sind vielversprechend.

Ansprechpartner

Prof. Dr. med. Boris Zernikow

Chefarzt

Deutsches Kinderschmerzzentrum,

Vestische Kinder- und Jugendklinik, UWH

Dr.-Friedrich-Steiner-Str. 5

45711 Datteln

Telefon: 02363 – 975 187

E-Mail:

b.zernikow@deutsches-Kinderschmerzzentrum.de

www.deutsches-kinderschmerzzentrum.de

Dr. rer. nat. Dipl.-Psych. Julia Wager

Leiterin des Forschungsteams
 Deutsches Kinderschmerzzentrum,
 Vestische Kinder- und Jugendklinik, UWH
 Dr.-Friedrich-Steiner-Str. 5
 45711 Datteln
 Telefon: 02363 – 975 184
 E-Mail:
j.wager@deutsches-kinderschmerzzentrum.de
www.deutsches-kinderschmerzzentrum.de

Ann-Kristin Ruhe, Msc PH

Projekt-Managerin
 Deutsches Kinderschmerzzentrum,
 Vestische Kinder- und Jugendklinik, UWH
 Dr.-Friedrich-Steiner-Str. 5
 45711 Datteln
 Telefon: 02363 – 975 183
 E-Mail:
a.ruhe@deutsches-kinderschmerzzentrum.de
www.deutsches-kinderschmerzzentrum.de

Literatur

- Blankenburg, M., Hechler, T., Dubbel, G., Wamsler, C., Zernikow, B. (2009). Paroxysmal hemicrania in children – Symptoms, diagnostic criteria, therapy and outcome. *Cephalalgia*; 29(8):873-882.
- Dobe, M., Zernikow, B. (2013). Therapie von Schmerzstörungen im Kindes- und Jugendalter. Springer-Verlag, Heidelberg 2013.
- Hechler, T., Ruhe, A., Schmidt, P., Hirsch, J., Wager, J., Dobe, M., Krummenauer, F., Zernikow, B. (2014). Inpatient-based intensive interdisciplinary pain treatment for highly impaired children with severe chronic pain: Randomized controlled trial of efficacy and economic effects. *Pain* 2014; 155(1): 118-28.
- Hechler, T., Wager, J., Zernikow, B. (2014). Chronic pain treatment in children and adolescents: Less is good, more is sometimes better. *BMJ* 2014; 14: 262.
- Ruhe, A., Wager, J., Schmidt, P., Zernikow, B. (2013). Ökonomische Auswirkungen chronischer Schmerzen im Kindes- und Jugendalter. Selbsteinschätzung der Krankheitskosten für betroffene Familien vor und nach einer stationären interdisziplinären Schmerztherapie. *Schmerz* 2013; 27: 577-87.
- Wager, J., Ruhe, A.-K., Hirschfeld, G., Wamsler, C., Dobe, M., Hechler, T., & Zernikow, B. (2013). Influence of parental occupation on access to specialised treatment for paediatric chronic pain: a retrospective study. *Der Schmerz*, 27(3), 305–311.
- Zernikow, B., Wager, J., Hechler, T., Hasan, C., Rohr, U., Dobe, M., Meyer, A., Hübner-Möhler, B., Wamsler, C., Blankenburg, M. (2012). Characteristics of highly impaired children with severe chronic pain: a 5-year retrospective study on 2249 pediatric pain patients. *BMC Pediatrics*; 12(1): 54.

Aktionsbündnis Schmerzfreie Stadt Münster (ABSM)

Autoren: Jürgen Osterbrink, Cornelia Wilkens und Ursula Marschall

Management Summary

Das *Aktionsbündnis Schmerzfreie Stadt Münster (ABSM)* analysierte zwischen 2009 und 2015 die Schmerzversorgung des städtischen Gesundheitssystems in Münster – als erstes Forschungsprojekt dieser Art weltweit. Das Ziel: Unter- und Fehlversorgungen zu vermeiden.

Das Projekt identifizierte Wissens- und Versorgungslücken an den Schnittstellen von Krankenhäusern, Alten- und Pflegeeinrichtungen, Schmerzpraxen sowie Hospizen. Geschlossen werden sollten diese Lücken durch berufsgruppenübergreifende Schmerz-Arbeitsgruppen, durch Qualitätszirkel, Schulungen zum Schmerzmanagement oder Weiterbildungen von Pain Nurses. Ein neu eingeführtes Schmerzmanagement konnte dazu beitragen, akute Schmerzen auf ein erträgliches Maß zu reduzieren und Chronifizierungen von Schmerz zu verhindern.

Folgende Kooperationspartner beteiligten sich am Projekt: Apothekerkammer Westfalen-Lippe, BAR-MER GEK, Bezirksregierung Münster, Certkom e. V., DBfK, DGSS, MEDICA, DGP, Facharzt Initiative (FIM), Hausärzte Verbund (HVM), Palliativnetz Münster e. V., Paracelsus Medizinische Privatuniversität in Salzburg, Praxis für ganzheitliche Schmerztherapie Münster, Schmerztherapiezentrum Münster, Stadt Münster/Gesundheitsamt Münster, Universitätsklinikum Münster sowie Pflegekräfte, Ärzte, Anästhesisten, Hausärzte, Psychologen, Physiotherapeuten und pflegende Angehörige.

Umsetzung

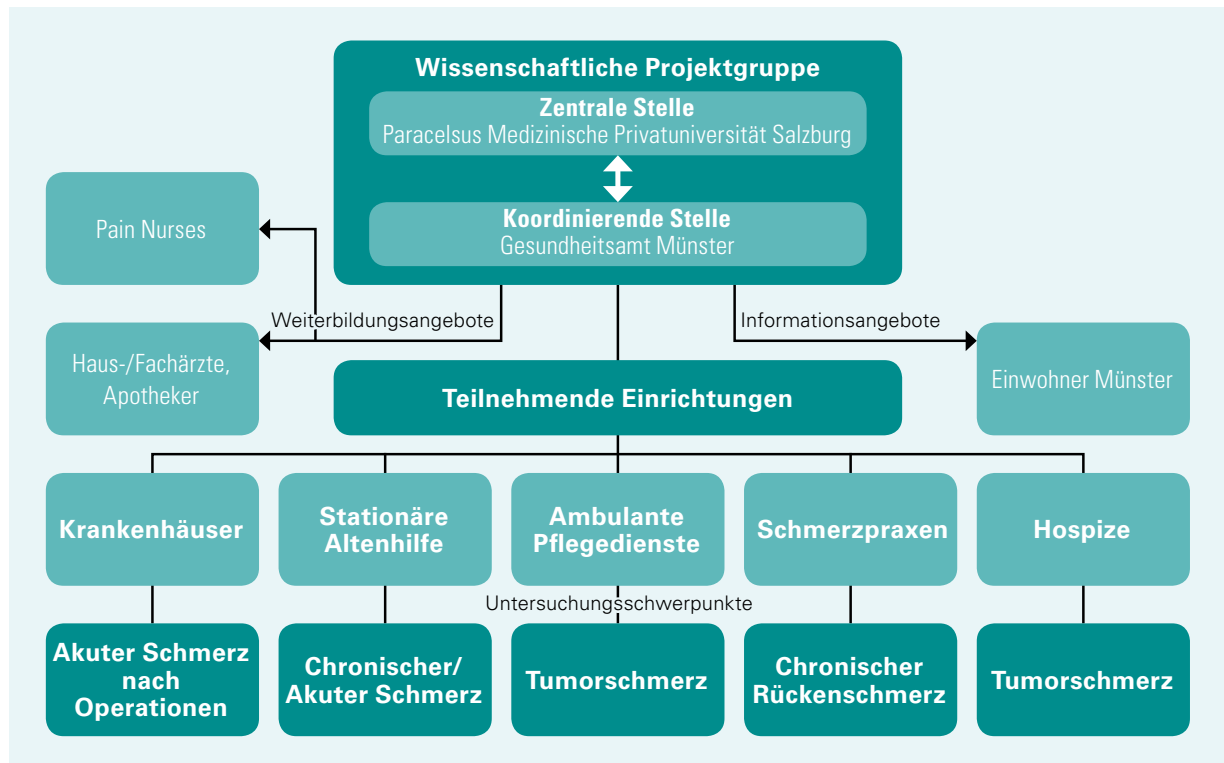
Zwar werden verstärkt Anstrengungen unternommen, die Schmerzversorgung zu verbessern, dennoch ist diese häufig noch unzureichend. Patienten in Krankenhäusern klagen besonders häufig über starke Schmerzen, Bewohner von Altenhilfeeinrichtungen haben oft chronische Schmerzen, Patienten in Schmerzpraxen leiden vielfach an chronischen Rückenschmerzen und Hospizbewohner haben vermehrt Schmerzen, die durch Krebserkrankungen hervorgerufen werden. Gründe einer unzureichenden Schmerzbehandlung sind hinlänglich bekannt:

- Ausbildungsdefizite
- mangelhafte Verfahrensregelungen in den jeweiligen Einrichtungen
- unzureichende Schulungen und Beratungen von Betroffenen
- ungenügende Schmerzerfassung und -dokumentation

- Abstimmungsprobleme zwischen den beteiligten Berufsgruppen
- interprofessionelle Interessenskonflikte
- gesetzliche Rahmenbedingungen, die eine Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe erschweren

Um diesen Problemen in Münster zu begegnen, wurde das ABSM ins Leben gerufen (siehe Abbildung 23).

Abbildung 23 Organigramm von ABSM



Quelle: Eigene Darstellung.

Das ABSM beinhaltet folgende Versorgungselemente:

1. Erstevaluation des Ist-Zustandes zum Schmerzmanagement in allen teilnehmenden Einrichtungen
2. Interventionspakete (einrichtungsspezifische Einführung standardisierter Dokumentationsinstrumente zur Schmerzerfassung und -dokumentation, schriftliche Verfahrensregelungen zum Schmerzmanagement, Schulungen, Qualitätszirkel)
3. Reevaluation der eingeführten Veränderungen und der Schmerzsituation der Betroffenen (unter anderem Schmerzreduktion und -kontrolle, erhöhte Schlafqualität, weniger Nebenwirkungen, mehr soziale Aktivitäten)

Die Ergebnisse der Reevaluation zeigen wichtige Verbesserungen. So konnten beispielsweise in den Krankenhäusern Ruhe-, Belastungs- und Maximalschmerzen deutlich reduziert werden. In der stationären Altenhilfe hatten Bewohner mit schweren geistigen Einschränkungen seltener Schmerzen. Durch gezielte Öffentlichkeitsarbeit konnte eine breite Masse der Münsteraner über das Thema „Schmerz“ aufgeklärt werden.

Nächste Schritte

Obwohl das ABSM inzwischen abgeschlossen ist, stellen die vielen Erkenntnisse aus dem Projekt weiterhin die Basis für weitere Aktivitäten rund um das Thema Schmerzmanagement dar. Sie dienen unter anderem als Ausgangspunkt für

- die Ausbildung von über 100 Pain Nurses,
- die Gründung von Schmerzexperten-Foren,
- die Entwicklung eines Zertifizierungsverfahrens von Altenhilfeeinrichtungen,
- die Konzeption und Durchführung weiterer Forschungsprojekte.

Ansprechpartner

Univ.-Prof. Dr. Dr. h. c. Jürgen Osterbrink

Vorstand des Instituts für Pflegewissenschaft
und -praxis

Paracelsus Medizinische Privatuniversität
Salzburg

Strubergasse 21

A-5020 Salzburg

Telefon: +43 662 – 242 080 300

E-Mail: juergen.osterbrink@pmu.ac.at

<http://www.pmu.ac.at/pflegewissenschaft-und-praxis.html>

Dr. Ursula Marschall

Leitende Medizinerin bei der BARMER GEK
BARMER GEK

Lichtscheider Straße 89-95
42285 Wuppertal

Telefon: 0202 – 568 199 15 23

E-Mail: ursula.marschall@barmer-gek.de

www.barmer-gek.de

Cornelia Wilkens

Dezernentin für Soziales, Integration, Kultur und
Sport

Stadt Münster

Stadthaus 1

48127 Münster

Telefon: 0251 – 492 70 50

E-Mail: wilkens@stadt-muenster.de

www.muenster.de

Alevitische Seelsorge in Baden-Württemberg

Autoren: Basri Aşkın, Bernhard Bayer, Andreas Herpich und Sedat Korkmaz

Management Summary

Ziel des Modellprojekts *Alevitische Seelsorge in Baden-Württemberg* ist es, einen Seelsorgelehrplan in der alevitischen Sterbe- und Trauerbegleitung zu erstellen und umzusetzen. Die alevitische Seelsorge basiert auf der alevitischen Glaubensrichtung des Islam.

Unterstützt wurde das Modellprojekt vom Förderprogramm *Palliative Praxis – Projekte für alte Menschen* der Robert Bosch Stiftung. Im Zeitraum von April 2013 bis September 2015 wurden 25 ehrenamtlich engagierte Frauen und Männer für die seelsorgerische Begleitung in Gemeinden und Hospizen ausgebildet und betreut.

Die ehrenamtlichen Seelsorger sollen auf Wunsch der Betroffenen oder deren Angehöriger todkranken und sterbenden Menschen in der letzten Lebensphase beistehen – zum Beispiel in Krankenhäusern, Altenheimen, Hospizen oder zu Hause.

Die Alevitische Akademie e. V. setzt das Projekt um. Es wird unterstützt durch das Hospiz St. Martin in Stuttgart und die Alpen-Adria Universität Wien/Klagenfurt. Am Projekt beteiligen sich auch die alevitischen Ortsgemeinden Stuttgart, Calw, Winnenden, Ludwigsburg, Böblingen, Mannheim, Heidenheim und Ravensburg.

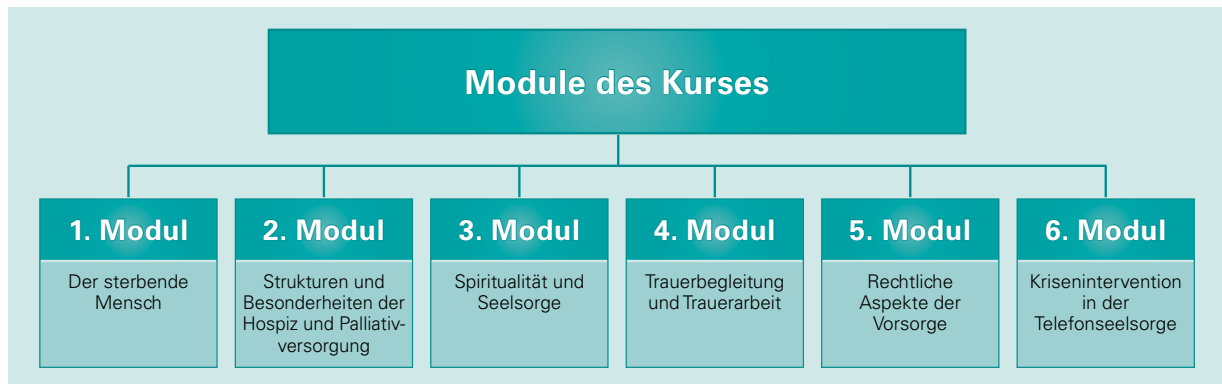
Umsetzung

Aleviten gehören zu einer Religionsgemeinschaft des Islam, die vor allem in der Türkei anzutreffen ist. Mit 800.000 bis 900.000 Mitgliedern sind die Aleviten in Deutschland die viertgrößte Religionsgemeinschaft. Anders als im sunnitischen Brauch verabschieden die Aleviten ihre Toten nicht in einer Moschee, sondern in einem sogenannten Cem-Haus. Dieses dient im Todesfall weitestgehend der rituellen Beerdigungs- und Trauerzeremonie. Eine Sterbe- und/oder Trauerbegleitung wird meist nicht angeboten, da es an Ehrenamtlichen und finanziellen Mitteln fehlt.

Im Zeitraum von April 2013 bis September 2015 wurden 25 ehrenamtlich engagierte Frauen und Männer in einem Kurs auf seelsorgerische Tätigkeit vorbereitet. Der Kurs gliederte sich in einen Theorieteil (160 Stunden) und einen Praxisteil (30 Stunden). Die Module des Kurses sind in Abbildung 24 dargestellt:

Erfahrungen aus dem praktischen Teil wurden im Anschluss in der Gruppe ausgewertet, zum Beispiel in Form von Fallbesprechungen.

Abbildung 24 Module des Kurses für seelsorgerische Tätigkeit



Quelle: Eigene Darstellung.

Die Auswertung des Projektes erfolgte über eine Selbstevaluation über die gesamte Laufzeit. Die Ergebnisse wurden dokumentiert. Sowohl die Ehrenamtlichen als auch die pflegenden Angehörigen gaben an, positive Erfahrungen gemacht zu haben.

Nächste Schritte

Tragfähige Strukturen sollen dabei helfen, sterbenskranke Menschen mit alevitischem Glauben schnell und wohnortnah seelsorgerisch zu begleiten. Darum erscheint es sinnvoll, das Projekt weiterzuentwickeln. Durch die Kooperation mit dem Hospiz- und Palliativverband Baden-Württemberg soll das Projekt in die bestehende Versorgung integriert werden. Hierfür sollen neue ehrenamtliche Mitarbeiter aus- und kontinuierlich fortgebildet werden.

Der Lehrplan des Programms soll entsprechend der Erkenntnisse aus dem Modellprojekt angepasst und verbessert werden. Kooperationspartner dafür ist die Elisabeth-Kübler-Ross-Akademie für Bildung und Forschung des Hospizes Stuttgart.

Der Lehrstuhl für alevitische Theologie an der Akademie der Weltreligionen der Universität Hamburg nutzt die Erfahrungen aus dem Modellprojekt, um ein eigenständiges Modul *Alevitische Seelsorge* zu entwickeln.

Ansprechpartner

Sedat Korkmaz

Vorsitzender des Vorstands
Alevitische Akademie e.V.
Mannheimerstraße 105a
68535 Edingen-Neckarhausen
Telefon: 0621 – 397 726 87
E-Mail: info@aleviakademisi.org
www.aleviakademisi.org

Bernhard Bayer

Geschäftsführer
Hospiz- und PalliativVerband Baden-Württemberg e.V.
Gartenstraße 40
74321 Bietigheim-Bissingen
Telefon: 07142 – 77 61 56
E-Mail: bernhardbayer@hospiz-st-martin.de

Andreas Herpich

Bildungsreferent
Elisabeth-Kübler-Ross-Akademie, Hospiz
Stuttgart
Stafflenbergstraße 22
70184 Stuttgart
Telefon: 0711 – 2 37 41-53
E-Mail: info@hospiz-stuttgart.de
www.hospiz-stuttgart.de

Basri Aşkın

Diplom-Sozialwissenschaftler
Leitung des Alevitischen Seelsorgeprojekts
Beinsteiner Straße 44/4
71334 Waiblingen
Telefon: 07151 – 9814736
E-Mail: basri-askin@web.de
www.aleviakademisi.org

AllinGeriNation 4.0

Alterstraumatologischer Leipziger intersektoraler Geriatricher Nationaler Versorgungspfad

Autoren: Lysann Kasprick, Jürgen Flohr, Katrin Zimmer

Management Summary

Ziel des Projektes *Alterstraumatologischer Leipziger intersektoraler Geriatricher Nationaler Versorgungspfad (AllinGeriNation 4.0)* ist es, geriatrische Risikopatienten frühzeitig zu erkennen und ihnen entsprechende Therapieoptionen aufzuzeigen. Das Projekt ermöglicht eine patientenorientierte und qualitätsgesicherte Gesundheitsversorgung für die Stadt Leipzig und Umgebung und unterstützt ältere Menschen beim Verbleib in der eigenen Häuslichkeit, gemäß dem Grundsatz „ambulant vor stationär“.

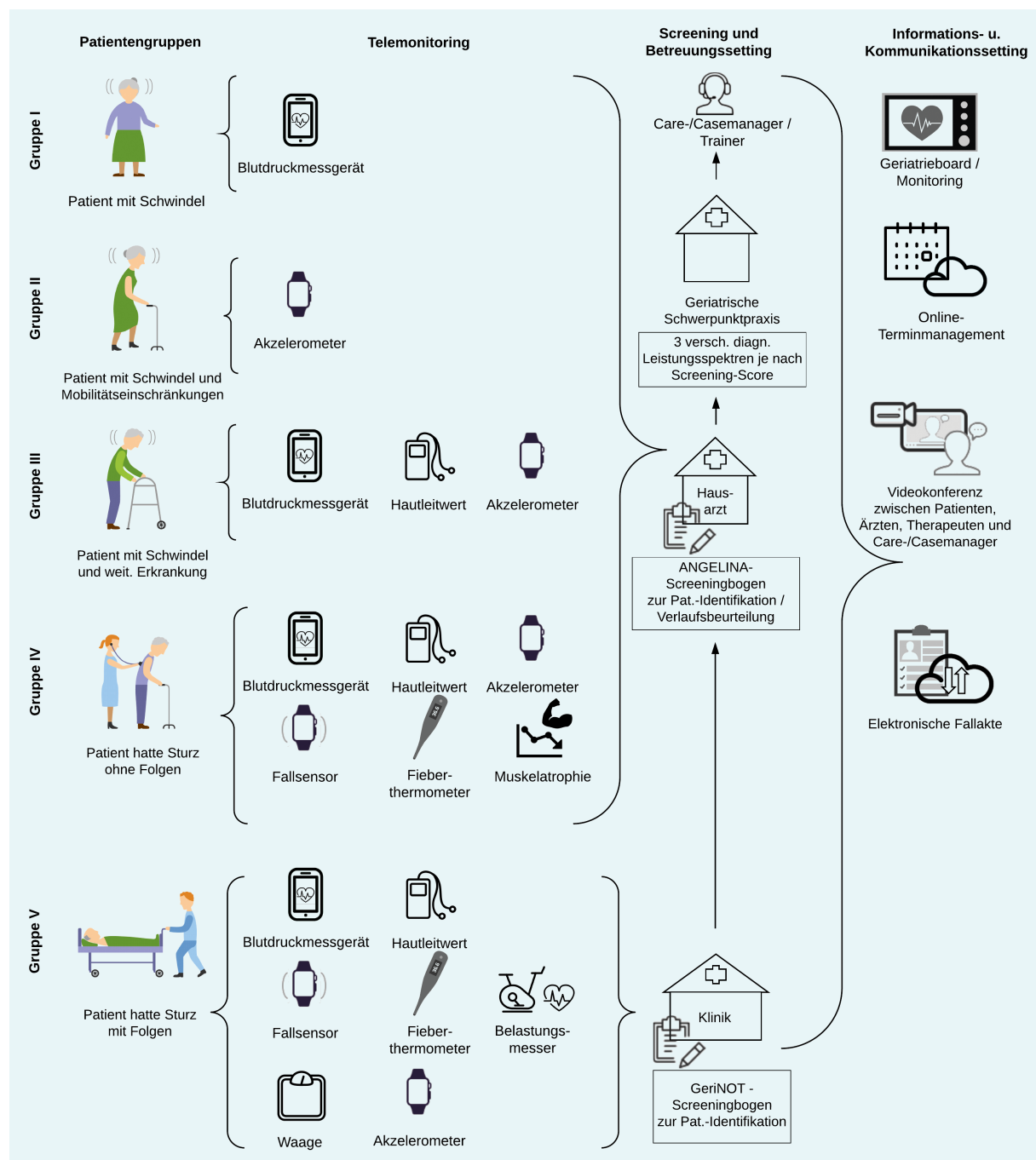
AllinGeriNation 4.0 richtet sich an über 70-jährige, multimorbide Patienten, die beispielsweise an Diabetes, Osteoporose und/oder Demenz erkrankt sind. Zu den Projektinitiatoren gehören GeriNet Leipzig (mit über 1.000 sozialen, pflegerischen, therapeutischen, klinischen und wissenschaftlichen Netzwerkpartnern), die erste geriatrische Schwerpunktpraxis Katrin Zimmer, das Leipziger Gesundheitsnetz (mit 114 Haus-, Fachärzten und Therapeuten), HEALTHY SAXONY, Landkreis Leipzig-Land e.V., DRK-Kreisverband Leipzig Land sowie AWO Sachsen-West.

Bisherige Meilensteine der Kooperationspartner waren unter anderem die Erstellung des geriatrischen Versorgungslebenslaufs GeriVita im Jahr 2013, die Aufnahme des geriatrischen Kognitions- und Bewegungsprogramms im europäischen Demografieplan, die Eröffnung der Geriatrischen Schwerpunktpraxis mit integriertem Care- und Casemanagement 2014 und der Start des Strukturvertrages als auch die Eröffnung der ersten Kognitions- und Bewegungssprechstunde GeriNeTrainer im Jahr 2015.

Umsetzung

Im Vergleich zu den anderen deutschen Bundesländern hat Sachsen den höchsten Bevölkerungsanteil an über 65-Jährigen. Der Freistaat steht vor einer Vielzahl an Herausforderungen, die durch die (Über-)Alterung hervorgerufen werden. Ältere Menschen benötigen umfassendere und umfangreichere Versorgungsprogramme als jüngere Generationen. Es muss gewährleistet sein, dass beispielsweise Menschen mit Demenz, Diabetes oder motorischen Einschränkungen nicht durch das Versorgungsnetz fallen.

Abbildung 25 Die Möglichkeiten der sektorenübergreifenden, individuellen und digitalisierten Betreuung geriatrischer Risikogruppen im Überblick



Quelle: Eigene Darstellung.

AllinGeriNation 4.0 erfasst, begleitet und betreut Risikopatienten in allen Versorgungssektoren und -situationen. Es bietet digitalisierte und individuelle Versorgungs- und Coachingprogramme für die Betroffenen an, welche sowohl zu Hause als auch in einer Klinik in Anspruch genommen werden können.

Mit Hilfe eines interprofessionell und multidisziplinär gestalteten Versorgungs- und Hilfeplans werden die Betroffenen optimal durch die Sektoren des Versorgungssystems geleitet. *AllinGeriNation 4.0* verhindert auf diese Weise Unter-, Fehl- oder Überversorgung von älteren, multimorbiden Menschen.

Im Zentrum von *AllinGeriNation 4.0* stehen alle über 70-jährigen Patienten in der (Haus-) Arztpraxis Selbst- und Fremdeinschätzungsbögen aus (ANGELINA-Bogen, GeriNOT, Osteoporosefragebogen). Die Ergebnisse geben dem Arzt Auskunft über die vorliegenden (geriatrischen) Erkrankungen und zeigen ihm mögliche Bedarfe und Weiterbehandlungsoptionen auf. Daraufhin wird dem Patienten und/oder seinen Angehörigen ein abgestimmter Therapieplan vorgeschlagen, welcher sich an dem intersektoralen alterstraumatologischen Versorgungspfad orientiert. Dabei wird der Patient in den Entscheidungsprozess für seine weitere Therapie mit einbezogen. Zusätzlich erfolgen regelmäßige Rücksprachen mit dem Hausarzt und/oder der geriatrischen Schwerpunktpraxis, woraufhin die Therapie im Bedarfsfall angepasst werden kann.

Die Wirksamkeit und der Nutzen von *AllinGeriNation 4.0* konnten in verschiedenen Evaluationen pro Sektor aufgezeigt werden. Im nächsten Schritt wird in Dissertationsvorhaben der sektorenübergreifende Prozess veröffentlicht. In Zusammenarbeit mit der Internationalen Graduierten Akademie der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, der Universität Leipzig und der TU Dresden werden Versorgungsforschungsprojekte durchgeführt.

Nächste Schritte

In Zukunft sollen alle Daten im Rahmen von *AllinGeriNation 4.0* digital erfasst und genutzt werden, dafür ist die Einrichtung eines sogenannten Geriatrieboards angedacht. Des Weiteren soll eine mobile Rehabilitation in einem interdisziplinären und sektorenübergreifenden Behandlungsteam aufgebaut werden.

Ansprechpartner

Lysann Kasprick

Netzwerkmanagement

GeriNet Leipzig

Bewegungs- und Kognitionssprechstunde

Kolmstraße 2

04299 Leipzig

Telefon: 0152 – 547 776 06

E-Mail: lysann.kasprick@gerinet-leipzig.de

www.gerinet-leipzig.de

Katrin Zimmer

Geriatrische Schwerpunktpraxis

Kolmstraße 2

04299 Leipzig

Telefon: 0341 – 863 825 55

E-Mail: info@hausarzt-zimmer.de

www.hausarzt-zimmer.de

Dr. Jürgen Flohr

Vorstand

Leipziger Gesundheitsnetz

Prager Straße 191

04299 Leipzig

Telefon: 0341 – 355 408 27

E-Mail: info@gesundheitsnetz-leipzig.de

www.gesundheitsnetz-leipzig.de

Arzneimitteltherapiesicherheit mit Genotypisierung (AMTS-Genotypisierung)

Autor: Michael Bangemann

Management Summary

Das Projekt *Arzneimitteltherapiesicherheit mit Genotypisierung* (AMTS-Genotypisierung) dient der Verbesserung von Versorgungsqualität und -sicherheit bei der medikamentösen Therapie. Es hilft unerwünschte Arzneimittelwirkungen und Arzneimittelunverträglichkeiten zu vermeiden – und somit auch unnötige Krankenhausaufenthalte. Auch kann die Therapietreue der Patienten verbessert werden.

Ärzte erstellen dazu online eine arzneimittelbezogene Anamnese. Sie prüfen die einzunehmenden Arzneimittel auf mögliche Wechselwirkungen und Verträglichkeitsrisiken. Per Gentest aus einer normalen Blutprobe werden dafür die Verstoffwechslungsgene individuell getestet.

Das Praxisnetz Nürnberg Süd hat das Projekt bereits im Jahr 2012 initiiert und in den Jahren 2015 und 2016 mit Hilfe von Fördermitteln des Bayerischen Wirtschaftsministeriums umgesetzt. Die technische Unterstützung übernahm die HMG GmbH in Fürth. Gegenwärtig nehmen nur die Ärzte des Praxisnetzes Nürnberg Süd an dem Projekt teil; generell soll es aber allen Ärzten zur Verfügung stehen. Prinzipiell kann jeder Patient an der AMTS-Genotypisierung teilnehmen (Minderjährige nur mit Zustimmung der Eltern). Aus Kostengründen nehmen aktuell jedoch vor allem multimorbide, chronisch kranke und ältere Patienten teil, die in der Regel fünf oder mehr Medikamente einnehmen (Polymedikation).

Da kein Vertrag mit den Krankenkassen besteht, werden die Leistungen des Projektes als Privatleistung abgerechnet (Gebührenordnungsposition sowohl im EBM als auch in der GOÄ). Der Patient zahlt dabei lediglich die Analysekosten.

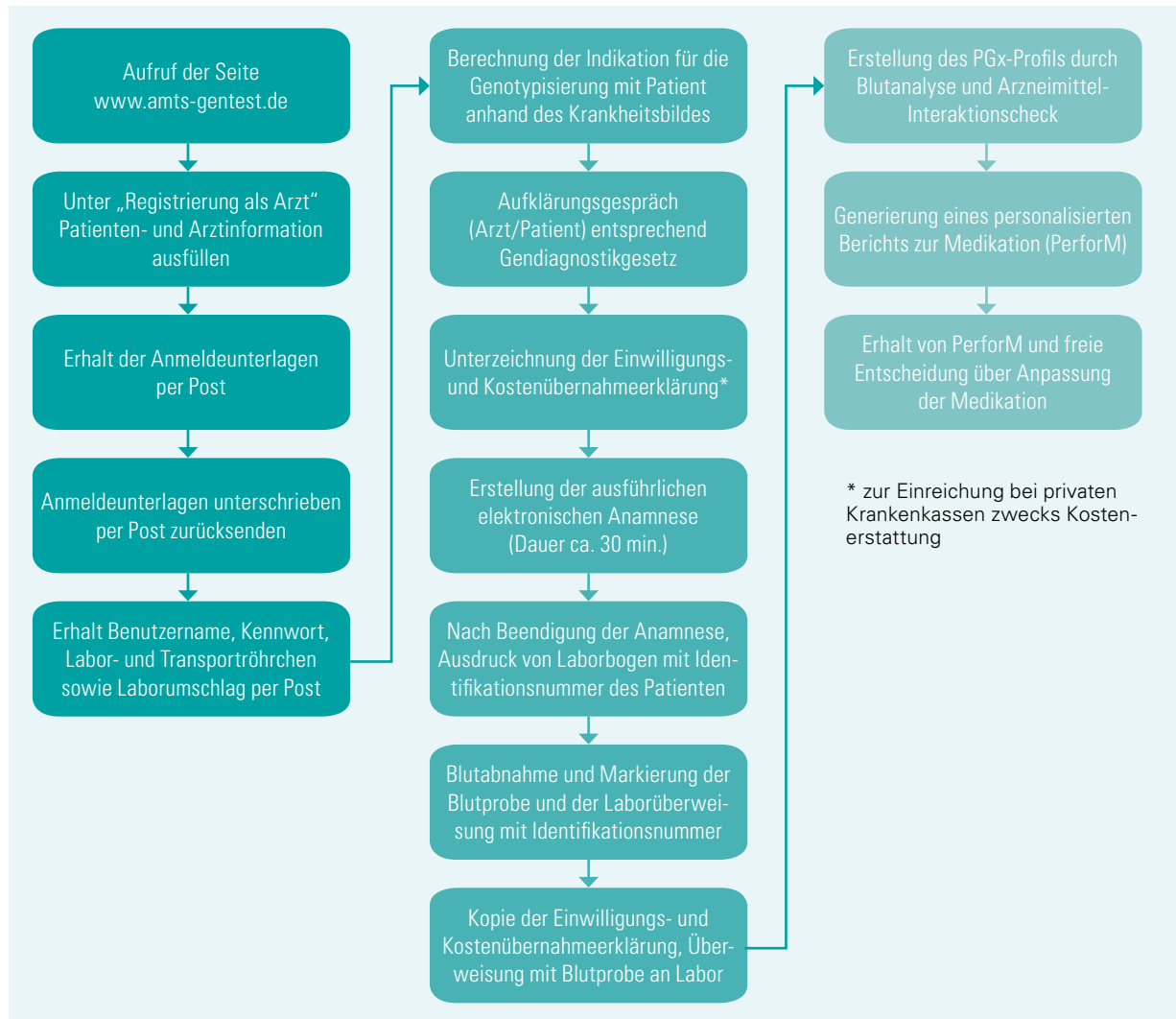
Umsetzung

Das Projekt *AMTS-Genotypisierung* ist modular aufgebaut. Es bietet gegenwärtig für elf wichtige Erkrankungen (wie Bluthochdruck oder Herzinsuffizienz) einen Arzneimittelcheck für eine leitliniengerechte Therapie mittels sogenannter Genotypisierung.

Unter www.amts-gentest.de können die am Projekt teilnehmenden Ärzte eine arzneimittelbezogene Anamnese erstellen. Dort können sie bis zu 20 unterschiedliche Medikamente auf Wechselwirkungen und Verträglichkeitsrisiken prüfen lassen. Dabei können auch freiverkäufliche Medikamente sowie Nahrungsergänzungspräparate berücksichtigt werden. Ein Humangenetiklabor typisiert dann anhand einer Blutprobe die Gene des jeweiligen Patienten. Anschließend erhält der behandelnde Arzt eine Rückmeldung zu den individuellen Verstoffwechslungsmöglichkeiten der Medikamente (PerforM). Sollten Unver-

träglichkeiten vorliegen, erhält der Arzt Ersatzvorschläge für ähnlich wirksame Medikamente. Die umgestellte Medikation kann dann erneut geprüft werden. Dies kann ohne neuerliche Blutabnahme geschehen (siehe zu Konzept und Prozessablauf Abbildung 26).

Abbildung 26 Konzept und Prozessablauf der AMTS-Genotypisierung



Quelle: Eigene Darstellung.

Um am Projekt teilnehmen zu können, müssen die Patienten eine schriftliche Einwilligungserklärung abgeben – gemäß dem Gendiagnostik- und Datenschutzgesetz.

Die Wilhelm-Löhe-Hochschule Fürth evaluiert derzeit die Akzeptanz sowie die Handhabung des Projektes durch die Anwender.

Nächste Schritte

Es ist geplant, die Module zu ergänzen – um weitere Medikamente und weitere Diagnosegruppen (etwa psychische Erkrankungen, chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) oder Krebs). Dafür muss die Datenbank um entsprechende Informationen ergänzt werden.

Ansprechpartner

Dr. Michael Bangemann

Vorsitzender

Praxisnetz Nürnberg Süd e.V.

Nibelungenstraße 19

90461 Nürnberg

Telefon: 0911 – 815 16 22

E-Mail: info@pns-nbg.de

www.pns-nbg.de

Arzneimitteltherapiesicherheit im Krankenhaus

Autorin: Sarah Christina Palme

Management Summary

Ziel des Projektes *Arzneimitteltherapiesicherheit im Krankenhaus* ist eine sichere Arzneimitteltherapie. Dazu erstellt ein Stationsapotheker auf den chirurgischen Stationen des Universitätsklinikums Bergmannsheil in Bochum eine umfassende Medikationsanalyse. Dies führt zu einer erhöhten Sicherheit und einer verbesserten Qualität in der medikamentösen Therapie. Außerdem haben die Patienten dadurch größeres Vertrauen in die Therapie und fühlen sich im Klinikum besser aufgehoben.

Da neben den Patienten und dem Personal des Klinikums auch niedergelassene Hausärzte sowie Pflegepersonal von Altenheimen in das Projekt einbezogen sind, profitiert auch die Schnittstelle zwischen stationärem und ambulantem Sektor.

Ins Leben gerufen wurde das Projekt im Jahr 2009 durch die Krankenhausapotheke des Berufsgenossenschaftlichen Universitätsklinikums Bergmannsheil in Bochum. Dort arbeitet ein interdisziplinäres Team aus Apothekern, Ärzten sowie Pflegepersonal der chirurgischen Abteilung.

Die Finanzierung des Projektes erfolgt durch das Klinikum selbst. Im Zuge der Einführung von *Arzneimitteltherapiesicherheit im Krankenhaus* wurden 1 1/3 zusätzliche Apothekerstellen eingerichtet.

Umsetzung

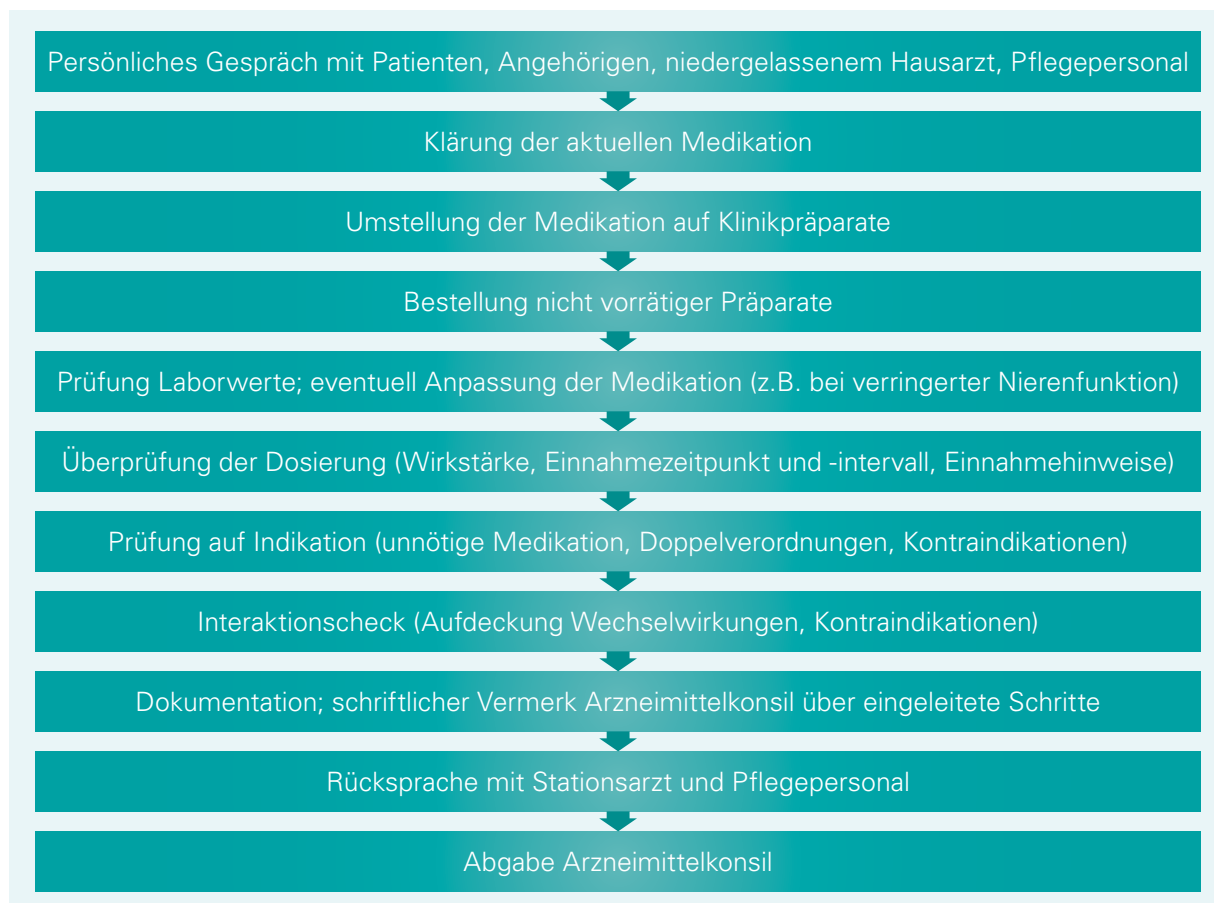
Leider gehören arzneimittelbezogene Probleme mit teilweise gravierenden Folgen zum klinischen Alltag. Dazu zählen zum Beispiel:

- Über- oder Unterdosierungen
- Doppelverordnungen
- Wechselwirkungen zwischen Medikamenten
- schwerwiegende Nebenwirkungen

Die Gründe hierfür sind vielfältig. Auf Seiten der Ärzte fehlt häufig Zeit bei der Aufnahme neuer Patienten. Den betreuenden Pflegekräften mangelt es oft an Fachwissen. Andererseits sind auch Patienten nicht ausreichend über die eigene Medikation informiert. Sie können diese häufig nicht vollständig oder sogar überhaupt nicht benennen. Auch kennen sie oft weder die zugehörige Stärke oder die jeweiligen Einnahmezeiten. Es treten ferner gehäuft Probleme bei der Umstellung der Hausmedikation auf die stationäre Medikation auf.

Um dem entgegenzuwirken, wird im Rahmen von *Arzneimitteltherapiesicherheit im Krankenhaus* bei neu aufgenommenen, unfallchirurgischen Patienten eine ausführliche Arzneimittelanamnese mit folgenden Elementen durch einen Stationsapotheker durchgeführt:

Abbildung 27 Typischer Ablauf der Medikationsanalyse durch einen Stationsapotheker



Quelle: Eigene Darstellung.

Der behandelnde Arzt gibt durch seine Unterschrift auf dem Arzneimittelkonsil sein Einverständnis zum eventuell umgestellten Medikationsplan. Erst dann kann diese Verschreibung in die Patientenakte übernommen und das Arzneimittel von den Pflegekräften abgegeben werden.

Im Durchschnitt werden auf diese Weise pro Tag etwa 20 neue Patienten behandelt, die entweder über die Notaufnahme oder als geplanter Fall in die Unfallchirurgie kommen.

Nächste Schritte

Es ist geplant, die Hausmedikation im persönlichen Gespräch mit den Patienten elektronisch zu erfassen. Auch die Anpassung der Medikation und der Interaktionscheck sollen zukünftig elektronisch erfolgen. Dadurch wird eine schnellere Erstellung der Arzneimittelkonsile möglich sein.

Diese Art der Arzneimittelanamnese kann auch auf weitere Stationen des Klinikums ausgeweitet werden. Dies würde entsprechend auch für andere Bereiche der Klinik Verbesserungen für die Arzneimitteltherapie und deren Sicherheit bringen.

Ansprechpartner

Sarah Christina Palme

Apothekerin

Berufsgenossenschaftliches Universitätsklinikum Bergmannsheil

Bürkle-de-la-Camp Platz 1

44789 Bochum

Telefon: 0234 – 302 64 22

E-Mail: sarah.palme@bergmannsheil.de

Ärztlich willkommen!

Ganz gelassen Niederlassen. In Niedersachsens Mitte

Autoren: Friedrich-Wilhelm Koop, Detlef Meyer und Michael Schmitz

Management Summary

Das Projekt Ärztlich willkommen! ist eine Kampagne zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in der Region Niedersachsen Mitte. Die Region setzt sich für flächendeckende Niederlassungen im ländlichen Raum ein – mit Engagement, regelmäßigem Austausch und finanzieller Förderung. Die Kampagne wurde innerhalb des Regionalmanagements Mitte Niedersachsen (REM) erarbeitet. Sie wurde Ende 2011 in Berlin durch den Minister für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung als Modellregion (MORO) des Bundes vorgestellt.

Drei thematische Arbeitskreise (ärztliche Versorgung, Mobilität, Leerstand) entwickelten in diesem Rahmen Lösungsansätze für eine regionale Daseinsvorsorge.

Die Kampagne startete 2015 und ist auf drei Jahre angelegt. Der Kostenverteilungsplan erstreckt sich über den Zeitraum von 2015 bis 2017. Die Finanzierung erfolgt durch die Städte, Gemeinden und Samtgemeinden. Mit einem festen Betrag beteiligen sich finanziell außerdem die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (KVN), die Kreissparkassen Diepholz und Syke sowie die Sparkasse Nienburg und die PVS Niedersachsen. Die restlichen Mittel werden über den Einwohnerschlüssel auf die Kommunen verteilt.

Umsetzung

Die Altersstruktur der Ärzte im ländlichen Raum Deutschlands wird in den kommenden Jahren zu einem hohen Nachbesetzungsbedarf führen. Immer mehr junge Mediziner entscheiden sich für eine spezialisierte Laufbahn als Facharzt und gegen den Beruf des Allgemeinmediziners. Zudem bevorzugen junge Mediziner städtische Gebiete als Lebensmittelpunkt. In Hinblick auf diese Versorgungsherausforderung sind Handlungsoptionen gefragt, die auf die Verbesserung der hausärztlichen Versorgung ausgerichtet sind.

Die Region, die unterschiedlichen Angebote sowie die Kampagne zur Ärztegewinnung sollen unter derselben Marke beworben werden. Zielgruppe von Ärztlich willkommen! sind in erster Linie Ärzte, die an einer vertragsärztlichen Tätigkeit interessiert sind. Mediziner, Medien, Bürger, Industrie und Handel sowie niedergelassene Ärzte sind dazu eingeladen, Teil der Kampagne zu werden. Die Zielgruppe wird

angesprochen und zu den Bereichen Niederlassungsangebote, Beruf, Leben und Familie sowie zur Region informiert.

Der zentrale und erste Ansprechpartner für interessierte Ärzte ist der Regionslotse. Er übermittelt Informationen zu den einzelnen Standorten und Angeboten. Der Lotse managt die bestmögliche Information und Betreuung, aktiviert alle beteiligten Akteure der Region und sorgt für die Synchronisation mit der KVN.

Daneben agieren die Landräte und Bürgermeister als Schirmherren und Botschafter der Kampagne. Sie sind regionale Helfer in den einzelnen Orten – sogenannte Ortslotsen – und stellen Verbindungen und Kontakte her. Die KVN stellt Personal für die fachliche Beratung und Unterstützung der Kampagne. Die teilnehmenden Kommunen verpflichten sich, sich an den einheitlichen Prozessen der Kampagne zu beteiligen. Neben den festen Partnern nehmen auch Unternehmen an der Kampagne teil. Durch die Einbindung der regionalen Wirtschaft kann eine echte Verankerung in der Region stattfinden. Es konnten bereits vielfältige Gesundheits- und Wirtschaftspartner gewonnen werden.

Der Arbeitskreis des REM hat Ziele zum Themenfeld hausärztliche Versorgung erarbeitet, um eine gemeindeübergreifende Versorgung der Einwohner dauerhaft zu gewährleisten.

Tabelle 5 Ziele des REM-Arbeitskreises

1. Die Einwohner der Region sollen in maximal 15 Minuten PKW-Fahrtzeit den nächsten Hausarzt erreichen. Die Zahl der Hausärzte soll für beide Parteien eine qualitativ gute Versorgung zulassen
2. Es soll von dem „Scheckbuchwettbewerb“ zwischen den Gemeinden um neue Ärzte abgekehrt werden
3. Interkommunale Vereinbarung: a) Wenn die Zahl der Ärzte über 60 Jahre in einem Mittelbereich und eine Quote übersteigt oder der nächste Hausarzt aus einem Teil der Region nicht mehr in 15 Minuten PKW-Fahrtzeit erreicht werden kann, bilden die Kommunen zusammen eine „Task Force“ zur Erörterung von Gegenmaßnahmen b) Die Kommunen unterstützen gemeinsam den Aufbau erforderlicher Strukturen. Wenn die Versorgung damit nicht gewährleistet werden kann, sind in weitergehenden Schritten auch Förderungen und Investitionen vorgesehen
4. Eine Unterstützungsstruktur für neue Hausärzte und eine Kommunikationsstrategie zur Gewinnung neuer Hausärzte wird aufgebaut
5. Famulaturen und „Praktische Jahre“ in der Region werden ausgebaut
6. Praxiszusammenlegungen in kritischen Mittelbereichen der Region werden unterstützt

Quelle: Eigene Darstellung.

Auf der Webseite www.aerztlich-willkommen.de finden interessierte Studierende und Ärzte gebündelte Informationen und Kontaktdaten zu den Regions- und Ortslotsen. Weitere Aktionen zur Akquirierung von Medizinstudenten finden direkt am Unicampus statt. Ebenso wird die Kampagne direkt vor Ort mit großflächigen Brückenbannern, mobilen Bannern sowie eigens angefertigten Wartezimmerbänken an signifikanten Orten beworben.

Nächste Schritte

Nachdem das Jahr 2015 der Einführung und Bekanntmachung der Kampagne galt, werden 2016/2017 das Angebot und die Ideen der Zielgruppe noch aktiver kommuniziert. Es soll der Bekanntheitsgrad der Kampagne genutzt werden, um mit größeren Aktionen anzuschließen: Die Informations- und Öffentlichkeitsarbeit wird aktiver gestaltet, um die Interessenten intensiver anzusprechen sowie erfolgreiche Maßnahmen weiter auszubauen. Die Informationen auf dem Info-Portal und dem Social-Media-Bereich werden ausgebaut. Weiterhin werden neue Informations- und Werbemittel entwickelt, wie Postkarten, Plakate und Broschüren. Die Pressearbeit wird darüber hinaus kontinuierlich fortgeführt und es sind neue (Live-)Aktionen direkt im Medizinerumfeld geplant. Der Direktkontakt zu den Medizinern wird ausgebaut.

Ansprechpartner

Detlef Meyer

Samtgemeindebürgermeister
Samtgemeinde Grafschaft Hoya
Schloßplatz 2
27318 Hoya
Telefon: 04251 – 815 0
E-Mail: d.meyer@hoya-weser.de
www.grafschaft-hoya.de

Michael Schmitz

Geschäftsführer der Bezirksstelle Verden
Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen
Am Allerufer 7
27283 Verden
Telefon: 04231 – 975 202
E-Mail: michael.schmitz@kvn.de
www.kvn.de

Friedrich-Wilhelm Koop

Samtgemeindebürgermeister
Samtgemeinde Heemsen
Wilhelmstraße 4
31627 Rohrsen
Telefon: 05024 – 980 512
E-Mail: fkoop@heemsen.de
www.heemsen.de

BaM – Bewegung als Medikament bei Diabetes mellitus

Autoren: Bernadette Borgert, Stephanie Rataj und Dirk Reinecke

Management Summary

Laut der Daten der Deutschen Diabetes-Gesellschaft kostet Diabetes die deutschen Sozialkassen jährlich 35 Milliarden Euro. Schätzungen zufolge gibt es deutschlandweit circa 7,6 Millionen Diabetespatienten, darunter leiden 90 Prozent an Diabetes Typ 2.

Die Ursachen sind insbesondere Bewegungsmangel, Übergewicht und eine unausgewogene Ernährung. Die Erkrankung nimmt sowohl weltweit als auch in Deutschland drastisch zu.

Durch das Projekt *Bewegung als Medikament bei Diabetes mellitus – BaM* soll Bewegung als „Medikament“ in die Therapie des Diabetes mellitus etabliert werden.

Nach der *Nationalen Versorgungsleitlinie Therapie des Typ-2-Diabetes* sollte neben diätischen Maßnahmen und medikamentösen Therapien Bewegung regelmäßig, wenn möglich, mehrmals pro Woche durchgeführt werden.

Fakt ist, dass in der Praxis vor allem die Bewegung als therapeutische Option nicht angeboten oder nicht umgesetzt wird.

Der Zugang zu Bewegungsgruppen wird in *BaM* einerseits über die Einleitung einer ambulanten diabetologischen Rehabilitation als AHB-Maßnahme nach einem stationären Aufenthalt oder als ambulant eingeleitete Rehabilitationsmaßnahme und andererseits über den direkten Zugang zu den Bewegungsgruppen gewährleistet.

Die diabetologische Schwerpunktpraxis spielt dabei eine wichtige Rolle als „Bewegungslotse“.

Durch die Bewegungsgruppen sollen die Patienten motiviert werden, langfristig ihr körperliches Aktivitätsniveau zu ändern. Letztlich soll gezeigt werden, dass Bewegung als Therapie ein sinnvolles Element ist und mittelfristig die konkrete Anleitung dazu in die Ausbildung der Diabetesberatung /Diabetesassistenten /des medizinischen Fachpersonals etabliert gehört.

