

7. MSD Forum Gesundheits*PARTNER* MSD Gesundheitspreis 2017

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

Erfolgreiche Versorgungsprojekte in der Praxis

Miteinander für eine bessere Versorgung

7. MSD Forum Gesundheits*PARTNER*

MSD Gesundheitspreis 2017

Die redaktionelle Bearbeitung dieser Publikation erfolgte durch Andrea Amelung, 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.

© 2017 · MSD SHARP & DOHME GMBH · Lindenplatz 1 · 85540 Haar · www.msd.de

ISBN Printversion: 978-3-927107-20-5

ISBN PDF: 978-3-927107-21-2

Erfolgreiche Versorgungsprojekte in der Praxis

Miteinander für eine bessere Versorgung

7. MSD Forum GesundheitsPARTNER

MSD Gesundheitspreis 2017

Herausgeber:

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

Autoren:

B. Altpeter, V. E. Amelung, W. Bachmann, M. Barczok, J. Barlinn, R. Barth, S. Baumann, H.-J. Beckmann, B. Behringer, D. Behringer, A. Beißel, F. Berger, N. Bergis-Jurgan, W. Besier, M. Bielefeld, C. Bischoff, M. Blüher, L. Bottel, N. H. Brockmeyer, J. Buchbender, M. Budak, H. Christiansen, F. Cürten, S. Dannenfeld, B. Dembski, B. Denecke, C. Dierks, G. Drogies, D. Ehrmann, A. Eichner, J. Enzensberger, I. Erb-Herrmann, U. Faubel, W. Fechter, S. Fiedler, J. Fischaleck, P. Fister, J. Flohr, C. Flügel-Bleienheuft, M. Frank, M. Göhl, P. Goller, K. Götz, C. Graf, D. Grandt, M. Groteguth, L. F. Gruner, I. Gürkan, I. Haag, T. Haak, C. Habereder, L. Hager, S. Hammesfahr, A. Heeke, U. Helbig, H.-J. Helming, A. Hепен, M. Hensel, M. Hermann, N. Hermanns, R. Hess, T. Husemann, C. Jäger, D. Janssen, S. Jedamzik, A. Kayser, T. Kerner, D. Kirsche, J. Klinghammer, M. Knöfler, A. Königsrainer, C. Köster, R. Koschorrek, S. Kreienbrock, C. Kremer, D. Krott, F. Kuck, C. Kuhne, B. Kulzer, M. Lang, J. Lindenthal, K. Löbner, N. Maier-Stockner, N. Mangiapane, K. Mann, U. Marschall, M. Mayer, M. Mayr, U. Maywald, H. Möhlmann, C. Möllmann, T. Müller, T. Oeben, I. Orth, S. Otto, D. Parow, C. Petersen, K. U. Petry, A. Pfaff, H. Platzer, A. Pötzl, S. Prasse, F. Preugschat, K. Rösing, A. Rost, J. Schildt, M. Schliffke, M. Schwab, S. Schwab, S. V. Schwalm, F. W. Schwartz, P. C. Scriba, C. Seelenmeyer, B. Seidenath, A. Seidinger, J. Simpfendörfer, A. Skaletz-Rorowski, R. Skrypzak, M. Sonnenberg, R. Söntgerath, V. Stein, J. M. Steinacker, K. Stratmann, R. Stroop, L. Sundmacher, B. te Wildt, R. Thomas, U. Tiesler, K. Tschuk, A. Ullmann, H. Urban, S. Utz, N. van den Berg, M. Viapiano, V. Wambach, C. Weber, J. Wendel-Schrief, C. Wöhler, M. Wulftange

Inhalt

Grußwort	9
Miteinander für eine bessere Versorgung	10
Vorwort	12
Innovationen für eine gesunde Zukunft	15
Denkwerkstatt A: Stand der Netzförderung nach § 87b SGB V – blühende Landschaften oder Brachflächen?	18
Denkwerkstatt B: Steuerung und Evaluation in der regionalen Versorgung	21
Denkwerkstatt C: Wie hilft die Digitalisierung die Versorgung in Arztnetzen konkret zu verbessern?	23
Denkwerkstatt D: Versorgung regional gestalten	25
Workshop 1: Was kann getan werden, damit die Ergebnisse der Nutzenbewertung nach § 35a SGB V im Praxisalltag besser genutzt werden können?	28
Workshop 2: Digitale Transformation erfolgreich gestalten	31
Workshop 3: Reformbedarf für eine effiziente und zukunftsfähige Arzneimittelversorgung ...	34
Workshop 4: Schlüsselfaktor Konsortiumsbildung – Erfahrung von Kooperationen im Innovationsfonds	37
Workshop 5: AMTS: Wie bekommen wir mehr Pilotprojekte in die Regelversorgung?	40
 Nominierte Projekte und Preisträger des MSD Gesundheitspreises 2017	
Statement zum MSD Gesundheitspreis von Dr. Carsten Petersen	43
Statement zum MSD Gesundheitspreis von Dr. Hans-Joachim Helming	45
BIG Adherence Coaching – Patientenbegleitprogramm Psychiatrie/Adherence	47
Effiziente Arbeitsteilung für die beste Versorgung – Vernetzungs- und Kooperationsstrukturen des Universitätsklinikums Heidelberg	57
Hand in Hand für die Sexuelle Gesundheit – Walk In Ruhr (WIR): sektor-, fach- und institutionsübergreifendes Modellprojekt zur bedarfsgerechten Versorgung im Bereich Sexueller Gesundheit	68
ja-ich-auch.de – Freiwillige HPV-Schulimpfung	80

Mobile Retter – mit dem freiwilligen Engagement zu einer grundständig neuen Versorgungsform	89
PRIMAS – Schulungs- und Behandlungsprogramm für ein selbstbestimmtes Leben mit Typ-1-Diabetes	101
Regionale telemedizinische Versorgung in der Psychiatrie – Regionales telemedizinisches Versorgungsmodell für psychiatrische Patienten nach teilstationärer Behandlung	114
SOS-Care – Hilfe nach Schlaganfall – Schlaganfallversorgung Ost Sachsen – Case Management nach Schlaganfall	123
Sport und Bewegung in der Pädiatrischen Onkologie – Behandlungsbegleitende Bewegungsförderung und Sporttherapie für an Krebs erkrankte Kinder und Jugendliche ...	132
Wolphscreen – Das Wolfsburger primäre HPV Screening Pilotprojekt zur besseren Prävention von Gebärmutterhalskrebs (Cervix-Ca = CCa)	143

Weitere innovative Versorgungsprojekte zur Ausschreibung des MSD Gesundheitspreis 2017

Beizeiten Begleiten in Bochum – „Behandlung im Voraus planen“ in Bochumer Einrichtungen der stationären Pflege	154
Bunter Kreis Rheinland – Plötzlich ist Ihr Kind schwer krank	157
Darmkrebsvorsorge Nordhessen – Darmkrebs erkennen und vermeiden.	160
Elektronische Vernetzung von Arztpraxen	163
eVi – Die elektronische Visite – Einsatz im Pflegeheim	167
eNurse – ein Telemedizinprojekt	169
GenoGyn-Prävention-aktiv – Versorgungs-Initiative zur erweiterten Präventionsmedizin in der Frauenheilkunde	172
Gesunde Seele	175
GNS-Herzcoach	178
GOINakut – Telefonisch-medizinische Beratung des Praxisnetzes GO IN für Ingolstadt und Umgebung	181
Hadsch – Pilgerfahrt nach Mekka als Weg in die Gesundheitsprävention	184
Hausärztliche Patientenbetreuung verbessern durch YouTube-Videos – YouTube-Channel „www.naturmedizin2go.de“ informiert über Schulmedizin und Naturheilkunde	187
Hilfe vor Ort: Die Rollende Arztpraxis verbessert die Flüchtlingsversorgung auf dem Land ...	189
InterPPHammesfahr – Interdisziplinäre Behandlung chronischer Schmerzpatienten	193
IT-gestützte Flächenversorgung, speziell in der Pneumologie	195

Jugendgesundheitsuntersuchung (J1) „Freunde fürs Leben!“	198
Kinder- und Jugendhospiz Balthasar	201
Leipziger Adipositasmanagement – Konzept zur Integrierten Versorgung nach § 140 SGB V zur Therapie von Adipositas	204
MAG1 – Mannheim gegen Einsamkeit	208
MEDIS Lebensfreude – Lebensfreude – vernetzte medizinische Versorgung, Pflege und Betreuung Demenzkranker und deren Familien in Südbrandenburg	211
Mit weniger mehr leisten: Ärztliche Ressourcen optimal einsetzen	214
NDE – Netzwerk Demenz Eitorf-Windeck	217
OASIS – Online-Ambulanz-Service für Internetabhängige und deren Angehörige	220
Patient Concept App – medizinische App zur mobilen Arzt-Patienten-Kommunikation	224
Patientenkarte.online – Das Gesundheitskonto des Patienten	228
Patientenmobil	231
QiSA-KHK im Praxistest	234
Sport und Krebs Ulm – Integrierte Versorgung Sport und Krebs am Universitätsklinikum Ulm	237
TeleDiabetes Templin	241
TeLiPro Diabetes Coaching Study: Evaluation der Effektivität und Nachhaltigkeit eines telemedizinischen Lebensstilinterventionsprogramms	244
Test it! Antibiotika gezielt und kontrolliert einsetzen	247
TUG – Verbundforschungsprojekt zur Nutzenbewertung der Telemedizin als Unterstützung für die ambulante geriatrische Betreuung – Phase 1	250
TüPatI – Tübinger Patienteninformation Darmkrebs	253
Versorgungsstrukturen für hilfsbedürftige ältere Menschen – Effiziente und innovative häusliche Versorgungsstrukturen für hilfsbedürftige ältere Menschen	256
Ausschreibung MSD Gesundheitspreis 2018	260
Herausgeber- und Autorenverzeichnis	262



Grußwort



Quelle: BMG/Jochen Zeck/factum press

Hermann Gröhe

Deutschland hat ein gutes und leistungsstarkes Gesundheitswesen, auf das wir zurecht stolz sein können. In kaum einem anderen Land haben Patientinnen und Patienten so schnell Zugang zu medizinischem Fortschritt und zukunftsweisenden Arzneimitteln wie in Deutschland – und das unabhängig von ihrem Alter, Wohnort oder Geldbeutel. Das muss auch in Zukunft so bleiben.

Um unser Gesundheitswesen fit zu machen für die Herausforderungen unserer Gesellschaft des längeren Lebens, brauchen wir neue Ideen. Deshalb freue ich mich, dass der Gesundheitspreis der MSD SHARP & DOHME GmbH auch in diesem Jahr wieder herausragende Ideen ins Rampenlicht rückt.

Als bundesweiter Innovationswettbewerb ist der Gesundheitspreis Bestätigung und Antrieb für alle, die mit ihren Ideen und durch persönlichen Einsatz dabei helfen, unsere gute Gesundheitsversorgung weiterzuentwickeln. Deswegen ist mir die Schirmherrschaft über den MSD Gesundheitspreis auch in diesem Jahr ein besonderes Anliegen.

Die zahlreichen eingereichten Projekte zeigen, wie sehr die Suche nach Verbesserungen vor allem diejenigen antreibt, die im Gesundheitswesen arbeiten. Wir geben dieser Suche nach den besten Ideen mit einem Innovationsfonds zusätzlich Rückenwind. Der Innovationsfonds fördert bis zum Jahr 2019 mit rund 300 Millionen Euro jährlich neue Versorgungsformen und Forschungsprojekte. Denn unser Ziel ist, dass sich die Bürgerinnen und Bürger in unserem Land auch in Zukunft auf eine hervorragende Gesundheitsversorgung verlassen können.

Hermann Gröhe



Dr. Susanne Fiedler

Miteinander für eine bessere Versorgung

Jedes Jahr sind wir aufs Neue von den vielfältigen, innovativen Projekten aus ganz Deutschland beeindruckt, die für den MSD Gesundheitspreis eingereicht werden.

Jedes Jahr diskutieren wir im Rahmen des MSD Forums GesundheitsPARTNER aber auch, dass die Rahmenbedingungen für Innovationen im deutschen Gesundheitswesen nicht optimal sind.

Wie passt das zusammen? Brauchen wir für mehr Innovationen etwa gar keine besseren Rahmenbedingungen, sondern nur mehr Förderung? Ich denke, wir brauchen beides.

Auf der einen Seite bin ich überzeugt, dass wir eine bessere und konstruktivere Zusammenarbeit zwischen den Akteuren im Gesundheitswesen nur durch eine Incentivierung bekommen – und nicht durch Sanktionierung. Ein Blick auf die vom Innovationsfonds geförderten Projekte zeigt eine beeindruckende Bandbreite an guten Ideen, an herausragendem Engagement und an bislang nicht für möglich gehaltenen Partnerschaften.

Gleichzeitig ist es aber auch unbestritten, dass wir ein innovationsfreundlicheres Umfeld gut gebrauchen könnten. Denn auch wenn es weder an guten Ideen noch an großem Engagement mangelt, haben wir nach wie vor ein Umsetzungsproblem – vor allem, wenn es darum geht, gute Ideen in die Fläche zu bringen.

Auch das wird deutlich beim Blick auf die Bewerbungen zum diesjährigen Gesundheitspreis: Selbst Projekte, die ihre Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit zweifelsfrei nachgewiesen haben, haben noch immer mit Widerständen zu kämpfen und sind oft weit davon entfernt, über den Status eines Pilotprojekts oder einer Modellregion hinauszukommen.

Ein innovationsfreundliches Umfeld zu schaffen, ist einerseits Aufgabe der Politik, es ist andererseits aber auch Aufgabe aller an der Versorgung beteiligten Player. Denn ein Klima für Innovationen entsteht nur dort, wo Menschen über Sektorengrenzen hinaus offen und partnerschaftlich zusammenarbeiten. Und auch hier gibt es – trotz aller Fortschritte – nach wie vor viel zu tun.

Deshalb freue ich mich ganz besonders, dass Sie in diesem Jahr – erneut oder zum ersten Mal – bei uns sind, um gemeinsam an innovativen Versorgungslösungen in Deutschland zu arbeiten. Denn auch wenn wir, die verschiedenen Akteure in diesem System, in manchen Punkten immer wieder mal unterschiedliche Interessen haben, so haben wir doch alle das gleiche Ziel: Die Menschen in Deutschland gesünder zu machen.

Ihre Susanne Fiedler



1. Reihe v.l.n.r.: Prof. Dr. Norbert Hermanns (PRIMAS), Dr. Claudia Wöhler (Wolphscreen), Dr. Ralf Stroop (Mobile Retter), Martina Pietrala (Wolphscreen), Birgit Dembski (Jury), Dr. Jutta Wendel-Schrief (Jury, MSD), Dr. Elisabeth Grundwald (Wolphscreen), Andreas Brockmann (Wolphscreen), Dr. Adriane Skaletz-Rorowski (WIR)
2. Reihe v.l.n.r.: Prof. Dr. Volker Amelung (Jury); Prof. Dr. Bernhard Kulzer (PRIMAS), Stefan Prasse (Mobile Retter), Dr. Dominic Ehrmann (PRIMAS); Prof. Dr. h.c. Peter C. Scriba (Jury), Thomas Böer (PRIMAS), Regine Söntgerath (Sport/Bewegung i.d. päd. Onkologie), Dr. Neeltje van den Berg (Reg. Telemed. Versorg. i.d. Psychatrie), Prof. Dr. Karl Ulrich Petry (Wolphscreen), Markus Wulfange (Sport/Bewegung i.d. päd. Onkologie), Dr. Rolf Koschorrek (Jury), Dr. Alexander Hatz (Mobile Retter), Prof. Dr. Friedrich Wilhelm Schwartz (Jury), Prof. Dr. Norbert Brockmeyer (WIR), Arne Kayser (WIR), Dr. Susanne Fiedler (MSD), Martin Göhl (MSD)

Vorwort

Der auf dem 7. Gesundheitsforum von MSD zum sechsten Mal verliehene Gesundheitspreis unterscheidet sich durch die Auswahl von drei Sonderpreisen von den bisherigen Preisverleihungen. Aus Sicht der Jury erschien es zweckmäßig, nicht nur für die diesjährige Preisverleihung, sondern grundsätzlich durch derartige Sonderpreise Anreize zur Entwicklung und Erprobung innovativer Versorgungsstrukturen in Versorgungsbereichen zu definieren, für die ein besonderer Bedarf an innovativen und möglichst flächendeckend realisierbaren Versorgungsmodellen besteht.

Einer dieser Versorgungsbereiche ist mit Sicherheit E-Health/digitalisierte Medizin. Trotz der bereits 2003 erfolgten gesetzlichen Beauftragung der Selbstverwaltungspartner zur Errichtung einer Telematikinfrastruktur mit einer elektronischen Gesundheitskarte und einem geschützten Netzwerk zur elektronischen Speicherung und zum Austausch besonders sensibler Gesundheitsdaten bedurfte es 2015 eines E-Health Gesetzes, um deren Einführung voranzutreiben. Dabei geht es auch um die Einführung von elektronischen Informationssystemen, die als Notfallausweis, Medikationsplan, elektronische Patientenakte den gesicherten schnellen Zugriff auf Patientendaten durch dazu berechnigte Ärzte und Gesundheitsberufe ermöglichen. In derselben Zeitspanne haben sich aber elektronische Gesundheits-Apps für Smartphones entwickelt, die jedem Einzelnen die individuelle Speicherung vergleichbarer Daten und die individuelle Entscheidung zur Offenlegung gegenüber den jeweils behandelnden Ärzten ermöglichen. Die Integration derartiger Gesundheits-Apps in ein koordiniertes Monitoring von Risikopatienten oder die organisierte Kommunikation über eine Gesundheits-App eröffnen neue Möglichkeiten der elektronisch gestützten Kommunikation, die langsam aber sicher die gesetzlich initiierte Telematikinfrastruktur und deren zügige Einführung herausfordern werden. Der diesjährige Sonderpreis für das Projekt „Mobile Retter“ ist ein Beispiel für den Nutzen einer strukturierten App zum schnellen Einsatz qualifizierter Helfer bei Patienten mit Herz-Kreislauf-Stillstand, das zeigt, wie mit einfachen Zusatzinformationen zur heute gewährleisteten elektronischen Kommunikation effiziente Verbesserungen in der Notfallversorgung erreicht werden können.

Einen weiteren Schwerpunkt, in dem sich die Jury innovative Projekte wünscht, bilden Community Medicine/Arztnetze mit in der Praxis evaluierten integrierten Strukturmodellen, die eine interdisziplinäre und

interprofessionelle Zusammenarbeit zur Lösung regionaler oder medizinischer Versorgungsprobleme anbieten. Es besteht allgemeiner Konsens, dass die medizinische Versorgung in ärztlich unterversorgten Regionen sektorenübergreifende Lösungen erfordert und auch in der Langzeitversorgung chronischer Erkrankungen die interprofessionelle Zusammenarbeit wesentlich verbessert werden muss. Das mit dem Sonderpreis ausgezeichnete Telefon- und Text-Message-basierte Telemedizinische Konzept des Institutes für Community Medicine der Universität Greifswald in Zusammenarbeit mit sechs regionalen Psychiatrieambulanzen setzt als innovatives Modell ein markantes Beispiel für die Verbesserung der Regelversorgung in unterversorgten Regionen.

Mit dem bereits in den Vorjahren ausgelobten Sonderpreis zur Stärkung der Patientenbeteiligung/Adhärenz sollen Problemfelder und deren Bewältigung besonders angesprochen werden, die die notwendige Zentrierung der medizinischen Versorgung auf den Patienten und seinen individuellen Versorgungsbedarf beeinträchtigen. Eines dieser Problemfelder ist, dass Patienten sich mit dem Schicksal einer plötzlich auftretenden schweren Erkrankung abfinden, statt sich aktiv mit deren Bewältigung auseinanderzusetzen. Der diesjährige Sonderpreis zeichnet deswegen ein Projekt aus, das älteren Menschen mit einem auftretenden Typ-1-Diabetes durch Schulung, emotionale Unterstützung und Training die Souveränität über ihr Leben zurückgibt.

Die drei nicht themenbezogenen „Hauptpreise“ bezeugen mit ihrer thematischen Vielfalt (3. Preis: WIR, Prävention und Behandlung von sexuellen Erkrankungen; 2. Preis: Uni Leipzig, Nachsorgesportgruppen für Kinder und Jugendliche mit Krebserkrankungen; 1. Preis: WOLPHSCREEN, Frühdiagnose des Zervixkarzinoms durch ein HPV Antikörperscreening) die außerordentliche Breite der diesjährig eingereichten Projekte. Der MSD Gesundheitspreis darf in seiner Relevanz für unser Gesundheitswesen aber nicht isoliert auf die Preisverleihung und die damit erfolgte Anerkennung einer herausragenden, für die Praxis geeigneten innovativen Entwicklung reduziert werden. Das jährlich im Zusammenhang mit der Preisverleihung stattfindende MSD Forum GesundheitsPARTNER behandelt in seinen Workshops Themen, die sich kritisch mit den bestehenden Strukturen unseres Gesundheitswesens auseinandersetzen und Anstöße für strukturelle Veränderungen diskutieren. Es findet jeweils eine vertiefte themenspezifische Diskussion über den Stand der Versorgung und Ansätze bzw. Forderungen nach einer innovativen Weiterentwicklung unter den wesentlichen Akteuren im deutschen Gesundheitswesen statt. Dieser Erfahrungsaustausch und die damit möglichen Begegnungen bieten den für einen Preis ausgewählten Projektträgern die Möglichkeit, mit verantwortlichen Trägern der Versorgung über eine Einbeziehung ihres Projektes in die reale Versorgung Gespräche zu führen und setzen Impulse für neue oder erweiterte Projektentwicklungen. Unter der von den Bundesgesundheitsministern bisher jeweils übernommenen Schirmherrschaft über den MSD Gesundheitspreis erfolgt zudem eine Präsentation der mit einem Preis ausgezeichneten Projekte vor der politischen Spitze des BMG mit entsprechender Aufmerksamkeit durch die Medien.

Gegenüber dem Förderpotential des beim G-BA gebildeten Innovationsfonds ist das zu vergebende finanzielle Preisvolumen des MSD Gesundheitspreises zwar niedrig. Aber, zum einen sind erfreuliche Parallelentwicklungen in der Innovationsförderung und der Preisverleihung zu verzeichnen und zum anderen bietet der MSD Gesundheitspreis auch denjenigen „Innovatoren“ in Deutschland eine Plattform, die au-

ßerhalb der Förderkriterien des Innovationsfonds oder außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung förderungswürdige Projekte zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung unserer Bevölkerung entwickeln.

Unmittelbar nach Verleihung des Gesundheitspreises 2017 haben die Vorbereitungen zur Ausschreibung des Gesundheitspreises 2018 begonnen. Die Jury will durch einen weiteren Sonderpreis „Medizinische oder organisatorische Breakthrough Innovationen“ besondere Anreize für Innovationen setzen, die als „Leuchtturmprojekte“ bahnbrechende Entwicklungen in der medizinischen Versorgung oder in den Strukturen unseres Gesundheitswesens einleiten oder ermöglichen. Wir hoffen als Jury, dass das Interesse an der Bewerbung für den MSD Gesundheitspreis auch auf Grund der eingeführten Sonderpreise weiter gesteigert und in die aufgeführten Themenbereiche hinein motiviert werden kann.

Für die Jury

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

Für die Geschäftsführung von MSD

Susanne Fiedler

Innovationen für eine gesunde Zukunft

Ist das deutsche Gesundheitswesen innovationsfreundlich – und bringt es auch die richtigen Innovationen hervor? Was hat der Innovationsfonds bisher gebracht? Und welche Entwicklungen treiben die Innovationen voran? Diese und weitere Fragen rund um das Thema „Innovationen für eine gesunde Zukunft“ erörterten beim 7. MSD Forum GesundheitsPARTNER:

- Prof. Daniel Grandt, Chefarzt der Klinik für Innere Medizin am Klinikum Saarbrücken und Mitglied des Vorstandes der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft
- Thomas Müller, Vorstandsmitglied der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe
- Dr. Helmut Platzer, Vorstandsvorsitzender der AOK Bayern
- Dr. Viktoria Stein, Direktorin für Aus- und Weiterbildung der International Foundation for Integrated Care
- Dr. Jutta Wendel-Schrief, Leiterin des Geschäftsbereichs Market Access bei MSD

Zur Patientenorientierung

Wir reden oft ÜBER den Patientennutzen, OHNE mit den Patienten zu reden. Viele erfolgreiche Projekte im In- und Ausland zeigen uns aber, wie wichtig es ist, Patienten auch wirklich MIT an den Tisch zu holen.

Viktoria Stein

Bei Innovationen muss immer der Patientennutzen im Vordergrund stehen – aber der objektiv messbare Patientennutzen, nicht der empfundene.

Helmut Platzer

Der objektive Patientennutzen muss auch wesentliches Kriterium der Evaluation von Innovationsprojekten sein.

Jutta Wendel-Schrief

Bei manchen Projekten hat man den Eindruck, dass Patientenorientierung synonym gebraucht wird für Kundengewinnung und Erschließen neuer Marktsegmente. Patientenorientierung bedeutet aber Orientierung am Nutzen und an den Bedürfnissen des Patienten. *Daniel Grandt*

Zu den Erfolgsfaktoren

Bei der Implementierung von Innovationen haben wir noch erhöhten Kommunikationsbedarf. Die Bereitschaft, sich mit neuen Dingen zu beschäftigen, ist im Praxisalltag manchmal allein aufgrund der fehlenden Zeit begrenzt. Daher müssen wir den Nutzen von Innovationen noch klarer machen. *Thomas Müller*

Der Erfolg steht und fällt mit der richtigen Priorisierung. Bei der Arzneitherapie bedeutet das z.B. dass wir alle es nicht mehr hinnehmen sollten, dass Patienten durch einfach vermeidbare Risiken geschädigt werden. Arzneimitteltherapiesicherheit ist möglich, wir haben uns nur noch nicht gemeinsam entschlossen, dass dieser bereits bestehende Anspruch des Patienten auch erfüllt werden soll. *Daniel Grandt*

Sektorenübergreifende Zusammenarbeit sollte sich nicht auf die Zusammenarbeit zwischen primärer und sekundärer Versorgung beschränken. Wir brauchen vielmehr einen systemischen Blick, der Gesundheits- und Sozialbereich als Einheit betrachtet. *Viktoria Stein*



Dr. Helmut Platzer, Thomas Müller, Dr. Viktoria Stein, Moderator Philipp Goller, Dr. Jutta Wendel-Schrief, Prof. Dr. Daniel Grandt (v.l.)

Zur Digitalisierung

Wir sollten uns nicht darüber beschweren, dass Patienten digitale Angebote oder Apps nutzen, die wir nicht für sinnvoll halten. Wir sollten uns vielmehr selbst fragen, wie wir das Internet nutzen können, um deutlich bessere Patienteninformationen zur Verfügung zu stellen. *Viktoria Stein*

Apps können hilfreich sein, weil sich Patienten dank der Apps besser mit ihren Krankheiten auseinandersetzen können. Das kann – wenn sie richtig genutzt werden – auch das Gespräch mit dem Arzt unterstützen und die Versorgung insgesamt verbessern. *Thomas Müller*

Manchmal versucht hier der Schwanz mit dem Hund zu wackeln. Technik kann nie ein Selbstzweck sein, sondern immer nur Hilfsmittel, um Behandlungsprozesse sicherer, besser, effizienter und gerne auch kostengünstiger zu gestalten. Dazu muss man aber sowohl das Problem verstehen, als auch Expertise bezüglich der Problemlösung haben. Diese medizinische Expertise ist notwendige Voraussetzung, um technische Lösungen zu konzipieren, die für den Patienten nutzenstiftend sind. Alles andere wird nur teurer, nutzenfrei und wenig Akzeptanz bei Patienten und Leistungserbringern finden. *Daniel Grandt*

Digitalisierung passiert – ganz egal, ob wir das wollen oder nicht. Patienten werden beeinflusst durch die unzähligen Angebote von Akteuren außerhalb des Gesundheitssystems. Unser Anspruch muss also sein: Was die anderen machen, das machen wir auch – nur besser. *Helmut Platzer*

Zum Innovationsfonds

Der Innovationsfonds verbindet die einzelnen Akteure des Gesundheitswesens; sie sind sektorübergreifend angesprochen und handeln auch entsprechend. *Thomas Müller*

Auch wenn die sektorale Orientierung nicht aufgrund des Innovationsfonds verschwunden ist – die Zusammenarbeit und das Verständnis füreinander ist durch gemeinsame Projekte besser geworden. Es entsteht ein gewisser Handlungsdruck. Denn die Alternative zur Zusammenarbeit wäre, bei Innovationsprojekten außen vor zu bleiben. *Helmut Platzer*

Mit dem Innovationsfonds reift auch die Einsicht, dass Innovationsprojekte nicht nur gute Ideen, sondern auch ein gutes Management benötigen. Diese Management-Kompetenz können und wollen wir als Industrie in die gemeinsamen Versorgungsprojekte einbringen. *Jutta Wendel-Schrief*

Der Fonds bringt Bewegung ins System! Es ist ein wichtiges Signal, dass Arzneimitteltherapiesicherheit Förderschwerpunkt ist. Die Dynamik die der Fonds erzeugt macht bereits heute klar, dass es sinnvoll ist, ihn als Instrument zur Weiterentwicklung von Versorgungsprozessen zu verstetigen. *Daniel Grandt*

Das Anerkennen der Tatsache, dass Evaluation ein wesentlicher Bestandteil von Innovationsprojekten sein muss, ist für mich ein Highlight des Innovationsfonds. Die Investition in die Versorgungsforschung ist ein großer Schritt vorwärts. *Viktoria Stein*

Denkwerkstatt A

Stand der Netzförderung nach § 87b SGB V – blühende Landschaften oder Brachflächen?



Leitung:
Dr. Carsten Jäger



Referenten:
Markus Knöfler, Thomas Müller, Dr. Monika Schliffke



In dieser Denkwerkstatt diskutierten die Teilnehmer den aktuellen Stand bei der Förderung von Arztnetzen nach § 87b SGB V. Das Versorgungsstrukturgesetz aus dem Jahr 2012 ermöglicht erstmals eine Förderung der Arztnetze durch die jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen, sofern gewisse Kriterien erfüllt sind. Folgende drei Referenten stellten das Thema aus ihrer Perspektive vor:

- Markus Knöfler, Praxisnetz Herzogtum Lauenburg e. V.
- Thomas Müller, Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe
- Dr. med. Dipl. oec. med. Monika Schliffke, Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein

Zu Beginn berichtete Markus Knöfler über den aktuellen Stand des Praxisnetzes Herzogtum Lauenburg (PNHL). Im Jahr 2016 ließen sich dort 140.000 Patienten von über 140 niedergelassenen Ärzten behandeln – das PNHL vereint 17 Fachdisziplinen, sieben Krankenhäuser und zwei Medizinische Versorgungszentren und verantwortet die Versorgung eines Landkreises mit 190.000 Einwohnern. In allen Einrichtungen des Netzes sind etwa 800 Mediziner und weitere 1.300 nicht-ärztliche Mitarbeiter beschäftigt. Im Ärztenetz werden professionelle Managementstrukturen umgesetzt: patientenorientierte Projektausrichtung auf der Basis von Qualitätsindikatoren, klare Versorgungsziele und eine Erfolgsmessung durch Routinedaten sowie Anreiz- und Sanktionsmechanismen. Allerdings erläuterte Knöfler, dass bei vielen geförderten Netzen in Schleswig-Holstein derartige Managementstrukturen nicht ausreichend ausgestaltet sind, was eine professionelle Netzsteuerung erschwert. Zudem finde innerhalb der Netzlandschaft nur ein geringer Wissens- und Projekttransfer statt. Ein Vorgehen nach dem PDCA-Zyklus wäre hierbei

zielführender: Ziele definieren (P) – Maßnahmen umsetzen (D) – Ergebnisse überprüfen (C) – Maßnahmen anpassen (A). Veränderungen müssen dabei ohne formale Weisungsbefugnis gestaltet werden; dies erfordert intensive Kommunikationsarbeit.

Thomas Müller schilderte anschließend den derzeitigen Stand der Netzförderung in Westfalen-Lippe. Gegenwärtig existieren 19 anerkannte Arztnetze in dieser Region. In Kooperation mit der Hochschule für Ökonomie und Management (FOM) entwickelte die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe ein Qualifizierungsprogramm zum „Kooperationsmanager im Gesundheitswesen – Arztnetze“ für nicht-ärztliche Mitarbeiter in den Netzen. Weiterhin werde die Evaluierung der Netze und Projekte schrittweise weiter verbessert sowie die Analyse von Zahlen, Daten und Fakten für Arztnetze weitergeführt. Zudem wurden im dritten Jahr mit den Krankenkassen eine finanzielle Strukturförderung sowie die Projektförderung außerhalb der Gesamtvergütung für Arztnetze verhandelt. Die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe unterstütze außerdem den von vielen Seiten geforderten „Leistungserbringerstatus“ für Arztnetze, sodass sie mehr Versorgungsverantwortung übernehmen können.

Dr. Monika Schliffke ging in ihrem Vortrag auf die Frage ein, wie die strukturierte Zusammenarbeit in Arztnetzen gemessen und wie Erfolge dargestellt werden können. Noch werde in Schleswig-Holstein die finanzielle Netzförderung nicht separat mit den Krankenkassen verhandelt, sondern aus einem separaten eigenen Fonds bezahlt. Beträge zur Netzförderung unterliegen damit der regelmäßigen Begründung an die Vertreterversammlung, inwieweit definierte Qualitäts- und Versorgungsziele erreicht werden. Nach drei Jahren Förderung sei festzustellen, dass die professionellen Managementstrukturen in den Netzen weiter zu verbessern seien sowie Kriterien zur Messung der Versorgungsqualität definiert werden sollten. Mit einem „Netzmonitor“ stellt die KV Schleswig-Holstein den Arztnetzen Routinedaten zur Verfügung, allerdings scheinen diese Daten nur von wenigen genutzt zu werden.

Die anschließende Diskussion hatte folgende Schwerpunkte:

- Professionalisierung der Netzaktivitäten
- sektorenübergreifendes Arbeiten
- Stand der Netzförderung nach § 87b SGB V

Dr. Schliffke begann die Diskussion mit der Äußerung, strukturelle Mängel seien in Praxisnetzen noch relativ häufig zu finden. Markus Knöfler griff diese Aussage auf und äußerte zur Professionalisierung der Netzaktivitäten, dass die Geschäftsführung der Netze keine Weisungsbefugnisse habe. Demnach fehle hierbei das regulatorische Durchgriffsrecht, weswegen die Geschäftsführung hauptsächlich kommunikativ arbeiten müsse. Außerdem werde in den Netzen bisher zu wenig strategisch gedacht und die Themen seien oft zu sehr auf bestimmte Indikationen bezogen. Auch das Publikum beteiligte sich an der Diskussion und forderte, dass Patienten mehr in den Mittelpunkt gerückt werden sollen. Weiterhin sollten medizinische Fachangestellte die Möglichkeit bekommen, die Struktur mitverändern zu können. Schließlich seien sie in der patientennahen Versorgung tätig und könnten einen wertvollen Beitrag zur Verbesserung leisten. Dr. Schliffke kommentierte diese Anmerkung und erläuterte, dass dies sehr stark von der Struktur der einzelnen Praxis abhängt.

Der zweite Schwerpunkt war das sektorenübergreifende Arbeiten. Thomas Müller führte hierbei an, dass vereinzelt in die Verbindung der Netze zum Krankenhaus intensiviert werden kann. Dabei verfügten die Netze alle Voraussetzungen für ein Case-Management und sektorenübergreifendes Arbeiten, so Dr. Monika Schliffke.

Zum letzten Schwerpunkt äußerten sich alle drei Referenten. Markus Knöfler sieht die Netzförderung nach § 87b SGB V als einen Schritt in Richtung kollektivvertraglicher Finanzierung. Es werde notwendig sein, sich mit den anderen Playern aus der Region zu koordinieren. Thomas Müller sieht die KV dazu verpflichtet, die Vernetzung der Ärzte und professionelles Netzmanagement voranzutreiben. Für Dr. Monika Schliffke ergeben sich in der Versorgung neue zentrale Aufgaben, die nicht mit der Akutversorgung zusammenhängen, beispielsweise die Umsetzung oder Etablierung telemedizinischer Anwendungen.

Denkwerkstatt B

Steuerung und Evaluation in der regionalen Versorgung



Leitung:

Dr. Carsten Jäger

Referenten:

Prof. Dr. Christian Flügel-Bleienheuft, Harald Möhlmann, Dr. Claudia Wöhler

Im Rahmen der Denkwerkstatt B wurden verschiedene Ansätze zur Steuerung und Evaluation in der regionalen Versorgung vorgestellt und diskutiert. Im Verlauf der Sitzung wurde zudem erörtert, welche Handlungsnotwendigkeiten bestehen und welche politischen Veränderungen angestrebt werden sollten.

Zu Beginn der Denkwerkstatt B stellten drei Referenten das Thema aus ihrer Perspektive vor:

- Prof. Dr. Christian Flügel-Bleienheuft, Gesundheitsnetz Köln Süd e. V.
- Harald Möhlmann, AOK Nordost
- Dr. Claudia Wöhler, BARMER Landesvertretung Bayern

Professor Christian Flügel-Bleienheuft stellte wichtige Instrumente zur Steuerung und Evaluation in der regionalen Versorgung vor, etwa die Verwendung von internen Kennzahlen. Anschließend erklärte er die Nutzung externer Kennzahlen – zum einen aus dem Zielkennzahlensystem BrAVo (Benchmarking regionale Arztnetz-Versorgung) der BARMER, zum anderen die QuATRo-Kennzahlen aus dem AOK-Projekt „Qualität in Arztnetzen – Transparenz mit Routinedaten“. Professor Flügel-Bleienheuft betonte, externe Kennzahlensysteme schaffen in Kombination mit internen Kennzahlen mehr Transparenz für Arztnetze und liefern eine wertvolle Unterstützung für die Sicherstellung und Weiterentwicklung der regionalen Versorgungsqualität. Jedoch sollte bedacht werden, dass die Datenaufbereitung durch die Verwendung dieser Systeme bis zu einem Jahr verzögert werden könne, da die Routinedaten erst nach einigen Monaten zur Verfügung stünden. Verschiedene Kennzahlen könnten als Qualitätsindikatoren dienen. Er veranschaulichte das mit Indikatoren, die im Innovationsfondsprojekt „TELnet@NRW“ eingesetzt werden, an dem das Gesundheitsnetz Köln-Süd e. V. beteiligt ist. Des Weiteren könne die Steuerung der regionalen Versor-

gung auch mithilfe netzinterner Qualitätszirkel, des Ausschlusses von „Non-Performern“ sowie Patienten-Befragungen unterstützt werden. Denn damit gebe es einen größeren Fokus auf Prozessindikatoren sowie eine stärkere Einbindung der Patientenperspektive. Das könne zur Abbildung der Kooperation der Leistungserbringer dienen und zu einer sinnvollen Qualitätsverbesserung führen. Professor Flügel-Bleienheuft hielt zudem fest, dass die Zunahme von chronischen Erkrankungen und Multimorbidität mehr Prozessindikatoren als Ergebnisindikatoren erfordere.

Harald Möhlmann hob hervor, dass immer wieder abgeklärt werden muss, welche Versorgungsfragen besser zentral oder dezentral entschieden werden können. Für die auf dieser Grundlage dezentral, also regional zu gestaltende Versorgung stehen Instrumente zur Steuerung und Evaluation schon jetzt zur Verfügung. Sowohl Qualitätsbewertungen, z.B. mit dem QuATRO-Projekt, als auch Wirtschaftlichkeitsbewertungen können mit den ohnehin vorliegenden Daten aus den alltäglichen GKV-Leistungsprozessen überall in Deutschland erfolgen. Und die Patientensicht auf die Versorgungsergebnisse kann ebenfalls mit dem Patients´ Experience Questionnaire (PEQ) der Weissen Liste bereits jetzt abgebildet werden. Allerdings braucht eine effiziente regionale Versorgung ein entsprechendes Honorarmodell mit einer „pay for results“-Komponente, um die Patientenzentrierung auch ökonomisch gewichtig zu machen. Konkrete Ansätze einer stärker regional gesteuerten Versorgung könnten im Nordosten Deutschlands bei der Kooperation von HaffNet und Ameos („Vernetzte Versorgung aus einer Hand“) sowie im Innovationsfondsprojekt „IGiB-StimMT“ in Templin besichtigt werden.

Doktor Claudia Wöhler präsentierte drei Ansätze zum Thema: „Steuerung und Evaluation in der regionalen Versorgung“. Zum einen könne mit Hilfe regionaler Versorgungsverbände die sektorübergreifende Versorgung vorangebracht werden. Zweitens böte die Digitalisierung neue Chancen – insbesondere eine elektronische, einrichtungsübergreifende Patientenakte wäre eine entscheidende Voraussetzung in diesem Zusammenhang. Wichtige Handlungsfelder seien drittens die Sicherstellung einer gerechten Finanzierung, die Berücksichtigung der regionalen Ausgabenstrukturen sowie die Weiterentwicklung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs. Herausforderungen für die nächste Legislaturperiode seien folglich die Weiterentwicklung der sektorübergreifenden Versorgung sowie der E-Health-Strategie. Basis dafür sollte eine versorgungsfokussierte und regional ausgewogene Finanzierung sein.

In der anschließenden Diskussion wurden zahlreiche weitere Aspekte erörtert.

Denkwerkstatt C

Wie hilft die Digitalisierung, die Versorgung in Arztnetzen konkret zu verbessern?



Leitung:

Dr. Carsten Jäger

Referenten:

Dr. Hans-Jürgen Beckmann, Sophie Schwab

Im Rahmen der Denkwerkstatt C wurden konkrete Beispiele für bereits umgesetzte Projekte im Bereich Digitalisierung vorgestellt und Herausforderungen sowie Lösungsansätze bei der Umsetzung dieser Projekte erläutert.

Zu Beginn der Denkwerkstatt C stellten zwei Referenten das Thema aus ihrer Perspektive vor:

- Dr. Hans-Jürgen Beckmann, Ärztenetz MuM – Medizin und Mehr e. G.
- Sophie Schwab, DAK-Gesundheit

Dr. Hans-Jürgen Beckmann war der Ansicht, die Digitalisierung werde die Arzt- und Patientenbeziehung komplett verändern. Eine wichtige Aufgabe der zertifizierten Arztnetze müsse deswegen sein, die „Revolution“ vor Ort zu organisieren, um Fehlentwicklungen zu verhindern. Außerdem sollten Arztnetze Ärzte und Patienten begleiten und ihnen Ängste nehmen. Dr. Beckmann veranschaulichte die Thematik anhand praktischer Beispiele aus dem Ärztenetz „Medizin und Mehr“ und dem Innovationsfondsprojekt „TelNet@NRW“. Im Anschluss daran stellte er ein innovatives Ausbildungskonzept der Akademie für Pflegeberufe und Management (APM) gGmbH vor. Es beinhaltet eine digitalisierte Ausbildungsbegleitung von 40 Pflegegeschülern, etwa mithilfe von GoPro-Kameras oder Datenbrillen. Abschließend gab Dr. Beckmann einen Ausblick, wie digitale Vernetzung in seinem Projekt „Elektronische Arztvisite“ (elVi) weitergehen werde.

Sophie Schwab stellte klar, die Digitalisierung erfülle keinen Selbstzweck. Sie sei vor allem dann sinnvoll, wenn die Versorgungsrealität der Patienten nachhaltig verbessert und ein effizienter Ressourceneinsatz

ermöglicht werde. Das höchste Verbesserungspotenzial hätten digitale Versorgungslösungen, die die vorhandenen medizinischen und gesundheitsökonomischen Probleme lösen oder zumindest verbessern helfen. Zudem habe das informelle Selbstbestimmungsrecht der Patienten bei der Digitalisierung im Gesundheitswesen oberste Priorität.

Sie stellte ein Beispiel für fehlende Vernetzung in der Versorgung von Patienten mit chronischen Wunden vor und erläuterte, wie ein neues Versorgungskonzept Abhilfe schaffen könne. Laut einer Studie der Forschungsgruppe PMV aus dem Jahr 2015 leben bundesweit 2,7 Millionen Menschen mit komplexen Wunden. Nach DAK-Analysen werden 30% ausschließlich vom ihrem Hausarzt betreut. 15% vom Hausarzt und Facharzt sowie 15% vom Hausarzt und Krankenhaus. 40% der Patienten sind bei drei oder mehr ärztlichen und nichtärztlichen Professionen und in Krankenhäusern gleichzeitig in Behandlung. Studien belegten, dass sich durch das systematische Zusammenwirken der beteiligten Disziplinen und durch die rechtzeitige Vorstellung der Patienten in spezialisierten Wundzentren ein besserer Behandlungserfolg erreichen lässt. Diese Konsile könnten auch telemedizinisch erfolgen. Ein Lösungsansatz wäre, alle an einer Behandlung beteiligten Personen und Einrichtungen durch eine digitale Wundplattform zu vernetzen. Ganz wichtig hierbei wäre, dass der Patient im Fokus der Behandlung stehe und sie mitgestalten könne.

Schwerpunkt der folgenden Diskussion war die Frage, wie digitale Projekte umgesetzt werden könnten. Zahlreiche Hindernisse müssten überwunden werden – von der Initiierung bis hin zur Konzeptentwicklung und Finanzierung des Projektes. Entscheidend für den Erfolg sei vor allem eine kompetente Projektsteuerung, die über den medizinischen Bereich hinausgeht und auch technische Fragen einschließt. Ein wichtiger Erfolgsfaktor ist weiterhin, dass die Projektbeteiligten realistische Erwartungen entwickeln. Nicht zu vernachlässigen sei zudem eine fundierte Evaluation. Hierbei stehen oft Fragen im Raum wie „Wer finanziert die Evaluation?“ oder „Was ist Standard für Evaluation?“.

Die Teilnehmer diskutierten weitere Erfolgsfaktoren für digitale Projekte. So sollten beispielsweise alle vorhandenen Daten und Maßnahmen für alle Projektpartner transparent sein. Auch müsse das Gesundheitssystem schneller reagieren und die Hürden zwischen den einzelnen Playern im Gesundheitssystem abgebaut werden. Weiterhin müsse intensiver diskutiert werden, mit welchen Geldern die Projekte finanziert werden könnten bzw. wer sich an der Finanzierung beteiligen solle. Im Grunde bestehe die Frage, wie die Finanzierungs- und Förderungsmechanismen modernisiert werden könnten.

Denkwerkstatt D

Versorgung regional gestalten



Leitung:

Dr. Carsten Jäger

Referenten:

Dr. Jürgen Flohr, Dr. Ulf Maywald, Frank Preugschat

Themen der Denkwerkstatt waren prioritäre Themenfelder und Perspektiven im Management der regionalen Versorgung. Drei Referenten stellten das Thema aus ihrer Perspektive vor:

- Dr. Jürgen Flohr, Leipziger Gesundheitsnetz e. V.
- Dr. Ulf Maywald, AOK PLUS – Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen
- Frank Preugschat, AOK Niedersachsen Landesvertretung Bayern

Dr. Jürgen Flohr sprach über die regionale Notfallversorgung. Aus seiner Sicht müsse im Rahmen der Notfallversorgung die Patientenlenkung neu gedacht werden. Einem Betroffenen sei in einer Notfallsituation nicht zuzumuten, sich selbst in ein geeignetes Versorgungssetting einzuordnen. Solch eine Eigenverantwortung erfordere ausreichende Kenntnis über die Strukturen im Gesundheitssystem. Ein Beispiel sei hierbei die Abgrenzung der zentralen Bereitschaftsdienstpraxis von der Notfallambulanz der Klinik. Patienten meinen, in der Notfallambulanz die beste „Rundum-Versorgung“ ohne lästige Überweisungen und Wartezeiten zu erhalten. Allerdings sind darunter oft Patienten, die mit ihren akuten Beschwerden einen Arzt in einer Bereitschaftsdienstpraxis aufsuchen könnten. Dabei würde dem Patienten die Kenntnis der Telefonnummer 116 117 des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes helfen, welche den Patienten Auskünfte zu geöffneten Praxen außerhalb der Sprechzeiten geben soll. Die Servicequalität sei derzeit jedoch unzureichend. Eine Lösung des Problems könnte für Dr. Flohr eine Bereitschaftsdienstpraxis an einer Klinik sein (bzw. eine Portalpraxis). Betreiber einer solchen Praxis wäre die zuständige Kassenärztliche Vereinigung oder in deren Auftrag ein Arztnetz. So betreibt die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen eine eigene Bereitschaftsdienstpraxis, die am Krankenhaus Emmaus Niesky angegliedert ist. Not- bzw. Bagatellfälle können zwischen Praxis und Klinikum gegenseitig zugewiesen werden. Für Patienten solle

ein verständlicher Algorithmus erarbeitet werden, der sie durch Notfallstrukturen leitete. Bei bewusstem „Nichtbefolgen“ des Algorithmus wäre dann eine Gebühr fällig.

Dr. Ulf Maywald thematisierte die zukünftige Rolle der Digitalisierung für die regionale Versorgung. Er war der Ansicht, dass die Abbildung von Versorgungsverträgen in der IT und somit auch in den Prozessen aller Leistungserbringer von wesentlicher Bedeutung sei. Vor allem in Flächenländern müsse die Versorgung zukünftig zum Teil virtualisiert werden, da Leistungserbringerstrukturen nicht ausreichend flächendeckend zur Verfügung stünden. Noch seien die Einstiegsbarrieren zu hoch. Beispielsweise seien Apps von Start-Up-Unternehmen selten mit der Praxissoftware kompatibel und somit sei es nicht möglich, Patientendaten auszuwerten. Weiterhin sei Software für elektronische Arztbriefe vorhanden; die Ärzte kauften sie aber nicht. Daher sollen Fehlanreize abgebaut und echte Anreize für die Ärzteschaft gesetzt werden. Künftige Versorgungsprojekte sollten unter digitalen Gesichtspunkten entwickelt werden. Weiterhin ist Dr. Maywald der Ansicht, dass Apotheken stärker integriert werden sollten. Durch Medikationsmanagement und elektronische Medikationspläne könnten sie einen messbaren Beitrag zur besseren Patientenversorgung leisten. Als Beispiel führte er die Arzneimittelinitiative Sachsen-Thüringen an („ARMIN“), die Informationen und Daten zu einem digitalen Medikationsmanagement vernetzt, und zwar zwischen Ärzten, Apothekern, Kassenärztlichen Vereinigungen und der AOK PLUS. Abschließend zog Dr. Maywald das Fazit, dass die Versorgung regional bleiben, aber durch (zum Teil auch überregionale) digitale Angebote ergänzt werden sollte. Nötig seien dafür neben Ideen, Willen und der entsprechenden IT-Infrastruktur auch Rechtsgrundlagen wie das E-Health-Gesetz.

Frank Preugschat betonte in seinem Beitrag, dass die Vernetzung sämtlicher Akteure mithilfe digitaler Instrumente die mit Abstand größte Herausforderung in der regionalen Entwicklung sei. Aus seiner Perspektive ist die aktuelle medizinische Versorgung in Deutschland rein rechnerisch ausreichend, jedoch sieht er unter anderem die geografische Verteilung als nicht optimal an. Zudem veränderten sich Altersstruktur und Bedürfnisse der Ärzte; in der Versorgung fehle es an Patientenorientierung. Weiterhin ging Herr Preugschat auf die zukünftigen Herausforderungen ein: Finanzierung der Gesundheitskosten, Wandel der Bedürfnisse von Leistungserbringern und Patienten, der medizinisch technische Fortschritt und die Digitalisierung. Um diesen Herausforderungen zu begegnen, brauche es anstelle der Bedarfsplanung eine regionale Versorgungsplanung, zudem sektorenübergreifende digitale Vernetzung sowie Praxismodelle, die sowohl den Bedürfnissen junger Ärzte als auch denen der Patienten gerecht würden. Außerdem sei es sinnvoll, den Ärzten die Potentiale von „Big Data“ für Diagnostik und Therapieempfehlung verfügbar zu machen.

Der wesentliche Schwerpunkt in der anschließenden Diskussion lag auf der Digitalisierung der Versorgungsprozesse. Dr. Flohr teilte die Meinung, dass die unterschiedlichen Kommunikationswege von Fax bis elektronischer Arztbrief unter den Leistungserbringern, aber auch innerhalb einer Praxis zu umfangreich seien. Es müsse hierfür dringend eine integrierte Möglichkeit zur effizienten Kommunikation über die Praxissoftware ermöglicht werden. Auch die Hürden für die elektronische Übermittlung von Patientendaten müssten überwunden werden (zum Beispiel Einholung Datenschutzerklärung).

Aus dem Publikum kam die Frage, wieso sich Deutschland im Falle der elektronischen Gesundheitskarte kein Beispiel an anderen Ländern nehme, in denen die Verwendung bereits problemlos abläuft. Dr. Maywald erklärte, dass in Deutschland nur über eine Standardisierung Erfolge erzielt werden könnten. Hierbei sei, wie bereits von Dr. Flohr erwähnt, die in Teilen nicht mehr zeitgemäße Datenschutzgesetzgebung die größte Hürde.

Die Referenten kamen zu dem Ergebnis, dass Digitalisierung notwendig sei, um Prozesse in der medizinischen Versorgung zu optimieren. Es wurde betont, dass miteinander gearbeitet werden müsse, um eine optimale Versorgung der Patienten zu gewährleisten.

Darüber hinaus erklärte Dr. Flohr im Abschluss, dass Care- und Case Manager in Arztpraxen den Patienten erklären könnten, wie sie durch präventives Verhalten einen Mehrwert für ihre eigene Gesundheit erreichen können.

Workshop 1

Was kann getan werden, damit die Ergebnisse der Nutzenbewertung nach § 35a SGB V im Praxisalltag besser genutzt werden können?



Leitung:
S. Baumann

Referenten:
Prof. Dr. Dr. C. Dierks, U. Faubel, J. Fischaleck, Dr. D. Parow, Dr. J. Wendel-Schrief

In diesem Workshop diskutierten die Teilnehmer über mögliche Verbesserungen der Nutzenbewertung nach § 35a SGB V, um die Ergebnisse vor allem im Praxisalltag besser nutzen zu können. Fünf Referenten stellten das Thema aus ihrer Perspektive vor:

- Prof. Dr. Dr. Christian Dierks, Dierks + Bohle Rechtsanwälte
- Ursula Faubel, Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e.V.
- Johann Fischaleck, Kassenärztliche Vereinigung Bayern
- Dr. Detlev Parow, DAK-Gesundheit
- Dr. Jutta Wendel-Schrief, MSD

Prof. Dr. Dr. Dierks erläuterte die Neuregelungen der Nutzenbewertung aus juristischer Sicht. Durch eine Bündelung von Dossiers sind Verzögerungen bei Produkteinführungen nicht mehr zu befürchten. Eine frühere Neubewertung ermögliche eine schnellere Wiedereinführung von Produkten nach Marktrückzug. Als Sanktion sind nur niedrigere Erstattungsbeträge bei Nichtvorlage eines Dossiers möglich. Bei den Preisverhandlungen kommen nun auch mengen- und umsatzbezogene Aspekte in Betracht.