Eine Studie soll die Resultate von Bewegungseinheiten im Rahmen der ambulanten Reha-Maßnahme sowie in einer Diabetesschwerpunktpraxis mit der herkömmlichen Therapie ohne Bewegung vergleichen.

Umsetzung

Durch die ambulante diabetologische Rehabilitation können Veränderungen im Alltag leichter umgesetzt werden, da die Patienten nicht komplett aus ihrem Setting herausgerissen werden. Der Start für eine Veränderung der Lebensgewohnheiten kann alltagsnah begleitet werden und es wird verhindert, dass der Patient in alte Verhaltensmuster verfällt. Die VIVental GmbH bietet im Rehasentrum Westend als erste Rehaklinik Deutschlands eine ambulante diabetologische Rehabilitation an.

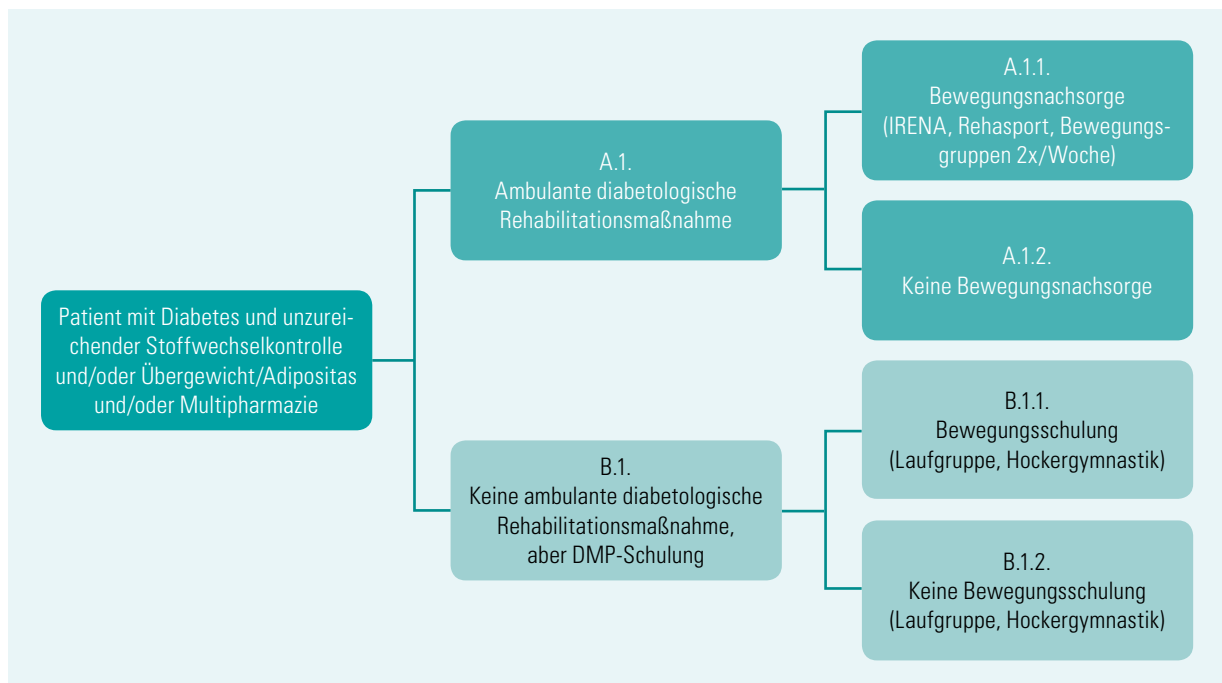
Im Anschluss an die ambulante Rehabilitation können die Patienten am Nachsorgeprogramm der deutschen Rentenversicherung IRENA, am Rehasport oder an freien Bewegungsgruppen teilnehmen.

In der ambulanten Versorgung werden im Rahmen von DMP-Schulungen alternativ Bewegungseinheiten angeboten.

Zielgruppe sind Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 und/oder Typ 2 und mit unzureichender Stoffwechselkontrolle und/oder Übergewicht, Adipositas und/oder Multipharmazie. Im Rahmen der Studie sind ein Patientenanamnesebogen, der WHO-5-Fragebogen und ein Diabetesakzeptanz-Fragebogen auszufüllen.

In Abbildung 28 werden die Elemente des Projektes und das Studiendesign dargestellt. Evaluiert werden Stoffwechselparameter, Gewicht, Bauchumfang und WHO-5-Bogen sowie der Diabetes-Akzeptanz-Score.

Abbildung 28 Versorgungselemente von *BaM*



Quelle: Eigene Darstellung.

Ein langfristiges Ziel, das durch die zu erhebenden Daten untermauert werden soll, ist es, dass die Krankenkassen eine Behandlungsziffer für die Bewegung als Maßnahme/Medikament bei Diabetes mellitus im DMP etablieren. Dies wäre ein stärkerer Anreiz für Diabetologen und Hausärzte, eine Bewegungstherapie zu veranlassen.

Nächste Schritte

Um die Behandlungsergebnisse weiter evaluieren zu können, werden finanzielle Mittel benötigt. Weiterhin wird es notwendig sein, Personal zu schulen, um *BaM* in diabetologische Schwerpunktpraxen zu integrieren. Krankenkassen sollen außerdem über *BaM* informiert und als Kostenträger angeworben werden.

Ansprechpartner

Bernadette Borgert

Diabetologin / Ernährungsmedizinerin
(DAEM/DGEM)
Rehazentrum Westend Berlin
Oberärztin
DRK-Kliniken Westend Berlin Friesenstraße 5
10965 Berlin
Telefon: 0178 – 660 715 7
E-Mail: b.borgert@gmx.de

Dirk Reinecke

Sporttherapeut
Rehazentrum Westend Berlin
Winterfeldstraße 96
10777 Berlin
Telefon: 0157 – 511 147 25
E-Mail: dirk_reinecke@hotmail.de

Stephanie Rataj

Diabetesberaterin DDG, Rehabilitationstrainerin
im internistischen Bereich
AOK-Nordost Centrum für Gesundheit, Berlin,
Rehazentrum Westend, Berlin
Metzer Straße 14
13595 Berlin
Telefon: 0176 – 216 233 78
E-Mail: steffie.rataj@gmx.de

Behandlungspfad Diabetes mellitus Typ II

Programm zur Früherkennung, Diagnostik und Behandlung des Diabetes mellitus Typ II

Autoren: Sabine Heidler und Michael Steinhaus

Management Summary

Ziel des Projektes *Behandlungspfad Diabetes mellitus Typ II* ist es, Risikopatienten sowie Diabetiker frühzeitig zu erkennen und sicher zu versorgen. So sollen das Eintreten von Diabetes und weiteren Begleiterkrankungen verzögert oder sogar verhindert werden. Auch sollen diabetische Entgleisungen vermieden werden.

Der behandelnde Arzt wird schrittweise durch eine gezielte präventive Diagnostik geführt. Ihm werden Vorbeuge- und/oder Therapieoptionen für den Patienten aufgezeigt.

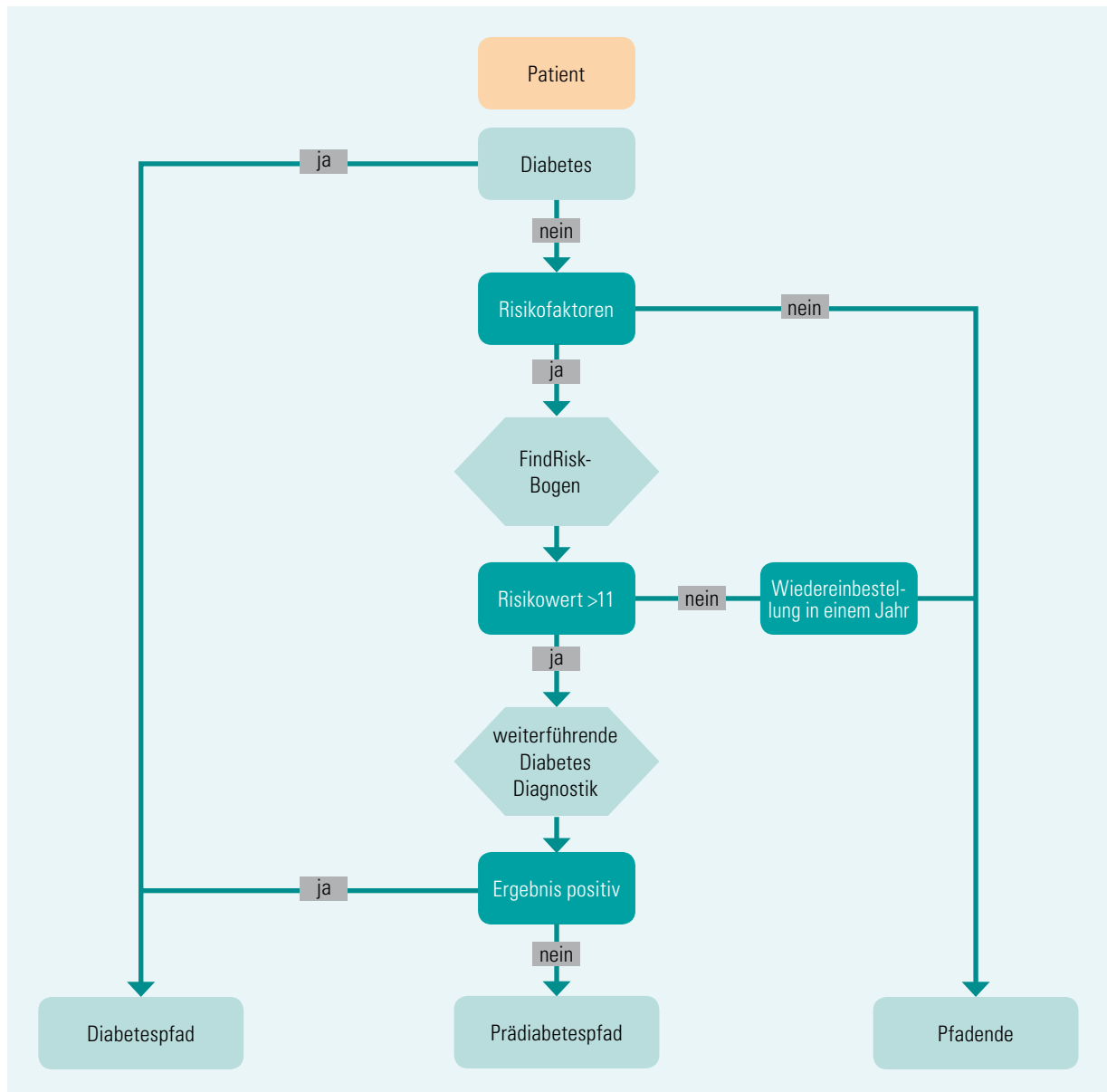
Partner dieses Konzeptes sind MedicBrain Healthcare und die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL). Gegenwärtig nehmen zehn Hausärzte im Landkreis Steinfurt am Behandlungspfad teil sowie weitere kooperierende Fachärzte wie Diabetologen, Nephrologen oder Augenärzte. Teilnehmer am Projekt sind auffällige Patienten – also etwa Übergewichtige, Patienten mit Bluthochdruck, mit koronarer Herzkrankheit oder familiärer Vorbelastung – sowie Prädiabetiker und Patienten, bei denen ein Diabetes mellitus bereits bekannt ist.

Umsetzung

Um Risikopatienten und Diabetiker frühzeitig zu erkennen und sicher zu versorgen, wurde das Projekt *Behandlungspfad Diabetes mellitus Typ II* in die Wege geleitet. In der hausärztlichen Praxis wird dabei zunächst einem definierten Schema gefolgt (siehe Abbildung 29).

Anhand des Ergebnisses der Diagnostik wird der Patient einem Pfad zugeteilt:

Prädiabetespfad: Dies sind die erkannten Risikopatienten, die beim FindRisk-Fragebogen ein Ergebnis erzielen, das größer ist als elf. In einem ersten ärztlichen Gespräch stimmen diese Patienten Maßnahmen zur Risikominderung zu (unter anderem Bewegungsprogramme, Ernährungsberatung, Führen eines „Patientenlogbuchs“). Regelmäßige Kontrolluntersuchungen werden vereinbart. Die Patienten werden umfassend informiert und zu Lebensstiländerungen motiviert. Außerdem werden Zielwerte definiert. Nach sechs Monaten erfolgt eine kurze Untersuchung (Gewicht, Blutdruck, Laboruntersuchung).

Abbildung 29 Vereinfachte Darstellung der Diagnostik

Quelle: Eigene Darstellung.

Bei Erreichen der definierten Zielwerte finden erneute Untersuchungen statt (nach weiteren sechs Monaten sowie nach einem Jahr). Bei Nichterreichen der Zielwerte folgen weitere Schulungsmaßnahmen für eine Verbesserung der Motivation. Sollte inzwischen ein Diabetes vorliegen, so wird der Patient in den Diabetespfad eingeschrieben.

Diabetespfad: Dieser orientiert sich eng an den Leitlinien und dem Disease-Management-Programm (DMP) für Diabetes mellitus mit vierteljährlichen Kontrolluntersuchungen (unter anderem Untersuchung der Füße, der Haut und des Urins; Messung Plasmaglukose). Der Pfad sieht eine dauerhafte und individuell auf den jeweiligen Patienten abgestimmte Weiterversorgung vor. So können weitere Begleit- und Folgeerkrankungen verzögert oder gar vermieden werden.

Am Programm teilnehmende Diabetiker profitieren von einer angenehmeren Therapie. Sie nehmen viel häufiger lediglich orale Antidiabetika ein und müssen kein Insulin spritzen.

Im Pfad definiert und entsprechend hinterlegt sind Schnittstellen und auslösende Parameter für eine weiterführende Diagnostik bei Diabetologen, Nieren- oder Augenärzten. Auch sind Übergabeprotokolle als PDF im Pfad hinterlegt (Medikamentenpläne oder Behandlungsberichte), sodass alle erforderlichen Informationen ohne Reibungsverluste übermittelt werden können. Das Programm wird durch wiederkehrende Qualitätszirkel und Fallbesprechungen mit allen beteiligten Leistungserbringern abgerundet.

Bisher erfolgten lediglich eigene Erhebungen. Eine Evaluation ist in Zusammenarbeit mit der KVWL und der Universität Wuppertal geplant. Die KVWL wird für die Auswertung Routinedaten zur Verfügung stellen. Die Evaluation soll mindestens 100 eingeschriebene Patienten aus dem Landkreis Steinfurt umfassen, die über 36 Monate am Programm teilgenommen haben.

Nächste Schritte

Eine EDV-gestützte Umsetzung des Projektes *Behandlungspfad Diabetes mellitus Typ II* ist zurzeit in der Umsetzung und wird zum Jahresbeginn 2017 in den teilnehmenden Praxen eingepflegt. Dadurch sollen die einzelnen Pfadschritte sowie die Nebenerkrankungen noch sicherer erfasst und erkannt werden. Die Arzneimitteltherapiesicherheit kann somit noch besser gewährleistet werden. Darüber hinaus wurden die Praxisverwaltungssysteme der beteiligten Praxen bereits mit einer speziellen Software vernetzt. Diese gewährleistet eine sichere und schnellere elektronische Kommunikation unter den behandelnden Ärzten (Befundaustausch, aktuelle Medikamentenlisten, etc.).

Ansprechpartner

Michael Steinhaus

Inhaber
MedicBrain Healthcare
Domplatz 40
48143 Münster
Telefon: 0251 – 982 97 00
E-Mail: team@medicbrain.de
www.medicbrain.de

Sabine Heidler

Vorsitzende des Vorstandes
medicoos e.V.
Naher Weg 56
48612 Horstmar
Telefon: 02551 – 830 64
E-Mail: info@medicoos.de
www.medicoos.de

Blutdrohnen

Einsatz von Blutdrohnen als Lebensretter / Wenn Blutdrohnen Leben retten

Autor: Dennis Göbel

Management Summary

Der Einsatz der *Blutdrohne* hat das Ziel Blutkonserven schnell, kostengünstig, risikominimiert und umweltfreundlich zu transportieren. In Notfallsituationen sowie in Gebieten mit hohem Verkehrsaufkommen oder auch in ländlichen, unwegsamen Gebieten bietet sich der Einsatz der Drohne an.

Der Geschäftsführer des Agaplesion Markus Krankenhaus ist mit der Gesamtleitung des Projektes betraut. Bei Umsetzung wird das Projekt an das Projektteam übergeben. Projektpartner werden neben dem Regierungspräsidium, die Deutsche Flugsicherung sowie die Technische Universität Cottbus sein.

Die Vorfinanzierung der Anschaffungskosten sowie des Pilotprojektes erfolgt zunächst aus Eigenmitteln. Im Falle eines Echtbetriebes erfolgt die Refinanzierung über hierdurch zu realisierende Einsparungen der bisherigen Transportkosten.

Umsetzung

In Ballungsräumen wie dem Rhein-Main-Gebiet herrscht ein hohes Verkehrsaufkommen. An jedem Wochentag pendeln 334.000 Menschen nach Frankfurt. Am Frankfurter Kreuz werden täglich mehr als 330.000 Fahrzeuge gezählt. Wenn Blutprodukte dort transportiert werden, kommt es häufig zu langen Wartezeiten. Dies bedeutet ein erhöhtes Risiko, den Patienten nicht rechtzeitig helfen zu können.

Die *Blutdrohne* soll den direkt und indirekt am Prozess Beteiligten mehr Sicherheit bringen und Kosten sparen. Zudem soll die medizinische Versorgung auch bei Großunfällen weiter optimiert werden, beispielsweise bei einem Massenanfall von Verletzten. Durch den Einsatz der Drohne können notwendige Blutkonserven oder Arzneimittel schnell an den Unglücksort gebracht werden, um die Menschen schnellstmöglich zu versorgen. Zur Zielgruppe gehören somit alle Patienten, die notfallmäßig versorgt werden müssen.

Die Agaplesion Frankfurter Diakonie Kliniken gGmbH ist ein Krankenhaus der Schwerpunktversorgung mit zwei Betriebsstätten am Standort Frankfurt am Main. Sämtliche Einrichtungen werden von einer zentral gelegenen Blutbank am Agaplesion Markus Krankenhaus mit Blutprodukten versorgt. Es finden

regelmäßige Kurierfahrten zwischen den Standorten statt. Notfalltransporte lassen sich trotz Bevorratungen vor Ort und weiterer Vorsorgemaßnahmen jedoch nicht vermeiden und es kommt bei Sondersignalfahrten immer wieder zu Unfällen. Während der Kurier selbst bei normalem Verkehr zwischen dem Agaplesion Markus Krankenhaus und dem Agaplesion Bethanien Krankenhaus etwa 25 Minuten benötigt, erreicht die Drohne den Zielort in drei bis fünf Minuten. Bei Unfällen zählt letztlich jede Minute. So kann der Transport durch die Drohne die Sicherheit des Patienten insbesondere in Notfällen erhöhen und somit die Mortalitätsrate senken.

Für das Projekt *Blutdrohnen* ist eine Firma beauftragt, die sich sowohl um die Herstellung der Drohnen als auch um die Software zur Steuerung und zur Radar-Überwachung kümmert. Nachdem das Pilotprojekt erfolgreich durchgeführt wurde, ist es denkbar, flächendeckend alle Blutbanken, Labore und Kliniken Deutschlands in die Versorgung mittels Drohnen einzubeziehen.

Abbildung 30 *Blutdrohne der Agaplesion Frankfurter Diakonie Kliniken*



Quelle: Eigene Darstellung.

Die Drohnen starten jeweils aus dem Innenhof der Klinik auf einer kleinen Landefläche (1,20 m x 1,20 m) oder auf dem Hubschrauberlandeplatz der Klinik. Aufgrund der kurzen Flugzeit werden die im Medizinprodukte- und Transfusionsschutzgesetz vorgeschriebenen Kühl- und Aufwärmzeiten mithilfe eines thermisch isolierten Containers eingehalten – und somit auch die Hygienerichtlinien.

Gesetzeskonform kann in der Transportbox ebenso der sogenannte *Logger* transportiert werden. Dieser erfasst elektronisch die Transportbedingungen, unter welchen das Präparat versandt wird. Über einen USB-Stick können die Transportdaten ausgewertet werden. Über zuvor eingegebene GPS-Daten findet die Drohne ihren Weg. Dies macht es möglich, dass die Drohne automatisch an den Landeplatz zurück-

kehrt, wenn die Akkuversorgung schwach ist. Darüber hinaus kann die Drohne über die GPS-Daten jederzeit in der Meldezentrale geortet werden.

Nächste Schritte

Da es für eine Umsetzung der Projektidee einer gesetzlichen Änderung bezüglich der Flugerlaubnis bedarf, gilt es in einem nächsten Schritt zunächst prominente Vertreter aus Politik und den Regierungsebenen für das Projekt zu gewinnen. Hierzu haben zahlreiche Gespräche bereits stattgefunden. Die Drohne selbst soll als solche technisch weiterentwickelt werden. Hier stehen Aspekte wie Reichweite, Tragfähigkeit, Geschwindigkeit oder Sicherheitseinrichtungen im Vordergrund.

Ansprechpartner

Dr. Dennis Göbel

Vors. Geschäftsführer

AGAPLESION MARKUS KRANKENHAUS

Wilhelm-Epstein-Straße 4

60431 Frankfurt am Main

Telefon: 069 – 953 322 60

E-Mail: dennis.goebel@fdk.info

Blickpunkt Auge – Rat und Hilfe bei Sehverlust (BPA)

Autoren: Andreas Bethke und Angelika Ostrowski

Management Summary

Das Versorgungsprojekt *Blickpunkt Auge* hilft Patienten mit Sehverlust, ihr Augenlicht zu bewahren, Rehabilitations- und Hilfsangebote zu nutzen, die Lebenssituation und -qualität zu verbessern sowie am Alltagsleben teilzunehmen. Menschen, die selbst betroffen und speziell qualifiziert sind, informieren und beraten Patienten und ihre Angehörigen.

Im Jahr 2010 initiierte der Deutsche Blinden- und Sehbehindertenverband e. V. (DBSV) ein bundesweit angelegtes Versorgungsprojekt, um neben sehbehinderten und blinden Menschen auch diejenigen zu unterstützen, bei denen der Augenarzt eine ernsthafte (chronische) Erkrankung diagnostiziert hat. Damit erweiterte der Verband seine Zielgruppe um sechs bis sieben Millionen sehbeeinträchtigte Menschen in Deutschland. Das Versorgungsprojekt ist über 20 rechtlich selbstständige Landesorganisationen des DBSV organisiert. Diese Landesorganisationen kooperieren mit Augenärzten, Low-Vision-Spezialisten, Hilfsmittelanbietern, Rehabilitationslehrern, anderen Selbsthilfeorganisationen, Behörden, weiteren Fachkräften etc. Geleitet wird das Projekt von der Koordinationsstelle für patientenorientierte Angebote des DBSV.

Umsetzung

In Deutschland leiden immer mehr Menschen an Augenerkrankungen und Sehverlust. Die Deutsche Ophthalmologische Gesellschaft (DOG) prognostiziert bis 2030 einen Anstieg der altersbedingten Augenerkrankungen um etwa 20 bis 30 Prozent. Augenerkrankungen verändern das Leben des Betroffenen und seiner Angehörigen. Ein vermindertes Sehvermögen bedeutet in vielen Fällen, dass sich die Lebensqualität verschlechtert und Betroffene weniger am Alltag und an ihrem sozialen Umfeld teilhaben. Um sich mit der neuen Lebenssituation arrangieren zu können, müssen Patienten und Angehörige fachgerecht beraten werden.

Viele Patienten mit Augenerkrankungen und / oder Sehverlust nehmen bisher die Blinden- und Sehbehindertenselbsthilfe nicht als geeigneten Ansprechpartner für ihre neue Lebenssituation wahr. Zudem haben blind oder sehbehindert aufgewachsene Menschen ganz andere Bedürfnisse und Fragen als Menschen, die im Laufe ihres Lebens damit konfrontiert werden. Um auch diese Zielgruppe der Augenpatienten zu erreichen, hat der Deutsche Blinden- und Sehbehindertenverband e. V. (DBSV) die Marke *Blickpunkt Auge* entwickelt.

Bei der Anlaufstelle *Blickpunkt Auge* können sich Augenpatienten beraten und informieren lassen, sich austauschen und an Experten weitervermitteln lassen. Das Beratungsangebot umfasst folgende Themen:

- Grundlegendes zur Augenkrankheit und Therapiemöglichkeiten, ggf. Vorbereitung auf den Arztbesuch
- Sehhilfen und andere Hilfsmittel
- Rechtliche und finanzielle Ansprüche
- Tipps, Tricks und Schulungen zur Alltagsbewältigung
- Sichere Teilnahme am Straßenverkehr
- Berufstätigkeit mit Sehbeeinträchtigung

Das Angebot wird über ein bundesweites Netz aus Beratungsstellen organisiert. Dieses Netzwerk wird durch mehr als 250 selbst von einer Sehbeeinträchtigung Betroffenen getragen und ist derzeit in zwölf Bundesländern vertreten.

Es wurde ein Qualifizierungskonzept entwickelt, um eine bundesweit gleich hohe Qualität der Beratung gewährleisten zu können. 200 der Engagierten sind bereits zertifiziert. Von Februar 2012 bis Ende 2015 wurden rund 14.400 dokumentierte Beratungsgespräche geführt; Veranstaltungen und Gruppenangebote erreichten 11.280 Menschen. Wie dynamisch das Angebot wächst, zeigen folgende Zahlen: Allein in 2015 wurden mehr als 10.000 Beratungen dokumentiert, Veranstaltungen und Gruppenangebote erreichten rund 5.280 Menschen, es gab 51 Beratungsstellen, drei Beratungsmobile fuhren 265 Orte an, zwei Beratungstelefone waren im Aufbau. In 2016 kamen bereits weitere 30 Beratungsstandorte hinzu.

Nach Abschluss der Modellphase in vier Regionen wurde das Versorgungsprojekt erstmalig über leitfadengestützte Interviews evaluiert. Die Ergebnisse konnten zeigen, dass die Marke *Blickpunkt Auge* funktioniert und die gewünschte Zielgruppe anspricht. Sieben von zehn Befragten gaben an, dass sie zuvor zwar schon vom Blinden- und Sehbehindertenverband gehört hatten, aber sich nicht vorstellen konnten, dass auch ihnen dort geholfen werden kann. Auch Augenärzte gaben an, dass es ihnen leichter fällt, ihre Patienten an *Blickpunkt Auge* statt an den „Blindenverband“ zu verweisen. Anhand einer Stichprobe von 800 Ratsuchenden wurden die Diagnosen festgehalten. Knapp die Hälfte litt an Altersabhängiger Makula-Degeneration (AMD), rund 14 Prozent hatten Glaukom bzw. Katarakt und rund fünf Prozent diabetische Retinopathie. Einige Patienten litten auch an zwei oder mehr Erkrankungen.

Nächste Schritte

Künftig sollen Augenpatienten und ihre Angehörigen im gesamten Bundesgebiet wohnortnah beraten und unterstützt werden. Bis 2018 will *Blickpunkt Auge* deutschlandweit vertreten sein. Dazu werden die Angebote ausgebaut bzw. verdichtet. Es werden stetig Engagierte gesucht, die nicht nur bereit sind über eine längere Zeit ehrenamtlich aktiv zu sein, sondern auch ein Qualifizierungsprogramm im Umfang

von 140 Stunden zu absolvieren und sich regelmäßig weiterzubilden. Dafür müssen ausreichende Schulungskapazitäten bereitgestellt werden. Auch die Netzwerkarbeit erhält einen höheren Stellenwert. Das Projekt soll als dauerhaftes Angebot weitergeführt werden, wofür der DBSV mit seinen Landesorganisationen um finanzielle Unterstützung wirbt.

Ansprechpartner

Andreas Bethke

Geschäftsführer

Deutscher Blinden- und Sehbehindertenverband
e.V. (DBSV)

Rungestraße 19

10179 Berlin

Telefon: 030 – 285 387 180

E-Mail: a.bethke@dbsv.org

www.blickpunkt-auge.de

www.dbsv.org

Angelika Ostrowski

Koordination

Deutscher Blinden- und Sehbehindertenverband
e.V. (DBSV)

Rungestraße 19

10179 Berlin

Telefon: 030 – 285 387 287

E-Mail: a.ostrowski@dbsv.org

www.blickpunkt-auge.de

www.dbsv.org

„Das Ernährungsmaß“

Schulungs- und Beratungstools

Autoren: Sandra Rose-Fröhlich und Sofie Fröhlich

Management Summary

Ziel des *Ernährungsmaßes* ist es, die richtige Ernährung mit bestehenden Grundnahrungsmitteln zu erreichen und Fertigprodukte zu reduzieren oder wegzulassen. Aus ihrer 20-jährigen Berufserfahrung als Köchin, Diätassistentin und Diabetesberaterin hat Sandra Rose-Fröhlich das Schulungs- und Beratungstool *Das Ernährungsmaß* entwickelt.

Das Ernährungsmaß ist eine einfache Definition, die in den Alltag integriert werden kann. Es wird aus der persönlichen Hand als Schale geformt – als Handteller oder Handfläche. Die Hand nimmt eine zentrale Rolle in dem Konzept ein. Sie ist überall verfügbar. Die wichtigsten Bestandteile des Konzeptes bilden die Säulen Lebensmittelportionen, Verhaltensmöglichkeiten, Bewegung und Wissensvermittlung. Der Leitgedanke „Nur wer selbst ausprobiert und erlebt hat – begreift“ spiegelt sich im Verhalten der Teilnehmer wieder und beeinflusst sie im Alltag.

Das Ernährungsmaß kommt zur Prävention (§§ 20 und 20a SGB V) sowie zur Beratung von ernährungsabhängigen Erkrankungen (§ 43 SGB V) zum Einsatz.

Umsetzung

In den Medien werden unterschiedliche Ernährungsformen präsentiert und Lebensmittel beworben. Medizinische Fachbereiche sind häufig nicht ausreichend über Richt- und Leitlinien der Ernährung geschult. Dies verunsichert die Patienten nicht selten. Darüber hinaus fehlt es vielen Ernährungsformen an Alltagstauglichkeit. Diese und andere Gründe haben Sandra Rose-Fröhlich dazu bewogen *Das Ernährungsmaß* zu entwickeln.

Das Ernährungsmaß besteht aus folgenden Elementen:

- Curriculum: gesund genießen – *Das Ernährungsmaß*
- Trainermanual: gesund genießen – *Das Ernährungsmaß*
- Arbeitsblätter + Stundenaufteilung: gesund genießen – *Das Ernährungsmaß*
- MyMemory: *Das Ernährungsmaß*

- Buch 2. Auflage: *Das Ernährungsmaß*
- Lebensmittel-Fotokarten: *Das Ernährungsmaß*
- E-Book: *Das Ernährungsmaß* (i-Tunes)
- PDF Buch: *Das Ernährungsmaß*

MyMemory – das Ernährungsmaß beispielsweise soll dabei helfen, die Inhalte spielerisch und bildlich zu verfestigen und kann Schulungs- und Beratungssituationen unterstützen.

Ziele der Maßnahmen des Konzeptes sind:

- Ernährungs- und Bewegungsverhalten gesundheitsfördernd anwenden
- Gewicht reduzieren und stabilisieren
- Fehlernährung und Übergewicht vermeiden
- Selbstcoaching und Verhaltensmaßnahmen verbessern
- Umgang mit Krankheiten und der Ernährung in Kombination mit Alltagsbewegung verbessern

Einsatzmöglichkeiten von *Das Ernährungsmaß* sind: Einzelberatung, Gruppenschulung, Teamcoaching, Vorträge, Workshops, Fach-Fortbildungen und betriebliche Gesundheitsförderung in Unternehmen/Betrieben/Kantinen.

Das Curriculum, Trainermanual und die Stundenaufteilung sind zertifiziert nach dem Präventionsleitfaden des GKV Spitzenverbandes zur Umsetzung der §§ 20 und 20a SGB V.

Nächste Schritte

Das Buch *Das Ernährungsmaß* erscheint angepasst und erweitert in der dritten Auflage. Auch das Design wird mit neuen Bildern und Medien angepasst. In Form von Broschüren werden die Grundlagen des *Ernährungsmaßes* im Alltag dargestellt; sie können unterstützend für eine kurze Beratung genutzt werden. Als langfristiges Ziel soll das Konzept als primärpräventive Maßnahme leitlinienkonform umgesetzt werden, um die Entstehung von Krankheiten zu reduzieren. Hierfür ist ein Abrechnungssystem zur Ernährungsberatung für gesetzlich Versicherte notwendig.

Ansprechpartner

Sandra Rose-Fröhlich

Geschäftsführung

Firma Rose-Fröhlich

Fritz-Reuter-Straße 7

21220 Seevetal

Telefon: 0170 – 7754106

E-Mail: info@rose-froehlich.com

www.rose-froehlich.com

Sofie Fröhlich

Urheber der Fotos Lebensmittelkarten

Happy Mood

Fritz-Reuter-Straße 7

21220 Seevetal

www.happymoodblog.wordpress.com

digital.DiabetesCoach

Autoren: Bernd Altpeter, Manfred Jehnen und Angelika Sieg

Management Summary

Ziel von *digital.DiabetesCoach* ist es, bei Menschen mit Diabetes Typ 1 und 2 durch ein persönliches und individuelles Coaching eine langfristige und nachhaltige Lebensstilveränderung herbeizuführen.

Versicherte der AXA Krankenversicherung, die an Diabetes mellitus Typ 1 oder 2 leiden, können am einjährigen telemedizinischen Interventionsprogramm *digital.DiabetesCoach* teilnehmen; das Pilotprojekt ist auf 230 Teilnehmer beschränkt.

digital.DiabetesCoach wird durch die AXA Krankenversicherung finanziert und vom Deutschen Institut für Telemedizin und Gesundheitsförderung GmbH (DITG) durchgeführt. Die AXA Krankenversicherung übernimmt auch die Kosten für technische Geräte, den Zugang zum DITG-Online-Portal und die sechswöchige *Formula-Diät*.

Umsetzung

Das Interventionsprogramm unterstützt Diabetiker, die eine Lebensstilumstellung nicht selbstständig umsetzen können und bei denen die Maßnahmen der Regelversorgung nicht ausreichen, um eine gute Stoffwechseleinstellung zu gewährleisten. Weiterhin setzt *digital.DiabetesCoach* bei Patienten an, bei denen Schulungsdefizite vorliegen oder die eine intensive Begleitung brauchen. Ziel ist dabei immer, den individuellen Gesundheitszustand und die individuelle Lebensqualität der Betroffenen zu verbessern oder mindestens zu erhalten und Risikofaktoren für Folgeerkrankungen zu minimieren.

Dem Projekt liegt das seit bereits 2013 angewandte Konzept *TeLiPro* zu Grunde (Telemedizinisches Lifestyle Programm). Erarbeitet und wissenschaftlich evaluiert wurde *TeLiPro* in der Klinik und in Kooperation mit Prof. Dr. Stephan Martin, Direktor des Westdeutschen Diabetes- und Gesundheitszentrums (WDGZ). Aufgrund der vielversprechenden Ergebnisse wird das Programm nun zum ersten Mal in einer adaptierten Form und in Kooperation mit der AXA Krankenversicherung auch für Typ-1-Diabetiker angeboten und evaluiert. Darüber hinaus wird ein neues, innovatives Portalkonzept mit wichtigen Zusatzfunktionen angewendet.

Das telemedizinische Interventionsprogramm besteht aus drei Bausteinen:

Telefonisches Coaching: Die regelmäßig stattfindenden Telefongespräche führen erfahrene Diabetes- und Ernährungsberater, die im Motivationstraining und Telefoncoaching geschult sind. Die Inhalte und Struktur der Gespräche basieren auf einem detaillierten Leitfaden. Durch das Telefoncoaching bauen

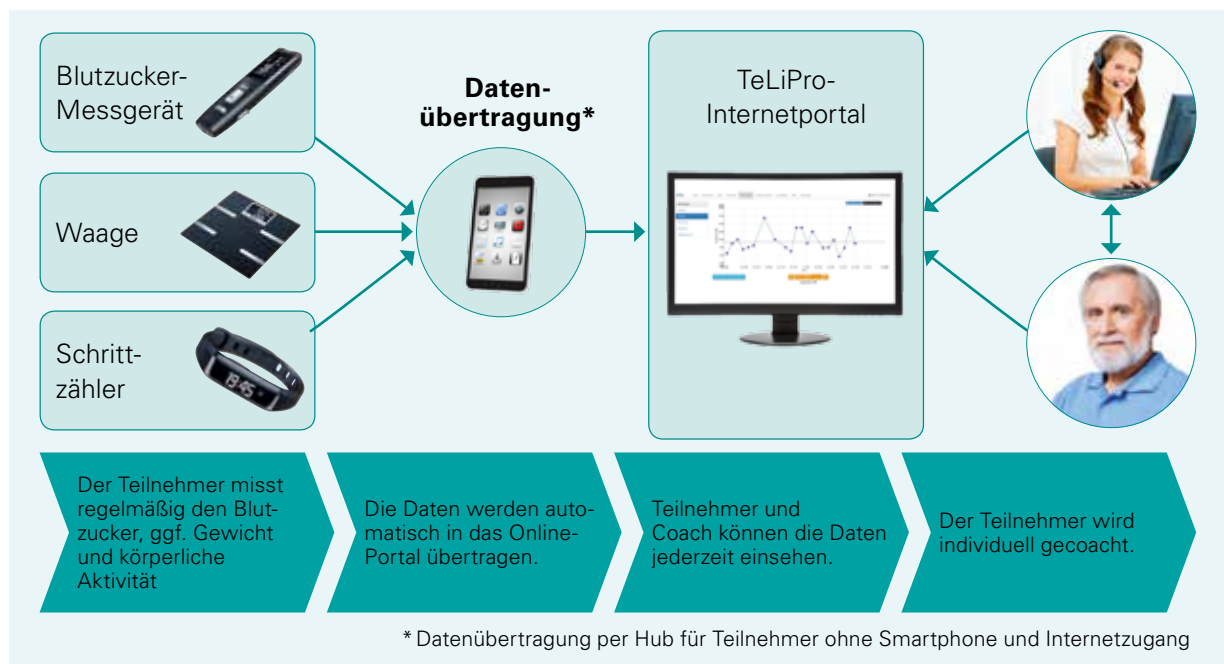
Coach und Teilnehmer ein persönliches Verhältnis auf, welches für die Lebensstilumstellung förderlich ist.

Telemedizinische Messgeräte: Blutzuckermessgerät, Waage und Schrittzähler übertragen automatisch die durch den Teilnehmer gemessenen Werte an das Portal.

DITG-Online Portal: Das Portal kann Daten speichern, verarbeiten und graphisch darstellen. Es bietet Nachrichtenfunktionen, Kalenderfunktionen und jederzeit abrufbare Informationen.

Optional kann der Teilnehmer im Rahmen der Lebensstilumstellung eine *Formula-Diät* machen, um Gewicht zu verlieren und so die Motivation zu erhöhen.

Abbildung 31 Versorgungselemente des digital.DiabetesCoach



Quelle: Eigene Darstellung.

digital.DiabetesCoach beinhaltet drei verschiedene Programme in unterschiedlichen Schweregraden: Typ 2 Diabetes, Typ 1 Diabetes mit Lebensstilintervention und Typ 1 Diabetes ohne Lebensstilintervention. Der genaue Interventionspfad wird nach Prüfung der Startwerte durch den Arzt bestimmt. Außerdem kann der Teilnehmer einen Angehörigen in das Programm einbeziehen, der ihn aktiv in der Umsetzung unterstützt.

Nächste Schritte

Nach erfolgreicher Umsetzung des Pilotprojekts plant die AXA Krankenversicherung einen Ausbau mit mehr Teilnehmern; die Programme werden für die bereits vorhandenen Teilnehmer weitergeführt. Neben dem Ausbau und der Verfeinerung des Online-Portals sollen zukünftig auch andere Krankheitsbilder für das Programm in Erwägung gezogen werden.

Ansprechpartner

Bernd Altpeter

Geschäftsführer

DITG GmbH

Kölner Landstraße 11

40591 Düsseldorf

Telefon: 0211 – 909 81 70

E-Mail: bernd.altpeter@ditg.de

www.ditg.de

Manfred Jehnen

Teamleiter/ Projektleiter

AXA Konzern AG

Colonia-Allee 10-20

51067 Köln

Telefon: 0221 – 148 363 17

E-Mail: manfred.jehnen@axa.de

www.axa.de

Angelika Sieg

Mitarbeiterin Patientenbegleitung Diabetes/DITG

Projekt

AXA Konzern AG

Colonia-Allee 10-20

51067 Köln

Telefon: 0221 – 148 361 07

E-Mail: angelika.sieg@axa.de

www.axa.de

eArztbrief erleichtert und modernisiert bundesweite Gesundheitsversorgung

Bundesweite Verfügbarkeit einer elektronischen, datensicheren, praktikablen und entlastenden Kommunikation unter den ambulanten Ärzten

Autoren: Helena Dreznjak, Florian Fuhrmann und Steffen Kruhl

Management Summary

Wollen ambulante Ärzte Daten über Patienten miteinander elektronisch austauschen, müssen sie sehr hohe Anforderungen an den Datenschutz beachten. Ein Versand von Arztbriefen per E-Mail über das Internet ist daher unzulässig. Die bisherigen Versuche, eine datenschutzkonforme elektronische Kommunikation flächendeckend zu etablieren, sind Insellösungen geblieben. Dennoch ist aufgrund der allumfassenden Nutzung elektronischer Medien die Nachfrage der ambulanten Mediziner nach verlässlichen Lösungen hoch. Da deutschlandweit jedoch mehr als 180 Praxisverwaltungssysteme im Einsatz sind und nur eine Kommunikation mithilfe des Praxisverwaltungssystems akzeptiert wird, muss neben einer verlässlichen Infrastruktur auch die Motivation der Hersteller der Praxisverwaltungssysteme gegeben sein, einen einheitlichen E-Mail-Standard in die Systeme zu integrieren.

Das Projekt *elektronischer Arztbrief (eArztbrief)* hat daher das Ziel, die elektronische Kommunikation auch im Gesundheitswesen zeitgemäß, schnell und sicher umzusetzen – zum Wohle des Patienten. Der Fokus des Projektes liegt auf der Arbeitserleichterung im Praxisalltag und somit auf der Bereitstellung von Ressourcen, die für die Patientenbehandlung eingesetzt werden können. Begleitend mussten die Hersteller der Praxisverwaltungssysteme von einem einheitlichen Arztbrief-Standard überzeugt werden.

Initiatoren des Projektes sind die KV Telematik GmbH, die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen (KV). Projektpartner sind die Hersteller von Praxisverwaltungssoftware sowie die Ärzte, die an dem Feldtest zur Erprobung des *eArztbriefes* via KV-Connect teilnehmen. Der Feldtest wurde 2015 initiiert. An diesem beteiligen sich 26 Arztnetze mit mehr als 750 Ärzten in mehr als 550 Praxen. Eine systemische Evaluation dazu wird nach Beendigung des Tests Anfang 2017 erfolgen. Bisher wurden deutschlandweit und daher auch außerhalb von Arztnetzen mehr als 65.000 *eArztbriefe* übermittelt.

Das Projekt wurde durch die KV Telematik GmbH finanziert, deren Haushalt die KBV trägt. Die Anschaffung von entsprechenden Funktionen im jeweils eingesetzten Praxissystem ist vom einsetzenden Arzt selbst zu finanzieren.

Projekthintergrund und -auftrag

Ein wichtiges Ziel der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) ist es, die Bürokratie in den Arztpraxen auf ein Minimum zu reduzieren. Mangels allseits anerkannter und verlässlicher elektronischer Kommunikation unter den Arztpraxen erfolgt die Kommunikation zwischen Arztpraxen hauptsächlich per Post oder per Fax. Nicht selten wird der postalische Brief nach seinem Empfang eingescannt und elektronisch archiviert. Eingehende Faxe werden ebenfalls elektronisch gespeichert und anschließend händisch der Patientenakte zugeordnet.

Vor diesem Hintergrund wurde die KV Telematik GmbH durch die KVen und die KBV beauftragt, einen von allen Seiten akzeptierten und überall einsetzbaren elektronischen Arztbrief zu entwickeln, zu erproben und letztlich für die Regelversorgung zur Verfügung zu stellen, der die Arbeitsabläufe in der Arztpraxis erleichtert. Ebenso besteht die Erwartung, dass die Kommunikation entlang der Behandlungskette hierdurch um ein Vielfaches schneller wird und gleichzeitig Ressourcen in der Arztpraxis frei werden. Die elektronischen Daten werden unabhängig vom Patientenbesuch übertragen, sodass der Arzt in die Lage versetzt wird, sich auf den Patiententermin vorbereiten zu können. Dies wiederum wirkt sich positiv auf die Behandlungsqualität aus. Die zeitgemäße technische Entwicklung macht die Arztpraxis zudem auch für jüngere Arztgenerationen zu einem attraktiveren Arbeitsplatz. Schließlich wird den ambulanten Ärzten ein elektronischer Kommunikationsweg zugänglich gemacht, der auch für die finanzielle Förderung von *eArztbriefen* nach dem E-Health-Gesetz genutzt werden kann.

Lösungsansatz und Umsetzung

Im Wesentlichen mussten daher a) eine verlässliche Infrastruktur genutzt werden, die für einen datenschutzkonformen Austausch von Patientendaten geeignet ist und an die ambulante Ärzte bestenfalls schon angebunden sind, b) gemeinsam mit den Herstellern der Praxisverwaltungssysteme ein Standard für elektronische Arztbriefe abgestimmt werden und c) Ärzte gefunden werden, die den elektronischen Arztbrief erproben.

a) Eine Infrastruktur, die die hohen Anforderungen des Datenschutzes beim Umgang mit Patientendaten gewährleistet, wurde von den KVen aufgebaut und heißt *Sicheres Netz der KVen (SNK)*. An dieses SNK sind derzeit ca. 111.000 ambulante Ärzte angeschlossen, sodass mit dem SNK eine verlässliche und nutzbare Infrastruktur vorhanden ist.

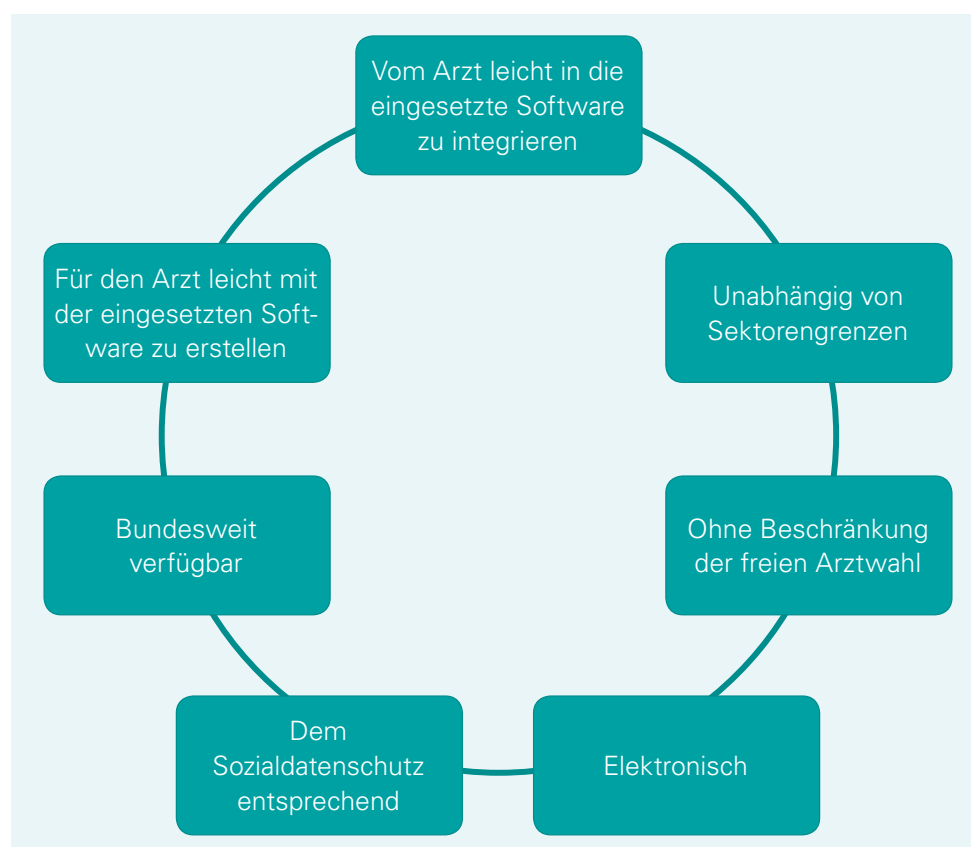
b) Die technische Beschreibung des *eArztbriefes* wurde 2014 von der KV Telematik GmbH entworfen und in einem Kommentierungsverfahren gemeinsam mit den Herstellern der Praxisverwaltungssysteme erstellt. An dem Kommentierungsverfahren nahmen insbesondere auch Verbände und KVen teil. Nachfolgend wurde die technische Beschreibung den Herstellern von Praxisverwaltungssoftware kos-

tenfrei zur Verfügung gestellt und um eine Umsetzung der technischen Spezifikation in den Systemen gebeten. Da Hersteller von Praxisverwaltungssystemen Wirtschaftsunternehmen sind und somit auf Kundenwünsche reagieren, war es zudem unsere Aufgabe, eine hinreichend große Nachfrage nach dem *eArztbrief* bei ambulanten Ärzten zu erzeugen. Diese wurde einerseits durch das oben beschriebene, seit Langem vorhandene Interesse, andererseits aber auch durch unsere Akquise hinreichend vieler Teilnehmer am Feldtest erzeugt.

Schließlich wurde der *eArztbrief* in 35 Systemen eingebaut und ist daher für mehr als 80 Prozent aller Arztpraxen verfügbar. Der *eArztbrief* kann aus der Patientenakte des Systems versandt und beim Empfänger mit wenigen Klicks in die Patientenakte integriert werden. Die oben beschriebenen händischen Aufwände entfallen daher vollständig.

Da die Test-Ärzte ein Minimum an Verlässlichkeit der verschiedenen eingesetzten Testsystemen voraussetzten, wurde neben einem Auditverfahren im Rahmen eines Workshops der systemübergreifende Austausch von *eArztbriefen* erprobt. Beide Maßnahmen trugen zur Verbesserung der Systeme bei, so dass im Anschluss die Hersteller ihren Kunden die Funktion des *eArztbriefes* anbieten konnten.

Abbildung 32 Anforderungen für einen attraktiven Arztbriefaustausch



Quelle: Eigene Darstellung.

c) Mit dem Feldtest zum *eArztbrief* konnten wir über einen Zeitraum von mehr als 18 Monaten beobachten, ob der *eArztbrief* reibungslos funktioniert. Aufgrund der Vielzahl der eingesetzten Systeme und der unterschiedlichen Gegebenheiten in den Arztpraxen war es uns möglich, z.T. noch vorhandene Probleme schnell zu erkennen und gemeinsam mit den betroffenen Herstellern entsprechende Gegenmaßnahmen einzuleiten. Zwischenzeitlich ist der *eArztbrief* bei über 1200 Ärzten eingerichtet. Während im August 2016 7.065 *eArztbriefe* versandt wurden, waren es im September 2016 bereits 9.189.

Abbildung 32 zeigt die grundsätzlichen Anforderungen an einen attraktiven *eArztbrief*.

Nächste Schritte

Der Feldtest wird am 31. Dezember 2016 enden. Nachdem uns die Evaluationsbögen der Teilnehmer zugegangen sein werden, werden wir diese auswerten und anschließend eine Aussage treffen können, ob der *eArztbrief* den kollegialen Austausch von Informationen erleichtert und ob er im Arbeitsalltag technisch und organisatorisch praktikabel ist.

Mit dem zunehmenden Einsatz des *eArztbriefes* durch ambulante Ärzte steigt auch die Nachfrage seitens der Krankenhäuser nach einer elektronischen Kommunikation mit den Niedergelassenen. Zwei Systeme, die in Krankenhäusern bereits z.T. eingesetzt werden, wurden schon auditiert. Mithilfe eines Systems findet aktuell ein häufiger Austausch von *eArztbriefen* mit Niedergelassenen statt, für das zweite System werden derzeit die ersten Installationen vorbereitet. Der *eArztbrief* soll sich daher ebenso in der sektorenübergreifenden Kommunikation etablieren.

Ab 2017 können sich die niedergelassenen Vertragsärzte und –psychotherapeuten den Austausch von *eArztbriefen* gemäß E-Health-Gesetz fördern lassen.

Ansprechpartner

Steffen Kruhl

Projektleiter *eArztbrief*

Telefon: 030 – 400 528 12

E-Mail: steffen.kruhl@kv-telematik.de

Dr. Florian Fuhrmann

Geschäftsführer

Telefon: 030 – 400 527 00

E-Mail: florian.fuhrmann@kv-telematik.de

Helena Dreznjak

Leiterin Marketing & PR

Telefon: 030 – 400 527 09

E-Mail: helena.dreznjak@kv-telematik.de

Post- bzw. Internet:

KV Telematik GmbH

Herbert-Lewin-Platz 2

10623 Berlin

www.kv-telematik.de

Effiziente und innovative häusliche Versorgungsstrukturen für hilfsbedürftige ältere Menschen

Autor: Thomas Oeben

Management Summary

Ziel des Projektes *Effiziente und innovative häusliche Versorgungsstrukturen für hilfsbedürftige ältere Menschen* ist der Aufbau eines deutschlandweiten, effizienten und kostengünstigen Versorgungsnetzwerks für hilfsbedürftige Senioren (mit oder ohne Pflegestufe). Zielgruppe sind vor allem diejenigen älteren Menschen, die in den eigenen vier Wänden wohnen bleiben- und ein selbstbestimmtes Leben führen möchten. Dabei sollen auch pflegende Angehörige durch geschulte Ehrenamtliche entlastet und unterstützt werden. Fachkräfte koordinieren die Einsätze der Ehrenamtlichen. Aufgaben der Ehrenamtlichen sind dabei unter anderem das Begleiten der Hilfsbedürftigen zu Arztterminen, zum Einkaufen oder auch Haushaltshilfestellungen. Für Selbstzahler werden die meisten Leistungen für 12,80 Euro pro Stunde angeboten. Davon bekommen die Helfer eine Aufwandsentschädigung von 8,00 Euro (oder acht Punkte auf einem Vorsorgekonto gutgeschrieben).

Im Juli 2015 wurde das Projekt in München-Laim gestartet. Es wurde eine Koordinationsstelle für die Vermittlung von Helfern eingerichtet; sie ist gleichzeitig Schulungszentrum und soziale Begegnungsstätte. Mittlerweile konnte das Projekt auf den Münchner Süden und Westen ausgedehnt werden. Aktuell können auf diese Weise bereits etwa 130 Hilfsbedürftige durch über 200 ehrenamtliche Helfer betreut werden. Außerdem werden zehn Fortbildungen und Fallbesprechungen pro Jahr angeboten. Zusätzlich sind zwei Schulungen für pflegende Angehörige möglich (20 Stunden). Während das Projekt in der Anlaufphase über einen Privatkredit finanziert wurde, wird es mittlerweile durch einige Stiftungen unterstützt sowie durch einen Zuschuss des Ministeriums für Gesundheit und Pflege und der Pflegekassen (jeweils 1,50 Euro pro Stunde).

Den Ehrenamtlichen bietet das Projekt eine sinnvolle Beschäftigung.

Umsetzung

Das Projekt *Effiziente und innovative häusliche Versorgungsstrukturen für hilfsbedürftige ältere Menschen* zeichnet sich durch eine schlanke zentrale Administration aus mit moderner IT-Ausstattung und innovativen, digitalen Prozessen. Es bietet eine Kooperationsplattform bereits bestehender Dienstleister an.

Tabelle 6 Versorgungskonzept des Programms

Beratung	• Beratung pflegender Angehörige durch hauptamtliche Mitarbeiter aus dem Pflegebereich zu unterschiedlichen Themen (Erleichterung pflegerischer Tätigkeiten, körperliche Belastungen oder Pflegequalität) • Schulung pflegender Angehörige im Umgang mit Pflegehilfsmitteln, dem Hilfesystem des Staates oder den Ansprüchen gegenüber Leistungsträgern • Aufzeigen von Entlastungsmöglichkeiten
Betreuungs- und Entlastungsleistungen	• Betreuung hilfs- oder pflegebedürftige Menschen durch ehrenamtliche Helfer (Begleitung zum Arzt, zum Einkauf oder zum Spaziergehen, Haushaltshilfestellungen) • Entlastung pflegender Angehörige
Integration	• Integration Hilfsbedürftiger und Helfer in die Gemeinschaft durch regelmäßige Veranstaltungen (Kaffee- und Kuchennachmittage oder Weihnachtsdinner)
Kümmererfunktion	• Kontaktherstellung zu weiteren (spezialisierten) Organisationen und Dienstleistungen (z.B. gerontopsychiatrische Dienste, Bezirkssozialarbeit) • Einleitung altersgerechter Umbaumaßnahmen • Zahnärztliche Versorgung zu Hause
Verbindlichkeit	• Verbindliche und qualitativ hochwertige Unterstützung aufgrund professioneller Organisation mit großem Netzwerk an ehrenamtlichen Helfern
Schulung und Fortbildung	• Regelmäßige intensive Schulungen und Fortbildungen ehrenamtlicher Helfer durch Profis aus dem Pflegebereich • Schulungen und Hausbesuche für pflegende Angehörige
Vorsorgemöglichkeit durch Engagement	• ehrenamtliche Helfer erhalten entweder eine Aufwandsentschädigung oder eine Entschädigung in Form von Punkten • Punkte werden auf einem Vorsorgekonto angespart und können bei Bedarf selbst in Anspruch genommen oder jemand anderem zur Verfügung gestellt werden
Qualität – Sicherheit – Vertrauen	• Gewissenhafte Auswahl von Helfern und Hilfsbedürftigen in persönlichen Gesprächen durch Fachpersonal • Helfer müssen polizeiliches Führungszeugnis vorlegen • Helfer werden nur für Dienste eingesetzt, für die sie auch qualifiziert sind • Für die Betreuung von pflegebedürftigen Klienten werden nur Helfer eingesetzt, die eine 40-stündige Schulung bei Pflegefachkräften absolviert haben und regelmäßig Fortbildungen besuchen • Überwachung der Qualität über Key Performance Indicators und durch Bewertungen seitens der Hilfsbedürftigen • Teambesprechungen mindestens alle 3 Monate

Quelle: Eigene Darstellung.

Ein Hilfebedarf kann entweder online oder telefonisch über einen Kundenservice entgegengenommen werden. Dieser wird bearbeitet und im IT-System erfasst. Bei Neukunden erfolgt ein Aufnahmege­spräch durch eine Fachkraft. Bei Bedarf kann dies bei dem Hilfebedürftigen zu Hause stattfinden und mit einem Pflegeberatungsgespräch verbunden werden. Das IT-System sucht anschließend automa­tisch nach infrage kommenden Helfern. Dabei werden Einsatzort, benötigte Qualifizierungen oder Lei­stungsbereitschaft berücksichtigt. Mögliche Helfer werden über eine App oder per SMS angefragt, ob sie die gewünschte Leistung zum angegebenen Termin erbringen können. Zu- und Absagen werden ebenso elektronisch erfasst und ausgewertet.

Außerdem verstehen wir uns mehr als eine Gemeinschaft, in der die Menschen füreinander da sind. Unsere Helfer bringen sich bei uns ein und haben die Gewissheit, dass ihnen oder ihren Angehörigen Hilfe zuteilwird, wenn diese benötigt wird. Neben einer ehrenwerten und sinnvollen Beschäftigung tref­fen sie Menschen mit gleicher Gesinnung im Helferkreis und erfahren eine sehr hohe Wertschätzung von den Klienten.

Die Helfer bekommen entweder eine monetäre Aufwandsentschädigung oder in Form von Punkten, die auf einem Vorsorgekonto gesammelt werden. Auch ist es möglich, dass sich ein und dieselbe Person bei uns engagiert und gleichzeitig Hilfe für die Dinge in Anspruch nimmt, die sie nicht mehr selbst erle­digen kann.

Übrigens können wir als zugelassener Dienst unsere Leistungen mit der Pflegekasse abrechnen.

Nächste Schritte

Eine Ausweitung des Programms auf ganz Deutschland ist geplant. Hierbei ist der Verein auf finanzielle Unterstützung angewiesen. Außerdem soll ein Online-Portal entstehen, auf das alle Vereine und Orga­nisationen zugreifen können, die in der Betreuung von hilfsbedürftigen Menschen tätig sind.

Ansprechpartner

Thomas Oeben

Vorsitzender

Dein Nachbar e.V.

Agnes-Bernauer-Straße 90

80687 München

Telefon: 089 – 960 404 00

E-Mail: thomas.oeben@deinnachbar.de

www.deinnachbar.de

e-Implantatausweis

Der elektronische Implantatausweis

Autoren: Markus Bönig, Manfred W. Elff und Mathias H. Wilhelmi

Management Summary

Ziel des digitalen Implantatausweises ist es, dem Patienten sämtliche Informationen rund um sein Implantat bereits zum Zeitpunkt der Entlassung in digitaler Form zur Verfügung zu stellen. Der e-Implantatausweis wird mit dem Gesundheitskonto des Patienten verknüpft. Die Kartennummer und der Sicherheitscode gewähren Behandlern das Leserecht.

Gemeinsam mit der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) und dem Niedersächsischen Zentrum für Biomedizin Hannover (NIFE) wurde eine aus drei Elementen bestehende Lösung geschaffen, die es möglich macht, dass die implantierende Klinik die Implantat-Informationen digital erhebt, digitale Aufklärinformationen ergänzt und die Daten in digitaler Form an den Patienten übergibt.

Aktuell nutzen etwa 50 Kliniken deutschlandweit diese Lösung. Sie wird komplett von den implantierenden Einrichtungen finanziert und steht dem Patienten und allen Folgebehandlern kostenfrei zur Verfügung.

Umsetzung

Auslöser für die Entwicklung des e-Implantatausweises war der Brustimplantat-Skandal im Jahr 2012. Ein Hersteller hatte mangelhafte Implantate bei weltweit etwa 100.000 Frauen eingesetzt; allein in Deutschland waren mehr als 5.000 Frauen betroffen.

Auf Empfehlung des Bundesinstituts für Arzneimittel sollten die Implantate entfernt werden. Es war jedoch nicht möglich, die betroffenen Frauen zu informieren, da sie aufgrund fehlender Dokumentation nicht identifiziert werden konnten. Als Reaktion auf diesen Skandal hat der Gesetzgeber im Jahr 2012 drei zentrale Forderungen aufgestellt: Der Patient muss eine schriftliche Patienteninformation erhalten, einen Implantatausweis mit Angaben zu Bezeichnung, Art, Typ und Seriennummer des Implantats – und jede implantierende Klinik muss zur Ermittlung von betroffenen Patienten für 20 Jahre sämtliche Angaben speichern. Bis Anfang 2016 mussten diese Änderungen in jeder implantierenden Einrichtung umgesetzt werden. Tatsächlich sind sie in vielen Kliniken aber nur sehr schlecht oder gar nicht umgesetzt. Sämtliche Implantat-Informationen werden bislang in Papierform dokumentiert und überreicht – und

sind bereits nach wenigen Jahren oft nicht mehr gut lesbar. Der elektronische Implantatausweis erfüllt alle drei gesetzlichen Forderungen in digitaler Form.

Das Versorgungskonzept richtet sich an alle knapp 2.000 implantierenden Einrichtungen in Deutschland, ausgenommen zahnmedizinische Einrichtungen.

Der Patient erhält den Implantatausweis in Form einer Kunststoffkarte. Auf dieser Karte ist eine Karten-Nummer abgedruckt, ein Sicherheitscode und ein QR-Code (siehe Abbildung 33); die Karte kann auch mit dem Online-Gesundheitskonto des Patienten verknüpft werden.

Abbildung 33 Implantatausweis



Quelle: Eigene Darstellung.

Durch das Scannen des QR-Codes und die Eingabe des Sicherheitscodes ist jederzeit ein Lesezugriff durch den Behandler bzw. den Patienten selbst möglich. Der Patient ist alleiniger Eigentümer der Daten. Weiterhin entsteht mit dem Implantat-Manager ein klinikeigenes Implantat-Register, mit welchen die Kliniken fortan sofort betroffene Patienten identifizieren können. Der Implantat-Manager ist eine Web-Anwendung, die mit jedem Browser geöffnet werden kann. Dennoch werden die damit erfassten Daten ausschließlich lokal in der Klinik gespeichert. Sowohl im Notfall als auch bei der Folgebehandlung sowie bei einem Rückruf sind sämtliche Informationen bekannt. Die Daten aus dem Implantat-Manager werden mit den Patientenstammdaten kombiniert und in einem weiteren Element, dem klinikeigenen Implantat-Register, gespeichert. Dieses lässt sich mit beliebigen weiteren Implantat-Registern koppeln und überträgt die Daten anonymisiert. Das dritte Element des Projekts ist das vitabook-Gesundheitskonto des Patienten, in das die Daten übertragen werden können.

Nächste Schritte

Der e-Implantatausweis mit seinen drei Elementen wird gemeinsam mit den ersten 50 implantierenden Einrichtungen weiter entwickelt und über einen Zeitraum von fünf Jahren evaluiert. Ziel ist es, die Lösung in möglichst allen implantierenden Einrichtungen einzusetzen. In diesem Zusammenhang wäre die Entwicklung eines nationalen Implantat-Registers vorstellbar.

Ansprechpartner

Markus Böning

Geschäftsführer

Vitabook GmbH

Alsterdorfer Markt 6

22297 Hamburg

Telefon: 040 – 537 981 501

E-Mail: markus.boeing@ordermed.com

www.implantatausweis.de

Prof. Dr. med. Mathias H. Wilhelmi

Div. F. Cardiac-, Thoracic-, Transplantation and Vascular Surgery

Dept. Of Vascular and Endovascular Surgery,

Hannover Medical School (MHH)

Carl-Neuburger-Straße 1

30625 Hannover

Telefon: 0511 – 532 65 92

E-Mail: Wilhelmi.Mathias@mh-hannover.de

www.kompetenzzentrum-medimplantat.de

Dr. Manfred W. Elff

Geschäftsführer

NIFE Niedersächsisches Zentrum für Biomedizin,
Implantatforschung

Feodor-Lynen-Straße 27

30625 Hannover

Telefon: 0511 – 532 89 62

E-Mail: Elff.Manfred@mh-hannover.de

www.mh-hannover.de

Emsländische Versorgungsinitiative (EVI) – Sicherung der Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum

Autoren: Volker Eissing, Lars Johannson und Werner Koop

Management Summary

Die *Emsländische Versorgungsinitiative (EVI)* möchte die Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum des Emslandes nachhaltig sicherstellen. Neben einem neuen Versorgungskonzept setzt EVI vor allem auf Disease- oder Casemanager, die zwischen Arzt und Arzthelferin angesiedelt werden. Diese hochqualifizierten Casemanager arbeiten teilärztlich und betreuen eigenverantwortlich chronisch Erkrankte. Dabei binden sie den Arzt über telemedizinische Hilfsmittel ein und werden von diesem beaufsichtigt.

Umsetzung

Gerade im ländlichen Raum wird die Bevölkerung immer älter; gleichzeitig gibt es zu wenig neue Ärzte. Die Folge: Patienten sind unterversorgt, Ärzte müssen immer länger arbeiten, nicht selten bis ins hohe Rentenalter. Für das Emsland prognostiziert die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (KVN) eine Versorgungsquote von 24,5 Prozent im Jahr 2020. Die EVI möchte die Versorgung im ländlichen Raum trotz dieser Entwicklungen sicherstellen.

Eine wichtige Rolle fällt dabei den Diseasemanagern zu. Sie übernehmen zum Teil ärztliche Aufgaben, betreuen aber nur Patienten, die der behandelnde Arzt bereits kennt und therapiert. Die Akte des Patienten können die Diseasemanager online einsehen. Diagnose und Behandlung werden standardisiert dokumentiert, so dass der Arzt die Therapie einfach online anpassen oder ändern kann. Die angepasste Therapie wird direkt an den Diseasemanager übermittelt; er kann so ohne Zeitverlust aktiv werden.

Vernetzt sind aber nicht nur Diseasemanager und Ärzte, sondern auch Labore, Krankenpfleger und Krankenhäuser.

Im Modellprojekt werden Medizinische Fachangestellte in folgenden Bereichen qualifiziert:

- Schmerz (Pain Nurse)
- Hypertonie (Hypertensiologieassistentin)

- Diabetes (Diabetesassistentin)
- Versorgung chronischer Wunden (Wundmanagerin)
- Palliativcare
- Parkinson
- MS

Nach der Schulung durch Werner Koop und das Ludmillenstift Meppen arbeiten die Diseasemanager dann teilärztlich; sie nehmen dem Arzt also einen Teil seiner Aufgaben ab. Sie erfragen beispielsweise nach vorgegebenen Schemata, wie sich der Patient fühlt, erheben den Grad der Schmerzen, therapieren den Patienten mit Infusionen oder verabreichen Medikamente. Darüber hinaus beraten sie die Patienten auch sozialmedizinisch – und kontrollieren, wie sich der Patient und seine Erkrankung entwickeln.

Telemedizinische Lösungen von MEDNET gewährleisten die schnelle und sichere Kommunikation zwischen Diseasemanagern, Ärzten und den anderen Beteiligten des Netzes. Der Diseasemanager kann dank dieser Infrastruktur noch während des Besuches beim Patienten den aktuellen Status und mögliche Fragen an den Arzt übermitteln. Der Arzt wird per Email oder SMS informiert und hat direkt Zugriff auf die aktualisierte Patientenakte. Er kann dann die Therapie direkt anpassen oder sich zunächst mit weiteren Akteuren des Netzwerkes kurzschließen. Wenn sich der Arzt entschieden hat, wird der Diseasemanager direkt per Mail oder SMS informiert und kann tätig werden.

Nächste Schritte

Im Jahr 2016 soll das Modell operativ umgesetzt werden. Beginnend im Emsland werden Ärzte, Krankenhäuser und Labore eingebunden. Die ersten Disease- und Casemanager werden ausgebildet. Zusätzlich soll ein Patientennetzwerk gegründet werden. Das Institut für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen wird EVI evaluieren.

Ansprechpartner

Dr. med. Volker Eissing

Projektleiter
Emsländische Versorgungsinitiative
(EVI) gGmbH
Birkenallee 30
26871 Papenburg
Telefon: 04961 – 942 10
E-Mail: volker@eissingonline.de

Werner Koop

Leiter des Schulungszentrum am Ludmillenstift
in Meppen
Emsländische Versorgungsinitiative
(EVI) gGmbH
Ludmillenstraße 4
49716 Meppen
Telefon: 05931 – 15 20
E-Mail: koop@ludmillenstift.de

Lars Johansson

Geschäftsführer

Emsländische Versorgungsinitiative

(EVI) gGmbH

Am Stadtpark 35

26871 Papenburg

Telefon: 04961 – 982 67 60

E-Mail: lars.johansson@evi-netzwerk.de

eNurse

Telemedizinprojekt eNurse

Autoren: Alexandra Eichner und Andreas Pötzl

Management Summary

Das Telemedizinprojekt *eNurse* hat das Ziel, den Ärzten zeitintensive Hausbesuche abzunehmen, gleichzeitig aber eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung sicherzustellen. Das Projekt wurde durch die *Unternehmung Gesundheit Hochfranken GmbH & Co. KG (UGHO)* mit Unterstützung der Medizintechnik entwickelt und setzt auf die Kombination von qualifiziertem Personal und Telemedizin.

Der Fokus des Projekts liegt zunächst auf der medizinischen Versorgung aller UGHO-Versicherten im Landkreis Hof, in der Stadt Hof und dem Landkreis Wunsiedel. UGHO ist eines von sechs Ärztenetzen in Bayern, die mit der AOK Bayern einen umfassenden Versorgungsvertrag hat und sich mittlerweile zum zweitgrößten Ärztenetz in Bayern, mit über 15.000 Versicherten, entwickelt hat. Neben der Ärzteschaft des UGHO beteiligen sich zahlreiche Kooperationspartner aus der Industrie und dem Gesundheitswesen. So wird das Projekt beispielsweise durch das Institut für Informationssysteme der Hochschule Hof begleitet und evaluiert.

Die UGHO hat für *eNurse* einen Förderantrag beim Bayerischen Gesundheitsministerium eingereicht, mit dem Ziel, das Projekt in die Regelversorgung mit aufzunehmen. Hierfür steht die UGHO in Verhandlung mit der AOK Bayern, bei der die Versicherten der UGHO eingeschrieben sind.

Umsetzung

Hauptzielgruppe des Projekts *eNurse* sind Patienten, die an ihre Häuslichkeit gebunden sind, insbesondere multimorbide, chronisch kranke und ältere Patienten. Weiterhin richtet sich das Projekt an Hausärzte und Fachärzte ländlich geprägter Regionen, Hersteller der Medizintechnik sowie von Kommunikations- und Netzwerklösungen und letztlich an alle an der Versorgung des Patienten beteiligten Personen.

Die *eNurse* wird über die UGHO angestellt und hat eine Weiterbildung zur nicht-ärztlichen Praxisassistentin absolviert. Sie führt für maximal sechs Arztpraxen Hausbesuche durch und hat einen festen Patientenstamm den sie betreut. Die Koordination und Betreuung erfolgt über das UGHO-Netzbüro. Die UGHO und deren Ärzte standardisierten alle Maßnahmen, um den Gesundheitszustand des Patienten festzustellen, ärztlich delegierte Tätigkeiten auszuführen und den Patienten zu versorgen. Um das Zusammenspiel von Dokumentation, Telemedizin, Kommunikation und Datensicherheit sicherstellen zu

können, greift die UGHO auf das mediDOK Konzept zurück. Gemeinsam mit mediDOK und ITL entwickelt die UGHO eine Erweiterung der bereits vorhandenen mobilen Lösung.

Ein wichtiger Faktor ist der Datenschutz. Daher findet weder eine Übermittlung über Fremdserver statt, noch eine Auswertung der Daten über praxisfremde Institutionen. Die Datenübermittlung an die Hausarztpraxis erfolgt direkt durch die betreuende eNurse. Sollten die Daten aufgrund einer fehlenden Internetverbindung nicht sofort übermittelt werden können, werden diese verschlüsselt zwischengespeichert und automatisch später übermittelt.

Die medizinische Ausstattung der eNurse entspricht der einer modernen Arztpraxis; alle Medizinprodukte sind zertifiziert. Für die Hausbesuche nutzt die eNurse ein Notebook mit Touch-Display, mit dem sie notwendige Patientendaten aus der jeweiligen Praxis abfragen und bereits bestehende Daten ergänzen kann. Auch die Daten der Messgeräte für Blutzucker, Blutdruck, EKG, Puls und Gewicht können per Bluetooth oder USB übertragen und dem Arzt umgehend in die Praxissoftware übermittelt werden. Sollten während des Hausbesuches Fragen aufkommen, ist es der eNurse möglich, den Hausarzt wie auch den Facharzt mittels Fallkonferenz sofort einzubinden oder ihm Bildmaterial zu übermitteln. In einem nächsten Schritt werden weitere Tätigkeiten durch die eNurses angestrebt (siehe Tabelle 7).

Tabelle 7 Angestrebtes Ziel zur Versorgung der Patienten durch die eNurses

Angestrebtes Ziel ist die medizinische Versorgung der Patienten sicher zu stellen
• Ressourcen zu bündeln und die Ärzte aktiv in ihrer täglichen Arbeit zu unterstützen
• Die medizinische Versorgung in sehr hoher Qualität aufrecht zu erhalten
• Vereinzelt kleinere Tätigkeiten der Pflegedienste mit abdecken (Versorgung aus einer Hand)

Quelle: Eigene Darstellung.

In der Endphase des Projektes soll der Einsatz der eNurse auch in andere Netzstrukturen integriert werden, insbesondere auch sektorenübergreifend und in der Regelversorgung. Ziel der Evaluation ist es, den Nutzen und die Notwendigkeit des Projektes aufzuzeigen, um deren langfristige Förderung sowie eine möglichst feste Vergütung zu erreichen.

Nächste Schritte

Nach Rückmeldung zum Förderantrag beim Bayerischen Gesundheitsministerium startet die Pilotphase. Ziel ist es, die Zusammenarbeit mit den Pflegediensten und den Angehörigen zu verbessern und die Entwicklung von Kooperations- und Prozessstrukturen mit allen Beteiligten zu gestalten.

Ansprechpartner

Dr.med. Andreas Pötzl

Geschäftsführer

Unternehmung Gesundheit Hochfranken GmbH
& Co. KG (UGHO)

Münch-Ferber-Straße 1

95028 Hof

Telefon: 09281 – 840 25 92

E-Mail: buero@UGHO.de

www.UGHO.de

Alexandra Eichner

Prokuristin, Assistenz der Geschäftsführung

Unternehmung Gesundheit Hochfranken GmbH
& Co.KG (UGHO)

Münch-Ferber-Straße 1

95028 Hof

Telefon: 09281 – 840 25 92

E-Mail: buero@UGHO.de

www.UGHO.de

ERAS-TO-GO

Enhanced Recovery After Surgery Today in Gynecologic Oncology

Autoren: Desislava Dimitrova, Mustafa Zelal Muallem und Jalid Sehouli

Management Summary

Ziel des Projektes *ERAS-TO-GO* ist die prospektive Erfassung der perioperativen Vorbereitung und des postoperativen Verlaufs von Patienten, die aufgrund eines gynäkologischen Malignoms operativ therapiert wurden. An der Klinik für Gynäkologie mit Zentrum für onkologische Chirurgie der Charité und an verschiedenen gynäkologischen Kliniken in Deutschland werden diese Daten anhand eines standardisierten Fragebogens erfasst. Der Fragebogen beinhaltet Elemente des *Enhanced Recovery after Surgery (ERAS)* Programms – ein multimodales, interdisziplinäres Konzept zur Beschleunigung der postoperativen Erholung und zur Vermeidung allgemeiner Komplikationen. Die prospektive Umfrage ist eine deutschlandweite Ist-Analyse des aktuellen Stands der Umsetzung von Elementen aus dem ERAS-Programm bei der Behandlung von Patienten mit gynäkologischen Malignomen.

ERAS-TO-GO wird initial an der Klinik für Gynäkologie der Charité umgesetzt und durch hausinterne Mittel finanziert. Für die Dokumentation der multizentrischen Umfrage sowie für die Entwicklung einer Online-Datenbank werden aktuell Förderer gesucht.

Kooperationspartner des Projektes sind die Klinik für Anästhesiologie mit dem Schwerpunkt operative Therapie der Charité, die NOGGO und die Kommission Ovar der AGO, die auch die erste Pilotumfrage im Jahr 2014 aktiv unterstützt haben.

Umsetzung

Die Therapie von Krebserkrankungen ist von komplexen Behandlungs- und Versorgungsabläufen geprägt. Für neue Versorgungskonzepte müssen auch neue Kooperationsstrukturen geschaffen werden, die die Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen regeln, die an der Versorgung von chronisch kranken Menschen beteiligt sind.

Das ERAS-Programm ist ein gutes Beispiel, wie die vorhandenen Ressourcen durch die Zusammenarbeit der Berufsgruppen mobilisiert werden können. Ziel ist es, sowohl die Patientenversorgung als auch die Zufriedenheit des Personals zu verbessern.

Zielgruppe des Projektes sind Patienten, die aufgrund der Diagnose einer gynäkologischen Krebserkrankung eine operative Therapie benötigen. Für einen Vergleich der Ergebnisse werden nur Patienten mit

der primären Diagnose Ovarial-, Endometrium- oder Zervixkarzinom eingeschlossen, die laparoskopisch oder offen abdominal operiert werden müssen.

In Tabelle 8 wird der Studienablauf von *ERAS-TO-GO* geschildert.

Tabelle 8 Studienablauf ERAS-TO-GO

Studienablauf ERAS-TO-GO
Die Patienten werden mindestens zehn Tage vor ihrer Operation über die Studie aufgeklärt.
Mit seinem Einverständnis stimmt der Patient der Dokumentation des prä- und postoperativen Verlaufs von zehn Tagen vor und bis zu 30 Tagen nach der Operation zu.
Mit Hilfe einer Checkliste dokumentiert eine studentische Hilfskraft den konkreten Krankheitsverlauf vor und nach der Operation in einer Datenbank.
In einer Schulung von Ärzten und Pflegepersonal werden diese für die ERAS-Leitlinien sensibilisiert, um eine nachhaltige Umsetzung dieser zu erreichen.

Quelle: Eigene Darstellung.

Insgesamt soll der Krankheitsverlauf von mindestens 60 Patienten dokumentiert werden, die an der Klinik für Gynäkologie der Charité behandelt wurden. Parallel dazu wird die Umfrage multizentrisch an verschiedenen Kliniken deutschlandweit in ähnlicher Form durchgeführt. Jede dieser Kliniken soll jeweils fünf aufeinander folgende Fälle dokumentieren. Die Krankheitsverläufe aller Patienten werden in einer Datenbank pseudonymisiert dokumentiert.

Nächste Schritte

Die nächsten Schritte zur Durchführung des Projektes sind Folgende:

- Der Ethikantrag wird bis Ende November 2016 fertiggestellt und an die Ethikkommission der Charité eingereicht.
- Der Fragebogen der Pilotumfrage von 2014 wird erweitert und eine Webseite für das Projekt wird bis Dezember 2016 aufgebaut.
- Es werden bis Ende Februar 2017 30 Patientinnen an der Klinik für Gynäkologie der Charité in die Studie eingeschlossen und die Website wird freigeschaltet. Parallel dazu beginnen die multizentrische Umfrage im Februar 2017 sowie die Datenrekrutierung bis Juli 2017.
- Von Februar bis April 2017 wird das Personal geschult und das Programm umgesetzt.

- Bis Juli 2017 werden während der Implementierungsphase 30 weitere Patienten in die Studie aufgenommen.
- Die Datenauswertung und -aufarbeitung findet von August bis Oktober 2017 statt; erste Ergebnisse wird es Ende 2017 geben.

Ansprechpartner

Prof. Dr. med. Jalid Sehouli

Direktor der Klinik für Gynäkologie
Klinik für Gynäkologie mit Zentrum für
onkologische Chirurgie der Charité
Augustenburger Platz 1
13353 Berlin
Telefon: 030 – 450 564 002
E-Mail: jalid.sehouli@charite.de

Desislava Dimitrova

Assistenzärztin
Klinik für Gynäkologie mit Zentrum für
onkologische Chirurgie der Charité
Augustenburger Platz 1
13353 Berlin
Telefon: 030 – 450 664 468
E-Mail: desislava.dimitrova@charite.de

Dr. med. Mustafa Zelal Muallem

Stellv. Direktor, Leitender Oberarzt
Klinik für Gynäkologie mit Zentrum für
onkologische Chirurgie der Charité
Augustenburger Platz 1
13353 Berlin
Telefon: 030 – 450 664 373
E-Mail: mustafa-zelal.muallem@charite.de

Erst die Gesundheit/Önce Saglik

Eine Radoratgebersendung zu Gesundheitsfragen für türkischstämmige MigrantInnen

Autoren: Basri Aşkın, Tamer Ergün-Yikici und Regina Steinkemper

Management Summary

Ziel des Radioprojektes *Erst die Gesundheit* war die Verbesserung der gesundheitlichen Informationsübermittlung durch Radiobeiträge (Podcasts und Radiosendungen) in deutscher und türkischer Sprache für türkischstämmige Menschen.

Das Konzept von *Erst die Gesundheit* baute auf dem Medienkonsumverhalten der Zielgruppe sowie dem muttersprachlichem Ansatz auf, um niederschwellig gesundheitsbezogene Grundkompetenzen zu vermitteln. Darüber hinaus wurden Problemzusammenhänge insbesondere in den Bereichen der chronischen und psychischen Erkrankungen und Abhängigkeitsstörungen sowie dem Gesundheits- und Rentensystem deutlich gemacht. Bestehende Hilfeangebote der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe wurden dadurch häufiger genutzt.

Die Sendereihe war ein Gemeinschaftsprojekt von Metropol FM und dem Paritätischen Wohlfahrtsverband Baden-Württemberg. Es wurde von der AOK Baden-Württemberg und der Deutschen Rentenversicherung gefördert. Strategische Partner waren die Landesärztekammer Baden-Württemberg, das Landesgesundheitsamt und der DGB Baden-Württemberg. Schirmherrin des Radioprojektes war Bilkay Öney, die Integrationsministerin des Landes Baden-Württemberg. Das Projekt wurde im Zeitraum vom März 2011 bis Februar 2013 realisiert.

Umsetzung

Baden-Württemberg hat mit 25 Prozent den höchsten MigrantInnenanteil der deutschen Flächenländer. Mit 300.000 Personen bilden türkischstämmige Zuwanderer und ihre Nachkommen die größte Gruppe. Statistiken zeigen, dass Menschen mit Migrationshintergrund deutlich weniger die Unterstützung von sozialen Hilfsdiensten in Anspruch nehmen als der Rest der Bevölkerung. Verantwortlich dafür sind Kommunikationsprobleme, kulturelle Besonderheiten und mangelndes Wissen über Institutionen und Leistungen des deutschen Sozial- und Gesundheitssystems.

Die Motivation für das Radioprojekt entstand aufgrund der Erfahrungen aus verschiedenen Modellprojekten zur interkulturellen Öffnung der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe. Diese belegen, dass der Zu-

gang von MigrantInnen zur gesundheitsbezogenen Selbsthilfe erschwert ist. Die gleichberechtigte Teilhabe von MigrantInnen an der gesundheitlichen Versorgung ist daher ein wichtiges gesundheits- und integrationspolitisches Ziel.

Zielgruppe des Projektes waren DeutschTürken im Alter von 18 bis 49 Jahren sowie ältere Zuwanderer aus der sogenannten Gastarbeitergeneration. Bei der Gestaltung des Sendepplans wurden dementsprechend auch Themen zur Pflege, Pflegeversicherung oder Rente berücksichtigt.

Erst die Gesundheit wurde in der Anfangsphase in den Großräumen Stuttgart und Mannheim ausgestrahlt. Bereits wenige Monate nach Projektbeginn wurden die Radiobeiträge bundesweit gesendet.

Die Radiosendungen behandelten diejenigen Gesundheits- und Krankheitsthemen, die für die Zielgruppe besonders relevant sind. Dazu wurden türkischstämmige ExpertInnen themenspezifisch interviewt (ÄrztInnen, TherapeutInnen, SozialarbeiterInnen, WissenschaftlerInnen etc.). Einen weiteren Themenschwerpunkt bildeten mit Blick auf Pendelmigration Informationen über das Gesundheits- und Rentensystem in Deutschland und der Türkei. Darüber hinaus kamen VertreterInnen von Selbsthilfegruppen, Betroffene und ihre Angehörigen zu Wort. Während der Projektlaufzeit wurden die Radiobeiträge an mehreren Tagen und mehrmals täglich gesendet, um ein möglichst breites Zielpublikum zu erreichen. Das Projekt wurde vorab durch den Radiosender Metropol FM sowie durch die deutsch-türkische Presse angekündigt.

Erst die Gesundheit bestand aus drei Projektelementen, wie Abbildung 34 zeigt.

Abbildung 34 Projektelemente *Erst die Gesundheit*



Quelle: Eigene Darstellung.

Bisher liegen keine externen Evaluationsergebnisse vor. Dennoch war die Resonanz seitens verschiedener Personengruppen ausschließlich positiv.

Ansprechpartner

Regina Steinkemper MPH

Bereichsleitung Gesundheit und Selbsthilfe
Der Paritätische Wohlfahrtsverband
Baden-Württemberg
Hauptstraße 28
70563 Stuttgart
Telefon: 0711 – 215 513 6
E-Mail: steinkemper@paritaet-bw.de
www.paritaet-bw.de

Tamer Ergün-Yikici

Geschäftsführer
Radyo Metropol FM
Markgrafenstraße 11
10969 Berlin
Telefon: 030 – 217 970 0
E-Mail: erguen@metropolfm.de
www.metropolfm.de

Basri Aşkın

Referent für Migration
Paritätischer Wohlfahrtsverband
Baden-Württemberg
Hauptstraße 28
70563 Stuttgart
Telefon: 0711 – 215 512 3
askin@paritaet-bw.de
www.paritaet-bw.de

eTerminservice

Umsetzung einer IT-Lösung für die Terminservicestellen der KVen

Autoren: Sebastian Bernhardt, Helena Dreznjak und Florian Fuhrmann

Management Summary

Ziel des Projektes *eTerminservice* ist es, die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) bei der Vermittlung von Facharztterminen zu unterstützen. Dies geschieht mithilfe einer elektronischen Plattform, die überregional zur Verfügung steht.

Im Rahmen des im Juli 2015 verabschiedeten GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes wurden die KVen verpflichtet, Terminservicestellen einzurichten. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) beauftragte ihre Tochtergesellschaft KV Telematik GmbH eine IT-Lösung für Terminservicestellen zu entwickeln und umzusetzen. Entstanden ist dadurch der *eTerminservice*, mit der die Kassenärzte oder Fachärzte ihre Terminangebote online an die Terminservicestellen übermitteln und sie verwalten können.

Im Januar 2016 nahmen die Terminservicestellen ihre Arbeit auf. Zwölf KVen setzen heute den *eTerminservice* erfolgreich ein. In den ersten sechs Monaten wurden bereits 38.000 Termine über den *eTerminservice* vermittelt.

Der *eTerminservice* wird durch die KV Telematik GmbH finanziert. Ihren Haushalt trägt die KBV.

Umsetzung

Deutschland ist im internationalen Vergleich sehr gut fachärztlich versorgt. Dennoch müssen gesetzlich Versicherte in einigen Fällen zu lange auf einen Facharzttermin warten. Viel diskutiert wird zudem die oft deutlich schnellere Terminvergabe für privat versicherte Patienten. Die Bundesregierung will nun die Terminvermittlung optimieren.

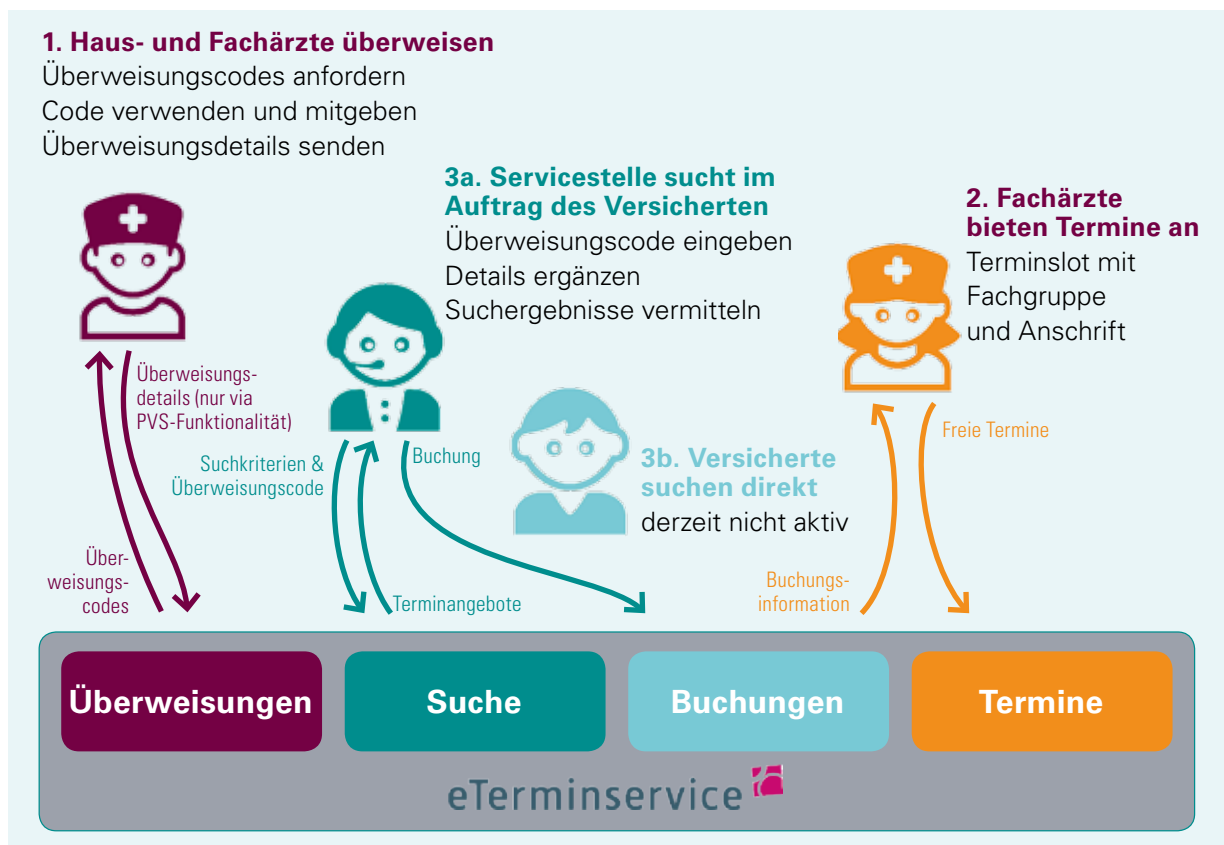
Die KBV unterstützt die regionalen KVen in Form einer elektronischen Plattform. Die Beteiligung an diesem Projekt ist für die jeweilige KV freiwillig.

Ziel der digitalen Plattform ist es, die Telefonzeit ausschließlich auf den Kontakt mit dem Versicherten zu beschränken. Die Terminbuchung ist nun ohne Telefonkontakt möglich. Zielgruppe sind die Patienten, die Terminstellen der KVen, die Fachärzte und die überweisenden Ärzte.

Voraussetzung für den gesetzlichen Anspruch auf eine Terminvermittlung ist die Überweisung zum Facharzt. Diese Überweisung lässt sich durch einen Überweisungscode überprüfen. Jede Facharztpra-

xis kann nun von ihrer KV einen Benutzerzugang zum System erhalten und selbstständig Facharzttermine anbieten. Die Terminsuche und -buchung erfolgt nun nach örtlichen, zeitlichen und fachlichen Kriterien. Die Patienten kommunizieren telefonisch mit der Terminservicestelle. Die Benachrichtigung über die Terminbestätigung erfolgt entweder direkt telefonisch oder sie wird ausgedruckt und versandt. Um unnötige Schnittstellen zu verhindern, wurde die Terminplattform in die bestehende IT-Welt der KVen integriert. Die Abbildung 35 zeigt den Ablauf.

Abbildung 35 Ablauf der Terminvermittlung über den *eTerminservice*



Quelle: Eigene Darstellung (Designed by Freepik).

Eine vorläufige Auswertung nach elf Wochen ergab, dass pro Woche 1.500 Terminanfragen eingingen – vor allem von Patienten, die bei der gesuchten Facharztgruppe bisher große Schwierigkeiten hatten einen Termin zu erhalten. Der *eTerminservice* war für sie eine große Hilfe.

Nächste Schritte

Die KVen haben sich bisher dagegen ausgesprochen, die Plattform auch für direkte Terminbuchung durch Versicherte zur Verfügung zu stellen (Patienten Self Service); technisch ist dies vorgesehen und jederzeit möglich. Eine direkte Anbindung an die Praxis-Terminsoftware ist in Arbeit. Die KVen evaluieren weitere Nutzungsmöglichkeiten der Terminplattform.

Ansprechpartner

Sebastian Bernhardt

Projektleiter eTerminservice
KV Telematik GmbH
Herbert-Lewin-Platz 2
10623 Berlin
Telefon: 030 – 400 528 17
E-Mail: sebastian.bernhardt@kv-telematik.de
www.kv-telematik.de

Helena Dreznjak

Leiterin Marketing & PR
KV Telematik GmbH
Herbert-Lewin-Platz 2
10623 Berlin
Telefon: 030 – 400 527 09
E-Mail: helena.dreznjak@kv-telematik.de
www.kv-telematik.de

Dr. Florian Fuhrmann

Geschäftsführer
KV Telematik GmbH
Herbert-Lewin-Platz 2
10623 Berlin
Telefon: 030 – 400 527 00
E-Mail: florian.fuhrmann@kv-telematik.de
www.kv-telematik.de

Gemeinsam gegen Kinderarmut in Freiburg

Bedarfsbezogene Angebote

Autoren: Martina Kost, Karin Ebel und Rainer Luithardt

Management Summary

Ziel des Projektes ist es, Familien in besonderen Lebenslagen vor Ort zu unterstützen – speziell Neugeborene und Kinder unter drei Jahren mit Ihren Familien, die von Armut betroffen oder zumindest bedroht sind. Um den Bedarf an Frühen Hilfen zu erkennen und primärpräventiv und gezielt unterstützen zu können, will das Projekt vor allem über die Kinder- und Jugendärzte auf die Betroffenen zugehen.

Das Konzept *Gemeinsam gegen Kinderarmut* entstand im Jahr 2013 auf Basis vorausgehender Studien des Zentrums für Kinder- und Jugendmedizin des Universitätsklinikums Freiburg (Arbeitsgruppe Dr. Dipl.-Psych. Michael Barth). Zunächst lief das Projekt unter der Trägerschaft der Stadt Freiburg über einen Zeitraum von zwei Jahren. Das Modellprojekt wurde gefördert im Rahmen der Weiterentwicklung der Jugendhilfe durch den Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg (KVJS) und durch Eigenmittel der Stadt. Im Anschluss wurde es von der AWO Freiburg übernommen und durch Zuschüsse der Stadt Freiburg finanziert.

Umsetzung

Die aktuelle Armutsforschung zeigt, dass zwischen Kinderarmut, geringeren Bildungschancen und Gesundheitsrisiken ein Zusammenhang besteht. Insbesondere Familien in benachteiligten Lebenslagen beanspruchen gleichzeitig weniger Unterstützungsangebote. Frühe Hilfen sprechen junge Familien in benachteiligten Lebenslagen gezielt an, mit dem Ziel, Gesundheits- und Entwicklungsrisiken zu verringern. Weiterhin ermöglichen und verbessern sie die soziale und kulturelle Teilhabe der Familien in der Gesellschaft.

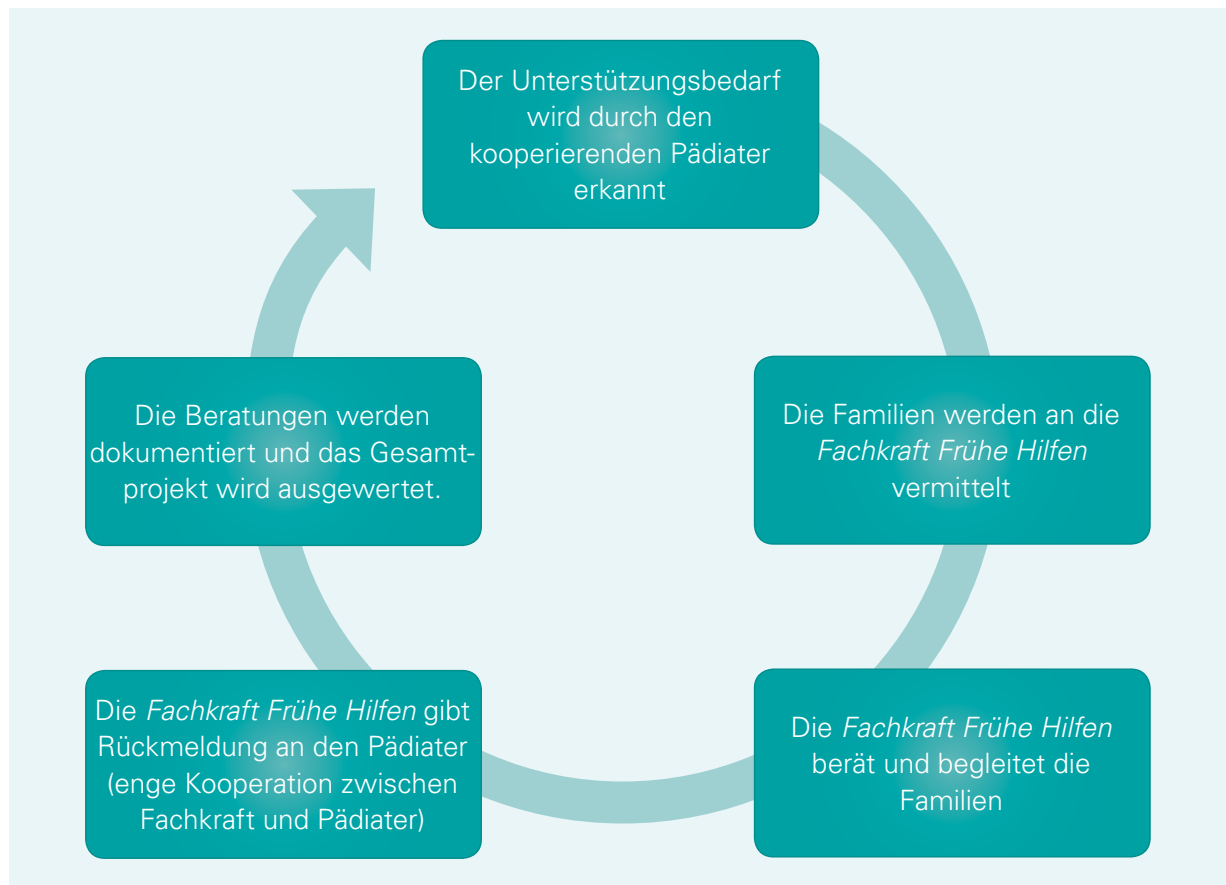
Zielgruppe des Projektes sind Familien mit Neugeborenen, Säuglingen und Kleinkindern im Alter von bis zu drei Jahren, vereinzelt auch bis zum Schuleintritt. Um die Frühen Hilfen zu beanspruchen, müssen die Familien keine spezifischen Voraussetzungen erfüllen oder Problemlagen nachweisen. Bei Bedarf erhalten die Familien direkt vor Ort oder auf Wunsch auch im Rahmen von Hausbesuchen, Beratung und Begleitung einer Fachkraft der Frühen Hilfen. Die Unterstützungsbedarfe reichen von entwicklungs- und kindbezogenen Fragestellungen über Themen der Eltern-Kind-Beziehung bis zu vielfältigen Belastungssituationen der Eltern oder Familien.

Das Projekt will außerdem überregional übertragbare Erkenntnisse gewinnen, um die Kooperation von Praxispädiatrie und Frühen Hilfen weiter zu entwickeln.

Aufgrund der sozialraumbezogenen Strukturdaten wurde der Stadtteil Freiburg-Landwasser und die dortige Kinder- und Jugendarztpraxis von Dr. Roland Fressle gewählt, um das Projekt umzusetzen. Dieser Stadtteil weist einen besonderen psychosozialen Handlungsbedarf auf.

Die wichtigsten Versorgungselemente des Konzeptes sind in Abbildung 36 dargestellt.

Abbildung 36 Versorgungselemente *Gemeinsam gegen Kinderarmut in Freiburg*



Quelle: Eigene Darstellung.

Das *Netzwerk Frühe Hilfen* wird an geeigneten Standorten weiterentwickelt.

Durch die enge Zusammenarbeit können Pädriater und die Fachkraft der Frühen Hilfen Probleme systemübergreifend, interdisziplinär und somit ganzheitlich angehen. Die Patientenorientierung und -versorgung im Projekt wird so verbessert.

Die Ergebnisse der externen Evaluation zeigen, dass das Angebot leicht zugänglich für die angesprochene Zielgruppe ist. Die Familien im Stadtteil nahmen es positiv an. Da unterschiedliche Träger zusammenarbeiteten, konnte das *Netzwerk Frühe Hilfen* Versorgungslücken im Stadtteil erkennen und ergänzende Unterstützungsangebote anregen.

Nächste Schritte

Das Beratungsangebot wird am aktuellen Standort weitergeführt. Die Vernetzung der Akteure und Angebote wird intensiviert und weiterentwickelt, derzeit etwa mit vier Kindertagesstätten.

Das Land Baden-Württemberg verlieh dem Projekt *Gemeinsam gegen Kinderarmut* den Großen Präventionspreis 2015. Dadurch konnte das Netzwerk Frühe Hilfen weitere Familien-entlastende Angebote einrichten, wie z. B. die Begleitung durch ehrenamtliche Familienpaten des Kinderschutzbundes Freiburg e. V., die Familien mit Kindern unter drei Jahren besuchen und betreuen.

Ansprechpartner

Karin Ebel

Leiterin des Kompetenzzentrums Frühe Hilfen
Stadt Freiburg, Amt für Kinder, Jugend und Familie
Kaiser-Joseph-Straße 143
79098 Freiburg
Telefon: 0761 – 201 85 00
E-Mail: karin.ebel@stadt.freiburg.de
www.freiburg.de

Rainer Luithardt

Abteilungsleiter Allg. Sozialwesen
Arbeiterwohlfahrt Kreisverband Freiburg e.V.
Sulzburger Straße 4
79114 Freiburg
Telefon: 0761 – 455 77 40
E-Mail: luithardt@awo-freiburg.de
www.awo-freiburg.de

Gesund & mobil – „fit für 100“

Autoren: Heinz Mechling und Sarah Roweda

Management Summary

Das Projekt *gesund & mobil – „fit für 100“* ist ein Bewegungsprogramm, mit dem Kölner Senioren ihre Gesundheit selbst beeinflussen können. Entwickelt wurde es vom Deutschen Institut für angewandte Sportgerontologie e. V. (DIfaS e. V.) und dem Gesundheitsamt der Stadt Köln.

Seit 2009 entstanden 25 Gruppen in 16 Kölner Stadtteilen. Den Senioren in Köln wird so ein effektives, quartiersnahes und möglichst flächendeckendes Angebot bereitgestellt.

Die Zusammenarbeit mit neuen Partnern ermöglicht für etwa 1.000 Kölner Senioren ein wohnortnahes Training. Das Gesundheitsamt stellt den Teilnehmenden darüber hinaus Informationen zu weiteren wichtigen Themen zur Verfügung, wie Zahngesundheit, Medikamentengebrauch, Impfschutz oder Ernährung. Das Projekt wird unterstützt durch die gesetzlichen Krankenkassen AOK, BARMER GEK, mhplus BKK und Pronova BKK.

Umsetzung

Die Anzahl der älteren Menschen steigt allen Prognosen zufolge nicht nur in Deutschland allgemein, sondern auch in Nordrhein-Westfalen sowie in der Stadt Köln. Bereits im Jahr 2030 wird voraussichtlich jeder fünfte Kölner 65 Jahre oder älter sein. Im Jahr 2040 soll etwa jeder fünfzehnte Einwohner sogar 80 Jahre oder älter sein.

Das Projekt *gesund & mobil – „fit für 100“* soll daher den Kölner Senioren ein wohnortnahes und zielgerichtetes Training ermöglichen, mit dem sie mobil, flexibel, aktiv und selbstständig bleiben können. Mit der Teilnahme am Programm minimieren sie altersbedingten Verfall, beugen Alterskrankheiten vor und stärken die Eigenverantwortung und Gesundheitskompetenz.