Laut Ursula Faubel darf bei der Diskussion über die Bereitstellung von Informationen über die Nutzenbewertung für den Arzt nicht vergessen werden, dass es im Sinne der partizipativen Entscheidungsfindung auch darum geht, alle Informationen über die Qualität neuer Medikamente auch für Patienten zugänglich

zu machen. Dazu gehören vor allem eine laienverständliche Aufbereitung der Informationen aus dem Arztinformationssystem und eine gemeinsame Entscheidungsfindung bei der Therapieauswahl. Zudem forderte sie, dass dem verordnenden Arzt alle Quellen für evidenzbasierte Erkenntnisse über die Medikamente einfach und übersichtlich zur Verfügung gestellt werden. Hinsichtlich einer Weiterentwicklung der Nutzenbewertung nannte die Referentin die Berücksichtigung der Applikationsform bei Patientengruppen, die auf bestimmte Darreichungsformen angewiesen sind – zum Beispiel aufgrund von Funktionseinschränkungen oder Nebenwirkungen, die nur bei einer Darreichungsform auftreten. Des Weiteren sollten die Arbeitsfähigkeit und die Patientenpräferenzen berücksichtigt werden.

Johann Fischaleck betonte, dass es eine bessere Beratung und mehr Informationen brauche, um im Praxisalltag einen wesentlichen Mehrwert zu schaffen. Es sei nicht ausreichend, den Verordnungen nur die Ergebnisse der Nutzenbewertung zugrunde zu legen. Diese markieren lediglich einen Status quo mit eingeschränkter Aussagekraft. Die Informationen über die Nutzenbewertung müssten erweitert werden, und zwar um eine Bewertung im Praxisalltag, die Einordnung in das jeweilige Therapiegebiet und die dortigen Empfehlungen, Zulassungen sowie um Leitlinien. Würden die Erweiterungen nicht vorgenommen, sähe er auch keine Verbesserungen bezüglich der Verordnungen durch das Arzneimittelinformationssystem. Außerdem bestünde die Gefahr von Regressen bis zu circa 100.000 Euro, vor allem in der Onkologie oder aktuell in der Hepatitis-C-Therapie, wenn man die frühe Nutzenbewertung als Steuerungsinstrument und damit auch zur Prüfung verwende.

Aus Sicht von Dr. Detlev Parow stellte die Preisverhandlung Innovation und therapeutischen (Zusatz-) Nutzen in Relation zu Bezahlbarkeit und therapeutischen Alternativen und ermöglicht so eine bedarfsgerechte Versorgung. Die AMNOG-Resultate in der Praxissoftware wären Ergebnisse eines komplexen Systems, die anwendergerecht übersetzt werden und die die adäquate sowie nutzenorientierte Patientenversorgung erleichtern würden.

Frau Dr. Jutta Wendel-Schrief plädierte für ein lernendes AMNOG-System. Sie hob hervor, dass „kein Zusatznutzen“ nicht bedeutet, dass ein Produkt keinen Wert hat, sondern gleichwertig zur zweckmäßigen Vergleichstherapie sein kann. Frau Dr. Wendel-Schrief warf drei Fragen für eine Weiterentwicklung des AMNOG auf: (1) Wie können Hinweise zu relevanten Therapieoptionen aus den „Tragenden Gründen“ von G-BA-Beschlüssen in Preisverhandlungen berücksichtigt werden? (2) Gibt es eine Lösung für einarmige Studien bei IQWiG-Evaluationskriterien? (3) Können RSA-Daten in Preisverhandlungen genutzt werden – da Patientenzahlen aus G-BA-Beschlüssen häufig mit Unsicherheit behaftet sind? Das Arztinformationssystem soll die Nutzenbewertung in den Praxisalltag bringen. Dabei müssen aber nicht nur die G-BA-Beschlüsse korrekt abgebildet werden, sondern auch Leitlinien berücksichtigt werden und die individuelle Therapieentscheidungen für den Patienten seitens des Arztes gewahrt bleiben.

Die anschließende Diskussion leitete Silke Baumann, die im Bundesministerium für Gesundheit für den Bereich Arzneimittelversorgung tätig ist. Die Diskussion umfasste die folgenden zwei Schwerpunkte:

- Welchen Beitrag kann die Preisverhandlung zu einer bedarfsgerechten Versorgung leisten?
- Wie müssen die Vorgaben für Praxissoftware gestaltet sein, um eine adäquate Patientenversorgung zu erleichtern?

Es herrschte Einstimmigkeit darüber, dass die Ergebnisse der Nutzenbewertung immer nur eine Momentaufnahme zum Zeitpunkt des Marktzugangs gegen eine definierte zweckmäßige Vergleichstherapie darstellen. Des Weiteren gab es Konsens darüber, dass „kein Zusatznutzen“ keinesfalls „kein Nutzen“ bedeutet. Die Teilnehmer hielten fest, dass eine Abbildung der Nutzenbewertungsergebnisse in der Praxissoftware dem Arzt allenfalls als Unterstützung während des Verordnungsvorgangs dienen kann.

Ein weiterer Diskussionspunkt zum Arzteinformationssystem war die Verzerrung im Versorgungsverhalten durch eine unsachgemäß verkürzte Abbildung der Ergebnisse der frühen Nutzenbewertung. Kritik fand, dass Indikationsgruppierungen von Fachgesellschaften und Leitlinien nicht mit Kategorien aus den Nutzenbewertungen übereinstimmen.

Gemeinsame Ideen für einen besseren Praxisalltag zu definieren, sei zwar müßig – die Workshop-Teilnehmer waren sich dennoch einig, dass man diesen Weg gemeinsam gehen muss, um auch langfristig die Versorgungsqualität hoch und bezahlbar zu machen.

Workshop 2

Digitale Transformation erfolgreich gestalten



Leitung:

A. Seidinger

Referenten:

G. Drogies, Dr. I. Erb-Herrmann, C. Habereeder, Prof. Dr. S. Jedamzik, N. Mangiapane

In diesem Workshop diskutierten die Teilnehmer über die wichtigsten Erfolgsfaktoren für eine digitale Transformation in ihrem Unternehmen oder in ihrer Organisation. Fünf Referenten stellten das Thema aus ihrer Perspektive vor.

- Gregor Drogies, DAK-Gesundheit
- Dr. Isabella Erb-Herrmann, AOK Hessen
- Christoph Habereeder, MSD
- Prof. Dr. Siegfried Jedamzik, Bayerische TelemedAllianz (BTA)
- Nino Mangiapane, Bundesministerium für Gesundheit

Herr Gregor Drogies stellte dar, dass es eine der wichtigsten Herausforderungen der digitalen Transformation ist, Menschen im Unternehmen für den notwendigen Wandel zu gewinnen. Der zentrale Erfolgsfaktor ist, dass sich ein Unternehmen kontinuierlich zu einem agil arbeitenden Unternehmen weiterentwickelt, indem es die Form der Zusammenarbeit und seine Fehlerkultur kurzfristig verändern kann. Risiken müssen reduziert werden, um Ängsten erfolgreich begegnen zu können. Da Digitalisierung nicht nur ein IT-Thema ist, ging der Referent auch auf die Kernelemente eines notwendigen Kulturwandels ein. Dazu gehören: Agilität, Lernbereitschaft, Authentizität, Innovation, Flexibilität und ein vernetztes Denken. Des Weiteren sei es unabdinglich, die Zielgruppe genau zu kennen, um sinnvolle und nützliche Produkte schaffen zu können.

Laut Dr. Isabella Erb-Herrmann steckt hinter der digitalen Transformation mehr als nur der Einsatz von Technologien. Daher ist nicht die Technik der limitierende Faktor für eine erfolgreiche Umsetzung in Unternehmen, es sind vielmehr die Mitarbeiter und ihre Fähigkeit zur Veränderung. Zuerst erklärte sie, dass

vor allem die Neugestaltung von Prozessen erforderlich sei. Dafür wären Automatisierungen und Dunkelverarbeitung unabdingbar. Somit müssten die Leistungen von Maschine und Mensch neu definiert werden, damit Routinetätigkeiten wegfallen und künstliche Intelligenz zum Einsatz kommen kann. Außerdem erwähnte sie, dass die Schnittstellen zwischen den Kunden, Lieferanten und Geschäftspartnern gegebenenfalls verschoben werden müssen. Zudem gehöre zu einer erfolgreichen digitalen Transformation die Veränderung von externen Rahmenbedingungen, beispielsweise eine flächendeckende Telematik-Infrastruktur, Schnittstellen-, IT-Sicherheits-, und Datenschutzstandards. Unternehmen müssten gegebenenfalls Maßnahmen im Hinblick auf ihre Führungskultur vornehmen, Arbeitsmethoden und Arbeitsweisen ändern, sowie Fähigkeitsprofile entwerfen. Zum Schluss wies die Referentin darauf hin, dass es nicht erforderlich sei, schnell zu sein, sondern anpassungsfähig.

Christoph Haberer betonte, dass die digitale Transformation trotz institutioneller Widerstände auf dem Vormarsch ist. Wenn sie durch uns nicht schnell selbst gestaltet wird, wird die digitale Transformation durch attraktive Angebote globaler Konzerne ohne uns gestaltet. Außerdem wies er daraufhin, dass vor allem die Auswertung von medizinischen, sozialen, demographischen und wirtschaftlichen Daten wichtige Faktoren sind. Zu den großen Chancen der digitalen Transformation zählen vor allem die beschleunigte Forschung und individuelle Fortbildungen für Kunden, Patienten und Ärzte. Für die Patienten wird Partizipation und Selbststeuerung deutlich erleichtert; sie können von Online-Sprechstunden profitieren. Das medizinische Personal hat leichten Zugriff zu Weltwissen und kann Therapien für Patienten noch individueller anwenden. Zu den Herausforderungen zählt, dass die globalen Daten keine nationalen Grenzen kennen. Des Weiteren lösen sich Regulierungen auf und erschweren die Datensicherheit. Deshalb muss auch der Schutz vor Hackerangriffen in Betracht gezogen werden.

Aus Sicht von Prof. Dr. Siegfried Jedamzik nutzt die Digitalisierung der Gesundheitsversorgung allen Menschen – unabhängig von Sprache, Herkunft oder sozialer Stellung. So erreichte der Referent mit der Gesundheitsakte für Geflüchtete (Asylakte) eine verbesserte medizinische Versorgung von Asylbewerbern. Darin werden alle medizinischen Daten elektronisch dokumentiert; der Arzt erhält so eine Hilfestellung ab Erstaufnahme. Zu den Zielen gehören die Überwindung von Sprachbarrieren, die Verhinderung von Doppeluntersuchungen, sowie eine schnelle und strukturierte Behandlung.

Als Hauptziel und Maßstab bei der weiteren Digitalisierung im Gesundheitswesen muss, so Nino Mangiapane, ihr Mehrwert für die Versorgung in den Blick genommen werden, deren Wirtschaftlichkeit und Qualität durch neue E-Health- und Big Data-Anwendungen weiter verbessert werden kann. Zu den wesentlichen Elementen des E-Health-Gesetzes, das als Katalysator für die Beschleunigung der Digitalisierung im Gesundheitswesen fungiert, gehören daher die zügige Einführung von nutzbringenden Anwendungen und klare Regelungen zur Nutzung der Telematik-Infrastruktur, die die Grundlage für eine Vielzahl weiterer digitaler Prozesse schafft. Digitale Anwendungen machen neue Formen der Kommunikation und Arbeitsteilung zwischen Ärzten möglich und machen, zum Beispiel mit Gesundheits-Apps, einen stärkeren Einbezug von Patientinnen und Patienten in Behandlungs- und Betreuungsprozesse und damit eine Stärkung des Arzt-Patientenverhältnisses möglich. Als ein Instrument zur Förderung der weiteren digitalen Transformation im Gesundheitswesen nannte er den Innovationsfonds, in dem bei einer Vielzahl der

ausgewählten Projekte digitale Prozesse eine wesentliche Rolle spielen und häufig Bestandteil neuer Versorgungsmodelle sind.

Die anschließende Diskussion unter der Leitung von Frau Anna Seidinger hatte zwei Schwerpunkte:

- Was sind in Ihrer Branche/Organisation die wichtigsten Erfolgsfaktoren, damit digitale Transformation gelingen kann?
- Welche Top-3-Maßnahmen haben Sie ergriffen, um die Digitalisierung in Ihrem Unternehmen/Ihrer Organisation voranzubringen?

Alle Beteiligten waren sich einig, dass die digitale Transformation im Gesundheitswesen nur durch Zusammenarbeit aller beteiligten Partner gelingen kann. Als wichtigste Erfolgsfaktoren für Organisationen wurden genannt: die Neudefinition der jeweils eigenen Rolle durchzuführen sowie die Mitarbeiter in dem Veränderungsprozess mitzunehmen. Bei letzterem sollten insbesondere die Führungskräfte als Vorbilder für den kulturellen Wandel agieren, um Mut zur Entscheidung zu transportieren. Die Beteiligten sahen die Sicherstellung der Interoperabilität als unerlässliche Voraussetzung an. Zur besseren Durchführung von Veränderungen kam die Idee, ein Honorar oder Anreizmodell zur Kompensation zu schaffen. Die Workshop-Teilnehmer forderten zudem ein Versorgungsmanagement für Kassen und eine Anpassung der Rahmenbedingungen, um die Prozesse neu gestalten zu können. Allen Teilnehmern war es wichtig, die Umsetzungsgeschwindigkeit deutlich zu erhöhen, da historische Bewertungsparameter oft nicht an die digitalen Möglichkeiten angepasst sind und langwierige Verhandlungen den Prozess behindern beziehungsweise für neue digitale Lösungen den Marktzugang verhindern.

Workshop 3

Reformbedarf für eine effiziente und zukunftsfähige Arzneimittelversorgung



Leitung:

Dr. T. Husemann

Referenten:

A. Heeke, C. Kuhne, Dr. U. Maywald, A. Pfaff, Dr. M. Viapiano

In diesem Workshop diskutierten die Teilnehmer, wie eine regionale Arzneimittelsteuerung die Sicherung der Versorgungsqualität unterstützen kann – und wie sich die Ziele eines Arztinformationssystems (AIS) damit vereinbaren lassen. Fünf Referenten stellten das Thema aus ihrer Perspektive vor:

- Andreas Heeke, AOK NORDWEST
- Clemens Kuhne, MSD
- Dr. Ulf Maywald, AOK Plus
- Andreas Pfaff, AOK Baden-Württemberg
- Dr. Michael Viapiano, KV Baden-Württemberg

Andreas Heeke ging auf den Arzneimittelmarkt und seine (Pseudo-)Innovationen ein. Zu den Herausforderungen zählte er den unstrukturierten Markt, der eine systematisierte Empfehlung zur Arzneimittel-Auswahl benötige. Außerdem legte der Referent dar, dass Preisunterschiede nicht zwingend mit Wirkungsunterschieden korrelieren. Neue Arzneimittel seien trotz Nutzenbewertung und damit verbundener sorgfältiger Abwägung von möglichen Vor- und Nachteilen in einer merkbaren Anzahl von Fällen nicht deutlich besser als bisherige Standard-Therapien. Das Fazit aus Sicht der AOK NORDWEST in Bezug auf AMNOG-Wirkstoffe ist, dass zum einen eine Arzneimittel-Steuerung zwingend notwendig ist und zum anderen unabhängige Arzneimittelinformationen nicht mehr wegzudenken sind.

Clemens Kuhne wies darauf hin, dass das deutsche Gesundheitssystem mehr Innovationen benötigt. Er betonte, dass der Zugang zu Versorgung nicht von der Postleitzahl des Patienten abhängig sein darf. Au-

ßerdem sei er der Meinung, dass die regionale Arzneimittelsteuerung als Doppelregulierung zum AIS der Versorgungsqualität abträglich ist. Im System gebe es heute Doppel- beziehungsweise Mehrfachregulierungen. Dadurch entsteht eine Art Flickenteppich an regionalen Arzneimittelsteuerungssystemen. Zum Beispiel durch Leitsubstanzen mit Generikaquoten, Biosimilarquoten, Beratung durch Krankenkassen und Hausarztverträge. Die Folgen seien unterschiedliche Versorgungsqualitäten und eine ortsabhängige Arzneimittelverordnung. Der Referent fasste seinen Vortrag in folgenden Thesen zusammen:

- Regionale Arzneimittelversorgung ist an sich nicht schlecht, denn Deutschland ist in Sachen Versorgungsstruktur, Morbidität etc. uneinheitlich.
- Es bedarf aber eines Umdenkens, worauf regionale und nationale AM-Steuerung abzielen soll. Es muss darum gehen, dem Patienten das für ihn beste Arzneimittel zu einem günstigen Preis verordnen zu können. Die bundesweite und die regionale Arzneimittelsteuerung sind aufeinander abzustimmen.
- Ein AIS macht nur Sinn, wenn der Arzt Informationen erlangt, die ihm erlauben, eine fundierte Verordnungsentscheidung zu treffen. Es darf nicht im Wesentlichen darum gehen, Kosten zu sparen!
- Ein einheitliches AIS kann nur erfolgreich sein, wenn die regionalen Steuerungsinstrumente in Bezug auf Arzneimittel, die der Nutzenbewertung durch den G-BA unterzogen wurden, entfallen.

Laut Dr. Ulf Maywald hingegen sind grundsätzliche Reformen nicht nötig. Wie Herr Heeke wendet er ein, dass regionale Steuerung gerade deshalb notwendig ist, weil die Regionen von deutlich unterschiedlichen Ausgangswerten starten, z.B. bei Biosimilars. Er unterstreicht, dass das Arztinformationssystem, die Flexibilisierung von Erstattungsmodellen und einheitlichen Erstattungswegen (nicht Preisen) bei Arzneimitteln – sowohl ambulant als auch stationär – in der nächsten Legislaturperiode auf der Agenda stehen sollten. Zudem forderte er eine Lösung für das Ausgabenproblem bei Kombinationstherapien in der Onkologie.

Seine Vorschläge zur Umsetzung des AIS sind:

- Abbildung von Beschlüssen unter Einbeziehung von Patientenparametern
- Vergleichbarkeit des Zusatznutzens verschiedener Wirkstoffe desselben Therapiegebietes
- Darstellungen zu Preisen und zur Wirtschaftlichkeit
- gegebenenfalls zusätzliche Vertragsinformationen aus § 73(9)

Andreas Pfaff spricht sich für die Stärkung von Selektivverträgen und die Unterstützung von Wettbewerb und regionaler Kompetenz aus; Zentralismus sollte hingegen nicht begünstigt werden. Voraussetzungen dafür sind seiner Meinung nach:

- Kenntnisse über den regionalen Versorgungsbedarf
- Selektivvertragsarchitektur als gleichwertige Alternative zum derzeitigen § 130b zur nutzenoptimierten Versorgungssteuerung

Unternehmensinteresse der Krankenkasse am Versorgungsmanagement

- dezentrale Preisverhandlung bei einer besseren dezentralen Versorgungsstruktur

Die versicherten Patienten werden durch die bedarfsgerechte Arzneimitteltherapie besser versorgt. Für die Pharmaunternehmen verbessert sich der Marktzugang bei festgestelltem Zusatznutzen. Für die Krankenkassen bedeutet es Sicherheit und Wirtschaftlichkeit, sowie eine optimierte Leistungserbringung durch rationale Pharmakotherapie. Optionale Instrumente zur Erhöhung der Investitionsbereitschaft sind Risk-Share-Verträge und dezentrale Preisverhandlungen.

Dr. Michael Viapiano referierte aus Sicht der KV Baden-Württemberg über die Vorstellung einer zukünftigen Arzneimittelversorgung. Diese sollte indikationsgerecht, evidenzbasiert und wirtschaftlich sein, jedoch eine quotenunabhängige Wirkstoffauswahl und eine patientenindividuelle Therapieentscheidung ermöglichen. Die KV Baden-Württemberg begrüßt einen Wegfall der Richtgrößenprüfung und eine Stärkung der Regionalität. Insofern konnte eine ablösende Vereinbarung erzielt werden. Mit dieser ist sichergestellt, dass die Verordnungssteuerung die Versorgungstiefe von Praxen und die Betreuung multimorbider Patienten gebührend berücksichtigt.

Die anschließende Diskussion unter der Leitung von Herrn Dr. Tim Husemann hatte zwei Schwerpunkte:

- Wie unterstützt die regionale Arzneimittelsteuerung heute und in Zukunft die Sicherung der Versorgungsqualität?
- Wie lassen sich die Ziele eines AIS damit vereinbaren?

Die Diskussionsteilnehmer einigten sich darauf, dass eine regionale Arzneimittelsteuerung sinnvoll sei, da das System relativ unstrukturiert ist und die handelnden Personen Orientierung benötigen. Aufgrund der unterschiedlichen Ausgangslagen der Regionen, sei ein unterschiedliches Agieren eine logische Konsequenz.

Es herrschte Einstimmigkeit darüber, dass die Verwendung eines AIS als zusätzliche Informationsquelle zur Entscheidungsfindung sinnvoll sei. Dabei solle dieses primär zur Qualitäts- und nicht zur Kostensteuerung dienen. Des Weiteren müsse ein AIS überholte Beschlüsse zeitnah korrigieren und Therapiewechsel berücksichtigen. Alle Workshop-Teilnehmer stimmten zu, dass es formal kein einheitliches AIS geben kann, da es u.a. zu viele Praxisverwaltungssystemanbieter gibt. Zudem sei die Versorgungsqualität grundsätzlich schwer definier- und messbar und eine valide Datengrundlage für Entscheidungen nötig.

Letztlich könnten alle diskutierten Aspekte dazu beitragen, eine effiziente und zukunftsfähige Arzneimittelversorgung zu gestalten.

Workshop 4

Schlüsselfaktor Konsortiumsbildung – Erfahrung von Kooperationen im Innovationsfonds



Leitung:

Referenten:

Prof. Dr. V. Amelung Dr. H.-J. Helming, M. Hermann, Dr. U. Marschall, Prof. Dr. L. Sundmacher, S. Utz

In diesem Workshop diskutierten die Teilnehmer darüber, wie man erfolgreiche Projektteams bildet und was eine erfolgreiche Kooperation im Rahmen des Innovationsfonds auszeichnet. Fünf Referenten stellten das Thema aus ihrer Perspektive vor:

- Dr. Hans-Joachim Helming, IGiB-STimMT
- Margit Hermann, AOK Bayern
- Dr. Ursula Marschall, BARMER
- Prof. Dr. Leonie Sundmacher, Ludwig-Maximilians-Universität München
- Silke Utz, KV Schleswig-Holstein

Dr. Hans-Joachim Helming betonte, dass komplexe Innovationen Interdisziplinarität und Multiprofessionalität erfordern. Diese zusammenzuführen, gelänge am ehesten in einem umfangreichen Konsortium – trotz aller initialen Schwierigkeiten des Zusammenfindens. Außerdem sind Kommunikations- und Informationswege für ihn ein wichtiger Bestandteil der erfolgreichen Umsetzung. Es käme vor allem auch auf eine gute Terminplanung und eine strikte Abgrenzung zwischen Projekt- und Tagesgeschäft an. Die Zuständigkeiten müssten geklärt sein und der hohe Komplexitätsgrad dürfe nicht außer Acht gelassen werden. In Bezug auf das Innovationsfondsprojekt IGiB-STimMT sei in erster Linie zu erwähnen, dass sehr komplexe Fragestellungen auch „intellektuelle Interoperabilität“ der Akteure erfordert. Die Umgestaltung eines Krankenhauses zu einem ambulant-stationären Zentrum inkludiere strukturelle, politische,

finanzpolitische und gesundheitspolitische Veränderungen. Daher seien sie nur konzertiert, kooperativ und gemeinsam im Konsortium lösbar.

Für Margit Hermann ist für eine erfolgreiche Kooperation im Innovationsfonds wesentlich, die Kompetenzen und Erfahrungen aus den unterschiedlichen Gesundheitsbereichen zu bündeln. Eine vertrauensvolle Zusammenarbeit sei der Schlüssel zum Erfolg! Ein weiterer Erfolgsfaktor wäre jedoch auch die Beachtung der Besonderheiten des Innovationsfonds. Zudem müsse ein gemeinsames Verständnis bezüglich der Ziele, Rollen und Ergebnisbeiträge vorliegen. Geklärt sein sollten jedoch auch die einzelnen Verantwortlichkeiten, die Verlässlichkeit und Kompromissfähigkeit. Der Konsortialführer müsse zu jeder Zeit das Ziel und die zu Verfügung stehenden Ressourcen und Termine des Projektes im Auge behalten.

Laut Dr. Ursula Marschall gibt es wenige, aber wichtige Erfolgsfaktoren:

- Timing ist alles.
- Kommunikation hat noch nie geschadet.
- Ein strukturiertes Projektmanagement in Vollzeit.

Für die Projektziele und das Antragsvolumen sei vor allem eine realistische Kalkulation erforderlich. Des Weiteren müssten Meilensteine für eine erfolgreiche Umsetzung realisierbar sein und ein stabiles Netzwerk aus Experten für jeweilige Themengebiete existieren. Aus Sicht der BARMER betonte die Referentin vor allem die Verständlichkeit der Anträge. Dabei geht es vor allem um Plausibilität und Greifbarkeit.

Prof. Dr. Leonie Sundmacher hob hervor, dass der Innovationsfonds Wissenschaftler, Vertreter der Selbstverwaltung sowie Verbände und Akteure des Gesundheitswesens an einen Tisch bringt, um Forschungsfragen kooperativ zu bearbeiten. Das sei eine große Chance und gleichzeitig eine Herausforderung, die es sich lohnt anzunehmen, wenn man Forschung praxis- und realitätsnah gestalten möchte. Ihr Fazit ist, dass die Zusammensetzung des Konsortiums zwar entscheidend, das Management aber noch wichtiger sei. Die Größe des Projekts solle vor allem an der Zielsetzung ausgerichtet sein, die sich wiederum an dem individuellen Forschungsstand orientiert. Außerdem wären regelmäßige Treffen und ein heterogenes Konsortium vonnöten.

Silke Utz berichtete über das laufende Innovationsfondsprojekt Dimini. Der Erfolg von Dimini basiere auf dem Teamgeist von Vertretern aus 14 unterschiedlichsten Organisationen, die gemeinsam an einem Strang ziehen, um ihre Ideen innerhalb der Regelwerke des SGB V und des Innovationsfonds umzusetzen.

Die anschließende Diskussion unter der Leitung von Prof. Dr. Volker Amelung hatte zwei Schwerpunkte, nämlich die Erfolgs- und Misserfolgskriterien

- bei der Zusammenstellung des Konsortiums und
- bei der Führung des Konsortiums.

Bei der Zusammenstellung des Konsortiums sei vor allem zu beachten, nicht zu viele Konsortialpartner zu involvieren. Außerdem habe sich erst nach Projektbewilligung gezeigt, dass die Interessenskonflikte

der einzelnen Partner nicht ausreichend berücksichtigt wurden. Daher sei es vor allem wichtig, alle Interessen zu Beginn des Projekts transparent zu machen. Innerhalb der Bandbreite der Akteure müsse in Zukunft besser darauf geachtet werden, dass auch die Rekrutierung der Patienten sichergestellt ist.

Die Workshop-Teilnehmer waren sich einig, dass sich nach der Bewilligung des Projektes die Rolle der Projektpartner noch einmal ändert. Somit sei eine eher passive Rolle wie in der Antragsphase nicht mehr möglich. Die Erfahrung zeige zudem, dass bei vielen Projekten zu wenig bedacht wurde, wer Konsortialpartner sein könnte und ob eine Rolle als Kooperationspartner nicht ausreichend wären.

Bei der Führung des Konsortiums zeige sich, dass klare Regeln dringend notwendig seien. In den einzelnen Projekten fanden sich Akteure mit unterschiedlichen Kulturen und Interessen. Daher seien Hierarchien sowie ein professionelles, gegebenenfalls externes Projektmanagement zwingend erforderlich. Dieses müsse über die entsprechenden Instrumente und Tools verfügen. Für die Zukunft solle vor allem bei der Zusammenstellung des Konsortiums beachtet werden, dass bei den einzelnen Akteuren ein hohes Maß an gegenseitigem Vertrauen und Respekt vorhanden sein sollte. Außerdem sei für eine erfolgreiche Kooperation vor allem die persönliche Kommunikation ausschlaggebend. Zuletzt wurde noch über Zeit und Ressourcen diskutiert. Alle Teilnehmer waren sich einig, dass derartige Projekte sehr zeitintensiv und arbeitsaufwendig sind. Deshalb müssten sowohl ausreichend Zeit als auch genügend Ressourcen einkalkuliert werden.

Workshop 5

AMTS: Wie bekommen wir mehr Pilotprojekte in die Regelversorgung?



Leitung:

Prof. Dr. D. Grandt, Dr. Dr. K. Löbner

Referenten:

Dr. C. Graf, T. Müller, B. Seidenath, MdL, Prof. Dr. A. Ullmann, MdB

In diesem Workshop diskutierten die Teilnehmer darüber, unter welchen Voraussetzungen Pilotprojekte in die Regelversorgung aufgenommen werden sollten, woran dies scheitern könnte und inwiefern die erfolgreiche Implementierung von Projekten durch Regularien behindert wird. Außerdem wurde thematisiert, wie die Politik Unterstützung leisten kann und was das Vorhaben der Parteien ist. Zwei Referenten stellten mit einem Impulsreferat das Thema aus ihrer Perspektive vor:

- Dr. Christian Graf, BARMER Hauptverwaltung
- Thomas Müller, Vorstandsmitglied der KV Westfalen-Lippe

Die beiden Impulsreferate wurden von Herrn Seidenath und Herrn Prof. Ullmann anschließend kommentiert. Die beiden Politiker stellten dar, wie sie die Lage einschätzen und welche Lösungsvorschläge sie hätten, läge die Problemlösung in ihrer Hand.

Dr. Christian Graf ging auf die Frage ein, warum eine Optimierung der Arzneimitteltherapiesicherheit erforderlich ist. Er sieht folgenden patientenrelevanten Nutzen in Folge der Prozessoptimierung:

- Vermeidung von Fehlbehandlung aufgrund unzureichender Informationen zum Patienten
- Risikominimierung durch elektronisch unterstützte Arzneimitteltherapieprüfung und Einführung eines therapiekoordinierenden Arztes
- Verringerung/Vermeidung unnötiger Mehrausgaben

Bei der Krankenkasse vorhandene medizinische Informationen zum Patienten sollte für Therapieentscheidungen nutzbar gemacht werden. Auch ist Entwicklung von fachübergreifenden Handlungsempfehlungen für Polypharmazie erforderlich. Risikominimierung bedeutet für den Patienten Vermeidung von Nebenwirkungen und Verbesserung der Lebensqualität. Zudem werden Kosten durch nicht erforderliche Therapie vermieden, sowohl bei Arzneimittelausgaben als auch bei Krankenhausaufenthalten. Pilotprojekte zur Arzneimitteltherapiesicherheit müssen so angelegt sein, dass die Kosten-Nutzen-Relation methodisch zweifelsfrei nachgewiesen wird.

Laut Thomas Müller bereichern Praxisnetze die ambulante Vertragsgemeinschaft. Sie seien attraktiv für den ärztlichen Nachwuchs und gestalteten sich als verlässlicher Vertragspartner für Krankenkassen unter dem Dach der kassenärztlichen Vereinigungen. Die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe agiert als Innovationstreiber. Mit circa 14.000 Mitgliedern ist sie zudem bundesweit führend beim Thema Praxisnetze. Des Weiteren engagiert sie sich bei Innovationsfondsprojekten und weiteren innovativen Projekten, wie AdAM.

Die kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe hat mit der BARMER das Projekt AdAM initiiert. Die Chancen des Projekts liegen laut Müller in einer Verbesserung des Managements von Patienten mit Polypharmazie. Außerdem schaffe AdAM mehr Transparenz und entlaste den Hausarzt. Zu den Herausforderungen gehörten ein relativ kurzer Zeitrahmen für die Evaluation und hohe Anforderungen des Fördermittelgebers; hinzu kämen regulatorische Unklarheiten.

Laut Bernhard Seidenath lassen sich aussichtsreiche Versorgungsideen über den Innovationsfonds des Bundes etablieren. Arzneimitteltherapiesicherheit soll auch mit einer geschützten, digitalen Krankenakte – dem persönlichen Gesundheitsdaten-Safe, den Bayern plant – unterstützt werden.

Prof. Dr. Andrew Ullmann betonte, dass zwischen Pilotprojekten und Regelversorgungen auf den ersten Blick erst einmal ein Widerspruch besteht. Um dies zu ändern, sei der Innovationsfonds der erste Schritt, jedoch müssten auch die Mängel in der Infrastruktur beseitigt werden. Des Weiteren müssten Patienten, Ärzte, Apotheker und Pflegende im Hinblick auf vermeidbare Risiken der Arzneimitteltherapie sensibilisiert werden. Zudem sollten die Informationen über Arzneimittel und die Kennzeichnung von diesen verbessert werden. Außerdem müsse alles dokumentiert und eine Strategie zur Verbesserung der Sicherheit entworfen werden.

Die anschließende Diskussion, unter der Leitung von Prof. Dr. Daniel Grandt und Dr. Dr. Kristian Löbner thematisierte die Überführung von Pilotprojekten in die Regelversorgung. Die Teilnehmer einigten sich auf folgende 5 Kernpunkte:

1. AMTS ist ein für alle Beteiligten und vor allem den Patienten prioritäres Thema
2. Der Innovationsfonds wird einstimmig begrüßt und sollte verstetigt werden.
3. Pilotprojekte, deren Nutzen durch wissenschaftliche Evaluation belegt ist, sollten in die Routineversorgung übernommen werden, d.h. kollektivvertraglich und kassenübergreifend.

Anmerkung: Es wird Regelungsbedarf gesehen, damit erfolgreiche Projekte nicht durch eine Förderunterbrechung gefährdet werden.

4. IT Lösungen werden einstimmig als notwendig erachtet. Sie müssen sich an den Bedürfnissen der Nutzer orientieren und Festlegungen zu semantischen und technischen Standards auf Systemebene sind notwendig um Interoperabilität zu gewährleisten.

5. Dem von der BARMER und KVWL initiierten Projekt AdAM wird ein hohes Potential zugesprochen, die Therapie von Patienten mit Multimorbidität zu optimieren.



Dr. Carsten Petersen

Statement zum MSD Gesundheitspreis

Dr. Carsten Petersen, Initiator von aha!/Dimini

Im Oktober 2012 gehörte das Projekt aha! ab heute anders – Gesünder leben im Norden zu den zehn nominierten Projekten für den MSD Gesundheitspreis 2012. aha! war damals ein regional begrenztes Pilotprojekt im hohen Norden der Republik – und als Landeier waren wir durchaus stolz, mit unserer Bewerbung in die Runde der letzten Zehn gekommen zu sein.

Ich erinnere mich gut daran, dass die Zeit zwischen der Nominierung und der Preisverleihung hier in Haar eine Phase kontinuierlich steigender Spannung darstellte. Und so kann ich nicht verhehlen, damals durchaus aufgeregt hierher gereist zu sein. Doch als dann auch der Umschlag mit dem letzten Preisträger geöffnet war, war klar: Kein MSD Gesundheitspreis für aha!

Natürlich waren wir im ersten Moment enttäuscht. Außer Spesen also nix gewesen? Dieser Gedanke hätte sich eigentlich aufdrängen können. Aber dazu ist es nie gekommen. Im Gegenteil: Es gab jede Menge Wertschätzung, viele sehr interessante Gespräche und jede Menge Kontakte – hier im Hause, am Flughafen, noch Tage und Wochen später. Es wurde über aha! berichtet, in der Ärztezeitung, im KV-Nordlicht – und im Rahmen einer umfangreichen Publikation vom MSD Gesundheitsforum.

In dieser Publikation las ich dann auch: „Der Gesundheitspreis verfolgt das erklärte Ziel, sektorübergreifende Versorgungsmodelle zu würdigen und zu fördern. Es gilt, regional bereits umgesetzte und erfolgreiche Versorgungslösungen frühzeitig – sozusagen im Pilotstatus – wertzuschätzen und eine Plattform zu bieten, Expansionsmöglichkeiten zu prüfen.“ Bei aha! wurde dieses Ziel erreicht – selbst ohne Preis.

So trug allein die Nominierung zum MSD Gesundheitspreis wesentlich dazu bei, dass aha! bekannt wurde. Die KV Schleswig-Holstein zeigte Interesse, auf den Erfahrungen unseres Modellprojekts aufzubauen, Gespräche mit Kassen begannen, MSD kam als Partner ins Boot. Die Gesprächspartner zeigten uns, dass sie an die aha!-Idee glaubten.

Mitte 2014, nicht einmal zwei Jahre, nachdem aha! beim MSD Gesundheitspreis mit leeren Händen nach Hause fuhr, begann aha!2.0 als Schleswig-Holstein-weites Projekt mit einem Budget von mehreren Hun-

dertausend Euro. Die Prävention des Typ-2-Diabetes wurde erstmals als zu vergütende Leistung in die vertragsärztliche Versorgung eingebracht.

In der Folge wurde das aha!-Programm deutschland- und europaweit bekannt; ein weites Netzwerk hat sich längst etabliert.

Basierend auf unseren Erfahrungen haben wir weitere Ideen und Verbesserungen entwickelt. Aus aha! wurde Dimini. 2016 reichte unser Konsortium einen Projektantrag beim G-BA im Rahmen der zweiten Welle des Innovationsfonds ein. Im März dieses Jahres erhielt Dimini einen Förderbescheid.

Nun ist aus dem einstigen Modellprojekt ein Innovationsprojekt mit einem Millionenbudget geworden. Die Arbeit und die Aufregung bleiben. Wir gehen in die nächste Runde – mit dem Ziel, dass die Prävention des Typ-2-Diabetes Einzug in die Regelversorgung nimmt.

Eines ist sicher: Ohne die Teilnahme am MSD Gesundheitspreis 2012 wäre unser Projekt wahrscheinlich niemals so weit gekommen. Und dafür bedanken wir uns bei den engagiert miteinander arbeitenden Partnern des Dimini-Konsortiums.

Vor diesem Hintergrund versichere ich Ihnen allen, die Sie für den MSD Gesundheitspreis 2017 nominiert sind: Sie sind auf jeden Fall Gewinner – ganz egal, ob mit oder ohne Preisgeld.



Statement zum MSD Gesundheitspreis

*Dr. Hans-Joachim Helming
Geschäftsführer und Gesamtprojektleiter IGiB-StimMT GmbH*

Dr. Hans-Joachim Helming

Liebe Nominierte,

Sie haben in der zurückliegenden Zeit

- sehr viel Engagement und Knowhow in Ihre Projekte gesteckt,
- haben sich oftmals über viele Widrigkeiten hinweggesetzt,
- haben um Unterstützung geworben, Mitarbeiter motiviert, Rückschläge und „Hängepartien“ überwunden,
- haben erfahren, dass auch Umwege Ihren Vorteil haben, nämlich die Erweiterung der „Ortskenntnis“, haben dadurch neuen Mut geschöpft weiterzumachen und
- haben letztlich erfolgreich ein Projekt auf den Weg gebracht.

All das hat bereits jetzt zu einer besonderen Wertschätzung geführt: Sie sind nämlich für diesen bundesweit beachteten Preis nominiert worden: den MSD Gesundheitspreis!

Eine hochrangige und hochkompetente Jury hat Ihre Projekte geprüft und bewertet und – wie fast immer in solchen Situationen – die überaus schwierige Situation meistern müssen, aus der Vielfalt der Projekte dasjenige auszuwählen, welches sehr wahrscheinlich die größte Bedeutung und das größte Umsetzungspotential hat. Ich kann Ihnen versichern: Das ist wahrlich fast ebenso schwierig, wie die Projektentwicklung an sich!

Gleichwohl stehen Sie, die Nominees, heute im Mittelpunkt und nicht die Jury! Und das aus gutem Grund. Denn das, was Sie geleistet haben, hilft in erster Linie den uns anvertrauten Patienten – den Menschen, die in den verschiedensten Angelegenheiten mit dem Gesundheitswesen konfrontiert werden. Das ist wichtig, wenn wir die Zielgruppe nicht aus dem Auge verlieren wollen. Und dies wiederum ist wichtig, um die Arbeit aller, die sich heute hier um den Preis bewerben, angemessen zu wertschätzen.

Und deswegen ist die Aufmerksamkeit, die Ihnen und Ihren Projekten heute gewidmet wird, bereits ein großer Gewinn! Ich weiß aus eigener (Preisträger-)Erfahrung, wie wichtig es bereits ist, nominiert zu sein. Was wir nämlich geleistet haben, im medizinisch-versorgenden Bereich innovative Lösungsansätze für

Probleme identifiziert zu haben, wird in idealer Weise komplettiert durch das große Knowhow von MSD im Versorgungsmanagement und Marketing!

Als ich 2014 den MSD Gesundheitspreis verliehen bekam, bedeutete dies für das prämierte *KV-RegioMed-Konzept* eine gewaltige Steigerung der Bekanntheit! Entwickelt und praktiziert für die Lösung infrastruktureller Probleme der gesundheitlichen Versorgung im Land Brandenburg, war es kurze Zeit später plötzlich bundesweit „publik“ – durch die Print-Veröffentlichungen von MSD, aber auch das hervorragende Video, welches das Projekt in idealer Weise darstellte und erklärte. Einen besonderen Stellenwert für die Wertigkeit hatte nicht zuletzt die Präsentation der Preisträger-Projekte im BMG. Ich erlebe es bis heute, dass der Bundesgesundheitsminister das Brandenburger KV-RegioMed-Konzept immer wieder beispielhaft erwähnt.

Lassen Sie es mich auf den Punkt bringen: Das beste Produkt wird zum Ladenhüter, wenn es nicht bekannt gemacht und beworben wird!

Und damit leistet MSD ebenfalls einen großen Beitrag zur Weiterentwicklung unseres Gesundheitswesens! Ohne, dass das Unternehmen irgendwelchen Einfluss auf die Versorgung an sich nimmt, gestaltet MSD im positiven Sinne mit. Die Kooperation mit vielen Akteuren der gesundheitspolitischen Landschaft, den Krankenkassen, Ärzten und Netzen führt letztendlich zur Hebung von Skaleneffekten, die allen nutzen, weil sie die Qualität und Wirtschaftlichkeit unseres Systems verbessern.

Eine zunehmend wichtige Aufgabe – die Versorgungsforschung – rückt immer stärker in den Fokus der Aktivitäten der Akteure, aber auch der Vorgaben der Gesundheitspolitik. Dieser noch immer weitestgehend unbestellte Acker braucht einen kraftvollen Traktor, der ihn bestellt. Im Ergebnis profitieren wir alle, weswegen es zunehmend auch ernsthaft diskutiert wird, die Versorgungsmanagementkompetenz der Industrie als Partner von „140-er-Verträgen“ zu nutzen.

Abschließend ist für Sie als Nominees aber heute vorrangig: Ob als Preisträger oder Nominee – Sie haben bereits einen Bekanntheitsgrad erreicht, der Sie in die Lage versetzt, Ihr Projekt und Ihre Ideen weiter zu verbreiten. Sie werden Anfragen erhalten, die auch Ihnen wieder neue Impulse, aber auch Motivation für die Weiterentwicklung Ihrer Projekte geben werden, und Sie werden neue Kontakte knüpfen, welche letztlich ein Netzwerk verdichten, welches wir alle brauchen, um keine Insellösungen zu schaffen, sondern die tollen Ideen allen zur Verfügung zu stellen, die ein Interesse an einer Weiterentwicklung unseres an sich hervorragenden Gesundheitssystems haben.

Deswegen bedanke ich mich bei Ihnen für Ihr Engagement und ermutige Sie, auch wenn Sie heute keinen Preis nach Hause tragen, den Rückenwind der Nominierung zu nutzen und Ihr Projekt weiter aktiv umzusetzen!

BIG Adherence Coaching

Patientenbegleitprogramm Psychiatrie/Adherence

Autoren: Achim Beißel und Iris Haag

Management Summary

Im Rahmen eines Patientenbegleitprogramms für die Psychiatrie (BIG Adherence Coaching) werden ausgewählte, psychisch schwer kranke Patienten mit hoher Rehospitalisierungsrate durch einen qualifizierten, externen Case Manager für 12 Monate oder länger im häuslichen Umfeld begleitet und geschult.

Mit dem Patientenbegleitprogramm wollte die BIG direkt gesund den Grundsatz „ambulant vor stationär“ umsetzen, die Lebensqualität der Teilnehmer verbessern, die Adherence im Umgang mit der psychischen Erkrankung steigern und die psychiatrischen Krankenhausfälle je Versicherten im Vergleich zur Kontrollgruppe um mindestens 50 Prozent steigern.

Die Patienten sollen in die Lage versetzt werden, mit Krisensituationen ohne erneute Krankenhaus-Einweisung besser zurechtzukommen. Der Case Manager hat dabei die Aufgabe, den Patienten zu helfen, die gemeinsam mit dem behandelnden Arzt erstellten Therapieziele zu erreichen – zu Hause, in der gewohnten Umgebung, und nicht im Laborumfeld des psychiatrischen Krankenhauses. Dadurch soll verhindert werden, dass Patienten sich nach der Entlassung selbst wieder einweisen, sobald der geschützte Raum des Krankenhauses nicht mehr gegeben ist und der im Krankenhaus erlebte Behandlungserfolg wieder zurückgeht.

Eine Langzeitanalyse der BIG direkt gesund hatte für den Psychiatriesektor ergeben, dass bestimmte Versicherte trotz zahlreicher ambulanter Betreuungsangebote unverändert häufig stationär behandelt werden mussten. Das Home-Treatment-Programm der BIG direkt gesund richtete sich daher genau an diese Patientengruppe: psychisch sehr schwer erkrankte Patienten mit mindestens zwei Krankenhausaufenthalten in der Psychiatrie pro Jahr (primäres Erkrankungsbild: Schizophrenie und Depression).

Im Zeitraum von Mai 2015 bis Januar 2017 wurden insgesamt 52 Versicherte aus Nordrhein-Westfalen über jeweils 12 Monate zu Hause betreut. Die Betreuung übernahmen im Auftrag der BIG direkt gesund Case Manager des externen Partners Grosch Patienten Service (GPS). Die Leistungen orientierten sich an den Standard-Tätigkeiten der ambulanten psychiatrischen Pflege: die Case Manager leisteten beispielsweise individuelle Psychoedukation und stellten Medikamenteneinnahme und regelmäßige Arztbesuche sicher. Sie erarbeiteten mit den Patienten eine Tagesstruktur, trainierten Alltagssituationen und vieles mehr.

Bei den Teilnehmern des Projekts konnte die Anzahl der Krankenhauseinweisungen im Vergleich zur Kontrollgruppe deutlich reduziert werden, auch die Verweildauer im Krankenhaus ist deutlich gesunken (siehe Abbildung 1).

Die Finanzierung des Projektes erfolgt im Rahmen der ergänzenden Leistungen zur Rehabilitation durch Vertrag nach § 43 Sozialgesetzbuch V. Für jeden eingeschriebenen Patienten wurde eine monatliche Pauschale an die Firma GPS gezahlt. In dieser Pauschale waren sämtliche anfallende Kosten für die Case Manager enthalten.

Versorgungsherausforderung

Schizophrenie und Depression sind chronisch wiederkehrende Erkrankungen. Beide Krankheitsbilder zeichnen sich durch hohe Rückfallraten aus, was sich auch in der Anzahl der Krankenhaufälle niederschlägt. Grundsätzlich liegt die Hospitalisierungsrate von schizophren erkrankten Männern bei fünfzehn von 100.000. Etwas besser ist das Verhältnis bei Frauen mit sechs von 100.000.

Als einer der Hauptgründe für wiederholte Einweisungen ins Krankenhaus wird die mangelnde Mitarbeit der Patienten bei der Erreichung der therapeutischen Maßnahmen gesehen (schlechte Compliance). Weitere Gründe sind zum Beispiel das Nichtansprechen von Medikamenten oder Medikamentenmissbrauch.

Durch ein von Case Managern im gewohnten Umfeld des Patienten (Home Treatment) durchgeführtes Adherence Coaching, sollen die Patienten im Umgang mit ihrer Krankheit so geschult und begleitet werden, dass insbesondere Selbsteinweisungen in die psychiatrische Krankenhausbehandlung vermieden werden.

Versicherte mit schweren Krankheitsverläufen der Schizophrenie und Depression, die in der Vergangenheit regelmäßig durch stationäre Selbsteinweisung – meistens in Krisensituationen – hohe Krankenhauskosten verursacht haben, sind mit allgemein zugänglichen Patientensteuerungsinstrumenten nicht oder nur sehr schwer ansprechbar – wie zum Beispiel mit Möglichkeiten zum Online-Selbstmanagement, schriftlicher oder telefonischer Betreuung etc. Dabei fehlt es weniger an ärztlichen Behandlungsoptionen; so könnten die Betroffenen zum Beispiel unbürokratisch außervertragliche Psychotherapie in Anspruch nehmen, um Wartezeiten und Lücken in der ambulanten Versorgung zu überbrücken. Primär liegt ein Defizit an pflegerischen und Betreuungsmaßnahmen vor.

Auch Vereinsamung und Isolation sind ein Thema. Aufgrund der Krankheit gehen oft Ehen und Partnerschaften in die Brüche, Familienverbände lösen sich auf – nicht selten vereinsamt der Patient. Ein Verlust des Arbeitsplatzes und ggf. auch der Wohnung ist ebenfalls weit verbreitet. Hilfe suchen und finden diese Patienten oftmals nur im geschützten Umfeld des psychiatrischen Krankenhauses – und in dieses können sich Patienten in der Regel als Notfall einfach selbst einweisen. Eine Verordnung des behandelnden Fach- oder Hausarztes ist dafür nicht notwendig.

Patienten mit schweren psychischen Krankheiten benötigen aber in der Regel einen erfahrenen Ansprechpartner/psychiatrischen Krankenpfleger, der sie im häuslichen Umfeld aufsucht, sie bei den Her-

ausforderungen des Alltags begleitet und sie in der Adherence stärkt – zu Hause und nicht im Laborumfeld des psychiatrischen Krankenhauses. Denn sobald die Entlassung in das häusliche Umfeld erfolgt und so der geschützte Raum des Krankenhauses nicht mehr gegeben ist, baut sich der im Krankenhaus erlebte Behandlungserfolg bei diesem Patientenkontext oftmals rapide schnell wieder ab.

Entstehungsgeschichte

Geboren wurde die Idee für das BIG Adherence Coaching im Sommer 2014 während der CMSA Jahrestagung in Cleveland, Ohio.

Im amerikanischen Gesundheitsmarkt spielen gut qualifizierte Case Manager eine Schlüsselrolle bei der Betreuung und Begleitung von Hochkostenversicherten für die Krankenkassen. Sie arbeiten als freie Mitarbeiter (Freelancer), meist auf einer fixen Preisbasis mit Gewinnbeteiligung. Bei der Optimierung der Versorgungskette für die beste (und gleichzeitig für die Krankenkasse die kostengünstigste) Behandlung spielen Compliance- und Adherence-Stärkung beim Patienten eine große Rolle.

Case Management im ursprünglichen Sinne wurde in der Vergangenheit innerhalb der GKV nur im Krankenhaus angeboten. Und zwar primär zur Planung und Optimierung der Verweildauer der Patienten sowie zur Überleitung in den Reha-Sektor. Die Case Manager innerhalb der Krankenkassen waren in der Regel ausgebildete Sozialversicherungsfachangestellte, die hauptsächlich die Teilnahme der Versicherten an Disease Management Programmen überwachten. Der Ansatz, externe Krankenpfleger als Case Manager in der Häuslichkeit des Patienten einzusetzen und den Erfolg dieser Maßnahme zu messen, war weitestgehend unbekannt. Bestehende Betreuungsangebote, wie zum Beispiel SeGel, schlossen bestimmte Personengruppen aus – dazu gehörten auch die Versicherten mit nachgewiesenem Drehtüreffekt.

Eine Marktanalyse ergab, dass es sehr wohl externe Anbieter für Case Management in der Psychiatrie gibt – auch mit dem Fokus, Patienten mit Drehtüreffekt zu betreuen und innerhalb der GKV zu steuern. Es wurde eine Leistungsbeschreibung für die europaweite Ausschreibung erstellt und die Ausschreibung für das Projekt ging Anfang 2015 online. Den Zuschlag für das Projekt Patientenmanagement Psychiatrie/Adherence Coaching erhielt die Firma GPS Grosch Patienten Service aus Waiblingen.

Kernelemente

Zielgruppe

Als Zielgruppe wurden Versicherte definiert, die unter schweren und sehr schweren psychischen Erkrankungen leiden und die mindestens zwei Krankenhausaufenthalte in der Psychiatrie in NRW pro Jahr aufweisen. Primäres Erkrankungsbild waren Schizophrenie und Depressionen, beides chronisch rezidivierende Erkrankungen. Ausgeschlossen waren Patienten mit bekannten Abhängigkeitserkrankungen (Alkohol bzw. Drogen), da diese die Compliance der Patienten negativ beeinflussen.

Versorgungskonzept

Insgesamt sollten bis zu 70 Versicherte durch das Programm betreut und von Case Managern begleitet werden.

Die individuelle Betreuungszeit eines Versicherten durch den Case Manager beträgt grundsätzlich zwölf volle Kalendermonate nach der Einschreibung in das Programm – in Einzelfällen auch länger. Die Teilnahme der Versicherten ist freiwillig; sie muss aber schriftlich erfolgen und kann jederzeit vom Versicherten widerrufen werden. Die Akquise der Teilnehmer erfolgt durch BIG direkt gesund, gegebenenfalls in enger Abstimmung mit dem Entlassungsmanagement der jeweiligen psychiatrischen Fachklinik. Die Begleitung ist im gewohnten Umfeld des Patienten unter Einbeziehung seiner Angehörigen von qualifizierten Case Managern durchzuführen. Grundlage für ein erfolgreiches aufsuchendes Patientenmanagement ist ein tragfähiges Vertrauensverhältnis zwischen Case Manager und Patient. Aus diesem Grund ist für jeden Patienten ein Case Manager erforderlich, der sich primär um diesen kümmert. Die Leistungen für das aufsuchende Patientenmanagement orientieren sich an den Standard-Tätigkeiten der ambulanten psychiatrischen Pflege (APP). Sie umfassen insbesondere die Durchführung einer individualisierten Psychoedukation, die Sicherstellung der Medikamenteneinnahme und die in Anspruchnahme regelmäßiger Arzttermine, das Erstellen einer individuellen Frühwarnzeichen-Liste und eines Krisenplanes mit dem Versicherten, ein individuelles Krisenmanagement im häuslichen und sozialen Umfeld, Erfassung der individuellen Adherence-Problematik, Erarbeitung eines Tagesstrukturplanes, Durchführung des alltagspraktischen Trainings, Begleitung und Unterstützung bei der Wiedereingliederung ins Berufsleben, Integration in therapeutische Maßnahmen, Organisation und Koordination weiterer Hilfeleistungen, das Erkennen von Schnittstellen zu anderen Leistungsbereichen und das Erheben eines Quality of Life in Schizophrenia (QLiS) Fragebogens.

Ziel war es, die Anzahl der psychiatrischen Krankenhausfälle je Versicherten um mindestens 50 Prozent im Vergleich zur Kontrollgruppe zu senken.

Folgende Bestandteile kennzeichnen das Projekt:

1. Patientenidentifikation durch BIG direkt gesund: Dazu wurden rund 450 Versicherte in NRW identifiziert, die die Kriterien für das Patientenbegleitprogramm erfüllten (bestimmte Indikationen plus Rehospitalisierung). Ausgewertet wurden dazu die Daten der stationären Krankenhausbehandlungen der Jahre 2013 und 2014, die in psychiatrischen Krankenhäusern in NRW durchgeführt wurden. Ausschlusskriterien waren bekannte Abhängigkeitserkrankungen (Alkohol bzw. Drogen), da diese die Compliance der Patienten negativ beeinflussen.
2. Patientenakquise durch BIG direkt gesund: Ziel des Projektes war es, bis zu 70 Versicherte für das Projekt einzuschreiben – das sind 15 Prozent aller möglichen Teilnehmer. Dazu wurde in einem ersten Akquiseschritt rund 230 potentielle Versicherte per Infobrief über das Programm informiert und zur freiwilligen Teilnahme eingeladen. Rund zehn Prozent der angeschriebenen Versicherten haben sich direkt für das Programm eingeschrieben. Um die Teilnehmerzahl auf 35 zu erhöhen, wurden die angeschriebenen Versicherten telefonisch angesprochen. Nach sechs Monaten wurde eine zweite Akquise-Aktion in derselben Art und Weise durchgeführt.