Das Angebot wurde als effektives, kontinuierliches, niedrighschwelliges und kostengünstiges Angebot konzipiert und wohnortnah in die örtlichen Strukturen integriert und dort umgesetzt. Partner bei der Umsetzung waren Bürgerzentren, Seniorenheime, Vereine, Kirchengemeinden, Seniorennetzwerke, etc.

Die einzelnen Gruppen sind mit Trainingsmaterialien ausgestattet und werden von zertifizierten Übungsleitern trainiert. Die Ausbildung und Zertifizierung der Übungsleiter durch das Deutsche Institut für angewandte Sportgerontologie (DIfaS) ist ein wichtiger Bestandteil des Konzepts.

Alle Gruppen werden selbstständig durch geringe Teilnehmerbeträge finanziert. Alle Kölner Senioren können teilnehmen. Ein ärztliches Einverständnis ist die einzige Voraussetzung für die Teilnahme.

gesund & mobil – „fit für 100“ integriert Forschung, gesamtgesellschaftliche und kommunale Interessen. Das Projekt strebt Veränderungen auf folgenden drei Ebenen an:

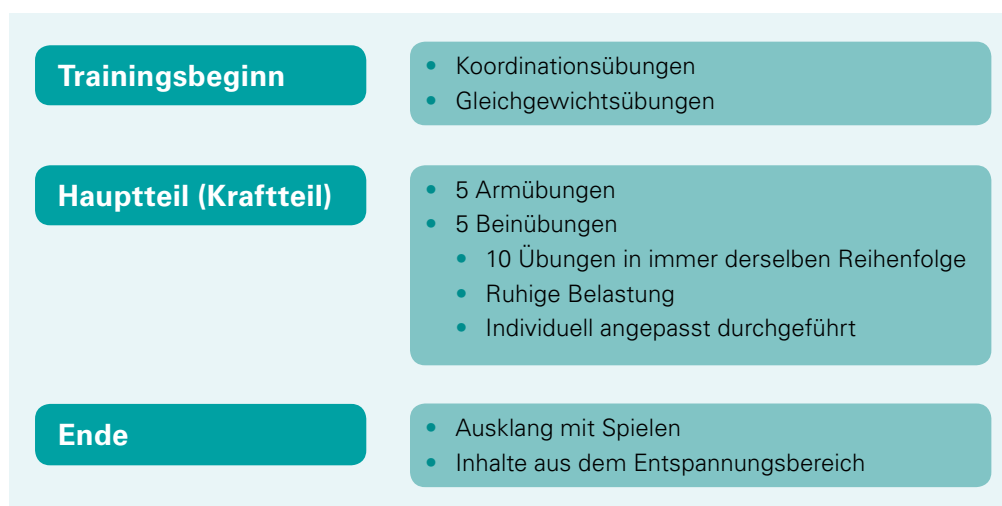
Individuelle Ebene: Jeder Teilnehmer kann individuell von dem effektiven Training profitieren. Er verbessert zugleich seine Alltagskompetenz und leistet einen Beitrag zur Sturzprävention.

Sozial-psychologische Ebene: Die Teilnehmer erfahren ein Zugehörigkeitsgefühl zu einer Gruppe, haben Spaß und Erfolgserlebnisse. Eine verbesserte Mobilität ermöglicht ihnen eine verbesserte gesellschaftliche Teilhabe.

Institutionelle Ebene: Durch die Umsetzung neuer Gruppen werden Versorgungsstrukturen weiterentwickelt und verdichtet. Es kann eine flächendeckende, qualitätsgesicherte Prävention erfolgen, da das Angebot wohnortnah und kostengünstig zur Verfügung steht.

Das Bewegungsprogramm basiert auf wissenschaftlichen Erkenntnissen und wird zwei Mal pro Woche angeboten. Eine Gruppe sollte aus nicht mehr als 15 Teilnehmern bestehen. Eine Einheit dauert etwa 60 Minuten, davon machen die Kräftigungsübungen mit circa 45 Minuten den größten Teil aus. In Abbildung 37 werden die einzelnen Elemente eines beispielhaften Bewegungsprogrammes dargestellt.

Abbildung 37 Elemente des *gesund & mobil* „fit für 100“ Bewegungsprogramms



Quelle: Eigene Darstellung.

Nächste Schritte

Weitere Gruppen sollen entstehen, um mehr Älteren einen wohnortnahen Zugang zum *gesund & mobil* „fit für 100“ Bewegungsprogramm zu ermöglichen. In Zusammenarbeit mit bestehenden sowie durch die Vernetzung mit neuen Kooperationspartnern werden weitere Gruppen entwickelt. Hierfür werden regionale Partner gefunden: Neben den Institutionen der Altenhilfe sind das auch Wohlfahrtsverbände, Sportvereine, Wohnungsbaugesellschaften und Einzelinteressenten, wie beispielsweise Physiotherapiepraxen oder Seniorenberater.

Ansprechpartner

Univ.-Prof. (em.) Dr. Heinz Mechling

Projektleitung „fit für 100“

Institut für Bewegungs- und Sportgerontologie

Am Sportpark Müngersdorf 6

50933 Köln

Telefon: 0221 – 498 261 42

E-Mail: mechling@dshs-koeln.de

www.dshs-koeln.de/institut-fuer.bewegungs-und-sportgerontologie

Sarah Roweda und Antje Baron

Geschäftsführerinnen

Deutsches Institut für angewandte

Sportgerontologie

Neumarkt 15 – 21

50667 Köln

Telefon: 0221 – 221 245 78

E-Mail: s.roweda@ff100.de

www.ff100.de

GLICEMIA – Das Leben ist süß, so soll es bleiben. Diabetes erkennen und vermeiden

Autoren: Kristina Friedland, Helmut Schlager und Karin Schmiedel

Management Summary

GLICEMIA ist ein 12-monatiges, flächendeckendes und niedrigschwelliges Diabetes-Präventionsprogramm, das vor allem die Umstellung des Lebensstils zum Ziel hat. Das Programm richtet sich an Menschen, die gefährdet sind an Typ-2-Diabetes zu erkranken. Die Teilnehmer werden in individuellen Gesprächen sowie in Gruppen zum Thema geschult. Zusätzlich wird berücksichtigt, ob der Teilnehmer komorbide ist oder sich einzelne Arzneimittel und Lebensmittel nicht vertragen.

Das Programm ist für jeden zugänglich – unabhängig von Krankenkasse oder Region. Es wird von Apotheken umgesetzt; mit 20.400 Apotheken in Deutschland kann so flächendeckend und niedrigschwellig ein großes Publikum erreicht werden.

Umsetzung

Weltweit erkranken jährlich immer mehr Menschen an Diabetes mellitus Typ 2. Ein Großteil dieser Neuerkrankungen wäre aber durch langfristige Lebensstiländerungen vermeidbar. Studien konnten mehrfach belegen, dass Personen, die sich nachhaltig besser ernähren, die abnehmen und körperlich aktiver sind ihr relatives Risiko um 25 bis 79 Prozent reduzieren können.

Eine besondere Herausforderung ist es, die betroffene Zielgruppe auch wirklich zu erreichen. Schließlich suchen Menschen, die noch nicht an Diabetes mellitus Typ 2 erkrankt sind, sondern nur gefährdet sind zu erkranken meist nicht aktiv nach Hilfe oder Beratung.

Studien zeigten, dass Apotheken eine niedrigschwellige Anlaufstelle sein können, um diese Menschen trotzdem zu erreichen. Basierend auf zahlreichen Analysen entwickelte das *WIPIG – Wissenschaftliches Institut für Prävention im Gesundheitswesen* gemeinsam mit der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg das Präventionsprogramm *GLICEMIA*. Das Projekt soll Personen ab 35 Jahren mit einem erhöhten 10-Jahres-Diabetes-Risiko ansprechen. Diese Personen werden mit Hilfe des FIND-RISK-Fragebogens in der Apotheke identifiziert. Erreichen die Teilnehmer mindestens sieben Punkte in diesem Test, gelten sie als erhöht gefährdet und können an dem Programm teilnehmen.

In dem 12-monatigen Programm werden die Teilnehmer individuell beraten, in Gruppen geschult, schriftlich informiert – und sie bekommen Instrumente, um ihre Vitalfunktionen selbst kontrollieren zu können (siehe Abbildung 38).

Im Rahmen der von Oktober 2012 bis Januar 2014 durchgeführten Studie haben sich in Bayern 40 öffentliche Apotheken und 1.140 Teilnehmer eingeschrieben. Das Projekt wurde mit Fragebögen zu Beginn, nach sechs und nach zwölf Monaten evaluiert. Außerdem wurden die Dokumentationen der Teilnehmer ausgewertet.

Abbildung 38 Elemente des *GLICEMIA*-Präventionsprogramms



Quelle: Eigene Darstellung.

Insgesamt konnten 39,1 Prozent der *GLICEMIA*-Teilnehmer ihr Risiko reduzieren, an Diabetes zu erkranken. Die Teilnehmer senkten ihr Risiko um 0,74 Punkte stärker als Nicht-Teilnehmer, wobei die maximal mögliche Reduktion 10 Punkte auf dem FINDRISK-Fragebogen betrug. 21,6 Prozent der Teilnehmer und 8,3 Prozent der Kontrollgruppe nahmen klinisch bedeutsam ab – um mindestens 5 Prozent verglichen zum Ausgangsgewicht. Während des Programms bewegten sich die Teilnehmer um 0,3 Stunden mehr pro Woche, wohingegen die Nicht-Teilnehmer sich 0,2 Stunden pro Woche weniger bewegten als zuvor.

Nach dem 12-monatigen Programm dokumentierten 27,2 Prozent im Monatsdurchschnitt 10.000 Schritte täglich, was zeigt, dass die Teilnehmer einen aktiven Lebensstil angenommen haben. Die Parameter Blutdruck und psychische Lebensqualität verbesserten sich in der *GLICEMIA*-Gruppe und Kontrollgruppe vergleichbar.

Nächste Schritte

Das wissenschaftlich evaluierte Konzept wurde kürzlich mit der neuen „WIPIG-E-Lecture GLICEMIA“ auf www.wipig.de online zur Verfügung gestellt, um interessierte Apotheker bundesweit entsprechend fortbilden zu können. In einer weiteren Forschungsarbeit sollen nun auch sekundär- und tertiärpräventive Aspekte der Präventionsbetreuung durch öffentliche Apotheken untersucht werden. Langfristig sollen bundesweit Apotheken eingebunden werden.

Ansprechpartner

Dr. Helmut Schlager

Geschäftsführer

WIPIG – Wissenschaftliches Institut für

Prävention im Gesundheitswesen

Maria-Theresia-Straße 28

81675 München

Telefon: 089 – 926 236

E-Mail: helmut.schlager@blak.aponet.de

www.wipig.de

Prof. Dr. Kristina Friedland

Professorin für Molekulare und Klinische

Pharmazie

Friedrich-Alexander-Universität

Erlangen-

Nürnberg

Cauerstraße 4

91058 Erlangen

Telefon: 09131 – 852 95 50

E-Mail: kristina.friedland@fau.de

<http://klinmolpharm.nat.uni-erlangen.de/>

ICD-quer

Trans- und intersektorale Kommunikation durch eine neuartige Methode der Dokumentation von Krankheiten nach ICD mit integrierter Qualitätskontrolle

Autor: Christof Andreas Heun-Letsch

Management Summary

ICD-quer ist eine Art Sprachführer für die *International Classification of Disease* (ICD), der die standardisierte und exakte Dokumentation von Diagnosen und Leistungen mittels ICD vereinfacht. *ICD-quer* gleicht einem Sprachführer für eine Fremdsprache. Er ermöglicht es, in bestimmten Situationen zusammenhängende „Sätze“ abzurufen und diese noch zu erläutern, zu erklären oder mit Hinweisen zu versehen. Damit soll das Fehlen einer Grammatik für die ICD-Codes im ambulanten Bereich kompensiert werden.

Der Sprachführer ist eine gemeinsame Entwicklung von Ärztenetzen, Krankenkassen, kassenärztlichen Vereinigungen, dem Zentralinstitut für Kassenärztliche Versorgung, der Pharmaindustrie und der Fachpresse.

Umsetzung

Anhand der Dokumentation von Diagnosen und Leistungen werden diese vergütet, Ressourcen allokiert, geplant und strukturiert. Hierfür wurde die *International Classification of Disease* geschaffen, kurz ICD. Diese internationale Kodiersprache wird in der Realität jedoch meist nur schlecht beherrscht. Beispielsweise sind einzelne Erkrankungen wie die Niereninsuffizienz, die Herzinsuffizienz oder Diabetes mellitus regelhaft unvollständig dokumentiert; andere erst gar nicht. Dies passiert, weil viele Anwender, die mit ICD dokumentieren lediglich die Codes kennen, aber nicht die notwendigen Kodierrichtlinien.

Wie bei einer Sprache auch, können bei ICD-Codes einzelne Begriffe Verschiedenes bedeuten; sie müssen deshalb zusammen mit den Kodierrichtlinien verwendet werden. Weiterhin ist den Nutzern oft nicht bekannt, welche Details mit ICD codiert werden könnten. So wird beispielsweise meist nicht dokumentiert, wie schwer eine Demenz ist oder ob ein Patient einsam oder isoliert lebt.

Der Sprachführer der ICD nimmt sich diesem Problem an und bietet vollständige Sätze für einzelne Situationen. Die Bedingungen und Besonderheiten der Situationen werden näher erläutert. Deshalb kann

der Sprachführer auch verwendet werden, um zu prüfen, ob vollständig dokumentiert wurde. So soll sichergestellt werden, dass Diagnosen rechtfertigen und erklären, was durch den Leistungserbringer erbracht wurde.

Der Sprachführer ist in 24 Module aufgebaut. Ein Modul umfasst immer eine klinische Situation und alle damit verbundenen Diagnosen. Durch die Bündelung in einem Modul sieht der Arzt während der Dokumentation, welche Aspekte noch mit dieser Diagnose assoziiert sind. Es tritt ein sogenannter Memo-Effekt ein: Der Arzt erinnert sich an weitere Diagnosen seines Patienten, die dokumentiert werden müssen. In einzelnen situationsbezogenen Modulen des Sprachführers können Diagnosen aus über 20 Kapiteln des ICD-Katalogs zusammengefasst sein. Der Arzt sieht somit alles was zusammenhängt auf einen Blick – ohne etliche Kapitel zu durchsuchen.

Tabelle 9 Ausschnitt aus dem *ICD quer 2016*

Schlaganfallpatient		
Mit diesen Diagnosen können Sie das klinische Bild des Patienten beschreiben. Die Dokumentation dieser klinischen Bilder setzt die Diagnose eines akuten oder abgelaufenen Schlaganfalls voraus.	Hemiparese	G81.1
	Hemihypästhesie	R20.1
	Aphasie	R47.0
	Neglect	R29.5
	Schluckstörung mit	R13.9
	Hirnnervenschädigung	G53.8
	Gangstörung	R26.1
	Koordinations/Feinmotorikstörung	R27.8
	Vaskulärer Parkinson	G21.4
	Vaskuläre Demenz, kortikal, Multiinfarktdemenz, Demenzsyndrom nach Apoplexien oder TIAn	F01.1
	Vaskuläre Demenz, subkortikal, Marklagerschädigung, starkes Ausdrucksgebaren, Antriebsminderung, abweisendes Verhalten, subcorticale Veränderungen in der Bildgebung	F01.2
	Vaskuläre Demenz, kortikal und subkortikal	F01.3
	Leichte kognitive Einschränkungen	F06.7

Quelle: *ICD quer 2016*.

ICD-quer hat demnach eine einfache Methode erschaffen, mit der Ärzte vollständig und eindeutig alle beim Patienten vorliegenden Erkrankungen, Risikofaktoren und anamnestische Daten erfassen zu können. Davon profitieren alle Beteiligten am Patientenversorgungsprozess:

- Der Arzt kann seine Aufwände mit rechtfertigenden Diagnosen versehen und schnell und unkompliziert dokumentieren.
- Die KV kann nicht nur die Versorgung exakter planen, sondern über die Morbiditätsdokumentation leistungsgerecht vergüten.
- Die Krankenkassen werden via MorbiRSA rückvergütet für ihre tatsächlichen Aufwendungen und können in Prävention und Planung investieren.
- Die Behörden und Institutionen können tatsächliche Morbidität überschauen.
- Die Gesundheitspolitik könnte erkennen, wie gesundheitliche Bedingungen und Aufwände zusammenhängen und präventiv arbeiten.
- Das Zentralinstitut für kassenärztliche Versorgung erhält valide Daten für Versorgungsplanung.
- Der Patient kann sicherer behandelt werden.

Nächste Schritte

Geplant ist *ICD-quer 2.0* – eine digitale Version von *ICD-quer*. In der neuen Version sollen Einzelheiten erläutert und weiterführende Informationen integriert werden. Jede Diagnose soll vom Zentralinstitut für kassenärztliche Versorgung evaluiert sein.

Ansprechpartner

Dr. med. Christof Andreas Heun-Letsch

Leiter

HL-Beratung im Gesundheitswesen

Bremserstraße 108

67063 Ludwigshafen

Telefon: 0175 – 2079515

E-Mail: dr.heun-letsch@t-online.de

www.hl-qm-beratung.de

i-gb Gesundheitsnetz

Initiative – Gesunder Betrieb

Autoren: Andreas Mendel, Kai Rickert und Harald Schubert

Management Summary

Ziel der *Initiative – Gesunder Betrieb (i-gb)* ist es, Unternehmen zu ermöglichen, die Gesundheit ihrer Mitarbeiter effektiv und nachhaltig positiv zu beeinflussen – ohne großen Verwaltungsaufwand. Eine *i-gb Card* ermöglicht einfachen Zugang zum *i-gb Gesundheitsnetz*, das aus Fitnessstudios, Thermen, Schwimmbädern, Physiotherapeuten und weiteren Anbietern von gesundheitsfördernden Angeboten besteht.

Die *i-gb* wurde 2011 von acht Studierenden der Gesundheitsökonomie in Bayreuth gegründet. Die Oberfrankenstiftung unterstützte die Initiative. Die nun ehemaligen Studierenden haben seither ein Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) aufgebaut, das in ganz Franken und darüber hinaus Unternehmen mit den Anbietern von Gesundheits- und Präventionsleistungen zusammenbringt. Das Projekt finanziert sich heute zunehmend aus den Erträgen des Gesundheitsnetzes.

Seit 2013 führen drei der Initiatoren das Konzept als gemeinnützige GmbH mit insgesamt sieben Mitarbeitern fort. Bislang wurden 250 Präventionspartner und zahlreiche Unternehmen miteinander vernetzt.

Umsetzung

Die Arbeitswelt hat sich in den letzten Jahren stark verändert. Anforderungen an Unternehmen und Mitarbeiter steigen stetig – nicht zuletzt auch wegen des demografischen Wandels und dem damit verbundenen Mangel an Fachkräften. Aufgrund der steigenden Belastungen wird es immer wichtiger, dass Unternehmen auch gezielt in die Gesundheit ihrer Mitarbeiter investieren. Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) ist ein zentraler Bestandteil des Präventionsangebotes der gesetzlichen Krankenkassen; sie wird jedoch nur in wenigen Betrieben tatsächlich umgesetzt. Insbesondere bei den kleinen und mittleren Unternehmen (KMU) gibt es noch große Potenziale. Gerade in Oberfranken werden BGF-Maßnahmen dringend benötigt, da diese Region den höchsten Krankenstand in Bayern aufweist.

i-gb will daher die Versorgungslage im Bereich der BGF verbessern. Zielgruppe sind vorwiegend kleine und mittelständische Unternehmen und ihre Mitarbeiter in (Ober-) Franken. Das Angebot ist aber ebenso für große Unternehmen attraktiv. Zentraler Bestandteil des Versorgungskonzeptes ist das *i-gb Gesund-*

heitsnetz. Arbeitnehmer jeden Geschlechts, Alters und aus jeder Einkommensklasse können die *i-gb Card* nutzen. Mit einem vielfältigen und niedrigschwelligen Angebot werden die Bereiche Bewegung, Ernährung und Entspannung abgedeckt. Gerade regelmäßige Bewegung und Entspannung spielt eine besondere Rolle, da sie zu einer erfolgreichen Bewältigung beruflicher Herausforderungen beiträgt.

Die Anbieter der gesundheitsfördernden Leistungen werden vor der Aufnahme in das Gesundheitsnetz qualitativ geprüft. Arbeitnehmer können mit der *i-gb Card* dann die Leistungen der Anbieter entweder kostenfrei oder vergünstigt in Anspruch nehmen. Das *i-gb Online-Portal* informiert die Inhaber der *i-gb Card* über das gesamte Leistungsspektrum der Partnereinrichtungen. Nutzer des Portals können darüber hinaus auch Wunschpartner für das *i-gb Gesundheitsnetz* vorschlagen, sie können nachverfolgen, welche Angebote sie im jeweiligen Quartal genutzt haben – und sie werden auf aktuelle Aktionen hingewiesen.

In Tabelle 10 werden die zentralen Evaluationsergebnisse der Projektstudie *Fit in der Pflege bis 67* dargestellt. Die Studie wurde in Zusammenarbeit mit der AOK Bayern und dem BRK Kreisverband Kronach in den Jahren 2013 und 2014 durchgeführt.

Tabelle 10 Evaluationsergebnisse der Projektstudie *Fit in der Pflege bis 67* (2013/2014)

- Über 50 Prozent der Mitarbeiter haben die i-gb genutzt.
- Der Anteil der genutzten Maßnahmen war bei den älteren Mitarbeitern deutlich höher als bei den jüngeren.
- Die Präferenzen der Arbeitnehmer hinsichtlich der Bereiche (Fitnesscenter, Therme, Bad, Physiotherapie) war von Branche zu Branche unterschiedlich.
- Die Themen Wohnortnähe, Vielfältigkeit und flexible Nutzungsmöglichkeiten waren entscheidende Kriterien für die Akzeptanz eines BGF-Angebotes durch die Arbeitnehmer.
- 50 Prozent der i-gb Card Inhaber waren nach Erhalt der Karte deutlich öfter oder öfter gesundheitlich aktiv und für 77 Prozent der Mitarbeiter wurde der Arbeitgeber durch das Angebot der i-gb attraktiver.
- Der Krankenstand und die Langzeiterkrankungen gingen während der Projektphase um 0,2 Prozentpunkte zurück.

Quelle: Eigene Darstellung.

Seit Beginn des Jahres 2016 wird das Konzept durch eine große gesetzliche Krankenkasse unterstützt. Diese empfiehlt das Programm aktiv im oberfränkischen Raum weiter.

Nächste Schritte

Die *i-gb* plant den weiteren Ausbau des Gesundheitsnetzes in ganz Franken. Das Qualitätsmanagement-System wird als wichtige Säule weiterentwickelt und etabliert. Hier ist insbesondere die Meinung der Nutzer gefragt. Der Fokus liegt zukünftig auf der noch intensiveren Vernetzung und Verzahnung mit Organisationen, Gremien, Verbänden und Arbeitskreisen. Weiterhin wird das Konzept basierend auf den Bedürfnissen der Kunden und Partner weiterentwickelt. Die *i-gb* plant auch weitere Kooperationen.

Ansprechpartner

Harald Schubert

Geschäftsführer
Initiative – Gesunder Betrieb gemeinnützige
GmbH
Rathenaustraße 12
95444 Bayreuth
Telefon: 0921 – 347 641 57
E-Mail: harald.schubert@i-gb.de
www.i-gb.de

Kai Rickert

Partnermanagement/ Qualitätssicherung
Initiative – Gesunder Betrieb gemeinnützige
GmbH
Rathenaustraße 12
95444 Bayreuth
Telefon: 0921 – 347 641 57
E-Mail: kai.rickert@i-gb.de
www.i-gb.de

Andreas Mendel

Geschäftsführer
Initiative – Gesunder Betrieb gemeinnützige
GmbH
Rathenaustraße 12
95444 Bayreuth
Telefon: 0921 – 347 641 57
E-Mail: andreas.mendel@i-gb.de
www.i-gb.de

Integrierte Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen

Verbesserte und bedürfnisorientierte Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen

Autoren: Stephanie Lerf und Isolde Wolf

Management Summary

Die *AWOLYSIS Gesellschaft für innovatives Gesundheitsmanagement mbH* bietet seit 2010 ein innovatives Konzept der Integrierten Versorgung für Menschen mit psychischen Erkrankungen in Nürnberg, Augsburg und München. Weitere Versorgungsregionen sind aktuell Würzburg, (Neu-)Ulm, Erlangen sowie das Berchtesgadener Land.

Ein wesentlicher Baustein der Integrierten Versorgung ist die Ambulantisierung der Behandlung. Dazu wurde eine außerstationäre Krisenversorgung eingerichtet und das *Home Treatment*-Konzept etabliert; die Fallsteuerung übernehmen feste Bezugspersonen, die alle notwendigen Hilfen koordinieren. Sowohl für die ambulante als auch für die stationäre Versorgung bestehen Kooperationen mit Netzwerken und anderen Leistungserbringern aus therapeutischen und medizinischen Fachbereichen.

In Bayern wurden seit 2010 mehr als 2.000 Versicherte versorgt. Derzeit nehmen bayernweit 1.600 Patienten an der Integrierten Versorgung teil, davon über 800 in München. Gegenwärtig bestehen Verträge über die Integrierte Versorgung gemäß § 140a ff. SGB V mit der TK, KKH, AOK sowie der GWQ und den teilnehmenden Betriebskrankenkassen, wie der SBK. Seit November 2014 hat Awolysis die Leistungserbringung für die Region München und Oberbayern übertragen an die 2013 neu gegründete *Vincentro München gemeinnützige Gesellschaft für integrative Lösungen im Gesundheits- und Sozialwesen mbH*.

Umsetzung

Die Integrierte Versorgung von *Vincentro München* hat es sich zum Ziel gemacht, Patienten qualitativ besser zu versorgen und ihnen eine reale Alternative zu stationären Aufenthalten zu ermöglichen. Erneute Erkrankungen sollen nachhaltig vermieden und Patienten individuelle und professionelle Hilfe angeboten werden. Dazu wird auch das soziale Umfeld der Betroffenen miteinbezogen.

Der Vertrag wird derzeit verstärkt mit Leistungserbringern aus dem Bereich des SGB XII abgeschlossen. Die Behandlung aus dem Bereich des SGB V und die Rehabilitation aus dem Bereich des SGB XII sollen verstärkt miteinander verzahnt werden.

Das ambulant-psychiatrische Versorgungsangebot wird durch ein multiprofessionelles Team realisiert. Der Patient und seine Vertrauenspersonen (Ärzte, Therapeuten, Angehörige und andere Bezugspersonen) erarbeiten gemeinsam einen Behandlungs- und Krisenplan. Wünsche und Ressourcen des Betroffenen nehmen einen hohen Stellenwert ein. Die Versorgung kann an 365 Tagen im Jahr genutzt werden und wird teilweise in Form aufsuchender Hilfe umgesetzt. Neben gezielten psychosomatischen Interventionen werden auch psychosoziale Problemfelder zur Gewährleistung einer dauerhaften und nachhaltigen Stabilisierung des Patienten bearbeitet. Die Versorgungselemente sind der Tabelle 11 zu entnehmen.

Tabelle 11 Versorgungselemente der Integrierten Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen

Fallmanager als dauerhafter Ansprechpartner	Gruppenangebote zur Stabilisierung und Prävention, Psychoedukation und Förderung der Selbsthilfe
Koordinationsstelle als Lotsenfunktion zwischen den einzelnen Leistungserbringern	Soziotherapie als personenzentrierter Hilfeansatz zur Koordination von Leistungen
„Rückzugsräume“ als zusätzliches Angebot der ambulanten Krisenversorgung	Weitere Bausteine sind: Häusliche Betreuung, Behandlung und Pflege, fachärztliche Behandlung, ambulante Krisenintervention, verschiedenste ambulante Gruppenangebote, Vermittlung zusätzlicher Hilfen zur weiteren Stabilisierung

Quelle: Eigene Darstellung.

Weitere Elemente des Projekts sind der Bezug zu evidenzbasierten Leitlinien, regelmäßig stattfindende multidisziplinäre Fachkonferenzen, eine EDV-gestützte Dokumentation und das Qualitätsmonitoring. Eine Umsetzung der Leistungsbausteine als sogenannte Regelversorgung im SGB V wird angestrebt.

Nächste Schritte

Auf Bundesebene finden regelmäßige Gespräche bezüglich der Gestaltung der bestehenden Verträge statt. Ein weiteres Ziel ist zudem eine dauerhafte Implementierung der in den S3-Leitlinien geforderten gemeindepsychiatrischen psychosozialen Therapien. Diese sollen durch die bestehenden Leistungserbringer der Gemeindepsychiatrie umgesetzt werden, wie etwa *Vincentro München*. Die *Awolysis* strebt

an, die Versorgung bayernweit verstärkt anzubieten, insbesondere in ländlichen Regionen. Hierfür wurde durch *Vincentro München* die Region Berchtesgadener Land erschlossen. Weitere oberbayerische Regionen sollen folgen. Darüber hinaus arbeitet *Vincentro München* gemeinsam mit dem *kbo-IAK* als Gesellschafter an einer Verbesserung der Versorgung und damit einhergehend einer verbindlichen Anschlussversorgung und Weiterbehandlung nach einem stationären Aufenthalt.

Ansprechpartner

Stephanie Lerf (M.A.)

Geschäftsführerin

Vincentro München gGmbH, Awolysis gGmbH

Landsberger Straße 367

80687 München

Telefon: 089 – 444 882 88

E-Mail: s.lerf@vincentro-muenchen.de

www.vincentro-muenchen.de; www.awolysis.de

Isolde Wolf (M.A.)

Einrichtungsleitung

Vincentro München gGmbH

Orleansstraße 6

81669 München

Telefon: 089 – 444 882 80

E-Mail: i.wolf@vincentro-muenchen.de

www.vincentro-muenchen.de

isPO

Integrierte, sektorenübergreifende Psychoonkologie

Autoren: Florian Kron, Uwe Schwarzkamp und Michael Kusch

Management Summary

Die *integrierte, sektorenübergreifende Psychoonkologie (isPO)* ist ein Konzept zur Qualitätsentwicklung in der Psychoonkologie. Es soll die Qualität und Sicherheit der psychologischen Versorgung von Krebspatienten sicherstellen und bei Patienten, Ärzten und gesundheitspolitisch Verantwortlichen Vertrauen schaffen in die Qualität, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit einer bedarfsgerechten psychoonkologischen Versorgungspraxis.

Das Projekt ist im Verein LebensWert angesiedelt. Projektpartner sind das Centrum für Integrierte Onkologie Köln Bonn (CIO) und das Kompetenzzentrum Psychoonkologie (CePO) in Köln, die Krebsgesellschaft NRW in Düsseldorf sowie die Carina Stiftung in Herford. Umgesetzt wird *isPO* in den Kliniken des Onkologischen Zentrums des CIO-Standorts Köln sowie in der Psychosozialen Krebsberatungsstelle Haus LebensWert. Finanziert wird das Projekt aus Spenden und Mitgliedsbeiträgen, aus Eigenmitteln der Uniklinik sowie aus Erlösen und Förderungen durch Drittmittel.

Umsetzung

Laut Nationalem Krebsplan ist eine sektorenübergreifende integrierte onkologische Versorgung zu gewährleisten, um allen Krebspatienten bei Bedarf eine angemessene psychoonkologische Versorgung anzubieten. Das Qualitätsentwicklungsprojekt *isPO* zeigt anhand innovativer Versorgungsstrukturen, -prozesse und -ergebnisse auf, wie die Defizite und Mängel einer angemessenen stationären und ambulanten Psychoonkologie behoben werden können.

Zielgruppe von *isPO* sind Patienten (und ihre Angehörigen), Leistungserbringer, Manager der Kostenträger und gesundheitspolitische Verantwortliche.

Die Versorgungselemente der *isPO* sind in Aufgabenbereiche sowie Projektebenen gegliedert. Der Zugang zu den psychoonkologischen Versorgungsangeboten ist in Verfahrensanweisungen verbindlich geregelt (Stufe I: Psychoonkologische Basisversorgung; Stufe II: Psychosoziale Versorgung/Krebsberatung; Stufe III: Psychoonkologisch-psychotherapeutische Versorgung). Die Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der Versorgungsstufen II und III sind operationalisiert in den Elementen Diagnostik, Indikation, Intervention und Evaluation und basieren auf einem klinischen Versorgungskonzept.

Eine kontinuierliche Patientenversorgung kann über einen Zeitraum von bis zu zwölf Monaten erfolgen. Die Diagnostik basiert auf validen psychometrischen Instrumenten und einem strukturierten Assessment. Die Indikation erfolgt vor dem Hintergrund operationaler Kriterien einer psychosozialen und klinischen Schweregradbeurteilung. Sie bildet die Basis der Zuweisung der Krebspatienten zu den psychoonkologischen Versorgungsstufen. Die Interventionen basieren auf einem psychoonkologischen Interventionspool. Die interkollegiale Zusammenarbeit sowie die Weitervermittlung eines Patienten an externe Leistungsanbieter sind geregelt.

Auf Patientenebene werden patientenzentrierte Maßnahmen der Patienteninformation (Versorgungsstufe I), der Patientenunterstützung- und -anleitung (Versorgungsstufe II) und der Patientenberatung- und -behandlung (Versorgungsstufe III) umgesetzt.

Auf Ebene der Leistungserbringer werden die patientenzentrierten Maßnahmen in umschriebene Untersuchungs- und Behandlungsmethoden übertragen. Die Methoden sollen Aufgabenmerkmale zur Diagnostik, Indikation, Intervention und Evaluation enthalten und stellen die Kernleistungen psychoonkologischer Tätigkeit dar.

Auf Ebene des Managements werden die psychoonkologischen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in den bio-medizinischen Versorgungsablauf integriert.

Mit dem Ziel Entscheidungen auf gesundheitspolitischer Ebene zu unterstützen, werden einrichtungsinterne Projekte zur Evaluation der Qualität, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der *isPO* angestrebt und vorbereitet.

Tabelle 12 Aufgaben und Ebenen des *isPO*-Qualitätsentwicklungsprozesses

Aufgabenbereiche	Projektebenen	Versorgungskonzept	Versorgungsmanagement	Versorgungsevaluation	Qualitätsentwicklung
Patienten		Information, Unterstützung, Behandlung	Kernleistungen	Kernziele, Outcome (Patientenorientierte Ergebnisse)	
Leistungserbringer		Diagnostik, Indikation, Intervention, Evaluation	Kernprozesse	Kernziele, Output	Qualitätsworkshops
Management		Versorgungsablauforganisation	Dokumentation, Management, Controlling	Kennzahlen, Indikatoren	Qualitätszirkel, Organisation
Politik				Qualität, Wirksamkeit, Wirtschaftlichkeit	Dissemination
Transparenz		Bereitstellung von Informationen zur integrierten, sektorenübergreifenden Psychoonkologie			

Quelle: Eigene Darstellung.

In Tabelle 12 sind die Aufgaben und Ebenen des *isPO*-Qualitätsentwicklungsprozesses übersichtlich dargestellt.

Das Projekt basiert auf dem internationalen Qualitätsstandard der Krebstherapie, den Handlungszielen sieben und neun des nationalen Krebsplans sowie der S3-Leitlinie *Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten*.

Im Rahmen von *isPO* erfolgt eine fortlaufende projektinterne und projektexterne Evaluation.

Nächste Schritte

Auf allen vier Ebenen werden in verschiedenen Aufgabenbereichen weitere Schritte geplant.

Ansprechpartner

PD Michael Kusch

Leitung Bereich Forschung und Entwicklung
LebensWert e.V., Klinik I für Innere Medizin,
Universitätsklinik Köln
Kerpener Straße 62
50937 Köln
Telefon: 0221 – 478 874 10
E-Mail: michael.kusch@uk-koeln.de
www.vereinlebenswert.de

Dipl.-Ges.-Ök. Florian Kron

Budgetbeauftragter
Bereich Ökonomie, Klinik I für Innere Medizin,
Universitätsklinik Köln
Kerpener Straße 62
50937 Köln
Telefon: 0221 – 478 890 21
E-Mail: florian.kron@uk-koeln.de
www.innere1.uk-koeln.de/team/oekonomie

Uwe Schwarzkamp

Geschäftsführer, Leitung Bereich
Versorgungsmanagement
LebensWert e.V.
Weyertal 76
50931 Köln
Telefon: 0221 – 478 971 90
E-Mail: uwe.schwarzkamp@uk-koeln.de
www.vereinlebenswert.de

Jourvie

Tag für Tag zu deinem Leben ohne Essstörung

Autorin: Ekaterina Karabasheva

Management Summary

Jourvie ist eine Smartphone-App zur Begleitung von Menschen mit Essstörungen in den verschiedenen Phasen ihrer Therapie. Die App fungiert als digitales Protokollierungsinstrument, welches das Essverhalten und Stimmungen der Betroffenen festhält. Als niedrighschwelliges Hilfsmittel erleichtert *Jourvie* Betroffenen den Alltag und bietet Unterstützung in Stresssituationen. Die App kann über den gesamten Therapieprozess verwendet werden und gewährleistet somit eine phasenübergreifende Betreuung. *Jourvie* soll als Bestandteil eines Versorgungsprojektes etabliert werden, indem Leistungserbringer aus verschiedenen Sektoren, Krankenkassen und Patienten zusammengeführt werden

Die Smartphone-App wurde in erster Linie entwickelt, um jungen, technikaffinen Betroffenen zu helfen. Die Prävalenz von Essstörungen unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen ist im gesamtgesellschaftlichen Vergleich besonders hoch. Das Projekt vereint etablierte Therapieelemente des verhaltenstherapeutischen Ansatzes mit positivem Design.

Jourvie ist eine gemeinnützige Unternehmensgesellschaft mit Sitz in Berlin; sie wurde 2014 gegründet. Eine erste Version der App wurde 2015 für Android-Nutzer veröffentlicht, die iOS-Version folgte im Jahr 2016. Im ersten Jahr haben bereits mehr als 16.500 Nutzer die App installiert.

Umsetzung

Essstörungen wie Magersucht, Bulimie oder Binge Eating entstehen insbesondere im Jugendalter; dennoch sind auch zunehmend viele Erwachsene betroffen. Aufgrund der langen Therapiedauer, der hohen Chronifizierungsrate und der schwerwiegenden Folgeerkrankungen verursachen Essstörungen sehr hohe direkte und indirekte Kosten für das Gesundheitssystem. Da die Zahl der Betroffenen die Zahl der Therapieplätze deutlich übersteigt, wird in Deutschland großen Wert auf niedrighschwellige Therapieansätze gelegt, beispielsweise Selbsthilfegruppen sowie Gruppen- und Einzeltherapien per Telefon oder online. *Jourvie* bietet einen solch niedrighschwelligem Ansatz.

Um die Versorgungssituation insgesamt zu verbessern und Betroffenen nahtlose Übergänge zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen zu ermöglichen, ist die Vernetzung dieser Bereiche eines der wichtigsten Anliegen von *Jourvie*.

Tabelle 13 Behandlungselemente des Versorgungsprojektes *Jourvie*

Vorhandene Elemente Jourvie	
Digitales Essprotokoll	Es ermöglicht dem Nutzer, Angaben zum Essverhalten zu machen, wie z.B. Ort und Zeit der Nahrungsaufnahme oder Angaben zur konkret aufgenommenen Nahrung.
Archiv und Export	Die eingegebenen Daten werden in einem Archiv gespeichert. Dort sind sie einsehbar und stehen für eventuelle Ergänzungen zur Verfügung. Sie können verschlüsselt per E-Mail verschickt werden.
Bewältigungsstrategien	Sie sind Taktiken für den Umgang mit schwierigen Situationen (z.B. Heißhungerattacken oder Drang zum Erbrechen). Die Nutzer werden mit Strategien vertraut gemacht, die zur Stärkung des Selbstwertgefühls, zum Umgang mit Gefühlen und zur Entwicklung eines positiven Körpergefühls dienen sollen.
Erinnerung	Es können Erinnerungen zu gewünschten Zeitpunkten geschaltet werden. Nutzer haben die Möglichkeit, selber zu bestimmen, was in der Erinnerung angezeigt wird (z.B. Erinnerung an das Essen oder als Motivation).
Neue Elemente Jourvie	
Auswertung und Verhaltensprofilanalyse	Verhaltensmuster können erkannt werden und eine gezielte Arbeit an den Zusammenhängen zwischen Gefühlen und Verhalten kann eingeleitet werden.
Krisenintervention	Krisen sollen anhand der gesammelten Daten schon im Voraus erkannt und verhindert werden. Nutzern werden Entspannungsübungen angeboten, um Rückfälle zu verhindern.
Nachsorge	Verschiedene Studien zeigen die Relevanz und das Potential der poststationären Unterstützung von Patienten auf, die den Transfer in den Alltag schaffen müssen.

Quelle: Eigene Darstellung.

Primäre Zielgruppe sind Menschen mit Essstörungen; diese sind oft weiblich, jung und technikaffin. Sekundäre Zielgruppe sind Therapeuten, Ärzte, Ernährungswissenschaftler und andere medizinische Experten, die mit den Betroffenen arbeiten. Eine indirekte Zielgruppe bilden die Angehörigen (Verwandte und Freunde), welche eine wichtige Rolle im Leben der Patienten spielen und zum Therapieerfolg beitragen können.

Durch folgende Module und Eigenschaften unterstützt *Jourvie* die Betroffenen:

- Mit einem zeitgemäßen, unterstützenden Ansatz sollen insbesondere Jugendliche angesprochen werden.
- Das Angebot enthält eine motivierende Komponente für die Patienten.
- Das Angebot ist ständig erreichbar und niedrigschwellig konzipiert.
- Durch die Vernetzung entsteht ein enger Austausch zwischen Patient und Therapeuten.

Mit einer Vielzahl an Elementen unterstützt die App die Behandlung und motiviert die Betroffenen den Prozess erfolgreich zu durchlaufen. Dazu gehören ein digitales Essprotokoll zur Dokumentation sowie Stressbewältigungs- und Motivationsstrategien.

Die Zusammenarbeit von verschiedenen Partnern aus den Bereichen der Prävention, Beratung, Diagnostik, Behandlung und Nachsorge ermöglicht die durchgehende, nahtlose Unterstützung ohne Versorgungslücken.

Die Ergebnisse aus dem bisher gesammelten Feedback zur Smartphone-App sind sehr positiv – vor allem die Diskretion des Tools, die Erinnerungsfunktion sowie die motivierenden Zitate werden von Nutzern besonders geschätzt.

Nächste Schritte

Auf der technischen Ebene wird derzeit ein lernender Algorithmus entwickelt, der Verhaltensmuster erkennt und die Therapeuten rechtzeitig darauf hinweisen kann. Außerdem wird für den Datenaustausch zwischen Patient und Therapeut eine Plattform ausgebaut zur Krisenintervention und Langzeitbeobachtung; sie ermöglicht eine zeitnahe Nachsorge. Auf der Versorgungsebene werden vorhandene Kooperationen mit wissenschaftlichen Partnern und Krankenkassen vertieft sowie weitere Partnerschaften aufgebaut. Auf der Kommunikationsebene soll die Bekanntheit von *Jourvie* gesteigert werden, damit noch mehr Patienten das Angebot nutzen können.

Ansprechpartner

Ekaterina Karabasheva

Gründerin

Jourvie gemeinnützige UG (haftungsbeschränkt)

Donaustraße 25

12043 Berlin

Telefon: 0157 – 746 691 70

E-Mail: ekaterina.karabasheva@jourvie.com

www.jourvie.com

JUNGES KREBSPORTAL

Experten beantworten deine Frage

Autor: Deutsche Stiftung für junge Erwachsene mit Krebs

Management Summary

Im *JUNGEN KREBSPORTAL* beraten Experten und Fachärzte junge Krebspatienten über einen Online-Chat, per Telefon oder im persönlichen Gespräch. Zielgruppe sind junge Menschen, die akut an Krebs erkrankt sind oder waren, die an einem Rezidiv oder unter den gesundheitlichen, sozialen oder finanziellen Folgen der Erkrankung und der Therapie leiden. Die Beratung wird kostenlos bundesweit angeboten.

Das *JUNGE KREBSPORTAL* wurde von der *Deutschen Stiftung für junge Erwachsene mit Krebs* initiiert, die es auch seit November 2015 betreibt. Die Stiftung ist im Juli 2014 von der *DGHO – Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie* gegründet worden. Die Arbeit der Stiftung ist gemeinnützig und wird ausschließlich über Spenden finanziert.

Für das *JUNGE KREBSPORTAL* engagieren sich etwa 30 ehrenamtliche Berater und zwei hauptamtliche Mitarbeiter der Stiftung. Das Netzwerk der Berater wird stets qualitativ und quantitativ weiterentwickelt, um den jungen Krebspatienten schnell und kompetent helfen zu können.

Umsetzung

Etwa 15.000 junge Erwachsene im Alter von 18 bis 39 Jahren erkranken in Deutschland jährlich an Krebs. Etwa 80 Prozent von ihnen überleben die Krebserkrankung dank verbesserter onkologischer Therapieverfahren. Allerdings erschweren langfristige finanzielle und soziale Folgen eine Rückkehr in die Normalität.

Die Beratungsplattform *JUNGES KREBSPORTAL* bietet hier entsprechende Hilfe; das Angebot zeichnet sich aus durch:

- Der Zugang ist sehr niedrigschwellig.
- Die Beratung erfolgt durch Fachärzte der Inneren Medizin mit Weiterbildung in der Hämatologie und Onkologie sowie der Zusatzbezeichnung Sozialmedizin.

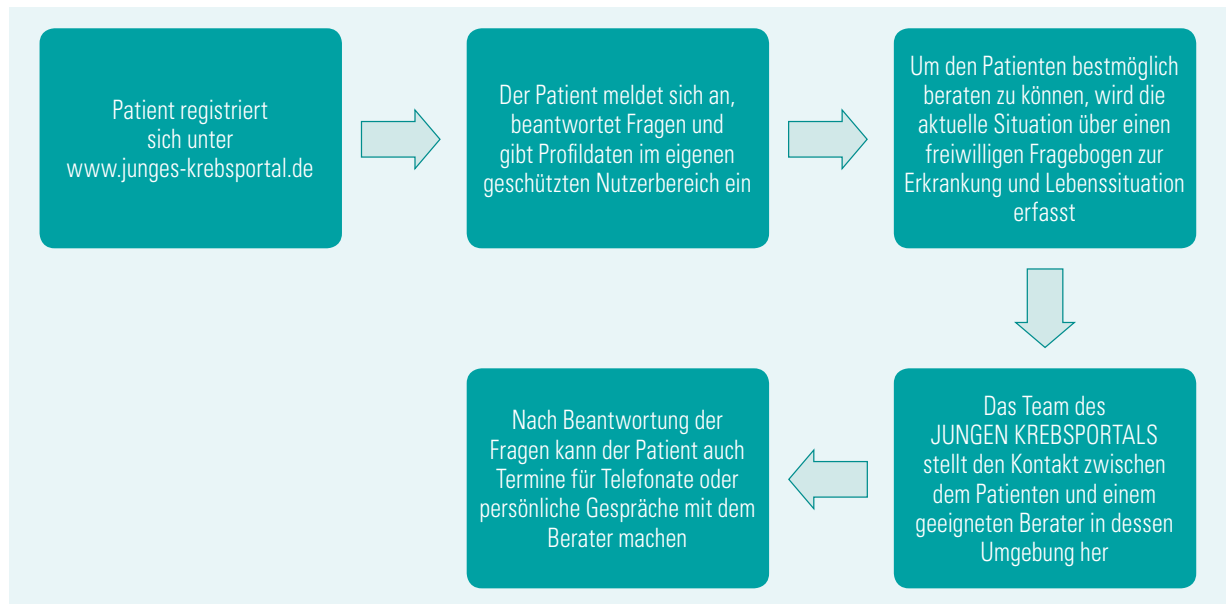
Somit werden die Patienten von Fachärzten, die sowohl Experten für medizinische Belange als auch für sozialmedizinische Fragen sind, beraten.

Die Beratung ist kostenlos, schnell, kompetent und hilft bei sozialen und finanziellen Problemen. Das Themenangebot des *JUNGEN KREBSPORTALS* wird laufend an die Bedürfnisse und Wünsche der Pa-

tienten angepasst, erweitert und optimiert. Bisherige Themenbereiche bieten Antworten zu sozialrechtlichen Fragen und zu Veränderungen des Hormonhaushaltes der Patienten in Folge der Behandlung.

In Abbildung 39 werden die Versorgungselemente dargestellt.

Abbildung 39 Ablauf zur Beratung des *JUNGEN KREBSPORTALS*



Quelle: Eigene Darstellung.

Die Webseite des *JUNGEN KREBSPORTALS* wurde bis Mitte April 2016 von circa 1.000 Personen besucht. Es wurden bis zu diesem Zeitpunkt 100 Hilfeanfragen gestellt und beantwortet.

Die Berater sind Mitglieder des Arbeitskreises *Onkologische Rehabilitation* der DGHO und zum Teil auch des neu gegründeten Wissenschaftlichen Beirats des Stiftung.

Ein wesentlicher Bestandteil des Projekts ist die Öffentlichkeitsarbeit, um die Angebote den Betroffenen näher zu bringen. Zudem besteht eine gut funktionierende Zusammenarbeit mit anderen Ärztevereinigungen. Informationsmaterial wird an Fachärzte in ganz Deutschland versendet.

Nächste Schritte

Die Themenbereiche werden ausgeweitet. Der Themenbereich „Veränderungen des Hormonhaushaltes“ über endokrinologische Folgeerkrankungen wurde im September 2016 in die Beratung aufgenommen. 2017 folgt die Unterstützung der jungen Patienten bei kardiologischen Problemen.

Darüber hinaus wird die wissenschaftliche Auswertung der gewonnenen Daten eine große Rolle spielen. Vor allem der Beratungsbedarf soll analysiert werden – anhand folgender Fragestellungen: In welchen Bereichen ist die sozialmedizinische Beratung besonders wichtig bzw. elementar notwendig? Welche Hilfen sind besonders effektiv? Und welche Versorgungsstrukturen fehlen oder sind überrepräsentiert?

Ansprechpartner

Deutsche Stiftung für Junge Erwachsene mit Krebs

Alexanderplatz 1

10178 Berlin

Telefon: 030 – 280 930 560

www.junges-krebsportal.de

E-Mail: info@junge-erwachsene-mit-krebs.de

www.junge-erwachsene-mit-krebs.de

Kinder- und Jugendhospiz Balthasar

Autor: Rüdiger Barth

Management Summary

Ziel der Arbeit des Kinder- und Jugendhospizes Balthasar ist es, erkrankte Kinder und ihre Familien professionell zu unterstützen. Sie werden individuell und als gesamte Familie begleitet und unterstützt – ab der Diagnose einer unheilbaren, lebensverkürzenden Erkrankung bis hin zum Tod und darüber hinaus. Ziel ist es zudem, die körperlichen und psychischen Leiden zu lindern und den Kindern eine möglichst hohe Lebensqualität zu ermöglichen sowie ein würdevolles, selbstbestimmtes Leben bis zum Tod.

1998 gründeten betroffene Eltern das erste Kinderhospiz in Deutschland – in Zusammenarbeit mit der Gemeinnützigen Gesellschaft der Franziskanerinnen zu Olpe mbH (GFO). 2009 entstand mit dem Jugendhospiz Balthasar das erste deutsche Hospiz für Jugendliche und junge Erwachsene. Das Kinder- und Jugendhospiz begleitet heute jährlich etwa 300 Familien mit ihren sterbenskranken Kindern. Die Arbeit des Kinder- und Jugendhospizes Balthasar wird zu 70 Prozent aus Spenden finanziert.

Umsetzung

Kinder entwickeln sich im Verlauf ihrer Erkrankung oft zu mehrfach schwerstbehinderten oder zu schwerstpflegebedürftigen Menschen. Sie benötigen rund um die Uhr Betreuung. Eltern sind in dieser Situation häufig auf sich allein gestellt und leiden an physischen und psychischen Belastungen. Die Geschwister der erkrankten Kinder wachsen in einer sehr belasteten und belastenden Lebenssituation auf und bräuchten eine altersspezifische Begleitung. Neben der Betreuung der erkrankten Kinder ist die Begleitung der Eltern und Geschwister also ebenfalls wichtig.

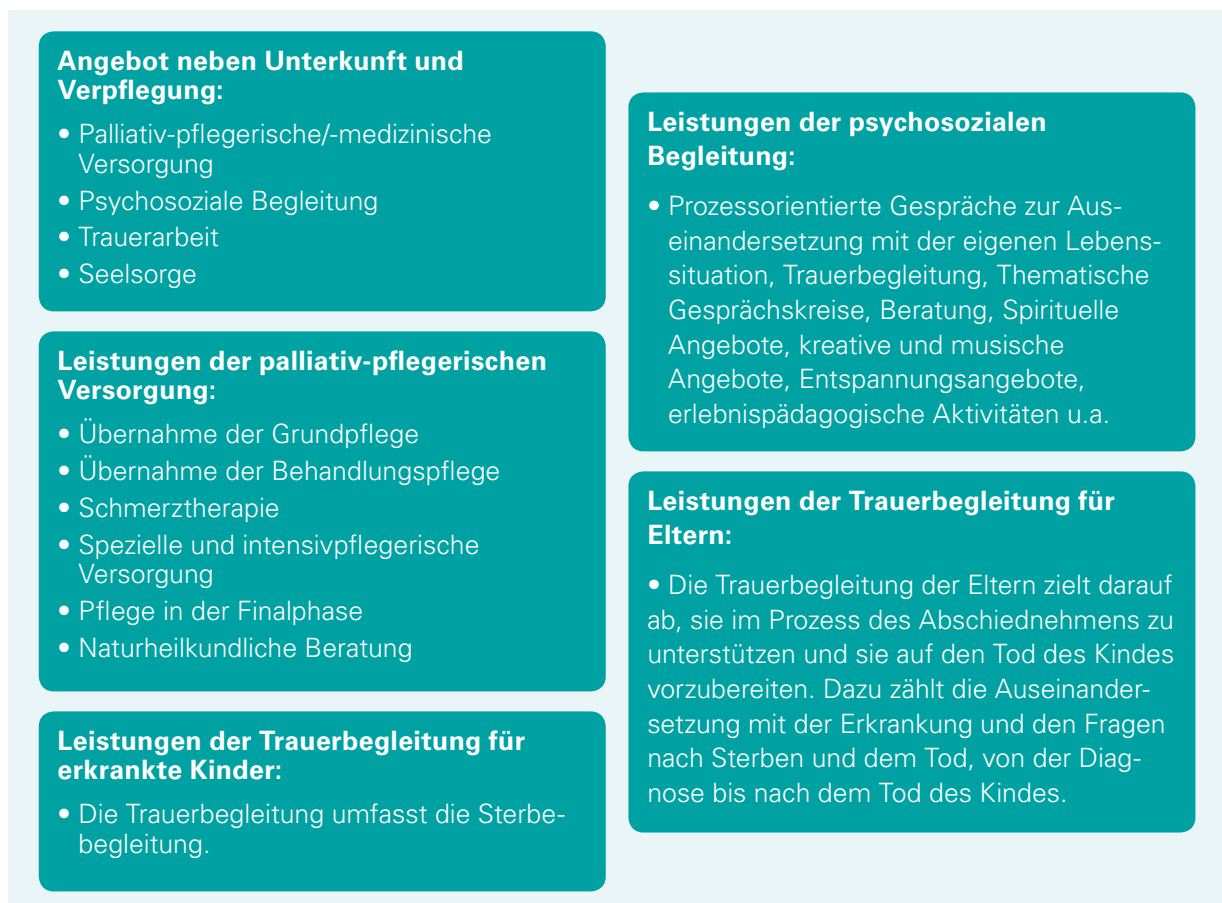
Das Kinder- und Jugendhospiz Balthasar entlastet das System Familie bereits ab der Diagnose der Krankheit für etwa vier Wochen pro Jahr, die sich in der Regel auf mehr als einen Aufenthalt aufteilen. In der letzten Lebensphase (Finalphase) ist die zeitliche Betreuung der Familien unbegrenzt. Verschiedene Angebote (siehe Abbildung 40) helfen während des Aufenthalts des kranken Kindes allen Familienmitgliedern, die schwere Situation zu bewältigen sowie ihre Trauer zu verarbeiten. Je nach Krankheitsbild und Krankheitsverlauf werden die Kinder und ihre Familien oft über Wochen, Monate oder gar Jahre hinweg begleitet.

Die Begleitung setzt auf ein ganzheitliches, stationäres Betreuungskonzept für das ein multiprofessionelles, sektorenübergreifendes und partnerschaftliches Team zusammenarbeitet. Die individuellen Wünsche und Gewohnheiten der Kinder, die Biografie und aktuelle Lebenssituationen sowie kulturelle und religiöse Bedürfnisse werden dabei berücksichtigt. In der Pflege der kranken Kinder wird nach den pal-

liativen Grundsätzen und den Grundsätzen der Bezugspflege gearbeitet. Dabei steht das Wohlbefinden der Kinder immer im Vordergrund. Schwerpunkt der palliativen Pflege ist eine umfassende und individuelle Schmerztherapie. Außerdem beraten die Mitarbeiter die Familie während des Aufenthalts, übernehmen die Pflege der erkrankten Kinder – und tragen so zur Entlastung bei.

Die psychosoziale Arbeit im Hospiz widmet sich den drei Zielgruppen gleichermaßen. Sie will bei den erkrankten Kindern das Wohlbefinden fördern, Ängste und Spannungen abbauen, Ressourcen erhalten und fördern und somit die Lebensqualität erhalten bzw. steigern. Die Eltern werden entlastet und motiviert Ängste, Sorgen und Probleme zu benennen. Sie werden individuell beraten und das Familiensystem wird gestärkt. Auch die Geschwister werden psychosozial begleitet. Sie werden gestärkt und ermutigt, in altersentsprechenden Formen ihre Gefühle auszudrücken. Zugleich wird ihnen Spaß und Lebensfreude vermittelt. Insgesamt werden die Familien system-, ressourcen- und bedürfnisorientiert begleitet.

Abbildung 40 Versorgungselemente des Kinder- und Jugendhospizes Balthasar



Quelle: Eigene Darstellung.

Die notwendige medizinische Behandlung und die Versorgung mit Medikamenten, Verband- und Heilmitteln sowie therapeutische Angebote werden sichergestellt.

Die regelmäßigen Eltern-Befragungen zeigen: Etwa 98 Prozent der Befragten sind mit den Angeboten und der Arbeit von Balthasar sehr zufrieden bis zufrieden.

Nächste Schritte

Das Angebot des Kinder- und Jugendhospiz Balthasar wird gemäß dem Bedarf der Zielgruppen erweitert. Auch in Zukunft wird auf aktuelle Entwicklungen und Anforderungen individuell reagiert. Alle Angebote sollen aufrechterhalten und bei Bedarf ausgebaut werden.

Ansprechpartner

Rüdiger Barth

Leitung

Kinder- und Jugendhospiz Balthasar

Maria-Theresia-Straße 30a

57462 Olpe

Telefon: 02761 – 926 540

E-Mail: kontakt@kinderhospiz-balthasar.de

www.kinderhospiz-balthasar.de

Kommunales Gesundheitszentrum Büsum

Erste kommunale Eigeneinrichtung Deutschlands

Autor: Thomas Rampoldt

Management Summary

Mit dem *Kommunalen Gesundheitszentrum Büsum* will sich die Gemeinde Büsum der drohenden Unterversorgung in der hausärztlichen Versorgung entgegenstellen. Die Gründung der Eigeneinrichtung nach § 105 Abs. 5 SGB V ist ein bisher einzigartiges Modellprojekt: Die Gemeinde Büsum übernimmt selbst die Trägerschaft der hausärztlichen Praxis, sie stellt die vorhandenen Ärzte an und wirbt gezielt um Nachwuchs, um die Nachbesetzung der Hausarztsitze zu sichern. Ziel ist, die hausärztliche Versorgung aufrechtzuerhalten und den Status als Bade-Kurort für Büsum zu erhalten.

Das Ärztezentrum Büsum ist eine gemeinnützige GmbH. Träger ist die Gemeinde Büsum. Über einen Managementvertrag ist die Geschäftsführung für die gGmbH auf die Ärztegenossenschaft Nord eG (ÄGN) übertragen worden.

Die Gemeinde Büsum stellt der gemeinnützigen Gesellschaft eine Immobilie für vier Millionen Euro zur Verfügung und berechnet dafür der Betreibergesellschaft des kommunalen Ärztezentrums eine Miete. Die Betreibergesellschaft des Ärztezentrums übernimmt alle Kosten des angestellten Personals, Sachkosten, Mieten sowie künftige Investitionskosten und zahlt an die Ärztegenossenschaft eine Managementvergütung.

Umsetzung

Wie im ganzen ländlichen Raum Schleswig-Holsteins ist es auch in der Gemeinde Büsum außerordentlich schwierig, Nachfolger für Hausärzte zu finden. Anfang 2015 lag das Durchschnittsalter der fünf freiberuflichen Büsumer Hausärzte bei 64 Jahren. Die Nachwuchsproblematik wurde besonders deutlich, als es zwei dieser Hausärzte nicht gelungen ist, ihre Kassenarztsitze weiterzugeben.

Eine schlechtere hausärztliche Versorgung würde nicht nur die Büsumer selbst treffen, sondern sich auch auf die Versorgung der Touristen und Tagesgäste auswirken – und langfristig die Attraktivität des Seeheilbades Büsum massiv beeinträchtigen.

2013 wurde daher eine Machbarkeitsstudie für das Kommunale Gesundheitszentrum bei der Ärztegenossenschaft Nord in Auftrag gegeben. Die Ergebnisse waren Grundlage für die Gründung der gemeinnützigen Gesellschaft.

Zielgruppe sind die lokale Bevölkerung und Touristen im Einzugsgebiet der Gemeinde Büsum, die hausärztlicher Versorgung bedürfen. Aufgrund der Altersstruktur der Bevölkerung in der Region liegt ein besonderes Augenmerk auf der Versorgung von geriatrischen und chronisch kranken Patienten sowie von Palliativpatienten. Außerdem werden Patienten in den Alten- und Pflegeheimen sowie Pflegebedürftige in häuslicher Umgebung betreut.

Neben der hausärztlichen Versorgung sollen künftig auch Schulungsveranstaltungen für Einheimische und Kurgäste/Touristen angeboten werden. In der Projektphase 2 sollen zusammen mit anderen Gesundheitsprofessionen entsprechende Kurse entwickelt werden, darunter auch zur Verbesserung des Gesundheitsschutzes am Arbeitsplatz. Auch Vereine sollen für Schulungsmaßnahmen angesprochen werden.

Die interprofessionelle Kooperation und Arbeitsteilung erfolgt neben den vier Hausärzten der Gemeindepraxis durch eine Apotheke, eine physiotherapeutische Praxis, einen Kurbetrieb und eine Überleitungspflege sowie eine Heilpraktikerin mit dem Schwerpunkt Osteopathie. Weitere Professionen sollen angesiedelt werden. Ziel ist es, das ärztliche Personal zu entlasten und die Versorgung chronisch Kranker neu zu strukturieren.

Eine weitere Idee ist es, fachärztliche Konsiliarsprechstunden zusammen mit den Westküstenkliniken oder anderen Kliniken anzubieten. Weiterhin sind die Ärzte des Ärztezentrum Büsum bereits Mitglied im Medizinischen Qualitätsnetz Westküste Dithmarschen und nehmen als aktive Partner regelmäßig an den Qualitätszirkeln teil.

Mittels einer Analyse der Versorgungspfade und der Bedarfe der Patienten wird geprüft, ob und wie in Projektphase 2 auch sogenannte Überleitungs-/Case-Manager eingesetzt werden können.

Abbildung 41 Gesundheitszentrum Büsum



Quelle: JEBENS SCHOOF ARCHITEKTEN BDA.

Zudem soll ein Mobilitätskonzept entwickelt werden, um den Transport aus ländlichen Regionen zum Ärztehaus Büsum und zurück sicherzustellen.

Im Gesundheitszentrum Büsum sollen nun weitere Anbieter aus dem Gesundheitssektor angesiedelt werden, um eine multiprofessionelle Zusammenarbeit zu fördern und Doppelstrukturen zu vermeiden.

Nächste Schritte

Im nächsten Schritt soll das Angebot mit Blick auf die Prävention erweitert werden – in Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitspartnern aus dem Gesundheitszentrum und weiteren ortsansässigen Gesundheitseinrichtungen. Weitere Modelle für zeitlich begrenzte fachärztliche Angebote sind angedacht (wie Augenheilkunde und HNO). Perspektivisch wird der Fokus auf telemedizinischen Anwendungen liegen, wie der Zweitmeinung per Video oder die Videosprechstunde in Alten- und Pflegeheimen.

Ansprechpartner

Thomas Rampoldt

Geschäftsführer

Ärztegenossenschaft Nord eG

Bahnhofstraße 1–3

23795 Bad Segeberg

Telefon: 04551 – 999 90

E-Mail: thomas.rampoldt@aegnord.de

www.aegnord.de

Landarztnetz

Landarztnetz Lahn-Dill GmbH – Sicherstellung der landärztlichen Versorgung im Lahn-Dill-Kreis als sektorenübergreifendes Konzept

Autor: Lars Bongartz

Management Summary

Das Landarztnetz Lahn-Dill (LAN) will die ärztliche Versorgung auf dem Land nachhaltig sicherstellen und unterstützen. Durch das Regionalkonzept soll die wohnortnahe Versorgung der Bevölkerung im Lahn-Dill-Kreis dauerhaft gewährleistet werden. Das Landarztnetz bietet „Landarztstätigkeiten auf Probe“ – mit der Option auf Ausgründung einer eigenen Praxis oder der (Teil-)Rückkehr in den stationären Sektor.

Als Teil der Weiterentwicklung des Konzepts sind Pools von sektorenübergreifenden Springern sowie Hausbesuchszentren vorgesehen, die Heime und niedergelassene Ärzte sowie Notfallambulanzen unterstützen und entlasten.

Im September 2015 wurde das Landarztnetz von der hessischen Staatskanzlei mit dem Hessischen Demografiepreis ausgezeichnet. Aktuell versorgt das Landarztnetz etwa 25.000 Patienten pro Jahr ambulant. Die Anschubfinanzierung des Projektes erfolgte durch den Gesellschafter Lahn-Dill-Kliniken GmbH, die laufende Finanzierung mit Eigenmitteln.

Umsetzung

Im Fokus des Konzeptes steht die klassische hausärztliche Versorgung ambulanter Patienten. Ziel des Landarztnetzes ist es, dazu beizutragen, Praxen in ländlichen Regionen des Lahn-Dill-Kreises weiter zu betreiben, die von einer ersatzlosen Praxischließung betroffen wären.

Für eine Praxisintegration gelten folgende Voraussetzungen:

- Der praxisabgabewillige Arzt findet in der Regel trotz längerer intensiver Suche keinen Nachfolger.
- Die Praxis befindet sich in einer Region, in der die Bevölkerung im Fall der Schließung der Praxis nicht mehr ausreichend hausärztlich versorgt ist.
- Die niedergelassenen Ärzte im Einzugsgebiet der Praxis wünschen die Aufrechterhaltung des Praxisstandorts.
- Die Praxis ist wirtschaftlich gesund.

Es wurde ein Businessplan erstellt, der für die Jahre 2017 und 2018 eine erweiternde Vernetzung mit Pflegediensten und Pflegeheimen vorsieht.

Nichtärztliche Praxisassistenten sollen einen engen Kontakt zwischen Patient und Praxis auch bei den Patienten gewährleisten, die an die Häuslichkeit gebunden sind oder die in Pflegeheimen wohnen. Sie übernehmen in Hausbesuchszentren als sogenannte „Gemeindeschwestern“ in Delegation der Ärzte Aufgaben der Grundversorgung und können bei Bedarf telemedizinische Rücksprache mit Ärzten des Landarztnetzes halten.

Die Lahn-Dill-Kliniken bilden mit Eigenmitteln Ärzte für den stationären und ambulanten Bereich aus. Die Ärzte können zwischen Tätigkeiten beim LAN und der Klinik wählen – auch Teilzeitmodelle in beiden Sektoren sind möglich.

Voraussichtlich im Jahr 2017 wird der sogenannte Springerpool aufgebaut. Aus diesem können kurzfristige Bedarfe sowohl beim Landarztnetz als auch im Krankenhaus bedient werden. Ziel ist es, die Versorgung klassischer hausärztlicher Patienten auf dem Land sicherzustellen. Sie werden durch das LAN dauerhaft und langfristig wohnortnah versorgt und nehmen daher seltener die Notfallambulanzen der Krankenhäuser in Anspruch. Darüber hinaus werden Arbeitsplätze auf dem Land gesichert und dörfliche Strukturen aufrechterhalten.

In Tabelle 14 werden alle bereits bestehenden sowie geplanten Versorgungselemente des LAN in einer Übersicht dargestellt.

Tabelle 14 Versorgungselemente des LAN

• Die Patienten erhalten eine klassische hausärztliche Versorgung in der Praxis.
• Ärzte und nichtärztliche Praxisassistenten führen Hausbesuche durch.
• Ab 2017 ist eine unterstützende psychotherapeutische Versorgung an jedem Zweigstandort angedacht.
• Es werden Hausbesuchszentren eingerichtet. Hierdurch können klassische Hausbesuche vermieden werden und die Zweigarztpraxen werden entlastet.
• Ab 2016 werden telemedizinische Angebote schrittweise integriert. Somit sollen Patiententransporte vermieden bzw. verringert werden.
• Ziel ist, eine zu starke Inanspruchnahme klinischer Notfallambulanzen zu vermeiden.

Quelle: Eigene Darstellung.

Vertreter aus dem ambulanten und aus dem stationären Sektor sind Träger des LAN. Die regionale Sicherstellung wird also als gemeinsame Aufgabe verstanden. Der Innovationsgehalt des Konzeptes zeigt

sich in der Nachhaltigkeit, der sektorenübergreifenden Kooperation sowie der Übertragbarkeit auf andere Regionen.

Nächste Schritte

Das hessische Ministerium für Soziales und Integration fördert das LAN von 2016 bis 2018. Der Ausbau von Hausbesuchszentren ist angedacht. In den kommenden Jahren soll durchschnittlich eine weitere Zweigpraxis pro Jahr ins Netzwerk des LAN integriert werden. Jede dieser Zweigpraxen wird zukünftig einen nichtärztlichen Praxisassistenten beschäftigen und mindestens halbtags um ein psychotherapeutisches Versorgungsangebot ergänzt. Bis zum Jahr 2019 sollen folgende Ziele erreicht werden:

- sieben bis acht Zweigpraxisstandorte
- insgesamt 15-20 angestellte Ärzte, rund sieben angestellte Psychotherapeuten und 60 angestellte nichtärztliche Mitarbeiter
- Gesamtumsatz von etwa drei Millionen Euro

Das LAN-Konzept wird bei Bedarf auf weitere fachärztliche Berufsgruppen übertragen.

Ansprechpartner

Lars Bongartz

Kaufmännischer Leiter

Landarztnetz Lahn-Dill GmbH

Forsthausstraße 1–3

35578 Wetzlar

Telefon: 06441 – 792 682

E-Mail: lars.bongartz@landarztnetz.de

www.landarztnetz.de

Leipziger Adipositasmanagement

Konzept zur Integrierten Versorgung nach § 140 SGB V zur Therapie von Adipositas

Autoren: Matthias Blüher, Sarah Victoria Schwalm und Ulrike Tiesler

Management Summary

Das Behandlungskonzept *Leipziger Adipositasmanagement* zielt darauf ab, die Effizienz der Versorgung von Menschen mit Adipositas zu verbessern. Es ist ein vierjähriges Therapieprogramm und beinhaltet ein nachhaltiges Gewichtsmanagement in der konservativen sowie in der chirurgischen Therapie. Der Gedanke der Nachhaltigkeit, des interdisziplinären und sektorenübergreifenden Arbeitens sowie die Patientenorientierung nehmen hierbei einen hohen Stellenwert ein.

Das *Leipziger Adipositasmanagement* wurde von der AOK PLUS, der Universitätsmedizin Leipzig und dem Integrierten Forschungs- und Behandlungszentrum (IFB) entwickelt. Das Therapieprogramm wird im Rahmen eines Vertrages zur Integrierten Versorgung gemäß § 140a ff. SGB V zwischen der Adipositas-Ambulanz des Uniklinikums Leipzig (AöR) und der AOK Plus finanziert. Seit August 2014 werden 300 adipöse Menschen durch dieses Konzept in der Adipositas-Ambulanz des Uniklinikums Leipzig (AöR) betreut.

Umsetzung

Die multiprofessionelle Versorgung von Menschen mit Adipositas in einem engen zeitlichen und örtlichen Rahmen kann durch die Leistungen der Regelversorgung nicht sichergestellt werden. Trotz einer sicheren Datenlage übernehmen gesetzliche Krankenkassen die Kosten nur in Einzelfällen. Die Umsetzung des *Leipziger Adipositasmanagements* bietet eine Möglichkeit zur sektorenübergreifenden Versorgung und Finanzierung von Adipositaspatienten.

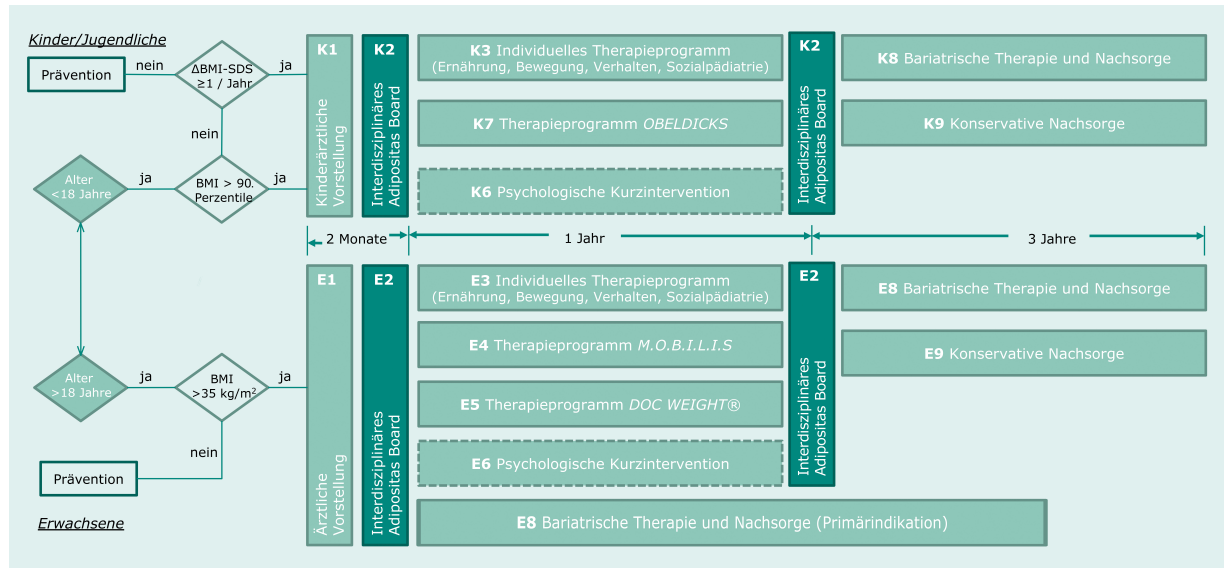
Das Therapieprogramm basiert auf einem modular aufgebauten interdisziplinären Behandlungspfad. In Abbildung 42 werden die einzelnen Therapiebausteine erläutert.

Zielgruppe des Programmes sind Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit Adipositas, die bei der AOK PLUS versichert sind.

Nach einer ausführlichen Anamnese und Diagnostik in der Adipositas-Ambulanz wird in jeweils zwei interdisziplinären Teambesprechungen („Adipositasboards“) für jeden Patienten ein individuelles Therapieprogramm festgelegt. Die Diättherapie ist die Basis jeder Intervention. Nach einer einjährigen konser-

vativen Behandlung wird die Entscheidung für oder gegen eine chirurgische Therapie beziehungsweise eine konservative Nachsorge getroffen.

Abbildung 42 Behandlungspfad Leipziger Adipositasmanagement



Quelle: IFB AdipositasErkrankungen.

Die Nachsorge nach einer Gewichtsabnahme dient der nachhaltigen Stabilisierung von neu erlerntem Essverhalten und Bewegungsgewohnheiten. Nach der vierjährigen konservativen und/oder chirurgischen Behandlung in der Adipositas-Ambulanz wird der Patient durch kooperierende niedergelassene Haus- und Fachärzte weiter betreut. Sogenannte Case-Manager sind die zentralen Ansprechpartner der Patienten und begleiten diese über den gesamten Behandlungszeitraum hinweg. Die Betreuung durch das Case-Management sowie der individuell gestaltete Behandlungsverlauf tragen zur hohen Patienteneorientierung des Therapieprogramms bei.

Die Absolventen des Programmes sollen letztlich dazu befähigt werden, Verantwortung für den Erhalt ihrer Gesundheit zu übernehmen sowie als Multiplikatoren in ihrem persönlichen Umfeld zu wirken. Bisher zeigte sich ein positiver Verlauf in Bezug auf die Nachfrage und der aktiven Mitarbeit der Patienten.

Nächste Schritte

Weitere Kooperationspartner werden rekrutiert, um eine flächendeckende Versorgung zu gewährleisten. Noch in diesem Jahr sollen erste Kooperationen mit Einrichtungen geschlossen werden, die außerhalb des Großraums Leipzig liegen. Weiterhin sind Gespräche mit weiteren gesetzlichen Kranken-

kassen geplant, um über die Möglichkeiten einer Finanzierung dieses Konzeptes für deren Versicherte zu sprechen. Insgesamt sollen hierdurch mehr Adipöse an dem Programm teilnehmen können.

Ansprechpartner

Sarah Vitoria Schwalm

SOP-Managerin

IFB AdipositasErkrankungen

Philipp-Rosenthal-Straße 27

04103 Leipzig

Telefon: 0341 – 971 53 65

E-Mail: sarahvictoria.schwalm@medizin.uni-leipzig.de

www.ifb-adipositas.de

Ulrike Tiesler

Krankenhausreferentin

AOK PLUS – Die Gesundheitskasse für Sachsen
und Thüringen

Rosa-Luxemburg-Straße 30

04103 Leipzig

Telefon: 0341 – 121 143 410

E-Mail: ulrike.tiesler@plus.aok.de

Prof. Dr. med. Matthias Blüher

Leiter der Adipositas-Ambulanz, Oberarzt

Universitätsklinikum Leipzig AöR

Liebigstraße 20

04103 Leipzig

Telefon: 0341 – 971 59 84

E-Mail: Matthias.blueher@medizin.uni-leipzig.de

www.ifb-adipositas.de

MAG1

Mannheim gegen Einsamkeit

Autoren: Werner Besier und Manfred Mayer

Management Summary

Die Initiative Mannheim gegen Einsamkeit (MAG1) will mit dem Netzwerk vitaconnect:: und ehrenamtlichen Paten einsame Menschen wieder in die Gesellschaft eingliedern. Die meist älteren Menschen sollen so Lebensqualität zurückbekommen; das Risiko für viele chronische Krankheiten wie Demenz, koronare Herzkrankheit (KHK), Diabetes oder Depression soll sinken.

Umsetzung

Die Gesellschaft in den westlichen Industrienationen wird immer älter – und mit der Zahl der älteren Menschen steigt die Zahl der Menschen, die sich einsam fühlen. Bei den 66- bis 80-jährigen bezeichnen sich 19,8 Prozent als einsam, bei den über 80-jährigen sogar 34,6 Prozent.

Die Einsamkeit hat oft zur Folge, dass sich chronische Erkrankungen verschlechtern. Einsame Menschen sterben eher innerhalb von acht Jahren an chronischen Leiden wie Diabetes oder KHK (22 Prozent im Vergleich zu 14 Prozent bei Menschen, die nicht einsam sind). Sie sind auch doppelt so stark gefährdet, dement zu werden.

Im Rahmen des Casemanagement-Projektes GEDIMA – Gesundheitsbegleitung Diabetes Mannheim zeigte sich, dass die Gesundheitsparameter einsamer Menschen meist deutlich schlechter waren als bei gesellschaftlich integrierten Patienten. Casemanager verbesserten durch den persönlichen Kontakt mit einsamen Diabetikern die Lebensqualität stärker als bei Diabetikern, die nicht einsam waren.

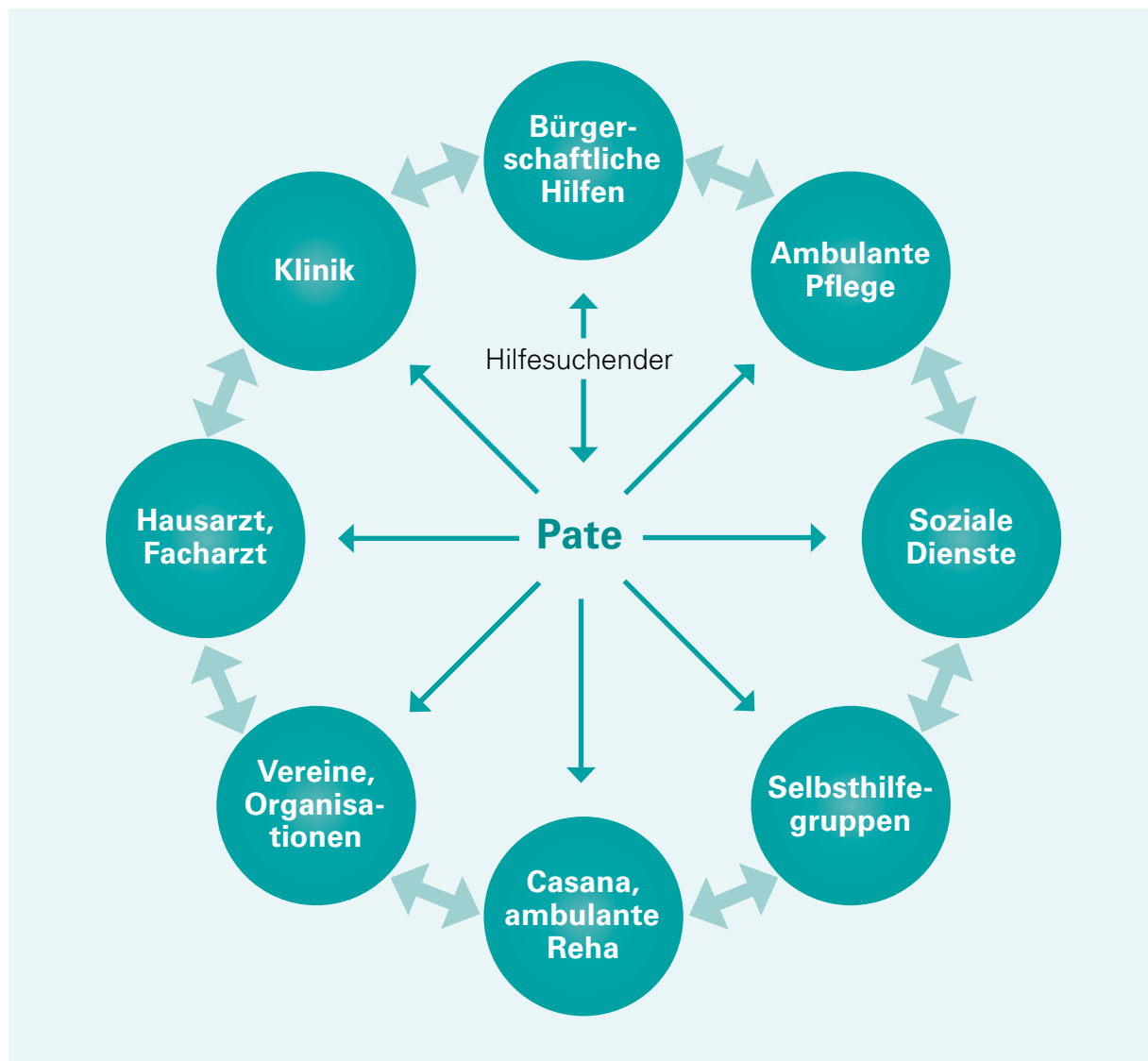
Anfang 2015 wurde von der GGM Gesundheitsprojekt Mannheim e.G. eine Arbeitsgemeinschaft (AG) initiiert, aus der das Projekt MAG1 – Mannheim gegen Einsamkeit entstand. MAG1 möchte einsame Menschen ab dem 60. Lebensjahr wieder stärker in die Gesellschaft eingliedern. Der Leidensweg soll über ehrenamtliche Paten beendet werden; die Menschen sollen wieder Lebensfreude empfinden.

Die betroffenen Personen erfahren von dem Projekt beim Hausarzt, bei einem stationären Aufenthalt, durch den Sozialdienst oder durch die ambulante Pflege. Nach Einwilligung des Betroffenen meldet sich ein ehrenamtlicher Pate. Gemeinsam klären Pate und Teilnehmer den Hilfebedarf und entwickeln Lösungen. Dabei steht der Pate immer im engen Kontakt mit dem Netzwerk. Der Hilfeplan wird dann erstellt – gemeinsam mit dem Hilfesuchenden und den Einrichtungen aus dem Netzwerk. Die professionellen

Akteure des Netzwerkes – wie Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter und Pflegeeinrichtungen – melden dem Paten regelmäßig Veränderungen beim Teilnehmer.

Alle Paten werden ausführlich in 32 Unterrichtseinheiten geschult. Themen dieser Schulung sind beispielsweise Gesprächsführung, Basiswissen über Krankheitsbilder, rechtliche Rahmenbedingungen, Umgang mit akuten Krisen, etc.

Abbildung 43 Das Netzwerk vitaconnect::



Quelle: Eigene Darstellung.

MAG1 zeichnet sich vor allem durch die Zusammenarbeit der vielen professionellen Einrichtungen aus und bietet folgenden Mehrwert:

- MAG1 besteht aus dem GGM Gesundheitsprojekt Mannheim e.G., dem Fachbereich Arbeit und Soziales der Stadt Mannheim, dem Pflegestützpunkt Baden Württemberg (Stadt Mannheim), dem Mehrgenerationenhaus (Der Paritätische), der ambulanten Pflege (Casana) sowie vitaconnect::
- Das Netzwerk vitaconnect:: besitzt Zugriffsrechte auf verschiedenen Ebenen durch Sozialabteilungen der Krankenhäuser, Hausärzte, ambulanter Pflege, Sozialeinrichtungen der Stadt Mannheim und das GGM-Gesundheitsprojekt Mannheim e.G.
- Die Paten werden geschult (Curriculum mit 32 Unterrichtseinheiten) und nehmen regelmäßig an Supervisionen (einmal pro Monat) und Fallbesprechungen (jederzeit) teil.
- Es gibt ein Beraterteam für die Paten, bestehend aus Sozialarbeitern, Sozialpädagogen, Ärzten und Psychologen.

Nächste Schritte

Seit Januar 2016 werden Paten akquiriert; bereits gewonnene Paten werden geschult. Hilfesuchende können sich bereits in das Projekt einschreiben. Ab 2019 wird das Projekt durch das Mannheimer Institut für Public Health (MIPH) evaluiert.

Ansprechpartner

[Dr. med. Werner Besier](#)

Vorstandsvorsitzender
GGM Gesundheitsprojekt Mannheim e.G.
Liebfrauenstraße 21
68259 Mannheim
Telefon: 0621 – 790 04 40
E-Mail: werner@besier.info
www.ggm-gesundheitsprojekt.de

[Dr. med. Manfred Mayer](#)

stellvertretender Vorstandsvorsitzender
GGM Gesundheitsprojekt Mannheim e.G.
Liebfrauenstraße 21
68259 Mannheim
Telefon: 0621 – 790 04 40
E-Mail: mail@manfred-mayer.de

Med Angel

The smart medication companion

Autor: Amin Zayani

Management Summary

Med Angel ist eine patientenorientierte, digitale Lösung zur Verbesserung der Arzneimittelsicherheit, insbesondere der Arzneimittelsicherheit von kühlpflichtigen Medikamenten. Das Konzept ist nutzerfreundlich, sichert die Qualität der Medikamente und beseitigt eine tägliche Stressquelle für diejenigen Patienten, die im Alltag darauf achten müssen, dass ihre Medikamente gekühlt bleiben. Ebenso verhindert *Med Angel* einen Abbruch bzw. eine Unterbrechung der Kühlkette bei der Abgabe des Medikaments an den Patienten.

Die *Med Angel UG* mit Sitz in Berlin und Nijmegen in den Niederlanden wurde 2015 gegründet. Partner für die klinische Entwicklung ist die Sint Maartenskliniek in Nijmegen. Finanziert wird das Projekt zum Teil aus Eigenmitteln, zum Teil aus Fördermitteln von Rockstart Digital Health Accelerator sowie Business Angel Investitionen.

Umsetzung

Viele Menschen leben mit chronischen Erkrankungen und müssen als Therapie regelmäßig temperaturempfindliche Medikamente einnehmen. Die Kühlkette wird bei diesen Medikamenten bis zur Abgabe an den Patienten lückenlos dokumentiert. Nach der Abgabe an den Patienten ist die Kühlkette – und damit auch die Qualität und Wirksamkeit der Medikamente – nicht mehr gesichert. Die verminderte Qualität des Arzneimittels kann spürbare Folgen für den Patienten haben. Die Aufgabe der sachgerechten Kühlung stresst und verunsichert zudem viele Patienten.

Eine Studie der Sint Maartenskliniek aus dem Jahr 2015 zeigt, dass 93 Prozent der Studienteilnehmer ihre Medikamente unbewusst falsch lagerten.

Amin Zayani, Gründer von *Med Angel* und Typ 1 Diabetiker hat selbst Erfahrungen mit dem Medikamentenmanagement von gekühlten Medikamenten gesammelt und suchte nach Lösungen für das Problem.

Med Angel ist eine digitale Lösung, bestehend aus einem Sensor und einer Smartphone-App. Der Sensor ist so klein, dass er in jede Medikamentenpackung, in Kühltaschen oder in Spritzenmappen passt. Alle zehn Sekunden misst er die Temperatur und zeichnet sie auf. Über Bluetooth werden die Daten auf

das Smartphone übermittelt. Die App zeigt die aktuelle Temperatur und die Historie an. Sollte die Temperatur von den Sollbedingungen abweichen, warnt die App mit einem Hinweis oder Alarm. Es werden verschiedene Anwendungen berücksichtigt: Die Lagerung im Kühlschrank, der Transport in der Kühltasche und der tägliche Transport ohne Kühlung. Der Patient wird somit gewarnt, wenn innerhalb der nächsten Stunde die Temperatur über den zulässigen Wert steigen würde.

Med Angel ist so eine Art Schutzengel für alle Menschen, die auf temperaturempfindliche Medikamente angewiesen sind.

In Abbildung 44 ist die Verbindung zwischen Medikamenten, Sensor und dem Smartphone dargestellt.

Abbildung 44 *Med Angel* als digitale Lösung



Quelle: Eigene Darstellung.

Med Angel schafft einen Mehrwert auf zwei Ebenen: Zum einen wird die Sicherheit der Arzneimitteltherapie erhöht, wenn die Patienten die Kühlkette sicherstellen. Zum anderen verbessert es die Lebensqualität der Patienten. Sie fühlen sich sicherer und haben mehr Kontrolle.

Das Projekt wurde von einem Patienten selbst entworfen und orientiert sich stark an den Bedürfnissen der Menschen, die Medikamente einnehmen.

Nächste Schritte

Ein nächster Schritt wird eine externe Anwendungsstudie an der Sint Maartenskliniek in den Niederlanden sein. Basierend auf den Evaluationsergebnissen werden Pilotstudien mit einer deutschen Krankenversicherung und der niederländischen Krankenkasse Achmea durchgeführt. Diese gestalten, ausgehend von den Patientenerfahrungen, eine optimale Lösung. Wenn die Ergebnisse zeigen, dass die Sicherheit und Lebensqualität der Patienten verbessert wurde, wird eine Unterstützung durch Krankenkassen angestrebt. Ebenso kann sich *Med Angel* vorstellen, mit pharmazeutischen Unternehmen zusammenzuarbeiten. Eine Markteinführung ist für 2017 vorgesehen.

Ansprechpartner

Amin Zayani

Geschäftsführer

Med Angel UG

Prinzessinnenstraße 19–20

10969 Berlin

Telefon: 0176 – 995 450 96

E-Mail: amin@medangel.co

www.medangel.co

medikationsplan-rlp

Vernetzte Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) mit dem elektronischen Medikationsplan in Rheinland-Pfalz

Autoren: Irene Krämer und Claudia Mildner

Management Summary

Das interdisziplinäre und intersektorale multizentrische Modellprojekt *medikationsplan-rlp* wurde in einem eigens entwickelten elektronischen, primärsystem-unabhängigen Internetportal durchgeführt. Dort wurden die Medikationspläne der Patienten nach Muster des bundeseinheitlichen Medikationsplans erstellt. Niedergelassene Ärzte, öffentliche Apotheken und Kliniken können auf die Medikationspläne ihrer Patienten zugreifen und diese bei Bedarf aktualisieren. Der elektronische *medikationsplan-rlp* soll verhindern, dass Informationen verloren gehen, wenn der Patient sektorenübergreifend behandelt wird. Die Ersterstellung der Medikationspläne erfolgt im stationären Sektor, die Aktualisierung im ambulanten Sektor. Ob der elektronische Medikationsplan praxistauglich und lesbar ist, genutzt und akzeptiert wird, wird seit März 2015 bei 600 Patienten getestet. Die Befragten urteilten zu mehr als 95 Prozent positiv: Sie fanden den Medikationsplan leserlich, übersichtlich und inhaltlich sinnvoll.

Umsetzung

Wenn Patienten zwischen einer ambulanten und stationären Behandlung wechseln, wird häufig die Medikation umgestellt. Die Kommunikation zwischen den betreuenden Ärzten und Apothekern in diesen beiden Sektoren ist jedoch oft unzureichend, weil u.a. ein elektronischer Austausch fehlt. Um den Verlust von Informationen an den Schnittstellen zu verhindern, muss ein vollständiger Medikationsplan der Patienten vorliegen. Alle Beteiligten des Behandlungsprozesses sollten auf die Informationen zugreifen können und der Patient sollte vollständig über seine Medikation informiert sein.

Eine Grundlage dafür wurde mit der Konzeption des bundeseinheitlichen Medikationsplans geschaffen. Allerdings können mit den derzeitigen Apotheken- und Praxissoftwaresystemen noch keine Medikationspläne nach diesem Standard erstellt werden. In dem für das Projekt erstellten primärsystem-unabhängigen Internetportal ist dies in elektronischer Form möglich. Im Projekt wird untersucht, inwieweit eine zentrale Kommunikation über den elektronischen Medikationsplan erfolgen kann und wie die Akzeptanz bei Ärzten, Apothekern und Patienten ist. Darüber hinaus wird evaluiert, ob mit dem elektronischen Medikationsplan die Arzneimitteltherapiesicherheit verbessert werden kann.

Für das Projekt werden 600 Patienten durch Krankenhausapotheker in fünf teilnehmenden Kliniken in fünf rheinland-pfälzischen Regionen rekrutiert. Wird der Patient aus der Klinik entlassen, erstellt der Krankenhausapotheker gemeinsam mit den Ärzten den Medikationsplan. Der Patient erhält einen Ausdruck seines Medikationsplans und eine Beratung zu seinen Medikamenten durch den Krankenhausapotheker. Für dieses Projekt wurde ein Online-Portal konzipiert, in dem alle Leistungserbringer die Medikationspläne passwortgeschützt erstellen und bearbeiten können. Der Arzt oder Apotheker kann den Medikationsplan einsehen. Dafür muss jedoch der Patient anwesend sein und seine PIN eingeben.

Die teilnehmenden Patienten werden zwei Wochen und sechs Monate nach dem Klinikaufenthalt sowie noch einmal am Studienende zum Medikationsplan befragt. Hausärzte und Stammapotheken werden nach sechs Monaten Betreuungszeit befragt. Ausgewertet wird, wie leserlich und nützlich der Plan ist, wie sehr er genutzt und akzeptiert wird. Dies wird für den gedruckten Medikationsplan sowie für das elektronische Portal untersucht. Relevante Parameter für die Arzneimitteltherapiesicherheit, wie beispielsweise Interaktionen, Anteil der Selbstmedikation und Wechselquote der Rabattarzneimittel werden ebenfalls erhoben. Weiterhin wird erfasst, wie sich der Plan auf Compliance (Morisky) und Lebensqualität (SF-12) der Patienten auswirkt. Es wurden bereits die Ergebnisse von 274 Patienten ausgewertet. Sie wurden zwei Wochen nach der Entlassung befragt.

- 71 Prozent gaben an, zum ersten Mal einen Medikationsplan erhalten zu haben, auf dem alle Arzneimittel aufgeführt sind.
- 93 Prozent ist es wichtig, dass Arzt und Apotheker den Medikationsplan jederzeit ändern und aktualisieren können.
- Mehr als 95 Prozent beurteilten die Informationen als verständlich, gut aufgebaut und lesbar.
- 90 bzw. 95 Prozent fanden die Einnahmegründe und Hinweise wichtig.
- 82 Prozent halten es für sinnvoll, unterstützend zum Medikationsplan beraten zu werden.

Nächste Schritte

Das Projekt wird in der bisherigen Form weitergeführt, bis der gesetzliche Anspruch der Patienten auf einen Medikationsplan im Oktober 2016 in Kraft tritt. Es wird geprüft, wie der Plan in die Regelversorgung übernommen werden kann, wenn Patienten aus den beteiligten Krankenhäusern entlassen werden.

Ansprechpartner

Prof. Dr. Irene Krämer

Direktorin der Apotheke, Projektleitung

Universitätsmedizin Mainz

Langenbeckstraße 1

55131 Mainz

Telefon: 06131 – 177 209

E-Mail: irene.kraemer@unimedizin-mainz.de

Dr. Claudia Mildner

stellvertretende Projektleitung

Universitätsmedizin Mainz

Langenbeckstraße 1

55131 Mainz

Telefon: 06131 – 175 127

E-Mail: claudia.mildner@universitätsmedizin-mainz.de

Medis-Münster-EDV

Dezentrale Patientenakte im Arztnetz medis-Münster

Autoren: Christof Mittmann, Hendrik Oen und Armin Schuster

Management Summary

Das Projekt medis-Münster-EDV will die Hausärzte und Fachärzte des Arztnetzes medis-Münster elektronisch vernetzen, damit alle Behandler die patientenbezogenen Informationen ohne Zeitverlust austauschen können.

Wenn die behandelnden Ärzte miteinander vernetzt sind, können wichtige Daten wie Diagnosen oder Medikation sicher und schnell übermittelt werden. Die Patienten werden sicherer behandelt, wenn keine Informationen verloren gehen. Die Ärzte können direkt überprüfen, ob es zu Wechselwirkungen zwischen neu verschriebenen und alten Medikamenten kommen könnte. Außerdem müssen die Patienten seltener doppelt untersucht werden, da der Arzt auf die Daten seines Kollegen zurückgreifen kann.

Zurzeit nehmen 45 Haus- und Fachärzte aus 16 Praxen teil. Bisher sind 6.000 Patienten eingeschrieben. Nach einer Pilotphase ist vorgesehen, das Projekt allen Ärzten und Patienten in Münster anzubieten und später auch Krankenhäuser, Altenheime und Apotheken einzubinden.

Die Lösung entstand in Zusammenarbeit mit der Softwarefirma Micronova und der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL).

Umsetzung

Im ärztlichen Alltag werden Aufgaben immer stärker zwischen Haus- und Fachärzten aufgeteilt. Die Kommunikation zwischen allen behandelnden Ärzten wird also immer wichtiger. Die bisherige Kommunikation per Arztbrief ist oft viel zu langsam, unvollständig und zeitaufwändig. Durch die elektronische Vernetzung können die Ärzte die Informationen der anderen Behandler in Echtzeit einsehen und sich darüber austauschen. Die Ziele von medis-Münster-EDV können auf zwei Ebenen dargestellt werden:

Für die Patienten wird die Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) verbessert, indem die Ärzte automatisiert alle Verordnungen des Patienten einsehen können. Auch Informationen zu Diagnosen und Untersuchungsbefunden können alle Ärzte, die den Patienten behandeln in Echtzeit einsehen. Bei der Einschreibung füllen Patienten ein Formular aus, das sie auch über Inhalte und Datenschutz aufklärt.

Abbildung 45 Mehrwert für Patient und Arzt des medis-Münster EDV

Quelle: Eigene Darstellung.

Bei den teilnehmenden Ärzten des Arztnetzes werden die Informationen automatisiert in die Praxisverwaltungssoftware übertragen. Es muss also nichts mehr doppelt abgetippt oder in zwei Systeme übertragen werden. Wenn die Information in der sogenannten Netzakte steht, kann sie jederzeit in die eigene Praxisverwaltungssoftware importiert werden. Die Softwarelösung tauscht mit den anderen hinterlegten Behandlern des Patienten automatisiert Daten wie Diagnosen oder Medikation aus. Daneben ist es aber auch möglich, Einzelbefunde wie Röntgenbilder oder andere Berichte extra zu übermitteln.

Das Projekt baut auf der Vernetzungsplattform Vivian der Firma Micronova auf. Diese verbindet Praxisverwaltungssoftware verschiedener Hersteller und ex- und importiert die vorher festgelegten Informationen/Inhalte. Partner des Projektes ist die KVWL, die das Projekt finanziell und logistisch unterstützt (Bereitstellung von Servern im Safenet). Außerdem hilft sie bei der geplanten Evaluation.

In der Initialphase finanzieren die KVWL und das Arztnetz medis-Münster das Projekt. Im weiteren Verlauf werden die Ärzte, die neu teilnehmen wollen, einmalig ca. 2.500 Euro für die Teilnahme und dann 25 Euro monatlich für die Softwarepflege selbst aufbringen.

Nächste Schritte

Zukünftig sollen mehr Patienten eingeschrieben werden, um das Arztnetz weiter zu beleben. Nach der Testphase sollen ab September 2016 weitere Ärzte eingeschrieben werden. Im nächsten Schritt sollen auch Krankenhäuser, Apotheken und weitere Leistungserbringer angebunden werden.

Ansprechpartner

Dr. med. Armin Schuster

Vorsitzender

medis Münster

Metzer Straße 59

46151 Münster

Telefon: 0251 - 986 82 00

E-Mail: armin.schuster@unitybox.de

www.medis-muenster.de (im Aufbau)

Dr. med. Hendrik Oen

Vorstand – Verantwortlicher EDV-Vernetzung

medis Münster

Handorfer Straße 20

48157 Münster

Telefon: 0251 – 284 97 00

E-Mail: hendrikoen@aol.com

Dr. med. Christof Mittmann

Vorsitzender

medis Münster

Metzer Straße 59

46151 Münster

Telefon: 0251 – 981 67 50

E-Mail: info@ortho-ms.de

miCura Pflege-App

Zukunft gestalten

Autoren: Michael Bergmann und Uwe Peters

Management Summary

Ziel der *miCura Pflege-App* ist es, mit geringem administrativen und finanziellen Aufwand Pflege- und Vitalwerte von Patienten zu überwachen, beispielsweise Blutdruck und Puls – und bei Bedarf ein ärztlich definiertes Notfallmanagement einzuleiten. Die Anwendung wird von behandelnden Ärzten, Patienten und ihren Angehörigen genutzt. Sie funktioniert webbasiert und ortsunabhängig. Die Nutzer können zudem jederzeit auf übersichtlich aufbereitete Darstellungen ihrer Vitalwerte zugreifen. Die *miCura Pflege-App* trägt so zu einer besseren Gesundheitsversorgung in Deutschland bei. Ziel ist es, ein deutschlandweites, flächendeckendes Partnernetzwerk aufzubauen, zu unterstützen und zu stabilisieren.

Von 2015 bis 2016 entwickelte die PNSoftware GmbH die Pflege-App. Sie wird mit ihren zwei Anwendungen *Pflege-Info-Service* und *eAssistance* heute an den zehn bundesweiten Standorten der miCura-Pflegedienste eingesetzt. Sie steht allen Patienten zur Verfügung, die von dem Pflegedienst versorgt werden. Da die Kostenübernahme bei der Telemedizin nicht geregelt ist, müssen die Patienten die Kosten derzeit selbst tragen.

Umsetzung

Aufgrund des demografischen Wandels, größer werdenden Versorgungslücken im ländlichen Bereich und dem Fachkräftemangel erscheint der Einsatz von innovativen Lösungen und telemedizinischen Anwendungen in der ambulanten Pflege als sinnvoll. Eine Unter-, Über- oder Fehlversorgung sowie andere Gründe für einen frühzeitigen Abbruch der häuslichen Versorgung sollen vermieden werden. Patienteninformationen zu Diagnostik, Therapie und Versorgungsstatus müssen über die Sektorengrenzen hinaus zentral verfügbar gemacht werden.

Die *miCura Pflege-App* vernetzt Haushalte mit der Pflegestation. Die bisher manuell erfassten Daten der ambulanten Pflege werden für alle am Versorgungsprozess Beteiligten digital zur Verfügung gestellt. Die bisher genannten Elemente machen aus der *miCura Pflege-App* ein kostengünstiges Instrument in der ambulanten Versorgung. Sie schafft eine hohe Transparenz und Versorgungssicherheit sowie verbesserte Möglichkeiten der Krisenintervention. Gleichzeitig schont sie personelle und finanzielle Ressourcen.

Das System wird seit 2016 eingesetzt. Die Pflegedienste an den Standorten werden im Umgang mit der App geschult. miCura Standorte sind: Berlin, Bremen, Düsseldorf, Hamburg, Köln, Krefeld, München Dachau, München Ost, Münster und Nürnberg. Ein miCura Partnerpflegedienst befindet sich in Oberhausen; DKV Seniorenresidenzen gibt es in Bremen und Münster.

In Tabelle 15 werden die Zielgruppe des Projektes und der jeweilige Mehrwert für die Zielgruppe beschrieben.

Tabelle 15 Beteiligte am Versorgungsprozess sind Nutzer der *miCura Pflege-App*

Patient/ Pflegebedürftiger	Insbesondere allein lebende Pflegebedürftige profitieren von der Smartphone-App. Sie können Einschränkungen in der Alltagskompetenz durch alltagsunterstützende eHealth-Anwendungen ausgleichen. Pflegebedürftige können somit länger in der eigenen Häuslichkeit bleiben. Sie sind zufrieden und ihre Lebensqualität steigt. Dies wirkt sich positiv auf andere Lebensbereiche aus.
Klinik	Insbesondere während des Übergangs von der klinischen Behandlung zur poststationären ambulanten Versorgung ist die Überwachung der Vitalwerte entscheidend. Kliniken können wirtschaftlich entlastet werden, da Entlastungen ziel- und zeitgenauer geplant werden können.
Niedergelassener Arzt/ Hausarzt	Der Einsatz der innovativen Technik führt zu einer Vermeidung ärztlicher Zusatzaufgaben und stärkt die ambulante Versorgungsstruktur im Allgemeinen.
Angehörige	Die Angehörigen fühlen sich in Hinblick auf das Bedürfnis nach Sicherheit und Kontrolle befriedigt. Sie sind besser in den Versorgungsprozess eingebunden und können auch an der Pflege teilnehmen ohne vor Ort zu sein.
Notarzt	Der Notarzt hat die Möglichkeit nach Erlaubnis einen Zugang über einen QR-Code zu bekommen.
Kostenträger GKV/PKV	Mittels eHealth können vermeidbare Kosten aufgrund von Unter-/Über- und Fehlversorgung und die Versorgungskosten für häusliche Krankenpflege vermindert werden.