3. Programmstart und regelmäßiges Coaching mit Patientenedukation beim Versicherten: Nachdem die Versicherten ihre Bereitschaft zur Teilnahme erklärt hatten, wurde ein erster telefonischer Kontakt durch den Case Manager von GPS hergestellt. Dabei stellte sich der Case Manager dem Versicherten vor und vereinbarte einen ersten Kennenlernermin. Im ersten realen Coaching Termin wurde dann in einem Assessment der individuelle Coaching Plan für den Versicherten erstellt – inklusive Krisenintervention. Außerdem wurde die erste der insgesamt drei vorgesehenen Erhebungen des Quality of Life durchgeführt (QLiS). Die Case Manager hatte in dem zwölfmonatigen Betreuungszeitraum keinerlei Vorgaben der BIG direkt gesund zu erfüllen (mit Ausnahme der drei QLiS Fragebögen); sie konnten die Intervalle und Zeiten der Begleitung frei bestimmen und selbständig steuern. Die behandelnden Ärzte wurden durch den Case Manager über das Projekt informiert.
4. Abgestimmtes Leistungsgenehmigungsverfahren innerhalb der BIG direkt gesund bei Beantragung durch den Case Manager: Da der Case Manager auch die individuelle Versorgungskette des Patienten optimieren sollte – insbesondere mit allen notwendigen GKV-Leistungen – galten Leistungen von BIG direkt gesund sofort als genehmigt, wenn sie der Case Manager zur Optimierung der Behandlung als notwendig erachtet und für den Versicherten beantragt.
5. Regelmäßiges Monitoring der Hospitalisierung der Coaching-Gruppe: Um den Erfolg des Projektes zeitnah überprüfen zu können, wurde der Coaching-Gruppe ein „Krankenhausfallzahlenbudget Psychiatrie“ zugeteilt. Dieses betrug je Versicherten 50 Prozent der Fallzahlen im Vergleich zur Kontrollgruppe. Drei Wochen nach Monatsende wurden regelmäßig die psychiatrischen Krankenhauseinweisungen mit den entsprechenden Aufnahme-ICD der Coaching-Gruppe und der Kontrollgruppe erstellt und ausgewertet. So konnte schon während der Projektlaufzeit ein Trend erkannt werden, ob das wirtschaftliche Ziel des Projektes – ambulant vor stationär – erreicht werden kann.
6. Evaluation: Im ersten Halbjahr nach Beendigung des Projektes wird ein Abschlussbericht erstellt, der unter anderem eine Vollkostenbetrachtung beinhaltet.

Mehrwert und Patientenorientierung

Die gesundheitlichen Ziele des Projekts waren eine Verbesserung der Lebenssituation und damit der Lebensqualität der Versicherten. Belegt werden konnte dieser Erfolg unter anderem durch Auswertung der QLiS Fragebögen (dreimalige Datenerfassung), die die gefühlte Lebensqualität der Befragten erfassen und subjektive Veränderungen feststellen.

Durch die konsequente Orientierung der Case Manager am Ansatz „ambulant vor stationär“ wurde die Anzahl der Krankenhauseinweisungen signifikant reduziert.

Auch die Verweildauer bei notwendiger Krankenhausbehandlung wurde deutlich kürzer: Patient wie Krankenhaus konnten sich darauf verlassen, dass der Patient nach der Entlassung einen qualifizierten Ansprechpartner „zu Hause“ hat, der gemeinsam mit ihm die weitere ambulante Behandlung koordiniert.

Durch die Verzahnung der einzelnen Leistungsbereiche durch den Case Manager (ambulant, stationär, Arzneimittel, Krankengeld, Rehabilitation, berufliche Wiedereingliederung etc.), erhielt der Patient die richtige Leistung zur richtigen Zeit, am richtigen Ort, vom richtigen Leistungserbringer und dem dafür zuständigen Kostenträger.

Das Projekt stieß auf positive Resonanz bei den angeschriebenen und insbesondere bei den eingeschriebenen Versicherten. In fast allen Rückmeldungen an die BIG direkt gesund beurteilten die Versicherten positiv, dass sich eine Krankenkasse auch um die Belange der Patienten mit psychiatrischen Krankheiten kümmert.

Die besondere Kundenorientierung des Projekts zeigt sich darin, dass erstmals eine Art von Disease Management Programm für Patienten in der Psychiatrie angeboten wurde – und zwar für Patienten mit schweren Erkrankungen, die sich prinzipiell bei allen anderen Coaching Angeboten nicht einschreiben können (Drehtür als Ausschlusskriterium).

Durch den zwölfmonatigen Einsatz eines qualifizierten Case Managers, der im Rahmen des aufsuchenden Patientenmanagements den Patienten zu Hause begleitet, wird eine individuelle und persönliche Beziehung zum Patienten aufgebaut. So stellt der Case Manager den individuellen Hilfebedarf des Patienten zu Beginn des Adherence Coachings fest, vereinbart gemeinsam mit dem Patienten erreichbare Ziele und Meilensteine, bildet den Patienten in seinem Krankheitsverständnis weiter und beobachtet und steuert die positive Entwicklung innerhalb des Coaching-Zeitraumes.

Finanzierung

Das Projekt wurde ohne Drittmittel finanziert. Die BIG direkt gesund zahlte einen Festbetrag je eingeschriebenem Versicherten an GPS – als ergänzende Leistung zur Rehabilitation. Der Preis wurde im Rahmen der europaweiten Ausschreibung ermittelt.

Management

In der Ausschreibung wurde festgelegt, dass vom Auftragnehmer für die administrative Projekterstellung sowie für Umsetzung und Auswertung ein fester Ansprechpartner als Projektmanager für die Vertragslaufzeit zu benennen ist. Weiter wurde in der Ausschreibung gefordert, zu Beginn der Vertragslaufzeit einen gemeinsamen Projektplan zu erstellen. Dieser beinhaltet und berücksichtigt neben den einzelnen Abläufen auch die damit verbundenen Meilensteine. Während der Projektlaufzeit wird ein Controlling von BIG direkt gesund durchgeführt und nach Bedarf, beispielsweise monatlich oder pro Quartal, mit dem Projektmanager von GPS in den Räumen von BIG direkt gesund abgestimmt. Die Projektleitung von GPS hat darüber hinaus die internen Einsätze der drei GPS Case Manager koordiniert.

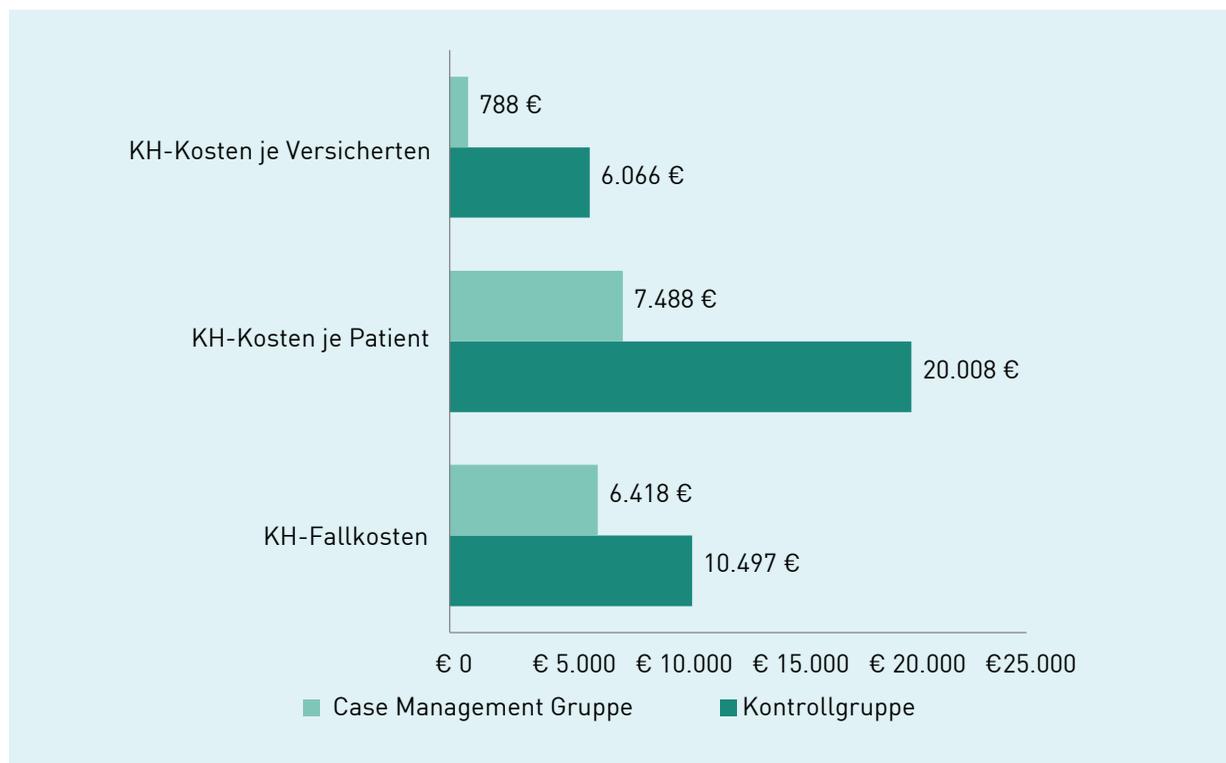
Projektleiter BIG direkt gesund: Achim Beißel, Bereichsleiter stationäre Versorgung.

Projektleiterin GPS: Iris Haag, Prokuristin, Leiterin HR, Finanzen und Administration.

Evaluation

Das Projektergebnis und somit der Projekterfolg konnten während der gesamten Laufzeit monatlich berechnet werden – ein Vorteil gegenüber Projekten, die erst am Ende der Laufzeit ein Ergebniscontrolling ermöglichen. Das monetäre Ziel des Projektes war es, dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ Rechnung zu tragen. Dazu sollte die durch Case Manager betreute Patientengruppe mindestens 50 Prozent weniger Krankenhauseinweisungen je Versicherter aufweisen als die Patienten in der Kontrollgruppe (Psychiatrie mit Coaching-ICD als Behandlungsgrund). Die Anzahl der Krankenhauseinweisungen konnte im Vergleich zur Kontrollgruppe tatsächlich deutlich reduziert werden (vergleiche Abbildung 1).

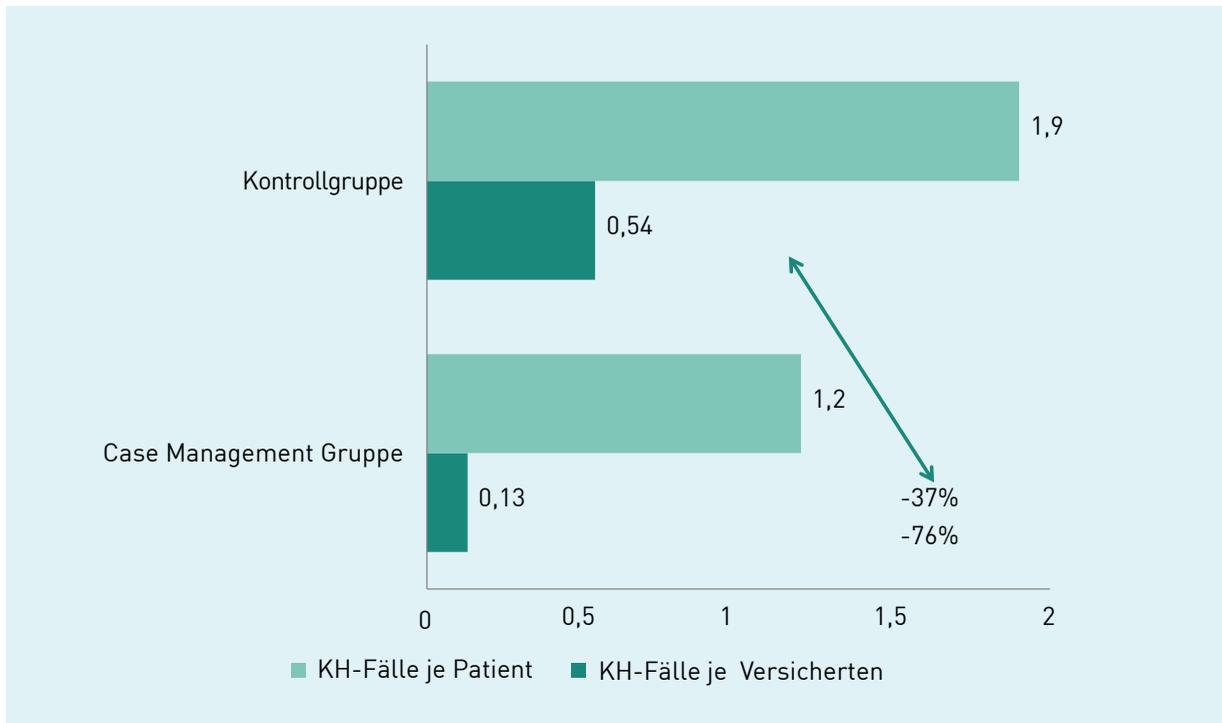
Abbildung 1 Die Ergebnisse zu Krankenhauseinweisungen (Stand: September 2016)



Quelle: Eigene Darstellung

Natürlich wurden auch weitere Parameter bei der Evaluation beachtet, wie zum Beispiel eine Gegenüberstellung von Krankenhausfallkosten, Krankenhauskosten je Versicherten, Krankenhausfallzahl je Patient sowie die Krankenhauskosten je Patient (siehe Abbildung 2).

Abbildung 2 Die Ergebnisse zu den weiteren Parametern (Stand: September 2016)



Quelle: Eigene Darstellung

Grundlage waren psychiatrische Krankenhausbehandlungen im Zeitraum Mai 2015 bis Januar 2017, bei denen eine oder mehrere der geocachten ICD-Krankheitsbilder die Hauptdiagnose waren – und somit Anlass der stationären Behandlung. Gezählt wurden bei der Coaching-Gruppe die Krankenhausbehandlungen während der individuellen zwölfmonatigen Projektlaufzeit.

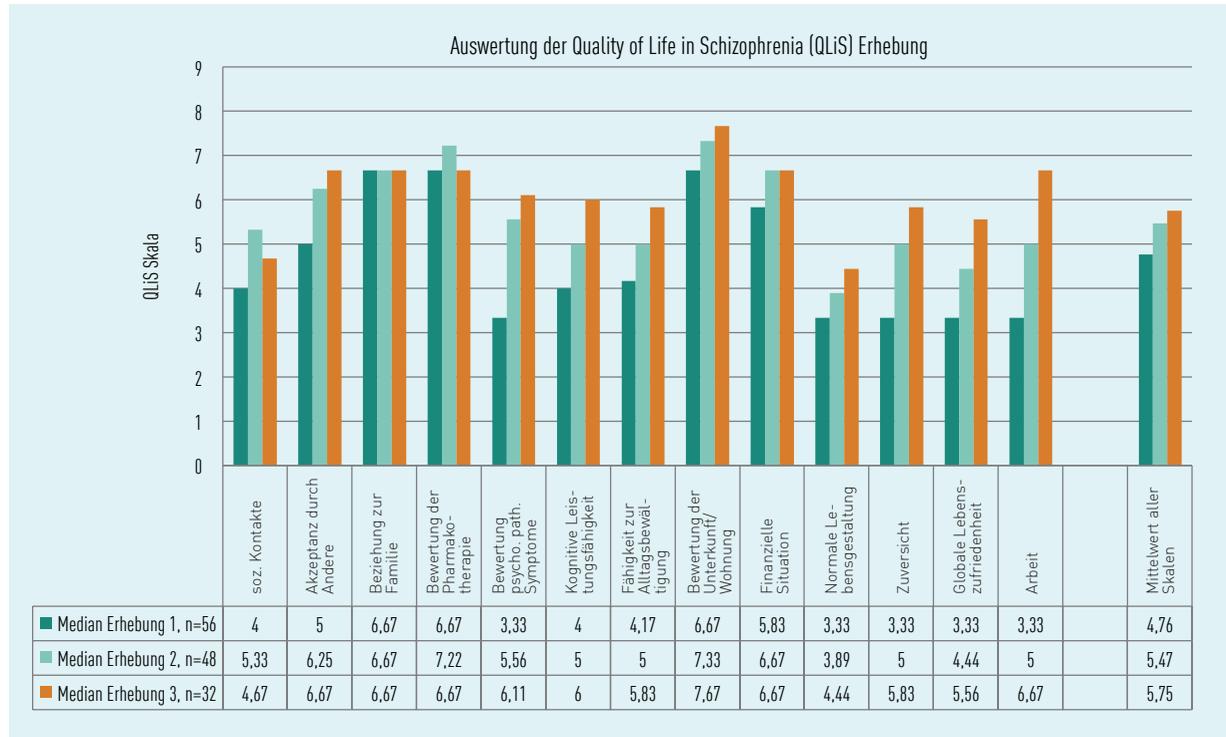
Daneben wurden auch die sogenannten weichen Faktoren durch dreimalige Datenerfassung eines QLIS Fragebogens ausgewertet (vergleiche Abbildung 3).

Der QLIS Fragebogen erfasst die Lebensqualität. Er wurde zu drei unterschiedlichen Terminen beim Patienten abgefragt (Beginn, Mitte und Ende der zwölfmonatigen Betreuungszeit). Die Hypothese war, dass eine Verbesserung der Lebensqualität durch das Adherence Coaching erreicht wird. Um dies Hypothese zu überprüfen, wurden unterschiedliche Statistikmodelle verwendet:

- Als Omnibustest wurde eine sogenannte ANOVA (Varianzen-Analyse) mit Messwiederholung durchgeführt. Bei Verletzung der Sphärizität wurden Greenhouse Gousser korrigiert p-Werte angegeben.
- Als Posthoc-Test wurde der T-Test (einseitig) mit einer Bonferroni-Korrektur verwendet.
- Das Signifikanzniveau ist $p=0,05$.

Folgende dreizehn Punkte sind Bestandteil des Fragebogens: 1. Soziale Kontakte, 2. Akzeptanz durch Andere, 3. Beziehung zur Familie, 4. Bewertung der Pharmakotherapie, 5. Bewertung der psychopathologischen Symptome, 6. Kognitive Leistungsfähigkeit, 7. Fähigkeit zur Alltagsbewältigung, 8. Bewertung Unterkunft/Wohnung, 9. Finanzielle Situation, 10. Normale Lebensgestaltung, 11. Zuversicht, 12. Globale Lebenszufriedenheit, 13. Arbeit.

Abbildung 3 Auswertung Quality of Life QLIS Erhebung



Quelle: Eigene Darstellung

Nächste Schritte

Wenn auch die Patienten aufgrund des chronischen Krankheitsbildes nicht geheilt werden konnten, hat sich ihre Lebensqualität deutlich erhöht; genauso besserten sich der Umgang mit ihrem Krankheitsbild und der Kenntnisstand zur Krankheit. Um diesen positiven Effekt fortzuführen, wird aktuell der Übergang der Projektinhalte in den Standardleistungskatalog der BIG direkt gesund geplant. Die größte Herausforderung besteht darin, für einen wesentlich erweiterten Teilnehmerkreis im gesamten Bundesgebiet ein adäquates Adherence Coaching aufzubauen. Hierzu werden aktuell Dienstleistungsangebote eingeholt und ausgewertet. Eine weitere Überlegung besteht darin, eigene Case Manager als Mitarbeiter der BIG

direkt gesund einzustellen – wenn es rechtlich möglich ist und eine juristische Bewertung zur Auffassung gelangt, dass Patientenschulungen zu den originären Aufgaben einer Krankenkasse gehören. Für die bestehenden Teilnehmer ist ein Follow-up mittels einer sich noch in der Entwicklung befindlichen Gesundheits-App geplant, die gemeinsam mit dem Start-up Blue Bird Technologies GmbH entwickelt wird.

Ansprechpartner

Achim Beißel

Bereichsleiter stationäre Versorgung
BIG direkt gesund
Rheinische Straße 1
44137 Dortmund
Telefon: 0231 – 555 727 00
E-Mail: achim.beissel@big-direkt.de
www.big-direkt.de

Iris Haag

Leiterin HR, Finanzen und Administration,
Prokuristin
Institution
Fronackerstraße 14
71334 Waiblingen
Telefon: 07151 – 205 848 15
E-Mail: iris.haag@grosch-ps.de
www.grosch-patienten-service.de

Literatur

- Aguglia, E., Pascolo-Fabrizi, E., Bertossi, F., Bassi, M. (2008). Psychoeducational intervention and prevention among schizophrenic disorders in the Italian community psychiatric network. Clin Pract Epidemiol Ment Health. 3, 2008:7–19.
- Cavanagh, J.T., Shajahan, P. (1999). Increasing rates of hospital admission for men with major mental illness: data from Scottish mental health units. 1980–1995. Acta Psychiatr. Scand. 99:353–359.
- Weiden, P., Glazer, W. (1997). Assessment and treatment selection for “revolving door” inpatients with schizophrenia. Psychiat Q. 68, 1997:377–392.
- Weiden, P., Olfson, M. (1995). Cost of relapse in schizophrenia. Schizophr Bull. 21, 1995:419–428.

Effiziente Arbeitsteilung für die beste Versorgung – Vernetzungs- und Kooperationsstrukturen des Universitäts- klinikums Heidelberg

Autorin: Irmtraut Gürkan

Management Summary

Das Universitätsklinikum (UKL) Heidelberg in Baden-Württemberg gehört zu den drei größten und erfolgreichsten Universitätskliniken in Deutschland. Mit dem Projekt *Effiziente Arbeitsteilung für die beste Versorgung* veranschaulicht das UKL Heidelberg seine strategische Ausrichtung, den alltäglichen Aufgaben und Herausforderungen der Universitätsmedizin zu begegnen.

Dazu hat das Universitätsklinikum Heidelberg in den letzten Jahren eine intensive Kooperationsstruktur mit den regionalen Krankenhäusern aufgebaut sowie eng mit niedergelassenen Ärzten zusammengearbeitet. Die Aufgaben zwischen dem UKL und den einzelnen Leistungsanbietern der verschiedenen Versorgungsbereiche und -stufen sind effizient verteilt worden, sodass komplexe Fälle erfolgreich und sicher behandelt werden können.

Initiiert wurde das Projekt vor 15 Jahren am UKL Heidelberg. Bisher gab es für dieses Kooperationsmodell noch keine Projektförderung.

Versorgungsherausforderung

Der demographische Wandel und der medizinische Fortschritt führen zu einer Zunahme älterer, chronisch kranker Patienten. Das erfordert von allen Leistungserbringern die Bereitschaft, mit veränderten Versorgungsstrukturen und interdisziplinär agierenden Behandlungsteams die Behandlung qualitativ, nachhaltig und effektiv zu steuern. Dabei müssen auch Sektorengrenzen überwunden werden, wenn es für den Behandlungsablauf sinnvoll ist.

Die Universitätskliniken gehören zu den treibenden Kräften des medizinischen Fortschritts und der Weiterentwicklung der Hochleistungsmedizin. Herausforderung dabei ist das extreme Spannungsfeld zwischen wissenschaftlichen Möglichkeiten und finanziellen Einschränkungen im Gesundheitswesen.

Deutschlandweit gibt es über 2.000 Krankenhäuser. Darunter sind 33 Universitätskliniken, an denen die gesamte Bandbreite der medizinischen Disziplinen angeboten wird. Sie nehmen pro Jahr 1,7 Millionen Patienten stationär auf.

Universitätskliniken sind oft die erste Anlaufstelle für Menschen mit schwersten, komplexen oder seltenen Erkrankungen. Entsprechend hoch ist der durchschnittliche ökonomische Aufwand pro Patient, der mittels des sogenannten Case-Mix-Index (CMI) abgebildet wird. Der Case-Mix-Index beschreibt für einen bestimmten Zeitraum die durchschnittliche Schwere der Patientenfälle. Bei allen Universitätskliniken lag der CMI 2012 bei 1,53 gegenüber 1,17 CMI aller Krankenhäuser.

Derzeit wird der Aufgabenverbund von Krankenversorgung, Forschung, Lehre und erbrachten Leistungen nur unzureichend vergütet. Dies gilt insbesondere für:

- Die effiziente Behandlung der Patienten in interdisziplinären Zentren
- Innovationen (Bench to bed)
- Behandlung seltener Erkrankungen
- Extremkostenfälle
- Notfallversorgung
- Behandlung in Hochschulambulanzen und Spezialsprechstunden
- den Überproportionalen Anteil an der Facharztausbildung, insbesondere in den Fächern Pathologie, Strahlentherapie, Mikrobiologie/Hygiene

Diese Themen sind im Rahmen des aktuellen Gesetzesvorhabens platziert (Gesetzliche Krankenversicherung – Versorgungsstärkungsgesetz), eine Vergütung wurde von den politisch Verantwortlichen grundsätzlich zugesagt.

Entstehungsgeschichte

Das Universitätsklinikum Heidelberg ist das größte Universitätsklinikum in Baden-Württemberg und gehört zu den drei erfolgreichsten Universitätskliniken in Deutschland. Dort werden jährlich in circa 2.000 Betten über 65.000 Patienten stationär behandelt, über 58.000 Patienten teilstationär und circa 250.000 ambulant. 2016 wurden 116.000 Case-Mix-Punkte erreicht, die bei einem durchschnittlichen CMI von 1,846 liegen.

Das Leistungsspektrum des Universitätsklinikums Heidelberg führt zu einem regionalen, einem nationalen und einem internationalen Einzugsgebiet. Insbesondere in Bereichen wie der Schwerionen- und Protonentherapie zur Behandlung sonst nicht therapierbarer Tumore besteht überregionale beziehungsweise internationale Nachfrage.

Universitätskliniken sollen Krankenversorgung, Forschung und Lehre gleichermaßen abdecken und im Bereich der Krankenversorgung Hochleistungsmedizin erbringen. Dies gilt insbesondere für schwerst-krankte Patienten mit komplexen Krankheitsbildern.

Zu den strategischen Zielen des Universitätsklinikums Heidelberg gehört der Ausbau der nationalen und internationalen Spitzenposition. Das umfasst:

- die Sicherung der Marktdominanz durch Wachstum und Vernetzung in der Region
- die Erhaltung und Steigerung des Leistungsvolumens in der Hochleistungsmedizin
- die konsequente Umsetzung des Medizinischen Fortschritts (translationale Forschung)
- die Innovationsführerschaft in Schwerpunktbereichen
- die Rendite (> 2 Prozent) zur Realisierung von Innovationen und Investitionen

Entsprechend dieser Zielsetzung wurden die Schwerpunkte in den letzten 15 Jahren konsequent ausgerichtet. Dabei wurden für die Umsetzung die Leistungsfähigkeit sowie die vorhandene Kapazität der Kooperationspartner berücksichtigt.

Kernelemente

Zielgruppe

Die primäre Zielgruppe des Projektes *Effiziente Arbeitsteilung für die beste Versorgung* sind die Patienten. Jährlich lassen sich über 373.000 Patienten stationär oder ambulant im Universitätsklinikum Heidelberg behandeln. Darunter befinden sich nicht nur regionale Patienten. Das vielfältige Leistungsspektrum, aber auch der gute Ruf des Universitätsklinikums sind auch für viele internationale Patienten attraktiv.

Eine weitere Zielgruppe sind die Kostenträger, die regelmäßig über die Kooperationsaktivitäten informiert werden.

Versorgungskonzept

Im Raum Nordbaden gibt es einen Konsens der Leistungserbringer im stationären wie ambulanten Bereich darüber, wie sie miteinander in der Patientenversorgung kooperieren.

Grundsätzlich gilt, dass jedes Krankenhaus seinen Versorgungsauftrag entsprechend seiner Versorgungsstufe wahrnimmt. Hier wird zwischen Grund-, Regel-, und Maximalversorgung unterschieden. Jedoch sieht die Umsetzung in vielen Regionen Deutschlands etwas anders aus. Vor allem kleinere Krankenhäuser fokussieren sich häufig in bestimmten Disziplinen auf die Behandlung komplexer Erkrankungen, ohne dass sie dafür das nötige Know-how, die notwendige Infrastruktur und die abgestimmten fachübergreifenden Teamprozesse vorhalten.

Mehrfach geschieht dies, wenn ein neuer Chefarzt gewonnen werden kann. Dieser ist in der Regel aus einem Universitätsklinikum und bringt eine sehr spezielle Expertise mit, welche sehr gut in das Gesamtspektrum eines Universitätsklinikums eingebracht werden kann, jedoch ein Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung in jeder Hinsicht überfordert.

Die Partnerschaften im stationären Bereich zeichnen sich in der Region durch eine gute Abstimmung aus, nicht nur über die Behandlungsspektren, sondern auch hinsichtlich der Patientenzuweisungen und -abverlegungen. Das gilt insbesondere für das Universitätsklinikum mit seinen Partnerkrankenhäusern der Grund- und Regelversorgung. Dabei ist das Universitätsklinikum die Letztinstanz in der Behandlungskette, sowohl was die Diagnostik als auch was die Therapie betrifft.

Die Kooperationsstrategie des Universitätsklinikums Heidelberg im stationären Bereich schließt alle interessierten Krankenhäuser im mittelbaren und unmittelbaren Umfeld ein. Die Kooperationspartner werden beispielsweise durch personelle Verzahnungen gestärkt. Das bedeutet, dass Leitungspositionen in Partnerkrankenhäusern in Personalunionen besetzt werden. Ein Klinikdirektor des Universitätsklinikums Heidelberg übernimmt daher die Chefarztposition in einem Kooperationshaus. Wobei er in diesem Krankenhaus die Gesamtverantwortung für die jeweilige Disziplin trägt, aber im täglichen Betrieb von einem Stellvertreter kompetent vertreten wird. Auf Wunsch oder bei Notwendigkeit können auch Fachärzte für verschiedene Disziplinen gestellt werden.

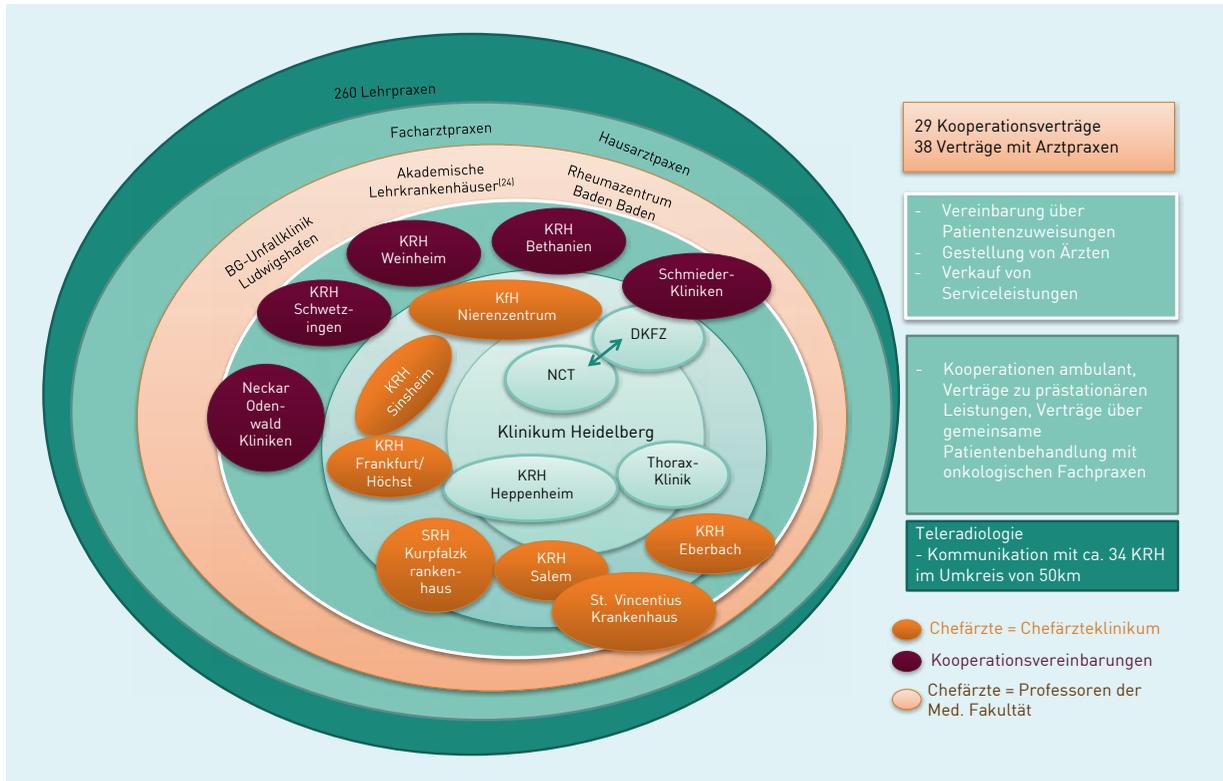
Aktuell gibt es 29 Kooperationsverträge mit Partnerkrankenhäusern. Diese intensive und abgestimmte Zusammenarbeit mit Partnerkrankenhäusern hat den positiven Effekt, dass die Betten der Universitätsklinik primär für die Maximalversorgung von Patienten der Region und auch aus dem nationalen und internationalen Einzugsbereich vorgehalten werden können. Grundsätzlich sind diese Kooperationen langfristig angelegt. Sie basieren auf einem verbindlichen Medizinkonzept, aber auch auf einer gegenseitigen Wertschätzung und gemeinsamen Werten der Partner.

Ärzte in der Weiterbildung haben den zusätzlichen Vorteil, dass sie während ihrer Weiterbildung in den Partnerkrankenhäusern rotieren können (siehe Abbildung 4).

Im ambulanten Bereich ist die Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten in der Region ebenfalls sehr eng. Im Mittelpunkt steht ein abgegrenztes Versorgungsangebot mit insgesamt über einer Millionen Patientenkontakten pro Jahr in den Polikliniken und Spezialambulanzen. Dies gilt insbesondere für viele seltene, chronische oder komplexe Erkrankungen – zum Beispiel die verlässliche Betreuung von Patienten nach Transplantationen. Dabei soll kein Verdrängungswettbewerb gegenüber den niedergelassenen Ärzten stattfinden. Daher ist auch hier die Kooperation offen. In zahlreichen Kooperationsverträgen mit niedergelassenen Ärzten werden konkrete Verabredungen der Zusammenarbeit getroffen, beispielsweise im Bereich der Versorgung onkologisch erkrankter Patienten. Des Weiteren treten niedergelassene Ärzte als Konsiliarärzte im Universitätsklinikum Heidelberg auf oder nutzen vorhandene teure Großgeräte mit. Umgekehrt besteht ein Interesse, dass Ärzte des Universitätsklinikums in Praxen vertretungsweise oder in Teilzeit tätig werden.

Die Koordination komplexer Behandlungsprozesse in der Onkologie erfolgt im Nationalen Centrum für Tumorerkrankungen (NCT) – gegründet im Jahr 2004 als erstes umfassendes „Comprehensive Cancer Center“ Deutschlands. Es ist ein Kooperationsverbund des Universitätsklinikums Heidelberg, der Medizinischen Fakultät der Universität Heidelberg, des Deutschen Krebsforschungszentrums (DKFZ), der Thoraxklinik am Universitätsklinikum Heidelberg und der Deutschen Krebshilfe.

Abbildung 4 Kooperationspartner

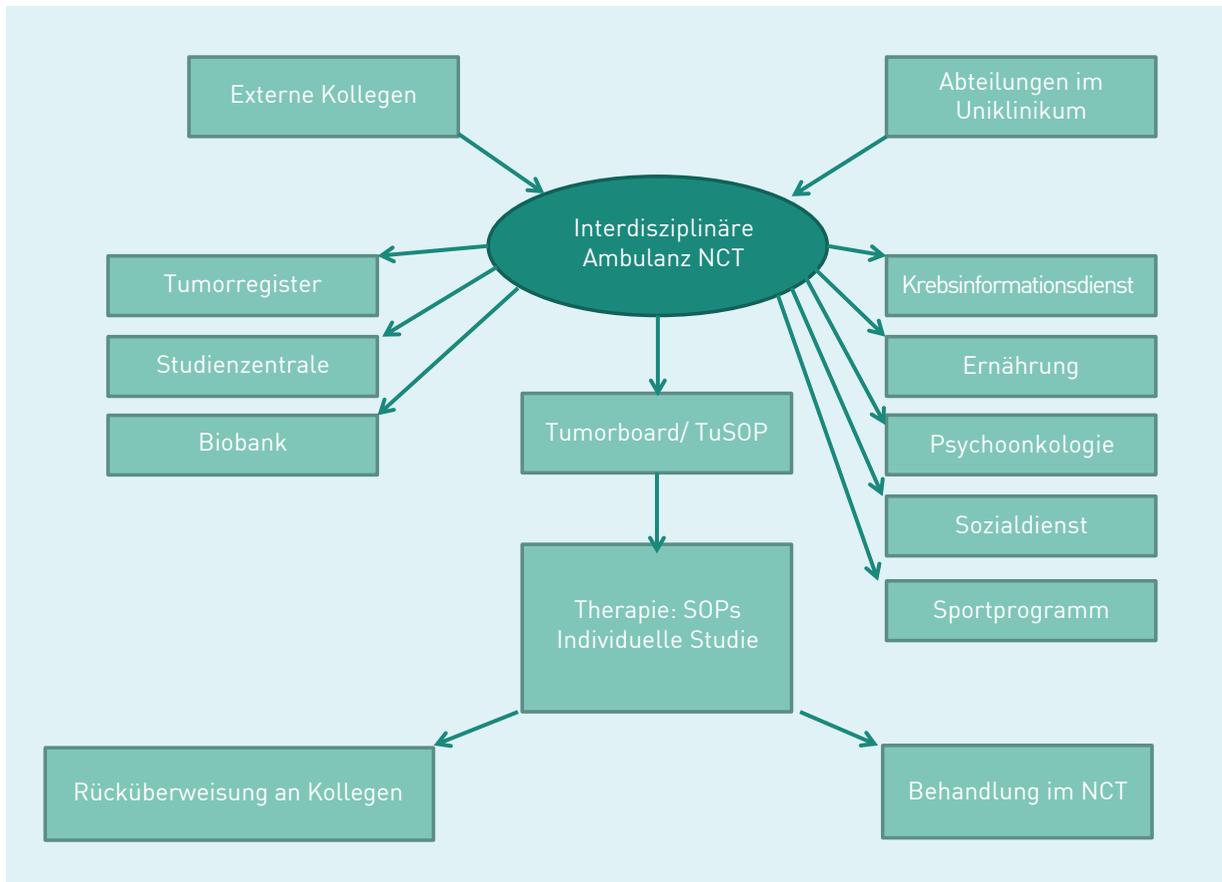


Quelle: Eigene Darstellung

Das NCT verbindet hervorragende Patientenversorgung mit exzellenter Krebsforschung. Neueste Forschungsergebnisse sollen so möglichst rasch in bessere Behandlungs- und Präventionsstrategien umgesetzt werden.

Im Jahr 2010 bezog das NCT einen Neubau; er vereint auf über 5.500 Quadratmetern Nutzfläche 60 ambulante Behandlungsplätze für interdisziplinäre medizinische Patientenversorgung mit der Krebsforschung unter einem Dach. Die interdisziplinäre Tumorambulanz des NCT bildet das zentrale Eingangsportale für alle Krebspatienten auf dem Campus des Klinikums (siehe Abbildung 5). Hier sind onkologische Ambulanzen für alle wesentlichen Tumorentitäten unter Beteiligung aller Fachkliniken des Klinikums vertreten.

Abbildung 5 Das NCT als zentrales Eingangsportal



Quelle: Eigene Darstellung

Mehrwert und Patientenorientierung

Mit dem Projekt konnte der Maximalversorgungsanteil der Universitätsklinik gesteigert werden; so wird die vorhandene Hochleistungs-Infrastruktur wirtschaftlich genutzt und optimal ausgelastet. Außerdem verbessern sich das Know-how und die operativen Kapazitäten, was auch zu einer Erhöhung der mittleren Fallschwere (CMI) beiträgt.

Das Projekt *Effiziente Arbeitsteilung für die beste Versorgung – Vernetzungs- und Kooperationsstrukturen des Universitätsklinikums Heidelberg* verfolgt das Ziel, Vernetzungs- und Kooperationsstrukturen zu initiieren und zu praktizieren – sowohl innerhalb des Sektors Stationäre Krankenversorgung wie auch sektorübergreifend. So sollen vor allem schwerkranke Patienten bestmöglich versorgt werden, die über einen längeren Zeitraum mit speziellen Behandlungsverfahren behandelt werden müssen.

Entscheidend für eine qualitätsorientierte und wirtschaftliche Patientenversorgung ist eine kollegiale interdisziplinäre Zusammenarbeit innerhalb des Hauses; ebenso müssen die Kooperationen mit anderen Leistungserbringern partnerschaftlich erfolgen, seien es Partnerkrankenhäuser oder niedergelassene Ärzte.

Der große Mehrwert für den Patienten entsteht durch die intensive Kooperationsbeziehung zwischen dem Universitätsklinikum und den Partnerkrankenhäusern. Dadurch kann der Patient in demjenigen Krankenhaus versorgt werden, das entsprechend der Erkrankung über die notwendige Infrastruktur und das notwendige Know-how verfügt. Das heißt, komplexe, aufwendige Fälle werden von den Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung in das Universitätsklinikum verlegt; nach der Maximalversorgung am Universitätsklinikum kann andererseits eine abgestimmte wohnortnahe Weiterversorgung im Partnerkrankenhaus erfolgen.

Durch das Kooperationsmodell können Ressourcen besser genutzt werden. Die Selektion von Patienten erfolgt nach Fallschwere. Damit wird die Kompetenz zur Behandlung der jeweiligen Krankheitsbilder bei den Partnern durch eine Spezialisierung erhöht. Die Spezialisierung und Zentralisierung führt zu einer signifikanten Qualitätsverbesserung. Ein besonderer Mehrwert kann so vor allem in der Chirurgie des Bauchraumes und der Bauchwand (Viszeralchirurgie) geschaffen werden. Dies geht mit einer Spezialisierung auch der assoziierten Fachabteilungen einher, sodass sich ganze interdisziplinäre Kompetenzzentren bilden, von denen Patienten profitieren.

Ein weiterer Vorteil für die Patienten ist, dass die Versorgung in kleineren Partnerkrankenhäusern patientenorientierter erfolgt. Diese Atmosphäre wird vor allem von den Patienten und Angehörigen sehr geschätzt.

Finanzierung

Das Universitätsklinikum Heidelberg nutzt verschiedene Versorgungs- und Abrechnungsformen. Dazu gehören:

- diagnosebezogene Fallgruppen (Diagnosis Related Groups = DRG)
- teilstationäre Tagespauschalen
- Hochschulambulanzvergütung (§ 117 SGB V)
- Sonderpauschalen im Rahmen der Hochschulambulanz, Zulassungen nach § 116 SGB V, PIA (§ 118 SGB V)
- sozialpädiatrisches Zentrum (§ 119 SGB V)
- Beteiligung an Medizinischen Versorgungszentren mit Partnern, jedoch nicht in Konkurrenz zu niedergelassenen Ärzten

Zulassungen im Rahmen der ambulanten spezialärztlichen Versorgung (ASV) nach § 116b SGB V wurden bislang nur in ganz wenigen Leistungsbereichen verfolgt, da die Finanzierung der Leistungen der Hochschulambulanzen ganz überwiegend über die HSA-Vergütung nach § 117 SGB V erfolgt.

Das Projekt wurde bisher nicht extrabudgetär finanziell gefördert.

Management

Das Projekt wird vom Vorstand des Universitätsklinikums und der Administration organisiert. Dazu gehört der Geschäftsbereich Finanzen und Patientenverwaltung.

Entsprechend der strategischen Bedeutung der Kooperationen unterstützt der Vorstand die einzelnen Aktivitäten und führt auch Anbahnungsgespräche bei der Kontaktaufnahme zu neuen Kooperationspartnern unmittelbar selbst. In der Regel werden diese durch die leitende ärztliche Direktorin oder die kaufmännische Direktorin geführt.

Innerhalb des Geschäftsbereichs Finanzen ist eine schlagkräftige kleine Arbeitsgruppe etabliert worden, die schwerpunktmäßig die Kooperationen betreut. Diese Mitarbeiter halten regelmäßig den Kontakt zu allen Kooperationspartnern und aktualisieren die inzwischen fast 100 bestehenden Verträge mit Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten. Dabei werden sie bei Bedarf durch die Rechtsabteilung des Klinikums unterstützt und stimmen sich bei Personalfragen eng mit dem Geschäftsbereich Personal ab, insbesondere bei Personalfragestellungen.

Evaluation

Das Kooperationsmodell ist eine strategische Ausrichtung, die der Vorstand des Universitätsklinikums in Abstimmung mit der Medizinischen Fakultät vor 15 Jahren initiiert hat. Diese strategische Ausrichtung hat keinen Projektcharakter, sondern wird im Klinikum von nahezu allen Abteilungen gelebt.

Hingegen erfährt das Nationale Centrum für Tumorerkrankungen (NCT) eine klassische Evaluierung mit internationalen Experten. Das Zentrum ist ein integraler Bestandteil der Kooperationsstrategie des Universitätsklinikums. Das Nationale Centrum für Tumorerkrankungen wird von einem Steering Committee alle vier Jahre evaluiert und hat bislang nur Bestnoten für seine Entwicklung erhalten.

Im vergangenen Jahr wurden etwa 10.000 neu diagnostizierte Patienten mit Tumorleiden durch das NCT betreut sowie 4.400 Patienten, die zur Einholung einer Zweitmeinung das NCT aufgesucht haben. Des Weiteren wurden circa 18.000 Systemtherapien verabreicht. Bei derzeit ungefähr 54.000 Patientenkontakten pro Jahr ist die Tendenz nach wie vor stark ansteigend.

Die Patienten kommen längst nicht nur aus der Region; vor allem für Zweitmeinungen reisen die Patienten aus dem gesamten Bundesgebiet oder sogar aus dem Ausland an. Am NCT erhalten die Betroffenen

in kürzester Zeit eine genaue Diagnose ihrer Krebserkrankung und bekommen rasch eine fundierte Therapieempfehlung.

Die Therapieempfehlungen entsprechen den internationalen Standards und orientieren sich an den NCT-eigenen Behandlungsleitlinien. Diese Standard Operating Procedures (SOP) werden für jede Krebsart von einer eigenen Expertenrunde entwickelt, die mit Ärzten verschiedener Disziplinen besetzt ist. Sie werden nach dem aktuellen Forschungsstand ständig weiterentwickelt, um die Patienten an den aktuellen Fortschritten in der Onkologie teilhaben zu lassen. Wenn die Krebserkrankung eines Patienten nicht nach diesen Standards behandelt werden kann, werden die Therapiepläne im Tumorboard besprochen.

Das Tumorboard ist eine fächerübergreifende Expertenrunde. Dort sind erfahrene Ärzte aller zur Beteiligung einer bestimmten Krebserkrankung notwendigen Fachrichtungen vertreten. Dazu gehören neben den medizinischen Onkologen oder den Hämatologen vor allem Chirurgen, Radiologen, Pathologen und Strahlentherapeuten. Diese bewerten gemeinsam alle vorliegenden Befunde und Bilder. Nach eingehender Diskussion wird eine Therapieempfehlung festgelegt, wenn keine weiteren diagnostischen Maßnahmen notwendig sind. Diese wird mit dem Patienten anschließend diskutiert.

Wenn die Patienten sich für eine Behandlung im Klinikum entscheiden, werden sie nach den neusten Standards behandelt. Sogenannte Case-Manager kümmern sich dann individuell um den Patienten. Sie begleiten und führen ihn durch die verschiedenen Behandlungsphasen, koordinieren Behandlungstermine und stehen den Patienten jederzeit für Rückfragen oder bei Unklarheiten beratend zur Seite.

Das Nationale Centrum für Tumorerkrankungen bietet interessierten Patienten auch die Teilnahme an klinischen Studien an. Gegenwärtig werden über 300 diagnostische, therapeutische und präventive klinische Studien im NCT koordiniert.

Neben der Behandlung helfen Beratungsdienste mit erfahrenen Spezialisten dem Patienten mit Ernährungsberatung, Psychoonkologie, Sozialdienst, Selbsthilfe, einem eigenen Sportprogramm und dem bundesweiten Krebsinformationsdienst.

Das Zusammenwirken der behandelnden Ärzte erfolgt in enger Kooperation und intensiver Kommunikation. Die verschiedenen ambulant oder stationär tätigen Experten machen es möglich, die Patienten in ihrem gesamten Krankheitsverlauf kontinuierlich zu begleiten. Dabei findet die wohnortnahe, ambulante Regelversorgung der Tumorpatienten in aller Regel in den onkologischen Schwerpunktpraxen statt. Komplexe Krankheitsbilder werden in der Regel im NCT beziehungsweise in den beteiligten Fachabteilungen des Klinikums über einen längeren Zeitraum betreut.

Für eine transparente und einvernehmliche Gestaltung der Abläufe wurde eine Kooperationsvereinbarung abgeschlossen zwischen dem Universitätsklinikum, dem NCT und dem Berufsverband der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen – Regionalverband Nordbaden. Die Kooperationsgrundsätze sind hier klar beschrieben:

- Die Patientenbehandlungen erfolgen nach gemeinsam entwickelten beziehungsweise akzeptierten Leitlinien.

- Patienten sollen insbesondere zur Teilnahme an Studien der Phase I bis III an das NCT überwiesen werden. Wenn immer möglich, werden die niedergelassenen Hämatologen/Onkologen in die Studie mit eingebunden.
- Bei Phase-IV-Studien oder Therapieoptimierungsvergleichen sollten onkologische Praxen die Möglichkeit haben, als vollwertige Unterzentren zu kooperieren
- Festlegung der Patientengruppen, die bevorzugt im NCT beziehungsweise in den Fachabteilungen des Klinikums behandelt werden.

Nächste Schritte

Der Radius des Universitätsklinikums in Heidelberg soll sich auch in Zukunft erweitern. Bestehende Kooperationsaktivitäten werden kontinuierlich weitergepflegt und dort, wo Interesse von Partnern besteht, neue Kooperationsvereinbarungen abgeschlossen.

Aktuell vorbereitet werden Vereinbarungen über eine intensive medizinische Zusammenarbeit im Bereich der Hämatologie/Onkologie mit einem Krankenhausverbund im Badischen Raum, ebenso die vertragliche Fixierung von Leistungsbeziehungen mit Krankenhäusern in Rheinland-Pfalz. Hier sind vor allem teleradiologische und teleneurologische Kooperationen angedacht.

Das Universitätsklinikum Heidelberg weiß, dass seine Kooperationsstruktur auch seitens des Baden-Württembergischen Sozialministeriums mit großem Interesse verfolgt wird. Inwieweit diese Art der Kooperationen auch in der Landeskrankenhausplanung verankert wird, ist allerdings noch offen.

Ansprechpartner

Irmtraut Gürkan

Kaufmännische Direktorin

Universitätsklinikum Heidelberg

Im Neuenheimer Feld 672

69120 Heidelberg

Telefon: 06221 – 567 000

E-Mail: irmtraut.guerkan@med.uni-heidelberg.de

www.klinikum.uni-heidelberg.de

Literatur

- Gürkan, I. (2013). Rolle der Kliniken bei der Koordination komplexer Behandlungsprozesse – Aus der Perspektive einer Uniklinik. In: Rebscher, H., Kaufmann, S. (Hrsg.). Versorgungsmanagement in Gesundheitssystemen. medhochzwei Verlag, Oktober 2013, S. 167–184.
- Gürkan, I. (2015). Innovationen in Universitätskliniken – Bedeutung für die Versorgung und Finanzierungsmöglichkeiten. In: Wille, E. (Hrsg.). Verbesserung der Patientenversorgung durch Innovation und Qualität, 19. Bad Orber Gespräche über kontroverse Themen im Gesundheitswesen, Sept 15, ISBN: 9783653062960.
- Heidelberg, U.H. (2007). Kooperationsvereinbarung zwischen Universitätsklinikum Heidelberg/ Nationales Centrum für Tumorerkrankungen (NCT) Heidelberg und Berufsverband der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen in Deutschland e.V. – Regionalverband Nordbaden, S. 1, 3.
- Nationales Centrum für Tumorerkrankungen Heidelberg, Deutsches Krebsforschungszentrum Heidelberg, Universitätsklinikum Heidelberg, Thoraxklinik-Heidelberg gGmbH (2010). Broschüre Nationales Centrum für Tumorerkrankungen Heidelberg. D. K. Sep 2010, S. 19.
- Verband der Universitätsklinika Deutschlands e. V. (2013). Politikbrief – Argumente und Lösungen der deutschen Uniklinika. Politikbrief 2|2013, S. 6.
- Welsch, T., Von Frankenberg, M., Simon, T., Weitz, J., Jüstel, D., Büchler, M.W. (2013). Krankenhauskooperationsmodelle – Nachhaltige Sicherung einer optimierten Patientenversorgung, Weiterbildung und Ressourcenauslastung. Der Chirurg 03/2013, S. 278.



Dr. Adriane Skaletz-Rorowski, Arne Kayser, Prof. Dr. Norbert Brockmeyer, Juror Prof. Dr. Volker Amelung (v.l.)

3. Preis

Hand in Hand für die Sexuelle Gesundheit

Walk In Ruhr (WIR): sektor-, fach- und institutionsübergreifendes Modellprojekt zur bedarfsgerechten Versorgung im Bereich Sexueller Gesundheit

Autoren: Norbert H. Brockmeyer, Arne Kayser und Adriane Skaletz-Rorowski

Management Summary

Das *Walk In Ruhr (WIR) – Zentrum für Sexuelle Gesundheit und Medizin* möchte die Struktur und Qualität der Versorgung zur Sexuellen Gesundheit verbessern. Dadurch sollen sexuell übertragbare Infektionen (sexually transmitted infections – STI) verringert und Spätfolgen durch nicht erkannte und nicht behandelte Infektionen eingedämmt werden. Das *WIR* bietet eine komplette Versorgung für Patienten und Rat-

suchende aus einer Hand. *Walk In Ruhr* vernetzt alle auf dem Gebiet der Sexuellen Gesundheit arbeitenden Partner in Bochum. Aufklärung, Prävention, Diagnostik und Therapie, Beratung und psychosoziale Beratung werden im Zentrum unter einem Dach angeboten. Daher agiert *WIR* als ein sektor-, fach- und institutionsübergreifendes Zentrum und ist zugleich ein Modellprojekt für die Etablierung deutschlandweiter Zentren. Die breite und bedarfsgerechte Versorgung ermöglicht es, spezifisch auf die Bedürfnisse von Patienten und Ratsuchenden einzugehen.

Realisiert wurde das *WIR* am Katholischen Klinikum Bochum (KKB). Partner im *WIR* sind die Interdisziplinäre Immunologische Ambulanz – Zentrum für Sexuelle Gesundheit und Medizin der Dermatologischen Klinik der Ruhr-Universität Bochum (RUB), die Aidshilfe Bochum, das Gesundheitsamt Bochum, Madonna als Interessenvertretung für Sexarbeiterinnen, Rosa Strippe als Vertretung für Lesben, Schwule, Bisexuelle, Trans*Personen und Intersexuelle sowie pro familia. All diese Institutionen waren seit 2011 an der Planung des *WIR* beteiligt. Gewachsene Kooperationen gibt es mit Ärzten in Niederlassung und weiteren Partnern.

Das *WIR* eröffnete im März 2016 im St. Elisabeth-Hospital des KKB in Bochum und betreut im Schnitt pro Quartal bis zu 2.000 Patienten und Ratsuchende.

Für die erfolgreiche Umsetzung dieser neuen Präventions-, Versorgungsstrukturen und Angebote wird das *Walk In Ruhr* wissenschaftlich extern begleitet – im Rahmen einer vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Evaluation.

Versorgungsherausforderung

In Deutschland weist die Versorgung im Bereich Sexuelle Gesundheit deutliche Defizite auf. Die Prävention, Testung und Versorgung von Menschen mit einem erhöhten Infektionsrisiko für STI ist unzureichend und nicht bedarfsorientiert. Außerdem werden die Zielgruppen nicht angemessen erreicht. Hinzu kommt, dass sich die Bedürfnisse der Zielgruppen stetig ändern. Das Sexualverhalten und die Partnerfindung haben sich stark gewandelt – etwa aufgrund von sozialen Netzwerken, Dating Portalen, dem Gebrauch chemischer Drogen wie Crystal beim Sex und anderen Formen der Drogennutzung. Die bestehenden Versorgungsangebote im Bereich Sexuelle Gesundheit wurden nicht dem Bedarf entsprechend angepasst.

Zudem ist die sektorübergreifende Vernetzung der Versorgungsangebote zwischen dem Öffentlichen Gesundheitsdienst, der Klinik und der Selbsthilfe ungenügend. Des Weiteren sind die Angebote für Patienten, Ratsuchende und auch für Ärzte fragmentiert und intransparent. Insgesamt resultiert daraus eine Fehl- und Unterversorgung, die auch in der gestiegenen Anzahl von STI sichtbar ist.

Für die Umsetzung der „Strategie zur Eindämmung von HIV, Hepatitis B und C und anderen STI“ der Bundesregierung ist eine Verzahnung von Prävention, Testung und Behandlung sowie der Versorgung notwendig.

Hier knüpft das (Modellprojekt) *Walk In Ruhr (WIR) – Zentrum für Sexuelle Gesundheit und Medizin* an. Es schließt die vorhandenen Versorgungslücken und verfolgt ein ganz neues Versorgungskonzept. Ziel ist es, die Struktur, Qualität und Kontinuität der Versorgung im Hinblick auf Sexuelle Gesundheit zu verbessern. Daher sollen die Bedürfnisse der Menschen im Vordergrund stehen; die Versorgung soll bedarfsgerecht

gestaltet werden. Abholen statt abwarten – das ist ein Leitmotiv des *WIR*. Nur auf diese Weise ist es möglich, STI frühzeitig zu erkennen, zu behandeln, Fallzahlen zu senken und Spätfolgen zu reduzieren.

Seit einigen Jahren nehmen STI wie Syphilis, Chlamydien, Hepatitis, Herpes oder Gonorrhoe in Deutschland wieder deutlich zu. Jugendliche und junge Erwachsene haben sich insbesondere häufig mit Chlamydien infiziert. Bei Frauen im Alter von 18 bis 24 Jahren liegt die Prävalenz bei 4,5 Prozent und bei Männern von 25 bis 29 Jahren bei 4,9 Prozent.

Chlamydien-Infektionen verlaufen insbesondere bei Frauen bis zu 90 Prozent symptomlos. Daher werden sie selten diagnostiziert, was zu Fortsetzung der Infektionsketten und zu schweren Folgeerkrankungen führen kann. Das Robert Koch Institut (RKI) schätzt, dass zehn Prozent der unerfüllten Schwangerschaftswünsche durch chronische Chlamydien-Infektionen bedingt sind.

Frauen zwischen 20 und 25 Jahren, die nicht geimpft sind, erkranken in 34 Prozent der Fälle an Humanen Papillomaviren (HPV). Bei Männern, die Sex mit Männern haben (MSM), liegt die Quote bei bis zu 60 Prozent und bei HIV-infizierten MSM bei über 80 Prozent. HPV sind die Ursache für Gebärmutterhalskrebs bei ungefähr 5.000 Frauen pro Jahr. Bei Männern kann HPV zu Peniskarzinomen und bei beiden Geschlechtern zu Anal- oder Pharynxkarzinomen führen.

Im Jahr 2014 wurden in Deutschland circa 5.700 Syphilis-Infektionen gemeldet, 2016 bereits 7.148, circa 70 Prozent davon bei MSM. Eine unbehandelte Syphilis kann schwere bis lebensbedrohliche Spätfolgen verursachen. Syphilis kann, wie Chlamydien oder Gonorrhoe, zu Unfruchtbarkeit, Früh- oder Fehlgeburten, sowie Erkrankungen des Neugeborenen führen.

Die Neu-Infektionen mit HIV haben sich zwar seit 2006 auf einem erhöhten Niveau stabilisiert, jedoch steigt die Zahl derjenigen, die noch nichts von ihrer Krankheit wissen, also nicht diagnostiziert und nicht therapiert sind. 50 Prozent aller HIV-Infektionen werden bei Menschen erworben, die neu HIV-infiziert sind. Rund 84.700 Menschen lebten Ende 2015 nach aktuellen Schätzungen des RKI mit einer HIV-Infektion in Deutschland. Ein Drittel wird erst in einem späten Stadium der Infektion oder sogar erst im Vollbild AIDS diagnostiziert.

Das Risiko an einer STI zu erkranken, ist für viele kaum einschätzbar und viele kennen die Übertragungswege nicht. Fehlende Ansprache, Unklarheit darüber, wohin man sich gerade als junger Mensch in der sexuellen Findungsphase wenden kann, und Scham bei diesem nach wie vor tabuisierten Thema führen dazu, dass sich viele Menschen erst spät beraten und behandeln lassen; entsprechend steigen die Kosten für das Gesundheitswesen. HIV und sonstige STI können zu chronischen und schwerwiegenden Erkrankungen und einer verringerten Lebenserwartung führen. Frühzeitig diagnostiziert, sind STI jedoch gut behandelbar. Und: Durch die Mitbehandlung der Sexualpartner werden Infektionsketten und Re-Infektionen verhindert und unterbrochen.

Bislang wurden die erheblichen Herausforderungen, die Versorgung zur Sexuellen Gesundheit zu verbessern, nicht genügend angegangen. Auch wurden die Chancen nicht erkannt, die sich für die Bevölkerung und das Gesundheitssystem daraus ergeben würden. Mit der Gründung des *WIR* werden für diese Herausforderungen nun Lösungen mit einem neuen Versorgungskonzept entwickelt. Als Modellprojekt

für Deutschland verfolgt das *WIR* das Ziel, als Vorbild für die Gründung ähnlicher Zentren in Deutschland zu dienen.

Entstehungsgeschichte

Die erste Anlaufstelle für Patienten mit STI ist seit vielen Jahren die Interdisziplinäre Immunologische Ambulanz, Zentrum für Sexuelle Gesundheit und Medizin der Dermatologischen Klinik der RUB am KKB.

Die Ambulanz wird geleitet von Prof. Dr. Norbert H. Brockmeyer, der auch die ersten Überlegungen initiierte für eine für Deutschland ganz neue Versorgungsform im Bereich Sexueller Gesundheit und Medizin. Gemeinsam mit dem Leiter der Aidshilfe Bochum, Arne Kayser, gründete er ein Zentrum, das sektorübergreifend die wichtigsten Versorgungsangebote im STI-Bereich an einem Ort bündelt – und alle auf diesem Gebiet Arbeitenden vernetzt. Somit konnten nun Klinik, Selbsthilfe und der öffentliche Gesundheitsdienst miteinander verknüpft werden. 2011 konnten dann nicht nur das KKB und die Stadt Bochum selbst als Partner gewonnen werden, sondern auch andere Institutionen, bei deren Arbeit die sexuelle Gesundheit eine maßgebliche Rolle spielt.

Die Partner definierten 2013 die bestehenden Defizite und Bedarfe zur Sexuellen Gesundheit und entwickelten das Konzept eines sektor-, fach- und institutionsübergreifenden Zentrums. Gefördert wurde diese zweijährige Analyse- und Konzeptphase durch das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (MGEPA). 2014 wurde ein ehemaliges Schwesternwohnheim am Bochumer St. Elisabeth-Hospital zum *WIR* umgebaut. Der Umbau wurde vom KKB finanziert und Anfang 2016 abgeschlossen. Das Zentrum hat die Arbeit im März 2016 aufgenommen, die offizielle Eröffnungsfeier fand im Juni 2016 statt. Getragen wird das Projekt durch das KKB. Die Evaluation des Zentrums wird durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) finanziert. Finanzielle, jeweils projektbezogene Unterstützung erhält das Zentrum unter anderem durch das Bistum Essen, das Land Nordrhein-Westfalen, Viiv Healthcare GmbH, Janssen-Cilag GmbH, Cepheid GmbH und durch weitere Spenden.

Kernelemente

Zielgruppe

Das *WIR-Angebot* steht allen Menschen offen, jedoch stehen drei Risikogruppen mit einer hohen Prävalenz für STI besonders im Vordergrund.

Jugendliche und junge Erwachsene
(circa 47.000 Personen zwischen 16 und 25 Jahren in Bochum)

Hier leistet das Projekt vor allem Präventionsarbeit im Umfeld von Schule, Ausbildung, Vereinen oder bei Info-Veranstaltungen im *WIR*. Die STI-Prävalenz und die Übertragungswege und Präventionsmethoden sind innerhalb dieser Gruppe kaum bekannt. Testangebote und Information zu Prävention sind notwen-

dig. Verlässliche Zahlen liegen nur für HIV und Syphilis vor. Hinzu kommen Scham und das Tabu beim Thema Sexualität sowie fehlende Orientierung hinsichtlich der Ansprechpartner.

Männer, die Sex mit Männern haben (circa 100.000 Personen im Ruhrgebiet)

Der Hauptfokus für diese Hochrisikogruppe liegt darauf, die Testbereitschaft für HIV und weitere STI zu erhöhen. Aufklärung zu den Chancen eines frühen Therapiebeginns (etwa normale Lebenserwartung), den schweren Spätfolgen eines späten Therapiebeginns sowie dem Infektionsrisiko des Partners sind notwendig, ebenso zu Nebenwirkungen bei Substanzgebrauch, Karzinomrisiko und Risiko einer chronischen Erkrankung.

Sexarbeiterinnen (circa 500 Personen in Bochum)

Dazu zählen insbesondere junge, wenig erfahrene Sexarbeiterinnen mit Migrationshintergrund. Diese haben häufig kaum Deutschkenntnisse und keine Krankenversicherung. Daher haben sie einen großen Bedarf an Aufklärung, Diagnostik, STI- sowie gynäkologischer und sozialer Versorgung. Das WIR bietet hier aufsuchende Arbeit und ein spezielles Beratungsangebot an.

Versorgungskonzept

Im Mittelpunkt des Versorgungskonzepts steht die sektorübergreifende Verknüpfung spezifischer Leistungen in Bezug auf alle Kooperationspartner. Gemeinsam werden verschiedene Angebote und Konzepte entwickelt und umgesetzt, wie Präventionsstudien oder Sprechstunden/ Testwochen für Jugendliche zu STI. Informationen „vor Ort“, also in Schulen, Treffs, Berufsschulen, Ausbildungsstätten etc., sind wesentlich, um Jugendliche zu erreichen. Auch die Ansprache in sozialen Netzwerken und eine entsprechende (neue-) Medienarbeit sind wesentliche Bestandteile. Im WIR entwickelt wurde ein neuer Partner-Notification-Ansatz (Partner-Benachrichtigung), der es ermöglicht, gemeinsam mit dem Patienten deren Partner auf ein für sie bestehendes Infektionsrisiko hinzuweisen. Aufgrund der hohen Re-Infektionsraten bei STI wird das Präventionskonzept „Partner-Benachrichtigung“ – erstmalig für Deutschland – konsequent im WIR umgesetzt.

Mit einer individuellen Strategie für den jeweiligen Sexualpartner sollen die Partner-Benachrichtigung effektiver und Infektionsketten unterbrochen werden.

Darüber hinaus wurde eine Sprechstunde zur Prä-Expositionsprophylaxe (PrEP) etabliert. Die PrEP ist eine biomedizinische Präventionsmaßnahme, bei der HIV-negative Personen mit sehr hohem HIV-Infektionsrisiko präventiv Medikamente einnehmen. Hiermit können HIV-Neuinfektionen um 95 Prozent reduziert werden. Ansprache, Beratung, Verordnung und Effektivitätskontrolle finden sektorübergreifend unter einem Dach statt. Durch die räumliche und inhaltliche Nähe und Zusammenarbeit wird das „Verlorengehen“ eines Patienten vermieden.

Das Bindeglied zwischen Patienten, Ratsuchenden und den Partnern im *WIR* ist der Health Adviser, auch Gesundheitsberater genannt. Im Erstgespräch ermittelt der Health Adviser den jeweiligen Bedarf und berät individuell zur risikoangepassten Prävention. Die Gesundheitsberater begleiten und führen Ratsuchende beziehungsweise neue Patienten durch das Angebot im *WIR*. Gemeinsam mit dem Team aus Mitarbeitern, Ärzten und gegebenenfalls weiteren Kooperationspartnern wird eine Versorgungsstrategie festgelegt.

Ein weiteres wichtiges Ziel des *WIR* ist es, die individuelle Eigenverantwortung und die Therapietreue von Patienten und Ratsuchenden zu stärken. Neuinfektionsraten, Spätdiagnosen, Koinfektionen sowie Folgeerkrankungen können so reduziert werden.

Im Vordergrund steht insbesondere die medizinische Betreuung und Versorgung von Risikopersonen, zu denen der Zugang in der Regel sehr erschwert ist. Der barrierefreie Zugang zu Versorgungsangeboten ist dabei von genauso entscheidender Bedeutung wie die Verbesserung der Kommunikation und des Wissensaustausches zwischen den Betroffenen und dem Team im *WIR*.

Neben Diagnostik und Therapie sind Beratungs-, Fortbildungs- und Präventionsangebote ein wichtiger Teil des Projekts. Dazu zählen monatliche Patientenfortbildungen, eine Jugendsprechstunde, *WIR*-Mitarbeiter-Fortbildungen und Qualitätszirkel für Ärzte. Diese werden im Gespräch über sexuelle Gesundheit mit ihren Patienten unterstützt und geschult. Die Aufklärungsarbeit in Schulen erfolgt durch alle beteiligten Akteure.

Zur Verbesserung der Umsetzung des neuen Versorgungskonzeptes des *WIR* nehmen Personen mit HIV- oder STI-Erfahrung zielgruppenspezifisch Unterstützungsfunktionen für Betroffene wahr.

Ein Teil der Zentrumsarbeit der Partner im *WIR* ist die aufsuchende Arbeit. Bislang wurden in Zusammenarbeit gezielt Sexarbeiterinnen in Bordellen aufgesucht. Geplant ist außerdem, in Kooperation mit den Partnern im Zentrum, Sexarbeiterinnen zu STI-Prävention und sexueller Gesundheit zu unterrichten. Diese sollen anschließend ihr erworbenes Wissen in der jeweiligen Muttersprache an ihre Kolleginnen weitergeben, um auch diese im optimalen Fall als Multiplikatoren zu gewinnen. Darüber hinaus leistet zum Beispiel die Aidshilfe Bochum aufsuchende Arbeit in der Bochumer Schwulenszene, auf Clubpartys und Parkplätzen.

Das Café „enJoy the place“ der Aidshilfe Bochum schafft neben dem Café-Angebot für Ratsuchende und Patienten auch die Möglichkeit für Fortbildungsveranstaltungen und Seminare.

Mehrwert und Patientenorientierung

Das Projekt schafft sowohl für die Ratsuchenden/Patienten als auch für das Gesundheitssystem einen Mehrwert. Die Patienten oder Ratsuchenden erhalten eine bedarfsgerechte Versorgung. Diese Versorgung stellt die Bedürfnisse des Menschen in den Vordergrund und berät, behandelt und unterstützt die Betroffenen entsprechend im Zentrum. Gleichzeitig verläuft die Versorgung kontinuierlich. So soll die Zufriedenheit der Patienten gesteigert und Stigmatisierung verhindert werden. Durch frühe Diagnosen

von STI werden Infektionen oder Reinfektionen vermieden. Außerdem kann chronischen oder schwerwiegenden Erkrankungen entgegengewirkt werden.

Durch das Verhindern von chronischen Erkrankungen können die Kosten für das Gesundheitssystem gesenkt werden. Kostenintensive und aufwendige Therapien werden weitgehend vermieden. Durch ein frühzeitiges Erreichen der Zielgruppen mithilfe der engen Zusammenarbeit von Ambulanz, dem öffentlichen Gesundheitsdienst und der Selbsthilfe können Infektionen durch gezielte und risikoangepasste Prävention oder Impfung verhindert, beziehungsweise durch STI-Tests früher erkannt werden. Vor allem durch die enge Zusammenarbeit mit der Selbsthilfe wird der Patient stärker eingebunden. Somit kann die Behandlung konsequenter umgesetzt werden.

Die Gesetzliche Krankenversicherung finanzierte im Jahr 2011 mit fast 600 Millionen Euro die medikamentöse HIV-Therapie, die Kosten für einen Patienten liegen zwischen 14.000 und 21.000 Euro jährlich. Die Kosten für eine Hepatitis-C-Therapie können über 120.000 Euro pro Fall betragen.

Das *WIR* bietet von Beratung bis zur Aufklärung, Prävention, Diagnostik und Therapie medizinische Behandlung auf höchstem Niveau sowie psychosoziale Betreuung. Das Angebot ist für alle Menschen zugänglich und kann als Anlaufstelle genutzt werden. Ziel ist es, die individuelle Eigenverantwortung des Patienten und die Therapietreue zu stärken. Im Vordergrund stehen dabei Information, Beratung und mitgestaltende Entscheidungsprozesse durch akzeptierende und offene Kommunikation mit allen Kooperationspartnern sowie dem Ratsuchenden und Patienten.

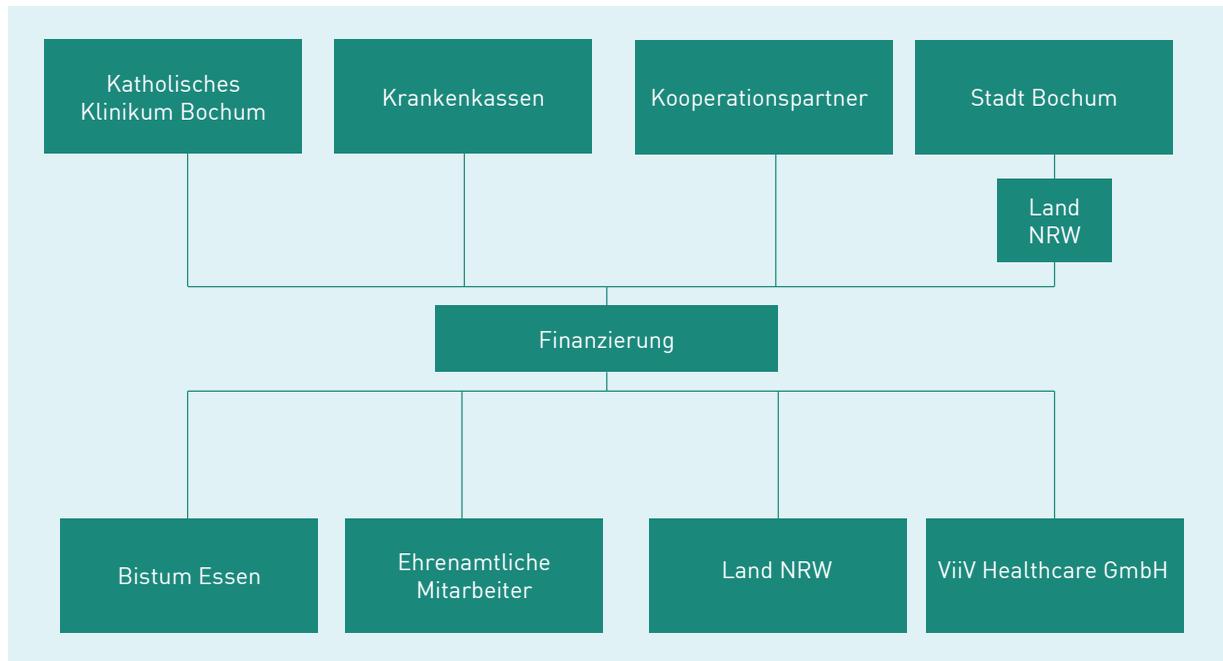
Finanzierung

Das *WIR*-Projekt wird von verschiedenen Quellen finanziert (siehe Abbildung 6).

Ein Großteil wird durch das Katholische Klinikum Bochum (KKB) getragen, welches auch den Umbau des ehemaligen Schwesternwohnheimes ermöglichte. Die medizinische Versorgung von Patienten hingegen wird über die gesetzliche und private Krankenversicherung finanziert. Das eingesetzte Personal wird durch die jeweiligen Kooperationspartner bezahlt.

Alle weiteren Leistungen werden durch Drittmittel ermöglicht. Dazu gehört das Land Nordrhein-Westfalen mit dem Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter (MGEPA), sowie das Bistum Essen. In der Aidshilfe Bochum sind vor allem ehrenamtliche Mitarbeiter tätig, die unter anderem im Cafe „enJoy the place“ arbeiten. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) fördert die Evaluation und die Industrie unterstützt das Projekt durch Sponsoring.

Abbildung 6 Finanzierungsquellen



Quelle: Eigene Darstellung

Management

Jeder einzelne Kooperationspartner verfügt in seiner Institution über ein eigenes Management. Die Interdisziplinäre Immunologische Ambulanz, Zentrum für Sexuelle Gesundheit und Medizin, ist Bestandteil der Dermatologischen Klinik der Ruhr-Universität Bochum (RUB). Priv.-Doz. Dr. Christoph Hanefeld ist medizinischer Geschäftsführer des KKB. Die Leitung der Interdisziplinären Immunologischen Ambulanz, Zentrum für Sexuelle Gesundheit und Medizin, Dermatologische Klinik der RUB liegt bei Prof. Dr. Norbert H. Brockmeyer. Geschäftsführerin des WIR ist Priv.-Doz. Dr. Adriane Skaletz-Rorowski.

Evaluation

Die Evaluation erfolgt seit dem Sommer 2016 durch einen Verbund aus verschiedenen Forschungsinstituten: der Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich (FOGS), Köln, das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Zentrum für Infektionsforschung, sowie der Delphi Gesellschaft für Forschung, Beratung und Projektentwicklung, Berlin.

Im Rahmen der Evaluation wird der Integrationsprozess des WIR begleitet, seine Auswirkungen auf die örtliche Versorgung untersucht und seine Funktionalität mit anderen deutschen Beratungs- und Versorgungs-

ansätzen verglichen. Das erstrangige Ziel der Evaluation ist es, sicherzustellen, dass das Ziel der präventiven und kurativen Verbesserung der Versorgung der Zielgruppen im *WIR* vorliegt, verfolgt und erreicht wird.

In der ersten Phase der Evaluation wurde eine Bestandsaufnahme von Beratungs- und Versorgungsansätzen in Deutschland und im europäischen Ausland erarbeitet. Auf deren Basis wurde anschließend ein Evaluationskonzept mit messbaren Kennzeichen entwickelt. Dazu zählen Fragebögen zum Kunden-/Patienten-Erstkontakt und nach erfolgter Behandlung.

In einer zweiten Phase, die im April 2017 begann, erfolgt die Datenerhebung und -auswertung. Über einen Verlauf von bis zu drei Jahren nach Beginn der Projektlaufzeit sollen die Funktionalität des *WIR* und seine möglichen Effekte auf die Versorgung in der Region bewertet werden. Dabei sollen ähnliche, nationale Beratungs- und Versorgungsansätze vergleichend mit berücksichtigt werden. Erste Zwischenergebnisse werden ab dem 2. Quartal 2018 erwartet. Die finalen Daten sollen 2019 vorliegen.

Die Evaluations-Studie besteht aus folgenden qualitativen und quantitativen Bausteinen:

- Erstbefragung der Klienten/Patienten: Ein Pre-Test wird zurzeit papierbasiert durchgeführt. Die ersten Ergebnisse liegen im Frühsommer 2017 vor.
- Fallbezogene Leistungsdokumentation: Eingesetzt von allen Akteuren des *WIR*.
- Auswertung medizinischer Parameter von Patienten der Ambulanz.
- Internetgestützte Nachbefragung der Klienten/Patienten: Start nach Bewilligung des Ethik-Antrages im April 2017. Derzeit laufen Pre-Tests.
- Erhebung qualitativer Einschätzungen zu Beginn und Ende von Phase II: Direkte, persönliche Befragung von Nutzern des *WIR*, Fokusgruppengespräche mit Mitarbeitern. Die Fokusgruppen wurden bereits etabliert.
- Fallübergreifende Tätigkeitsdokumentation: In den Jahren 2017 und 2018 werden für je vier Wochen alle Tätigkeiten der Beschäftigten dokumentiert.

Erste interne Ergebnisse zum *WIR-Start* in 2016:

Im ersten Jahr seit Bestehen des Zentrums kamen im Schnitt bis zu 2.000 Patienten und Ratsuchende pro Quartal ins *WIR*. Hierbei konnten bereits folgende Beobachtungen gemacht werden (siehe Abbildung 7).

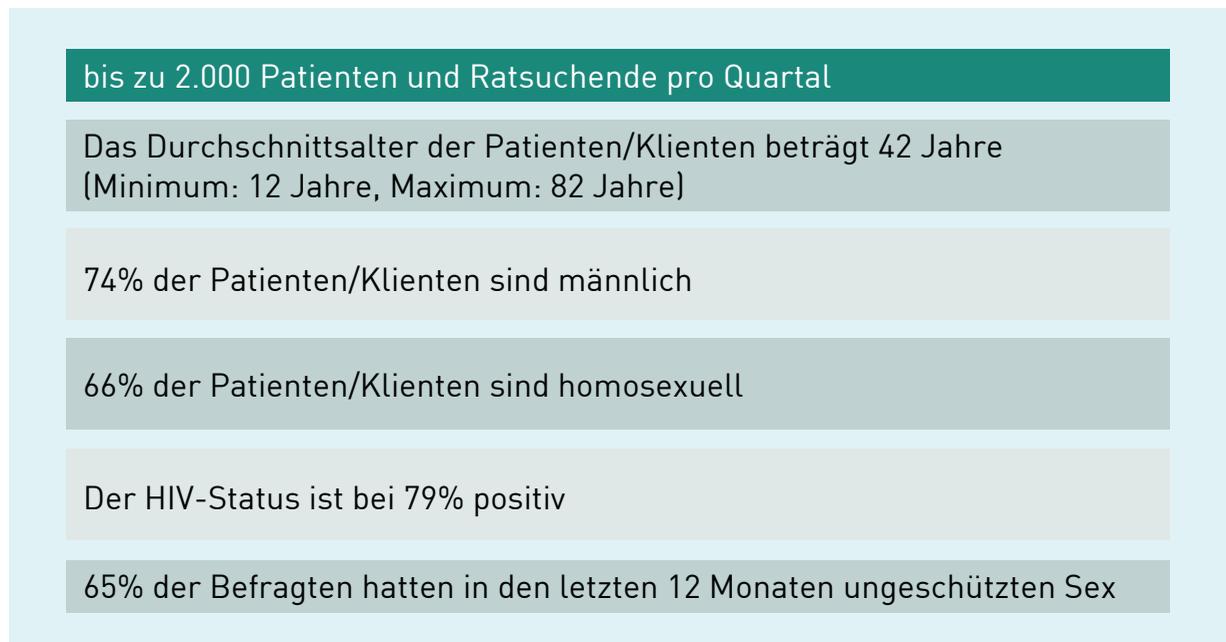
Des Weiteren gaben 57 Prozent der Befragten an, wegen aktueller Beschwerden zuvor keinen Arzt aufgesucht zu haben. Ihr Weg führe direkt ins *WIR*. 89 Prozent der Betroffenen haben das Zentrum auf Anhieb gefunden und 96 Prozent würden es weiterempfehlen. Im Hinblick auf die Organisation des *WIR*, die Betreuung durch die Mitarbeiter und im Hinblick auf Ärzte sowie die medizinische Versorgung lagen alle Werte zwischen „zufrieden“ und „sehr zufrieden“.

Zu den wesentlichen Erfolgen gehört, dass deutlich mehr Menschen mit einer HIV-Infektion oder anderen STI pro Quartal erreicht und versorgt wurden. Aufgrund des bestehenden Bedarfs wurde über die bishe-

rigen Leistungen der Partner im *WIR* hinaus eine gynäkologische, proktologische und psychotherapeutische Sprechstunde etabliert. Angesichts der regen Nachfrage hat zudem das Gesundheitsamt seine Präsenz im *WIR* weiter aufgestockt.

Im *WIR* wird zudem zu PrEP beraten und engmaschig medizinisch begleitet. PrEP ist eine neue Präventionsmaßnahme bei HIV. Bei einer PrEP nehmen HIV-negative Menschen HIV-Medikamente ein, um sich vor einer Ansteckung mit HIV zu schützen.

Abbildung 7 Befragte Patienten und Ratsuchende im *WIR*



Quelle: Eigene Darstellung

Zwischenergebnisse einer wissenschaftlichen Studie des *WIR* ergaben, dass 7,6 Prozent der Probanden ohne erkennbare Krankheitszeichen an Chlamydien erkrankt waren. Bei 6,8 Prozent der jungen Erwachsenen konnte eine Gonokokken-Infektion nachgewiesen werden. Des Weiteren bestand bei 30 Prozent Gesprächsbedarf zu Sexualität, bei STI waren es 63 Prozent, zu Schwangerschaft 17 Prozent.

Um einen repräsentativen Querschnitt von Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Ruhrgebiet zu untersuchen, werden nun in der zweiten Phase der Studie 200 Teilnehmer bei Veranstaltungen in Schulen, Berufsschulen und an der Dermatologischen Klinik der Ruhr-Universität Bochum hinzugezogen. In einer dritten Phase sollen 3.000 junge Erwachsene untersucht werden.

Nächste Schritte

Derzeit führt das *WIR* monatlich symptom-, aber auch risiko-angepasste Untersuchungen im großen Umfang durch. Zum Teil werden bis zu 20 Prozent der Tests auf STI nicht vergütet.

Zusätzlich möchte das Projekt weitere Präventionsangebote anbieten, für die es jedoch noch keine finanzielle Unterstützung gibt. Dazu gehören:

- Impfangebote für HIV-Patienten
- HPV-Impfung auch für Jungen
- Vorsorgeuntersuchungen für Mann und Frau
- Analkarzinomvorsorge für HIV-Infizierte

Insbesondere bei jungen Menschen soll die Präventionsarbeit ausgebaut sowie die verstärkte Einbindung von Hochrisikogruppen vorangetrieben werden. Diese sollen insbesondere über ihr individuelles Risikomanagement und über ihren möglichen Drogengebrauch in Verbindung mit sexuellen Kontakten aufgeklärt werden. Als weiterer Schritt geplant ist die Vernetzung mit der Evangelischen Hochschule R-W-L, Bochum, und dem Katholischen Bildungszentrum für Gesundheit und Pflegeberufe, Hagen. Dies soll vor allem durch Praktikumsangebote und Hospitationen vorangetrieben werden. Das Projekt *WIR* soll als Vorbild für ähnliche Zentren in Deutschland dienen. Des Weiteren befindet sich ein Online-Risikotest für HIV und andere STI in der Konzeptphase.

Die lokalen Printmedien berichten regelmäßig über das Projekt, auch Funk und Fernsehen zeigen reges Interesse an der Arbeit des Zentrums. Gleichzeitig ist das *WIR* in den sozialen Medien wie Facebook vertreten und verzeichnet im Schnitt 600 Aufrufe pro Beitrag (www.wir-ruhr.de).

Ansprechpartner

Prof. Dr. Norbert H. Brockmeyer

Abteilungsleiter Interdisziplinäre Immunologische Ambulanz, Zentrum für Sexuelle Gesundheit und Medizin, Dermatologische Klinik der Ruhr-Universität Bochum
Walk In Ruhr (WIR)
Große Beckstraße 12
44787 Bochum
Telefon: 0234 – 509 892 3
E-Mail: n.brockmeyer@klinikum-bochum.de
www.wir-ruhr.de

Arne Kayser

Geschäftsführung
Aidshilfe Bochum e.V./Walk In Ruhr (WIR) – Zentrum für Sexuelle Gesundheit und Medizin
Große Beckstraße 12
44787 Bochum
Telefon: 0234 – 519 19
E-Mail: A.Kayser@bochum.aidshilfe.de
www.aidshilfe-bochum.de;
www.wir-ruhr.de

Priv.-Doz. Dr. Adriane Skaletz-Rorowski

Geschäftsführung

Walk In Ruhr (WIR) – Zentrum für Sexuelle Gesundheit und Medizin

Große Beckstraße 12

44787 Bochum

Telefon: 0234 – 509 892 5

E-Mail: a.skaletz@klinikum-bochum.de

www.wir-ruhr.de

Literatur

- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF) (2015). STI/STD – Beratung, Diagnostik u. Therapie. S1-Leitlinie 059/006, 2015.
- Bundesministerium für Gesundheit/ Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (2016). Strategie zur Eindämmung von HIV; Hepatitis B und C und anderen sexuell übertragbaren Infektionen. BIS 2030, 2016.
- Deleré Y, Remschmidt C, Leuschner J, Schuster M, Fesenfeld M, Schneider Wichmann O, Kaufmann AM (2014). Human Papillomavirus prevalence and probable first effects of vaccination in 20 to 25 year-old women in Germany: a population-based cross-sectional study via home-based self-sampling. *BMC Infectious Diseases* 2014; 14:87.
- Fuchs W, Kreuter A, Hellmich M, Potthoff A, Swoboda J, Brockmeyer NH, Wieland U. (2016). Asymptomatic anal sexually transmitted infections in HIV-positive men attending anal cancer screening. *Br J Dermatol.* 2016 Apr;174(4):831–8.
- Hartwig S, Syrjänen S, Dominiak-Felden G, Brotons M, Castellsagué X (2012). Estimation of the epidemiological burden of human papillomavirus-related cancers and nonmalignant diseases in men in Europe: a review. *BMC Cancer*, 2012 Jan 20; 12:30.
- Jansen K et al. (2013). Die Outreach-Studie. Robert Koch Institut, 2013.
- Klingenberg RE, Mannherz S, Brockmeyer N. H. (2016). Lokal health study: Outreach medical services for female sexworkers in Bochum. *Hautarzt*, 2016. 67(12):989–995.
- Mavrogiorgou P et al. (2013). Patient satisfaction with specialized mental health service for obsessive-compulsive disorder. *Ann Gen Psychiatry.* 2013. 12(1):41.
- Medizinauskunft, Chlamydien (2005). Häufiger Grund für Kinderlosigkeit, http://www.medizinauskunft.de/artikel/diagnose/Frauengesundheit/16_01_chlamydien.php, letzter Aufruf am: 16.01.2005.
- Robert Koch-Institut (RKI) (2016). Infektionsepidemiologisches Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten für 2015, 2016.
- Robert Koch-Institut (RKI) (2013). *Epidemiologisches Bulletin* (46), 2013.
- Robert Koch-Institut (RKI) (2016). *Epidemiologisches Bulletin* (45), 2016.
- Rodney S (2017). Is the incidence of penile carcinoma in situ increasing in England and the rest of Europe? *European Association of Urology (EAU) 2017 Congress. Abstract 707. Presented March 27, 2017.*
- Treskova M, Kuhlmann A, Bogner J, Hower M, Heiken H, Stellbrink HJ, Mahlich J, Schulenburg JM, Stoll M. (2016). Analysis of contemporary HIV/AIDS health care costs in Germany: Driving factors and distribution across antiretroviral therapy lines. *Medicine*, 2016, 95:26.

ja-ich-auch.de

Freiwillige HPV-Schulimpfung

Autoren: *Laura Fiona Gruner, Lutz Hager und Claus Köster*

Management Summary

Das Projekt *Freiwillige HPV-Schulimpfung (ja-ich-auch.de)* hat zum Ziel, die Impfraten sowie den Schutz vor Tumoren zu erhöhen, die durch sogenannte Humane Papillomaviren (HPV) hervorgerufen werden. Humane Papillomaviren begünstigen das Wachstum bestimmter Tumoren, die zu Gebärmutterhalskrebs führen – weltweit die zweithäufigste tumorbedingte Todesursache bei Frauen. Das Projekt setzt dabei auf Informationsveranstaltungen und Impftage in Grundschulen und arbeitet dazu mit den Landkreisen und Kommunen zusammen, den entsprechenden Gesundheits- und Schulämtern sowie lokal niedergelassenen Ärzten.

Obwohl seit ca. zehn Jahren Impfstoffe gegen die Infektion mit Humanen Papillomaviren zugelassen sind, nutzen nur etwa 30 bis 40 Prozent der Zielgruppe die Chance, sich gegen diese Viren und durch sie verursachte Krebserkrankungen zu schützen. Eine Herausforderung besteht darin, dass die Kinder der Zielgruppe (9 Jahre) oft außerhalb der Reichweite von Ärzten sind.

Ein ortsansässiger, niedergelassener Kinder- und Jugendarzt/Gynäkologe/Hausarzt stellt bei einem Elternabend zu Beginn des vierten Schuljahres das Thema HPV, die Impfung sowie das Projekt vor. Diejenigen Eltern, die ihre Tochter im Rahmen des Projekts impfen lassen wollen, werden zu einem ersten Impftag eingeladen, meist im November. Die zweite Impfung findet etwa ein halbes Jahr später statt.

Die *Freiwillige HPV-Schulimpfung* wurde bisher in zwölf Grundschulen im südhessischen Kreis Bergstraße umgesetzt. Die Impfraten sind hier bereits deutlich gestiegen. Auch konnte das Team bereits eine weitreichende Aufklärungsarbeit an den Schulen und darüber hinaus leisten. Für das folgende Schuljahr sollen Kinder in einem weiteren Landkreis geimpft werden.

Gemeinsam mit dem Deutschen Krebsforschungszentrum wird das Projekt seit Beginn wissenschaftlich begleitet und evaluiert, um die Wirksamkeit der Maßnahmen sowie die prozessbegleitende Qualitätssicherung zu garantieren.

Versorgungsherausforderung

Mit jährlich 500.000 Neuerkrankungen ist Gebärmutterhalskrebs die weltweit zweithäufigste Krebserkrankung bei Frauen. Jedes Jahr gibt es rund 350.000 Todesfälle. In Deutschland erkranken jährlich

mehr als 5.000 Menschen an Tumoren, die durch Humane Papillomaviren verursacht wurden. Dies ließe sich durch eine Impfung größtenteils verhindern. Pro Jahr finden mehr als 100.000 Operationen zur Entfernung von Krebsvorstufen statt.

Hauptursache für die Entstehung von Gebärmutterhalskrebs ist eine andauernde Infektion durch Humane Papillomaviren. Dennoch liegt die Impfquote in Deutschland – je nach Region – zwischen 22 und 50 Prozent.

Im August 2014 wurde das für Mädchen empfohlene Impfalter von bisher 12 bis 17 Jahren auf 9 bis 14 Jahre gesenkt. Das ermöglicht eine Impfung bereits vor dem ersten Geschlechtsverkehr. Zudem sind nur noch zwei Impfdosen für die vollständige Immunisierung notwendig.

Schon vor Herabsetzung des Impfalters war die Impfquote der HPV-Impfung weitaus geringer als die Impfquote anderer empfohlener Impfungen. Eine Ursache ist die schlechte Erreichbarkeit der Hauptzielgruppe. Mädchen im Alter von 9 bis 14 Jahren werden oftmals nicht mehr beim Kinderarzt behandelt und noch nicht beim Gynäkologen. Die U9-Untersuchung im Alter von fünf Jahren ist zu früh, die J1-Untersuchung im Alter von zwölf bis vierzehn Jahren zu spät. Für Jungen gibt es bisher noch gar keine Impfempfehlung gegen HPV, obwohl Studien auch hier bereits positive Effekte nachgewiesen haben.

Daher war eine der größten Versorgungsherausforderungen des Projekts, Zugang zur Zielgruppe zu gewinnen. Dabei stellte sich die Schule als potentiell sehr effektiver Zugangsweg heraus, um Mädchen von 9 bis 14 Jahren und ihre Eltern zu erreichen. Hier kann über den Nutzen von Impfungen im Allgemeinen und der HPV-Impfung im Besonderen informiert und aufgeklärt werden.

Entstehungsgeschichte

In der Metropolregion Rhein-Neckar vernetzten sich viele Akteure im Rahmen der *Initiative Prävention*, um die Vorsorge bei Volkskrankheiten gemeinsam zu verbessern. Als erstes gemeinsames Projekt wurde die Bekämpfung von Gebärmutterhalskrebs ausgewählt, der von Humanen Papillomaviren ausgelöst wird.

Initiator und Gründungsmitglied war der gemeinnützige Verein Gesundheitsnetz Rhein-Neckar, zu dessen Leitprojekten die medizinische Prävention zählt.

Unter der Trägerschaft des Vereins Gesundheitsnetz Rhein-Neckar wurde das Projekt *Freiwillige HPV-Schulimpfung* von 14 Beteiligten ins Leben gerufen.

Weitere Kooperationspartner sind: das Gesundheitsamt Kreis Bergstraße, das Hessische Ministerium für Soziales und Integration, die Kassenärztliche Vereinigung Hessen, der Bundesverband der Kinder- und Jugendärzte e. V., der Bundesverband der Frauenärzte e. V., das Deutsche Krebsforschungszentrum, das Robert Koch-Institut und die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).

Zusätzlich unterstützt die IKK Südwest im Rahmen der Kommunikation und Öffentlichkeitsarbeit; zukünftig auch bei der Erstellung von gesundheitsfördernden Bildungsmaterialien für Schüler und Lehrer.

Durch alle Mitwirkenden konnte eine fächerübergreifende Herangehensweise erreicht werden. In regelmäßigen Abständen tagt der Arbeitskreis, um das Projekt stetig zu verbessern und weiterzuentwickeln.

Kernelemente

Zielgruppe

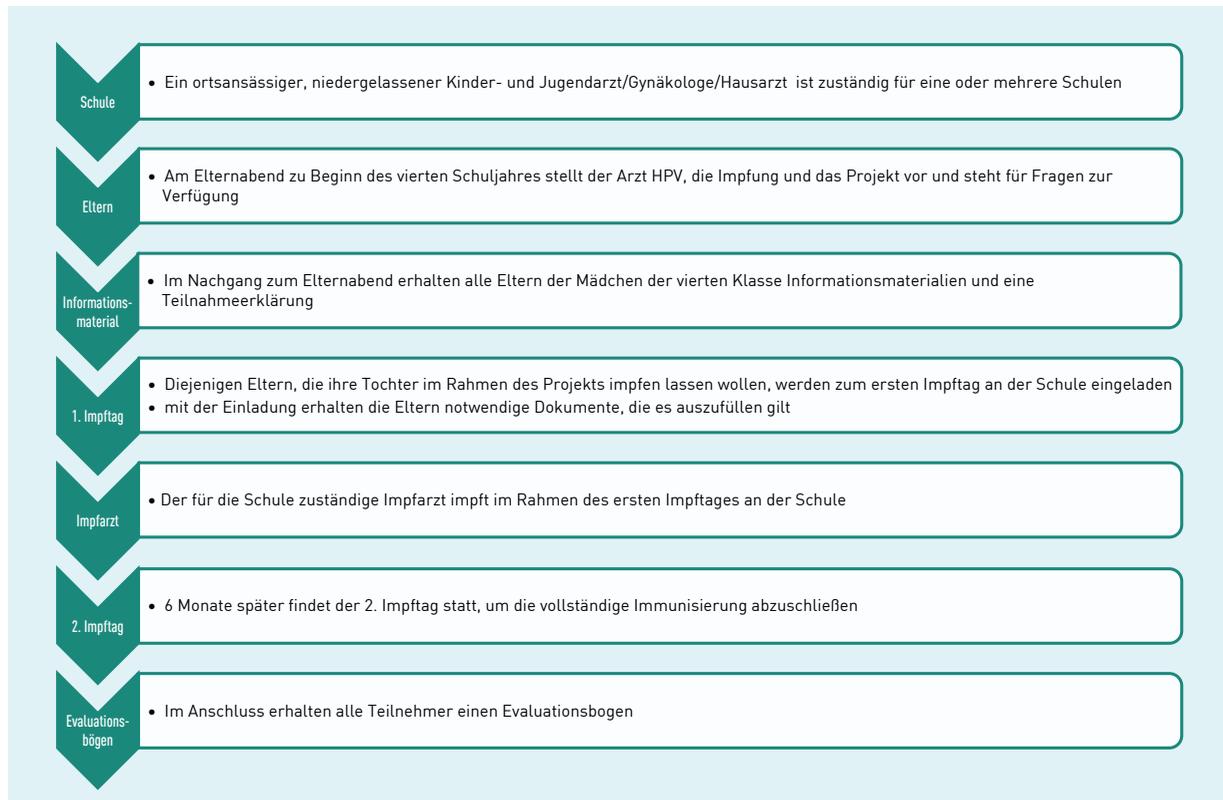
- Mädchen im Alter von 9 bis 10 Jahren
- Eltern
- Lehrer und Schulleiter
- Elternbeiräte
- Niedergelassene Ärzte
- Öffentlicher Gesundheitsdienst

Versorgungskonzept

In anderen Ländern wie Australien oder Großbritannien haben sich Schulimpfungen bereits als geeigneter Weg erwiesen, um Mädchen flächendeckend vor Humanen Papillomaviren zu schützen. So konnte 2007 in Australien durch ein öffentlich finanziertes HPV-Impfprogramm eine Impfquote von über 70 Prozent erreicht werden. Daraufhin zeigte sich ein deutlicher Rückgang von Krebsvorstufen bei jungen Frauen. Darüber hinaus konnte auch das Auftreten von Feigwarzen verringert werden, die ebenfalls durch Humane Papillomaviren ausgelöst werden. In Großbritannien konnten bereits in den Jahren 2008 und 2009 durch öffentlich finanzierte Schulimpfungen Impfraten von deutlich über 80 Prozent erreicht werden.

Die Aufklärung und Impfung in Deutschland erfolgt bislang in Arztpraxen oder über kleine Informationskampagnen. Die Kosten für die Impfung der Mädchen werden durch die gesetzlichen Krankenkassen getragen. Trotz der Häufigkeit von Gebärmutterhalskrebs wird die vorbeugende HPV-Impfung bisher nicht gut angenommen.

In Zusammenarbeit mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst sowie ortsansässigen niedergelassenen Ärzten wird an Elternabenden über die Impfung und das Projekt informiert. Des Weiteren werden Impftage an den Schulen angeboten. Die Vereinigung von niedergelassenen Ärzten, öffentlichem Gesundheitsdienst und Schulen ist innovativ und hat es so bisher noch nicht gegeben. Das Projekt kann auf gebündelte, lokale Ressourcen zurückgreifen, die bereits mit den Gegebenheiten vor Ort vertraut sind. Konkret ist die Vorgehensweise im Projekt in Abbildung 8 beschrieben:

Abbildung 8 Versorgungselemente des Projekts

Quelle: Eigene Darstellung

Durch Informationsanschreiben und Elternabende konnten über diesen Weg viele Eltern erreicht und umfassend aufgeklärt werden. Mehr als 90 Prozent der am Elternabend teilnehmenden Eltern fühlen sich ausreichend informiert, um eine Entscheidung über die Impfung ihres Kindes zu treffen. Außerdem bietet das Impfangebot in der Schule insbesondere berufstätigen Eltern die Möglichkeit, ihr Kind ohne zeitlichen Mehraufwand impfen zu lassen.

Die teils komplexen Strukturen des deutschen Gesundheitswesens und die föderalen Verantwortlichkeiten machen eine Kooperation der unterschiedlichen Akteure innerhalb der Koordinierungsgruppe notwendig. Auch im erweiterten Projektkonsortium ist eine fächer- und strukturenübergreifende Zusammensetzung erforderlich, so dass die jeweiligen Kenntnisse und Erfahrungen in die Projektarbeit integriert werden können.

Mehrwert und Patientenorientierung

Mit der Steigerung der Impfquoten in der Metropolregion Rhein-Neckar können Menschenleben gerettet werden.

Durch das Projekt ist es möglich, zahlreiche Neuerkrankungen des Gebärmutterhalses in den nächsten Jahren zu verhindern. Zahlreiche Teil- oder Totaloperationen der Gebärmutter, die ebenfalls mit einer HPV-Infektion einhergehen, können vermieden werden.

Durch die Erhöhung der Impfquoten werden Krebserkrankungen verhindert und darüber hinaus HPV-induzierte Erkrankungen wie Krebsvorstufen oder gegebenenfalls Feigwarzen deutlich reduziert.

Auch für Jungen kann durch das Projekt ein Mehrwert geschaffen werden. Da die Zielgruppe Jungen derzeit noch nicht in die HPV-Impfempfehlung mit aufgenommen wurde, besteht in dieser Hinsicht noch sehr großes Potenzial. Die Jungen sind selbst Virenüberträger, erkranken aber auch an verschiedenen HPV-induzierten Tumoren. Dazu gehören zum Beispiel Anal- oder Peniskarzinome. Deshalb ist es erstrebenswert, die Standard-Impfempfehlung für die HPV-Impfung auch auf Jungen auszuweiten.

Aufgrund der primärpräventiven Ausrichtung des Projektes *ja-ich-auch.de* wird die Zielgruppe nicht als „Patient“ bezeichnet. Mit dem Bestreben, Mädchen der vierten Klasse zu impfen, soll ein Beitrag zur Verringerung HPV-induzierter Erkrankungen geleistet werden.

Mit dem Pilotprojekt *Identifizierung und Erprobung neuer Zugangswege zur Zielgruppe für die HPV-Impfung – Freiwillige HPV-Schulimpfung* konnte ein geeigneter alternativer Zugangsweg geschaffen werden. So können Menschen mehr über den allgemeinen Nutzen von Impfungen und vor allem über die HPV-Impfung erfahren.

Die Patientenorientierung richtet sich vor allem an die Eltern, da diese die Verantwortung für die Gesundheit ihrer Kinder tragen. Andererseits ist auch das Einbeziehen der direkten Zielgruppe von Vorteil, denn die Kinder selbst sollen mit der Thematik in Berührung kommen und langsam an das Thema Gesundheit herangeführt werden.

Die Schule ist nicht nur ein Ort, an dem die Kinder lernen, sondern auch ein Ort, an dem sie leben, spielen und sozial interagieren. Daher sind Themen wie Prävention und Gesundheit in der Schule von großer Wichtigkeit. Hier kommen die Kinder immer wieder damit in Kontakt und werden befähigt, ihre eigenen Gesundheitskompetenzen auszubilden.

Finanzierung

Finanzielle Unterstützung erhält das Projekt vom Bundesministerium für Gesundheit, der Deutschen Krebshilfe, der Dietmar Hopp Stiftung und der Stiftung Deutsche Krebsgesellschaft; so können Aufgaben wie Management, Koordination und Auswertung finanziert werden.

Des Weiteren lebt das Projekt von ehrenamtlichem Engagement. Ehrenamtliche Helfer sind der Nobelpreisträger Professor Dr. Dr. h.c. mult. zur Hausen und Professor Dr. J.F. Riemann. Es entstand ein gro-

ßes Netzwerk starker Partner. So ist auch die Impfung und die Vergütung der Impfleistung eine Regelleistung im Rahmen des GKV-Systems.

Personelle Ressourcen wurden unter anderem von der Metropolregion Rhein-Neckar GmbH, dem Deutschen Krebsforschungszentrum, der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und dem Hessischen Ministerium für Soziales und Integration gestellt.

Langfristig wird ein großes Netzwerk von Unterstützern angestrebt. Dazu gehören insbesondere Krankenkassen, wie heute bereits die IKK Südwest.

Management

Seit Sommer 2015 ist der gemeinnützige Verein Gesundheitsnetz Rhein-Neckar (GNRN) unter der Leitung von Dr. Köster Träger des Projektes. Daneben übernimmt das GNRN auch die Koordination der bisher beteiligten Schulen im Kreis Bergstraße. Da ab dem nächsten Schuljahr die Erweiterung des Projekts auf andere Städte, Regionen und Landkreise geplant ist, wird der mit dem Projekt verbundene Koordinationsaufwand ansteigen. Deshalb soll die Koordination der Beteiligten vor Ort erfolgen. Zum Beispiel durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD), durch Präventionsbeauftragte oder Selbsthilfvereine. Die übergreifende Steuerung erfolgt weiterhin durch den Verein Gesundheitsnetz Rhein-Neckar. Somit kann das Projekt über viele verschiedene Regionen, Landkreise oder Bundesländer in die Breite getragen werden. Die Impfung und Aufklärung als solches erfolgt im Verantwortungsbereich des niedergelassenen Arztes und wird über die Kassenärztliche Vereinigung (KV) abgerechnet.

Evaluation

Seit Beginn des Projekts wird gemeinsam mit dem Deutschen Krebsforschungszentrum eine wissenschaftlich begleitende Evaluation durchgeführt. Die Ergebnisse beziehen sich auf die Evaluation nach dem zweiten Impftag aus dem Schuljahr 2015 und 2016.

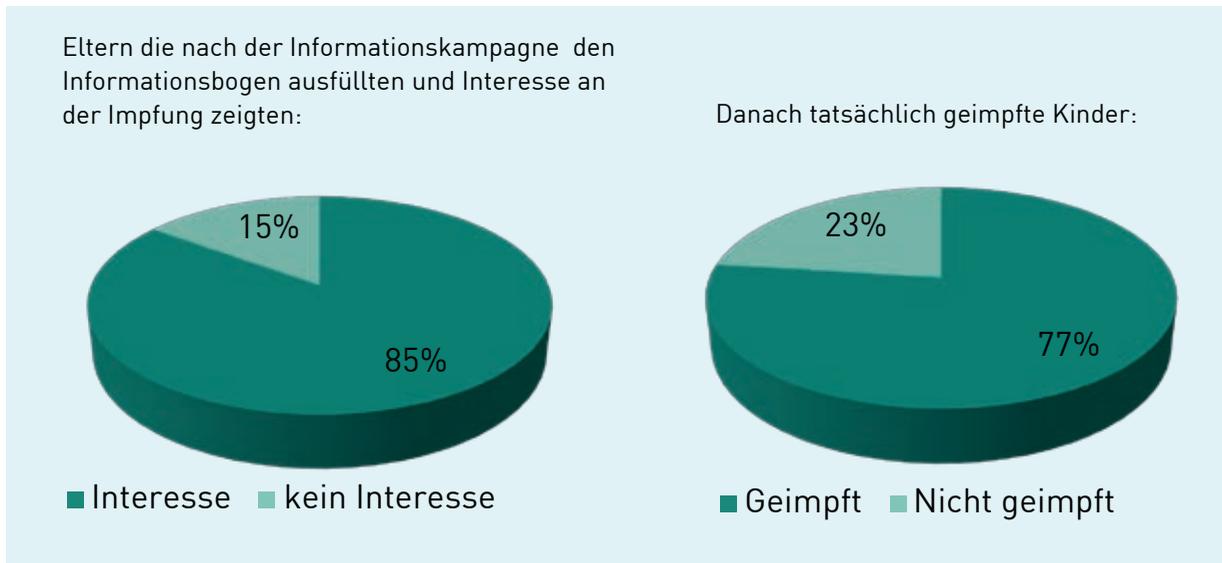
Im Rahmen des bisherigen Projekts wurden an sechs Pilotschulen Eltern von insgesamt 202 Mädchen angesprochen. Für die Analyse nach den Impftagen standen 62 Kurzfragebögen zur Verfügung.