Quelle: Eigene Darstellung.

Die *miCura Pflege-App* ist ein Alleinstellungsmerkmal, mit der in den ambulanten Betrieben Neukunden gewonnen werden können. Mit den daraus entstehenden Gewinnen werden die mobilen Endgeräte und die Weiterentwicklung von innovativen technischen Strukturen finanziert. Die Pflege-App fördert den intersektoralen Austausch von Informationen. Sie stellt aktiv pflegerische und medizinische Daten für andere beteiligte Berufsgruppen bereit. Die Technologie kann unabhängig von bereits eingesetzter Systemtechnologie angewandt werden. Dies funktioniert ohne großen administrativen Aufwand. Über die

App *eAssistance* werden die eingesetzten Geräte angebunden und die Pflegedokumentation wird eingefügt. Angehörige werden somit stets per Nachricht über die aktuelle Pflegesituation informiert. Die Pflegedienstleitung ist ständig über den Pflegeablauf oder seine Störungen informiert und kann zur richtigen Zeit eingreifen.

Nächste Schritte

Das Angebot soll ergänzt werden. Weitere Schnittstellen zu eHealth-Geräten werden entwickelt und eingeführt. Es wurden bereits Sondierungsgespräche mit Kliniken und niedergelassenen Ärzten hinsichtlich des Ausbaus des Programmes durchgeführt. Zuletzt wird die Aufnahme der Technologie in den Heil- und Hilfsmittelkatalog durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) geprüft.

Ansprechpartner

Dr. med. Michael Bergmann

Geschäftsführer

PNSoftware und BüroOrganisation GmbH

Nibelungenstraße 19

90461 Nürnberg

Telefon: 0911 – 815 16 22

E-Mail: info@pn-software.com

www.pn-software.com

Uwe Peters

Geschäftsführer

DKV Pflegedienste & Residenzen GmbH

Aachener Straße 300

50933 Köln

Telefon: 0221 – 578 50 18

Telefax: 0221 – 578 54 46

E-Mail: m.januszek@dkv-pr.de

MRE-Netzwerk im Kreis Olpe als beispielhaftes Projekt für die stationäre Versorgung im ländlichen Raum

Autorin: Bettina Adams

Management Summary

Das *MRE-Netzwerk* im Kreis Olpe hat sektorenübergreifende Standards entwickelt, um multiresistente Erreger (MRE) im Krankenhaus zu erkennen, Patienten entsprechend zu behandeln und Hygiene-Richtlinien festzusetzen. Zudem wurde das Patienten-Informationsangebot erweitert und das Fortbildungsangebot verbessert. Das *MRE-Netzwerk* Kreis Olpe gehört zum MRE-Netzwerk Nordwest.

Das MRE-Netzwerk Nordwest bündelt sieben Modellnetzwerke und wird durch die Universität Münster und das Landeszentrum für Gesundheit (LZG NRW) koordiniert.

Umsetzung

In Deutschland infizieren sich jährlich rund 500.000 Menschen nosokomial, davon sterben pro Jahr rund 15.000. Von den 500.000 Infektionen werden rund 30.000 durch multiresistente Erreger verursacht. Die Infektionen können nur noch durch wenige Reserveantibiotika behandelt werden. Deshalb ist es umso wichtiger, die Verbreitung von multiresistenten Erregern zu verhindern.

Bereits 2008 wurden durch das Positionspapier des Landkreistages NRW und des Städtetages NRW zur MRSA-Prophylaxe die folgenden notwendigen Prozesse definiert:

1. Die einzelnen Akteure des Gesundheitswesens müssen vernetzt sein (Einführung eines MRSA-Übergebogens).
2. Prävalenzscreenings werden eingeführt.
3. MRSA-bezogene epidemiologische Daten werden standardisiert erfasst.
4. Das Sanierungs- und Behandlungsmanagement wird vereinheitlicht.
5. Spezielle Kommunikation und gegenseitige offene Informationen wird verbessert.
6. Fortbildungen werden durchgeführt.
7. Informationsmaterialien werden erstellt und verteilt.

Das *MRE-Netzwerk* im Kreis Olpe besteht aus niedergelassenen Ärzten, Tierärzten, Krankenhäusern, stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen, der Kassenärztlichen Vereinigung und dem Rettungsdienst. Die Partner im Netzwerk arbeiten stetig daran, das Risiko möglichst gering zu halten, sich mit einem multiresistenten Erreger anzustecken – sei es im Krankenhaus, im Alten- und Pflegeheim oder in der Arztpraxis.

Folgende konkrete Ergebnisse werden durch das Netzwerk im Kreis Olpe angestrebt:

Abbildung 46 Konkrete Ergebnisse des *MRE-Netzwerkes* Olpe



Quelle: Eigene Darstellung.

Alle drei Ziele wurden dank der Arbeit in der Netzstruktur erreicht. Quartalsweise findet ein interdisziplinärer MRE-Qualitätszirkel statt, der durch das Gesundheitsamt Olpe moderiert wird. Jährlich gibt es Vorträge und Fallkonferenzen für die verschiedenen Fachkreise. Es wurden verschiedene Informationsmaterialien sowie Überleitungsbögen entwickelt, wie beispielsweise die Antibiotikafibel.

Ein wichtiges Element des Netzwerkes ist, dass geschulte Fachkräfte als Multiplikatoren in den verschiedenen Einrichtungen auftreten. So werden beispielsweise Hygienefachkräfte der Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen für das Projekt geschult, die die Hygienestandards in den Einrichtungen dann

langfristig etablieren. Bereits Krankenpflegeschüler und angehende Rettungssanitäter und -assistenten werden zu dem Thema „multiresistente Erreger“ geschult, um diese Erkenntnisse später praktisch umsetzen zu können.

Alle drei Krankenhäuser und zwölf der stationären Pflegeeinrichtungen des Kreises Olpe erhielten das EurSafety Health-net Qualitäts- und Transparenzsiegel. Jährlich werden von den Kliniken MRE-Reports für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) erhoben. Ebenfalls jährlich werden die Krankenhäuser vor Ort besucht. Dabei werden Resistenzstatistiken und nosokomiale Infektionen des jeweiligen Jahres dargestellt und bewertet.

Nächste Schritte

Zukünftig wird der Schwerpunkt darauf gelegt, mit Antibiotika leitlinienkonform zu therapieren.

Ansprechpartner

Dr. med. Bettina Adams

Amtsärztin und Leiterin des Sachgebiets Infektionsschutz

Gesundheitsamt Olpe

Westfälische Straße 75

57462 Olpe

Telefon: 02761 – 814 35

E-Mail: b.adams@kreis-olpe.de

www.kreis-olpe.de

NDE

Netzwerk Demenz Eitorf-Windeck

Autor: Klaus Rösing

Management Summary

Das *Netzwerk Demenz Eitorf-Windeck (NDE)* hat zum Ziel, demenzkranke Menschen besser zu versorgen, indem sich die verschiedenen Institutionen, Hilfsorganisationen, Arztpraxen und die sonstigen beteiligten Personen vernetzen.

Die Arbeitsgruppe im Ärztenetz Eitorf e.V. (ÄNE) initiierte 2015 das Netzwerk. Das Konzept strebt an, Demenz frühzeitig und leitliniengerecht zu diagnostizieren und somit schnell behandeln zu können. Zwischen den Behandlungsebenen sollen die Beteiligten besser kommunizieren können; auch sollen Hürden zwischen Betroffenen und Angehörigen abgebaut werden. Es wird besonders Wert darauf gelegt, dass den Angehörigen und Betroffenen bereits vorhandene, aber häufig ungenutzte Angebote besser zugänglich gemacht werden.

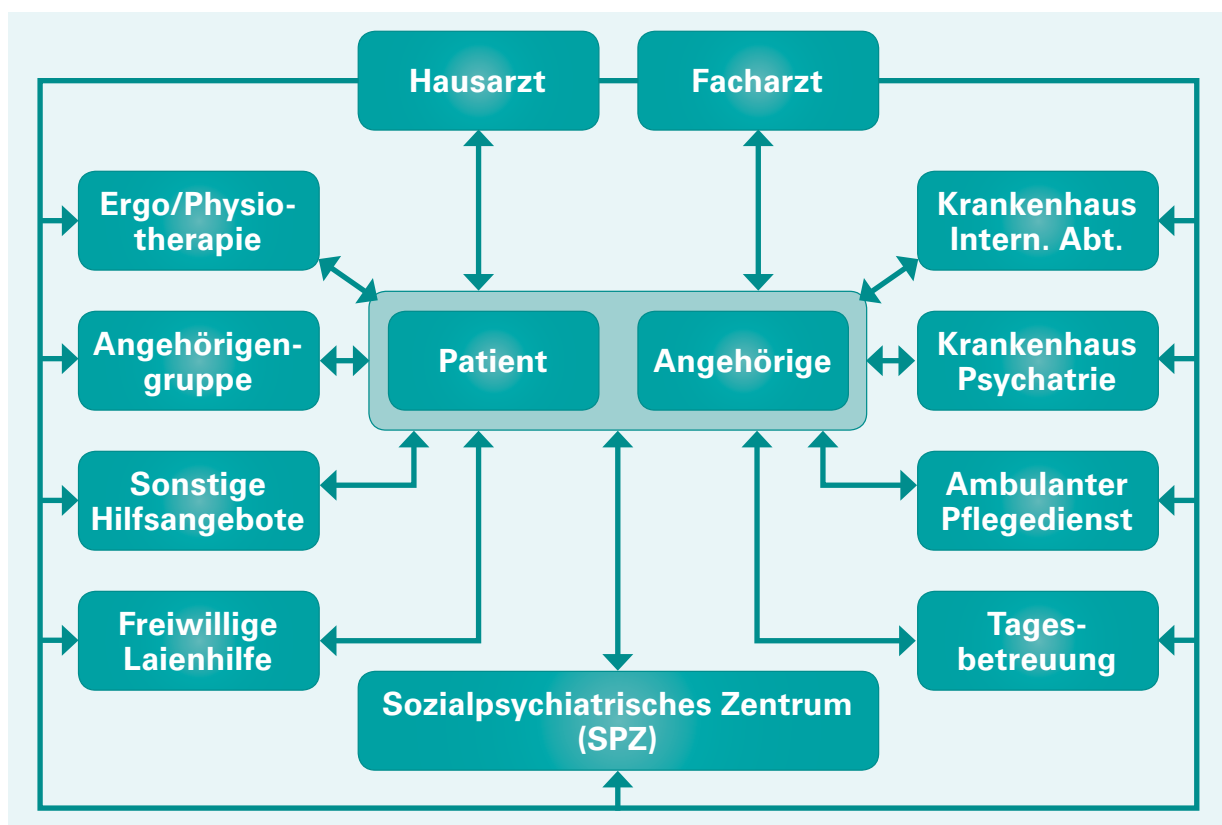
Umsetzung

Immer mehr Menschen erkranken an Demenz. Die Erkrankung beginnt oft schleichend und wird häufig erst spät erkannt. Meistens werden erste Krankheitszeichen fehlgedeutet oder aus Scham und Angst verschwiegen. In Deutschland leben gegenwärtig rund 1,6 Millionen Menschen mit einer Demenzerkrankung. Jedes Jahr erkranken rund 300.000 Menschen neu. Die häufigste Form der Demenz ist in den westlichen Industrieländern die Alzheimer-Erkrankung (etwa zwei Drittel der Betroffenen), gefolgt von vaskulären Demenzen, bei denen die Blutgefäße im Gehirn beschädigt sind. Oft mischen sich auch verschiedene Ursachen. Ab 65 Jahren verdoppelt sich die Zahl der Erkrankten in Fünfjahresschritten, von 1,79 Prozent bei den 65- bis 69-jährigen bis auf 29,18 Prozent bei den über 90-jährigen.

Das *Netzwerk Demenz Eitorf-Windeck* hat sich zum Ziel gesetzt, dass Demenz frühzeitig diagnostiziert und behandelt wird. Dazu werden Screeninguntersuchungen auf Demenzerkrankungen im Rahmen von generellen Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt. Alle beteiligten Ärzte vereinbaren eine standardisierte Diagnose und Behandlung. Ein Dokumentationsausweis für jeden Patienten soll gewährleisten, dass Haus- und Fachärzte besser informiert sind und untereinander besser kommunizieren können. Durch das Konzept werden die Prozessqualität und die Qualität der Behandlung gesteigert.

Darüber hinaus soll auch die Kommunikation mit den Betroffenen und ihren Angehörigen verbessert werden. Die Angehörigen sind durch die Demenzerkrankung zum einen psychisch belastet, da sich der Patient in seinem Wesen verändert. Zum anderen ist es körperlich anstrengend, einen Demenzerkrankten zu pflegen. Bestehende Angebote für Demenzerkrankte werden von den Betroffenen und ihren Angehörigen wenig wahrgenommen. Eine Studie aus dem Jahr 2015 zeigte, dass 18 Prozent der Angehörigen nicht wissen, an wen sie sich mit Fragen wenden können; über 35 Prozent haben noch nichts von bestehenden Informationsangeboten gehört. Aufgrund dieser Erkenntnisse sollten die Betroffenen nun möglichst niedrigschwellig angesprochen werden. Dafür schien die Hausarztpraxis ein passendes Setting zu sein, schließlich gehen die meisten Betroffenen und Angehörigen zuerst zum Hausarzt und besuchen ihn auch während der Erkrankung noch regelmäßig. Die Praxis ist so eine gute Umgebung, um über Hilfs- und Betreuungsangebote zu sprechen. Angehörige werden direkt nach der Diagnose aufgeklärt und in bestehende Hilfsangebote integriert. Dies hilft, die Angehörigen vorzubereiten und zu unterstützen, sodass sie den Betroffenen gut informiert pflegen können und nicht an der neuen Situation verzweifeln.

Abbildung 47 Organigramm Netzwerk *Demenz Eitorf ADE*



Quelle: Eigene Darstellung.

Nächste Schritte

Das Informationsangebot soll intensiviert und weitere Partner im nicht-ärztlichen Bereich sollen akquiriert werden.

Ansprechpartner

Dr. med. Klaus Rösing

1. Vorsitzender

Ärztenetz Eitorf e.V.

Asbacherstraße 12

53783 Eitdorf

Telefon: 02243 – 24 44

E-Mail: vorsitzender@aene.de

www.aene.de

NotfallQR

Im Notfall alle Infos am Schlüsselanhänger

Autoren: Markus Bönig und Thomas Engels

Management Summary

Mit dem *NotfallQR* können Patienten ohne großen Zeitaufwand mit dem Smartphone einen eigenen Notfalldatensatz erstellen und online hinterlegen. Dieser Online-Datensatz kann mit einem QR-Code verknüpft werden, der sich auf einem Schlüsselanhänger befindet. Um den Notfall-Datensatz einzusehen, müssen der QR-Code gescannt und ein auf der Karte abgedruckter alphanumerischer Code eingegeben werden.

Initiator des Projekts ist die ordermed GmbH, die für die Entwicklung des *NotfallQR* die Health Card GmbH gründete. Die Lösung wird durch Multiplikatoren finanziert. Alternativ kann sich der Nutzer den *NotfallQR* auch selbst in jeder deutschen Apotheke für 9,95 Euro kaufen.

Umsetzung

Im klinischen Alltag fehlen Ärzten häufig Vorinformationen zum Patienten, wie beispielsweise ältere Untersuchungsbefunde, Arztbriefe, Röntgenbilder, etc. In einer Notfallsituation sind diese Informationsdefizite besonders wichtig; sie können einen entscheidenden Einfluss auf die Patientenversorgung haben.

Die Bundesärztekammer hat begonnen, auf der Basis von Expertenwissen einen Notfall-Datensatz zu entwickeln und Anwendungsszenarien zu entwerfen. Der *NotfallQR* setzt diesen Datensatz vollständig und praktisch um.

Das Konzept richtet sich an alle Bürger, die in einer Notfallsituation gerne Auskunft über sich selber geben möchten, auch wenn sie selbst nicht mehr in der Lage sind zu sprechen. Darüber hinaus hilft der *NotfallQR* denjenigen Menschen, die für Andere verantwortlich sind – wie Kinder, zu pflegende Angehörige oder auch Haustiere. Eine weitere Zielgruppe sind alle Multiplikatoren, die davon profitieren, dass sie ihren Kunden einen solchen Service möglich machen.

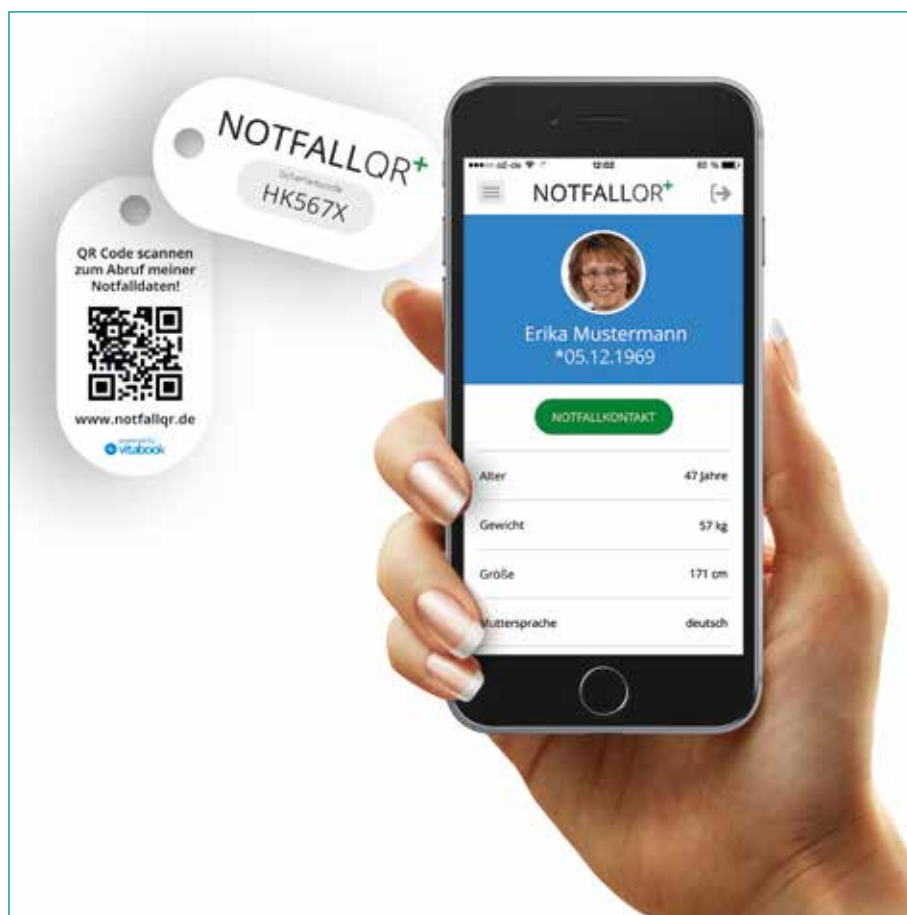
Der Patient kann selbst einen vollständigen Notfall-Datensatz erstellen, der ihn und seine Liebsten im Notfall schützt. Die Multiplikatoren, die bereits das Vertrauen des Patienten genießen, bringen den *NotfallQR* zum Patienten. Für ihn ist die Lösung kostenfrei.

Die Daten werden nicht ausgewertet, sondern stehen nur für den Notfall zur Verfügung. Die Lösung *NotfallQR* besteht aus einem Schlüsselanhänger mit einem aufgedruckten QR-Code und einem individuellen Sicherheitscode. Weiterhin gehört ein Aufkleber für die Windschutzscheibe eines PKW zum Angebot.

Im Onlinekonto kann der Patient folgende Angaben eingeben und speichern: Name, Geschlecht, Gewicht, Größe, Muttersprache, Blutgruppe, Rhesusfaktor, Risikofaktoren, Vorerkrankungen, Allergien, Unverträglichkeiten, Medikamente, Impfungen, Organspenderstatus, Familienstand, Kinderanzahl, Telefon, E-Mail, Adresse, Notfallkontakt, Personen und Tiere, für die der Kontoinhaber verantwortlich ist sowie die Rettungskarte des eigenen PKW.

In Abbildung 48 ist die Nutzeroberfläche des *NotfallQR* auf dem Smartphone zu sehen. Den *Notfall-QR* kann der Patient auch mit dem *vitabook-Gesundheitskonto* verknüpfen, in dem der Nutzer zusätzlich Gesundheitsdokumente hinterlegen und mit Ärzten und Apotheken online kommunizieren kann.

Abbildung 48 Nutzeroberfläche des *NotfallQR* auf dem Smartphone



Quelle: Eigene Darstellung.

Der *Notfall-QR* wurde in deutscher und englischer Sprache entwickelt und in verschiedenen Pilotprojekten erprobt. Gemeinsam mit dem Pharma-Hersteller Pascoe wurden 10.000 Exemplare an Partner verteilt und mit der Versandapotheke Sanicare wurden etwa 19.000 Anhänger an Kunden versendet. Weiterhin wurden Tests zur Akzeptanz bei Ärzten und Patienten in Arzt- und Tierarztpraxen durchgeführt. Knapp 600 Nutzer haben den Notfall-Code aktiviert.

Nächste Schritte

Nach der Entwicklung und Erprobung verschiedener Szenarien sollen nun geeignete Multiplikatoren gewonnen werden. Dadurch soll dieses Konzept bekannt gemacht werden. Gemeinsam mit einer Kommune und einer regionalen Sparkasse wird gerade ein Projekt umgesetzt. In diesem schenkt die Kommune allen Bürgern einen *NotfallQR*. In diesem Fall ist damit zu rechnen, dass ein sehr hoher Prozentsatz der Empfänger den Anhänger auch aktivieren wird.

Ansprechpartner

Thomas Engels

Vertriebsleiter

Health Card GmbH

Innungsstraße 7

21244 Buchholz

Telefon: 0173 – 917 66 74

E-Mail: thomas.wagner-engels@ordermed.com

<https://www.notfallqr.de>

Markus Bönig

Geschäftsführer

Health Card GmbH

Innungsstraße 7

21244 Buchholz

Telefon: 04181 – 928 90 01

E-Mail: markus.boenig@ordermed.com

<https://www.notfallqr.de>

Nursing bei Herzinsuffizienz

Optimierung der Versorgung von Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz

Autor: Jürgen Pflaum

Management Summary

Ziel des Projektes *Nursing bei Herzinsuffizienz* ist es, durch die Zusammenarbeit aller Leistungserbringer im ambulanten Sektor die Lebenserwartung von Patienten mit Herzinsuffizienz zu steigern und die Lebensqualität der Patienten zu verbessern.

Sogenannte Herzinsuffizienz-Nurses betreuen Patienten sowohl persönlich zu Hause als auch telefonisch. Sie stehen mit allen beteiligten Leistungserbringern in engem Kontakt.

Die Grundidee zu *Nursing bei Herzinsuffizienz* stammt von dem Versorgungsprogramm HeartNetCare-HF des Deutschen Zentrums für Herzinsuffizienz (DZHI) an der Universitätsklinik Würzburg. Vertragspartner des 2011 geschlossenen integrierten Versorgungsvertrags gemäß § 140 ff SGB V sind die Vertragsarbeitsgemeinschaft des BKK Landesverbandes Mitte, die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland sowie die IKK Südwest. Das Projekt wird getragen von den Ärztenetzen GO-LU (Gesundheitsorganisation Ludwigshafen eG) und PRAVO (Praxisnetz Vorderpfalz in Speyer).

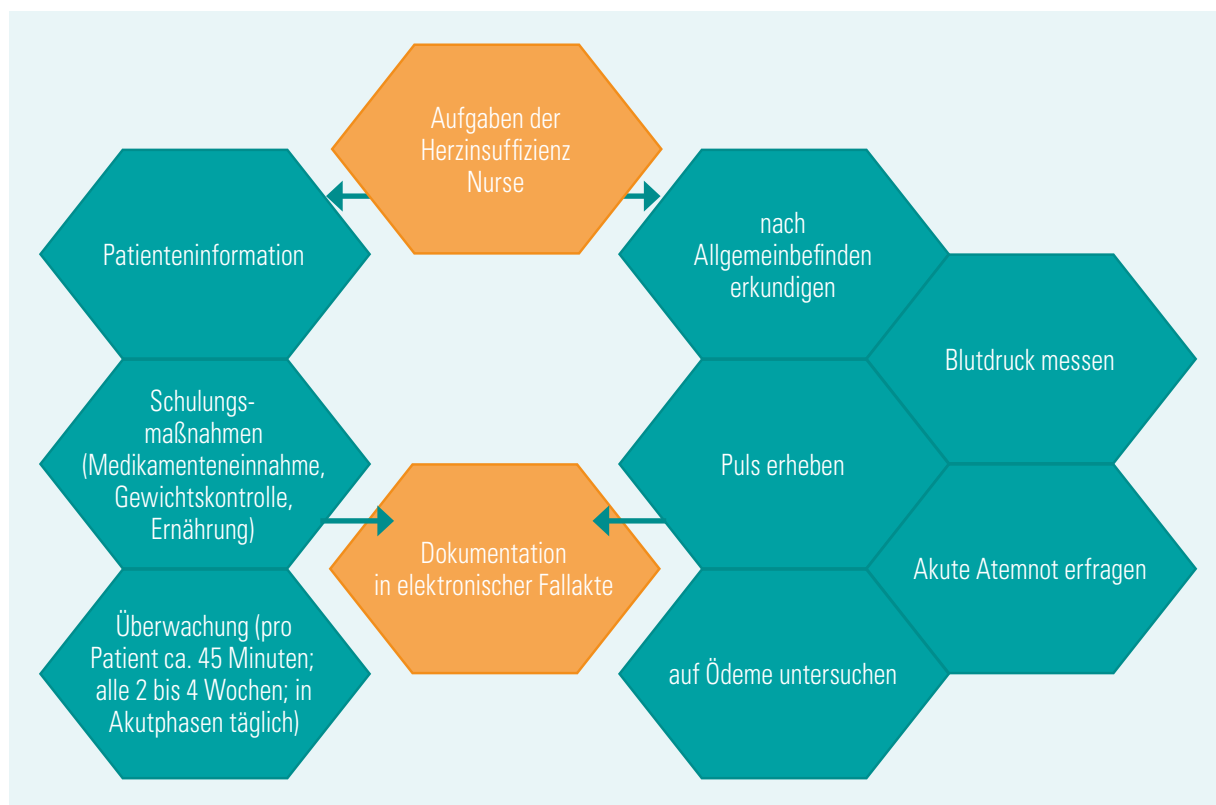
Gegenwärtig sind etwa 2.500 Versicherte in den Regionen Ludwigshafen, Frankenthal, Rhein-Pfalz-Kreis und Speyer in den Versorgungsvertrag eingeschrieben. Grundsätzlich können alle Patienten teilnehmen, die an einer chronischen Herzinsuffizienz erkrankt sind und die NYHA-Stufen I–III aufweisen.

Umsetzung

Etwa ein Prozent der Bevölkerung in Deutschland leidet an Herzinsuffizienz; ältere Menschen sind häufiger betroffen. Die Krankheit ist die zweithäufigste Todesursache bei Frauen und die vierthäufigste bei Männern. Trotz guter Evidenzlage und S3-Leitlinie werden die Patienten oft falsch versorgt. Das liegt unter anderem daran, dass Patienten zu wenig in die Behandlung eingebunden, Medikamente falsch verordnet oder nicht eingenommen werden – und an einer unzureichenden Kommunikation zwischen Hausärzten und Kardiologen. So kommt es beispielsweise zu unnötigen Dekompensationen, die zu überflüssigen und kostspieligen Krankenhausaufenthalten führen.

Das Projekt *Nursing bei Herzinsuffizienz* will diese Fehlversorgung verhindern. Die Kommunikation zwischen Haus- und Fachärzten wurde verbessert. Auch wurden Diagnostik und Versorgung optimiert. Ferner werden speziell ausgebildete Krankenschwestern eingesetzt, die sogenannten Herzinsuffizienz-Nurses. Sie besuchen die Patienten zu Hause oder betreuen sie regelmäßig telefonisch. Der persönliche Kontakt dient zum einen einer engmaschigen Therapiekontrolle, zum anderen motiviert er die Patienten, eigenverantwortlich mit der Krankheit umzugehen (Coping-Strategie). Kardiologische Ereignisse können auf diese Weise vermieden oder reduziert werden und der Verlauf der Herzinsuffizienz kann verlangsamt werden. Die Aufgaben der Nurse sind in der folgenden Abbildung 49 dargestellt.

Abbildung 49 Aufgabenbereiche der Herzinsuffizienz-Nurse



Quelle: Eigene Darstellung.

Weichen die erhobenen Ist-Werte von den vereinbarten Ziel-Werten des Patienten ab oder besteht ein akuter medizinischer Handlungsbedarf, informiert die Nurse die betreuende Hausarztpraxis.

GO-LU und PRAVO nehmen organisatorische und technische Aufgaben wahr. Sie koordinieren die Patienteneinschreibung in den IV-Vertrag, die Termine des Patienten in der Arztpraxis, die Behandlungsabläufe und die Zusammenarbeit mit den Nurses. Weiter organisieren sie Fallkonferenzen und Qualitätszir-

kel, dokumentieren die Versorgungsleistungen und bereiten alle dokumentierten Leistungen für die Abrechnung auf.

Zur weiteren Qualitätssicherung werden alle Daten zuverlässig und ordnungsgemäß in einer elektronischen Fallakte dokumentiert.

Der vorliegende Versorgungsvertrag wurde 2015 von der spectrumK GmbH evaluiert. Die Ergebnisse sind sehr positiv. Sie können jedoch zurzeit noch nicht veröffentlicht werden.

Nächste Schritte

Ab Sommer 2016 wird das Versorgungsprogramm auf weitere Krankenkassen und weitere Indikationsgebiete ausgeweitet. Weiterhin wird an einer Verbesserung der Prozesse gearbeitet.

Ansprechpartner

Dr. Roger Hladik

Vorstandsvorsitzender

Gesundheitsorganisation Ludwigshafen eG(GO-LU)

Paul-Klee-Straße 1

67061 Ludwigshafen

Telefon: 0621 – 660 030 15

E-Mail: dr.hladik@go-lu.de

Obstruktive Lungenerkrankungen: Aufklärung, Früherkennung, Prävalenz und Definition von Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungsqualität

Autoren: Karlheinz Blackert, Bianca Höpfner, Felix Herth und Rainer Wiewrodt

Management Summary

Mit ihren kostenlosen Untersuchungen der Lungenfunktion will die Ethos gGmbH dazu beitragen, chronische Lungenerkrankungen rechtzeitig zu diagnostizieren. Das Team von Ethos führt diese Untersuchungen auf Marktplätzen oder in Unternehmen durch. Seit 2011 haben 18.500 Personen teilgenommen; bei circa 15 Prozent wurde eine Einschränkung der Lungenfunktion festgestellt, obwohl vorher keine Lungenerkrankung bekannt war.

Ziel des Versorgungsprojekts ist es, dass die Lungenfunktionsmessung in den Vorsorgekatalog der Krankenkassen aufgenommen wird.

Umsetzung

Bei obstruktiven Lungenerkrankungen wie Asthma bronchiale oder COPD (chronic obstructive pulmonary disease) verengen sich die Atemwege der Patienten. Bisher wurde angenommen, dass circa 10 Prozent der deutschen Bevölkerung unter solchen chronischen Lungenerkrankungen leiden, wobei es bisher nur wenige, kleinere prospektive Studien zu diesem Thema in Deutschland gab (z. B. BOLD-Studie 2008 mit 683 Probanden). Da viele chronische Lungenerkrankungen anfänglich keine oder nur sehr geringe Symptome zeigen, werden sie oftmals nicht frühzeitig entdeckt.

Die Erkrankung zeigt sich oft erst bei älteren Menschen. Aufgrund der zunehmenden Alterung der deutschen Gesellschaft dürfte in den kommenden Jahren auch die Zahl der Lungenerkrankungen zunehmen. Durch obstruktive Lungenerkrankungen werden Krankenkassen sowie Arbeitgeber belastet. Die von COPD allein verursachten Kosten liegen in Deutschland bei mehr als fünf Milliarden Euro jährlich. Erkrankte müssen häufig und kostspielig behandelt werden. Erkrankungen von Lunge und Atemwegen sind in Deutschland zudem der häufigste Grund für Arbeitsunfähigkeit.

Dass Lungenerkrankungen meist erst spät diagnostiziert werden, hat verschiedene Ursachen. Einerseits treten schwerwiegende und einschränkende Symptome meist erst auf, wenn die Lunge bereits irreversibel geschädigt ist. Andererseits unterschätzen die Betroffenen ihr individuelles Risiko. Raucher

gehen oftmals davon aus, dass sich Probleme wie Kurzatmigkeit wieder legen, wenn sie mit dem Rauchen aufhören würden. Und nicht zuletzt ziehen Ärzte die Diagnose „obstruktive Lungenerkrankung“ bei Patienten unter 40 Jahren zu selten in Betracht. Die Lungenfunktion wird in ärztlichen Praxen daher viel zu selten gemessen, obwohl eine Basis-Lungenfunktionsmessung nur circa zehn Euro kostet.

Um diese Versorgungslücke zu schließen, hat die Ethos gGmbH ein mobiles Messfahrzeug entwickelt. Seit 2011 werden mit dem *LufuMobil* deutschlandweit – auf öffentlichen Plätzen und in Betrieben – Menschen über Lungenerkrankungen aufgeklärt, ihre Beschwerden systematisch erfasst und ihre Lungenfunktion bestimmt.

Abbildung 50 Aufklärungsaktionen



Quelle: Eigene Darstellung.

Die vorläufige Auswertung von 18.500 untersuchten Personen zeigte, dass auch bei den unter 40-Jährigen bereits bei etwa 15 Prozent die Lungenfunktion eingeschränkt war, ohne dass die Personen von einer möglichen Lungenerkrankung wussten. In Zukunft soll untersucht werden, wie bestimmte meteorologische und weitere Umweltfaktoren die Lungenfunktion beeinflussen. Die Evaluation der gesammelten Daten wird ermöglichen, die Patienten besser zu identifizieren und zu versorgen. Dazu sollte die regelmäßige Lungenfunktionsmessung in den Vorsorgekatalog der Krankenkassen aufgenommen werden. Untersucht wird insbesondere auch das medizinische und ökonomische Potenzial der Messung der Lungenfunktion als medizinische Vorsorgeuntersuchung.

Nächste Schritte

Durch das Projekt, auf der Basis der aktuellsten international gültigen Normwerte, konnte in einem sehr großen Kollektiv eindrucksvoll gezeigt werden, dass obstruktive Lungenfunktionseinschränkungen häufiger beobachtet werden als zuvor bekannt war. Eine Kosten-Nutzen-Analyse wird zeigen, ob Patienten bei einer früheren und qualitativ höheren Diagnostik besser versorgt würden. Diese Analyse könnte Basis für die Empfehlung sein, die Lungenfunktionsmessung als regelmäßige Vorsorgeuntersuchung in den Versorgungskatalog der Krankenkassen aufzunehmen.

Ansprechpartner

Karlheinz Blackert

Ethos gemeinnützige GmbH
Stockumer Straße 30
59368 Werne
Telefon: 02389 – 527 550
E-Mail: kb@ethos-home.com
www.ethos-home.com

Dr. rer. nat. Bianca Höpfner

Ethos gemeinnützige GmbH
Stockumer Straße 30
59368 Werne
Telefon: 02389 – 527 550
E-Mail: bh@ethos-home.com
www.ethos-home.com

Prof. Dr. med. Felix Herth

Med. Geschäftsführer, Chefarzt der Abteilung
Innere Medizin – Pneumologie
Thoraxklinik-Heidelberg
Röntgenstraße 1
69126 Heidelberg
Telefon: 06221 – 396 12 00
E-Mail: felix.herth@med.uni-heidelberg.de

Prof. Dr. med. Rainer Wiewrodt

Leiter Pneumologie
Medizinische Klinik und Poliklinik A,
Universitätsklinikum Münster
Albert-Schweitzer-Campus 1.A1
48149 Münster
Telefon: 0251 – 834 48 03
E-Mail: rainer.wiewrodt@ukmuenster.de

ONKODOC

Autor: Michael Klennert

Management Summary

Ziel des EDV-Programms *ONKODOC* ist es, die Behandlungssicherheit von Krebspatienten zu verbessern, indem es hilft, Komplikationen zu vermeiden und Chemotherapien verträglicher einzusetzen. *ONKODOC* hilft, Chemotherapieprotokolle korrekt darzustellen. Supportivtherapien, die laut Leitlinie notwendig sind, werden berücksichtigt.

Das Projekt wird umgesetzt durch die STAR Healthcare Management GmbH und zeitweise unterstützt durch die TEVA GmbH. *ONKODOC* ist zwischen 2012 und 2015 in Köln entstanden und wird derzeit realisiert.

Umsetzung

Für die Vielzahl möglicher Tumore gibt es viele unterschiedliche chemotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten – und entsprechend teils große Unsicherheiten bei der Anwendung von Chemotherapieprotokollen, der Dosierung der Zytostatika sowie zu Beginn und Dauer der Therapie. Darüber hinaus fehlen notwendige Kenntnisse zu den Risiken bei Patienten, die eine Neutropenie oder febrile Neutropenie entwickeln. Oftmals fehlt dem Behandler auch das Wissen über die notwendige Indikationsstellung der Supportivtherapien. Ein IT-gestütztes Programm kann diese Wissenslücken schließen.

ONKODOC wird in onkologisch-hämatologischen Praxen und Kliniken eingesetzt. Zielgruppe sind sowohl klinische als auch niedergelassene Onkologen/Hämatologen sowie andere onkologisch tätige Fachärzte.

Die Chemotherapieprotokolle werden in Anlehnung an die EORTC-Leitlinien (European Organisation for Research and Treatment of Cancer) und das Blaue Buch erstellt (Chemotherapie-Manual Hämatologie und Internistische Onkologie). Abhängig von der jeweiligen Chemotherapie werden die Risiken einer Neutropenie und insbesondere einer febrilen Neutropenie dargestellt. Für die Gesamtrisikokategorien stehen entsprechende Berechnungsgrundlagen zur Verfügung. Aus diesen ergibt sich eine qualitätsgesicherte Indikationsstellung für den Einsatz von Wachstumsfaktoren (G-CSF) mit entsprechenden Anwendungshinweisen. Darüber hinaus helfen die Protokolle bei der Entscheidung über den Einsatz der Supportivtherapien.

Auch Körperoberfläche und Kreatinin-Clearance werden von *ONKODOC* automatisch berechnet und basieren auf den Patientenparametern. Die Kreatinin-Clearance ist das gebräuchlichste klinische Verfah-

ren zur Beurteilung der Nierenfunktion. Die Berechnungen sind grundlegend für die individuelle Dosierung der Zytostatika. Eine Grafik zeigt, wie die Therapie durchgeführt werden muss.

Der Behandler erhält mit *ONKODOC* einen quellen- und qualitätsgesicherten Überblick und die notwendige Hilfe bei der Durchführung der Chemotherapie. Die Patientensicherheit wird erhöht, Komplikationen werden vermieden. Die Lebensqualität der Patienten steigt, die Behandler werden entlastet, langfristig sinken die Kosten.

In Abbildung 51 ist die Benutzeroberfläche für die Eingabe der Patientendaten dargestellt.

Abbildung 51 ONKODOC – Nutzerinterface



ONKODOC – Nutzerinterface

■ Für Patientenverwaltung/-historie

Neutropenie Anämie Mucositis Thrombozytopenie Erbrechen Ernährung

Patient

Name: Vorname: Patienten ID:

geb. am: Geschlecht: Auftrag-Nr:

Größe: cm Gewicht: kg KOF:

Hb: g/dl Serum-Kreatinin: mg/dl Kreatinin-Clearance:

Indikation und Therapie

Tumorgruppe: Tumor:

Erstdiagnose: Stadium:

Chemotherapie

☒ **FEC-100**

AC
Epidoxorubicin / Cyclophosphamid
CEF
FEC 120
CMF

Zyklus: Infusionsarm: Port:

► Risikoevaluation

Krankheitsstatus: Allgemeinzustand:

FN-Anamnese: Ernährungszustand:

Hb: g/dL Erkrankung von Niere/Leber/Herz-Kreislauf:

Overall-FN-Risiko berechnen

FEC-100 121, d

[ONKOPTI-Protokoll](#) [ONKOPTI-info](#) [Quelle](#)

FN-Risikokategorie 10 - 20 % FN-Risiko 13 trotz PP, 17 trotz SP %

Neutropenie-Risiko

Overall-FN-Risikokategorie > 20 %

G-CSF Therapie empfohlen Bitte beachten Sie die Dosisintensität (s. Regime)

☒ Filgrastim 5 µg/kg KG Fertigspritze: 48 Mio. i.E. / 0,8 ml ?

☐ Lipogilgrastim ab April 2013

☐ Pegfilgrastim Fertigspritze 6 mg ?

☐ Lenograstim 5 µg/kg KG Granocyte 5µg/kg ab mehr als 1,85m² Körperoberfläche ?

Behandlungsbeginn: 24h nach Ende der Chemotherapie Dauer: max. 13 - 38 Tage ?

Therapieschema Nadir

Chemotherapie	Dosierung	Patienten-dosis	Tag der Behandlung										
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Fluorouracil	500 mg/m²	970 mg	i.v.										
Epirubicin	100 mg/m²	194 mg	i.v.										
Cyclophosphamid	500 mg/m²	970 mg	i.v.										
Filgrastim*	5 µg/kg/d	400 µg											

* Die erste Dosis Filgrastim sollte frühestens 24 Stunden nach der cytotoxischen Chemotherapie verabreicht werden. Die tägliche Therapie sollte solange erfolgen, bis der erwartete Nadir durchschritten ist und die Neutrophilenzahlen wieder stabile, die Unterbrechung der Behandlung erlaubende Normwerte erreicht haben.

Anmerkungen

STAR HEALTHCARE MANAGEMENT GMBH • Pierstraße 8 • 50997 Köln • www.starhealthcare.info

1

Quelle: Eigene Darstellung.

Nächste Schritte

ONKODOC plant im nächsten Schritt, die Version 1.0 fertig zu stellen. Weiterhin wird der Testbetrieb erweitert, umgesetzt und ein Vertriebsmodell entwickelt.

Ansprechpartner

Michael Klennert

Geschäftsführer

STAR Healthcare Management GmbH

Pierstraße 8

50997 Köln

Telefon: 02236 – 336 650

E-Mail: info@starhealthcare.info

www.starhealthcare.info

Onkolotse

Autoren: Ralf Porzig und Thomas Schönemann

Management Summary

Das Projekt *Onkolotse* wurde als Modell für die Betreuung und Begleitung von Krebspatienten entwickelt und erprobt. Speziell geschulte Onkolotsen begleiten, informieren und beraten die Patienten und ihre Angehörigen – und lotsen sie durch das Gesundheitssystem. Bisher haben die etwa 80 Onkolotsen des Netzwerks rund 10.000 Gespräche mit Betroffenen und ihren Angehörigen geführt.

Das Projekt *Onkolotse* ist eine Initiative der Sächsischen Krebsgesellschaft. In der Pilotphase von 2010 bis 2014 wurde das Projekt durch das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz, den Europäischen Sozialfonds in Sachsen (ESF) und die SAB finanziell unterstützt. Das Preisgeld des Innovationspreises *Weiterbildung des Freistaates Sachsen* floss ebenso wie weitere Spendengelder in die Weiterentwicklung des Projektes. Seit 2013 müssen die Weiterbildungsangebote von den Teilnehmern selbst finanziert werden.

Der Onkolotse ist in Sachsen als psychoonkologische Zusatz-, Fort- bzw. Weiterbildung sowie vom Landesverwaltungsamt (LVA) Sachsen-Anhalt als Bildungsmaßnahme gemäß dem Bildungsfreistellungsgesetzt anerkannt.

Zur Sicherung der Nachhaltigkeit und langfristigen Umsetzung des Onkolotsen-Ansatzes sind zukünftig Maßnahmen zur Refinanzierung der Beratungsleistungen der Onkolotsen von entscheidender Bedeutung.

Umsetzung

Nach Angaben des Robert Koch-Instituts müssen 50 Prozent der Männer und 43 Prozent der Frauen in Deutschland damit rechnen, an Krebs zu erkranken. In Sachsen sind laut Daten des Gemeinsamen Krebsregisters (GKR) in den Jahren 2010 und 2011 durchschnittlich 27.190 Krebserkrankungen diagnostiziert worden. Bis zum Jahr 2025 wird die Zahl aufgrund des demographischen Wandels auf etwa 30.700 pro Jahr steigen.

Betroffene und ihre Angehörigen müssen künftig mehr Eigenverantwortung übernehmen, um die individuell beste Therapieentscheidung zu gewährleisten. Die immer schwerer überschaubaren Behandlungskonzepte sowie die Flut von Informationsangeboten machen diese Aufgabe nicht leichter. Zumal hauptsächlich zu medizinischen Fragen Informationen angeboten werden und weniger zu Strukturen und Prozessen der Krebsbehandlung. Zudem fehlen Informationen zu den an der Therapie beteiligten Institutionen und deren Aufgaben – oder zu den relevanten eigenen Mitwirkungsrechten. Die *Onkolotsen* schließen diese Lücke und begleiten Krebspatienten bei allen Fragen rund um die Erkrankung – professionell und über Sektorengrenzen hinweg.

Die Bedürfnisse des Patienten und der Angehörigen sind Ausgangspunkt aller Aktivitäten der Onkolotsen. Sie orientieren sich an den individuellen Ressourcen der Patienten sowie den örtlichen Gegebenheiten.

Ziel der Weiterbildung zum Onkolotsen ist es, Menschen berufsbegleitend zu qualifizieren, die in der Onkologie beratend oder betreuend tätig sind. Sie lernen onkologischen Patienten und ihren Angehörigen dabei zu helfen, während der Erkrankung einen optimalen Weg durch die Versorgungsangebote zu finden.

Tabelle 16 zählt die wichtigsten Elemente des Projektes auf.

Tabelle 16 Wichtige Elemente des Onkolotsen-Projektes

Entwicklung und kontinuierliche Weiterentwicklung des Onkolotsen-Curriculums.
Ausbildung von Onkolotsen im Rahmen einer Weiterbildung (130 Lehreinheiten).
Pflege und gezielter Ausbau des Onkolotsen-Netzwerkes.
Bereitstellung von Beratungsmaterialien und Wissensdatenbanken für die Onkolotsen durch die Sächsische Krebsgesellschaft.
Kontinuierliche Netzwerktreffen und Refresher-Angebote.
Kontinuierliche Beratung, Betreuung und Begleitung von Krebspatienten und ihren Angehörigen.

Quelle: Eigene Darstellung.

Eine Befragung im Rahmen der Pilotphase zeigte, dass Patienten und ihre Angehörigen das Angebot gerne in Anspruch nehmen. Sie waren mit der Betreuung zufrieden und freuten sich über einen festen Ansprechpartner, der sie bei allen Fragen rund um die Behandlung und die Nachsorge unterstützt. Auch die Umfrage unter den Onkolotsen von 2015 brachte positive Ergebnisse: Über die Hälfte der Onkolotsen gab an, dass sich die Patientenzufriedenheit in ihrer Einrichtung mit dem Projekt verbessert hat.

Nächste Schritte

Im September 2016 startet der vierte Selbstzahler-Kurs für Interessierte aus allen Bundesländern. Parallel dazu wird der nächste Refresher-Kurs für bereits ausgebildete Onkolotsen vorbereitet. Für eine langfristig erfolgreiche Umsetzung des Konzeptes ist die Refinanzierungsmöglichkeit für die Beratungsleistungen der Onkolotsen von entscheidender Bedeutung.

Ansprechpartner

Dr. Ralf Porzig

Geschäftsführer

Sächsische Krebsgesellschaft e.V. (SKG)

Schlobigplatz 23

08056 Zwickau

Telefon: 0375 – 281 403

www.skg-ev.de

Thomas Schönemann (Dipl.-Kfm.)

Projekt-Koordinator

Sächsische Krebsgesellschaft e.V. (SKG)

Schlobigplatz 23

08056 Zwickau

Telefon: 0375 – 281 403

www.skg-ev.de

OPIS-meine Akte

Online Patienten Informationssystem

Autorin: Simone Pareigis

Management Summary

Die webbasierte Patientenakte *OPIS-meine Akte* hat zum Ziel, die sektorenübergreifende Kommunikation zu vereinfachen, indem sie die Prozesse und Abläufe in der medizinischen Versorgung sowie in den zugehörigen Verwaltungsbereichen vereinfacht. Jeder Einwohner in Deutschland soll diese Akte von Geburt an besitzen.

Initiiert wurde das Projekt 2011 durch eine Patientin – aufgrund ihrer eigenen Erfahrungen mit nicht oder nur teilweise funktionierenden Versorgungsketten.

Die AOK und die IKK unterstützen das Projekt; zum Großteil wird es allerdings durch Eigenmittel finanziert.

Umsetzung

Zwar existieren Akten mit relevanten Daten zum Patienten, seinen Krankheiten und Therapien, der Austausch dieser Patientenakten über die Sektorengrenzen hinweg ist allerdings meist nur eingeschränkt möglich oder mit viel Aufwand verbunden. Wenn überhaupt, dann werden die Daten wenig zeitgemäß per Brief oder Fax ausgetauscht, weshalb sich notwendige Therapien verzögern.

Durch die webbasierte Patientenakte *OPIS-meine Akte* sollen diese Hürden überwunden werden; auf sie haben alle am Versorgungsprozess beteiligten Akteure Zugriff. Im Mittelpunkt steht der Patient. Eine webbasierte Patientenakte bietet Vorteile für:

- Institute
- Gesundheitskassen
- Rehabilitationseinrichtungen
- Krankenhäuser
- Pflegeeinrichtungen
- Forschungseinrichtungen
- weitere am medizinischen Bedarf ausgerichtete Institutionen

OPIS-meine Akte kann helfen Behandlungskosten zu sparen, Liegezeiten in Krankenhäusern zu minimieren, Therapie- und Rehabilitationszeiten sowie die Integration ins Berufs- bzw. Privatleben zu verkürzen und Doppelbehandlungen zu vermeiden. Da auch die Krankenkassen auf die Akte eines Patienten zugreifen können, sinkt deren Verwaltungsaufwand bei der Abrechnung oder Bewilligung von Maßnahmen. Weiterhin macht *OPIS-meine Akte* eine zielgerichtete Medikamentengabe von Beginn an möglich. Der Patient selbst kann Impfausweis, Patientenverfügung, Anamnese oder auch Vollmachten hinterlegen.

In Tabelle 17 werden Beispiele für mögliche Einträge durch den Arzt und den Patienten dargestellt.

Tabelle 17 Einträge in *OPIS-meine Akte* durch den Arzt und Patienten

Einträge in OPIS durch den Arzt	Einträge in OPIS durch den Patienten
• Befundberichte, Anamnese, Entlassungsberichte	• Ablage des Vor- und Nachsorgepasses
• Bilder (CT, MRT, PET etc.)	• Ablage des Impfausweises
• Informationen zur Klassifizierung der Erkrankung	• Ablage des Allergieausweises
• Veranlasste Therapien	• Ablage der Patientenverfügung
• Erkrankungsverlauf	• Führen eines Krankheitstagebuches
• Medikation	
• Empfehlung zur Therapiefortführung	

Quelle: Eigene Darstellung.

Insbesondere in medizinischen Notfällen ist *OPIS-meine Akte* eine große Hilfe. So sind alle notwendigen medizinischen Informationen sofort auf einen Blick verfügbar.

Partner des Projektes ist die IT-Firma IT-Consult Halle GmbH. Wesentlicher Bestandteil des Projektes sind Datenschutz und Datensicherheit. Die fachbereichsübergreifenden Daten sind zeitnah, ortsunabhängig und geschützt verfügbar. Es wurden alle Anwendungen und Inhalte umgesetzt, die in den Vorgaben zur Umsetzung einer elektronischen Patientenakte nach § 291a SGB V beschrieben werden.

Nächste Schritte

Künftig soll das Projekt vor allem bekannt gemacht werden. Geplant ist ein Abstract für die Gemeinsame Jahrestagung der Deutschen, Österreichischen und Schweizerischen Gesellschaften für Hämatologie und Medizinische Onkologie. Weiterhin wird das Projekt bei den deutschlandweiten Patiententagen

vorge stellt. Derzeit laufen Verhandlungen mit der Bundeswehr sowie mit Krankenkassen. Es wird zudem im Rahmen von Selbsthilfegruppen und Informationsveranstaltungen von Krebsgesellschaften vorgestellt. Weiterhin wird die Zusammenarbeit mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft vertieft (DKG e. V.). Zuletzt zeigten amerikanische Patientenvertretungen Interesse an dem Projekt; eine Zusammenarbeit ist geplant.