Unter den Eltern, die auch den Kurzfragebogen ausfüllten, hatten 85 Prozent nach der Informationskampagne Interesse an der Impfung ihrer Tochter. Insgesamt 77 Prozent aller Mädchen, deren Eltern den Kurzfragebogen ausfüllten, wurden anschließend geimpft (siehe Abbildung 9).

Von diesen Impfungen fanden etwa 34 Prozent in der Schule statt. Zusätzlich wurden noch 18 weitere Impfungen von den Impfähzten in der Schule durchgeführt, für die keine auswertbare Rückmeldung in Form eines Fragebogens vorliegt.

51 Prozent der Eltern vermerkten auf dem Fragebogen eine Teilnahme am Elternabend. Von diesen gaben zwei Drittel an, dass ihre Kinder geimpft wurden.

Abbildung 9 Ergebnisse der Elternbefragung im Schuljahr 2015/16 (n=62)



Quelle: Eigene Darstellung

Mädchen, deren Eltern laut Kurzfragebogen nicht beim Elternabend waren, wurden nur halb so oft geimpft.

85 Prozent der Eltern, die ihre Kinder in der Schule impfen ließen, würden die HPV-Schulimpfung weiterempfehlen. Die Eltern beschrieben die Impftage als gut organisiert und mit minimalem Eigenaufwand. Der Wunsch nach einer von der Krankenkasse bezahlten Impfung für Jungs wurde geäußert. Bedenken gab es hinsichtlich der Begleitumstände. Der Verzicht auf den Sportunterricht, die Anspannung vor der Impfung, und die teilweise Alleinstellung durch Teilnahme wurden kritisiert.

Die während des Elternabends übermittelten Informationen wurden von der Mehrheit als ausreichend, hilfreich und verständlich empfunden. Auch die schriftlichen Informationen, die nach der Veranstaltung zur Verfügung standen, wurden von den Eltern, die den Kurzfragebogen ausfüllten, überwiegend als ausreichend, hilfreich und verständlich bewertet.

In 94 Prozent der Fälle berichteten Eltern, die ihre Tochter zum Zeitpunkt der Erhebung bereits in der Schule oder einer Praxis haben impfen lassen, dass die Tochter die Impfung gut vertragen hat. Die restlichen sechs Prozent machten keine Angaben zur Verträglichkeit.

Seit Projektstart ist in den Daten der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen eine Steigerung von HPV-Impfungen zu erkennen. Nach Durchführung von Informationsveranstaltungen und Schulimpftagen im September und November 2015 erhöhte sich die Inanspruchnahme der HPV-Impfung bei den neun bis zehnjährigen Mädchen der Region. In einem ähnlich großen hessischen Landkreis, in dem weder die Informationsveranstaltungen noch die Schulimpfungen angeboten wurden, zeigt sich dieser Anstieg nicht.

Abbildung 10 Verträglichkeit der Impfung

Quelle: Eigene Darstellung

Nächste Schritte

In Zukunft wird das Projekt auf weitere Landkreise, Städte und Regionen ausgeweitet. Der Zugangsweg bleibt weiterhin die Schule. Durch die Ausdehnung auf verschiedene Regionen soll ein breites Netz gestreut werden, das die Auseinandersetzung mit der Impfung gegen Humane Papillomaviren in die Breite trägt.

Neben der Schulimpfung wird ein weiterer Fokus auf die Kommunikation und die Öffentlichkeitsarbeit gelegt. Über verschiedene Kanäle sollen die öffentliche Debatte und die HPV-themenspezifische Kommunikation angeregt werden. Auch die Forderung, auch Jungen gegen HP-Viren impfen zu lassen, soll politisch diskutiert werden.

Um diese Aufgaben konzentriert und effektiv wahrzunehmen, wird zukünftig eine gemeinnützige Trägergesellschaft realisiert. Diese hat den erweiterten Fokus auf der Vernichtung des Gebärmutterhalskrebes sowie weiterer HPV-induzierter Erkrankungen wie Kopf- und Halstumore.

Ansprechpartner

Laura Fiona Gruner
Doktorandin
Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ),
Abteilung C070
Im Neuenheimer Feld 581

69120 Heidelberg
Telefon: 06221 – 421 347
E-Mail: l.gruner@dkfz.de
www.dkfz.de

Dr. Lutz Hager

Geschäftsführer

IKK-Südwest

Berliner Promenade 1

66111 Saarbrücken

Telefon: 0681 – 936 962 500

E-Mail: lutz.hager@ikk-sw.de

www.ikk-suedwest.de

Dr. Claus Köster

Präsident und Projektleiter

Gesundheitsnetz Rhein-Neckar e. V.

Rheinhäuser Straße 50

68165 Mannheim

Telefon: 0621 – 717 668 822

E-Mail: claus.koester@gnrn.de

www.gnrn.de

Literatur

Deutsches Ärzteblatt, PP, Heft 4, April 2013, S.160.

Robert-Koch-Institut: Daten aus der KV-Impfsurveillance, Epid Bull 1/2016. <http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/ImpfungenAZ/HPV/HPV.html> (last accessed on 22 February 2017).

G-BA: G-BA Beschluss 2014. www.g-ba.de/downloads/39-261-2110/2014-11-20_2014-12-18_SI-RL_STIKO-8-14_ArbMedWV_konsolidiert_BAnz.pdf (last accessed on 22 February 2017).

GEKID: Atlas der Krebsinzidenz und –mortalität in Deutschland (GEKID-Atlas). Datenlieferung: März 2016, Lübeck. www.gekid.de (last accessed on 23 January 2017).

Krebsinformationsdienst: HPV als Krebsrisiko. www.krebsinformationsdienst.de/vorbeugung/risiken/hpv2.php (last accessed on 22 February 2017).



Stefan Prasse, Dr. Alexander Hatz, Dr. Ralf Stroop, Jurorin Dr. Jutta Wendel-Schrief (v.l.)

Sonderpreis E-Health / Digitalisierung

Mobile Retter

Smartphone-basierte Alarmierung qualifizierter Ersthelfer: Mobile Retter – mit dem freiwilligen Engagement zu einer grundständig neuen Versorgungsform

Autoren: Ralf Stroop, Mario Hensel, Stefan Prasse und Thoralf Kerner

Management Summary

Ziel des Projekts *Mobile Retter* ist es, im Falle einer Bewusstlosigkeit oder eines Herz-Kreislauf-Stillstandes über eine App Ersthelfer zu informieren, die noch vor dem Rettungsdienst am Einsatzort eintreffen und mit der Herzdruckmassage beginnen können. Das Projekt will so die sogenannte No-Flow-Zeit beim

Herz-Kreislauf-Stillstand minimieren und damit die Überlebenschancen sowie die Überlebensqualität entscheidend verbessern.

Bei einem plötzlichen Herz-Kreislauf-Stillstand kann nur eine sofort eingeleitete Reanimation das Überleben des Patienten sichern. Trotz guter rettungsdienstlicher Versorgung ist die Zeit bis zum Eintreffen des Rettungsdienstes häufig zu lange, um Tod oder schwerwiegende Spätfolgen zu verhindern.

Die Mobilten Retter sind medizinisch qualifizierte Ersthelfer, die bei den entsprechenden Notrufen von der jeweiligen Leitstelle mitalarmiert werden können. Ein Webserver eruiert anhand der vorliegenden GPS- und Ortungsdaten denjenigen Mobilten Retter, der dem Einsatzort am nächsten ist. Ist der *Mobile Retter* einsatzbereit, erhält er die erforderlichen Einsatzdaten und wird zum Einsatzort navigiert. Dank dieser schnelleren Erstversorgung konnten bereits mehrere Menschenleben gerettet werden.

Das Projekt *Mobile Retter* ist eine Initiative des Mobile Retter e.V. und wurde 2013 zunächst im Kreis Gütersloh initiiert – in Kooperation mit den örtlichen Hilfsorganisationen wie dem Deutschen Roten Kreuz (DRK), dem Arbeiter Samariter Bund Deutschland e.V. (ASB), den Johannitern (JUH), der Deutschen-Lebensrettungs-Gesellschaft (DLRG), dem Malteser Hilfsdienst (MHD), sowie Kliniken, Ärzteschaften und Feuerwehren im Kreis Gütersloh. Mittlerweile gibt es die Mobilten Retter in sieben Gebietskörperschaften bundesweit – für eine Bevölkerungszahl von rund zwei Millionen Menschen.

Versorgungsherausforderung

Erfolgt eine Reanimation nach drei Minuten, liegen die Erfolgschancen bei 75 Prozent. Eine Reanimation nach zehn Minuten hat dagegen nur noch eine Erfolgsquote von fünf Prozent. Lebensrettende Sofortmaßnahmen müssen demnach möglichst zeitnah durchgeführt werden, um die Genesung eines Notfallpatienten zu gewährleisten.

Politische und institutionelle Vorgaben regeln die notfallmedizinische Versorgung der Bevölkerung. In Deutschland sind die Bundesländer zuständig für den Rettungsdienst. Dementsprechend sind die gesetzlichen Vorgaben zur Hilfsfrist in 16 unterschiedlichen Rettungsdienstgesetzen geregelt. Die Hilfsfrist ist eine wichtige Planungsgröße, um den Erfordernissen gerecht werden zu können. Sie regelt den Zeitraum vom Beginn der Notrufabfrage bis zum Eintreffen der Helfer am Einsatzort. Die Hilfsfrist unterteilt sich in die Gesprächs- und Dispositionszeit, die Ausrückzeit und die Anfahrtszeit. In dicht besiedelten Gebieten beträgt die Hilfsfrist ungefähr acht Minuten. Jedoch kann es in ländlichen Regionen bis zu 17 Minuten dauern, bis die Hilfskräfte eintreffen.

Trotz dieser Vorgaben gelingt es den Rettungsdiensten nur zum Teil, innerhalb der gesetzten Fristen am Notfallort einzutreffen. Dies ist besonders in ländlichen Regionen der Fall – aber auch in Großstädten gibt es erhebliche Unterschiede. In bis zu 40 Prozent der Einsätze kommen die Rettungsdienste zu spät. Im Durchschnitt können die Rettungsdienste erst nach acht bis zwölf Minuten vor Ort sein.

Mobile Retter können das System der Notfallrettung unterstützen, indem sie vor dem Eintreffen des regulären Rettungsdienstes mit Basismaßnahmen der Reanimation beginnen – und das reanimationsfreie Intervall verkürzen.

In Deutschland sind sehr viele Menschen über ihr Smartphone jederzeit lokalisierbar. So kam es zu der Idee, ein Smartphone-basiertes Alarmierungssystem zu entwickeln und unter den Bedingungen der Rettungsdienstlandschaft in der Bundesrepublik Deutschland umzusetzen.

Entstehungsgeschichte

In Deutschland erleiden pro Jahr etwa 75.000 Personen außerklinisch einen Herz-Kreislauf-Stillstand. Auch nach Wiederherstellung der Herz-Kreislauf-Funktion verstirbt mit circa 70 Prozent der Großteil der aufgenommenen Patienten innerhalb von 30 Tagen.

Die Prognose von Patienten, die einen Herz-Kreislauf-Stillstand erleiden, hängt entscheidend davon ab, wie schnell Reanimationsmaßnahmen eingeleitet werden. In Deutschland überleben nur sieben Prozent der Betroffenen mit einem akzeptablen neurologischen Ergebnis. Die Ursache dafür ist zum einen die geringe Quote von Laienreanimationen, zum anderen das zu späte Eintreffen der Rettungskräfte (nach durchschnittlich achteinhalb Minuten).

Die Laienreanimationsquote liegt in Deutschland bei 34 Prozent. In Ländern wie Schweden und den Niederlanden hingegen beträgt sie circa 70 Prozent. Daher wurden mehrere Projekte zur Förderung der Laienreanimationsbereitschaft der Bevölkerung ins Leben gerufen.

Im Jahr 2014 formulierte eine Gruppe von Fachexperten im Rahmen der Bad Boller Reanimationsgespräche „10 Thesen für 10.000 Leben“. Bei der Gründung des Nationalen Aktionsbündnisses Wiederbelebung im Jahr 2016 wurde das Ziel formuliert, die Laienreanimationsquote in Deutschland bis 2020 auf 50 Prozent zu steigern. Damit könnten jedes Jahr zusätzlich 10.000 Menschenleben gerettet werden. Das *Mobile Retter* Alarmierungskonzept – das bundesweit erste Smartphone-basierte Ersthelfersystem – wurde 2013 als eine erste Maßnahme in der Modell-Region des Kreises Gütersloh eingesetzt.

Das Projekt wird derzeit getragen von über 700 medizinisch qualifizierten, freiwilligen und unentgeltlich als *Mobile Retter* registrierten Ersthelfern im Kreis Gütersloh. Somit konnte bei etwa 360.000 Einwohnern im Kreis Gütersloh ein flächendeckendes Ersthelfer-Netz aufgebaut werden. Derzeit erfolgen pro Tag etwa zwei bis drei Alarmierungen der Mobilten Retter. Insgesamt wurden bereits über 1.000 Einsätze absolviert.

In allen sieben aktiven Regionen gibt es rund 3.000 *Mobile Retter*, das entspricht 1,8 Prozent der dortigen Bevölkerung.

Abbildung 11 Mobile Retter



Quelle: Eigene Darstellung

Kernelemente

Zielgruppe

Die Hauptzielgruppe sind Patienten mit akuten, lebensgefährlichen Erkrankungen, die sich außerhalb eines Krankenhauses befinden und deren Behandlung keinen Aufschub duldet. Ohne sofortige Behandlung drohen nicht wiederherstellbare Organfunktionsschäden oder gar der Tod des Patienten. Die wich-

tigsten zeitkritischen Notfalldiagnosen sind der Herz-Kreislauf-Stillstand und die plötzliche Bewusstlosigkeit. Darüber hinaus kann der Einsatz von Mobilten Rettern bei folgenden Erkrankungen Leben retten:

- Atemnot
- Kreislaufschwäche
- Krampfanfall
- akutes Koronarsyndrom
- Schlaganfall

Versorgungskonzept

Ziel des Projekts ist es, Patienten mit einem Herz-Kreislauf-Stillstand schneller zu versorgen – um die Zeit des therapiefreien Intervalls zu verkürzen und die Überlebenschance des Patienten deutlich zu erhöhen.

Zu den wichtigsten Partnern des Projekts zählen die Kommunen und Landkreise. Sie sind Träger des regionalen Rettungsdienstes. Der gemeinnützige Verein Mobile Retter e.V. ist für die Anwerbung und Ausbildung der Ersthelfer verantwortlich. Wichtig sind auch die IT-Strukturen für die Webserver-Dienste. Der wissenschaftliche Beirat gibt medizinische Empfehlungen zu Alarmierungsindikationen und Qualifizierungsvoraussetzungen, steuert Trainingsinhalte bei und evaluiert das Gesamtprojekt.

Das Anwerben der Mobilten Retter erfolgt über:

- Medien (Zeitung, Radio, Fernsehen)
- Online-Präsentationen (Homepage, Facebook)
- Publikationen in Fachzeitschriften
- Präsentationen auf wissenschaftlichen Veranstaltungen
- Mundpropaganda in der rettungsdienstlichen Community

In dem Ersthelferprojekt arbeiten alle Teilnehmer freiwillig und unentgeltlich. Das Training sowie die Anwendung von automatisierten externen Defibrillatoren werden von berufserfahrenen Rettungsassistenten durchgeführt. Dabei gelten die international gültigen Leitlinien zur Säuglings-, Kinder- und Erwachsenen-Reanimation. Die medizinische Ausgangsqualifikation der Teilnehmer bestimmt die Trainingsintervalle – ein Training pro Jahr ist die Mindestvoraussetzung. Die jeweiligen Kommunen und Landkreise definieren die juristischen und datenschutzrechtlichen Rahmenbedingungen für das Alarmierungskonzept. Außerdem sollten die Einsatznehmer als ehrenamtliche Verwaltungshelfer durch die Städte, Gemeinden und Landkreise haftpflicht-, unfall- und spezialstrafrechtsschutzversichert werden. Die versicherungstechnischen und juristischen Details werden schriftlich vereinbart zwischen der jeweiligen Kommune oder dem jeweiligen Kreis sowie dem einzelnen *Mobilten Retter*.

Aufgrund der Erforderlichkeit und der Zweckbindung kann das jeweilige Landesdatenschutzgesetz die Weitergabe der Einsatzdaten durch die Rettungsleitstelle an den *Mobilen Retter* ermöglichen. In einer Einverständniserklärung erteilen die Ersthelfer die Zustimmung zur Speicherung der aktuellen Ortungsdaten. Die Leitstellendisponenten können die Ortungsdaten der Teilnehmer nur während eines Einsatzes einsehen. Die Kommunikation zwischen dem Webserver und der Mobilen-Retter-App ist durch ein 128-Bit-verschlüsseltes Sicherheitszertifikat geschützt. Der Webserver muss die erforderliche Sicherheitszertifizierung für die Datenkommunikation besitzen. Die Teilnahme der qualifizierten Ersthelfer am Alarmierungssystem *Mobile Retter* bleibt auch nach der Registrierung freiwillig. Die Alarmierungsbereitschaft kann über die Einstellung von Bereitschaftspausen frei gestaltet werden. Vor einer Einsatzalarmierung wird die Einsatzbereitschaft des Mobilen Retters abgefragt. Erst mit Bestätigung einer Einsatzübernahme erhält der Ersthelfer die erforderlichen Einsatzdaten.

Das Mobile-Retter-Ersthelfersystem läuft über eine Software und eine App der medgineering GmbH. Die App ist für alle Apple- und Android-Betriebssysteme kostenfrei verfügbar. In einem Hintergrundprozess werden die Ortungsdaten des Ersthelfers an einen zentralen Webserver übermittelt. Der zentrale Webserver ermittelt im Alarmierungsfall jene drei Ersthelfer, die dem Einsatzort am nächsten sind.

Die Alarmierung durch die Leitstelle erfolgt per Push-Nachricht. Die einsatzrelevanten Daten wie Name, Adresse, Einsatzstichwort, Geo-Koordinaten und Besonderheiten werden automatisch vom Leitstellenrechner an den Webserver übergeben. Übernimmt ein Mobiler Retter den Einsatzauftrag, erhält er die Einsatzdaten. Somit wird er rechtsverbindlich zum Verwaltungshelfer des Kreises. Ist keiner der alarmierten Mobilen Retter einsatzbereit, so wird die Einsatzalarmierung etappenweise an den nächsten Ersthelfer weitergeleitet.

Die Leitstellen-Disponenten können die Einsatzalarmierung und den Einsatzverlauf des Mobilen Retters prüfen und im Bedarfsfall jederzeit in den Alarmierungsablauf eingreifen. Bei Einsatzübernahme kann sich der *Mobile Retter* auch durch eine digitale Karte per Smartphone-Navigation zum Einsatzort führen lassen. Der Ersthelfer erhält für den Einsatz einen digitalen Ersthelferausweis. Dadurch legitimiert sich der *Mobile Retter* für den Einsatz. Die voraussichtliche Eintreffzeit wird der Rettungsleitstelle automatisch mitgeteilt.

Eine Mobile-Retter-Alarmierung wird ausgelöst, wenn eine Notfallmeldung mit hoher Wahrscheinlichkeit auf einen Herz-Kreislauf-Stillstand oder eine Bewusstlosigkeit schließen lässt. Ist im öffentlichen Raum ein automatisierter externer Defibrillator verfügbar, so bringt der dritte *Mobile Retter* diesen zum Einsatzort.

Der Einsatzauftrag für *Mobile Retter* wird immer dann ausgelöst, wenn ein Eintreffen innerhalb von acht Minuten nach Alarmierung als wahrscheinlich angenommen werden kann. Grundlage für die Abschätzung der Eintreffzeiten sind die Ortungsdaten des Smartphones des Helfers und dessen Distanz zum Einsatzort. Bei einem Abstand bis zu 300 Metern zwischen Mobilem Retter und Einsatzort wird eine fußläufige Wegezeitenberechnung zugrunde gelegt. Für Entfernungen darüber hinaus wird von einer Anfahrt per Personenkraftwagen ausgegangen. Hier wird von einer durchschnittlichen Fahrtgeschwindigkeit von

40 Kilometern pro Stunde ausgegangen. Für die richtige Kalkulation der Eintreffzeit wird eine pauschale Rüst- und Ausrückzeit von einer Minute mit einberechnet. Trifft der Ersthelfer vor dem regulären Rettungsdienst am Notfallort ein, so beginnt er sofort mit den Notfallmaßnahmen. Erreicht der *Mobile Retter* zeitgleich oder nach dem regulären Rettungsdienst den Einsatzort, so unterstützt er diesen bei der Ausübung der Notfallmaßnahmen.

Bei Notfällen mit Begleitumständen wie Gewalt im Einsatzumfeld oder Einsätzen in Arztpraxen oder Pflegeeinrichtungen werden keine Mobilten Retter gerufen. Des Weiteren erfolgt bei Suizid oder Verkehrsunfällen außerhalb geschlossener Ortschaften kein Notruf an die Ersthelfer.

Mehrwert und Patientenorientierung

Das Smartphone-basierte Alarmierungskonzept *Mobile Retter* schafft durch die Reanimationen vor Ankunft des Rettungsdienstes oder der freiwilligen Feuerwehr einen eindeutigen Mehrwert für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung.

Eine weitere Initiative zur Verbesserung der Laienreanimationen ist die Aktionswoche der Wiederbelebung. Sie ist in Zusammenarbeit mit dem Berufsverband Deutscher Anästhesisten e.V. (BDA), der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V. (DGAI) und der Stiftung Deutsche Anästhesiologie entstanden. Unter dem Motto „Prüfen-Rufen-Drücken“ soll die Reanimationsbereitschaft in der Bevölkerung gestärkt werden.

Mithilfe des Mobile-Retter-Konzepts könnte auch die Zahl der Patienten sinken, die nach einer Reanimation schwerste neurologische Schäden haben. Diese entstehen aufgrund des langen Sauerstoffmangels und können bis hin zum Wachkoma führen. Jedes Jahr fallen in Deutschland ungefähr 14.000 Menschen ins Wachkoma. Diese Patienten sind zu 100 Prozent pflegebedürftig. Daher besteht ein erhebliches Potenzial, die Kosten zu reduzieren und die Leistungserbringer zu entlasten.

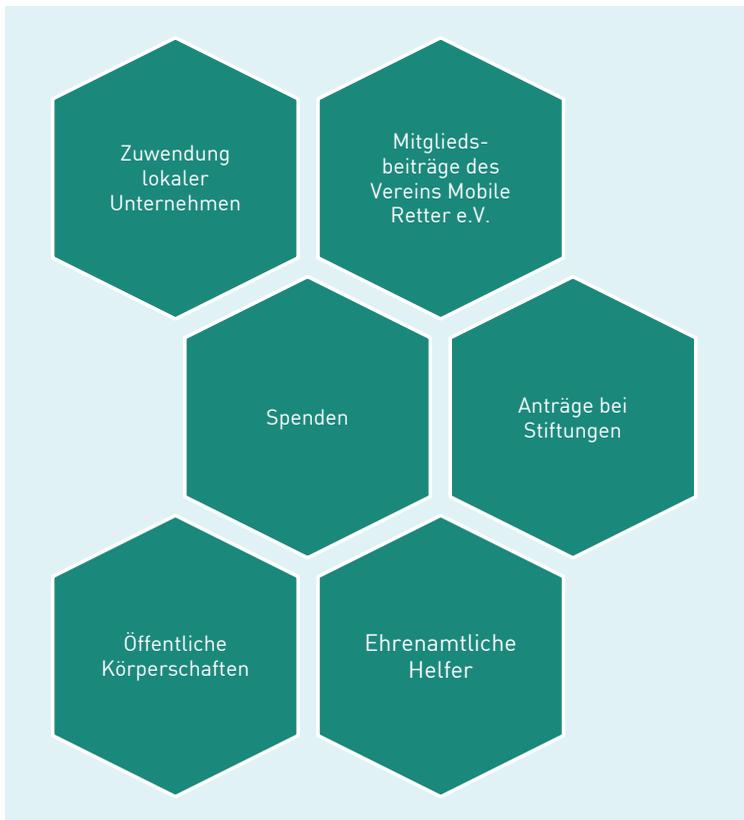
Die Patientenorientierung manifestiert sich in der schnellstmöglichen Einleitung lebensrettender Sofortmaßnahmen.

Kommen die Ersthelfer mit ansprechbaren Patienten in Kontakt, so werden sie den Patienten die notwendigen Behandlungsmaßnahmen eingehend erklären. Der *Mobile Retter* bezieht den Patienten soweit wie möglich in die Therapie mit ein. Die Grenzen der Patientenautonomie werden vom Einsatzhelfer berücksichtigt, wie sie etwa durch Leiden, Schmerzen, Bewusstseinsstrübung oder Koma bedingt sein können.

Finanzierung

Die Software-Lizenz für den Einsatz der Mobilten Retter wird durch die jeweiligen Kommunen erworben. Die Zusammensetzung der Finanzierung für die Registrierung, die Trainings- und Qualifizierungsmaßnahmen lässt sich der folgenden Abbildung 12 entnehmen.

Abbildung 12 Finanzierung des Projekts *Mobile Retter*



Quelle: Eigene Darstellung

Management

Das Projekt *Mobile Retter* wird vom Verein Mobile Retter e.V. getragen. Erster Vorsitzender des Vereinsvorstands ist Andreas Schiemenz. Der zweite Vorsitzende ist Dr. Stefan Schmitgen, Finanzvorstand ist Dominik Schmidt. Darüber hinaus agiert Stefan Prasse als Geschäftsführer, Rene Schmidt verantwortet den Bereich Backoffice, Organisationsaufbau und Finanzen, Muriel Freudenberger den Bereich Backoffice und wissenschaftliche Studienkoordination, Carsten Wiezorek übernimmt den Bereich Marketing und PR, Dennis Brüntje ist Leiter Operatives. Als wissenschaftlicher Beirat begleiten das Projekt Dr. med. Dipl. Biochem. M.Sc. Ralf Stroop, Prof. Dr. med. Thoralf Kerner und Privatdozent Dr. med. Mario Hensel.

Evaluation

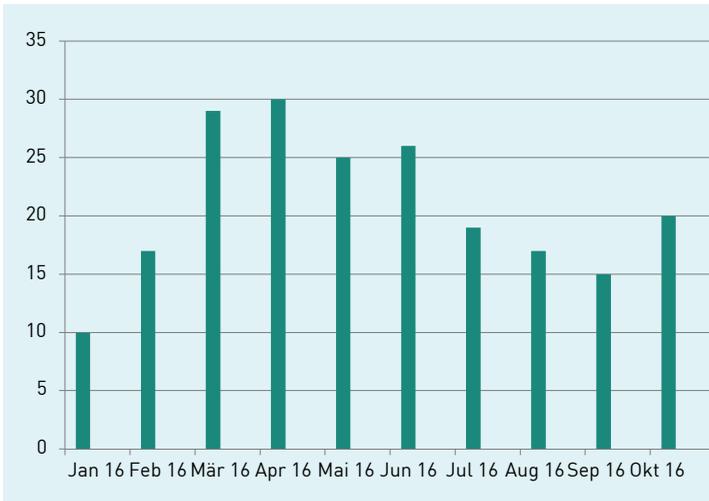
Die Anzahl der angemeldeten Ersthelfer liegt bundesweit inzwischen bei mehr als 7.000 Personen. Insgesamt wurden über 4.000 Alarmierungen unter Einbeziehung Mobiler Retter ausgelöst. Davon wurden

mehr als 2.000 Einsätze erfolgreich absolviert. Detaillierte Ergebnisse liegen unter anderem für ein dreijähriges Pilotprojekt in Gütersloh (NRW) vor (September 2013 bis März 2016). Die nachfolgenden Ergebnisse beziehen sich auf dieses Projekt: Insgesamt wurden im genannten Zeitraum > 600 Ersthelfer registriert. Das entspricht 1,7% der Bevölkerung des Kreises Gütersloh. In jenen Städten, in denen regelmäßig Vor-Ort-Unterweisungen durchgeführt wurden (Halle/Westfalen, Rheda-Wiedenbrück), zeigte sich eine überdurchschnittliche Registrierungsquote von 2,5–3%. Im Hinblick auf die Qualifikation ergab sich eine Betonung rettungsdienstlicher Berufe (60%), gegenüber anderen Gruppierungen, wie Sanitätsdienste (20%), Feuerwehr (11%), Gesundheits- und Krankenpflege (5%) oder Ärzte (4%). Mit einem Anteil von 81% konnten deutlich mehr Männer als Frauen rekrutiert werden.

Vor Beginn der Studie wurde die Performance des Systems in einer Serie von 500 Testalarmierungen geprüft. Dazu wurden 30 Rettungsassistenten während ihres Alltags über ihr Mobiltelefon alarmiert. Dabei ergaben sich eine mittlere Signaltransduktionszeit von 1,2 Sekunden sowie eine Responsezeit von 24 Sekunden (Rückmeldung an die Leitstelle). Im Beobachtungszeitraum wurde durch die Rettungsleitstelle bei insgesamt 24.130 Notrufen eine Notarztalarmierung ausgelöst. Für 4,3% dieser Einsätze wurde gleichzeitig eine Mobile Retter-Indikation gestellt. Während zu Beginn der Studie nur alle zwei Tage die Indikation zum Einsatz *Mobiler Retter* gestellt wurde, steigerte sich die Einsatzfrequenz sukzessive auf zwei Alarmierungen täglich. Diese Quote entspricht 7% der täglichen Notarztalarmierungen im Kreis Gütersloh. Insgesamt 84% aller Mobile Retter-Alarmierungen entsprachen mit den Einsatzstichworten „Bewusstlosigkeit“ und „Herz-Kreislauf-Stillstand“ den vorgegebenen Einsatzindikationen. Die übrigen Alarmierungen (16%) erfolgten nach Ermessen der Disponenten für Stichworte wie „Atemnot“, „Kreislaufschwäche“, „Krampfanfall“, „Sturz“, „Akutes Koronarsyndrom“, „Schlaganfall“ oder „leblose Person“. Bei den Parallel-Alarmierungen infolge Herz-Kreislauf-Stillstand waren die Mobilten Retter in 59% der Fälle vor dem regulären Rettungsdienst und in 41% der Fälle zeitgleich oder nach dem Rettungsdienst am Einsatzort. Im Verlauf des Projekts wurde eine Abnahme der durchschnittlichen Einsatzentfernung zum Notfallort von 2.300 auf 1.920 Meter beobachtet (Ortungsdaten). Dieser Effekt war vergesellschaftet mit der zunehmenden Zahl Mobiler Retter. Außerdem bestand eine direkte Beziehung zwischen Einsatzentfernung und Hilfsfrist. Die durchschnittlichen Hilfsfristen von Mobilten Rettern und regulären Rettungsdienstteams bei Reanimationen zeigten einen signifikanten Unterschied. Während für die Mobilten Retter eine durchschnittliche Hilfsfrist von 4,5 Minuten ermittelt wurde, betrug selbige beim regulären Rettungsdienst über 8 Minuten. Die genaue Analyse der Einsatzzeiten zeigte, dass die Mobilten Retter in 33% der Einsätze innerhalb von weniger als vier Minuten nach der Alarmierung beim Patienten eintrafen. In 36% der Fälle benötigten sie zwischen 4 und 6 Minuten und in 31% zwischen 6 und 8 Minuten. Die Quote der auf Anfrage durch *Mobile Retter* übernommenen Einsätze lag zu Beginn der Studie bei ca. 50% und stabilisierte sich am Ende des Beobachtungszeitraums bei ca. 75%. Alle ersteintreffenden Mobilten Retter haben bei Vorliegen eines Herz-Kreislauf-Stillstandes unverzüglich mit der Herz-Druck-Massage und der Beatmung begonnen. In Abhängigkeit von der Qualifikation und der Ausstattung der Mobilten Retter wurden auch supraglottische Atemwegshilfen zur Beatmung platziert und/oder es wurden periphervenöse Gefäßzugänge etabliert. In allen Fällen, in denen die Mobilten Retter zeitgleich oder später als der reguläre Rettungsdienst am Einsatzort eintrafen, haben die freiwilligen Helfer die Rettungsdienstmitarbeiter bei der Durchführung der Reanimationsmaßnahmen unterstützt. Inzwischen liegen weitere Evalu-

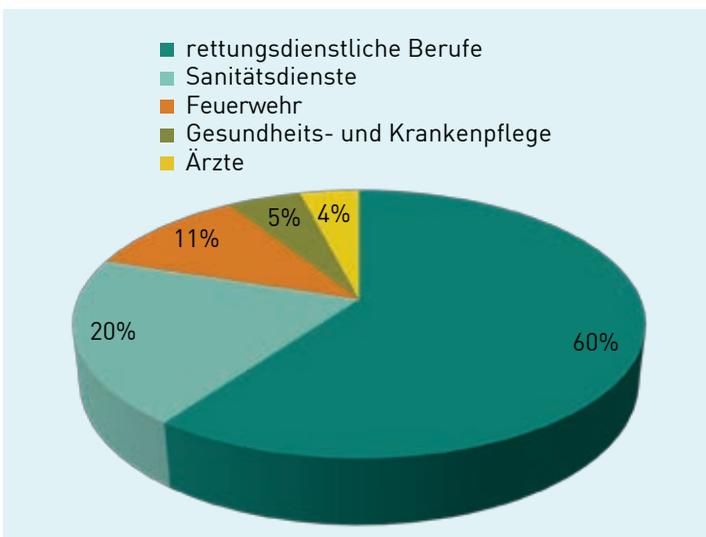
ationsergebnisse, unter anderem erhoben durch das Fraunhofer-Institut für Experimentelles Software Engineering, vor. Diese zeigen vergleichbare Resultate wie in Gütersloh, sowohl für urbane Regionen (Ingolstadt) als auch für ländliche Gebiete (Landkreis Germersheim). In der Abbildung 13 ist beispielhaft die Entwicklung der monatlichen Einsatzfrequenz für den Landkreis Germersheim im Jahr 2016 dargestellt. Die Abbildung 14 bietet einen Überblick über die Qualifikation der Mobilten Retter.

Abbildung 13 Verteilung der Mobile Retter-Einsätze im Landkreis Germersheim 2016



Quelle: Eigene Darstellung

Abbildung 14 Qualifikationen der Mobilten Retter



Quelle: Eigene Darstellung

Nächste Schritte

Ausgehend von den positiven Erfahrungen des Gütersloher Modellprojekts konnte ein vielversprechendes präklinisches Versorgungskonzept geschaffen werden. Die tatsächliche Wirksamkeit des Projekts soll durch eine Outcome-Studie untersucht werden. Dazu bedarf es einer überregionalen Verbreitung des Konzepts und einer permanenten wissenschaftlichen Evaluation der aktuell beteiligten Regionen.

Derzeit wird ein Mobile-Retter-Register aufgebaut. Diese Datenbank beinhaltet alle erforderlichen Informationen der bundesweiten Mobilen Retter-Einsätze. Zu den Daten zählen Einsatz- und präklinische Daten, sowie Daten, die die einzelnen Mobilen Retter charakterisieren.

Durch die Erweiterung des präklinischen Ethikvotums könnte in Zusammenarbeit mit den regionalen Krankenhäusern der weitere Krankheitsverlauf der Patienten beobachtet werden. Letztendlich soll mit den Mobilen Rettern ein überregionales Rettungsnetz aufgebaut werden.

Ansprechpartner

Dr. med., Dipl.Biochem., M.Sc. Ralf Stroop

Wissenschaftlicher Beirat und Ehrenvorsitzender
Mobile Retter e.V. & St. Barbara-Klinik
Hamm-Heessen
Spitzenkamp 7
33790 Halle
Telefon: 0170 – 564 488 2
E-Mail: ralf.stroop@mobile-retter.de
www.mobile-retter.de

Priv.-Doz. Dr. med. Mario Hensel

Wissenschaftlicher Beirat
Mobile Retter e.V.
Gaillardstraße 34
13087 Berlin
Telefon: 0174 – 995 679 8
E-Mail: hensel@park-klinik.com
www.mobile-retter.de

Stefan Prasse

Geschäftsführer
Mobile Retter e.V.
Weißhausstraße 36
50939 Köln
Telefon: 0160 – 902 830 80
E-Mail: Stefan.prasse@mobile-retter.de
www.mobile-retter.de

Prof. Dr. med. Thoralf Kerner

Wissenschaftlicher Beirat
Mobile Retter e.V.
Kirchenallee 23
20099 Hamburg
Telefon: 0173 – 606 332 3
E-Mail: thoralf.kerner@mobile-retter.de
www.mobile-retter.de

Literatur

- Stroop, R., Strickmann, B., Horstkötter, H., Kuhlbusch, T., Hartweg, H. R., & Kerner, T. (2015). Smartphone-basierte First-Responder-Alarmierung „Mobile Retter “. Der Notarzt, 31(05), 239–245.
- Stroop, R., Strickmann, B. and Kerner, T. (2015) Notfallmedizin: Ersthelfer-Alarmierung per Smartphone. Deutsches Ärzteblatt, 112, 24, A-1086 / B-909 / C-881. <http://www.aerzteblatt.de/pdf/112/24/a1086.pdf>.
- Stroop, R., Strickmann B., Hartweg, H. et al. Smartphone-basierte Ersthelfer-Alarmierung – ein neuartiges Alarmierungskonzept zur Ergänzung der präklinischen Notfallversorgung. In: Duesberg, e-Health 2015: Informations- und Kommunikationstechnologien im Gesundheitswesen. Solingen: Medical Future Verlag.
- Stroop, R., Hensel, M., Schnettker, A.T. et al. Implementierung einer Smartphone-basierten Ersthelfer-Alarmierung im Rettungsdienst. Eine Machbarkeitsstudie zur Verbesserung der präklinischen Reanimation. Anästh Intensiv-med 2017; zur Publikation eingereicht.



Thomas Böer, Dr. Dominic Ehrmann, Prof. Dr. Norbert Hermanns, Jurorin Birgit Dembski, Prof. Dr. Bernhard Kulzer (v.l.)

Sonderpreis Stärkung der Patientenbeteiligung / Adhärenz

PRIMAS

Schulungs- und Behandlungsprogramm für ein selbstbestimmtes Leben mit Typ-1-Diabetes

Autoren: Bernhard Kulzer, Norbert Hermanns, Dominic Ehrmann, Nikola Bergis-Jurgan und Thomas Haak

PRIMAS ist ein Schulungs- und Behandlungskonzept für Menschen mit Typ-1-Diabetes – mit dem Schwerpunkt, das Selbst-Management/Empowerment der Patienten zu fördern. Das Projekt soll den eigenverantwortlichen Umgang der Patienten mit ihrer Erkrankung stärken und die Therapie in den Alltag integrieren. Entwickelt wurde *PRIMAS* vom Forschungsinstitut der Diabetes-Akademie Bad Mergentheim (FIDAM), unterstützt durch eine nicht zweckgebundene Zuwendung („unrestricted grant“) von der Berlin Chemie AG (Deutschland).

Die strukturierte Patientenschulung als Therapiemaßnahme bei Diabetes-Patienten ist international anerkannt. Jedoch war das einzig verfügbare Schulungs- und Behandlungsprogramm für Typ-1-Diabetes in Deutschland bereits über 30 Jahre alt und daher nicht mehr angemessen. Mit *PRIMAS* sollte daher ein zeitgemäßes Konzept entwickelt werden.

Das *PRIMAS*-Programm besteht aus einem strukturierten Schulungs- und Behandlungsprogramm für Menschen mit Typ-1-Diabetes, sechs Modulen für die problemspezifische Schulung von Menschen mit Typ-1-Diabetes bzw. ihrer Angehöriger (mit besonderen Fragen, Anliegen bzw. Problemen im Zusammenhang mit ihrer Erkrankung) und einem „Erstschulungsset“ für die initiale Beratung/Schulung von Patienten unmittelbar nach der Manifestation.

PRIMAS-Schulungskurse bestehen aus zwölf Kursstunden. Mithilfe von umfangreichen Materialien können Schulende und Patienten aktiv in die Schulung miteingebunden werden. Durchgeführt werden die Kurse von qualifizierten Schulungskräften, die sich zuvor in speziellen Fortbildungsseminaren für die Umsetzung von *PRIMAS*-Schulungskursen qualifiziert haben.

Das sogenannte *PRIMAS*-Erstschulungsset wendet sich an Patienten, die neu an Typ-1-Diabetes erkrankt sind; es umfasst die wesentlichen Informationen und Hilfestellungen für das neue Leben mit einer Insulintherapie.

Problemspezifische *PRIMAS*-Schulungsmodule runden das Angebot ab. Sie richten sich an Menschen mit Typ-1-Diabetes, die bereits an einer Basisschulung teilgenommen haben und besondere Fragen oder Probleme in einem bestimmten Bereich ihres Diabetesmanagements haben.

Eine kontrollierte, randomisierte, multizentrische Therapievergleichsstudie konnte zeigen, dass *PRIMAS* – im Vergleich zur Kontrollgruppe – zu einer signifikant stärkeren Absenkung des HbA1c-Wertes führte. Eine weitere kontrollierte Studie erbrachte den Nachweis, dass die Ergebnisse auch auf die klinische Praxis in der realen Versorgung übertragen werden können.

Versorgungsherausforderung

Etwa 300.000 Menschen in Deutschland leiden an Diabetes mellitus Typ 1, das sind etwa fünf Prozent aller Diabetiker. Diabetes mellitus Typ 1 ist eine Autoimmunerkrankung mit einem chronischen Krankheitsverlauf. Sie zeichnet sich durch eine Zerstörung der Insulin-absondernden Beta-Zellen in der Bauchspeicheldrüse und einen absoluten Insulinmangel aus. Daher müssen Patienten mit Typ-1-Diabetes dauerhaft körperfremdes Insulin spritzen und lebenslang eine Insulintherapie durchführen.

Die Krankheitshäufigkeit des Typ-1-Diabetes beträgt in Mitteleuropa etwa 0,3 Prozent. Die Neuerkrankungsrate liegt in Deutschland bei 15 Fällen pro 100.000 Einwohner im Jahr. Die höchste Erkrankungsrate findet sich zwischen dem 12. und 16. Lebensjahr, sodass diese Erkrankung vor allem Kinder und Jugendliche vor eine große Herausforderung stellt. Registerdaten aus Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen zeigen, dass die Neuerkrankungsrate im Alter bis zu 14 Jahren in den letzten Jahren kontinuierlich anstieg; jährlich erkranken etwa 2.200 Personen in dieser Altersgruppe neu an Diabetes. Insgesamt gibt

es derzeit rund 30.000 Kinder und Jugendliche im Alter bis 19 Jahren mit Diabetes mellitus Typ 1. Fälle von Typ-1-Diabetes können aber auch im höheren Erwachsenenalter erstmals manifest werden.

Die Symptome der Erkrankung treten rasch auf und äußern sich in Form von vermehrtem Durst, starkem Wasserlassen, Müdigkeit, allgemeiner Schwäche und starker Gewichtsabnahme, meist innerhalb weniger Wochen. Bedingt durch die krankheitsbedingte erhöhte Urinausscheidung und die damit verbundene Austrocknung des Körpers können Sehstörungen und auch Muskelkrämpfe auftreten. Die Ursache des Typ-1-Diabetes ist noch nicht erforscht, die ersten Anzeichen der Erkrankung lassen sich zumeist schon lange vor dem Krankheitsausbruch nachweisen (Insulinantikörper, etc.). Das Ziel der Diabetestherapie besteht in dem Erhalt der Lebensqualität, der Vermeidung von Akutkomplikationen (Unterzuckerungen, Überzuckerungen) und der Verhinderung von Folgekomplikationen des Diabetes wie beispielsweise Fußkomplikationen, Herzinfarkt, Schlaganfall, erektile Dysfunktion, Nieren- und Augenerkrankungen, Nervenschädigungen sowie Depressionen und Demenz. Die Lebenserwartung bei Typ-1 hat sich in den letzten Jahrzehnten wahrscheinlich deutlich erhöht, liegt aber dennoch fünf bis zehn Jahre unter der Normalbevölkerung.

Der Typ-1-Diabetes muss zwingend mit Insulin behandelt werden, damit die oben beschriebenen Symptome und Komplikationen vermieden oder gemindert werden können. Goldstandard sind eine intensivierte Insulintherapie zur Abdeckung des Basisbedarfs sowie eine Therapie mit kurzwirksamem Insulin zur Abdeckung des Insulinbedarfs zu den Hauptmahlzeiten sowie einer Therapie mit einer Insulinpumpe, mit der kleine Mengen von Insulin über einen Katheter im Körper des Patienten abgegeben werden. Unterstützt wird die Therapie immer häufiger auch durch technische Hilfsmittel (kontinuierliche Glukosemessung, Bonuskalkulatoren, digitale Auswertmöglichkeiten, etc.). Für einen guten und sicheren Umgang mit dem Diabetes ist eine ausgiebige Schulung der Patienten erforderlich, insbesondere zu Ernährung, körperlicher Bewegung, der Selbstkontrolle, Selbstanpassung der Insulindosis und Verhalten in besonderen Situationen im Alltag. Zudem soll der Patient unterstützt werden, trotz Diabetes eine gute Lebensqualität zu bewahren, eine Behandlungsmotivation aufzubauen und mit Alltagsproblemen der Erkrankung gut zu rechtzukommen.

Aufgrund der Charakteristik dieser chronischen Erkrankung werden Diabetespatienten im Regelfall ambulant betreut. Auf der ersten Versorgungsebene befinden sich circa 50.000 niedergelassene Hausärzte mit ihren Praxisteams, die vor allem für die Versorgung von Menschen mit Typ-2-Diabetes zuständig sind. Die Versorgungsebene zwei sind diabetologische Schwerpunktpraxen auf der Ebene einer spezialisierten hausärztlichen Versorgung bzw. auf Facharztebene. Auf dieser Ebene arbeiten deutschlandweit circa 1.000 bis 1.200 diabetologische Schwerpunktpraxen. Hier sollten primär Patienten mit Typ-1-Diabetes betreut werden. Nur in Ausnahmesituationen wird eine stationäre Versorgung auf der dritten Versorgungsebene der Betreuung notwendig (Krankenhaus, Spezialkliniken).

Aufgrund der hohen Zahl an Betroffenen und der schwerwiegenden Komplikationen kommt es aufgrund von Diabetes zu einer starken finanziellen Belastung des Gesundheitswesens und der Volkswirtschaft. Aktuelle Kostenschätzungen gibt es für den Typ-1-Diabetes kaum, doch in gemeinsamer Betrachtung mit dem Typ-2-Diabetes kostet der Diabetes mellitus die deutschen Sozialkassen nach Daten der Deutschen Diabetes-Gesellschaft (DDG) pro Jahr 35 Milliarden Euro. Während die Kosten pro Patient im Durch-

schnitt normalerweise bei ungefähr 500 Euro im Jahr liegen, erhöhen sich diese bei Komplikationen laut DDG um das Vier- bis Achtfache.

Um den Behandlungsablauf und die Qualität der Versorgung zu verbessern, wurde von 2003 bis 2004 ein Disease-Management-Programm für Typ-1-Diabetes-Patienten eingeführt. Disease-Management-Programme sind strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch kranke Menschen, die von den gesetzlichen Krankenversicherungen angeboten werden. Bis Februar 2011 waren darin insgesamt 138.000 Patienten eingeschrieben. Im Rahmen des Disease-Management-Programms für Diabetiker werden zum Beispiel regelmäßig strukturiert diabetesrelevante Daten und Befunde erhoben. Um die Lebensqualität von Typ-1-Diabetikern weiter zu verbessern und um Komplikationen zu vermeiden, gelten strukturierte Patientenschulungen als international anerkannte, unverzichtbare Therapiemaßnahmen bei Patienten mit Diabetes.

Diese Erkenntnis wurde im PRIMAS-Projekt aufgegriffen und verinnerlicht. Ziel von *PRIMAS* ist die Entwicklung von Schulungs- und Behandlungskonzepten für Menschen mit Typ-1-Diabetes. Sie beruhen auf dem Empowerment- beziehungsweise dem Selbstmanagementansatz zum eigenverantwortlichen Umgang mit der Erkrankung und der Therapie im Alltag auf verschiedenen Versorgungsebenen.

Eine zeitgemäße Diabetesschulung (wie diese von *PRIMAS*) – welche heute als „Selbstmanagement-Schulung“ bezeichnet wird – will Wissen und Fertigkeiten im Zusammenhang mit der Erkrankung vermitteln. Das übergeordnete Ziel ist es, Menschen mit Diabetes in die Lage zu versetzen, auf der Basis eigener Entscheidungen den Diabetes bestmöglich in das eigene Leben zu integrieren – und gleichzeitig negative körperliche, psychische oder soziale Konsequenzen der Erkrankung zu vermeiden.

Entstehungsgeschichte

Zu Beginn des Projektes wurden 2010 gemeinsam mit Ärzten und Diabetesberatern die Defizite und Bedürfnisse identifiziert, die bei der Schulung von Typ-1-Diabetespatienten bestehen. Schrittweise wurden aufgrund dieser Analysen gemeinsam moderne Schulungsprogramme, spezifische Schulungsmodulare sowie Wiederholungsschulungen geplant.

Von 2010 bis 2012 wurden die ersten Schulungen mit insgesamt 162 Teilnehmern umgesetzt und evaluiert. 2013 konnten dazu die ersten Erfolge publiziert werden. Daraufhin erfolgte eine Prüfung der *PRIMAS*-Schulungen durch den AOK Bundesverband und das Bundesversicherungsamt sowie die Deutsche Diabetes Gesellschaft e.V. Im Ergebnis wurde *PRIMAS* als strukturiertes Schulungs- und Behandlungsprogramm im Rahmen des Disease-Management-Programms für Typ-1-Diabetes zugelassen.

Ab 2013 begannen zusätzlich „Multiplikatoren-Schulungen“, also Schulungen für schulende Personen. Bislang wurden hiermit über 2.600 Diabetologen und Diabetesberater in eintägigen Trainerseminaren in der Umsetzung von *PRIMAS* geschult.

Ab 2014 wurde das Projekt im Rahmen der „PRIMUM“-Umsetzungsstudie in der klinischen Praxis intensiver erforscht. Daran nahmen 155 Personen teil. Die positiven Ergebnisse der „PRIMUM“-Studie konnten 2016 publiziert werden.

Parallel dazu lief die Entwicklung von sechs weiteren Schulungsmodulen mit problemspezifischen Inhalten sowie Wiederholungsschulungen zu verschiedenen Themen wie Sport, Soziales, Folgeerkrankungen, Partnerschaft, spezifische Ernährung, Reisen. Auch diese wurden im Anschluss im Rahmen sechs klinischer Studien erforscht (RCT-Studien mit insgesamt 1.176 Teilnehmern).

2017 folgt den nachweislichen Erfolgen des PRIMAS-Projektes das erste Treffen einer neuen Arbeitsgemeinschaft. Diese diskutiert das geplante PRIMAS-Digitalisierungsprojekt, welches auf die Herausforderung der Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung eingehen wird.

Kernelemente

Zielgruppe

Auch wenn sich der Typ-1-Diabetes oft im Kindesalter manifestiert, konzentriert sich *PRIMAS* auf erwachsene Menschen mit Typ-1-Diabetes (> 16 Jahre), die eine Therapie mit mehrmals täglicher Insulininjektion oder Unterstützung durch eine Insulinpumpentherapie erhalten. Die Altersgrenze ist bewusst so gesetzt, da Betroffene dieses Alters meist zwei große Umbrüche erleben: Zum einen nehmen sie ihren Eltern fortwährend mehr Verantwortung für ihr eigenes Wohlbefinden ab und werden selbstständig, zum anderen gehen sie gleichzeitig von der Kinder- und Jugendmedizin in die Erwachsenenmedizin über. Damit wachsen die Anforderungen an den selbstverantwortlichen Umgang mit der eigenen Diabetes-Erkrankung, während neue medizinische Akteure und Konzepte in das Leben treten. Die strukturierten, ambulanten Schulungs- und Behandlungsprogramme von *PRIMAS* bieten in dieser Situation Orientierung und Unterstützung.

Versorgungskonzept

PRIMAS-Schulungen verfolgen den Selbstmanagement-Ansatz. Mit dem Schulungsangebot sollen die von Menschen mit Diabetes in Bezug auf den eigenverantwortlichen Umgang mit der Erkrankung und Therapie im Alltag gestärkt werden. Dies bezieht sich auf das Zurechtkommen im eigenen häuslichen und sozialen Umfeld, aber auch auf das Navigieren auf den verschiedenen Versorgungsebenen.

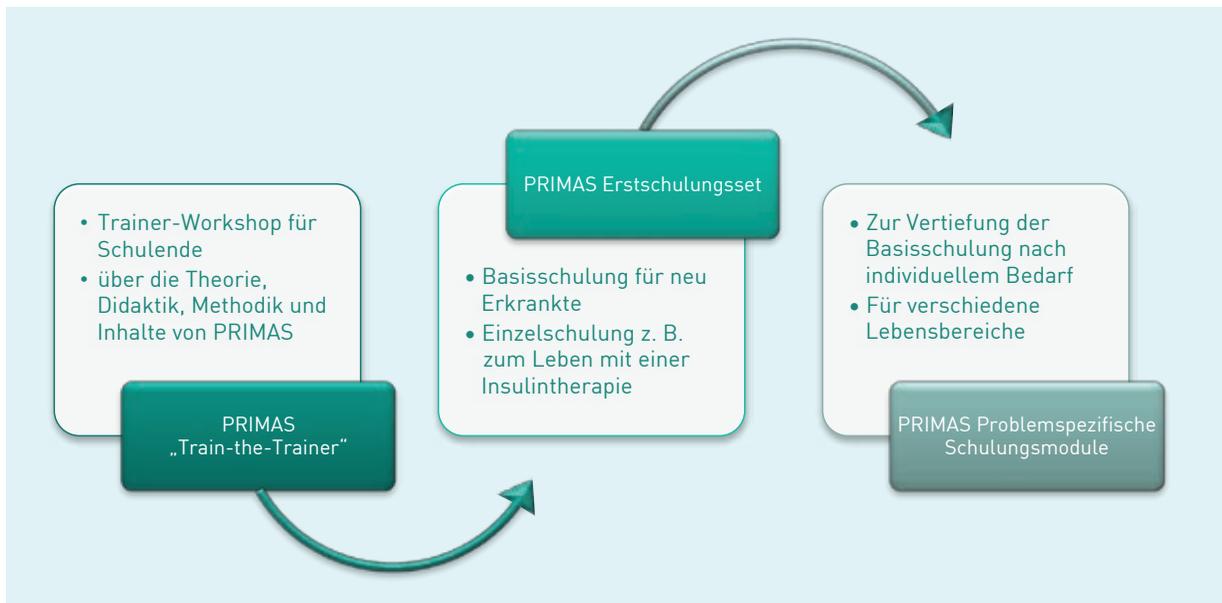
Im Gegensatz zur Beratung zeichnen sich diese strukturierten Schulungs- und Behandlungsprogramme für Menschen mit Diabetes durch eine nachvollziehbare, zielorientierte Struktur in der Vermittlung der Schulungsinhalte aus. In der Regel bedeutet dies, dass die wesentlichen Inhalte in einem „Lehrplan“ beschrieben sind und entsprechende Unterlagen zur Verfügung stehen, ebenso Arbeitsmaterialien für den Schulenden wie auch den Geschulten.