Ansprechpartner

Simone Pareigis

Selbsthilfegruppenleiter

Selbsthilfegruppe für Leukämie- und Lymphompatienten Halle

Auenring 8

06258 Schkopau / OT Ermlitz

Telefon: 034204 – 351 019

E-Mail: simone@shg-halle.de

www.shg-halle.de

PatientMobil – Einfach zum Arzt

Autoren: Wolfgang Bachmann und Jörg Simpfendörfer

Management Summary

Ziel des Pilotprojekts *PatientMobil – Einfach zum Arzt* ist es, innovative Lösungen zur medizinischen Versorgung im ländlichen Raum zu finden. Das Projekt will einen Beitrag zur Patientenmobilität leisten, Arztkontakte aufrechterhalten und die ärztliche Koordination verbessern. *PatientMobil* schließt eine bestehende Versorgungslücke und entlastet Patienten nicht nur zeitlich, sondern auch finanziell.

PatientMobil ist eine Versorgungsinitiative der Gesundheitsnetz Süd eG (GNS) und wird unterstützt von der Stadt Ehingen (Donau), dem Ministerium für Ländlichen Raum und Verbraucherschutz Baden-Württemberg, der ADK GmbH für Gesundheit und Soziales und der Donau-Iller Bank eG. Weiterhin bestehen Kooperationen mit dem Landesverband Baden-Württemberg des Hartmannbunds und der *G'sundregion* im Alb-Donau Kreis.

Die Dauer des Pilotprojektes ist auf drei Jahre angelegt. Das Projekt wird jeweils zur Hälfte durch Eigenmittel der GNS eG sowie durch Fördermittel des Ministeriums für Ländlichen Raum und Verbraucherschutz Baden-Württemberg finanziert.

Umsetzung

Der Rückgang der ärztlichen Versorgung im ländlichen Raum führt auch dazu, dass zu den verbliebenen Arztpraxen größere Entfernungen zurückgelegt werden müssen. Gerade für multimorbide und chronisch kranke Menschen mit eingeschränkter Mobilität sind diese Distanzen oft ein großes Problem; die Versorgung dieser Patienten leidet. Das Projekt suchte daher eine Antwort auf die Frage, wie der Kontakt zwischen Arzt und Patient sinnvoll aufrechterhalten werden kann.

Zielgruppe des Versorgungsprojektes sind zum einen Patienten mit chronisch obstruktiver Lungendysfunktion (COPD), die in einem Disease-Management-Programm eingeschrieben sind. Sie haben erhebliche physische Leistungs- und Mobilitätseinschränkungen, müssen sich aber regelmäßig in einer Lungenfacharztpraxis vorstellen. Ihre Termine werden im Rahmen des Projekts koordiniert und die Patienten werden gemeinsam zum Facharzt gefahren.

Die zweite Zielgruppe sind Patienten mit eingeschränkter Mobilität, die nach einem Hausbesuch einen Arzttermin zur weiteren Diagnostik benötigen. Sie werden von *PatientMobil* transportiert, wenn sie eingeschränkt mobil sind, nur erschwert den öffentlichen Personennahverkehr nutzen können, keine qualifizierte Pflegestufe haben und keine Unterstützung durch Verwandte und Bekannte erhalten. Während der Pilotphase entstehen für die Patienten für die Beförderung im *PatientMobil* keine Kosten.

Tabelle 18 beschreibt die Versorgungsbausteine des Projektes.

Tabelle 18 Versorgungsbausteine *PatientMobil – Einfach zum Arzt*

Koordination von Arztterminen	Vermeidung von Leerfahrten
Koordination, Organisation und Durchführung von Patientenfahrten	Organisation der Fahrzeugwartung, -pflege und Instandhaltung
Koordination und Organisation von ehrenamtlichen Helfern	Vermarktung des Projektes
Koordinierung der Routen und des Fahrplans basierend auf der eingeschränkten Reichweite der Elektroautomobile	

Quelle: Eigene Darstellung.

Die Geschäftsstelle der Gesundheitsnetz Süd eG organisiert das Projekt. Die Ärzte legen die Termine fest und übermitteln sie gemeinsam mit den Adressen der Patienten an die Geschäftsstelle, die dann die ehrenamtlichen Helfer und die Fahrten koordiniert. Viele notwendige haus- und fachärztliche Betreuungsmaßnahmen werden durch das Projekt aufrechtgehalten bzw. ermöglicht.

Die Einbindung von ehrenamtlichen Helfern aus der Region stärkt auch die ländliche Infrastruktur. Durch die Nutzung von Elektrofahrzeugen sind die Fahrten klimaneutral und unterstützen gleichzeitig zukunftsweisende Technologien.

Nächste Schritte

Während der Pilotphase wird die Zahl der Fahrzeuge abhängig von der Nachfrage aufgestockt und die Fahrdienste auf weitere Indikationen ausgeweitet. Eine Projektevaluation ist jeweils nach einem, zwei und drei Jahren Projektlaufzeit geplant. Öffentliche Aufmerksamkeit durch Printmedien und Hörfunk wird weiterhin angestrebt. Bei positivem Ergebnis der Pilotphase wird das Projekt in weiteren Regionen Baden-Württembergs umgesetzt.

Ansprechpartner

Wolfgang Bachmann

Geschäftsführender Vorstand
Gesundheitsnetz Süd eG
Hopfenhausstraße 2
89584 Ehingen
Telefon: 07391 – 586 54 58
E-Mail: w.bachmann@gnsued.de
www.gnsued.de

Dr. med. Klaus Rinkel

Vorsitzender
Hartmannbund – Landesverband Baden-
Württemberg
Albstadtweg 4
70567 Stuttgart
Telefon: 0711 – 731 024
E-Mail: lv.bw@hartmannbund.de
www.hartmannbund.de

Ludwig Müller

Forstdirektor
Ministerium für Ländlichen Raum und
Verbraucherschutz Baden Württemberg
Kernerplatz 10
70182 Stuttgart
Telefon: 0711 – 126 21 19
E-Mail: ludwig.mueller@mlr.bwl.de
www.mlr.baden-wuerttemberg.de

pde-med

Integrierte Versorgung 4.0

Autoren: Peter Makolla und Hanswerner Voss

Management Summary

pde-med ist eine Organisations- und Kommunikationssoftware, mit der Leistungserbringer in Klinik und Praxis über virtuelle Behandlungs-Hotspots zusammenarbeiten können. Diese Hotspots verbinden eine dynamische virtuelle Gruppe von Leistungserbringern mit der dezentralen, lebensbegleitenden, elektronischen Gesundheitsakte des Patienten. Alle Daten werden strukturiert dokumentiert, synchronisiert und in Echtzeit elektronisch übermittelt.

Seit 2015 ist eine erste Version der Software in Praxen installiert. Die finale Version mit Patientenportal steht ab dem vierten Quartal 2016 zur Verfügung.

Die Kosten für die Produktentwicklung und Programmierung wurden aus Eigenmitteln der pde.de getragen. Für den Vertrieb der finalen Version werden aktuell Risikokapitalgeber gesucht. Die Nutzung von *pde-med* ist für die Leistungserbringer kostenlos.

Umsetzung

Die Akteure des Gesundheitswesens sprechen sich bereits seit Jahren dafür aus, die komplexen Prozessabläufe durch IT-Einsatz zu vereinfachen. Die patientenzentrierte Plattform *pde-med* kann die konttraproduktiven Barrieren zwischen den Sektoren überwinden und erlaubt dem Patienten sich aktiv in alle Phasen des Behandlungsprozesses einzubringen.

pde-med setzt dabei auf das theoretische Grundkonzept der Vorgängerkommunikationsplattform *ComDox* aus dem Jahr 2001. Alle Leistungsmerkmale und Eigenschaften des Produkts wurden jedoch vollständig neu programmiert.

Entstanden ist ein System, das in der Lage ist komplexe medizinische Behandlungsprozesse in Echtzeit elektronisch zu organisieren – über beliebig viele Stationen hinweg und bei beliebig vielen aktiv beteiligten Behandlern. Trotz der dezentralen Datenspeicherung können Ärzte die komplette Patientenakte einsehen. Der Patient wird vollumfänglich eingebunden, hat über das SSL/TLS-geschützte Patientenportal Zugriff auf das gesamte Geschehen und kann bei Bedarf intervenieren.

Zielgruppe sind ärztliche Leistungserbringer in Klinik und Praxis, Leistungserbringer weiterer Heilberufe (beispielsweise Therapeuten), Pflegeeinrichtungen und Pflegedienste, Apotheken, alle gesetzlichen

Krankenkassen sowie alle gesetzlich versicherten Patienten, aber auch alle privaten Leistungserbringer sowie alle privaten Krankenversicherer und Privatpatienten.

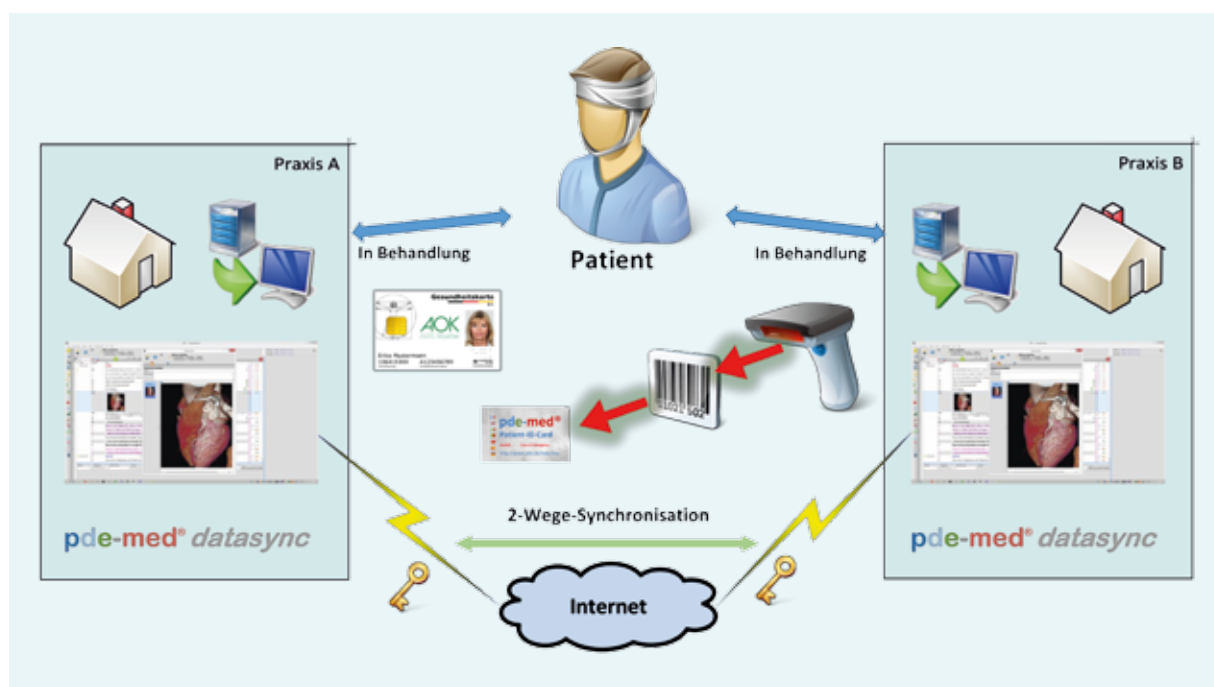
Die Patienten können über das Patientenportal beispielsweise Laborbefunde einsehen, ohne die entsprechende Praxis konsultieren zu müssen. Bereits vereinbarte Termine werden übersichtlich dargestellt, genauso wie alle Maßnahmen, die der Patient durchführen muss. Weiterhin kann der Patient die Zugriffsrechte an Personen seines Vertrauens übertragen, wenn er selbst nicht in der Lage ist die elektronische Akte zu handhaben. Ein wichtiger Vorteil ist auch der schnelle Zugriff auf die medizinischen Notfalldaten.

Die Ärzte verfügen in Echtzeit über die stets aktuellen Daten des Patienten. Klinikärzte können während des stationären Aufenthaltes Mitglied des virtuellen BehandlerNetzwerks werden. Mit einem internetfähigen Endgerät können sich die Ärzte die komplette Dokumentation als PDF-Datei herunterladen und in die Krankenhausakte des Patienten einfügen.

Auch Apotheken können sich die Daten vom Patienten freischalten lassen, um den aktuellen Behandlungsplan einsehen zu können.

In Abbildung 52 ist die Technik des Versorgungskonzepts dargestellt.

Abbildung 52 Versorgungskonzept *pde-med*



Quelle: Eigene Darstellung.

Für die Auswertungen im Bereich Medikation/Vermeidung von kostenintensiven Ereignissen konnte Herr Prof. Dr. med. Haefeli, ärztlicher Direktor der Abteilung Klinische Pharmakoepidemiologie des Universitäts-Klinikums Heidelberg, gewonnen werden.

Nächste Schritte

Es wurde ein Antrag auf Förderung beim Innovationsfonds gestellt gemäß § 92a SGB V. Bescheide zur Förderung werden im September 2016 erwartet.

Ansprechpartner

Peter Makolla

Geschäftsführer

pde.de, protected dialog experts Deutschland
GmbH

Plaggenbahn 42

46282 Dorsten

Telefon: 0176 – 243 312 23

E-Mail: peter.makolla@pde.de

Dipl. Ing. Hanswerner Voss

Managing Partner

GCN-HealthNet GbR, International Partnership
Englbergweg 63a

84036 Landshut

Telefon: 0151 – 230 666 63

E-Mail: hanswerner.voss@gcn-healthnet.de

Polypharmazie

optimierte und gesicherte Arzneimittelversorgung

Autor: Lutz O. Freiberg

Management Summary

Das Versorgungsprojekt *Polypharmazie* will die Arzneimittelsicherheit und die Lebensqualität der Patienten verbessern – durch ein gemeinsames Medikationsmanagement von behandelnden Ärzten, *agnes^{zwei}*-Fachkräften, Apothekern und Patienten. So sollen arzneimittelbezogene Probleme reduziert und vermieden, Therapietreue und Therapieziele erreicht und die Zusammenarbeit zwischen allen Akteuren gefördert werden.

Das Versorgungsprojekt *Polypharmazie* wurde von der IGiB GbR (Innovative Gesundheitsversorgung in Brandenburg) und dem Apothekerverband Brandenburg initiiert. Die IGiB GbR ist eine Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V und wird von der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg, der AOK Nordost und der BARMER GEK getragen. Sie ist eine Ideenwerkstatt zur Sicherung der medizinischen Versorgung – vor allem in strukturschwachen Regionen Brandenburgs.

Das Projekt startete im Januar 2016 als Pilotprojekt in der Region Oberspreewald-Lausitz. Seit April 2016 können sich Patienten im Programm einschreiben.

Umsetzung

Systematische Ansätze, wie das Versorgungsprojekt *Polypharmazie*, können potentielle Risiken reduzieren.

Zielgruppe des Projektes sind alle Patienten, die bei der AOK Nordost oder der BARMER GEK versichert sind und im Landkreis Oberspreewald-Lausitz wohnen. Vorausgesetzt wird die bestehende Betreuung im Rahmen des Case-Managements durch eine *agnes^{zwei}*-Fachkraft und die dauerhafte Einnahme von mindestens fünf verschiedenen Medikamenten. Weiterhin sind Vertragsärzte im Landkreis Oberspreewald-Lausitz teilnahmeberechtigt, die an der Vereinbarung *agnes^{zwei}* teilnehmen. Apotheker aus demselben Landkreis sind ebenfalls teilnahmeberechtigt, wenn sie am jährlichen Workshop teilnehmen.

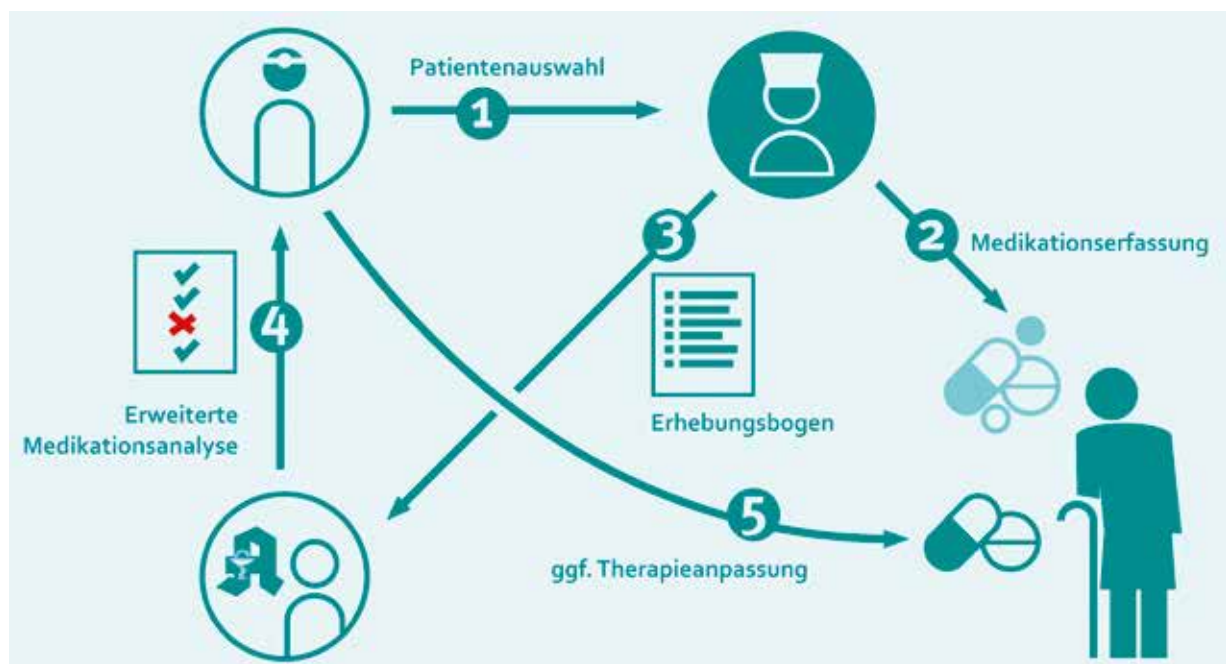
Der Ablauf des Programms gestaltet sich wie folgt (siehe Abbildung 53):

1. Der teilnehmende Arzt wählt einen geeigneten Patienten aus.
2. Die *agnes^{zwei}*-Fachkraft sucht den Patienten zu Hause auf und erfasst die Medikation sowie die Einnahmegewohnheiten. Sie ist so das Bindeglied zwischen Patient und Arzt sowie zwischen dem Pati-

enten und dem Apotheker. Ihre Rolle ist es, die tatsächliche Versorgungssituation in der Häuslichkeit des Patienten zu ermitteln und die Therapietreue bei der Einnahme entsprechend des Medikationsplans zu sichern. Berücksichtigt werden dabei auch selbst eingekaufte Medikamente.

3. Die Angaben werden in einem standardisierten Erhebungsbogen festgehalten.
4. Der Apotheker führt eine erweiterte Medikationsanalyse durch und übermittelt das Ergebnis an den Vertragsarzt. Dieser passt die Therapie gegebenenfalls in Abstimmung mit anderen behandelnden Ärzten an.
5. Der Arzt bespricht die Veränderung mit dem Patienten und überträgt diese in einen Medikationsplan.

Abbildung 53 Gemeinsames Medikationsmanagement *Polypharmazie*



Quelle: Eigene Darstellung.

Mit diesem Verfahren soll sichergestellt werden, dass multimorbide Patienten eine auf sie abgestimmte Arzneimitteltherapie erhalten und diese auch wirksam und sicher umsetzen.

Nächste Schritte

Ist das Pilotprojekt erfolgreich, wird es auf weitere Regionen Brandenburgs ausgeweitet. Als nächster Schritt sollen geeignete IT-Lösungen in das Medikationsmanagement eingebunden werden. Das ebenfalls von der IGiB initiierte Projekt *agnes^{zwei}* spielt dabei insofern eine Rolle, als dass die bereits existie-

rende Software/App *CuraCase* eine direkte Schnittstelle zum Projekt *Polypharmazie* herstellt. Die *agnes-zwei*-Tablets bieten den Case-Managern technische Unterstützung, wie den elektronischen Fragebogen zur Überwachung und Messung der Einnahmetreue. Ergänzend wird ein digitaler Medikationsplan entwickelt, um den Austausch zwischen den Ärzten und den Apothekern zu erleichtern und ihn für den Patienten einfach und verständlich zu machen.

Ansprechpartner

Lutz O. Freiberg

Geschäftsführer

IGiB GbR (Innovative Gesundheitsversorgung in Brandenburg)

c/o Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg

Pappelallee 5

14469 Potsdam

Telefon: 0331 – 230 92 12

E-Mail: lfreiberg@kvbb.de

www.arge-igib.de

QualiNetPlus

Autoren: Christine Kuch und Jürgen Pflaum

Management Summary

Mit dem 2009 initiierten Verfahren *QualiNetPlus* sollen Ärzte des Arztnetzes Gesundheitsorganisation Ludwigshafen (GO-LU) verbindlicher agieren, die Qualität in den einzelnen Praxen soll angehoben werden und haus- und fachärztliche Praxen sollen verstärkt kooperieren können. Durch diese Qualitätssicherung soll der Patient besser versorgt werden. Das Konzept basiert auf einer Selbstbewertung durch die Praxen.

Durch das Verfahren hat sich die Qualität in den Praxen deutlich verbessert; die Teilnehmer kommunizieren besser und intensiver miteinander. Durch Schnittstellen zu ambulanten Pflegediensten, Physio- und Ergotherapeuten sowie Apotheken werden die Patienten regional deutlich besser versorgt.

Umsetzung

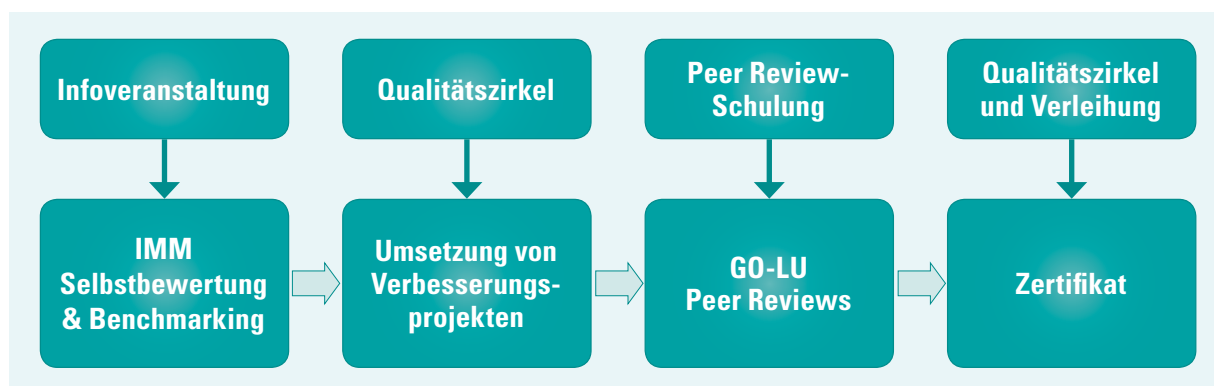
Das Ärztenetz GO-LU hat im Rahmen der Integrierten Versorgung mehrere Verträge mit unterschiedlichen Krankenkassen abgeschlossen. Da sich die Verträge oft nicht in den gewohnten Praxisablauf integrieren ließen, gab es in einigen Praxen des Arztnetzes Probleme bei der praktischen Umsetzung. *QualiNetPlus* sollte diese Probleme beseitigen. Das Verfahren steigert Qualität, Kooperation und Verbindlichkeit im Ärztenetz. Die einzelnen Praxen müssen sich anhand der so genannten *International Maturity Matrix* (IMM) selbst bewerten und Benchmarks setzen, um sich mit anderen Praxen vergleichen zu können. Jedes Mitglied der Praxis bewertet die Praxis aus seiner subjektiven Sicht in sieben Kategorien:

1. Informationsbeschaffung und -nutzung
2. Patientenunterlagen und Dokumentation
3. Mitarbeiterführung und -orientierung
4. Arbeit als Team
5. Patientenorientierung
6. Qualitätsverbesserung
7. Interne Regelungen und Ablaufbeschreibungen

Anschließend werden die Ergebnisse diskutiert; mit Hilfe eines besonders geschulten Moderators wird ein Konsens gesucht. Nach dem Konsenstreffen wird für jede Dimension jeweils die niedrigste Bewertung angenommen. Die Ergebnisse werden dann verglichen.

In einer weiteren Sitzung wird nach Verbesserungsmöglichkeiten und Lösungsansätzen gesucht. Zudem erfolgt ein interdisziplinärer und interprofessioneller Peer Review zwischen den Praxen. Zu Grunde gelegt werden die Qualitätsmanagementrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses für die vertragsärztliche Versorgung. Die netzrelevanten Qualitätsmerkmale wurden von sogenannten Panel-Praxen durch Ärzte und medizinische Fachangestellten zusammengestellt. Schließlich finden regelmäßig interaktive Marktplätze der aktuell 66 haus- und fachärztlichen Praxen statt. Bei diesen Qualitätszirkeln wird im Sinne von Best Practice voneinander gelernt und das Netz wird weiterentwickelt. Teilnehmer sind Praxisinhaber, angestellte Ärzte und medizinische Fachangestellte. Angehörige anderer Heilberufe, wie etwa Pflegekräfte nehmen ebenfalls teil, um sich interdisziplinär austauschen zu können.

Abbildung 54 Konzept des *QualiNetPlus*



Quelle: Eigene Darstellung.

Das Zertifikat des *QualiNetPlus* gilt als Qualitätsmanagement-Nachweis gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung. Das Verfahren wird kontinuierlich evaluiert, eine Publikation auf Basis der Daten von 66 Praxen wird aktuell eingereicht. Zur Selbstbewertung, Peer Review und Bewertung des Verfahrens liegen bereits Ergebnisse vor. Bei der Bewertung wurde hervorgehoben, dass Qualitätsmanagement lebendig geworden sei und Veränderungen schneller umgesetzt würden.

Nächste Schritte

Es ist beabsichtigt, dieses Projekt auch anderen Ärztenetzen verfügbar zu machen und das Konzept detaillierter zu evaluieren.

Ansprechpartner

Dr. Christine Kuch

Inhaberin

solution focused minds

Siegfriedstraße 11

50678 Köln

Telefon: 0221 – 348 93 00

E-Mail: kuch@sfminds.de

www.sfminds.de

Dr. Roger Hladik

Vorstandsvorsitzender

Gesundheitsorganisation Ludwigshafen eG

(GO-LU)

Paul-Klee-Straße 1

67061 Ludwigshafen

Telefon: 0621 – 660 030 15

E-Mail: dr.hladik@go-lu.de

RheumaCareMM

Modulares, telemedizinisches Medikations-Management-Konzept für Patientinnen und Patienten mit rheumatologischen Erkrankungen

Autoren: Stefan Müller, Erik Reisig und Helmut Sörensen

Management Summary

Mit dem modularen, telemedizinischen Medikations-Management-Konzept *Rheuma-CareMM* soll die facharztübergreifende, ambulante Versorgung verbessert werden. Das Zusammenspiel verschiedener telemedizinischer Module erhöht die Therapietreue der Patienten und gewährleistet die Sicherheit empfindlicher Medikamente.

RheumaCareMM entstand 2014 aus einer Initiative des Rheumatologen Dr. Helmut Sörensen in Zusammenarbeit mit dem Münchener Start-up-Unternehmen *otodata Solutions GmbH*. Das Pilotprojekt wurde mittelfristig privat finanziert; langfristig streben die Initiatoren Kooperationen mit gesetzlichen Krankenkassen an. Inzwischen nutzen über 150 Patienten von Dr. Sörensen das *RheumaCareMM*-Konzept.

Umsetzung

In Deutschland leiden mehr als 1,6 Millionen Erwachsene an rheumatoider Arthritis, vor allem ältere Menschen. Rheumatische Erkrankungen verursachen hohe Kosten, insbesondere durch die hochpreisigen Arzneimittel. Eine große systembedingte Herausforderung bei der Versorgung von Rheumapatienten sind Arzneimitteltherapietreue und -sicherheit.

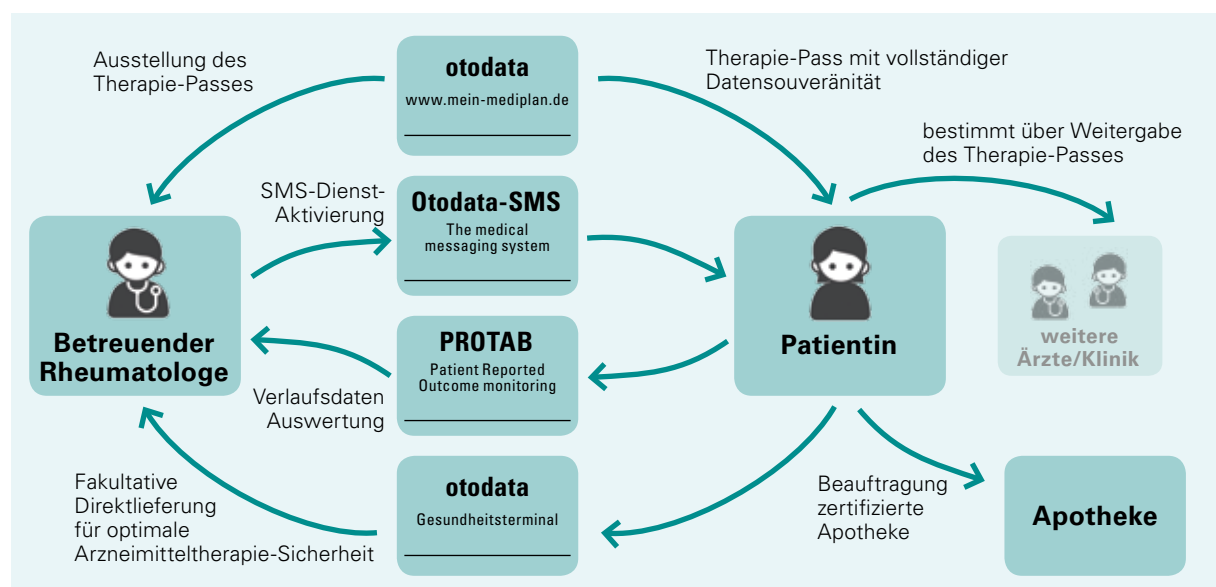
Zielgruppe von *RheumaCareMM* sind rheumatologische Patienten, rheumatologisch tätige, niedergelassene Ärzte, Apotheken und weitere an der Versorgung beteiligte Fach- und Hausärzte, Kliniken sowie Physiotherapeuten und Rehabilitationseinrichtungen.

Das Konzept besteht aus sechs Elementen, die in Abbildung 55 graphisch dargestellt werden.

1. Der betreuende Rheumatologe steuert federführend den Versorgungsprozess.
2. Mithilfe des Gesundheitsterminals können Patienten direkt in der Arztpraxis ihre Medikamente über eine frei wählbare Versandapotheke bestellen und genau zum Behandlungstermin an einen Wunschort liefern lassen.
3. Das Gesundheitsterminal kennzeichnet die Apotheken, die zur kompetenten Versorgung von Rheumapatienten zertifiziert sind.

4. Mit seiner schriftlichen Einverständniserklärung erlaubt der Patient dem behandelnden Arzt die Nutzung des webbasierten Therapie-Passes, zur systemunabhängige Medikations- und Verlaufskontrolle. Der Patient erhält auf Wunsch eine Papierversion mit den Zugangsdaten zur elektronischen Dokumentation. Diese kann er an andere Ärzte weitergeben, die damit die Informationen des federführenden Arztes einsehen und eigene Daten ergänzen können.
5. Der Arzt kann über den Therapie-Pass den SMS-Erinnerungsdienst aktivieren. SMS erlauben, technisch niederschwellig mit älteren Patienten zu kommunizieren. Der SMS-Dienst erinnert die Patienten daran, Medikamente einzunehmen, Termine wahrzunehmen und Folgerezepte einzulösen.
6. Zur Tablet-gestützten Verlaufskontrolle und Verbesserung der Adhärenz können Patienten beispielsweise während der Wartezeit in der Arztpraxis standardisierte therapiebezogene Fragebögen elektronisch ausfüllen. Die Ergebnisse gelangen automatisch in den Therapiepass.

Abbildung 55 Übersicht der RheumaCareMM – Module



Quelle: Eigene Darstellung.

Derzeit nehmen eine Pilotpraxis, vier Apotheken und über 200 Patienten an dem Projekt teil. Seit Projektbeginn wurden etwa 700 Verordnungen über das Gesundheitsterminal eingelöst und 45 Therapie-Pässe in der Beta-Version ausgestellt.

Nächste Schritte

Anfang 2017 folgt eine bundesweite Markteinführung von RheumaCareMM für alle Rheumatologen. Es ist denkbar, das Konzept auf andere Heilberufe wie Physiotherapeuten auszuweiten, aber auch auf sta-

tionäre Einrichtungen und Rehabilitationskliniken. Weitere medizinische Fachbereiche wie etwa die Onkologie und die Neurologie sollen aufgenommen werden. Letztlich arbeiten die Initiatoren an einer verbesserten Anbindung der RheumaCareMM-Module an die verschiedenen Arztinformationssysteme.

Ansprechpartner

Dr. med. Helmut Sörensen

Praxisinhaber

Niedergelassener Internist,
Schwerpunkt Rheumatologie
Argentinische Allee 42

14163 Berlin

Telefon: 030 – 886 698 42

E-Mail: soerenzen@otodata.de

Stefan Müller

Geschäftsführer

otocare GmbH

Feringastrasse 9a

85774 Unterföhring

Telefon: 089 – 414 142 60

E-Mail: mueller@otocare.de

www.otocare.de

Erik Reisig

Geschäftsführer

otodata Solutions GmbH

Feringastrasse 9a

85774 Unterföhring

Telefon: 089 – 414 142 670

E-Mail: reisig@otodata.de

www.otodata.de

Sektorenübergreifende Arzneimitteltherapie-Sicherheit (S-AMTS)

Sektorenübergreifende Arzneimitteltherapiesicherheit unter Einbezug gendergerechter und kultursensibler Lebensumstände insbesondere bei Multimorbidität

Autoren: Bodo Denhoven, Wolfgang Hübner und Manfred Klemm

Management Summary

Ziel des Projektes *S-AMTS (Sektorenübergreifende Arzneimitteltherapie-Sicherheit)* ist es, den bereits bestehenden intrasektoralen Datenaustausch über *ViViAN* sektorenübergreifend zu etablieren – und damit die Arzneimitteltherapiesicherheit zu verbessern. *ViViAN* ist eine intrasektorale Gesundheitsakte, die auf der Vernetzungstechnologie des Unternehmens Micranova AG basiert.

Nach dem Projektstart im März 2016 sollen zunächst die Krankenhäuser in das System integriert werden. Parallel werden Apotheken und stationäre Pflegeeinrichtungen eingebunden; sukzessive auch der ambulante Pflegebereich.

Im April 2014 wurde *S-AMTS* als Pilotprojekt in 15 Praxen mit 25 Ärzten eingeführt. Bis März 2015 wurden alle Module und Funktionen entwickelt und für den Praxisalltag der ambulanten Versorgung freigegeben.

Das Projekt wird durch das Gesundheitsministerium Nordrhein-Westfalen und die Europäischen Union gefördert. Wissenschaftlich begleitet wird das Projekt von Prof. Clarissa Kurscheid vom Institut für Gesundheits- und Versorgungsforschung der praxisHochschule Köln.

Umsetzung

Die bestehende Fragmentierung des Gesundheitssystems soll durch den direkten Informationsabgleich über die Sektorengrenzen hinweg nach und nach abgebaut werden. Zielgruppe des Projektes sind in erster Linie Menschen, die an mehreren Erkrankungen leiden und die dementsprechend viele und teilweise miteinander interagierende Medikamente einnehmen. Insbesondere Patienten mit demenziellen Erkrankungen profitieren von der sektorenübergreifenden Gesundheitsakte. Die Behandlungseffizienz und die Lebensqualität der Patienten kann dadurch gesteigert werden.

Die eigentliche Innovation ist die Kombination aus der Vernetzungslösung und dem raschen Informationsaustausch unter den beteiligten Ärzten – über Anamnese, Befunde, Diagnosen und Therapien.

Ein besonderer Fokus liegt auf der intrasektoralen Arzneimitteltherapiesicherheit in der ambulanten Versorgung. Dazu sollen alle Medikamente des Patienten aufgeführt und auf Kontraindikationen und unerwünschte Wechselwirkungen hin überprüft werden.

In Tabelle 19 werden Inhalte der Innovation S-AMTS aufgeführt.

Tabelle 19 Innovation S-AMTS

Die Kommunikationsfragmentierung wird reduziert: Somit können Fehlinformationen und Informationsverluste vermieden werden.
Eine höhere Qualität der durchgehenden Dokumentation im unmittelbaren, intersektoralen Austausch wird gewährleistet.
Durch funktionierende Kommunikation und Frühwarnsysteme wird es möglich, schneller zu reagieren: Es wird Über-, Unter- oder Fehlversorgung reduziert.
Es kann schneller auf bedrohliche Neben- oder Wechselwirkungen von Medikamenten durch Warnhinweise und gegebenenfalls Fallkonferenzen reagiert werden.
Beschwerden lassen sich schneller beseitigen, Krankheitsverläufe gut überwachen und abmildern und lebensbedrohliche Komplikationen so eher vermeiden: Insbesondere bei Patienten mit reduzierter Selbstbestimmung oder Selbstständigkeit.
Notwendige Therapieanpassungen können vor allem bei bestehender pflegerischer Versorgung gezielt, auch ohne sonst zwingenden Hausbesuch durchgeführt und überwacht werden.
Heimvisiten können effektiver genutzt werden: Es bleibt mehr Zeit für die Patienten, insbesondere bei bestehender ambulanter Pflegeversorgung.
Durch erkannte Krisensituationen werden weniger Notfallhausbesuche, weniger Medikamente und vor allem weniger vermeidbare Krankenhausaufenthalte notwendig.

Quelle: Eigene Darstellung.

Im stationären Sektor werden Vorbefunde und bestehende Arzneimittel mit neuen Diagnosen und zusätzlichen Therapien abgeglichen und umfänglich pharmakologisch überprüft. Im Zweifelsfall werden weitere Pharmakologen hinzugezogen.

Es findet also ein erweiterter Abgleich von Interaktionen und Kontraindikationen statt, in den auch Präparate mit einbezogen werden können, die der Patient ohne Rezept in der Apotheke erworben hat.

Um Risiken besser erfassen und berechnen zu können, wurde für die wichtigsten Grunderkrankungen eine Matrix bekannter Einflussfaktoren erstellt. Neben den Bestandsdiagnosen und Medikamenten fließen in die Risikoberechnung vor allem die aktuellen Vitalwerte mit ein sowie die erhaltenen Laborwerte, die Lebensumstände und die Familienanamnese.

Nächste Schritte

Nach der erfolgreichen Präsentation des Projektes an drei ortsansässigen Kliniken, werden nun die IT-Sachverständigen aus den Kliniken und die entsprechenden Fachleute der MicroNova AG die vor Ort vorhandenen Gegebenheiten eruieren und notwendige Schritte für die Vernetzung diskutieren.

Ansprechpartner

Dr. rer. nat. Manfred Klemm

Geschäftsführer

Regionales Gesundheitsnetz Leverkusen eG

Bruchhauser Straße 30

51381 Leverkusen

Telefon: 02171 – 363 680

E-Mail: klemm@gesundheitsnetz-leverkusen.de

www.gesundheitsnetz-leverkusen.de

Dr. med. Bodo Denhoven

Vorstand

Regionales Gesundheitsnetz Leverkusen

Bruchhauser Straße 30

51381 Leverkusen

Telefon: 02171 – 363 680

E-Mail: denhoven@gesundheitsnetz-leverkusen.de

www.gesundheitsnetz-leverkusen.de

Dr. med. Wolfgang Hübner

Vorstand

Regionales Gesundheitsnetz Leverkusen eG

Bruchhauser Straße 30

51381 Leverkusen

Telefon: 02171 – 363 680

E-Mail: huebner@gesundheitsnetz-leverkusen.de

www.gesundheitsnetz-leverkusen.de

Stressmanagement mittels Herzkohärenztraining bei Hypertonie

Autoren: Regina Eckel und Constanze Liebe

Management Summary

Das Projekt *Stressmanagement mittels Herzkohärenztraining* soll negativ gestressten Menschen helfen, langfristig ihren Lebensstil zu verändern und gesund zu leben. Zielgruppe sind Frauen und Männer zwischen 35 und 60 Jahren mit der Diagnose Bluthochdruck (Hypertonie).

Ein Herzkohärenztraining soll Herzschlag, Blutdruck und die Atmung miteinander in Einklang bringen. Das Training besteht aus drei Komponenten: die HRV-Messung (Messung der Herzratenvariabilität), ein Biofeedbacktraining sowie ein moderates Ausdauertraining.

Das Ärztenetz Lippe entwickelt seit 2009 innovative Projekte zur Gesundheitsschulung von Patienten. Die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe finanzierte die Pilotphase des Projekts. Seit dem Projektstart im Jahr 2015 haben 20 Patienten an dem Programm zum Stressmanagement teilgenommen. Von diesen haben sieben das Programm erfolgreich abgeschlossen.

Umsetzung

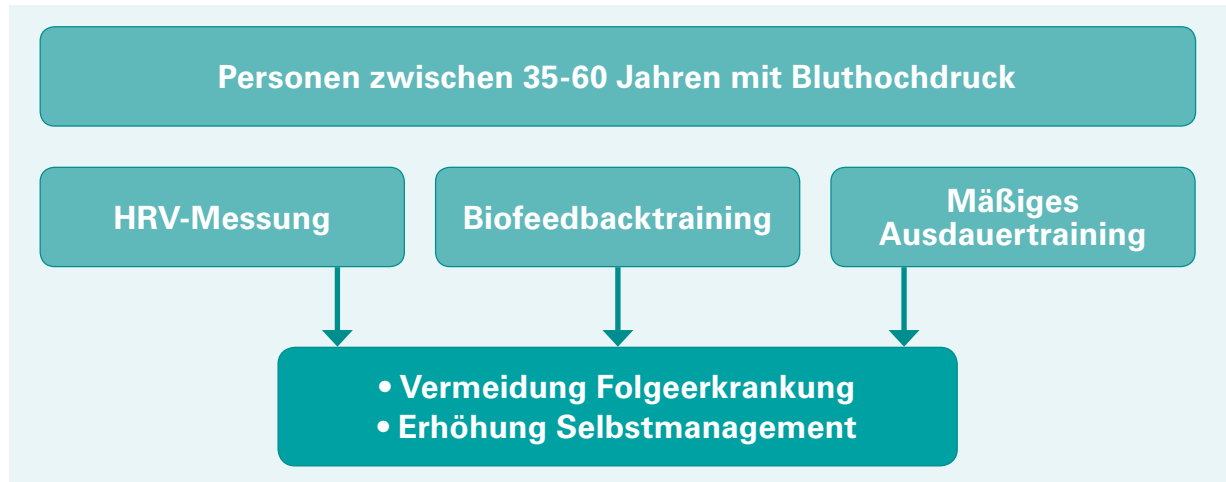
Seit Jahren nimmt die Zahl stressinduzierter Erkrankungen zu. Dabei reagieren die Menschen ganz unterschiedlich auf den Stress – mögliche Folgen sind Bluthochdruck, Schlafstörungen, Magen-Darm-Beschwerden sowie Rücken- oder Kopfschmerzen.

Das Projekt *Stressmanagement mittels Herzkohärenztraining* konzentriert sich nun auf Patienten mit Bluthochdruck, die zwar oft keine direkten körperlichen Beschwerden haben, die aber trotzdem gesundheitlich stark gefährdet sind. Mit dem Herzkohärenztraining sollen die Patienten lernen, auf die Signale des Körpers zu hören, kleine Entspannungseinheiten in den Alltag zu integrieren und das Stresslevel zu reduzieren.

Das Konzept setzt sich aus drei Komponenten zusammen (siehe Abbildung 56). Die HRV-Messung zeigt den zeitlichen Abstand zwischen zwei Herzschlägen im Verhältnis zur Atmung. Die Ergebnisse können unter anderem auf Erkrankungen hinweisen. Mit Hilfe des Biofeedbacktrainings werden bestimmte Körperfunktionen gemessen, die für den Patienten eigentlich nicht wahrnehmbar sind. Diese werden an den Patienten zurückgemeldet. Der Patient lernt so, diese gemessenen Signale selber po-

sitiv zu steuern. Da sich mäßiges Ausdauertraining positiv auf den Stresslevel auswirkt, wird den Patienten für das Projekt auch eine Pulsuhr zur Verfügung gestellt.

Abbildung 56 Bestandteile und Ziele des Versorgungsmodells



Quelle: Eigene Darstellung.

Beteiligt am Projekt sind Arzt und Therapeut, das Netzbüro, der Patient und weitere Kooperationspartner. Der Arzt schreibt den Patienten ein und kommuniziert mit dem verantwortlichen Therapeuten. Dieser führt die Messung der Herzfrequenzvariabilität durch, leitet das Biofeedbacktraining an, die Herzkohärenzübungen sowie das Ausdauertraining – und er dokumentiert die Therapie. Der Therapeut entlastet somit den Arzt. Das Netzbüro organisiert beispielsweise die Terminvergabe. Zu den Kooperationspartnern gehören unter anderem Vereine und Anbieter aus dem Bereich Ausdauertraining.

Das Konzept stellt Patienten in den Mittelpunkt und stärkt die Fähigkeiten zum Selbstmanagement. Durch den Austausch zwischen Therapeut und Arzt bekommt der Arzt eine bessere Übersicht über den Gesundheitszustand und den Trainingsstand seines Patienten. Das Herzkohärenztraining hilft nicht zuletzt, Folgeerkrankungen zu vermeiden und Behandlungs- und Medikamentenkosten einzusparen.

Nächste Schritte

Bis Juli 2016 sollen 30 weitere Teilnehmer in das Projekt aufgenommen werden. Für November 2016 ist eine erste Evaluation geplant. Schon jetzt werden erste Daten erhoben, um im Anschluss mit Kostenträgern über eine langfristige Finanzierung zu verhandeln. Nach erfolgreichen Verhandlungen soll das Projekt regional ausgeweitet werden.

Ansprechpartner

Regina Eckel

Projektmanagement
Ärztetenetz Lippe GmbH
Gildestraße 1
32760 Detmold
Telefon: 05231 – 458 250
E-Mail: eckel@aerztenetz-lippe.de
www.aerztenetz-lippe.de

Constanze Liebe

Geschäftsleitung
Ärztetenetz Lippe GmbH
Gildestraße 1
32760 Detmold
Telefon: 05231 – 458 250
E-Mail: liebe@aerztenetz-lippe.de
www.aerztenetz-lippe.de

TeleArzt

Sicherstellung hochqualitativer Patientenversorgung mithilfe telemedizinischer Versorgungslösungen

Autoren: Thomas Assmann und Stefanie Berger

Management Summary

TeleArzt ist ein Konzept zur telemedizinischen Betreuung von Patienten. Mithilfe eines telemedizinischen Versorgungsrucksacks, der moderne Messgeräte beinhaltet, kann die Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis (VERAH) den Patienten betreuen. Zusätzlich kann der zuständige Hausarzt per Videokommunikation über das Tablet direkt ins Wohnzimmer zum Patienten dazu geschaltet werden. Die erhobenen Vitaldaten werden unverzüglich an den Arzt gesendet, der somit direkt Therapieanweisungen an seine Versorgungsassistentin vor Ort für den Patienten geben kann. Die Assistentin nimmt dem Arzt somit einen Teil der zeitintensiven Routineuntersuchungen ab und lange Anfahrtswege entfallen.

Dies ermöglicht eine engmaschigere Betreuung des Patienten im häuslichen Umfeld. Der Hausarzt wird aktiv eingebunden, aber gleichzeitig entlastend unterstützt. Das Versorgungskonzept kommt Patienten als auch Kostenträgern zugute, da es stationäre Aufenthalte und Intensivbehandlungen zu verhindern hilft.

Das Charakteristische an dem Versorgungskonzept: Die Hausarztpraxis entsendet eine VERAH zum Patienten, welche den Patienten telemedizinisch betreut – die Behandlung selbst wird vom Arzt überwacht und gesteuert. Zur Patientengruppe gehören unter anderem Patienten mit chronischen Erkrankungen, aber auch Erkrankungen mit Mobilitätseinschränkungen.

Das Projekt wird seit Oktober 2015 in Zusammenarbeit mit Dr. Thomas Aßmann in Lindlar, der Pro Versorgung Care AG und der vitaphone AG entwickelt und unter dem Dach der TAG TeleArzt GmbH vereint.

Umsetzung

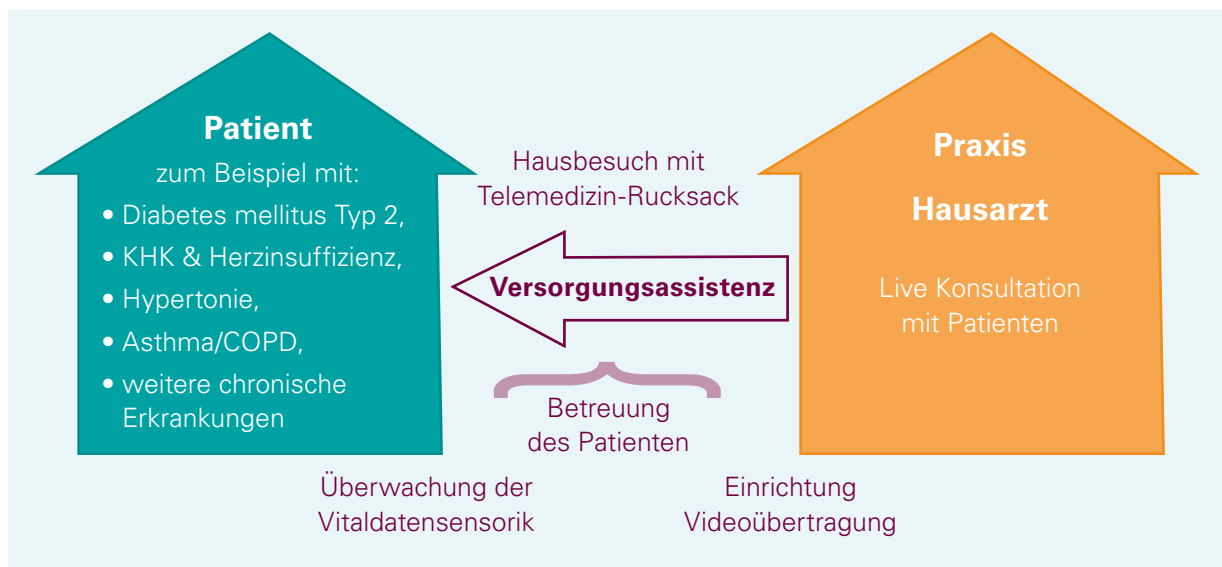
Das Konzept will Versorgungsqualität sicherstellen, da in vielen Regionen die Zahl der Ärzte sinkt und somit die Zahl der zu versorgenden Patienten pro Arzt ansteigt. Außerdem bietet das telemedizinische Projekt eine Lösung für Patienten, die den Weg zum Arzt nicht auf sich nehmen können und die auf einen Hausbesuch angewiesen sind.

Die VERAH kann vordefinierte Aufgaben des Arztes bei einem Hausbesuch in bestimmten medizinischen Situationen im Kontext der delegierbaren Leistungen übernehmen. Jedoch ist es dem Arzt aus-

nahmslos vorbehalten, eine Erkrankung zu diagnostizieren. Gleiches gilt bei einem akuten Notfall; auch hier muss der Arzt anwesend sein.

Bundesweit gibt es mittlerweile über 8.500 VERAHs. Mithilfe der Vitaldatensensorik kann der Versorgungsassistent den Patienten betreuen und bei Bedarf die Daten direkt an den Hausarzt übermitteln. Zum Equipment der Versorgungsassistentenz gehört ein telemedizinischer Versorgungsrucksack mit Sensorik, mit denen Vitaldaten gemessen und übermittelt werden können, wie Gewicht, EKG, Blutzucker, Sauerstoffsättigung, Lungenvolumen und Blutdruck. Begleitet wird dies durch eine Videokommunikation über einen Tablet-PC. Abbildung 57 veranschaulicht die telemedizinische Betreuung.

Abbildung 57 Bestandteile telemedizinischer Betreuung



Quelle: Eigene Darstellung.

Das Konzept hat das Potenzial, gleichbleibende Versorgungsqualität bei geringerem Zeitbedarf sicherzustellen. Zudem können Wegzeiten des Patienten und des Arztes gesenkt werden. Auf finanzieller Ebene ergeben sich Einsparungen, weil Rettungstransporte, Krankenhausaufenthalte und Folgeerkrankungen vermieden bzw. frühzeitig erkannt werden können. Die Therapietreue der Patienten kann darüber hinaus mithilfe von Patientencoaching gestärkt werden. Zudem wird das Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Arzt aufrechterhalten und gestärkt. Telemedizinische Versorgungsstrukturen können in die vorhandenen Praxisabläufe integriert werden und sie letztlich unterstützen und optimieren.

Künftig muss die Finanzierung sichergestellt werden. Die vertragliche Gestaltung mit den Kostenträgern erweist sich als schwierig. Aus diesem Grund bestehen die Verträge derzeit auf selektivvertraglicher Ebene.

Nächste Schritte

Es sollen weitere Hausarztpraxen in das Konzept eingeschlossen werden. Langfristig gesehen sollen telemedizinische Versorgungsstrukturen in die Regelversorgung integriert werden.