Das Schulungsprogramm-PRIMAS sowie die Verbrauchsmaterialien für den Patienten sind im Kirchheim Verlag Mainz erhältlich und garantieren, dass jede Praxis die Gelegenheit besitzt, mit diesem Schulungsprogramm zu schulen. Diese Schulungen selbst finden in Gruppen mit drei bis acht Teilnehmern statt und bestehen aus insgesamt zwölf Kursstunden (à 90 Minuten).

Da die ab 2010 entwickelten Schulungsmaßnahmen von PRIMAS für das Typ-1-Diabetes Disease-Management-Programm als geeignet eingeschätzt wurden, wurde die Umsetzung des PRIMAS-Konzepts in die Verträge zum Programm aufgenommen. Die Einschätzung und Anerkennung der Leistung des Projekts erfolgte durch das Bundesversicherungsamt. Bislang resultierte daraus eine Integration des Schulungs- und Behandlungskonzepts in elf Versorgungsbezirken der Kassenärztlichen Vereinigung.

Zum PRIMAS-Konzept gehören derzeit Angebote für Ärzte und andere medizinisch ausgebildete Personen sowie für Patienten mit Typ-1-Diabetes. (Siehe Abbildung 15)

Abbildung 15 PRIMAS-Schulungstypen



Quelle: Eigene Darstellung

Das Konzept für die Ärzte sowie Diabetesberater, Diabetesassistenten, Psychologen und Pädagogen wird Train-the-Trainer-Konzept genannt. Bisher wurden über 2.600 Diabetologen und Diabetesberater in einem eintägigen Trainer-Workshop zu Theorie, Didaktik, Methodik und Inhalten von PRIMAS geschult. Wenn sich die Teilnehmer in diesen speziellen Fortbildungsseminaren für die Umsetzung von PRIMAS-Schulungskursen qualifiziert haben, dürfen sie im Rahmen der DMP-Vereinbarungen die PRIMAS-Schulungskurse für Patienten durchführen.

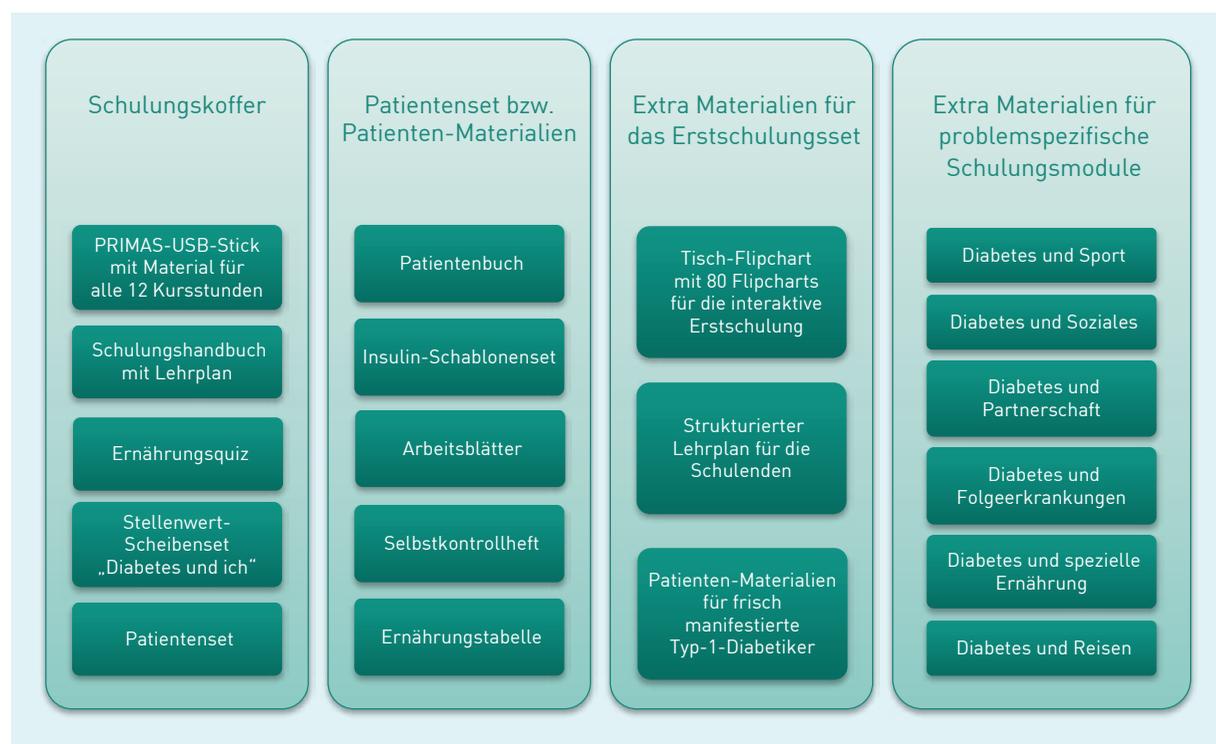
Das PRIMAS Erstschulungsset wendet sich an Patienten, die neu an Typ-1-Diabetes erkrankt sind. Deswegen erhalten sie auf der Basis eines ausführlichen Curriculums die wesentlichen Informationen und praktische Hilfestellungen für ihr „neues“ Leben mit einer Insulintherapie. Hierbei handelt es sich um eine bedarfsgerechte Einzelschulung. Die hierfür vorgesehenen strukturierten Materialien für Patienten sind ebenfalls im Kirchheim Verlag (Mainz) erhältlich.

Die neuen, problemspezifischen Schulungsmodule richten sich an Menschen mit Typ-1-Diabetes, die bereits an einer Basisschulung teilgenommen haben. Einerseits werden besondere Fragen und Probleme in einem bestimmten Bereich ihres Diabetesmanagements beantwortet. Andererseits werden bestimmte Inhalte aufgefrischt, die in der Lebenssituation des Einzelnen relevant sind. Es handelt sich hierbei also um eine Erweiterung der Diabetesschulung von einer einmaligen Basisschulung hin zu einer Schulung, die auch Elemente einer problemspezifischen Wiederholungsschulung enthält. Dieses Angebot wird derzeit erstmalig in sechs individuellen Studien auf ihre nachweisliche Wirksamkeit getestet. Bei positiver Evaluation wird auch hierfür ein Antrag gestellt, damit die Module als strukturiertes Schulungs- und Behandlungsprogramm im Rahmen des Disease-Management-Programms Typ-1-Diabetes zugelassen werden.

Das entscheidende Element des Konzeptes stellt der – immer bereite – Schulkoffer von PRIMAS dar. Als weitere Unterstützung werden verschiedene Medien eingesetzt, wie Printmaterialien zur Information und Tisch-Flipcharts zur interaktiven Teilnahme an der Schulung. Zusammen enthalten die Kernelemente des Schulungs- und Behandlungskonzeptes die inhaltlich und methodisch wichtigsten Bestandteile, die den Schulungen zum Erfolg verhelfen sollen (siehe Abbildung 16).

Doch wie sieht die Schulung der Teilnehmer beziehungsweise Patienten aus?

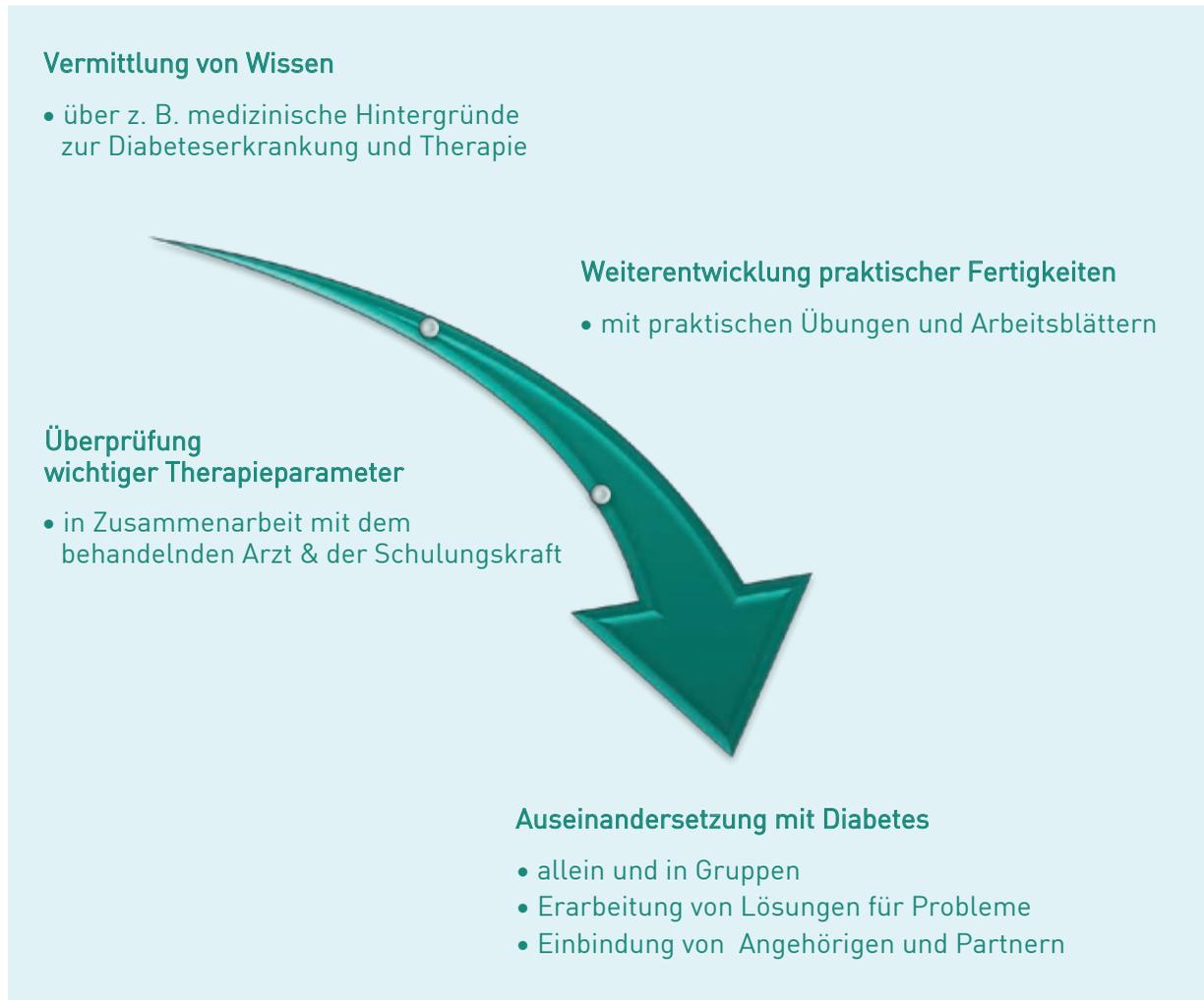
Abbildung 16 Kernelemente des Schulungs- und Behandlungskonzeptes für ein selbstbestimmtes Leben mit Typ-1-Diabetes



Quelle: Eigene Darstellung

Das Ziel von PRIMAS ist, den Patienten und seine individuelle Therapie im Alltag in den Mittelpunkt der Schulung zu stellen. Dafür werden die Kernelemente und Materialien schrittweise eingesetzt (siehe Abbildung 17).

Abbildung 17 Prozess des Schulungs- und Behandlungskonzeptes für ein selbstbestimmtes Leben mit Typ-1-Diabetes



Quelle: Eigene Darstellung

In einem ersten Schritt wird dem Patienten aktuelles Wissen und medizinisches Hintergrundwissen zu seiner Diabeteserkrankung und deren Therapie vermittelt. Maßgeblich für die Inhalte von PRIMAS waren daher die aktuellen nationalen sowie internationalen Leitlinien zum Typ-1-Diabetes wie auch die Leitlinien zur Patientenschulung. Die Inhalte von PRIMAS sind auch mit den rechtlichen Grundlagen der Disease-Management-Programme in Deutschland kompatibel.

Das erworbene Wissen wird dann in praktische Fertigkeiten überführt, wozu praktische Übungen und Arbeitsblätter entwickelt wurden.

PRIMAS versteht sich als integriertes Schulungs- und Behandlungsprogramm. Im Laufe des Kurses werden in Zusammenarbeit mit dem behandelnden Arzt und der Schulungskraft wichtige Therapieparameter überprüft und gegebenenfalls angepasst.

Die Patienten sollen sich im *PRIMAS*-Schulungskurs mit ihrem Diabetes auseinandersetzen und Lösungen zur flexiblen Umsetzung der Therapie in verschiedensten Alltagssituationen entwickeln.

PRIMAS vermittelt darüber hinaus auch Fertigkeiten und Kenntnisse zur Vermeidung und Behandlung akuter Komplikationen sowie von Folge- und Begleiterkrankungen. Ein wesentliches Element des Schulungsprogramms bilden Gruppendiskussionen und der Austausch unter den Teilnehmern, in denen persönliche Einstellungen zum Typ-1-Diabetes reflektiert und gegebenenfalls verändert werden sollen. Auch Angehörige und Partner werden in den Kurs integriert.

Mehrwert und Patientenorientierung

PRIMAS ist aus einer strukturierten Bedürfnisanalyse durch Diabetesärzte und -berater aus der Versorgung aus ganz Deutschland entstanden. Rund 150 Beteiligte leisteten damit einen wertvollen Beitrag zur Analyse von Versorgungsdefiziten. Denn sie förderten die Formulierung entsprechender Lösungen, die in *PRIMAS* eingearbeitet wurden. Die schnelle Umsetzung von *PRIMAS* in der Praxis zeigt, dass mit diesem Projekt eine echte Versorgungslücke geschlossen wurde.

Mit der Integration von *PRIMAS* in das Disease-Management-Programm für Typ-1-Diabetes ist eine schnelle Überführung der wissenschaftlichen Forschungsarbeit in die Versorgungspraxis gelungen. Denn das Konzept wirkt nicht nur unter Forschungsbedingungen: So konnte mit der PRIMUM-Studie gezeigt werden, dass die Ergebnisse auch unter Versorgungsbedingungen erreicht werden können.

Für Patienten steht nun ein modernes, strukturiertes Schulungs- und Behandlungsprogramm zur Verfügung, das die Bedürfnisse, Probleme und Ziele berücksichtigt und praxisnahe Hilfestellungen anbietet. Darüber hinaus bekommt der Patient zeitgemäße Schulungsunterlagen zur Verfügung gestellt. Die Evaluation konnte beweisen, dass *PRIMAS* dem Patienten nachweislich hilft, besser mit der Erkrankung zurechtzukommen. Besonders Patienten, die Schwierigkeiten im Umgang mit ihrem Diabetes haben, werden besser unterstützt. Denn *PRIMAS* fördert die Akzeptanz des Diabetes und dessen Therapie sowie das Erleben positiver Erfahrungen mit dem Diabetes. Es unterstützt auf diese Weise den Aufbau einer nachhaltigen Behandlungsmotivation. Der Erhalt einer guten Lebensqualität und die Reduktion von Belastungen werden neben den medizinischen Zielen in den Vordergrund gerückt.

Auch die Ärzte und Diabetesberater profitieren von *PRIMAS*. Durch Train-the-Trainer-Seminare konnte vielen Diabetologen und Diabetesberatern der Selbst-Management-Ansatz praxisnah vermittelt werden.

Mit den Schulungsmaterialien für frisch manifestierte Typ-1-Diabetiker, der Evaluierung der Zusatzmodule und der digitalen Weiterentwicklung soll im Sinne der Patienten auch zukünftig ein modernes, patientengerechtes Schulungskonzept für Typ-1-Diabetes umgesetzt werden.

Finanzierung

Die Teilnehmer der Treffen zur Bedürfnisanalyse eines möglichen neuen Schulungs- und Behandlungsprogramms investierten zunächst allein in die Entwicklung der Projektidee von PRIMAS, da noch keine zusätzlichen Projektgelder zur Verfügung standen.

Für die Entwicklung und Umsetzung von PRIMAS erhielt das Forschungsinstitut der Diabetes-Akademie Bad Mergentheim (FIDAM GmbH) eine nicht zweckgebundene Zuwendung („unrestricted grant“) von der Berlin Chemie AG (Deutschland).

Über den Kirchheim Verlag Mainz wurden die Kosten für die Finalisierung von PRIMAS und der PRIMAS-Zusatzmodule sowie die Kosten der Schulungs- und Informationsmaterialien für die Diabetesteam und Patienten abgedeckt, die anschließend über den Preis für die Schulungs- und Patientenmaterialien refinanziert wird, welche von den Diabetesteam erworben werden.

Die Seminare zur Weiterbildung der Ärzte und Diabetesberater werden durch FIDAM selbst organisiert (Train-the-Trainer-Seminare). Die hierfür anfallenden Kosten übernehmen in diesem Fall die Diabetesteam.

Management

Das Projektmanagement obliegt der FIDAM GmbH, deren Hauptgesellschafter das Diabetes Zentrum Bad Mergentheim ist. FIDAM verfolgt als Ziel die wissenschaftliche Erforschung von patientenrelevanten Fragen des Diabetes. Die Leiter des FIDAM sind Professor Bernhard Kulzer und Professor Norbert Hermanns.

Vor PRIMAS hatte FIDAM bereits erfolgreich andere Schulungs- und Behandlungsprogramme zur Prävention und Behandlung des Diabetes entwickelt (z.B. MEDIAS 2 Basis, MEDIAS 2 BOT + SIT + CT, MEDIAS 2, ICT, HyPOS, WENUS, NEUROS, PRAEDIAS, INPUT, FLASH).

Die Entwicklung von PRIMAS erfolgte in enger Zusammenarbeit mit etwa 75 diabetologischen Schwerpunktpraxen aus allen Regionen aus Deutschland.

Evaluation

PRIMAS wurde sowohl in einer Therapievergleichsstudie als auch in einer Umsetzungsstudie unter Versorgungsbedingungen untersucht.

Im Rahmen der Therapievergleichsstudie wurde PRIMAS erstmalig auf seine Wirksamkeit überprüft. Der dazugehörigen Publikation können alle wesentlichen Informationen zur Begründung, Methodik, Durchführung und zu den Ergebnissen entnommen werden. *(Hermanns N, Kulzer B, Ehrmann D, Bergis-Jurgan N, Haak T. (2013). The effect of a diabetes education programme (PRIMAS) for people with type 1 diabetes: Results of a randomized trial. Diabetes Research Clinical Practice 102(3):149–57.)*

Wesentliche Informationen zur Evaluation lassen sich folgendermaßen zusammenfassen:

Patienten wurden per Zufall entweder der PRIMAS-Schulung oder der Kontrollgruppe (Schulung mit dem Behandlungs- und Schulungsprogramm für intensivierete Insulintherapie) zugewiesen. An der Studie waren 23 diabetologische Schwerpunktpraxen beteiligt, die sich auf der zweiten Versorgungsebene befinden.

Die wichtigste Absicht war die Senkung des Blutzuckerspiegels (HbA1c-Wertes). Weitere Untersuchungsschwerpunkte waren diabetesbezogene Belastungen, Empowerment (Befähigung), Selbstwirksamkeit, Therapiezufriedenheit, Diabeteswissen, Selbstbehandlungsverhalten sowie Unterzuckerungsprobleme (Hypoglykämieprobleme). Der entscheidende Messzeitpunkt war sechs Monate nach Schulungsende.

Insgesamt wurden 160 Typ-1-Diabetiker in die Therapievergleichsstudie eingeschlossen. Sie erfüllten alle Ein- und Ausschlusskriterien der Studie. Die Verteilung der Patienten in die Interventionsgruppe oder Kontrollgruppe, die miteinander verglichen wurden, erfolgte zufällig.

PRIMAS führte zu einer signifikant stärkeren HbA1c-Absenkung als in der Kontrollgruppe (Differenz 0,4 HbA1c; $p = .012$). Das bedeutet, *PRIMAS* ist im Hinblick auf die Senkung des Blutzuckerspiegels wirkungsvoller als die andere Schulung mit dem Behandlungs- und Schulungsprogramm für intensivierete Insulintherapie.

Zudem zeigte sich eine höhere Wirkung von *PRIMAS* (im Vergleich zur Kontrollgruppe) in weiteren Variablen:

- bedeutsam größerer Rückgang diabetesbezogener Belastungen
- bedeutsam größere Erhöhung der Zufriedenheit mit der Insulintherapie
- bedeutsam größere Erhöhung des Empowerments
- bedeutsam größere Erhöhung der Selbstwirksamkeit

Die Ausprägung und das Vorkommen von schweren Unterzuckerungsproblemen und deren Wahrnehmung, Diabeteswissen und Selbstbehandlungsverhalten verbesserten sich in beiden Gruppen gleichermaßen.

Insgesamt zeigt sich *PRIMAS* dem bisher etablierten Schulungsprogramm in wichtigen Therapieparametern überlegen und ist damit eine Alternative für die Schulung von Menschen mit Typ-1-Diabetes.

Im Rahmen einer darauf folgenden Umsetzungsstudie unter Versorgungsbedingungen wurde die Untersuchung der Wirksamkeit von *PRIMAS* ausgeweitet.

Bislang gibt es weltweit keine Daten, ob sich die Studienergebnisse einer RCT bei der strukturierten Schulung auch unter realen Versorgungsbedingungen in die klinische Praxis übertragen lassen. Daher wurde mit der Studie PRIMUM überprüft, in wieweit sich die Ergebnisse von *PRIMAS* wiederholen lassen.

Die Ergebnisse dieser Studie wurden 2016 publiziert. (Ehrmann D, Bergis-Jurgan N, Haak T, Kulzer B, Hermanns N. (2016). Comparison of the efficacy of a diabetes education programme for type 1 diabetes (PRIMAS) in a randomised controlled trial setting and the effectiveness in a routine care setting: Results of a comparative effectiveness study. *PLoS One*. 11(1):e014758.)

Zusammenfassend zeigen die Analysen, dass der Erfolg der Teilnehmer nicht von der Art der Studie beziehungsweise den Studienbedingungen (Setting) abhing. Von PRIMAS profitierten signifikant besser Teilnehmer mit einer schlechteren Kontrolle ihres Blutzuckerspiegels (OR 1.47 95% CI 1.07 to 2.02), Hypoglykämieproblemen (OR 2.24 95% CI 1.59 to 3.17) oder erhöhten diabetesbezogenen Belastungen (OR 1.45, 95% CI 1.07 to 1.97). Dies zeigt, dass PRIMAS auch unter Versorgungsbedingungen erfolgreich umzusetzen ist und vor allem bei der Zielgruppe mit besonderen diabetesassoziierten Problemen effektiv ist.

Die Ergebnisse der sechs neuen Therapievergleichsstudien für die Überprüfung der problemspezifischen Schulungsmodule liegen noch nicht vor, die Evaluationen werden Anfang 2018 abgeschlossen sein.

Nächste Schritte

Derzeit wird auf den Abschluss der Evaluation der problemspezifischen Schulungsmodule beziehungsweise Wiederholungstools hingearbeitet. Wenn die Ergebnisse ebenso vielversprechend sind wie bei der ersten Studie, dann erfolgt erneut eine Einreichung des Konzepts beim AOK Bundesverband, der Deutschen Diabetes Gesellschaft und dem Bundesversicherungsamt zur Anerkennung als strukturiertes Schulungs- und Behandlungsprogramm.

Gleichzeitig erfolgt ein Ausbau der Train-the-Trainer-Kurse.

Parallel gibt es aktive Bestrebungen, die ersten Überlegungen der AG „PRIMAS-Digitalisierung“ weiterzuentwickeln. Hierbei geht es um die Frage, in wieweit Elemente von PRIMAS unter Nutzung digitaler Medien noch patientenfreundlicher gestaltet werden können. Zudem steht die Planung eines Pilotprojekts zur digitalen Typ-1-Schulung im Raum.

Ansprechpartner

Prof. Dr. phil. Bernhard Kulzer

Leiter, Geschäftsführer, Forschungsinstitut FIDAM,
Diabetes-Zentrum Mergentheim, Uni Bamberg,
Lehrstuhl für klinischen Psychologie, Bamberg
Theodor Klotzbücher Straße 12
97980 Bad Mergentheim
Telefon: 07931 – 594 151
E-Mail: kulzer@diabetes-zentrum.de;
kulzer@fidam.de

Prof. Dr. phil. Norbert Hermanns

Leiter, Geschäftsführer, Forschungsinstitut FIDAM,
Diabetes-Zentrum Mergentheim, Uni Bamberg,
Lehrstuhl für klinischen Psychologie, Bamberg
Theodor Klotzbücher Straße 12
97980 Bad Mergentheim
Telefon: 07931 – 594 553
E-Mail: hermanns@diabetes-zentrum.de;
hermanns@fidam.de

Dr. phil. Dominic Ehrmann

Teamleiter

Forschungsinstitut FIDAM

Johannes-Hammer Straße 24

97980 Bad Mergentheim

Telefon: 07931 – 594 550

E-Mail: ehrmann@fidam.de

Literatur

- Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2012). Nationale VersorgungsLeitlinie Diabetes – Strukturierte Schulungsprogramme – Langfassung. 1. Auflage. Version 3. 2012. Zuletzt geändert: Juni 2013. Verfügbar unter: http://www.versorgungsleitlinien.de/themen/diabetes2/dm2_schulung. Letzter Aufruf am 10.08.2017.
- diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe und Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) (2015). Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2016 – Die Bestandsaufnahme. Verfügbar unter: https://www.diabetesde.org/system/files/documents/fileadmin/users/Patientenseite/PDFs_und_TEXTE/Infomaterial/Gesundheitsbericht_2016.pdf. Letzter Aufruf am 10.08.2017.
- Ehrmann D., Bergis-Jurgan N., Haak T., Kulzer B., Hermanns N. (2016). Comparison of the efficacy of a diabetes education programme for type 1 diabetes (PRIMAS) in a randomised controlled trial setting and the effectiveness in a routine care setting: Results of a comparative effectiveness study. PLoS.
- Hermanns N., Kulzer B., Ehrmann D., Bergis-Jurgan N., Haak T. (2013). The effect of a diabetes education programme (PRIMAS) for people with type 1 diabetes: Results of a randomized trial. *Diabetes Research Clinical Practice* 102(3):149–57.
- Kulzer B, Krichbaum M. (2013). Patientenschulung bei Diabetes mellitus. *Diabetologie und Stoffwechsel* 8(1): 1–13.
- Robert Koch-Institut (2005). Gesundheitsberichterstattung des Bundes Themenheft 24 – Diabetes mellitus. Verfügbar unter: http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gast&p_aid=0&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=9432. Letzter Aufruf am 10.08.2017.
- Scheper, N. (2014). Ärzte: Wer macht (kann) was?. *Diabetes-Journal*, 2014; 63 (11) Seite 24–27.
- Scherbaum, WA. [o. J.]. Diabetes mellitus Typ 1. Verfügbar unter: <http://www.typ-1-diabetes.info/>. Letzter Aufruf am 10.08.2017.



Dr. Neeltje van den Berg, Juror Prof. Dr. Friedrich Wilhelm Schwartz

Sonderpreis Community Medicine / Arztnetze

Regionale telemedizinische Versorgung in der Psychiatrie

Regionales telemedizinisches Versorgungsmodell für psychiatrische Patienten nach teilstationärer Behandlung

Autorin: Neeltje van den Berg

Management Summary

Das Projekt *Regionale telemedizinische Versorgung in der Psychiatrie* ist eine telemedizinische Intervention für Patienten mit Depression, Angststörung, Anpassungsstörung oder somatoformen Störungen nach einer teilstationären Behandlung. Das Projekt soll die Behandlungskontinuität in der Region Vorpom-

mern sicherstellen. Das Projekt wurde initiiert und durchgeführt vom Institut für Community Medicine sowie der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsmedizin Greifswald.

In der Region Vorpommern ist die psychiatrische Versorgung durch große Entfernungen zu den Therapeuten und lange Wartezeiten geprägt; so entstehen häufig Brüche zwischen stationärer beziehungsweise teilstationärer Versorgung und der ambulanten Weiterbehandlung. Regionale und innovative Versorgungskonzepte – wie die telemedizinische Betreuung – können diese Brüche überbrücken und die psychiatrische Versorgung der Patienten sinnvoll ergänzen.

Kurz vor der Entlassung aus der Tagesklinik werden die Ziele der telemedizinischen Behandlung sowie die Frequenz der Kontakte patienten-individuell und gemeinsam zwischen Behandler in der Klinik und Patient festgelegt und an den Integrierten Funktionsbereich Telemedizin übermittelt. Nach Entlassung werden die Patienten regelmäßig telefonisch und per SMS kontaktiert, die Behandlung wird lückenlos fortgesetzt.

Das Projekt wurde gefördert vom Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales Mecklenburg-Vorpommern. Die *Regionale telemedizinische Versorgung in der Psychiatrie* wird mit folgenden Kooperationspartnern durchgeführt: dem Institut für Community Medicine, der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie (beide Universitätsmedizin Greifswald) und dem Helios Hanseklinikum Stralsund.

Die Ergebnisse einer randomisiert-kontrollierten Studie zeigten deutliche Verbesserungen der Symptome für Angst und Depression. Auf der Basis der guten Ergebnisse wurde das Versorgungsmodell in die Regelversorgung überführt. Zwischenzeitlich wurde das Modell weiterentwickelt für Patienten mit Schizophrenie und bipolaren Störungen.

Versorgungsherausforderung

Psychiatrische Erkrankungen sind in der Allgemeinbevölkerung stark verbreitet. Die Häufigkeit von psychischen Erkrankungen in der bisher verstrichenen Lebenszeit von Patienten liegt in Deutschland bei 43 Prozent. Depressionen und somatoforme Störungen treten mit 18,6 bzw. 16,2 Prozent am häufigsten auf, Angststörungen liegen mit 14,5 Prozent knapp dahinter. In Deutschland nehmen nur etwa 20 bis 30 Prozent der Patienten mit psychiatrischen Erkrankungen Therapieangebote in Anspruch.

Die psychiatrische Versorgung in der überwiegend ländlichen und dünn besiedelten Region Vorpommern ist geprägt durch die großen Entfernungen zu Therapeuten und die langen Wartezeiten auf Termine. Die psychotherapeutischen Praxen befinden sich überwiegend in größeren Orten und nicht in den ländlichen Regionen.

Nach einer stationären oder teilstationären Behandlung in einer psychiatrischen Tagesklinik ist es wichtig, dass die Behandlung ambulant weitergeführt wird. Die weiten Entfernungen zu den Praxen und die langen Wartelisten erschweren es den Patienten aber, die Therapie nahtlos fortzuführen; die Kontinuität der psychiatrischen Versorgung ist so gefährdet.

Eine telemedizinische Betreuung, die zeitlich und inhaltlich an die teilstationäre Behandlung anschließt, ermöglicht die notwendige, lückenlose Behandlung auch psychiatrischen Patienten in ländlichen Regionen.

Entstehungsgeschichte

Das Projekt *Regionale telemedizinische Versorgung in der Psychiatrie* wurde in einer randomisiert-kontrollierten Studie untersucht. Die Ergebnisse zeigten deutliche Verbesserungen der Symptome für Angst und Depression.

2011 konnte das Projekt in die regionale Routineversorgung übernommen werden. Die Leistungen in der Regelversorgung werden von den Krankenkassen getragen.

Die telemedizinischen Leistungen erfolgen im Integrierten Funktionsbereich Telemedizin der Universitätsmedizin Greifswald in Delegation für die Psychiatrischen Institutsambulanzen in der Region. Mithilfe eines regionalen Versorgungskonzepts mit telemedizinischen Funktionalitäten wurde ein funktionierendes Netz geschaffen, das den Versorgungsproblemen in ländlichen Regionen entgegen wirkt.

Darauf aufbauend wird seit 2014 eine Studie zur poststationären telemedizinischen Behandlung von Patienten mit bipolaren und schizophrenen Störungen durchgeführt. Diese Studie, genannt Tecla, wird von der DAMP Stiftung gefördert (Tecla = a telephone- and text-message based telemedical concept for patients with severe mental health disorders – study protocol for a controlled, randomized, study). Das Projekt ist eine Kooperation zwischen der Universitätsmedizin Greifswald, dem Helios Hansekllinikum Stralsund und der Odebrecht Stiftung Greifswald und läuft bis Dezember 2017.

Kernelemente

Zielgruppe

Abbildung 18 Zielgruppen der Routineversorgung und des Forschungsprojekts



Quelle: Eigene Darstellung

Die Zielgruppen der Routineversorgung und des Forschungsprojekts können der Abbildung 18 entnommen werden. Die Patienten der Routineversorgung stehen alle kurz vor Entlassung aus einer Tagesklinik, die Patienten aus dem Forschungsprojekt kurz vor Entlassung aus der stationären Versorgung.

Versorgungskonzept

Psychiatrische Patienten mit Depression, Angst- und somatoformen Störungen werden innerhalb des regionalen telemedizinischen Versorgungsmodells nach ihrer Entlassung aus einer teilstationären Behandlung telemedizinisch weiter betreut. Die telemedizinische Betreuung besteht aus regelmäßigen telefonischen Kontakten und SMS-Nachrichten. Es werden pro Quartal 60 bis 70 Patienten betreut.

Die Partner des Versorgungskonzeptes für Patienten mit Depression, Angst- und somatoformen Störungen in der Regelversorgung sind:

- fünf regionale psychiatrische Institutsambulanzen/Tagesklinien des Helios Hanseklunikums Stralsund mit Prof. Dr. H. J. Freyberger
- die psychiatrische Institutsambulanz/Tagesklinik der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsmedizin Greifswald mit Prof. Dr. H. J. Grabe
- der Integrierte Funktionsbereich Telemedizin der Universitätsmedizin Greifswald (angesiedelt am Institut für Community Medicine) mit Priv.-Doz. Dr. Neeltje van den Berg und Prof. Dr. W. Hoffmann des Instituts für Community Medicine der Universitätsmedizin Greifswald

Kurz vor der Entlassung aus der Tagesklinik wird das Versorgungskonzept individuell mit dem Patienten abgestimmt. Behandler und Patient legen gemeinsam die Inhalte der Gespräche fest, sowie die Frequenz der Kontakte. Diese Vereinbarungen werden an den Integrierten Funktionsbereich Telemedizin übermittelt. Nach Entlassung werden die Patienten regelmäßig telefonisch und per SMS kontaktiert; die Behandlung wird lückenlos fortgesetzt.

Therapieziele der telemedizinischen Behandlung sind beispielsweise:

- Etablierung oder Aufrechterhaltung einer Tages- und Wochenstruktur
- Durchführen von sozialen Aktivitäten
- Lösen von Problemen im familiären Umfeld
- Klärung der beruflichen Situation

In den Telefonaten wird der Fortschritt hinsichtlich der Therapieziele besprochen, aber auch der Gesundheitszustand des Patienten standardisiert erhoben. Des Weiteren werden spezielle Vorkommnisse und Änderungen in der Medikation abgefragt. In den meist wöchentlichen SMS-Nachrichten werden aktuelle Themen angesprochen – beispielsweise, wie ein Bewerbungsgespräch gelaufen ist oder ob eine geplante Aktivität auch stattgefunden hat.

Auf einem speziellen Patientenstammblatt werden Therapieziele, Diagnosen und Medikamente eingetragen. Dieses Stammblatt wird an den Integrierten Funktionsbereich Telemedizin übermittelt. Die Daten aus dem Stammblatt sowie eine genaue Dokumentation der telemedizinischen Kontakte werden in einem Informationstechnisch-gestützten Dokumentationssystem eingegeben und gespeichert.

Im Rahmen der Abrechnung werden einmal im Quartal automatisiert standardisierte Berichte für die Psychiatrischen Institutsambulanzen erstellt, die in den Patientenakten gespeichert werden. Die Frequenz der Telefonate beträgt meistens zwischen einmal wöchentlich und einmal monatlich. Die Dauer der telemedizinischen Betreuung wird patienten-individuell festgelegt.

Die telemedizinische Betreuung wird von speziell qualifizierten Pflegekräften im Integrierten Funktionsbereich Telemedizin durchgeführt. Die Delegation erfolgt durch die Psychiatrischen Hochschulambulanzen. Die Pflegekräfte können an allen Fortbildungen der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsmedizin Greifswald teilnehmen und erhalten regelmäßig eine Supervision.

Mehrwert und Patientenorientierung

Der Mehrwert für den Patienten ist der Zugang zu einer kontinuierlichen, lückenlosen psychiatrischen Betreuung ohne Wartezeiten. Außerdem haben nun auch Patienten auf dem Land die Möglichkeit, eine psychiatrische Behandlung zu erhalten.

Die Einbindung von Telemedizin in das psychiatrische regionale Versorgungssystem ergänzt die stationären, teilstationären und ambulanten Behandlungsoptionen. Das Projekt überbrückt die langen Wartezeiten und die großen Distanzen. Des Weiteren kann die *regionale telemedizinische Versorgung in der Psychiatrie* gezielt für diejenigen Patienten eingesetzt werden, die die üblichen Angebote nicht in Anspruch nehmen können oder wollen.

Zudem gibt es weitere Argumente, die den Mehrwert des Projekts für den Versorgungsablauf verdeutlichen (vgl. Abbildung 19). Die Telemedizin entlastet die übliche Versorgung. Es kann eine größere Anzahl von Patienten gleichzeitig betreut werden. Die Nutzung eines IT-gestützten Dokumentationssystems ermöglicht eine standardisierte Dokumentation. Die Informationen aus der telemedizinischen Betreuung im Integrierten Funktionsbereich Telemedizin stehen den Behandlern in den Psychiatrischen Institutsambulanzen zeitnah zur Verfügung.

Abbildung 19 Mehrwert für den Versorgungsablauf



Quelle: Eigene Darstellung

Die Therapieziele sowie die Frequenz und Dauer der Betreuung werden patienten-individuell getroffen. Diese werden gemeinsam zwischen dem Behandler in der Klinik und dem Patienten festgelegt. Die Inhalte der telemedizinischen Betreuung können nach Bedarf im Laufe der Behandlung angepasst werden.

Finanzierung

Im Rahmen der Regelversorgung werden die telemedizinischen Leistungen bei den gesetzlichen Krankenkassen abgerechnet. Das erfolgt nach der aktuellen Vergütungsordnung für Psychiatrische Hochschulambulanzen in Mecklenburg-Vorpommern. Es werden jedes Quartal etwa 60 bis 70 Patienten im Rahmen der Regelversorgung betreut.

Die DAMP Stiftung fördert derzeit das laufende Forschungsprojekt.

Management

Das Projekt ist eine Kooperation zwischen der Universitätsmedizin Greifswald und dem Helios Hanseklinikum Stralsund. Die *regionale telemedizinische Versorgung in der Psychiatrie* wird durch den Integrierten Funktionsbereich Telemedizin koordiniert und organisiert. Die Umsetzung findet durch alle Kooperationspartner statt.

Evaluation

Das Versorgungskonzept wurde im Rahmen eines Forschungsprojekts entwickelt.

Die Fragestellung war, ob mit einer telemedizinischen Intervention, bestehend aus telefonischen Kontakten und SMS-Nachrichten, die Lebensqualität von Patienten mit Angst, Depressivität und Somatisierung (gemessen mit dem Instrument BSI-18) verbessert werden kann.

In eine Studie wurden Patienten mit Depression, Angst-, Anpassungs- und somatoformen Störungen eingeschlossen. Alle Patienten befanden sich kurz vor Entlassung aus einer psychiatrischen Klinik. Die Patienten wurden randomisiert drei Gruppen zugeordnet (siehe Abbildung 20).

Die Intervention bestand aus regelmäßigen Telefonaten oder aus Telefonaten und zusätzlichen SMS-Nachrichten. Ergänzend dazu gab es eine Vergleichsgruppe mit üblicher Betreuung. Die Interventionsdauer betrug sechs Monate. Die Ergebnisse zu Angst, Depression und Somatisierung wurden nach sechs Monaten im Gruppenvergleich analysiert.

Es wurden 123 Patienten in die Studie eingeschlossen, davon 71,5 Prozent Frauen. Das Durchschnittsalter betrug 44 Jahre. 91 Prozent der Teilnehmer hatten eine affektive Störung, 45,9 Prozent eine neurotische, Belastungs- oder somatoforme Störung.

Abbildung 20 Die drei wesentlichen Gruppen bzw. Methoden des Projekts *Regionale telemedizinische Versorgung in der Psychiatrie*



Quelle: Eigene Darstellung

Patienten mit Angststörungen, mit denen regelmäßig telefoniert wurde und denen regelmäßig SMS-Nachrichten geschrieben wurden, hatten nach sechs Monaten 2,04 Punkte niedrigere Werte als in der Kontrollgruppe. Bei Depression zeigten die regelmäßigen Anrufe die besten Ergebnisse. Dort lag der Wert bei -1,73 im Vergleich zur Kontrollgruppe mit $p=0,097$. Für Somatisierung zeigten sich keine Unterschiede zwischen den einzelnen Methoden.

Veröffentlicht wurden sowohl das Design des Projektes als auch die Ergebnisse in Peer-reviewed Zeitschriften. Hier handelt es sich um ein Verfahren zur Qualitätssicherung einer Arbeit durch unabhängige Gutachter aus dem gleichen Fachgebiet.

Nächste Schritte

Die geplante Weiterentwicklung des Projektes lässt sich der folgenden Abbildung 21 entnehmen.

Abbildung 21 Schritte der Weiterentwicklung



Quelle: Eigene Darstellung

Ansprechpartner

Priv.-Doz. Dr. Neeltje van den Berg
Stellvertretende Abteilungsleitung
Universitätsmedizin Greifswald
Institut für Community Medicine
Abt. Versorgungsepidemiologie und
Community Health

Ellernholzstraße 1–2
17487 Greifswald
Telefon: 03834 – 867771 oder 03834 – 867750
E-Mail: neeltje.vandenberg@uni-greifswald.de
www.community-medicine.de

Literatur

- Grabe HJ, Alte D, Adam C, Sauer S, John U, Freyberger HJ (2005). Mental distress and the use of psychiatric and psychotherapeutic treatments services: results of the Study of Health in Pomerania [Article in German]. Psychiatr Prax 2005, 32(6):299–303.
- Jacobi F, Wittchen HU, Holting C, Höfler M, Pfister H, Müller N, Lieb R: Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population (2004). Results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). Psychol Med 2004, 34(4):597–611.
- van den Berg N, Schmidt S, Stentzel U, Mühlen H, Hoffman (2015). The integration of telemedicine concepts in the regional care of rural areas: Possibilities, limitations, perspectives [Article in German]. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2015 Apr;58(4–5):367–73.

SOS-Care – Hilfe nach Schlaganfall

Schlaganfallversorgung Ost Sachsen – Case Management nach Schlaganfall

Autoren: Jessica Barlinn, Uwe Helbig und Heike Urban

Management Summary

Ziel des 12-monatigen Case-Management-Programmes ist es, durch eine effektive Sekundärprävention nach einem Schlaganfall oder einer vorübergehenden Durchblutungsstörung des Gehirns (transitorische ischämische Attacke, TIA) Rezidive zu vermeiden. Die Betreuung durch Case Manager soll die Eigenverantwortung durch Edukation stärken, die Medikamententreue festigen und individuelle Risikofaktoren minimieren.

Um die individuellen und ökonomischen Belastungen des Schlaganfalls zu verringern, wird zunehmend Augenmerk auf die Postakutphase gelegt, in der die Sekundärprävention stattfindet. SOS-Care will als koordinierte Schlaganfallnachsorge im Rahmen eines Case Managements die Risikofaktoren optimieren und in weiterer Folge Rezidivrate, Pflegebedürftigkeit und Mortalität reduzieren – und damit zur Kostenminimierung im Gesundheitssystem beitragen.

Noch während des stationären Aufenthaltes erstellt der Case Manager ein individuelles Risikoprofil und legt gemeinsam mit dem Patienten die Ziele für die Zeit der Nachbetreuung fest. Vor Übergang in die Rehabilitation übergibt der Case Manager einen ausgefüllten Schlaganfallpass und erstellt die Checkliste zum Entlassungsmanagement. Nach Entlassung aus der Rehaklinik erfolgt ein ausführliches Aufklärungsgespräch in der Häuslichkeit des Patienten. In der ambulanten Nachsorge kontaktiert der Case Manager den Patienten mindestens quartalsweise telefonisch und berät ihn und die Angehörigen bei Bedarf auch darüber hinaus telefonisch oder persönlich.

Studienergebnisse zeigten Verbesserungen bei folgenden gemessenen Endpunkten: vollständige Sekundärprophylaxe, Fettstoffwechsel, Blutdruckeinstellung, Gewicht des Patienten. Ebenso gab es Hinweise auf eine reduzierte Rezidivrate und Mortalität bei verbesserter funktioneller Unabhängigkeit, Lebensqualität und Patientenzufriedenheit nach zwölf Monaten.

Das Konzept wurde von einer Arbeitsgruppe bestehend aus Vertretern verschiedener Leistungserbringer entwickelt:

- Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden (UKD)
- Bavaria Klinik Kreischa
- Arbeiterwohlfahrt
- AOK PLUS

- Stiftung Deutsche Schlaganfallhilfe
- Deutsche Telekom AG
- Dresden International University unter der Leitung von Dr. Ulf Bodechtel

Ein bisher bundesweit einzigartiger Vertrag mit der AOK PLUS (auf Grundlage des § 140a SGB V) garantiert für die nächsten zwei Jahre die Finanzierung der Patientenbetreuung durch zertifizierte Case Manager sowie die Dokumentation in eine elektronische Fallakte.

Versorgungsherausforderung

In Deutschland erleiden jedes Jahr etwa 200.000 Menschen erstmals einen Schlaganfall, weitere 70.000 zum wiederholten Male. In den Jahren 2006 bis 2015 betrug die durch Schlaganfall verursachten medizinischen Gesamtkosten etwa 84,4 Milliarden Euro.

In Sachsen ist laut den Diagnosedaten der Gesundheitsberichterstattung des Bundes die Gesamtzahl der neurovaskulären Erkrankungen in Sachsen zwar leicht gesunken (von 21.391 Erkrankungen im Jahr 2000 auf 21.306 im Jahr 2014). Allerdings hat sich seit dem Jahr 2000 die Einwohnerzahl in Sachsen um knapp 10 Prozent reduziert. Das bedeutet also einen deutlichen Anstieg von Schlaganfällen.

Mitverantwortlich sind oftmals beeinflussbare Risikofaktoren wie:

- Rauchen
- hoher Blutdruck
- Fettstoffwechselstörungen
- Übergewicht
- ungesunde Ernährung
- mangelnde Bewegung

Der Schlaganfall zählt nach wie vor zu den häufigsten Ursachen für Tod und erworbene Behinderung. Innerhalb des ersten Jahres nach einem Schlaganfall erleiden zudem etwa 20 Prozent aller Patienten einen erneuten Schlaganfall. Daher wird zunehmend die Aufmerksamkeit auf die Sekundärprävention gerichtet, um die individuellen und ökonomischen Belastungen zu verringern.

Durch die Etablierung des telemedizinischen Netzwerkes SOS-NET profitieren Schlaganfallpatienten in Ostsachsen im akutstationären Bereich sowie im Übergang in die Rehabilitation. Die Versorgungssituation in der ambulanten Nachbehandlung ist bisher weniger bekannt.

Bereits 2006 wurde in der Deklaration von Helsingborg für 2015 eine Zieldefinition festgelegt. Schwerpunkt für die europäische Schlaganfallversorgung ist der Zugang zu Therapien der Akutversorgung und der Rehabilitation. Allerdings wurden auch strukturierte Nachsorgeprogramme definiert, um eine entsprechende Sekundärprävention zu gewährleisten und damit Rückfälle zu vermeiden.

Die routinemäßige Etablierung von strukturierten Nachsorgeprogrammen ist bislang allerdings nicht erfolgt. Dabei ist die strikte Umsetzung der Sekundärprävention nach einem Schlaganfall von entscheidender Bedeutung, um das hohe Risiko für einen erneuten Schlaganfall – und für das Versterben – zu reduzieren.

Die Therapieziele bei Überlebenden eines Schlaganfalls orientieren sich in der Praxis oftmals nicht an den Leitlinien übergeordneter Fachgesellschaften. Des Weiteren ist die ambulante sekundärpräventive Versorgung verbesserungswürdig.

Mögliche Ursachen dafür sind das mangelnde Wissen über vaskuläre Risikofaktoren und gesunden Lebensstil. Außerdem ist die Kommunikation zwischen Akutkrankenhaus und den nachfolgend behandelnden, ambulanten Hausärzten oft nicht ausreichend. Vor allem aufgrund der Komplexität der Erkrankung muss der Dialog zwischen den einzelnen Beteiligten verbessert werden.

Mithilfe einer koordinierten Schlaganfallnachsorge durch ein Case Management soll ein qualitätsgesichertes und leitliniengerechtes Behandlungsprogramm ermöglicht werden. Ziel ist es, die Risikofaktoren zu optimieren und Rückfallrate, Pflegebedürftigkeit und Sterblichkeit zu reduzieren.

Entstehungsgeschichte

Im Regierungsbezirk Dresden erleiden allein jährlich circa 4.300 Versicherte der AOK PLUS einen Schlaganfall oder eine Durchblutungsstörung des Gehirns.

Im Rahmen des Ideenwettbewerbs „Demografie und Gesundheit – Ideen für die Zukunft“ des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales wurde 2009 ein erster Fördermittelantrag bewilligt. Im Rahmen dieses Antrags sollte ein alternatives Berufsfeld im Gesundheitswesen entwickelt werden – am Beispiel eines strukturierten Case Managements in der Nachsorge von Schlaganfallpatienten. Als Zielgruppe wurde älteres Pflegepersonal mit Familie definiert, das eine Alternative zum Schichtdienst sucht, ohne dabei den Patientenkontakt zu verlieren.

Kernelemente

Zielgruppe

Zielgruppe sind Patienten mit einem Schlaganfall oder der Vorstufe eines Schlaganfalls, sowie deren Angehörige. Angesprochen sind Patienten mit folgenden Diagnosen: Blutung innerhalb des Hirngewebes, sonstige nichttraumatische Hirnblutung, Hirninfarkt, Schlaganfall, der nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet ist, und die vorübergehende Durchblutungsstörung des Gehirns (zerebrale TIA).

Der Zugang der Versicherten zum Projekt *SOS-Care – Hilfe nach Schlaganfall* erfolgt durch Kontaktaufnahme des Case Managers während der akutstationären Behandlung. Hier prüft er gleich alle Aufnahmekriterien und klärt die Betroffenen auf.

Derzeit können alle Versicherten der AOK PLUS teilnehmen. Die Teilnahme ist in der Regel ausgeschlossen, wenn vorrangig ein palliatives Therapieziel verfolgt wird, bereits vor dem Schlaganfall ein Pflegegrad

III oder höher bestand oder der Versicherte schon vor dem Ereignis in einer stationären Pflegeeinrichtung betreut wurde.

Versorgungskonzept

Während der Förderphase wurde der Behandlungspfad bereits exemplarisch an 100 Patienten erprobt. Unter Berücksichtigung der regionalen Verhältnisse und aufgrund der im Verlauf gemachten Erfahrungen, konnte/musste der standardisierte Behandlungspfad fortlaufend angepasst werden.

Nach der Förderphase konnten weitere Patienten betreut werden, zunächst durch einen, seit 2014 durch zwei Schlaganfall-Lotsen, finanziert aus Eigenmitteln des UKD.

Die Kernaufgaben des Case Managers sind zum einen die Prüfung der Aufnahmekriterien sowie die Information der Patienten über das Versorgungsprogramm, zum anderen die Edukation zu Themen wie Folgeprävention und Sekundärprophylaxe.

Noch während des stationären Aufenthaltes erstellt der Case Manager ein individuelles Risikoprofil anhand der medizinischen Basisdaten, der Vitalparameter und eines Assessmentbogens.

Außerdem füllt der Schlaganfall-Lotse gemeinsam mit dem Patienten und den Angehörigen einen Nachsorgeplan aus, der schon erste Zielparameter für die Zeit der Nachbetreuung enthält.

Am Ende der stationären Akutversorgung wird ein Schlaganfallpass mit allen erforderlichen Informationen für den Patienten zusammengestellt. Der Case Manager koordiniert den Übergang zur Rehabilitation und alle dazugehörigen Formalitäten. Er erstellt eine Checkliste zum Entlassungsmanagement. Während der Rehabilitation hält er Kontakt zum Patienten.

Nach der Entlassung aus der Rehaklinik erfolgt ein ausführliches Aufklärungsgespräch in der Häuslichkeit des Patienten. Die wesentlichen Gesprächsinhalte sind allgemeine und spezielle Risikofaktoren sowie die individuellen Zielvereinbarungen. Bei Bedarf werden dem Hausarzt Empfehlungen zur Anpassung der Sekundärprophylaxe übermittelt.

Des Weiteren überwacht der Schlaganfall-Lotse die Umsetzung von Heil- und Hilfsmittlempfehlungen. Wer den Patienten und seine Angehörigen zu welchem Zeitpunkt und zu welchem Thema aufklärt, ist folgender Tabelle zu entnehmen (siehe Abbildung 22).

In der ambulanten Nachsorge kontaktiert der Case Manager die Patienten bzw. Angehörigen einmal pro Quartal per Telefon – bei Bedarf auch öfter telefonisch oder persönlich. Der Patient kann jederzeit Kontakt zum Case Manager aufnehmen, um Beratung, Unterstützung oder Vermittlung in Anspruch zu nehmen.

Der Abschluss des Versorgungsprogrammes wird durch den Case Manager in einem persönlichen Gespräch mit dem Patienten und den Angehörigen durchgeführt und dokumentiert. Bei Organisationsfragen der Patienten zum Versorgungsprogramm und dessen Ablauf ist der Case Manager erster Ansprechpartner.

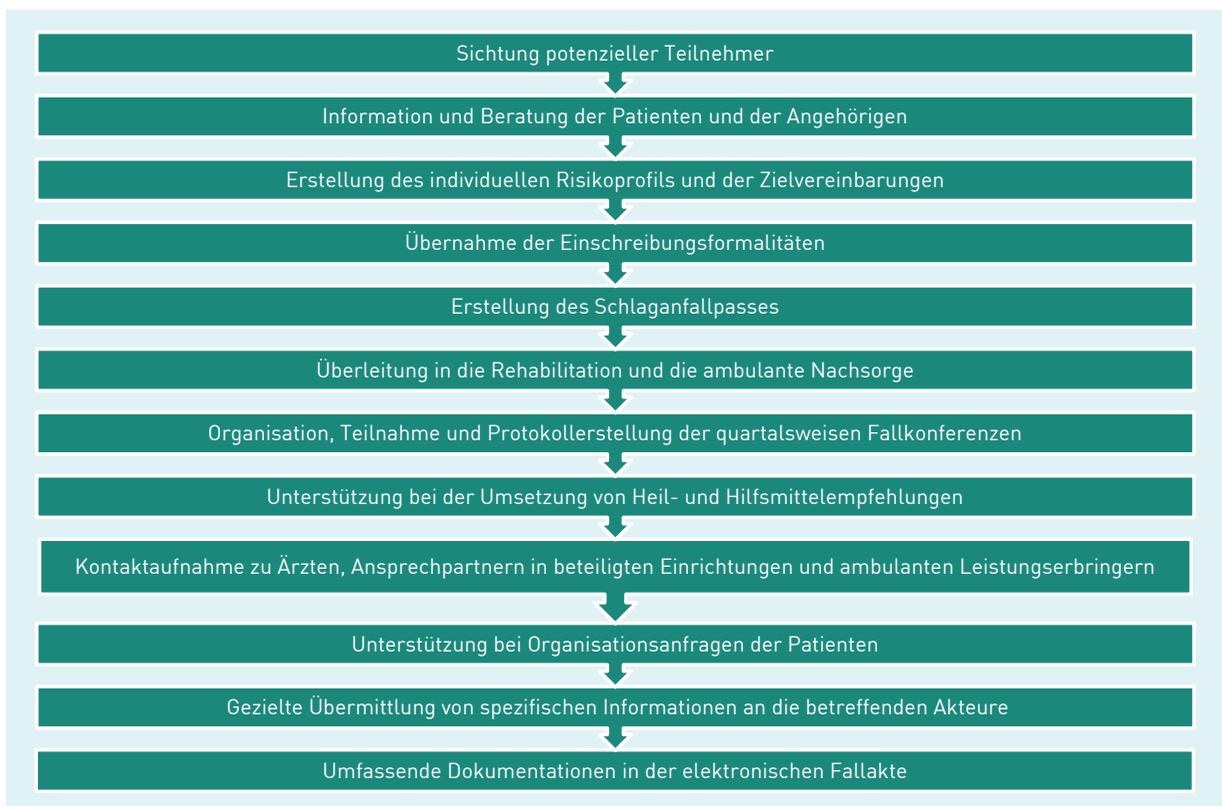
Abbildung 22 Edukationspfad in Tabellenform

Wer? → Akteur	Konsument	Worüber? → Inhalte	Wo?	Wann? → Zeitpunkt
Arzt	Patient/ Angehörige	Aufklärungsgespräch (was ist passiert, Diagnose)	Akutklinik	1.–2. Tag nach Aufnahme
Case Manager	Patient/ Angehörige	Information über mögliche Nachbetreuung (SOS-Care)	Akutklinik	1.–2. Tag nach Aufnahme
Arzt	Patient/ Angehörige	Aufklärung über zukünftige Medikamenten Einnahme, Information Rehabilitation	Krankenhaus	Mind. bis 1 Tag vor Über- leitung in Reha-Klinik/ Entlassung nach Hause
Arzt	Patient/ Angehörige	Schlaganfall, Risikofaktoren, Medikation → Ziele	Reha-Zentrum	Bei Reha-Beginn
Pflegepersonal/ Therapeuten/ Sozialdienst/Arzt	Patient/ Angehörige	Individuelles Therapieangebot, Angehörigenseminare, individu- elle Beratungen (medizinisch, sozial, sozialmedizinisch)	Reha-Zentrum	Im Verlauf der Reha
Therapeuten/ Pflege	Patient/ Angehörige	Schulung, Beratung zu den individuellen Gegebenheiten in Vorbereitung auf die ambulante Behandlung, Überleitungs- management	Reha-Zentrum	10 Tage bis Reha-Entlassung
Case Manager	Patient/ Angehörige	Medizinische und soziale Beratung, individuelles Risiko- profil und Zielvereinbarungen, Aushändigung des Schlaganfall- pass, Information zu regionalen Therapeuten, Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen	in der Häuslichkeit	2-3 Werktage nach KH- bzw. Reha-Entlassung
Pflegedienst	Angehörige	Pflegeberatung (nach SGB XI)	in der Häuslichkeit	nach Reha-Entlassung, je nach Pflegegrad in Regelmäßigkeit
Hausarzt, Facharzt	Patient/ Angehörige	Aufklärung der Risikofaktoren, Medikation, Therapie	Arztpraxis/bzw. Häuslichkeit	Nach Reha-Entlassung, in Regelmäßigkeit
Case Manager	Patient/ Angehörige	Psychoedukation (Post-Stroke-Depression → Prophylaxe, Hilfsangebote)	in der Häuslichkeit	Im Verlauf
z.B. AWO, Pflegestütz- punkte	Patient/ Angehörige	Schlaganfall, Austausch mit anderen Angehörigen, gemein- sames Bearbeiten verschiedener Themen	in den Einrichtungen	nach Reha-Aufenthalt im Verlauf
z.B. AWO, Pflegestütz- punkte Selbst- hilfegruppen	Patient/ Angehörige	Soziale Anbindung, Betroffe- nengruppen zum Austausch und Beisammensein, Identifikation, sozialer Kontakt	in den Einrichtungen	nach Reha-Aufenthalt im Verlauf
Case Manager	Patient/ Angehörige	Abschlussgespräch	in der Häuslichkeit	nach 1 Jahr Ende des CM-Projekt

Quelle: Eigene Darstellung

Im Mittelpunkt des Projekts *SOS-Care – Hilfe nach Schlaganfall* stehen qualifizierte Case Manager. Das Aufgabengebiet der Case Manager umfasst in erster Linie eine umfassende Aufklärung und Beratung der Patienten und deren Angehöriger. Des Weiteren dokumentiert er den Fall in der elektronischen Fallakte und übernimmt die elektronisch gestützte Pfadkontrolle, er steuert den Behandlungsprozess und berechnet die Qualitätsindikatoren. Außerdem ist er Ansprechpartner für alle Teilnehmer am Versorgungsvertrag. Insofern ist er übergreifend tätig in der stationären Akutversorgung, der stationären und ambulanten Rehabilitation, der ambulanten medizinischen Nachsorge und für die Umsetzung der Heil- und Hilfsmittelversorgung. Die Verantwortlichkeit des Case Managers erstreckt sich auf organisatorische und inhaltliche Fragen zum Behandlungsprozess.

Abbildung 23 Zusammenfassung der Tätigkeitsmerkmale in der Besonderen Versorgung



Quelle: Eigene Darstellung

Ein standardisierter Fragebogen wird bei jedem Kontakt ausgefüllt und ausgewertet, um rechtzeitig bei möglichen Depressionen intervenieren zu können. Beim Abschlussbesuch werden zusätzlich standardisierte Fragebögen zur Messung der Lebensqualität und der Patientenzufriedenheit ausgefüllt.

Mehrwert und Patientenorientierung

Durch das Versorgungsprogramm konnten Sterblichkeit, Rezidivrate, Zielerreichung in Bezug auf die Risikofaktoren und Lebensqualität positiv beeinflusst werden. Die Patienten sowie deren Angehörige profitierten außerdem vom stetig wachsenden SOS-Care-Netzwerk. Die Schlaganfall-Lotsen halfen bei der Vermittlung von spezialisierten Therapiepraxen, Fachärzten, Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen.

Der Mehrwert für das Gesundheitssystem ergibt sich aus der Senkung der Rückfallrate, der Lebensstilmodifizierung und der höheren Patientenzufriedenheit.

Um den monetären Mehrwert für das Gesundheitssystem darstellen zu können, werden derzeit weitere Daten erhoben. Diese Ergebnisse werden voraussichtlich Ende 2017 oder Anfang 2018 vorliegen.

Von der Koordination des Case Managers über den gesamten Betreuungszeitraum hinweg profitieren letztendlich alle beteiligten Akteure.

Durch die intensive persönliche Nachbetreuung durch einen Case Manager wird die Eigenverantwortung des Patienten gestärkt. Außerdem werden Hilfsmittlempfehlungen konsequent umgesetzt und Risikofaktoren verringert.

Der Schlaganfall-Lotse ermittelt individuell die Risikofaktoren und bespricht diese mit dem Patienten. Somit kann eine konkrete und gemeinsame Zielvereinbarung getroffen werden. Grundlage für die spezifische Beratung des Patienten und der Angehörigen ist der Edukationspfad. Er enthält alle Angaben darüber, wer, wann worüber aufklärt.

Der Patient erhält einen Schlaganfallpass in Form einer persönlichen Mappe mit allen relevanten Informationen zu Behandlungszielen, Risikofaktoren, Terminen und wichtigen Kontaktdaten sowie einer Tabelle zur Blutdruckdokumentation. Darüber hinaus bleibt der Case Manager für den Patienten und die Angehörigen ein Jahr lang Ansprechpartner.

Die Selbsthilfegruppe „UN-SCHLAG-BAR“ für Betroffene und Angehörige wird als wichtige Ergänzung zu SOS-Care verstanden und von allen Case Managern empfohlen.

Finanzierung

In der fünfjährigen Erprobungsphase wurde das Projekt durch Fördermittel der Europäischen Union sowie durch Eigenmittel des Universitätsklinikums Dresden finanziert.

Derzeit übernimmt die AOK PLUS für ihre Mitglieder im Regierungsbezirk Dresden die Kosten. Grundlage dazu ist ein Vertrag, der zum Oktober 2016 durch die Vorstände von Uniklinikum und AOK PLUS unterzeichnet wurde. Damit werden erstmals in Deutschland sogenannte Schlaganfall-Lotsen durch eine Krankenkasse finanziert. Der Vertrag sieht vor, dass die Ergebnisse des Nachsorgeprojekts innerhalb von zwei Jahren weiter wissenschaftlich geprüft werden. Dazu sind zwei weitere, ins Schlaganfallnetzwerk SOS-NET eingebundene Krankenhäuser mit jeweils einem Lotsen am Nachsorgeprogramm beteiligt.

Management

SOS-Care wird durch ein multiprofessionelles Team gemanagt. Die Leitung des SOS-Care-Teams liegt bei Dr. med. Jessica Barlinn, M. Sc., Fachärztin für Neurologie/ZB Intensivmedizin. Die SOS-Care-Leitstelle organisiert die Arbeit der Case Manager in der Region. Dort sitzen Uwe Helbig, Fachkrankenschwester für Anästhesie und Intensivmedizin, Zertifizierter Case Manager (DGCC) und Heike Urban, Examinierte Krankenschwester, Zertifizierte Case Managerin (DGCC), staatlich geprüfte Diätassistentin. Wöchentliche Besprechungen gehören zum Projektmanagement ebenso wie Qualitätszirkel und Weiterbildungen.

Evaluation

2013 wurde eine erste Telefonbefragung durchgeführt, bei der ein Jahr nach dem Ereignis auch 18 Patienten befragt werden konnten, die nicht am Behandlungsprogramm teilgenommen oder die Betreuung durch den Case Manager abgebrochen haben.

Von den 18 Patienten haben fünf keinerlei medizinisch vorbeugende Maßnahmen ergriffen, um das weitere Fortschreiten der Krankheit zu verhindern. Bei vier Patienten war die Sekundärprophylaxe nicht vollständig, zwei Patienten waren seit ihrem Schlaganfall nie wieder beim Arzt, vier rauchten nach wie vor und zehn Patienten kontrollierten ihren Blutdruck nicht selbst.

Es kam in dieser kleinen Gruppe zu vier Rückfällen, einer Durchblutungsstörung des Gehirns und drei erneuten Schlaganfällen.

Hingegen war bei 100 durch einen Case Manager betreuten Patienten die Sekundärprophylaxe zu 100 Prozent vollständig. Der Blutdruck lag bei 99 Prozent im Zielbereich und es kam zu keinen Rückfällen.

Ergänzend dazu wurden die Ergebnisse von 45 Patienten untersucht, bei denen keine Betreuung durch einen Case Manager stattfand. Diese waren von Alter, Geschlecht und Ausgangsdaten her vergleichbar mit Patienten aus dem Betreuungsprogramm – und sie waren bereit, nach einem Jahr Auskunft über ihren Gesundheitszustand zu geben.

Bei einer Population von jeweils 45 Patienten (Interventions- und Kontrollgruppe) wurden folgende Endpunkte gemessen: Sterblichkeit, erneute Rückfälle, Lebensgewohnheiten wie Rauchen und Bewegung, Pflegestufe, aktueller Blutdruck, aktuelle Medikation, Blutzuckerwerte, Stoffwechselwerte, Gewicht des Patienten, Grad der Behinderung, die Lebensqualität und die Patientenzufriedenheit. In allen gemessenen Bereichen schnitt die Gruppe, die durch einen Case Manager begleitet wurde, besser ab.

Nächste Schritte

Momentan nehmen nur Versicherte der AOK PLUS im Regierungsbezirk Dresden teil. In Zukunft soll allen Schlaganfallpatienten in Ostsachsen diese besondere Versorgungsform angeboten werden. Ostsachsen ist für die Akutversorgung von Schlaganfallpatienten durch das Telemedizinische Netzwerk SOS-NET gut aufgestellt. Daher soll zukünftig in allen zum Netzwerk zugehörigen Kliniken ein Case Management in

der Nachversorgung angeboten werden. Hierfür braucht es eine gesicherte Finanzierung und aussagekräftige Evaluationsergebnisse.

In Planung ist eine Studie, um den Effekt des Nachsorgeprogramms auf die Schlaganfallrezidivquote, die Sterblichkeit und die Zielerreichung zu bestätigen. Verhandlungen zur Vertragsverlängerung mit der AOK PLUS sind ebenso in Planung wie Gespräche mit anderen Krankenkassen.

Ansprechpartner

Dr. med. Jessica Barlinn

Leiterin SOS-NET und SOS-Care
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden
Fetscherstraße 74
01307 Dresden
Telefon: 0351 – 458 181 63
E-Mail: Jessica.Barlinn@uniklinikum-dresden.de
<http://www.neuro.med.tu-dresden.de/sos-net/index.php/sos-care>

Uwe Helbig

Leitstelle SOS-Care/ Case Manager (DGCC)
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden
Fetscherstraße 74
01307 Dresden
Telefon: 0351 – 458 181 63
E-Mail: Uwe.Helbig@uniklinikum-dresden.de
www.neuro.med.tu-dresden.de/sos-net/index.php/sos-care

Heike Urban

Case Manager (DGCC)
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus 01307 Dresden
Fetscherstr. 74
01307 Dresden
Telefon: 0351 – 458 181 63
E-Mail: Heike.Urban@uniklinikum-dresden.de
www.neuro.med.tu-dresden.de/sos-net/index.php/sos-care

Literatur

www.gbe-bund.de/
www.destatis.de/
www.dimdi.de
<http://www.neuro.med.tu-dresden.de/sos-net/index.php/sos-care>
http://www.neuro.med.tu-dresden.de/sos-care/dokumente/ICP_Stand_23-09-11.pdf
http://www.neuro.med.tu-dresden.de/sos-net/dokumente/SOS-Care_im_Nervenarzt.pdf
http://www.neuro.med.tu-dresden.de/sos-net/dokumente/Bodechtel_et_al-2016-Brain_and_Behavior.pdf
http://www.neuro.med.tu-dresden.de/sos-care/dokumente/2016-09-05_Managementhandbuch_SOS_Care_8.Version.pdf
<http://www.telehealth-ostsachsen.de/>



Regine Söntgerath, Markus Wulfange, Juror Dr. Rolf Koschorrek (v.l.)

2. Preis

Sport und Bewegung in der Pädiatrischen Onkologie

Behandlungsbegleitende Bewegungsförderung und Sporttherapie für an Krebs erkrankte Kinder und Jugendliche

Autoren: Regine Söntgerath, Markus Wulfange und Holger Christiansen

Management Summary

Das Projekt integriert altersgerechte Bewegung und Sport in die Behandlung und den Alltag krebskranker Kinder und Jugendlicher, um behandlungs- und inaktivitätsbedingten Einschränkungen der körperlichen Leistungsfähigkeit entgegenzuwirken.

Bewegung und Sport stellen eine wichtige Ressource im Kindes- und Jugendalter dar [1, 2], zu welcher die Betroffenen jedoch längerfristig keinen Zugang haben – rücken doch im Falle einer Krebserkrankung die gängigen Möglichkeiten für körperliche Aktivität und Sport zunächst in weite Ferne (Schule, Freizeit, Sportverein, Kindergarten). Bewegung und körperliche Aktivität sind jedoch trotz der intensiven und oft langwierigen Behandlung keineswegs kontraindiziert. Eine zunehmende Anzahl an Studien belegt positive Effekte von körperlicher Aktivität während und nach Krebserkrankungen bei Kindern und Jugendlichen [3].

Das Projekt will den Patienten daher eine kontinuierliche Bewegungsförderung im Rahmen der Behandlung einer pädiatrischen Krebserkrankung ermöglichen. Das behandlungsbegleitende Interventionskonzept ist aufgeteilt in ein bewegungstherapeutisches Modul für die Patienten sowie ein psychoedukatives Elternmodul. Neben der Förderung der körperlichen Aktivität der Patienten im Rahmen des bewegungstherapeutischen Moduls werden die Eltern im Rahmen des Elternmoduls über den Nutzen von regelmäßiger Bewegung informiert und angeleitet, die körperliche Aktivität der Patienten selbstständig zu fördern. Im Anschluss an die stationäre und ambulante Intensivtherapie haben die Patienten die Möglichkeit, an speziellen Rehabilitationssportgruppen teilzunehmen.

Die Initiative zur Gründung des Projekts ging aus von Markus Wulftange, Diplomsporthelehrer und Dipl. Sozialarbeiter, Prof. Dr. Holger Christiansen, aktuell Leiter der kideronkologischen Station des UK Leipzig und dem damaligen Leiter der kideronkologischen Station, Prof. Dieter Körholz. Partner sind die Elternhilfe für krebskranke Kinder Leipzig e. V., das Universitätsklinikum Leipzig und der Rehasportverein Leipzig e. V. sowie die Krankenkassen TK Sachsen, IKK classic Sachsen, DAK-Gesundheit und die BARMER.

Das Projekt wird seit 2000 in der Kinderonkologie des Universitätsklinikums Leipzig umgesetzt und ist seitdem stetig gewachsen. Die Implementation des Konzepts wurde von 2013 bis 2017 im Rahmen einer Doktorarbeit evaluiert.

Derzeit besteht eine Refinanzierung des Projekts durch einzelne Krankenkassen sowie mehrheitlich über Spendengelder.

Versorgungsherausforderung

Die Behandlung einer Krebserkrankung geht einher mit starken körperlichen und psychischen Nebenwirkungen, häufigen stationären und ambulanten Krankenhausaufenthalten, Einschränkungen von Aktivitäten und einem hohen Risiko für zahlreiche Spätfolgen [4]. Das komplexe Zusammenspiel aus Erkrankung, Nebenwirkungen der Behandlung und körperlicher Inaktivität führt unter anderem zu signifikanten Verminderungen der körperlichen Leistungsfähigkeit und der Lebensqualität. Die ausgeprägte körperliche Inaktivität, die während und häufig auch nach der Behandlung auftritt, stellt eine zusätzliche Belastung für die Gesundheit der Patienten dar. Im Zuge der Behandlung haben die Patienten kaum Möglichkeiten, sich altersangemessen und in ausreichendem bzw. gewünschtem Maß zu bewegen.

Nach der Behandlung kommt es darüber hinaus häufig zu Einschränkungen bei der Teilnahme am Schulsport oder der Wiederaufnahme sportlicher Aktivitäten. Dadurch kommt es nicht selten zu einem vermin-

derthen Zutrauen in die eigenen Fähigkeiten und einem eingeschränkten Selbstwertgefühl, was in Folge der Behandlung weitere Hürden für ein körperlich aktives Bewegungsverhalten darstellt.

Um Nebenwirkungen und Spätfolgen der Behandlung zu minimieren, sollte möglichst früh mit der Bewegungsförderung begonnen werden. Denn Bewegung und Aktivität stellen Ressourcen im stationären und ambulanten Behandlungsalltag dar und können den Patienten helfen, ihre Krankheitssituation besser zu bewältigen.

Entstehungsgeschichte

Erst in den letzten Jahrzehnten hat ein langsamer Prozess des Umdenkens hinsichtlich Bewegung und Sport bei Patienten mit Krebserkrankungen stattgefunden. So wurden in den 70er- und 80er-Jahren teilweise noch regelrechte Bewegungsverbote während und nach Chemotherapie ausgesprochen. Auch gab es häufig noch keine beweglichen Infusionsständer, die deutlich zur Mobilität der Patienten hätten beitragen können.

Mittlerweile gibt es jedoch vielfältige Belege für die positive Wirkung von regelmäßiger körperlicher Aktivität bei Erwachsenen und Kindern mit Krebserkrankungen [3]. Darüber hinaus sind auch die negativen Auswirkungen von ausgeprägter körperlicher Inaktivität wissenschaftlich belegt und bekannt.

In Leipzig wird seit dem Jahr 2000 Bewegung und Sport in die Behandlung von an Krebs erkrankten Kindern und Jugendlichen integriert. Das Uniklinikum Leipzig war der erste Standort in Deutschland, der eine behandlungsbegleitende Bewegungsförderung im Rahmen einer Krebserkrankung bei Kindern und Jugendlichen umgesetzt hat.

Kernelemente

Zielgruppe

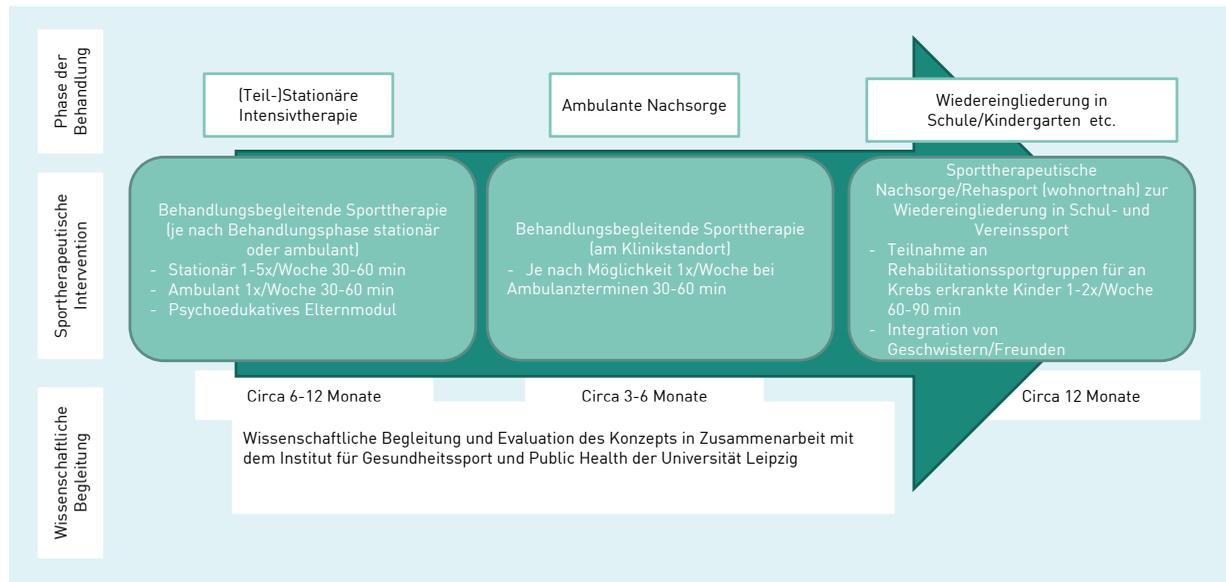
Das Konzept ist auf Kinder und Jugendliche mit Krebserkrankungen zugeschnitten, deren Eltern und ggf. Geschwisterkinder. Es ist insbesondere geeignet für akut erkrankte Patienten sowie für Patienten, die sich in der Nachsorge befinden, also nach Ende der Intensivtherapie. Die Zielgruppe umschließt alle Patienten, die wegen einer Krebserkrankung mittels Chemo- und/oder Strahlentherapie bzw. Stammzelltherapie auf der Kinderonkologie am UK Leipzig behandelt werden und deren Alter, Behandlung und aktueller Zustand Bewegung oder körperliche Aktivität nicht ausschließen.

Versorgungskonzept

Das Versorgungskonzept bietet die Möglichkeit der kontinuierlichen Bewegungsförderung – von der Akutbehandlung bis in die Nachsorge und gegebenenfalls darüber hinaus (siehe Abbildung 24). Es basiert auf der gesetzlichen Grundlage des SGB V § 43 Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation. Es wurde in Anlehnung an Modelle zur Bewegungstherapie in der medizinischen Rehabilitation entwickelt [6]. Ziel des

Konzepts ist es, den Bewegungsumfang bei krebskranken Kindern und Jugendlichen zu steigern. Weitere Teilziele sind behandlungsbedingten Nebenwirkungen entgegenzuwirken, wie zum Beispiel der Abnahme der Muskelkraft und der körperlichen Leistungsfähigkeit, sowie die Integration von regelmäßiger Bewegung in den stationären und ambulanten (Behandlungs-)Alltag.

Abbildung 24 Übersicht des Konzepts zur Bewegungsförderung für krebskranke Kinder und Jugendliche am Universitätsklinikum Leipzig



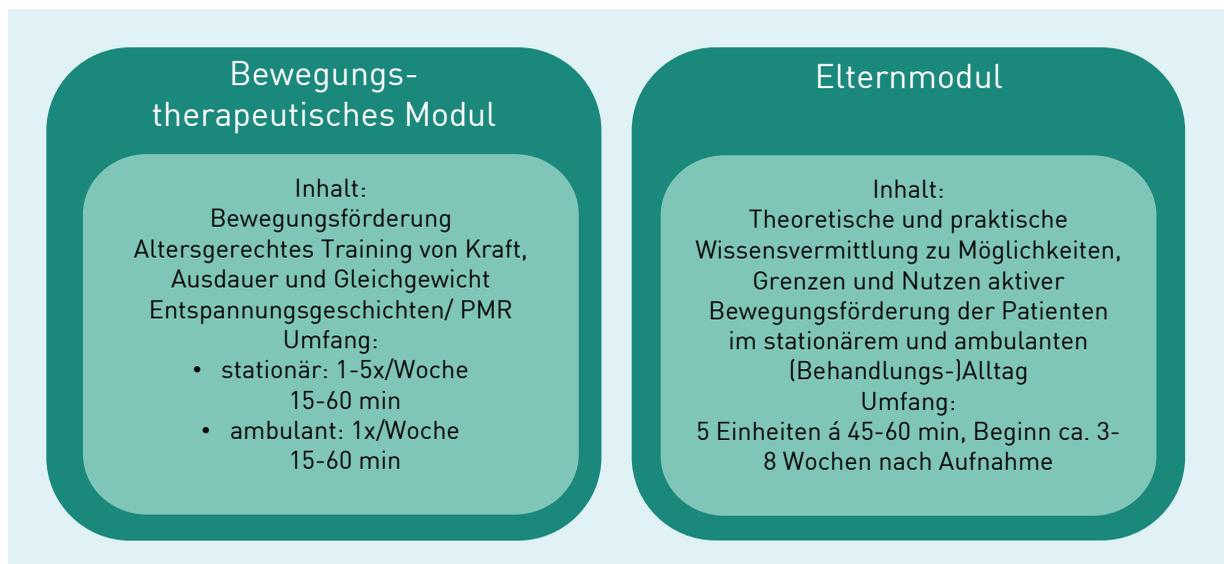
Quelle: Eigene Darstellung

Um eine frühstmögliche Mobilisation der Patienten und eine umfassende Förderung der körperlichen Aktivität zu ermöglichen, besteht die Intervention während der Akutbehandlung aus zwei Modulen (siehe Abbildung 25): einem bewegungstherapeutischen Modul und einem Elternmodul. Das bewegungstherapeutische Modul hat die Bewegungsförderung der Patienten zum Ziel. Das Elternmodul soll die Eltern für den Nutzen von körperlicher Aktivität sensibilisieren und zur aktiven Unterstützung der Bewegungsförderung ihres Kindes im heimischen Umfeld befähigen. So können stationäre Behandlungsphasen in der Klinik und ambulante Behandlungsphasen zuhause abgedeckt werden.

Während der Akutbehandlung steht die Bewegungsförderung der Patienten im Rahmen der Sporttherapie im Krankenhaus an erster Stelle, daneben erfolgt die Schulung der Eltern zur Bewegungsförderung ihrer Kinder zuhause. Nach Abschluss der Behandlung stehen ebenfalls spezielle Bewegungsangebote zur Verfügung. Begleitend zur Nachsorge können die Patienten die Sporttherapie weiterhin im Rahmen der Kontrolluntersuchungen am UK Leipzig und/oder im Rahmen der regelmäßigen Nachsorgesportgruppen zusammen mit ihren Geschwistern und/oder Freunden in Anspruch nehmen.

Das Konzept berücksichtigt dabei die durch die Erkrankung und deren Behandlung stark veränderte Lebenswelt der Betroffenen und bezieht die Eltern und gegebenenfalls die Geschwister in die Bewegungsförderung ein. Da die Patienten während der Zeit der Erkrankung und Behandlung nicht zum Sport kommen können (etwa in der Schule, in der Freizeit, im Sportverein) und am Klinikum einem äußerst bewegungsarmen Umfeld und Alltag ausgesetzt sind, müssen Sport und Bewegung im Rahmen der Sporttherapie zu den Patienten kommen, um regelmäßige, altersgerechte körperliche Aktivität und Bewegung zu ermöglichen. Durch die gezielten Bewegungsübungen sollen Körperfunktionen und -strukturen erhalten und die Patienten an regelmäßige körperliche Aktivitäten über den Zeitraum der Behandlung gewöhnt werden. Die Betroffenen werden so in ihrer Krankheitsbewältigung unterstützt.

Abbildung 25 Die behandlungsbegleitende Intervention besteht aus einem bewegungstherapeutischen Modul und einem psychoedukativen Elternmodul



Quelle: Eigene Darstellung

Die Dauer der Intervention umfasst die stationären und ambulanten Behandlungsphasen der Intensivtherapie und den Übergang in die Nachsorge.

Die Ziele der behandlungsbegleitenden Sporttherapie ergeben sich aus den akuten und mittelfristigen Nebenwirkungen, Belastungen und Einschränkungen der jeweiligen Erkrankung. Diesen versucht die Sporttherapie entgegenzuwirken.

Neben der ausgeprägten körperlichen Inaktivität zählen hierzu Einschränkungen der körperlichen Funktions- und Leistungsfähigkeit. Die Sporttherapie zielt daher konkret auf:

- die Integration und Förderung von Bewegung und körperlicher Aktivität in den stationären und ambulanten Alltag der Patienten
- die Förderung der motorischen Hauptbeanspruchungsformen, insbesondere von Ausdauer, Kraft, Gleichgewicht und Beweglichkeit
- die Förderung von Ressourcen und individuellen Stärken im Rahmen der Bewegungseinheiten

Die Einheiten beinhalten Übungen zum altersgerechten Ausdauer- und Krafttraining, Gleichgewichts- und Koordinationstraining und insbesondere bei jüngeren Patienten Möglichkeiten für bewegtes Spiel. Die Auswahl der Übungen orientiert sich an den individuellen Bedürfnissen, Einschränkungen, Vorlieben und Möglichkeiten der Patienten. Gezielte (Trainings-)Reize sollen die Funktionsfähigkeit von Muskel- und Nervenzellen erhalten. Hierzu wird angestrebt, dass die Patienten während ihrer Behandlung so oft wie möglich an der Sporttherapie teilnehmen – wenn möglich mindestens einmal bis zu maximal fünfmal pro Woche. Die Dauer der Einheiten richtet sich dabei nach der individuellen Belastbarkeit und sollte zwischen 15 und 60 Minuten betragen. Ein körperliches Training findet nur nach vorheriger Zustimmung durch das medizinische bzw. pflegerische Personal statt. Zusätzlich zu den aktiven Inhalten der Sporttherapie können Entspannungsübungen eingebaut bzw. separat in Anspruch genommen werden – wie Fantasiereisen, Igelballmassagen oder Progressive Muskelrelaxation (PMR), etwa bei innerer Unruhe oder Schmerzen. Diese Einheiten dienen neben der Entspannung der Patienten auch der Beziehungspflege zwischen Sporttherapeut und Patient, beispielsweise in längeren Phasen, in denen es den Patienten nicht möglich ist, körperlich aktiv zu sein. Die praktische Erfahrung zeigt, dass eine stabile Beziehung zwischen Sporttherapeut und Patient die Wiederaufnahme der körperlichen Aktivität erleichtern kann, etwa nach langen Phasen der Inaktivität oder bei geringer Motivation.

Das Elternmodul besteht aus fünf Einheiten, in denen die Eltern theoretisch und praktisch angeleitet werden, die Alltagsaktivität der Kinder während den stationären und ambulanten Behandlungsphasen zu fördern. Es soll die Eltern dazu befähigen, sich mit ihren Kindern zu bewegen und die körperliche Aktivität der Patienten selbstständig zu fördern – in stationären und ambulanten Behandlungsphasen der Akuttherapie genauso wie im Rahmen der Nachsorge. Die Eltern werden mit theoretischen Inhalten unterstützt, wie Handlungs- und Effektwissen, vor allem aber mit niedrigschwelligen, praktischen Umsetzungsmöglichkeiten.

Im Rahmen der Nachsorge werden derzeit vier wöchentlich stattfindende Sportgruppen angeboten, für unterschiedliche Altersstufen in den Bereichen Hallensport und Schwimmen.

Mehrwert und Patientenorientierung

Kindern und Jugendlichen mit Krebserkrankungen ist es über einen Zeitraum von mehreren Monaten bis Jahren nicht möglich, in ausreichendem Umfang körperlich aktiv zu sein. Durch die intensive Behandlung und die damit häufig einhergehende Immunsuppression sind gewohnte körperliche Aktivitäten und Bewegungsräume in der Regel nicht zugänglich, etwa in der Schule, auf dem Spielplatz, im Sportverein oder gemeinsam mit Freunden. Darüber hinaus ist die Behandlung einer Krebserkrankung mit langen Liege-

und Sitzzeiten verbunden. Eine solch ausgeprägte körperliche Inaktivität, wie sie im Rahmen der Behandlung häufig auftritt, ist jedoch medizinisch weder indiziert noch aus sportwissenschaftlicher Sicht vertretbar. Vielmehr entsteht durch die körperliche Inaktivität im Rahmen der Behandlung für die Patienten eine zusätzliche Gesundheitsbelastung. Durch regelmäßige Aktivität und Bewegung im Rahmen der Behandlung können Entwicklungsverzögerung, Einschränkungen der körperlichen Leistungsfähigkeit und Nebenwirkungen vermindert werden, wie etwa Fatigue, Polyneuropathie oder depressive Stimmungszustände. So können neben der körperlichen und psychischen Gesundheit die Lebensqualität und die Krankheitsbewältigung der Patienten begleitend zur Behandlung unterstützt werden.

Darüber hinaus ergibt sich aus dem gesundheitsförderlichen Potenzial von Bewegung und körperlicher Aktivität ein genereller Nutzen durch die gesundheitsprotektive Wirkung von körperlicher Aktivität, insbesondere im Hinblick auf lebensstilassoziierte Erkrankungen, wie Übergewicht, Diabetes mellitus II, Bluthochdruck, koronare Herzkrankheit etc. Personen, die im Kindesalter an Krebs erkrankt waren, haben für diese Erkrankungen häufig ein erhöhtes Risiko. Aus diesem Grund ist bei der Bewegungsförderung von Kindern und Jugendlichen mit Krebserkrankungen eine langfristige Perspektive unabdingbar.

Alle Inhalte werden individuell auf den einzelnen Patienten angepasst. Dabei müssen der aktuelle körperliche und psychische Zustand der Patienten berücksichtigt werden, deren Vorlieben, der motorische Entwicklungsstand, die aktuelle körperliche Leistungsfähigkeit und gegebenenfalls spezifische Nebenwirkungen der Behandlung. Nur so kann Bewegung als Ressource im Behandlungsalltag von an Krebs erkrankten Kindern und Jugendlichen verfügbar gemacht werden. Das generelle Bedürfnis nach Bewegung von Heranwachsenden kann so berücksichtigt werden. Über die regelmäßige Bewegung können für die körperliche und psychische Gesundheit wichtige Bereiche gefördert werden, wie die motorische Entwicklung, die körperliche Leistungsfähigkeit, das Selbstkonzept, die Selbstwirksamkeit und eine positive Bindung der Patienten an körperliche Aktivität. Durch die Integration der Eltern in die Bewegungs- und Sporttherapie soll eine langfristige Förderung der körperlichen Aktivität der Patienten erreicht werden.

Auch für das Gesundheitssystem ergibt sich langfristig ein möglicher positiver Effekt bzw. eine Kostenreduktion.

Finanzierung

Das Projekt wird derzeit größtenteils über Spenden an den Elternhilfverein finanziert (Elternhilfe für krebskranke Kinder Leipzig e. V.). Finanziert werden hierüber die Sporttherapeuten Markus Wulfange, Dipl. Sportlehrer, und Regine Söntgerath, M.Sc. Sportwissenschaftlerin, sowie die benötigten Materialien und Geräte. Darüber hinaus besteht derzeit eine Refinanzierung über einzelne Krankenkassen, die die Leistung anteilig für ihre Patienten am UK Leipzig übernehmen. Etwa 20 bis 30 Prozent der teilnehmenden Patienten sind bei diesen Krankenkassen versichert. Dabei wird die Sporttherapie im Rahmen der stationären und ambulanten Intensivbehandlung bis zu dreimal pro Woche stationär oder einmal pro Woche ambulant für die Dauer von einem Jahr übernommen. Im Rahmen der Nachsorge wird die Teilnahme an den Nachsorgesportgruppen einmal pro Woche ebenfalls für die Dauer von einem Jahr übernommen.

Management

Das Projekt wird vornehmlich durch Markus Wulfange und Regine Söntgerath organisiert und umgesetzt.

Markus Wulfange übernimmt dabei Aufgaben im Bereich der Kommunikation mit den Krankenkassen, der Akquirierung von Spendengeldern, der praktischen Arbeit mit den Patienten im Bereich der stationären Intensivtherapie sowie die Betreuung der Nachsorgesportgruppen für Patienten nach Abschluss der Behandlung.

Regine Söntgerath übernimmt die praktische Arbeit mit den Patienten im stationären und ambulanten Bereich sowie die wissenschaftliche Evaluation der Intervention und vertritt den Standort Leipzig im Rahmen des DFG-geförderten Nachwuchswissenschaftler-Netzwerks ActiveOncoKids Research Group.

Die konzeptionelle Ausarbeitung und Weiterentwicklung des Projekts sowie die Kommunikation mit anderen Standorten im Rahmen des Netzwerks ActiveOncoKids und darüber hinaus wird gemeinsam von Markus Wulfange und Regine Söntgerath umgesetzt.

Evaluation

Das Interventionskonzept wurde in Bezug auf das bewegungstherapeutische Modul im Rahmen einer quasi-experimentellen Feldstudie untersucht und bewertet. An der Studie nahmen N=20 Patienten im Alter von sechs bis 18 Jahren teil. Gegenstand der Evaluation waren die Programmdurchführung hinsichtlich der Machbarkeit und die Beurteilung der Intervention durch die Patienten, deren Eltern und das Personal der Pädiatrischen Onkologie am UK Leipzig. Zusätzlich erhoben wurden die körperliche Leistungsfähigkeit und die Lebensqualität begleitend zur Teilnahme an der Intervention, an fünf Messzeitpunkten im Abstand von drei Monaten, über den Zeitraum von einem Jahr.

Die Ergebnisse bestätigen die Machbarkeit und Sicherheit behandlungsbegleitender Bewegungsförderung bei an Krebs erkrankten Kindern und Jugendlichen. Die Sporttherapie wird insbesondere in den ersten sechs bis neun Monaten der Behandlung bzw. begleitend zur Intensivtherapie angenommen, da in diesem Zeitraum auch die stationären und ambulanten Klinikaufenthalte am häufigsten sind. Die Häufigkeit, mit der Bewegungseinheiten im Einzelfall umgesetzt werden können, ist von vielen verschiedenen Faktoren abhängig und fällt deshalb sehr unterschiedlich aus. Im Mittel wurden im Rahmen der Studie 30 ± 12 (9–59) Einheiten je Teilnehmer absolviert. Die Dauer der Einheiten liegt in der Regel zwischen 20 und 40 Minuten. Nach Abschluss der Intensivtherapie nimmt die Häufigkeit der Teilnahme deutlich ab. Das Modul eignet sich somit als erster Bestandteil einer langfristigen Bewegungsförderung im Sinne einer kontinuierlichen Rehabilitationskette.

Die subjektive Beurteilung der Sporttherapie durch die involvierten Personen zeigt mehrheitlich ein positives Bild. Sowohl von den Patienten, deren Eltern, als auch durch das Personal wird die Intervention als sinnvoll und hilfreich beschrieben. Dennoch lassen sich verschiedene Verbesserungsmöglichkeiten ableiten. Die Beurteilung der Intervention durch die Patienten lässt darauf schließen, dass diese inhaltlich

angemessen konzipiert wurde. Zu prüfen ist jedoch, ob und wie die Intervention noch häufiger angeboten und umgesetzt werden kann. Dies wurde durch mehrere Teilnehmer sowie seitens großer Teile des Personals im Rahmen der Befragungen gewünscht und wäre im Sinne einer möglichst häufigen und regelmäßigen Umsetzung erstrebenswert. Darüber hinaus ist zu überlegen, ob die Häufigkeit der Teilnahme evtl. durch positive Verstärker oder Belohnungssysteme erhöht werden kann. Die Beurteilung der behandlungsbegleitenden Sporttherapie durch die Eltern weist ebenfalls auf eine hohe Zufriedenheit mit dem bewegungstherapeutischen Modul hin. Insbesondere zum Ende der Intensivtherapie bzw. zu Beginn der Nachsorge zeigt sich jedoch ein erhöhter Informationsbedarf hinsichtlich der Möglichkeiten der Bewegungsförderung und Motivationshilfen zur regelmäßigen Bewegung für die Zeit nach der Intensivtherapie. Dieser Bedarf sollte im Rahmen des Elternmoduls abgedeckt werden. Die Beurteilung durch auf der Pädiatrischen Onkologie tätiges Personal fällt ebenfalls mehrheitlich positiv aus. Jedoch besteht ein großer Informationsbedarf hinsichtlich der Inhalte der Intervention und der Wirkung von Bewegung und Aktivität bei Kindern und Jugendlichen mit Krebserkrankungen sowie ein hoher Bedarf an interdisziplinärer Kommunikation.

Mit Blick auf die körperliche Leistungsfähigkeit zeigen sich zu erwartende starke Einschränkungen, deren Ausmaß und Verlauf anhand der erfolgten Auswertung nachvollzogen werden kann. Insbesondere innerhalb der ersten drei bis sechs Monate der Behandlung fallen die Einschränkungen der körperlichen Leistungsfähigkeit sehr stark aus und zeigen in den Monaten danach Annäherungen an die Normwerte. Dennoch treten bezüglich der Leistungsfähigkeit auch ein Jahr nach Diagnosestellung, also in der Regel nach Abschluss der Intensivtherapie und der Absolvierung einer vierwöchigen stationären Rehabilitation, weiterhin statistisch teils hochsignifikante Einschränkungen ($p < 0.05$) gegenüber den Vergleichswerten gesunder Gleichaltriger mit einer mittleren bis mehrheitlich großen Effektstärke auf ($r > 0.30$). Dies zeigt, dass trotz der Teilnahme an dem bewegungstherapeutischen Modul und der stationären Rehabilitationsmaßnahme weiterhin ein großer Bedarf an gezielten Bewegungsangeboten im Rahmen der Nachsorge besteht. In Bezug auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität zeigen sich mehrheitlich keine bzw. geringe Einschränkungen im Vergleich zu gesunden Gleichaltrigen. Zu beachten ist jedoch, dass die Einschätzungen diesbezüglich in der Stichprobe einer starken Streuung unterliegen und diese sowohl sehr stark als auch gering eingeschränkte Patienten umfasste. Sowohl die Beurteilung der Lebensqualität durch die Patienten als auch durch deren Eltern zeigen einen positiven Einfluss der familiären Beziehungen auf die Lebensqualität. Ein Jahr nach Diagnosestellung zeigen sich Tendenzen eines posttraumatischen Wachstums hinsichtlich verschiedener Bereiche der Lebensqualität ($p < 0.05$). Die Eltern schätzen die Lebensqualität ihrer Kinder tendenziell schlechter ein als diese selbst. Über alle Untersuchungsbereiche konstant zeigt sich ein Einfluss der Intensivtherapie sowohl auf die Häufigkeit der Teilnahme an der Intervention als auch auf die körperliche und psychische Verfassung bzw. die Lebensqualität der Patienten.

Die Evaluation zeigt, dass körperliche Aktivität während und nach Krebserkrankungen im Kindes- und Jugendalter ausdrücklich zu empfehlen ist – unter Einhaltung notwendiger Hygienemaßnahmen und der Beachtung bestimmter Kontraindikationen. Eine situations- und zielgruppenspezifische Bewegungsförderung ist sowohl in Anbetracht des Ausmaßes der körperlichen Inaktivität im Zuge der Behandlung als auch der körperlichen und psychischen Nebenwirkungen und Spätfolgen der Behandlung notwendig.

Dennoch gehört die behandlungsbegleitende Sporttherapie bislang nicht zur Regelversorgung einer pädiatrischen Krebserkrankung in Deutschland und ist den meisten Betroffenen nicht zugänglich [5].

Nächste Schritte

Zunächst ist die Absicherung der Finanzierung durch weitere Krankenkassen geplant, die für die Refinanzierung des Projekts am UK Leipzig gewonnen werden müssen. Dies geschieht im Hinblick auf eine Verstetigung und die dauerhafte finanzielle Sicherung des Angebots. Darüber hinaus ist eine Ausweitung des Angebots auf andere Orte in Sachsen geplant, insbesondere im Bereich der Nachsorgegruppen, damit auch Patienten mit langen Anfahrtswegen zur Klinik erreicht werden können.

Zur Weiterentwicklung der behandlungsbegleitenden Sporttherapie im pädiatrisch-onkologischen Setting ist der Standort Leipzig im Rahmen des deutschlandweiten Netzwerks ActiveOncoKids mit anderen Standorten vernetzt, die eine sporttherapeutische Versorgung anbieten. In diesem Zusammenhang sind auch weitere Forschungsbemühungen zu den Effekten von Bewegung und Sport begleitend zur Behandlung einer Krebserkrankung im Kindes- und Jugendalter geplant. Darüber hinaus sollen weitere Standorte für die Umsetzung einer behandlungsbegleitenden Bewegungsförderung gewonnen werden.

Ansprechpartner

Prof. Dr. med. Holger Christiansen

Leiter der selbst. Abteilung für Pädiatrische Onkologie
Universitätsklinikum Leipzig, Pädiatrische Onkologie, Hämatologie und Hämostaseologie
Liebigstraße 20a
04103 Leipzig
Telefon: 0341 – 972 615 1
E-Mail: holger.christiansen@medizin.uni-leipzig.de
www.kinderonkologie.uniklinikum-leipzig.de

Markus Wulfange

Wissenschaftlicher Mitarbeiter/Dipl. Sportlehrer/
Dipl. Sozialarbeiter
Universitätsklinikum Leipzig, Pädiatrische Onkologie, Hämatologie und Hämostaseologie
Liebigstraße 20a
04103 Leipzig
Telefon: 0341 – 972 632 8
E-Mail: markus.wulfange@medizin.uni-leipzig.de
www.kinderonkologie.uniklinikum-leipzig.de

Regine Söntgerath

Wissenschaftliche Mitarbeiterin/
Sportwissenschaftlerin M. Sc.
Universitätsklinikum Leipzig, Pädiatrische Onkologie, Hämatologie und Hämostaseologie
Liebigstraße 20a
04103 Leipzig
Telefon: 0341 – 972 632 8
E-Mail: regine.soentgerath@medizin.uni-leipzig.de
www.kinderonkologie.uniklinikum-leipzig.de

Literatur

- [1] Janssen, I. & LeBlanc, A. G. (2010). Systematic Review of the Health Benefits of Physical Activity and Fitness in School- Aged Children and Youth. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 7, 40.
- [2] Schulz, K. H., Meyer, A. & Langguth, N. (2012). Körperliche Aktivität und psychische Gesundheit. *Bundesgesundheitsbl*, 55:55–65.
- [3] Baumann, F. T., Bloch, W. & Beulertz, J. (2013). Clinical exercise interventions in pediatric oncology: a systematic review. *Pediatr Res*, 74, 366–74.
- [4] Wilson, C. L., Gawade, P. & Ness, K. K. (2015). Impairments that Influence Physical Function among Survivors of Childhood Cancer. *Children*, 2 (1), 1–36.
- [5] Söntgerath, R., Freier, S., Wulftange, M. & Eckert, K. (2016). Qualitätsmerkmale und Verbreitungsgrad behandlungsbegleitender Sporttherapie bei pädiatrisch-onkologischen Erkrankungen in Deutschland. *Klin Padiatr* (zur Veröffentlichung angenommen).
- [6] Pfeifer, K., Sudeck, G., Brüggemann, S. & Huber, G. (2010). DGRW-Update: Bewegungstherapie in der medizinischen Rehabilitation – Wirkungen, Qualität, Perspektiven. *Rehabilitation*, 49, 224–36.



Dr. Claudia Wöhler, Andreas Brockmann, Dr. Elisabeth Grundwald, Martina Pietralla, Prof. Dr. Karl Ulrich Petry, Juror Prof. Dr. Dr. h.c. Peter C. Scriba (v.l.)

1. Preis

WOLPHSCREEN

Das Wolfsburger primäre HPV Screening Pilotprojekt zur besseren Prävention von Gebärmutterhalskrebs (Cervix-Ca = CCa)

Autor: Karl Ulrich Petry

Management Summary

Das Wolfsburger Pilotprojekt zum HPV-Screening will dazu beitragen, die HPV-negative Majorität ohne Risiko zu erkennen und ihr unnötige Diagnostik und Fehlbehandlungen zu ersparen. Gleichsam kann die HPV-positive Minorität mit erhöhtem Risiko gezielt identifiziert werden. Auf sie kann sich so die ganze professionelle Fürsorge fokussieren.

Gebärmutterhalskrebs entsteht in fast allen Fällen als Folge einer über viele Jahre bis Jahrzehnte andauernden Infektion mit humanen Papillomviren (HPV). Durch diesen starken Zusammenhang kann durch den HPV-Nachweis das langfristige individuelle Risiko exakt eingeschätzt werden; an dieses Risiko angepasste Behandlungspfade können so die Entstehung von Krebs sicher verhindern.

Teilnehmerinnen werden in den Praxen aufgeklärt, stimmen der Teilnahme schriftlich zu, füllen einen Fragebogen aus und werden bei unauffälligen Befunden bzw. sehr niedrigem Risiko ausschließlich in der Praxis betreut. Bei negativem HPV-Test und unauffälliger Zytologie erfolgt die nächste Vorsorge in fünf Jahren. Ergibt sich die Notwendigkeit einer Abklärung mittels Kolposkopie, wird automatisch die Praxis informiert und der Patientin ein Termin zugewiesen. Frauen, bei denen durch Kolposkopie eine Erkrankung ausgeschlossen wurde, werden durch die Praxen weiter betreut. Werden Krebsvorstufen diagnostiziert, erfolgt die Behandlung im Klinikum in der zertifizierten Dysplasieeinheit. Patientinnen mit Cervixkarzinom werden im zertifizierten gynäkologischen Krebszentrum therapiert. Nach abgeschlossener Therapie erfolgt die weitere Betreuung wieder in der Praxis.

Das Pilotprojekt begann 2006 mit den folgenden Partnern:

- Deutsche BKK/BARMER
- Audi BKK
- sowie allen Gynäkologen in Wolfsburg und 15 Praxen in Gifhorn, Helmstedt, Braunschweig
- Klinikum Wolfsburg

WOLPHSCREEN wird von den teilnehmenden Krankenkassen finanziert; in den ersten Jahren wurden von der Deutschen BKK Mittel aus dem RSA genutzt. Im wissenschaftlichen Teil beteiligen sich die Firma Hologic, die Niedersächsische Krebsgesellschaft und die Europäische Kommission. Die verbleibenden wissenschaftlichen Projekte werden von der Frauenklinik aus Eigenmitteln finanziert.

Bis Dezember 2016 wurden ins Projekt *WOLPHSCREEN* insgesamt mehr als 26.000 Frauen eingeschlossen. Dabei war die Teilnahmerate mit mehr als 87 Prozent in fünf Jahren überdurchschnittlich hoch, die Patientenpfade wurden zu mehr als 90 Prozent eingehalten. Die Neuerkrankungsrate bei Gebärmutterhalskrebs konnte im Verlauf signifikant gesenkt werden; auch Krebsvorstufen wurden zu mehr als 90 Prozent bei der ersten Untersuchung diagnostiziert, das verbleibende Risiko war unerwartet niedrig. *WOLPHSCREEN*-Teilnehmerinnen sind die am besten vor Gebärmutterhalskrebs geschützten über 30-jährigen Frauen in Deutschland.

Versorgungsherausforderung

Nahezu alle Fälle von Gebärmutterhalskrebs und deren obligate Gewebsveränderungen, die mit einem erhöhten Risiko für die Vorstufe einer bösartigen Krebserkrankung einhergehen, werden verursacht durch eine über viele Jahre bis Jahrzehnte andauernde Infektion mit humanen Papillomaviren (HPV), die zu den häufigsten sexuell übertragenen Viren der Welt gehören.

Dieser starke Zusammenhang macht es möglich, durch den HPV-Nachweis das langfristige individuelle Risiko exakt einzuschätzen, an Gebärmutterhalskrebs zu erkranken.

Das Projekt *WOLFSCREEN*, ein integriertes Versorgungsprojekt nach § 140a SGB V, hat sich diesen Zusammenhang zu Nutze gemacht, um anhand eines speziell dafür entwickelten Vorsorgetests, der den HPV-Virus nachweisen kann, die Zahl der an Gebärmutterhalskrebs erkrankten Frauen zu senken und gleichzeitig unnötige Behandlungen zu minimieren.

Die Prävention des Gebärmutterhalskrebses durch Vorsorge zielt auf die Entdeckung einer fortgeschrittenen Krebsvorstufe (CIN3) und deren Behandlung zur Vermeidung von Gebärmutterhalskrebs. Teilnehmende Frauen können anhand des Testergebnisses in Risikogruppen eingeteilt werden. Je nach Höhe des Risikos, können dann durch angepasste Interventionen gezielt vorhandene Krebsvorstufen diagnostiziert und sofort behandelt werden.

In der aktuellen deutschen Vorsorge (mit jährlichen zytologischen Untersuchungen, bei denen Abstriche genommen werden), liegt das Risiko für gesunde Frauen bei knapp 15 Prozent, im Fünfjahresintervall durch falsch positive Vorsorgebefunde unnötig behandelt zu werden. Andererseits lag die Sensitivität der Zytologie für CIN3 in deutschen Studien unter 50 Prozent.

Weiterhin fehlen in Deutschland bislang sowohl Einladungssysteme, durch die in Frage kommende Frauen zur Teilnahme eingeladen werden können, als auch ein klarer Abklärungsalgorithmus und eine Qualitätskontrolle der Patientenpfade. Die Folge sind jährlich Millionen unnötiger Untersuchungen bei Gesunden, während gleichzeitig mehr als 2.000 Frauen an Gebärmutterhalskrebs erkranken, obwohl sie regelmäßig an den Vorsorgeuntersuchungen teilgenommen haben. In den Jahren 2004 bis 2005 hatte beispielsweise mehr als die Hälfte der an einem Gebärmutterhalskrebs erkrankten Frauen in Wolfsburg zuvor regelmäßig an den Vorsorgeuntersuchungen teilgenommen.

Insbesondere die Untergruppe der Patientinnen mit Adenokarzinomen schien nach Daten des Robert Koch-Instituts regelmäßig der Vorsorge zu entgehen, jedenfalls hatte sich an der Häufigkeit des Auftretens dieser Karzinome durch die Einführung der Vorsorge nichts geändert. Auch das Management auffälliger Vorsorgebefunde hing stark vom betreuenden Gynäkologen und nicht von den klinischen Notwendigkeiten ab. In einer deutschlandweiten repräsentativen Datenerhebung ergab sich zum damaligen Zeitpunkt, dass mehr als 90 Prozent aller Frauen mit auffälligen zytologischen Befunden nicht entsprechend der europäischen Standards versorgt wurden und es eine erschreckend hohe Rate an unnötigen Operationen/Hysterektomien gab.