Ansprechpartner

Dr. med. Thomas Assmann

Facharzt für Innere Medizin,

Notfallmedizin,

Naturheilverfahren

Angelus Praxis Lindlar

Hauptstraße 57

51789 Lindlar

Telefon: 02266 – 464 367

E-Mail: doc-ass@web.de

www.angelus-lindlar.de/

Stefanie Berger

Head of Business Development

and Marketing

vitaphone GmbH

Markircher Straße 22

68229 Mannheim

Telefon: 0621 – 178 918 199

E-Mail: stefanie.berger@vitaphone.de

www.vitaphone.de

Telemedizinische Versorgung von Patienten mit chronischen Wunden

Autoren: Susann Bargel und Cornelia Krüger

Management Summary

Die *Telemedizinische Versorgung von Patienten mit chronischen Wunden* hat zum Ziel, die Versorgungslücke zwischen Akutversorgung und ambulanter Basisversorgung von chronischen Wunden zu schließen. Das Projekt vernetzt ambulante und stationäre Leistungserbringer aus dem Raum Hamburg: Das universitäre Wundzentrum, die DAK-Gesundheit und sechs Wundpraxen. So stellt das Projekt eine flächendeckende und interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung sicher.

Mithilfe des telemedizinischen Versorgungskonzepts des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE) und der DAK-Gesundheit sollen Barrieren zwischen Schnittstellen überwunden werden, das Wissen des UKE soll auf die periphere Versorgung übertragen und letztlich die Qualität gesteigert werden.

Umsetzung

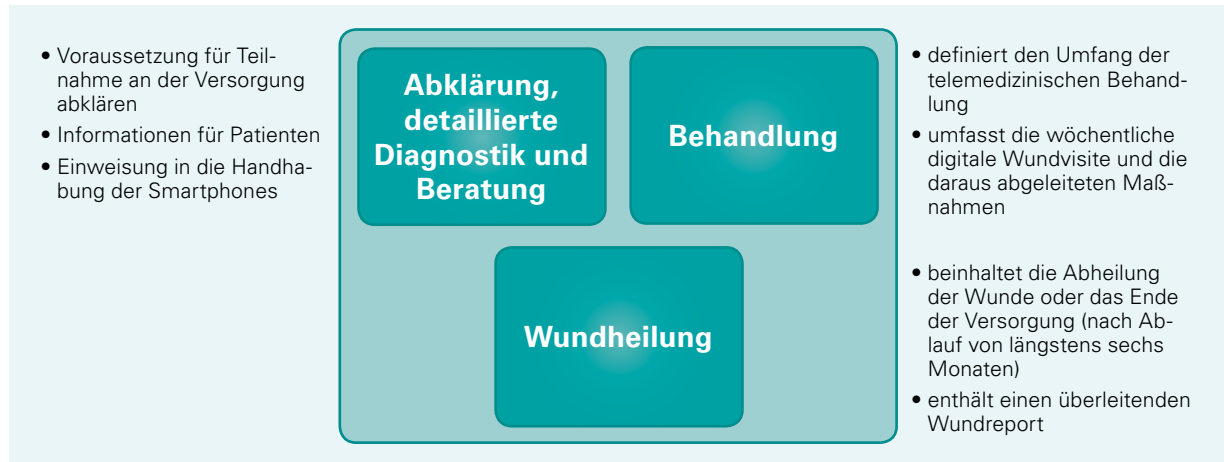
Aktuellen Versorgungsstudien zufolge ist die Versorgungsqualität chronischer Wunden in Deutschland nicht ausreichend. Problematisch sind vor allem die Schnittstellen zwischen Akutversorgung, spezialisierten Wundversorgungszentren, der ambulanten Basisversorgung sowie der regelmäßigen Nachkontrolle. Für die Versorgung von schlecht heilenden Wunden haben sich spezialisierte Wundversorgungszentren als leistungsfähige und effiziente Versorgungsstrukturen bewährt – sowohl hinsichtlich der medizinischen als auch der wirtschaftlichen Ergebnisse.

Das UKE verfügt über ein Wundzentrum, das europaweit zu den differenziertesten und erfahrensten interdisziplinären Zentren in der Versorgung chronischer Wunden zählt. Es werden wöchentlich klinische Visiten mit Fachärzten für Dermatologie, Gefäßchirurgie und plastischer Chirurgie durchgeführt. Das Zentrum ist bundesweit mit Kliniken, niedergelassenen Ärzten sowie Pflegeeinrichtungen und -diensten vernetzt. Auch Disziplinen wie die Versorgungsforschung und die Gesundheitsökonomie sind am Zentrum angesiedelt. Die Herausforderung besteht darin, die Fachkompetenz des UKE der Fläche zugänglich zu machen.

Durch das Projekt *Telemedizinische Versorgung von Patienten mit chronischen Wunden* soll die Lebensqualität der Betroffenen steigen, stationäre Aufenthalte vermieden, Warte- und Wegezeiten verkürzt sowie Rezidivraten gesenkt und die Heilung verbessert werden.

UKE-Wundspezialisten haben einen Behandlungspfad entwickelt, der folgende drei Module enthält (siehe Abbildung 58).

Abbildung 58 Module des Versorgungsprogramms



Quelle: Eigene Darstellung.

Nach neun und zwölf Monaten werden Nachsorgechecks bzw. Kontrollvisiten zur Evaluation vereinbart. Das Versorgungskonzept beinhaltet zudem regelmäßige gemeinsame Fach- und Fallkonferenzen von beteiligten Ärzten und Pflegediensten. Sie stellen sicher, dass alle teilnehmenden Patienten fachlich qualifiziert versorgt werden.

Zu den Aufgaben des UKE gehören Umsetzung, Organisation, Qualitätssicherung, wissenschaftliche Evaluation sowie koordinierende Versorgung mit den ambulanten Wundpraxen, Hausärzten und Pflegediensten. Die Finanzierung erfolgt anhand einer wochengenauen Abrechnung der erbrachten Leistung. Das UKE erhält eine Aufnahme- und Wochenpauschale.

Die Evaluation erfasst die Prozess- und die Ergebnisqualität und misst die Heilungsrate, die Lebensqualität und den Patientennutzen sowie die Ressourcennutzung und die Kosten der Versorgung.

Nächste Schritte

Als nächstes soll die Ausweitung auf weitere Patienten und Regionen stattfinden. Letztlich soll das Projekt in die Regelversorgung überführt werden.

Ansprechpartner

Cornelia Krüger

Vertragsmanagerin

DAK-Gesundheit

Gotenstraße 12

20095 Hamburg

Telefon: 040 – 797 513 811 04

E-Mail: cornelia.krueger@dak.de

www.dak.de

Susann Bargel

Mitarbeiterin Strategische

Unternehmensentwicklung

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Martinistraße 52

20246 Hamburg

Telefon: 040 – 741 059 269

E-Mail: s.bargel@uke.de

www.uke.de

Versorgungsforschung Vorhofflimmern

Ärztetze gegen Schlaganfall

Autoren: Jürgen Pflaum und Birgit Sattler

Management Summary

Strukturierte Blutdruck- und Pulsmessungen in Rahmen von Haus- sowie Facharztbesuchen sollen helfen Schlaganfälle zu vermeiden. Die GO-LU (Gesundheitsorganisation Ludwigshafen) hat dazu einen Behandlungspfad für Patienten mit Vorhofflimmern entwickelt, der folgende Eigenschaften vereint:

- einheitliche Standards
- hohe Behandlungsqualität
- geringer Zeitaufwand
- geringe Gesundheitskosten
- optimierter Schutz vor Schlaganfällen
- hohe Lebensqualität für Patienten

Innerhalb des Projekts wurden Patienten ab 65 Jahren untersucht, die an Bluthochdruck sowie Herzrhythmusstörungen leiden – bei denen also ein Verdacht auf Vorhofflimmern besteht. Das Projekt erstreckte sich über zwei Aktionswochen im März und jeweils eine Aktionswoche im Juni und September 2016. Für Oktober 2016 war ein Workshop zur Auswertung und zum Erfahrungsaustausch geplant.

Umsetzung

Schätzungen zufolge verursacht Vorhofflimmern 30 bis 35 Prozent aller Schlaganfälle. Schlaganfälle aufgrund von Vorhofflimmern bedingen eine höhere Mortalität und Morbidität sowie einen längeren Krankenhausaufenthalt. Des Weiteren kommt es im Verlauf zu stärkeren Beeinträchtigungen im Leben sowie einem höheren Rezidivrisiko. Zudem sind die Versorgungskosten um das 1,5-fache erhöht.

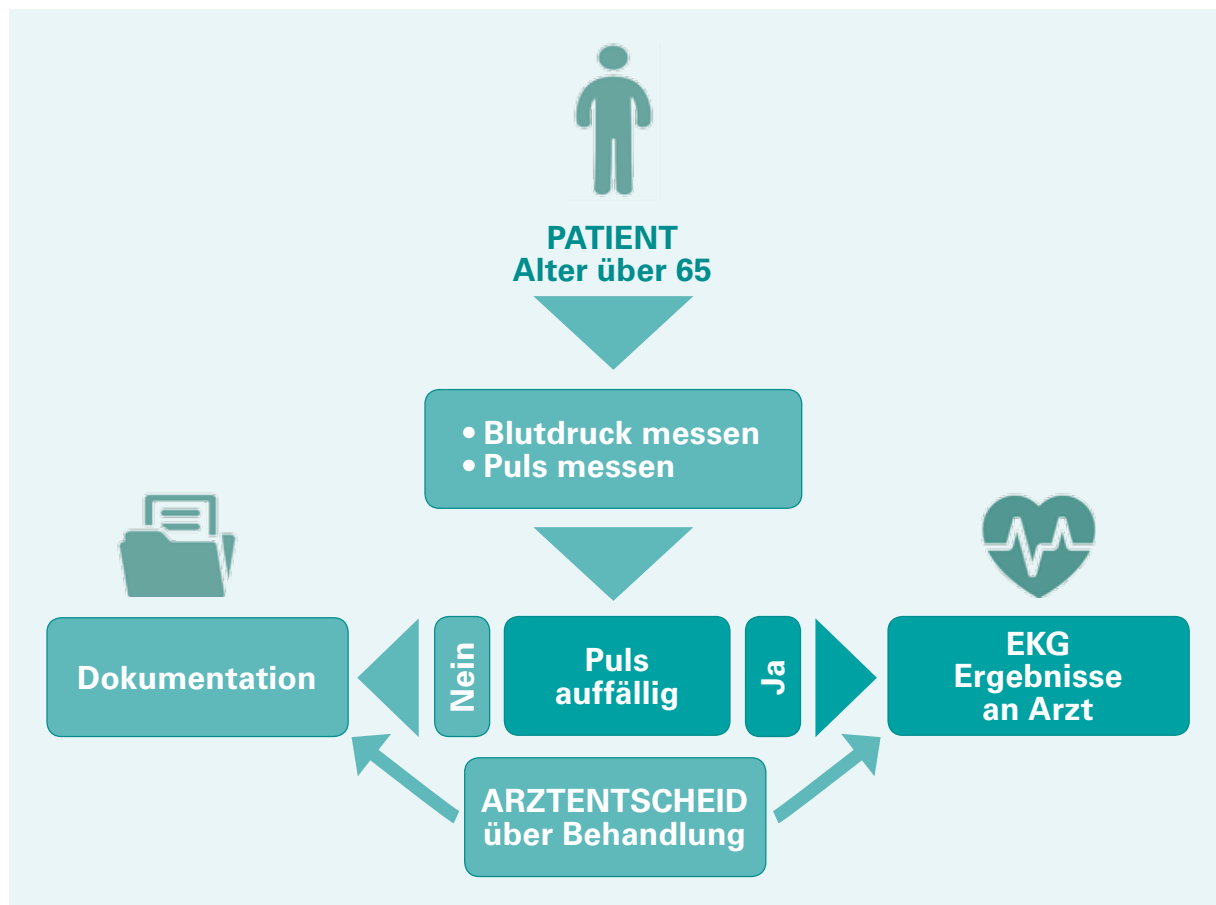
Allerdings bleibt das Vorhofflimmern oft unerkannt, da die Erkrankung häufig ohne Symptome verläuft. Die Erkrankung tritt häufig unregelmäßig auf und wird bei einmaliger Untersuchung in der Regel nicht diagnostiziert. Aus diesem Grund scheint ein systematisches Screening sinnvoll, dass die Arztpraxen nach vorgegebenen Parametern durchführen.

Das Versorgungskonzept wurde in fünf Praxen gestartet. Dafür wurde bei Patienten über 65 Jahren der Blutdruck gemessen und auf Pulsunregelmäßigkeiten geachtet. Bei auffälligem Puls wurde ein EKG

geschrieben. Von 127 untersuchten Patienten wurde bei 13 ein Vorhofflimmern diagnostiziert. Die Zahlen sind zwar nicht repräsentativ, stimmen aber mit den Aussagen aus der Literatur überein.

Die Abbildung 59 stellt den Behandlungspfad dar.

Abbildung 59 Behandlungspfad der GO-LU Ärzte für Patienten mit Vorhofflimmern.



Quelle: Eigene Darstellung.

Der Mehrwert zeigt sich auf drei Ebenen:

1. Patientennutzen: Schlaganfälle werden vermieden – und die damit verbundenen schwerwiegenden Einschnitte in die Lebensqualität.
2. Leistungserbringer: werden entlastet aufgrund vermiedener Ereignisse und vermiedener Folgebehandlungen.
3. Pflegekassen: Pflegekosten werden vermieden.

Die Managementgesellschaften der Ärztenetze GO-LU und WoGe (Wormser Gesundheitsnetz) organisieren das Projekt; die Haus- und Fachärzte des Netzes setzen es um. In Zukunft sollen Apotheken akquiriert werden, die Kunden auf das Projekt aufmerksam machen, Blutdruck und Puls messen und auf teilnehmende Ärzte verweisen. Die Finanzierung des Projekts erfolgt aus Eigenmitteln und Ressourcen beider Netze.

Nächste Schritte

Als Erstes soll das Projekt evaluiert werden. Weitere Schritte sind Informationsworkshops und Fortbildungsveranstaltungen mit den teilnehmenden Praxen, um Erfahrungen auszutauschen. Des Weiteren wird ein nachhaltiges Screening über den Projektzeitraum hinaus angestrebt. Erfreulich wäre die Ausweitung in Form eines Angebots seitens der Krankenkassen.

Ansprechpartner

Birgit Sattler

Wormser Gesundheitsnetz eG
Von-Steuben-Straße 17
67549 Worms
Telefon: 0624 – 197 70 90
E-Mail: Info@woge-worms.de

Dr. Roger Hladik

Vorstandsvorsitzender
Gesundheitsorganisation Ludwigshafen eG
(GO-LU)
Paul-Klee-Straße 1
67061 Ludwigshafen
Telefon: 0621 – 660 030 15
E-Mail: dr.hladik@go-lu.de

Wormser Modell

Arztsitze in der Region halten

Autoren: Paul Brämer und Birgit Sattler

Management Summary

Arztsitze in der Region halten ist ein Konzept, das Nachwuchsärzten den Weg in die Niederlassung erleichtern soll. Die Zielgruppe sind somit zum einen Medizinstudenten und angehende bzw. ausgebildete Fachärzte, zum anderen Ärzte, die ihren Arztsitz abgeben wollen.

Das Projekt will die Patientenversorgung in Worms und den angrenzenden Orten sicherstellen, Ärzte von bürokratischen Aufgaben entlasten und das finanzielle Risiko einer Niederlassung minimieren. Eine gute Versorgung kann gewährleistet werden, indem ausreichend Ärzte ambulant tätig sind.

Das Wormser Gesundheitsnetz (WoGe) hat dazu einen Maßnahmenkatalog entwickelt, um potentiellen Nachwuchs anzusprechen. Es wurden Maßnahmen definiert für Famulatur- und PJ-Programme (vor allem für die Allgemeinmedizin), für Veranstaltungen für Nachwuchsärzte, aber auch für die „WoGe-Praxis“ *Ärztegemeinschaft Liebenauerfeld* – ein Praxismodell, in dem Haus- und Kinderärzte freiberuflich oder angestellt in einer Praxisgemeinschaft tätig sind.

Dem Wormser Gesundheitsnetz gehören 100 Ärzte verschiedener Fachrichtungen an. Durch bisherige Bemühungen wurden seit dem Jahr 2012 mehrere Haus- sowie ein Kinderarztsitz aufrechterhalten.

Umsetzung

In Worms und Umgebung besteht ein Ärztemangel; es fehlt vor allem an Haus- und Kinderärzten. In den Jahren 2011/2012 gingen drei Hausärzte ohne Nachfolger in Rente, drei Facharztsitze wurden an Kliniken verkauft (Orthopädie, Neurologie und Pädiatrie). Betroffen waren davon rund 4.000 Patienten. Die Patientendichte und Wartezeiten in den verbliebenen Praxen stiegen daher an. Auch werden Patienten immer häufiger von den Ärzten abgelehnt. Kinderärzte behandeln zum Beispiel nur noch Neugeborene mit Geschwistern.

Eine Analyse der WoGe zeigte, dass auch innerhalb des Wormser Gesundheitsnetzes in den nächsten fünf Jahren 15 bis 20 Ärzte ihren Arztsitz abgeben werden, darunter zehn Hausärzte.

Dass sich für diese Hausärzte nur schwer Nachfolger finden lassen, liegt auch an dem hohen finanziellen Risiko, sowie dem enormen bürokratischen Aufwand für niedergelassene Ärzte. Die WoGe hat sich für ihre Umsetzung folgende Thesen gesetzt:

1. Ärztknappheit im WoGe-Land trotz gesperrter KV-Gebiete.
2. Für junge Ärzte sind Work-Life-Balance und Teamarbeit besonders wichtig.
3. Junge Ärzte scheuen finanzielle Risiken.
4. Die Bindung an die Wormser Ärzteschaft muss frühzeitig erfolgen.
5. Verschiedenste Interessensgruppen müssen einbezogen werden, da das Thema die ganze Stadt betrifft.

Das Versorgungskonzept beinhaltet folgende Anreize:

- Famulaturen für Medizinstudenten: Kontakte sollen hergestellt und Praxen vermittelt werden.
- Das PJ-Programm Allgemeinmedizin in Kooperation mit der Klinik: Es besteht die Möglichkeit, das Wahlfach Allgemeinmedizin ein Tertial lang zu belegen, um später nahtlos in eine Praxis eingegliedert zu werden.
- Gelebtes Verbundweiterbildungsprogramm in Kooperation mit der Klinik: Während des Weiterbildungsprogramms Allgemeinmedizin wird jedem auszubildenden Weiterbildungsassistenten ein Mentor zur Seite gestellt, der eine betreuende und beratende Funktion einnimmt.
- Ärztenachmittage „WoGe meets Nachwuchs“ werden angeboten, damit Fragen der Ärzte beantwortet werden können.
- Ärztwochenenden für Nachwuchsärzte aller Fachrichtungen und deren Familien, um Worms mit seinen Angeboten besser kennenzulernen und das Privatleben einzubeziehen.
- „WoGe-Praxis“ bietet Rundum-Service. Neben vollausgestatteten Praxisräumen werden nichtmedizinische Aufgaben wie Beschaffung, Datenverarbeitung und Personalmanagement abgenommen.
- Eine Kinderbetreuung wird ab 2017 angeboten werden.

Die Maßnahmen werden von dem Tochterunternehmen WoGe-Service GmbH gesteuert. Es kooperiert mit Vertretern der Stadt, des Klinikums, der Kassenärztlichen Vereinigung und anderen Partnern. Das Projekt wird durch netzeigene Mittel finanziert, einzelne Werbe-Maßnahmen werden von Kooperationspartnern unterstützt.

Nächste Schritte

Eine Kinderbetreuung – die sogenannte „PlanB-Lösung“ – wird als nächster Schritte umgesetzt. Darüber hinaus soll die „WoGe-Praxis“ in Worms ausgetestet werden. Das Praxiskonzept auf weitere angrenzende Orte auszuweiten, ist ein weiteres, besonders wichtiges Ziel.

Ansprechpartner

Birgit Sattler

Geschäftsführung

Wormser Gesundheitsnetz WoGe eG

Von-Steuben-Straße 17

67549 Worms

Telefon: 06241 – 977 090

E-Mail: sattler@woge-worms.de

www.woge-worms.de

Paul Brämer

Vorsitz Vorstand

Wormser Gesundheitsnetz WoGe eG

Von-Steuben-Straße 17

67549 Worms

Telefon: 06241 – 977 090

E-Mail: info@woge-worms.de

www.woge-worms.de

YASEMIN Beratungsstelle für junge Migrantinnen

Evangelische Gesellschaft Stuttgart e.V.

Autoren: Monika Memmel und Halide Özdemir

Management Summary

YASEMIN ist eine Beratungsstelle für junge Migrantinnen zwischen 12 und 27 Jahren, in Einzelfällen auch für junge Männer oder Paare. Zudem können auch Vertrauenspersonen der jungen Migrantinnen beraten werden, etwa Lehrpersonal, soziale Fachkräfte, Behördenmitarbeiter, Arbeitgeber oder Freunde. Das Beratungsangebot richtet sich an Personen, die in Krisensituationen Hilfe benötigen, die zum Beispiel von Zwangsverheiratung bedroht oder betroffen sind, die Schwierigkeiten mit Familie, Verwandten oder dem sozialen Umfeld haben. Die Beratung erfolgt anonym, kostenlos und auch in türkischer Sprache – vor Ort, per Telefon oder per E-Mail. Zudem veranstaltet YASEMIN Präventions- und Informationsveranstaltungen und leistet Gremienarbeit.

Seit Mitte 2007 gibt es die Beratungsstelle mit zwei Sozialpädagogen; ihr Träger ist die Evangelische Gesellschaft Stuttgart e.V. Das baden-württembergische Ministerium für Integration, heute Ministerium für Soziales und Integration, fördert die Beratungsstelle. YASEMIN ist ein Angebot für Baden-Württemberg.

Umsetzung

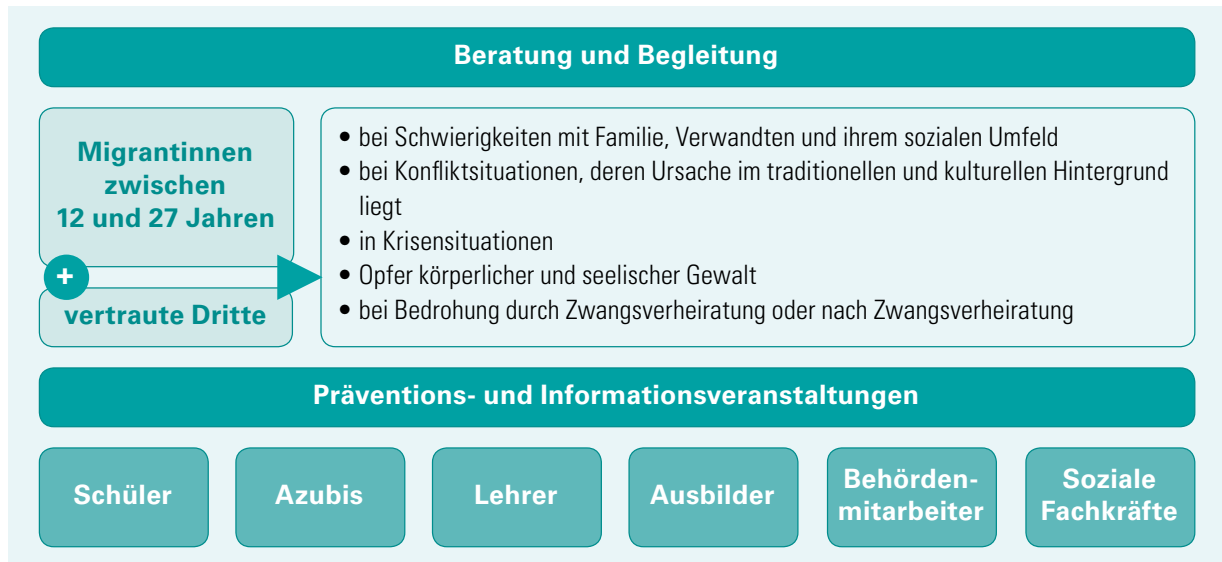
YASEMIN setzt auf Beratung, Prävention, Vernetzung sowie Öffentlichkeitsarbeit. Die nachfolgende Grafik veranschaulicht die verschiedenen Bestandteile.

Beratung: Zum einen können sich hilfesuchende Personen (Mädchen/junge Frauen oder Vertrauenspersonen) direkt an die Beratungsstelle wenden (Komm-Struktur); zum anderen kommen aber auch Mitarbeiter/Sozialpädagogen der Beratungsstelle direkt vor Ort (Geh-Struktur). Diese Mobilität ist wichtig, da die Familienangehörigen nichts von dem Hilfeersuchen erfahren dürfen. Beraten wird daher auch in Schulen und in Ausbildungsstätten. Die Beratung kann sich über einen längeren Zeitraum erstrecken.

Prävention: YASEMIN versucht vor allem, über die Themen *Gewalt im Namen der Ehre* und *Zwangsverheiratung* zu informieren und aufzuklären. Zudem sollen die Rechte der Jugendlichen gestärkt werden. Die Präventionsmaßnahmen werden an Schulen (ab der siebten Klasse) und in Ausbildungsstätten angeboten. Zusätzliche Informationsveranstaltungen und Fachgespräche mit unterschiedlichen Berufsgruppen und Institutionen runden das Angebot ab.

Vernetzung: Durch die Gremienarbeit will sich die Beratungsstelle mit anderen Beratungsstellen, Institutionen und Einrichtungen austauschen und mit ihnen kooperieren. Die Teilnahme an Arbeitsgemeinschaften/Gremien erfolgt auf kommunaler, Landes- und Bundesebene.

Abbildung 60 Schematischer Aufbau der Beratungsstelle



Quelle: Eigene Darstellung.

Es werden in Kooperation Fachtage zur Bekämpfung von Zwangsverheiratung initiiert. Mit Interviews und Artikeln in der Publikumspressen sowie über Fachartikel soll das Thema eine breitere Öffentlichkeit und vor allem Multiplikatoren erreichen, Kooperationspartner sollen gewonnen und die Bildung regionaler Netzwerke soll vorangetrieben werden.

Der Hilfebedarf der Betroffenen und die Konzeption werden regelmäßig überprüft. Qualitätszirkel gewährleisten eine qualitativ hochwertige Pädagogik.

Die Aktion Mensch finanzierte das Projekt ab Mitte 2007 für fünf Jahre und der Diakonische Spendfonds für zwei Jahre. Ab dem zweiten Jahr wurde das Projekt auch durch Spenden unterstützt. Das Ministerium für Integration Baden-Württemberg, heute Ministerium für Soziales und Integration, fördert das Projekt seit Mitte 2012. Zudem fällt ein Eigenanteil in Höhe von 22.000 Euro jährlich an.

Nächste Schritte

Die Arbeit und das Konzept werden ständig überprüft, so dass das Angebot regelmäßig bedarfsgerecht angepasst werden kann.

Weiterhin sollen Präventionsveranstaltungen im Bereich der Behindertenhilfe ausgeweitet werden.
Aufgrund der Flüchtlingsthematik ist der Präventionsbereich neu zu gestalten bzw. anzupassen.

Ansprechpartner

Monika Memmel

Abteilungsleitung
Evangelische Gesellschaft Stuttgart e. V. (eva)
Büchsenstraße 34-36
70174 Stuttgart
Telefon: 0152 – 406 547 89
E-Mail: monika.memmel@eva-stuttgart.de
www.eva-stuttgart.de/yasemin.html

Halide Özdemir

Diplom-Sozialarbeiterin (FH)
Evangelische Gesellschaft Stuttgart e. V. (eva)
Büchsenstraße 34-36
70174 Stuttgart
Telefon: 0711 – 539 825
E-Mail: halide.oezdemir@eva-stuttgart.de
www.eva-stuttgart.de/yasemin.html

Ausschreibung

MSD Gesundheitspreis 2017

Innovativen und nachhaltigen Versorgungsprojekten eine Bühne bieten, sie zu unterstützen und Anreize zur Nachahmung zu schaffen – diese Ziele verfolgt der MSD Gesundheitspreis. 2017 wird MSD zum siebten Mal das MSD Forum GesundheitsPARTNER organisieren – und den MSD Gesundheitspreis unter der Schirmherrschaft von Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe verleihen. Für den MSD Gesundheitspreis 2017 können sich konkrete Versorgungsprojekte bewerben, die eine nachhaltige Verbesserung der medizinischen und/oder ökonomischen Ergebnisqualität gezeigt haben.

Als Teilnahmevoraussetzungen gelten fünf Kriterien:

1. Das Versorgungsprojekt soll eine nachhaltige Verbesserung der medizinischen und/oder ökonomischen Ergebnisqualität gezeigt haben.
2. Es müssen externe Evaluationsergebnisse vorliegen. Auch Pilotprojekte, die bereits im Markt etabliert sind oder vielversprechende Ergebnisse vorweisen, können förderungswürdig sein.
3. Inhaltlich sollen insbesondere Indikationen folgender großer Volks- und Infektionskrankheiten sowie seltene Erkrankungen aufgegriffen werden: Diabetes mellitus Typ 2, Herz-Kreislauferkrankungen, Immunologie (Rheumatologie, Gastroenterologie), onkologische Erkrankungen, Osteoporose, Pilzerkrankungen sowie die Prävention und Therapie viraler und bakterieller Infektionen.
4. Der Ansatz soll Patienten und Versicherte dabei unterstützen, konkrete Gesundheitsziele für sich zu kennen, zu verstehen und zu erreichen sowie ihre Teilhabe am Versorgungsprozess mit zu fördern.
5. Das Projekt soll eine effiziente Versorgung über verschiedene Sektoren hinweg darstellen und beinhalten.

Der MSD Gesundheitspreis ist mit einer Gesamtsumme von 110.000 € dotiert. Damit werden zweckgebunden Versorgungsprojekte gefördert. Prämiiert werden bis zu sechs Projekte, darunter bis zu drei Sonderpreise.

- E-Health/Digitalisierung
- Arztnetze/Community Medicine
- Stärkung der Patientenbeteiligung/Adhärenz

Projektinitiatoren, die an einer Bewerbung für den MSD Gesundheitspreis 2017 interessiert sind, sollten ihre Bewerbung an den folgenden 18 inhaltlichen Gesichtspunkten orientieren:

Inhalt der Bewerbung

1. Bewerberdaten
2. Titel des Versorgungsprojektes
3. Leitidee des Projektes
4. Management Summary
5. Einleitung
6. Versorgungsherausforderung
7. Entstehungsgeschichte
8. Versorgungskonzept
9. Zielgruppe
10. Versorgungselemente
11. Mehrwert
12. Patientenorientierung
13. Finanzierung
14. Management
15. Externe Evaluationsergebnisse
16. Nächste Schritte
17. Literatur
18. Sonstige Information

Ablauf der Bewerbung

Unter www.msd.de/gesundheitspreis können Sie sich bis zum 17.04.2017 online bewerben. Wesentlicher Bestandteil der Bewerbung ist das zum Download bereitgestellte PDF-Bewerbungsformular. Hier finden Sie alle notwendigen Informationen sowie formale Vorgaben zu Ihrer Bewerbung. Bei Rückfragen stehen wir Ihnen gerne auch unter gesundheitspreis@msd.de zur Verfügung. Alternativ können Sie uns Ihre Bewerbung auch über diese Adresse zukommen lassen.

Herausgeber- und Autorenverzeichnis

Dr. med. Bettina Adams
Gesundheitsamt Olpe
Amtsärztin, Leiterin Sachgebiet Infektionsschutz

Bernd Altpeter
DITG GmbH
Geschäftsführer

Prof. Dr. Volker E. Amelung
Schwerpunktprofessur für Internationale
Gesundheitssystemforschung
Medizinische Hochschule Hannover
Bundesverband Managed Care e.V.
Vorstandsvorsitzender

Basri Aşkın
Der Paritätische Wohlfahrtsverband
Baden-Württemberg
Referent für Migration
Leiter Projekt Alevitischen Seelsorge

Dr. med. Thomas Assmann
Angelus Praxis Lindlar
Facharzt für Innere Medizin, Notfallmedizin,
Naturheilverfahren

Prof. Dr. Boris Augurzký
RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung
Kompetenzbereich „Gesundheit“
Leiter

Wolfgang Bachmann
Gesundheitsnetz Süd eG
Geschäftsführender Vorstand
Ärztenetz Niederrhein e.V.
Geschäftsführer

Dr. Michael Bangemann
Praxisnetz Nürnberg Süd e.V.
Vorsitzender
Susann Bargel

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Strategische Unternehmensentwicklung
Mitarbeiterin

Rüdiger Barth
Kinder- und Jugendhospiz Balthasar
Leitung

Dr. med. Anne Barzel
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Institut für Allgemeinmedizin
Fachärztin für Allgemeinmedizin,
wissenschaftliche Mitarbeiterin, Projektleitung

PD Dr. Stephanie Bauer
Universitätsklinikum Heidelberg
Leiterin Forschungsstelle für Psychotherapie

Silke Baumann
Bundesministerium für Gesundheit (BMG)
Referat Arzneimittelversorgung
Leiterin

Prof. Dr. Claudia Bausewein, PhD
Klinikum der Universität München,
Campus Großhadern
Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin
Direktorin

Bernhard Bayer
Hospiz- und PalliativVerband
Baden-Württemberg e.V.
Geschäftsführer

Dr. med. Hans-Jürgen Beckmann
MuM eG – Medizin und Mehr
Vorstand

Dr. Antje Behring
Gemeinsamen Bundesausschusses
Abteilung Arzneimittel
Teamleiter AMNOG

Stefanie Berger
vitaphone GmbH
Head of Business Development and Marketing

Dr. med. Michael Bergmann
PNSoftware und BüroOrganisation GmbH
Geschäftsführer

Sebastian Bernhardt
KV Telematik GmbH
Projektleiter eTerminservice

Dr. med. Werner Besier
GGM Gesundheitsprojekt Mannheim e.G.
Vorstandsvorsitzender

Andreas Bethke
Deutscher Blinden- und Sehbehindertenverband
e.V. (DBSV)
Geschäftsführer

Karlheinz Blackert
Ethos gemeinnützige GmbH
Geschäftsführer

Prof. Dr. med. Matthias Blüher
Universitätsklinikum Leipzig AöR
Leiter der Adipositas-Ambulanz, Oberarzt

Detlef Böhler
BARMER GEK Hauptverwaltung Wuppertal
Leiter Arzneimittel

Elisabeth Böing
Stadtverwaltung Bocholt
Fachbereich Stadtentwicklung, Statistik und
Wahlen
Städtische Demografiebeauftragte

Markus Bönig
Vitabook GmbH
Geschäftsführer

Lars Bongartz
Landarztnetz Lahn-Dill GmbH
Kaufmännischer Leiter

Bernadette Borgert
DRK-Kliniken Berlin I Westend
Rehazentrum Westend
Oberärztin, Diabetologin, Ernährungsmedizinerin
(DAEM/DGEM)

Paul Brämer
Wormser Gesundheitsnetz WoGe eG
Vorstandsvorsitzender

Andreas Brandes
Gesundheitswirtschaft Hamburg GmbH
Projektmanager

Dr. med. Johannes Bruns
Deutsche Krebsgesellschaft e.V. Berlin
Generalsekretär

Ingrid Dänschel
Akademische Lehrpraxis der TU Dresden
Inhaber

Dr. med. Bodo Denhoven
Regionales Gesundheitsnetz Leverkusen
Vorstand

Deutsche Stiftung für Junge Erwachsene mit
Krebs

Prof. Dr. Christian Dierks
Dierks + Bohle Rechtsanwälte
Fachanwalt für Sozial- und Medizinrecht

Desislava Dimitrova
Klinik für Gynäkologie mit Zentrum für
onkologische Chirurgie der Charité
Assistenzärztin

Helena Dreznjak
KV Telematik GmbH
Marketing & PR
Leiterin

Karin Ebel
Amt für Kinder, Jugend und Familie; Stadt Freiburg
Kompetenzzentrum Frühe Hilfen
Leiterin

Regina Eckel
Ärztendorf Lippe GmbH
Projektmanagement

Alexandra Eichner
Unternehmung Gesundheit Hochfranken GmbH
& Co.KG (UGHO)
Prokuristin, Assistenz der Geschäftsführung

Dr. med. Volker Eissing
Emsländische Versorgungsinitiative (EVI) gGmbH
Projektleiter

Dr. Manfred W. Eloff
NIFE Niedersächsisches Zentrum für Biomedizin,
Implantatforschung
Geschäftsführer

Thomas Engels
Health Card GmbH
Vertriebsleiter

Tamer Ergün-Yikici
Radyo Metropol FM
Geschäftsführer

Dr. Susanne Fiedler
MSD SHARP & DOHME GMBH
Senior Vice President and Managing Director

Johann Fischaleck
Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Referat Vertragspolitik und Arzneimittel
Teamleiter Arzneimittel
Fachapotheker für Klinische Pharmazie

Dr. Jürgen Flohr
Leipziger Gesundheitsnetz
Vorstand

Prof. Dr. med. Christian Flügel-Bleienheuft
Gesundheitsnetz Köln Süd e.V.
Vorstandsvorsitzender

Marion Förster
Evangelisches Krankenhaus Alsterdorf
Leitung Öffentlichkeitsarbeit

Lutz O. Freiberg
IGiB GbR (Innovative Gesundheitsversorgung in
Brandenburg)
c/o Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg
Geschäftsführer

Prof. Dr. Kristina Friedland
Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-
Nürnberg
Professorin für Molekulare und Klinische
Pharmazie

Dr. Nicola Fritz
Fachärztin für Allgemeinmedizin

Sofie Fröhlich
Happy Mood

Dr. Florian Fuhrmann
KV Telematik GmbH
Geschäftsführer

Prof. Dr. Jochen Gensichen
Klinikum der Ludwigs-Maximilians-Universität
München
Institut für Allgemeinmedizin
Leiter

Dr. Dennis Göbel
Agaplesion Markus Krankenhaus
Vors. Geschäftsführer

Martin Göhl
MSD SHARP & DOME GMBH
Market Access Primary Care
Senior Manager Versorgungsprogramme &
Kooperationen

Philipp Goller
Redaktion und Moderation

Lea Grabley
AOK Nordost – Die Gesundheitskasse
Versorgungsmanagement – Programme und
Verträge
Team Indikationen 1
Mitarbeiterin

Prof. Dr. med. Dr. phil. Martin Härter
UKE, Institut und Poliklinik für Medizinische
Psychologie
Institutsdirektor

Sabine Heidler
medicoos e.V.
Vorsitzende des Vorstandes

Dr. Hans-Joachim Helming
Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg
Vorsitzender des Vorstandes

Andreas Herpich
Elisabeth-Kübler-Ross-Akademie, Hospiz
Stuttgart
Bildungsreferent

Prof. Dr. med. Felix Herth
Thoraxklinik-Heidelberg
Abteilung Innere Medizin – Pneumologie
Chefarzt, Med. Geschäftsführer

Dr. iur. Rainer Hess
Gemeinsamer Bundesausschusses
Ehemaliger unabhängiger Vorsitzender
Rechtsanwalt

Dr. med. Christof Andreas Heun-Letsch
HL-Beratung im Gesundheitswesen
Leiter

Thomas S. Hiller
Institut für Allgemeinmedizin, Universitäts-
klinikum Jena, Friedrich-Schiller-Universität
Wissenschaftlicher Mitarbeiter,
Projektkoordination Jena-PARADIES

Dr. rer. nat. Bianca Höpfner
Ethos gemeinnützige GmbH

Prof. Dr. Robert Horne
Professor of Behavioural Medicine
University College, London
UCL School of Pharmacy
Centre for Behavioural Medicine
Director
Centre for Advancement of Sustainable Medical
innovation
UCL Academic
Director

Prof. Dr. med. Rudolf Maria Huber
Klinikum der Universität München
Medizinische Klinik V / Campus Innenstadt
Sektion Pneumologie Innenstadt und Thorakale
Onkologie
Leiter

Dr. med. Wolfgang Hübner
Regionales Gesundheitsnetz Leverkusen eG
Vorstand

Dr. med. Tim Husemann
MSD SHARP & DOHME GMBH
Director Healthcare Management & Contracting

Prof. Dr. Siegfried Jedamzik
Bayerische TelemedAllianz
Geschäftsführer

Manfred Jehnen
AXA Konzern AG
Teamleiter, Projektleiter

Lars Johansson
Emsländische Versorgungsinitiative (EVI) gGmbH
Geschäftsführer

Peter Kurt Josenhans
AOK – Die Gesundheitskasse Bremen/
Bremerhaven
Direktion Versorgung
Leiter

Brigitte Käser
AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen
Bereich Gesundheitsmanagement
Geschäftsführerin

Ekaterina Karabasheva
Jourvie gemeinnützige UG (haftungsbeschränkt)
Gründerin

Lysann Kasprick
GeriNet Leipzig
Netzwerkmanagement

Gesche Ketels
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Physiotherapie
Leitung

Dr. rer. nat. Manfred Klemm
Regionales Gesundheitsnetz Leverkusen eG
Geschäftsführer

Michael Klennert
STAR Healthcare Management GmbH
Geschäftsführer

Dr. Rolf Koschorrek
RK Health Care GmbH
Geschäftsführer

Friedrich-Wilhelm Koop
Samtgemeinde Heemsen
Samtgemeindebürgermeister

Werner Koop
Emsländische Versorgungsinitiative (EVI) gGmbH
Schulungszentrum am Ludmillenstift in Meppen
Leiter

Dr. Christine Kuch
solution focused minds
Inhaberin

Sedat Korkmaz
Alevitische Akademie e.V.
Vorsitzender des Vorstands

Martina Kost
Arbeiterwohlfahrt, Kreisverband Freiburg e.V.
Interdisziplinäre Beratungs- und Frühförderstelle
mit Fachdienst für Integration und Inklusion und
Frühe Hilfen

Prof. Dr. Irene Krämer
Universitätsmedizin Mainz
Direktorin der Apotheke, Projektleitung

Florian Kron
Universitätsklinik Köln Klinik I für Innere Medizin
Bereich Ökonomie, Budgetbeauftragter

Cornelia Krüger
DAK-Gesundheit
Vertragsmanagerin

Steffen Kruhl
KV Telematik GmbH
Projektleiter eArztbrief

PD Michael Kusch
Universitätsklinik Köln, Klinik I für Innere Medizin
LebensWert e.V.
Leitung Bereich Forschung und Entwicklung

Prof. Dr. med. Martin Lambert
UKE, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und
Psychotherapie
Arbeitsbereich Psychosen
Leiter Integrierte Versorgung
Leiter Station PA2
Oberarzt

Dr. med. Martin Lang
BVKJ Bayern e.V. Berufsverband der Kinder- und
Jugendärzte
Landesverbandsvorsitzender

Stephanie Lerf
Vincentro München gGmbH, Awolysis gGmbH
Geschäftsführerin

Constanze Liebe
Ärztendorf Lippe GmbH
Geschäftsleitung

Magdalene Linz
Apothekerkammer Niedersachsen
Präsidentin

Rainer Luithardt
Arbeiterwohlfahrt Kreisverband Freiburg e.V.
Abteilungsleiter Allg. Sozialwesen

Mirjam Mann
Allianz Chronischer Seltener Erkrankungen
(Achse e.V.)
Geschäftsführerin

Dr. Ursula Marschall
BARMER GEK
Leitende Medizinerin

Peter Makolla
protected dialog experts Deutschland GmbH,
pde.de
Geschäftsführer

Dr. med. Manfred Mayer
GGM Gesundheitsprojekt Mannheim e.G.
stellvertretender Vorstandsvorsitzender

Univ.-Prof. (em.) Dr. Heinz Mechling
Institut für Bewegungs- und Sportgerontologie
Projektleitung

Monika Memmel
Evangelische Gesellschaft Stuttgart e. V. (eva)
Abteilungsleitung

Andreas Mendel
Initiative – Gesunder Betrieb gemeinnützige GmbH
Geschäftsführer

Detlef Meyer
Samtgemeinde Grafschaft Hoya
Samtgemeindebürgermeister

Marius Milde
AOK PLUS – Die Gesundheitskasse für Sachsen
und Thüringen
Versorgungsmanagement
Bereichsleiter

Dr. Claudia Mildner
Universitätsmedizin Mainz
stellvertretende Projektleitung

Dr. med. Christof Mittmann
medis Münster
Vorsitzender

Dieter Möhler
Rechtsanwalt
Diabetikerstiftung Mittelpunkt Mensch
Vorstandsmitglied

Harald Möhlmann
AOK Nordost – Die Gesundheitskasse
Berater des Vorstands

Dr. Markus Moessner
Universitätsklinikum Heidelberg
Forschungsstelle für Psychotherapie
Wissenschaftlicher Mitarbeiter

Dr. med. Mustafa Zelal Muallem
Klinik für Gynäkologie mit Zentrum für
onkologische Chirurgie der Charité
Stellv. Direktor, Leitender Oberarzt

Hardy Müller
Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V.
Geschäftsführer APS

Stefan Müller
Otocare GmbH
Geschäftsführer

Thomas Müller
Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe
Zentralstabs Unternehmensentwicklung
Geschäftsführer

Dr. Markus Müschenich
Flying Health – die Startup-Manufaktur
Gründer und Manager
Bundesverbandes Internetmedizin
Vorstandsmitglied

Prof. Dr. Günter Neubauer
Institut für Gesundheitsökonomik, München
Direktor

Thomas Oeben
Dein Nachbar e.V.
Vorsitzender

Dr. med. Hendrik Oen
medis Münster
Vorstand , Verantwortlicher EDV-Vernetzung

Halide Özdemir
Evangelische Gesellschaft Stuttgart e. V. (eva)
Diplom-Sozialarbeiterin (FH)

Univ.-Prof. Dr. Dr. h. c. Jürgen Osterbrink
Paracelsus Medizinische Privatuniversität Salzburg
Institut für Pflegewissenschaft und -praxis
Vorstand

Angelika Ostrowski
Deutscher Blinden- und Sehbehindertenverband
e.V. (DBSV)
Koordination

Sarah Christina Palme
Berufsgenossenschaftliches Universitätsklinikum
Bergmannsheil
Apothekerin

Simone Pareigis
Selbsthilfegruppe für Leukämie- und
Lymphompatienten Halle
Selbsthilfegruppenleiter

Dr. Detlev Parow
DAK-Gesundheit, Hamburg
Leiter Versorgungsmanagement-Entwicklung

Dr. Silvia Petak-Opel
MSD SHARP & DOHME GMBH
Manager Patient Relations

Uwe Peters
DKV Pflegedienste und Residenzen GmbH
Geschäftsführer

Jürgen Pflaum
Gesundheitsorganisation Ludwigshafen eG
(GO-LU)
Ehemaliger Geschäftsführer

Dr. med. Andreas Pötzl
Unternehmung Gesundheit Hochfranken GmbH
& Co. KG (UGHO)
Geschäftsführer

Birgit Pohler
Evangelisches Krankenhaus Alsterdorf gGmbH
Sengelmann Institut für Medizin und Inklusion
Projektkoordination

Dr. med. Georg Poppele
Evangelisches Krankenhaus Alsterdorf gGmbH
Sengelmann Institut für Medizin und Inklusion
Chefarzt

Dr. Ralf Porzig
Sächsische Krebsgesellschaft e.V. (SKG)
Geschäftsführer

Gerhard Potuschek
BARMER GEK Bayern
Ehemaliger Geschäftsführer

Dr. Franziska Püschner
inav – privates Institut für angewandte
Versorgungsforschung GmbH
Senior Manager Gesundheitsökonomie

Thomas Rampoldt
Ärztegenossenschaft Nord eG
Geschäftsführer

Stephanie Rataj
AOK-Nordost Centrum für Gesundheit Berlin
Rehazentrum Westend

Dr. Andreas L.G. Reimann
admedicum Business for Patients GmbH & Co
KG, Köln
Geschäftsführender Gesellschafter

Dirk Reinecke
Rehazentrum Westend Berlin
Sporttherapeut

Erik Reisig
Otodata Solutions GmbH
Geschäftsführer

Kai Rickert
Initiative – Gesunder Betrieb gemeinnützige
GmbH
Partnermanagement/ Qualitätssicherung

Petra Riesner
AOK Nordost – Die Gesundheitskasse
Versorgungsmanagement – Programme und
Verträge
Team Indikationen 1
Leitung

Dr. med. Klaus Rösing
Ärztenetz Eitorf e.V.
1. Vorsitzender

Sandra Rose-Fröhlich
Firma Rose-Fröhlich
Geschäftsführung

Sarah Roweda
Deutsches Institut für angewandte
Sportgerontologie
Geschäftsführerin

Ann-Kristin Ruhe
Deutsches Kinderschmerzszentrum,
Vestische Kinder- und Jugendklinik, UWH
Projekt-Managerin

Ramazan Salman
Ethno-Medizinisches Zentrum e. V.
Geschäftsführer

Birgit Sattler
Wormser Gesundheitsnetz WoGe eG
Geschäftsführung

Dr. med. Doris Scharrel
Berufsverband der Gynäkologen in
Schleswig-Holstein
Vorsitzende

Ulrich Scheibel
Evangelische Stiftung Alsterdorf
Vorstand

Dr. Helmut Schlager
WIPIG – Wissenschaftliches Institut für
Prävention im Gesundheitswesen
Geschäftsführer

Dr. med. Monika Schliffke
Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein
(KVSH)
Vorstandsvorsitzende

Sönke Schmidt
Berufsverband der Radiologen und
Nuklearmediziner in Schleswig-Holstein
Vorsitzender

Dr. Karin Schmiedel
WIPIG - Wissenschaftliches Institut für
Prävention im Gesundheitswesen
ehemalige wissenschaftliche Mitarbeiterin

Dr. med. Karl-Heinz Schmitz
Ärztenetz Niederrhein e.V.
2. Vorsitzender des Vorstandes

Michael Schmitz
Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen
Geschäftsführer der Bezirksstelle Verden

Thomas Schönemann
Sächsische Krebsgesellschaft e.V. (SKG)
Projekt-Koordinator

Claudia Schrewe
Netzmanagement
Freiberufliche Moderatorin

Tim Steimle
Techniker Krankenkasse
Leiter Fachbereich Arzneimittel

Harald Schubert
Initiative – Gesunder Betrieb gemeinnützige
GmbH
Geschäftsführer

Prof. Dr. Martin Schulz
Arzneimittelkommission der Deutschen
Apotheker (AMK)
Vorsitzender

Dr. Michaela Schunk, PhD
Klinikum der Universität München
Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin
Wissenschaftliche Mitarbeiterin,
Studienkoordinatorin BreathEase

Dr. med. Armin Schuster
medis Münster
Vorsitzender

Sarah Victoria Schwalm
IFB AdipositasErkrankungen
SOP-Managerin

Prof. Dr. Friedrich Wilhelm Schwartz
Sachverständigenrat Gesundheit
ehemaliger Vorsitzender

Uwe Schwarzkamp
LebensWert e.V.
Geschäftsführer
Leitung Bereich Versorgungsmanagement

Prof. Dr. Dr. Peter C. Scriba
Medizinische Klinik Innenstadt der
Ludwig-Maximilians-Universität München
ehemaliger Direktor

Prof. Dr. med. Jalid Sehoul
Klinik für Gynäkologie mit Zentrum für
onkologische Chirurgie der Charité
Klinik für Gynäkologie
Direktor

PD Dr. Joachim Seybold MBA
Charité - Universitätsmedizin Berlin
Stellv. Ärztlicher Direktor

Angelika Sieg
AXA Konzern AG
Patientenbegleitung Diabetes, DITG Projekt

Jörg Simpfendörfer
Gesundheitsnetz Süd eG
Vorstandsreferent

Dr. med. Helmut Sörensen
Praxisinhaber
Niedergelassener Internist, Schwerpunkt
Rheumatologie

Anne Stark
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Institut für Allgemeinmedizin
Wissenschaftliche Mitarbeiterin

Michael Steinhaus
MedicBrain Healthcare
Inhaber

Regina Steinkemper
Der Paritätische Wohlfahrtsverband
Baden-Württemberg
Bereich Gesundheit und Selbsthilfe
Leiterin

Britta Tetzlaff
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Institut für Allgemeinmedizin
Wissenschaftliche Mitarbeiterin

Dr. Johannes Thormählen M.H.A
GWQ ServicePlus AG Gesellschaft für
Wirtschaftlichkeit und Qualität bei Krankenkassen
Vorstand

Ulrike Tiesler
AOK PLUS – Die Gesundheitskasse für Sachsen
und Thüringen
Krankenhausreferentin

Hanswerner Voss
GCN-HealthNet GbR, International Partnership
Managing Partner

Dr. rer. nat. Julia Wager
Deutsches Kinderschmerzszentrum,
Vestische Kinder- und Jugendklinik, UWH
Leiterin des Forschungsteams

Dr. Jutta Wendel-Schrief
MSD SHARP & DOHME GMBH
Direktor Market Access

Prof. Dr. med. Rainer Wiewrodt
Universitätsklinikum Münster
Medizinische Klinik und Poliklinik A
Leiter Pneumologie

Prof. Dr. med. Mathias H. Wilhelmi
Hannover Medical School (MHH)
Dept. Of Vascular and Endovascular Surgery
Div. F. Cardiac-, Thoracic-, Transplantation and
Vascular Surgery

Cornelia Wilkens
Stadt Münster
Soziales, Integration, Kultur und Sport
Dezernentin

Isolde Wolf
Vincentro München gGmbH
Einrichtungsleitung

Michael Wüstefeld
OPTI-med GmbH, Köln
Geschäftsführender Gesellschafter

Amin Zayani
Med Angel UG
Geschäftsführer

Prof. Dr. med. Boris Zernikow
Deutsches Kinderschmerzszentrum
Vestische Kinder- und Jugendklinik, UWH
Chefarzt

Katrin Zimmer
Geriatrische Schwerpunktpraxis
Ärztin



© 2016

MSD SHARP & DOHME GMBH
Lindenplatz 1
85540 Haar

www.msd.de

ISBN 978-3-927107-19-9