Im Klinikum Wolfsburg stand bereits seit 2004 eine Dysplasie-Sprechstunde zu Verfügung, die Frauen mit Zellveränderungen mittels Muttermundspiegelung minimal invasive Diagnostik- und Therapieverfahren auf internationalem Niveau anbot. Außerdem erfolgte eine sehr gute Zusammenarbeit zwischen Klinikum, den niedergelassenen Gynäkologen und der in Wolfsburg ansässigen Deutschen BKK.

Die Grundidee des Projekts war, durch Vorsorgetests Teilnehmerinnen in Risikogruppen einzuteilen und das Management an das individuelle Risiko so anzupassen, dass vorhandene Krebsvorstufen rasch diagnostiziert und behandelt werden konnten, um die Entstehung von Krebs so zu verhindern. Damit sollte die

Zahl der Neuerkrankungen weiter gesenkt und die unnötigen Behandlungen gleichzeitig minimiert werden.

Eine unerwartete Herausforderung war die zunächst ablehnende Haltung von Lobbygruppen der Zytologie und des Berufsverbands der Frauenärzte (BVF), die sich durch das Pilotprojekt existenziell bedroht sahen und erheblichen Druck auf die Teilnehmer ausübten. Die Sorge des BVF, dass Frauen aufgrund des Fünfjahresintervalls bei negativem HPV-Test nicht mehr zur jährlichen Untersuchung in die Praxis kämen, erwies sich aber als unbegründet. Der Vertrag sah nicht die Abschaffung der jährlichen gynäkologischen Untersuchung vor, sondern nur des jährlichen Abstrichs. Tatsächlich kamen WOLPHSCREEN-Teilnehmerinnen sogar in einem höheren Prozentsatz zur jährlichen Untersuchung als Versicherte anderer Kassen.

Entstehungsgeschichte

Im Jahr 2004 lud die Deutsche BKK alle Ärzte in Wolfsburg zu einem gemeinsamen Gespräch und bat um Vorschläge für integrierte Versorgungsprojekte. 2005 wurde aus drei möglichen Projekten *WOLPHSCREEN* ausgewählt. Entscheidend für diese Wahl war das Vorhandensein einer anerkannt leistungsstarken Dysplasie-Sprechstunde und die wissenschaftlichen Erfahrungen von Prof. Petry bei der Durchführung der sogenannten Hannover-Tübingen Studie (HaT-trial), deren Daten in eine von der EU geförderte europäische Sechsjahres-Analyse eingingen. Hier ergab sich eine perfekte Risikoabschätzung entsprechend der erhobenen Vorsorgebefunde. So war das Risiko für die Erkrankung an Gebärmutterhalskrebs und Vorstufen für Frauen mit positivem HPV-Test und auffälliger Zytologie mit 28 Prozent sehr hoch und für HPV-negative Frauen mit normaler Zytologie fast gleich Null.

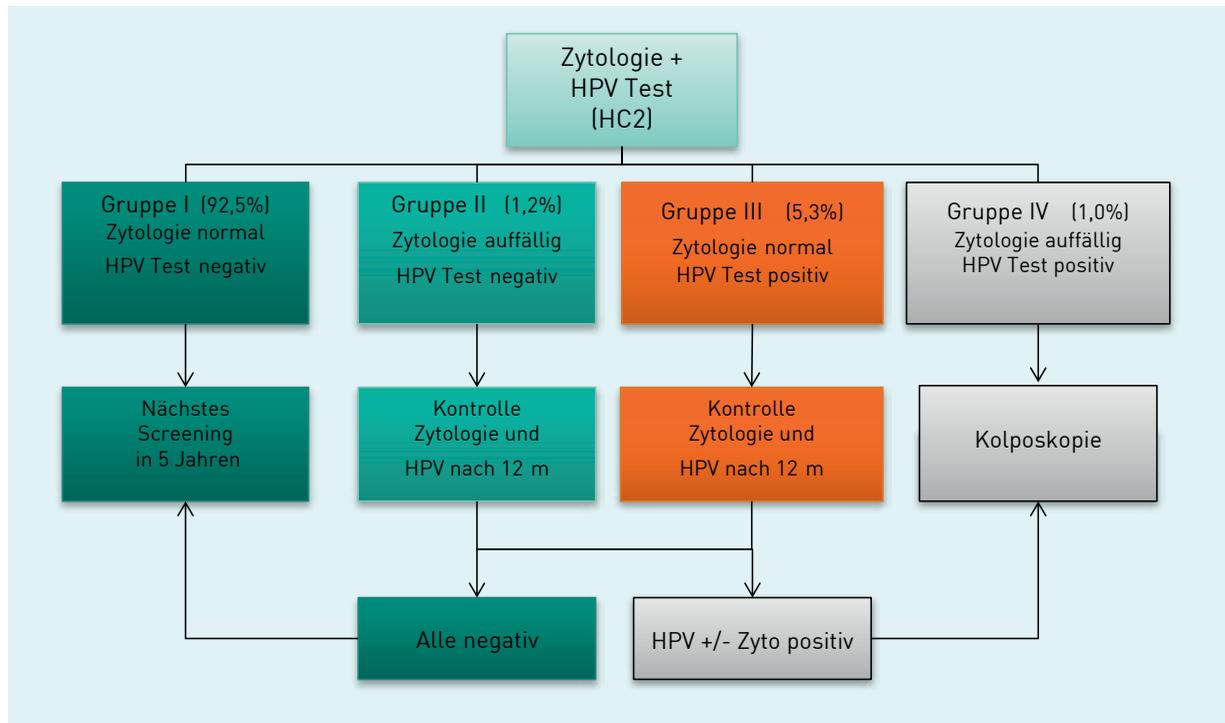
Die Deutsche BKK bewertete den Vorschlag als hervorragend und betrachtete *WOLPHSCREEN* in der Folge als Leuchtturmprojekt. Die Deutsche BKK nahm die KV als weiteren Partner mit an Bord.

Kernelemente

Durch die Ko-Testung aus Zytologie und HPV-Test werden vier Risikogruppen gebildet. Gruppe 1 umfasst mit 92,5 Prozent der Teilnehmerinnen die große Mehrzahl mit negativem HPV-Test und unauffälliger Zytologie. Bei diesen Frauen besteht in den nächsten fünf Jahren ein äußerst geringes Risiko für die Erkrankung an CIN3+ von nur 0,005 Prozent; deshalb erfolgt das nächste Screening erst nach fünf Jahren.

Gruppe 4 ist mit nur einem Prozent aller Teilnehmerinnen die kleinste Gruppe. Bei diesen Frauen mit positivem HPV-Test und auffälliger Zytologie ist das Risiko für das Vorliegen von CIN3+ mit 38 Prozent aber so hoch, dass die sofortige Überweisung zur weiteren Abklärung gerechtfertigt ist.

Abbildung 26 Gesamtstruktur des Projektes



Quelle: Eigene Darstellung

1,2 Prozent der Frauen finden sich in Gruppe 2 mit auffälliger Zytologie, aber negativem HPV-Test. Das Risiko für CIN3+ ist zwar gering [95% CI 0–1,5%], es wurde aber ein identischer Abklärungspfad vereinbart wie für die 5,2 Prozent der Teilnehmerinnen in Gruppe 3 mit positivem HPV-Test, aber normaler Zytologie. Das CIN3-Risiko für Gruppe 3 lag mit neun Prozent unter dem international üblichen Wert von 15 Prozent, der eine direkte Überweisung zur Kolposkopie rechtfertigt. In den Gruppen 2 und 3 erfolgte nach einem Jahr die Kontrolle, bei jeglicher Auffälligkeit wurden Teilnehmerinnen dann überwiesen, andernfalls in die Routine zurück überführt.

Zielgruppe

Zielgruppe sind alle weiblichen Versicherten der teilnehmenden Krankenkassen im Alter von 30 bis 70 Jahren. Ausgeschlossen sind Frauen ohne Gebärmutterhals und Frauen, bei denen innerhalb der letzten zwölf Monate auffällige Vorsorgebefunde vorlagen. *WOLPHSCREEN* wandte sich zunächst an die Frauen, die aus eigenem Antrieb in gynäkologische Praxen zur Vorsorge kamen. Nach zwei Jahren wurden alle verbleibenden im Stadtgebiet Wolfsburg lebenden Versicherten angeschrieben, was zu einer nochmaligen Steigerung der Teilnehmerate führte.

Überweisung zu Kolposkopie rechtfertigt. Nach unauffälliger Muttermundspiegelung (Kolposkopie) und/oder nach erfolgreicher Therapie ist das Risiko für Gebärmutterhalskrebs (CCa) oder seine Vorstufe (CIN3) wieder sehr gering und kann durch Betreuung in der Praxis gemanagt werden. Die Mehrzahl dieser Patientinnen kehrt in die Null-Risikogruppe mit normalen Zellproben und negativem HPV-Test zurück. Die Abbildungen 26 und 27 stellen zum einen die gesamte Struktur des Projektes dar, zum anderen die Risikogruppen mit den jeweiligen Abklärungsmodalitäten.

Da die durchschnittliche Reaktionszeit (Latenzzeit) zwischen initialer HPV-Infektion und invasivem Karzinom 15 bis 30 Jahre beträgt und die minimale Latenzzeit sechs bis sieben Jahre, ergibt sich hieraus eine in der Onkologie einmalige und für die Prävention des Gebärmutterhalskrebs relevante Schlussfolgerung: Ist eine Infektion des Gebärmutterhalses mit HR-HPV ausgeschlossen, dann kann jegliche Gefahr für die Erkrankung am Gebärmutterhals für die kommenden sechs bis sieben Jahre auch ausgeschlossen werden. Eine auf dem HPV-Nachweis basierende Vorsorge kann somit bei HPV-negativen Teilnehmerinnen eine Überdiagnostik und -therapie vermeiden – und umgekehrt die erforderliche Aufmerksamkeit auf die Frauen fokussieren, bei denen tatsächlich ein Risiko für das Vorliegen und die Entwicklung von Krebsvorstufen und Krebs besteht.

Mehrwert und Patientenorientierung

WOLPHSCREEN hat bei fast jedem Vergleich besser abgeschlossen als der deutsche Standard:

1. Weniger Karzinome: Nach der abgeschlossenen ersten Screening-Runde ist nachfolgend das Risiko für eine Erkrankung an Gebärmutterhalskrebs niedriger als in der ersten Runde und niedriger als im deutschen oder europäischen Durchschnitt.
2. Effizientere Erfassung von Krebsvorstufen: Mehr als 90 Prozent aller schwergradigen Gewebeveränderungen (CIN3+) wurden bei der ersten Kolposkopie diagnostiziert.
3. Wenig Fehlbehandlungen: Mehr als 90 Prozent aller therapierten Frauen waren tatsächlich an relevanten Neubildungen von Körpergewebe (Neoplasien) erkrankt. Der europäische Qualitätsstandard von mindestens 85 Prozent wurde somit deutlich erreicht.
4. Adäquate Überweisungsrate: Weniger als vier Prozent aller Teilnehmerinnen wurden in fünf Jahren zur Kolposkopie überwiesen. Insgesamt führt die Einführung eines HPV-basierten Screening anfänglich zu einer Steigerung der Überweisungen; im Langzeitverlauf sinkt die Rate aber auf weniger als zwei Prozent pro Fünfjahres-Runde.
5. Gute Teilnahmerate: Leider ließen sich in den Datenbanken der Krankenkassen Frauen nach Gebärmutterentfernung nicht sicher erkennen; die Teilnahmerate ist deshalb nicht ganz exakt messbar – sie lag 2011 bei 87 bis 93 Prozent.
6. Gute Fokussierung auf Frauen mit hohem Risiko, dadurch komplette Entlastung der HPV-negativen Frauen und der Leistungserbringer durch Vermeidung von unnötigen Untersuchungen.

7. Kosteneffizienz: Eine auf WOLPHSCREEN-Daten basierte Modellrechnung für ein auf ganz Deutschland übertragenes HPV-Screening ergab signifikante Kostenreduktionen im Vergleich mit dem aktuellen Standard.

Ein weiterer Mehrwert ist die Schaffung von Daten und Wissen für das geplante deutsche Vorsorgeprogramm, das ebenfalls auf einer Ko-Testung von Zytologie und HPV-Testung basiert sein wird. Die aktuell in WOLPHSCREEN erhobenen Daten der Frauen, die seit 2016 zu ihrer dritten Screeningrunde nach zehn Jahren Teilnahme aufgenommen wurden, sind einzigartig, da die in anderen Ländern durchgeführten Studien zum HPV-Screening maximal zwei Screeningrunden à fünf Jahren untersucht haben.

Patientenorientierung ist im Projekt *WOLPHSCREEN* belegbar ein Kernelement. Die dargestellte Identifikation der gefährdeten Frauen sowie die entsprechende Infrastruktur stellen sicher, dass exakt die gefährdeten Frauen die notwendige Behandlung bekommen, die notwendig ist, um nicht an Gebärmutterhalskrebs zu erkranken. Zudem haben alle Partner sehr daran gearbeitet, den Patientinnen gegenüber eine gemeinsame Sprache zu sprechen. Durch Schulungen ist der Wissensstand über HPV und Gebärmutterhalskrebs in der Region sehr gut.

WOLPHSCREEN-Teilnehmerinnen scheinen dies offensichtlich sehr zu schätzen. Folgende Kerninformationen wird von ihnen angenommen: „Die Vorsorgetests belegen entweder, dass bei dir sicher kein Risiko vorliegt – oder wir kümmern uns zuverlässig darum, dass du nicht ernsthaft krank wirst“.

Finanzierung

WOLPHSCREEN wird von den teilnehmenden Krankenkassen finanziert; in den ersten Jahren wurden von der Deutschen BKK Mittel aus dem RSA genutzt. Für die teilnehmenden Kassen ist *WOLPHSCREEN* der Vorsorgestandard für Frauen über 30 Jahre in der Region Wolfsburg. Die Versicherten wünschen auch fast ausnahmslos die Aufnahme in das Projekt, weniger als ein Prozent wählen den Verbleib im jährlichen Zytologie-Standard.

Für den wissenschaftlichen Teil stellt die Firma Hologic kostenlos ThinPrep-Transportmedien zu Verfügung. Eine Modellierung der HPV-Dynamik durch die Frauenklinik Wolfsburg und das Helmholtz-Institut in Braunschweig wird zum Teil von der Niedersächsischen Krebsgesellschaft finanziert; die Europäische Kommission stellt Fördergelder für die Evaluation von Methylierungsmarkern zur Triage von HPV-positiven Frauen sowie für ein Projekt zur HPV-Impfung von 30- bis 45-jährigen Frauen. Die verbleibenden wissenschaftlichen Projekte werden von der Frauenklinik aus Eigenmitteln finanziert.

Management

1. Frauenklinik Wolfsburg: K. Ulrich PETRY, Alexander LUYTEN, Agnieszka DENECKE, Antonella SOGARI: Wissenschaftliche Leitung, Koordination, Datenmanagement, Qualitätssicherung, Kolposkopie/Abklärung/Therapie

2. Labor und Pathologie im Klinikum Wolfsburg: B. ROTHE, A. REINECKE-LÜTHGE: HPV-Testung, Histopathologie
3. Gynäkologische Praxen in WOB, GF, HE und BS (n=35 Ärztinnen und Ärzte): Einwilligung und Aufklärung, Abnahme HPV-Test und Zytologie, Datenerhebung und -mitteilung; Management von Teilnehmerinnen mit niedrigem Risiko
4. Deutsche BKK/BARMER: Claudia MAURITZ, Thomas KURSAWE und Audi BKK: Helga FRIEHE: Finanzierung, Einladungsschreiben, PR, Qualitätssicherung

Evaluation

Mehrere systematische Reviews, unter anderem der Europäischen Gemeinschaft und des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), haben seit 2006 ein HPV-Screening im Vergleich zum zytologischen Standard als überlegen eingestuft, insbesondere kann durch HPV-Testung eine frühere und effizientere Detektion von CIN3 und in Folge eine signifikante Senkung der Neuerkrankungen an Gebärmutterhalskrebs erreicht werden. Die Datenlage ist diesbezüglich inzwischen eindeutig.

Insgesamt wurden sieben direkte WOLPHSCREEN-Publikationen einem peer-review unterzogen, davon vier internationale. Aktuell sind mehrere Arbeiten in Vorbereitung für eine Publikation. Auf dem Projekt und dem HaT-trial basieren verschiedene gesundheitsökonomische Modellrechnungen für Deutschland und das Einladungsschreiben des IQWiG für das geplante nationale Vorsorgeprogramm.

Die entwickelten und optimierten Patientenfunde ähneln sehr denen der Niederlande, die seit Anfang 2017 ihr Vorsorgeprogramm auf eine HPV-Testung alle fünf Jahre umgestellt haben – und denen Australiens hinsichtlich des zum Jahresende beschlossenen nationalen HPV-Screenings.

Der Mehrnutzen des Projekts liegt darin, dass offensichtlich mehr als 80 Prozent der relevanten HPV-Infektionen vor dem 30. Lebensjahr erworben werden. Hieraus ergibt sich, dass bereits durch einen einzigen HPV-Test in der Gruppe der über 30-jährigen mehr als 80 Prozent aller Personen mit einem Lebenszeit-Risiko für die Erkrankung an Gebärmutterhalskrebs erkannt werden können. Mehr als 90 Prozent aller CIN3+-Fälle wurden bei der ersten kolposkopischen Untersuchung diagnostiziert und waren somit bereits bei Eintritt in das Projekt vorhanden. Wirklich neue Krebsvorstufen auf Basis vorhandener ebenso wie neu erworbener HPV-Infektionen waren dagegen sehr selten. Hieraus ergibt sich, dass möglicherweise sehr wenige Interventionen ausreichend sind, um dennoch fast alle gefährdeten Personen zu identifizieren. Insbesondere für Schwellenländer könnte eine „once in a lifetime“-Vorsorge finanzierbar und effizient sein.

Die Ergebnisse von 26.312 WOLPHSCREEN-Teilnehmerinnen mit 273 nachgewiesenen Vorstufen von Gebärmutterhalskrebs (CIN3)+ im Verlauf von mehr als elf Jahren, von denen 269 HPV-positiv getestet wurden, stellen einen für Deutschland einzigartigen Datenpool dar. Umgekehrt war das Risiko für eine Erkrankung an Vorstufen von Gebärmutterhalskrebs bei HPV-negativen Frauen mit 0,005 Prozent im Fünfjahresverlauf sehr niedrig.

Neben diesen eindeutigen Daten zur besseren Risikoeinschätzung und Prävention des Gebärmutterhalskrebses ergeben sich folgende weitere Vorteile:

1. Die klaren und von allen Partnern aufeinander abgestimmten Patientenpfade erleichtern die Zusammenarbeit und werden von Zuweisern und Patientinnen geschätzt.
2. Der mit mehr als elf Jahren lange Verlauf zeigt, dass der Nutzen eines auf dem HPV-Test basierten Screenings mit der Zeit kontinuierlich zunimmt.
3. Eine systematische Aufarbeitung aller Fälle, bei denen Vorstufen von Gebärmutterhalskrebs übersehen wurden, konnte vier Fehlerquellen identifizieren:
 - verzögerte Diagnose bei HPV-positiven Teilnehmerinnen mit unauffälliger Zytologie,
 - eine mangelnde Compliance der Teilnehmerinnen mit positiven Screeningbefunden,
 - das Übersehen bei der Kolposkopie bei Lokalisation der Läsion tief im Gebärmutterhalskanal
 - und ein negativer HPV-Test und unauffällige Zytologie.

An allen vier Fehlerquellen wird aktuell geforscht. Durch bessere Triage-Tests und klarere Anschreiben konnte die Häufigkeit der ersten drei Fehler bereits gesenkt werden.

Nächste Schritte

WOLPHSCREEN wurde im November 2016 vertraglich nochmals bis mindestens zum 31. Dezember 2017 oder bis zum Beginn des neuen nationalen Gebärmutterhalskrebs-Screenings verlängert. Allerdings finden seit Januar 2017 keine Neueinschreibungen mehr statt. Dagegen werden bereits eingeschriebene Teilnehmerinnen entsprechend der vorgesehenen Patientenpfade weiter betreut. Dies gilt auch für Teilnehmerinnen, die in die zweite bzw. dritte Screeningrunde überführt werden. Die noch unvollständigen Daten der dritten Screeningrunde für Frauen, die zehn und mehr Jahre am Projekt teilnehmen, sind von besonderem Wert, da noch nie ein solches Modellprojekt mit Fünfjahres-Intervallen so lange fortgeführt wurde. Die bisherigen *WOLPHSCREEN*-Daten der dritten Runde sprechen für einen nochmaligen Rückgang der Rate an HPV-Neuinfektionen und Krebsvorstufen; diese Reduktion ist aber nicht so ausgeprägt wie die hochsignifikante Senkung der Gebärmutterhalskrebs-Raten beim Vergleich der ersten mit der zweiten Vorsorge-Runde.

Des Weiteren wird in einem von der EU geförderten Projekt der klinische Nutzen sogenannter Methylierungsmarker untersucht, die die Entdeckung der Vorstufe von Gebärmutterhalskrebs (CIN3) verbessern sollen.

Ansprechpartner

Prof. Dr. med. Karl Ulrich Petry

Chefarzt

Frauenklinik im Klinikum Wolfsburg

Sauerbruchstraße 7

38440 Wolfsburg

Telefon: 05361 – 801 270

E-Mail: k.u.petry@klinikum.wolfsburg.de

www.klinikum.wolfsburg.de

Literatur

- Dillner J, Rebolj M, Birembaut P, Petry KU, Szarewski A, Munk C, et al. Long term predictive values of cytology and human papillomavirus testing in cervical cancer screening: joint European cohort study. *BMJ*. 2008;337:1754.
- Luyten A, Buttman-Schweiger N, Luyten K, Mauritz C, Reinecke-Luthge A, Pietralla M, et al. Early detection of CIN3 and cervical cancer during long-term follow-up using HPV/Pap smear co-testing and risk-adapted follow-up in a locally organised screening programme. *Int J Cancer*. 2014;135(6):1408–16.
- Petry KU, Menton S, Menton M, van Loenen-Frosch F, de Carvalho GH, Holz B, et al. Inclusion of HPV testing in routine cervical cancer screening for women above 29 years in Germany: results for 8466 patients. *Br J Cancer*. 2003; 88(10):1570–7.
- Petry KU, Schmidt D, Scherbring S, Luyten A, Reinecke-Luthge A, Bergeron C, et al. Triaging Pap cytology negative, HPV positive cervical cancer screening results with p16/Ki-67 Dual-stained cytology. *Gynecol Oncol*. 2011;121(3):505–9.
- Petry KU, Luyten A, Scherbring S. Accuracy of colposcopy management to detect CIN3 and invasive cancer in women with abnormal screening tests: Results from a primary HPV screening project from 2006 to 2011 in Wolfsburg, Germany. *Gynecol Oncol*. 2013;128(2):282–7.

Beizeiten Begleiten in Bochum

„Behandlung im Voraus planen“ in Bochumer Einrichtungen der stationären Pflege

Autoren: Birgitta Behringer, Christine Bischoff und Dirk Behringer

Management Summary

Das Projekt „*Behandlung im Voraus Planen*“ hilft Menschen in Einrichtungen der stationären Pflege ihre eigene Patientenverfügung zu verfassen, damit sie in Krisensituationen – wenn sie aufgrund fortgeschrittener Erkrankung ihren Willen nicht mehr äußern können – vor unerwünschten Behandlungen, geschützt werden. Angehörige und Bevollmächtigte, Pflegekräfte und Ärzte, die im Falle des Falles – stellvertretend für den Patienten – schwerwiegende Entscheidungen treffen müssen, werden so entlastet und vor psychischen Belastungen geschützt.

Das Ambulante Ethikkomitee Bochum e. V. (AEB), welches sich seit 2015 mit dem Projekt „Behandlung im Voraus planen“ beschäftigt, verfolgt das Ziel, dass Menschen, die sich in gesundheitlichen Krisen befinden, so behandelt werden, wie sie es selbst im Vorfeld festgelegt haben.

Gestartet wurde das Projekt im April 2017 in Bochum in Seniorenheimen, in einer stationären Einrichtung der Lebenshilfe sowie in einer „hämatonkologischen“ Abteilung, d. h. einer Abteilung der Inneren Medizin, die sich mit gut- und bösartigen Erkrankungen beschäftigt.

Derzeit finanziert sich die Koordination des Projektes ebenso wie das Qualitätsmanagement – einschließlich der Ausbildungen, Fortbildungen, der Supervisionen und der Qualitätszirkel und die Netzwerkarbeit – ausschließlich durch ehrenamtliche Tätigkeiten und Spenden. Mit einer finanziellen Aufwandsentschädigung soll Mitte des Jahres 2017 gerechnet werden. Pro 50 Bewohnern soll dann eine Achtel (Sozialarbeiter)-Stelle zur Verfügung stehen.

Umsetzung

Menschen, die aufgrund einer fortgeschrittenen Erkrankung nicht mehr in der Lage sind ihr weiteres Leben selbst zu bestimmen, können in einer akuten Krankheitssituation mit dem Problem konfrontiert werden, dass sie medizinischen Behandlungen unterzogen werden, die sie gar nicht möchten. Grund ist, dass sie keine Patientenverfügung besitzen oder eine, die nicht aussagekräftig ist. Bei denjenigen, die eine Patientenverfügung besitzen, kommt es nicht selten vor, dass sie im entscheidenden Moment gerade

nicht zur Hand ist. Angehörige und medizinisch Verantwortliche nicht-entscheidungsfähiger Patienten werden dann oft vor sehr belastende Situationen gestellt. Sie müssen eine Maximaltherapie anfordern, auch wenn es möglicherweise im Sinne des Patienten gewesen wäre, das Sterben zuzulassen.

Durch das Projekt sollen Patientenwünsche beachtet und Angehörige entlastet werden. Pflegepersonal, Ärzte und Rettungssanitäter werden vernetzt und die Patientenverfügungen müssen bei Bedarf immer verfügbar sein um befolgt werden zu können.

Zielgruppe sind ältere Bewohner von Pflegeeinrichtungen, die durch medizinische Notfälle oder chronische Verschlechterungen ihres Gesundheitszustandes plötzlich nicht mehr fähig sind Entscheidungen eigenständig zu treffen.

Basis des Projektes sind Gespräche der Bewohner von stationären Pflegeeinrichtungen mit einem zertifizierten Berater der den Betroffenen – unter Einbeziehung ihrer Angehörigen – hilft, ihren Willen im Hinblick auf zukünftig anstehende Behandlungen zu verfassen und in dazu vorgesehene Formulare einzutragen. Beispiele dafür sind: ärztliche Anordnungen für den Notfall, bei welchen Regeln bezüglich der Wiederbelebung getroffen werden. Oder Anordnungen, ob der Patient bei der weiteren Behandlung medizinisch angezeigte Maßnahmen ablehnen möchte, wenn es Risiken gibt. Weitere Themen sind Behandlungswünsche bei dauerhafter Entscheidungsunfähigkeit wie zum Beispiel bei der Demenz. Gesprächsbegleiter mit Zertifikat, die über ausreichend Erfahrungen verfügen, wurden durch eine Zusatzausbildung qualifiziert selbst weitere Berater auszubilden. Geplant ist, das Projekt in einem Schneeballsystem zu verbreiten. Derzeit besteht ein intensiver Austausch mit anderen Gruppen in Deutschland, die ebenfalls „Behandlung Im Voraus Planen“ realisieren werden.

Nächste Schritte

In der mittelfristigen Planung soll die Zielgruppe erweitert werden, es besteht eine Kooperation zu einer Krankenhausabteilung für Krebspatienten, in der das Konzept bereits angeboten wird. Langfristig soll allen Bochumer Bürgern der Zugang zu dem Beratungsverfahren ermöglicht werden und es sollen 2 weitere Pflegeeinrichtungen eingebunden werden.

Nächstes Ziel ist die Finanzierung eines Projektleiters, der die Organisation von Informationsveranstaltungen, Schulungen und Qualitätszirkeln organisiert und die Einrichtungen berät und unterstützt.

Ansprechpartner

Dr. med. Birgitta Behringer

Vorsitzende; palliativmedizinischer

Konsiliardienst Bochum

Ambulantes Ethikkomitee Bochum e. V.

Am Heerbusch 3

44894 Bochum

Telefon: 0234 – 579 265 0

E-Mail: behringer@web.de

www.ethikkomitee-bochum.de;

www.hausaerztin-behringer.de

Prof. Dr. med. Dirk Behringer

Chefarzt der Abteilung Hämatologie, Onkologie &
Palliativmedizin
Augusta Krankenhaus
Bergstraße 26
44791 Bochum
Telefon: 0234 – 517 243 1
E-Mail: behringer@augusta-bochum.de
www.onkologie-klinik.de

Christine Bischoff

Geschäftsführerin
St. Anna Stift
Bruchspitze
44803 Bochum
Telefon: 0234 – 935 870
E-Mail: bischoff@st-annastift-bochum.de
www.st-annastift-bochum.de

Bunter Kreis Rheinland: Plötzlich ist Ihr Kind schwerkrank

Bunter Kreis Rheinland

Autoren: Jan Buchbender, Dagmar Kirsche und Inka Orth

Management Summary

Das Projekt *Bunter Kreis Rheinland: Plötzlich ist Ihr Kind schwerkrank* verfolgt das Ziel die Lebensqualität chronisch kranker, behinderter und schwerstkranker Kinder zu steigern. Dabei wird die ganze Familie durch Sozialmedizinische Nachsorge begleitet. Diese Begleitung soll den Betroffenen ein weitgehend selbstständiges Leben ermöglichen. Der *Bunte Kreis Rheinland* organisiert den Übergang von stationärer zur ambulanten Weiterversorgung, um Versorgungslücken zu schließen. Ziel ist es stationäre Aufenthalte zu verkürzen und erneute Krankenhausaufenthalte zu vermeiden. Folglich gilt es die Krankheit in den Alltag zu integrieren und die Behandlungserfolge sicherzustellen.

Im Jahr 2003 ging das Projekt aus einer wissenschaftlichen Studie hervor. Diese Studie erfolgte in Zusammenarbeit mit diversen Kliniken. Kooperationspartner sind: GFO Kliniken – Betriebsstätte St. Marien-hospital Bonn, Asklepios-Kinderklinik St. Augustin, Uni-Kinderklinik Köln, Kinderklinik des Klinikums Leverkusen und das Gemeinschaftsklinikum Mittelrhein – Kemperhof Koblenz und viele weitere. Derzeit finanziert sich das Projekt durch Krankenkassenleistungen, Förder-Mitgliedschaften, Spenden und Spon-soring.

Umsetzung

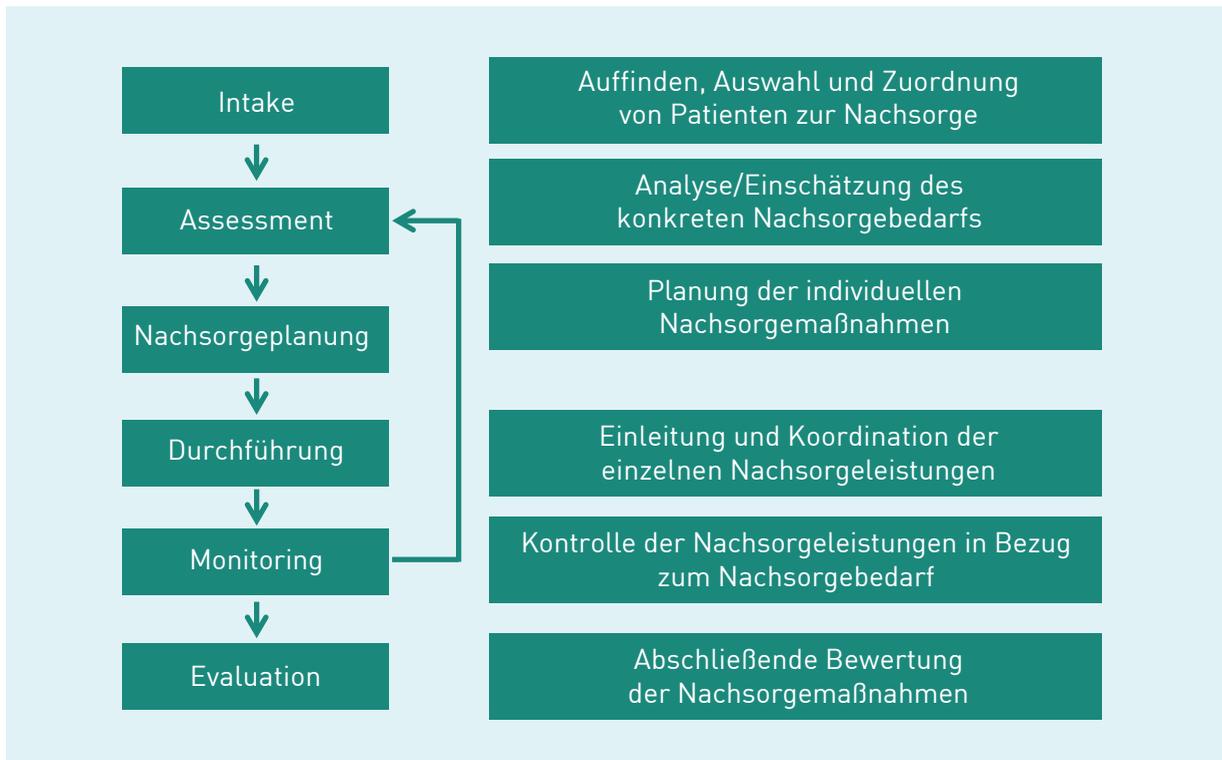
Im Mittelpunkt der Nachsorge steht die Koordinierung von verordneten Versorgungsleistungen. Die Anleitung und Motivierung zu deren Inanspruchnahme erfolgt mit Hilfe eines Nachsorgeplans. Dieser wird kontinuierlich aktualisiert und legt alle Ziele fest. Das Projekt stärkt die Eltern im Umgang mit dem kranken Kind und stabilisiert dadurch das gesamte Familiengefüge.

Zu den Zielgruppen zählen: Früh- und Risikogeborene, Kinder mit Herzerkrankungen, Kinder mit Fehlbil-dungen und Chromosomenanomalien, Kinder mit Stoffwechselerkrankungen mit dem Schwerpunkt Dia-betes, Kinder mit schweren Erkrankungen, die älter als 12 Jahre alt sind und verunfallte Kinder bis zum 18. Lebensjahr.

Die Nachsorge wird mit Hilfe eines Case Managements sowohl auf Fall – als auch auf Systemebene durchgeführt.

Die Fallebene konzentriert sich dabei auf die Unterstützungsarbeit zur Verbesserung der persönlichen Netzwerke. So unterstützt ein Case Manager die Patienten im Übergang von der stationären zur ambulanten Weiterversorgung. Hier vernetzt, koordiniert und motiviert der Case Manager die Betroffenen zur Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen. Die Arbeit erfolgt nach sechs Case Management-Phasen (siehe dazu Phasenablauf des Case Managements auf der Fallebene Abbildung 28).

Abbildung 28 Phasenablauf des Case Managements auf der Fallebene



Quelle: Eigene Darstellung

Auf Systemebene hingegen soll sich die Versorgung in der Region optimieren. Hier geht es um das Aufbauen und Pflegen von Netzwerken im professionellen Helfersystem. Das geschieht mittels: Kommunikation, verbindlicher Kooperationen, Zuständigkeiten und Optimierung der Zusammenarbeit mit relevanten Partnern.

Nächste Schritte

Im nächsten Schritt eröffnet die Beratungsstelle B00FE. Die Abkürzung B00FE leitet sich von Beraten, Ordnen, Organisieren, Filtern und Evaluieren ab. Diese dauerhafte ambulante Anlaufstelle berät und be-

gleitet die Familien. Zusätzlich können die Betroffenen mit anderen in Kontakt treten und sich über ihre Erfahrungen austauschen.

Ansprechpartner

Jan Buchbender

Antragsteller; Freier Mitarbeiter
Bunter Kreis Rheinland
Eichendorffstraße 14
56075 Koblenz
Telefon: 0176 – 20364724
E-Mail: janbuchbender@gmx.de

Dagmar Kirsche

Nachsorgeleitung
Bunter Kreis Rheinland
Dorotheenweg 3–5
53474 Bad Neuenahr
Telefon: 02641 – 80 977 33
E-Mail: info@bunterkreis.de
www.bunterkreis.de

Inka Orth

Vorstandsvorsitzende
Bunter Kreis Rheinland
Dorotheenweg 3–5
53474 Bad Neuenahr
Telefon: 02641 – 80 977 33
E-Mail: info@bunterkreis.de
www.bunterkreis.de

Darmkrebsvorsorge Nordhessen

Darmkrebs erkennen und vermeiden. Gehen Sie zur Vorsorge! (Nordhessen)

Autoren: Peter Fister, Ralf Skrypzak, Katharina Stratmann und Christoph Weber

Management Summary

Das Projekt *Darmkrebsvorsorge Nordhessen* hat zum Ziel, den Bekanntheitsgrad und die Teilnehmerate an der Darmspiegelung (Koloskopie) zu steigern – und damit das Krebserrkrankungsrisiko in der Bevölkerung zu minimieren.

Zwischen Juni und Dezember 2014 wurden rund 83.000 AOK-Versicherte zwischen 55 und 75 Jahren angeschrieben und zur Vorsorgekoloskopie eingeladen. Durch dieses Einladungsverfahren ließ sich die Inanspruchnahme der Darmspiegelung um rund 100 Prozent steigern.

Finanziert wurde das Projekt durch:

- die AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen (Druck- und Portokosten)
- die Gastroenterologie Hessen eG (Flyer)
- die Klinik für Gastroenterologie und Hepatologie (Evaluationskosten)

Die Personalkosten wurden jeweils von den beteiligten Partnern getragen.

Umsetzung

Jedes Jahr erkranken in Deutschland ca. 70.000 Menschen an Darmkrebs. 90 Prozent aller Darmkrebsfälle treten ab dem 50. Lebensjahr auf, wobei Männer etwas früher und etwas häufiger erkranken als Frauen. Entscheidend zur Vorbeugung gegen Darmkrebs ist, dass vorhandene Darmpolypen rechtzeitig erkannt und entfernt werden; denn in einigen Fällen entwickelt sich aus einem harmlosen Polypen ein bösartiger Tumor.

Da Darmkrebs zu den Erkrankungen gehört, die kaum oder erst spät Beschwerden verursachen, wird der vorsorglichen Darmspiegelung – als geeignete und lebensrettende Untersuchung – eine besondere Bedeutung zugeschrieben.

Ab dem 55. Lebensjahr haben normalerweise alle gesetzlich Versicherten die Möglichkeit, eine für sie kostenlose Koloskopie bei einem Spezialisten in ihrer Nähe durchführen zu lassen. Allerdings nehmen

nur Wenige dieses Angebot wahr. Die unbefriedigende Aufklärung der Bevölkerung über die Vorteile und den Ablauf einer Koloskopie stellt leider immer noch ein Hemmnis für die Versicherten dar, diese lebensrettende Maßnahme in Anspruch zu nehmen.

In einem Zeitraum von sechs Monaten wurden im Jahr 2014 alle anspruchsberechtigten Versicherten zur Vorsorgekoloskopie angeschrieben und mittels eines Flyers informiert – zunächst in Nordhessen. Beigefügt wurde eine Liste der 56 Ärzte, die in den entsprechenden Landkreisen die Vorsorgekoloskopie für die Versicherten kostenfrei über die elektronische Gesundheitskarte abrechnen können. Die Versicherten konnten so mit geeigneten Ärzten direkt Kontakt aufnehmen.

Zu der Zielgruppe gehörten Versicherte zwischen 55 und 75 Jahren, die in den ausgewählten Landkreisen wohnen und bei denen noch keine Koloskopie durchgeführt wurde.

Im Einladungszeitraum stieg die Zahl der AOK-Versicherten, die eine Vorsorgekoloskopie in Anspruch nahmen, gegenüber dem vorangegangenen Vergleichszeitraum um 141 Prozent (von 220 auf 531 Versicherte); parallel wurden 102 Prozent mehr makroskopische Auffälligkeiten gefunden (Anstieg von 126 auf 254; zum großen Teil Polypen/Adenome).

Auf längere Sicht sollen durch das Projekt Darmkrebserkrankungen signifikant reduziert werden; Gesundheit und Lebensqualität der Versicherten soll sich verbessern. Gleichzeitig wird es durch die Vorsorgekoloskopie zu einer merklichen Kostensenkung in der medizinischen Versorgung von Darmkrebspatienten kommen.

Nächste Schritte

Zurzeit wird diskutiert, ob das Projekt fortgeführt und auf weitere Regionen Hessens ausgedehnt werden soll.

Ansprechpartner

Ralf Skrypzak

Gruppenleiter ambulantes Vertragsmanagement
AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen
Kölner Straße 8
65760 Eschborn
Telefon: 06196 – 406 167
E-Mail: ralf.skrypzak@he.aok.de

Dr. med. Christoph Weber

Vorsitzender des Vorstands
Gastroenterologie Hessen eG
Kirchstraße 9
61462 Königstein
Telefon: 06174 – 936 60
E-Mail: drchrweber@gmx.de
www.facharztzentrum-am-taunus.de

Dr. Peter Fister

Geschäftsführer

Gastroenterologie Hessen eG

Am Roten Tor 101

55232 Alzey

Telefon: 06731 – 980 86

E-Mail: fister.peter@t-online.de

www.gastroenterologie-hessen.de

Katharina Stratmann

Assistenzärztin

Universitätsklinikum Frankfurt, Klinik für Gastro-
enterologie u. Hepatologie

Theodor-Stern-Kai 7

60590 Frankfurt am Main

Telefon: 069 – 630 154 41

E-Mail: katharina.stratmann@kgu.de

Elektronische Vernetzung von Arztpraxen

Autor: Wolfgang Fechter

Management Summary

Das Projekt *Elektronische Vernetzung von Arztpraxen* unterstützt den digitalen Austausch von Patientendaten zwischen niedergelassenen Haus- und Fachärzten sowie Psychotherapeuten im Stadt- und Landkreis Heilbronn. Ziel ist es, die teilnehmenden Praxen technisch mit der Software *ViViAN* zu vernetzen (Virtuelle Vernetzung im Arztnetz). Dadurch können Ärzte untereinander Behandlungsdaten von gemeinsamen Patienten austauschen – auch, wenn sie über unterschiedliche Computersysteme in den Praxen verfügen.

In einer elektronischen „Netzpatientenakte“ werden die Informationen zu den Patienten gesammelt und können den Ärzten zeitunabhängig zur Verfügung gestellt werden. Sobald ein Patient einmalig seine Einverständniserklärung unterzeichnet, können dessen Daten in elektronischer Form schnell und sicher zwischen den behandelnden Ärzten ausgetauscht werden.

Der Fokus des Projekts liegt darauf, die Versorgung der Patienten zu verbessern und die Zusammenarbeit der Ärzte und des Praxisteam im Arbeitsalltag zu unterstützen.

Initiator des Projekts war MEDI Baden-Württemberg zusammen mit der Managementgesellschaft MEDI-VERBUND AG. Kooperationspartner sind die Softwarefirma MicroNova AG sowie die beiden Krankenkassen AOK Baden-Württemberg und Audi BKK. Die Krankenkassen tragen jeweils hälftig die für die elektronische Vernetzung anfallenden Kosten. Die MEDIVERBUND AG übernimmt die durch das Management der elektronischen Vernetzung entstandenen Kosten. Für teilnehmende Praxen fallen keine Kosten an.

Im März und April 2015 erfolgte die Installation der Software *ViViAN* der MicroNova AG in den Praxen von 104 Ärzten und Psychotherapeuten. Von März 2015 bis April 2017 wurden circa 13.000 Patienten der beiden Krankenkassen eingeschrieben; bereits 7.308 Datensätze konnten datenschutzsicher ausgetauscht werden.

Umsetzung

Doppelte Untersuchungen, lange Wartezeiten und unkoordinierte Verordnungen von Arzneimitteln gehören zum Alltag in der ambulanten Versorgung. Der Datenaustausch unter den Praxen erfolgt noch weitgehend per Fax oder Brief, so dass Dokumente zur Ablage erst noch digitalisiert werden müssen. Dies ist nicht nur zeitaufwendig, sondern verursacht zusätzlich Personalkosten. Das Projekt *Elektronische Vernetzung von Arztpraxen* bietet hierbei eine effiziente Lösung, indem die Praxisverwaltungssysteme der teil-

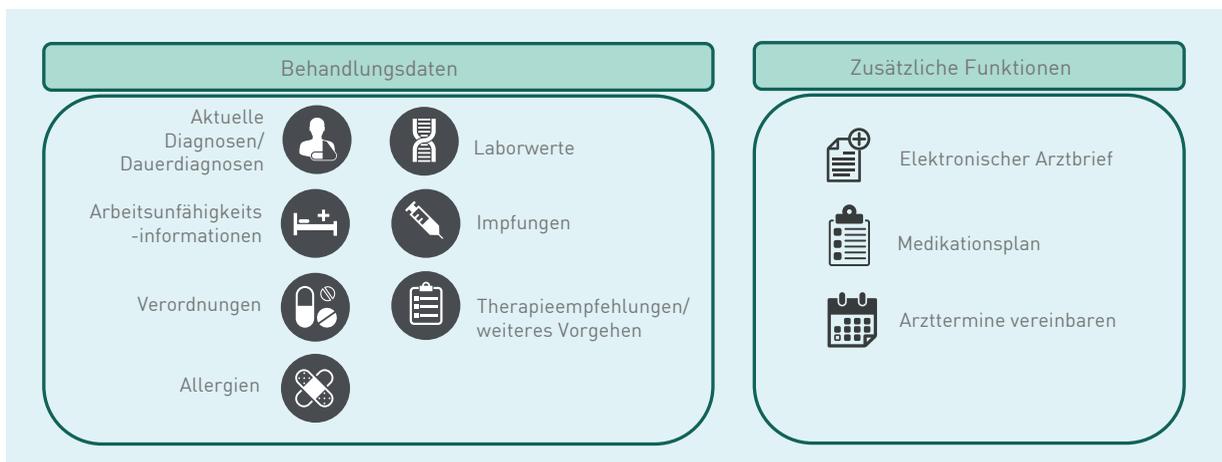
nehmenden Ärzte durch ViViAN miteinander vernetzt werden. Patientendaten können sicher von Arzt zu Arzt übertragen werden. Es entsteht eine elektronische Netzpatientenakte, auf die die behandelnden Ärzte sowie Psychotherapeuten zugreifen können. ViViAN erfüllt alle gesetzlichen Datenschutzregelungen und erhielt das Datenschutz-Gütesiegel des Unabhängigen Landeszentrums für Datenschutz Schleswig-Holstein.

Zielgruppe des Projektes sind:

- niedergelassene Vertragsärzte und Psychotherapeuten, die einen hohen Anteil an gemeinsam behandelten Patienten haben, und
- die Versicherten der beiden teilnehmenden Krankenkassen; diese Versicherten sollen durch die elektronische Vernetzung der Ärzte und Psychotherapeuten von einer verbesserten Behandlung profitieren.

ViViAN ermöglicht nicht nur, spezifische Behandlungsdaten auszutauschen, sondern bringt noch weitere nützliche Funktionen mit sich (siehe Abbildung 29).

Abbildung 29 Behandlungsdaten und Funktionen in ViViAN



Quelle: Eigene Darstellung

Die Projektpartner und die teilnehmenden Ärzte einigten sich auf den Austausch von beispielsweise Laborbefunden, Verordnungen und Diagnosen. Zusätzlich ist es mit ViViAN möglich, Arztbriefe digital an alle an einer Behandlung beteiligten Ärzten und Psychotherapeuten zu versenden. So muss der Arztbrief nicht mehr dem Patienten mitgegeben oder den einzelnen Behandlern geschickt werden. Weiterhin ist der im E-Health-Gesetz vorgesehene Medikationsplan ein wichtiger Teil der Software. Da die Verordnungsdaten in die Netzpatientenakte eingetragen werden und somit die aktuelle Medikation allen Behandlern bekannt ist, können Wechsel- und Nebenwirkungen beim Patienten erheblich verringert werden. Dadurch steigt die Sicherheit der Arzneimitteltherapien. Ein weiterer Vorteil ist die elektronische

Terminvereinbarung zwischen den Praxen. Die teilnehmenden Ärzte können mithilfe von ViViAN bei ihren vernetzten Kollegen direkt einen Termin vereinbaren; die Patienten erfahren sofort, ob der Termin zustande kommt. So ersparen sie sich die zeitaufwendige Terminvereinbarung und die Suche nach einem geeigneten Arzt.

Die Ärzte und Psychotherapeuten sollen durch ViViAN strukturierter und effizienter zusammenarbeiten. Dies bestätigten sie in einer Befragung und gaben viele Vorteile an, beispielsweise vermiedene Doppeluntersuchungen, reduzierte Wartezeiten auf Befunde und weniger administrative Aufgaben, wie das Einscannen der Arztbriefe.

Das Projekt *Elektronische Vernetzung von Arztpraxen* erhöht die Behandlungssicherheit und -qualität, da den Ärzten notwendige Informationen zur richtigen Zeit am richtigen Ort vorliegen. Langfristig kann die qualitativ bessere Versorgung die Kosten senken und kommt somit auch dem gesamten Gesundheitswesen zugute.

Nächste Schritte

Die Vernetzung der Praxen wird zukünftig ausgeweitet und dadurch noch effektiver gestaltet. Dafür werden derzeit weitere Ärzte und Psychotherapeuten angesprochen, die einen hohen Anteil an gemeinsam behandelten Patienten mit den bereits teilnehmenden Ärzten haben. Diese sollen ab Oktober 2017 an der Vernetzung teilnehmen können.

Außerdem ist geplant, Krankenhäuser, Pflegeheime und/oder Notfallpraxen in Heilbronn an die digitale Vernetzung anzubinden.

Ansprechpartner

Wolfgang Fechter

Bereichsleitung

MEDIVERBUND AG

Industriestraße 2

70565 Stuttgart

Telefon: 0711 – 806 079 261

E-Mail: fechter@medi-verbund.de

www.medi-verbund.de

eVi – Die elektronische Visite – Einsatz im Pflegeheim

Autoren: Hans-Jürgen Beckmann und Annette Hemen

Management Summary

Mit der elektronischen Visite (eVi) sollen unnötige Besuche in Pflegeheimen vermieden und Dringlichkeiten präziser beurteilt werden. Dies erfolgt durch den Einsatz mobiler Tablets, die mit einer Kamera ausgestattet sind. Bewohner von Pflegeeinrichtungen werden unter Begleitung der Pflegekräfte durch ihre Haus- und Fachärzte visitiert. Dadurch steigt die Behandlungssicherheit; das Verständnis und die Integration der Patienten verbessern sich. Der gesamte Behandlungsprozess wird so effizienter.

Die elektronische Visite – Einsatz im Pflegeheim wirkt dem Fachkräftemangel im Gesundheitswesen entgegen. Zumal es den Pflegekräften ermöglicht, mittels Bild und Tonübertragung mit beliebig vielen Ärzten verschiedener Fachrichtungen in Kontakt zu treten. Wartezeiten, Wegezeiten und -kosten reduzieren sich. Bei Bedarf kann auch ein mobiles EKG-Gerät eingesetzt werden.

Initiatoren und gleichzeitig Koordinatoren sind die Ärzte des Arztnetzes MuM – Medizin und Mehr eG. Gefördert wird das Projekt von der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe. Die Idee zum Projekt entstand 2014. Seit 2016 sind mittlerweile 15 Arztpraxen und 11 Pflegeheime beteiligt. Die Patienten akzeptierten die Behandlung sehr gut.

Evaluert wird die elektronische Visite von der Telematik und Telemedizin GmbH Bochum. Mittlerweile wurden über 900 elektronische Visiten durchgeführt, deren Auswertung für die ständige Weiterentwicklung genutzt werden.

Umsetzung

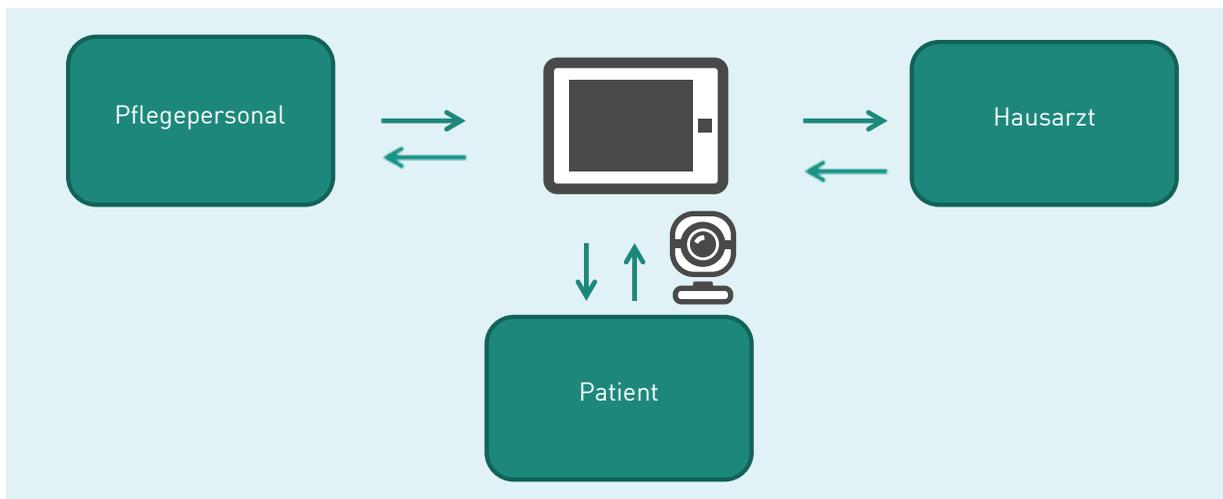
Dort wo die elektronische Visite eingesetzt wird, schafft sie für Patienten, Pflegefachkräfte, Ärzte und Heimträger einen Mehrwert.

Den Patienten bleiben nicht notwendige Transporte und Wartezeiten erspart; sie erhalten einen niedrigschwelligen Zugang zu ärztlicher Expertise. Pflegefachkräfte können Fragen zur Therapie rascher klären. Den Ärzten wird es ermöglicht, Pflegekräfte beispielsweise bei Verbandswechseln anzuleiten und den Aufwand für alle beteiligte Berufsgruppen zu reduzieren. Gerade Patienten mit Demenzerkrankungen profitieren davon, in der gewohnten Umgebung behandelt zu werden. Des Weiteren stehen die Pflegekräfte den Pflegeeinrichtungen zur Verfügung und sind nicht aufgrund von Patientenbegleitungen bei Arztbesuchen abwesend.

Neben der Planung und der Gewinnung von Projektpartnern müssen auch die Anwender mit der erforderlichen Hard- und Software ausgestattet und geschult werden. Aufgrund einer nach wie vor inhomogenen regionalen Internetversorgung mussten von der La-Well Systems GmbH immer wieder kreative Lösungen gefunden werden, Heime und Arztpraxen anzubinden, um sie in das Projekt einbeziehen zu können.

Das Projekt wird begleitend evaluiert. Nach jeder Visite wird ein Evaluationsbogen ausgefüllt und an das Zentrum für Telematik und Telemedizin GmbH weitergeleitet.

Abbildung 30 Präzise Beurteilung von Dringlichkeiten mittels Bild und Ton



Quelle: Eigene Darstellung

Nächste Schritte

In Zukunft soll die elektronische Visite technisch weiterentwickelt werden. Dazu zählen die Anbindung von weiteren Peripheriegeräten oder die Einbindung des bundeseinheitlichen Medikationsplanes. Es ist geplant, das Projekt auf ambulante Pflegedienste und zur Unterstützung pflegender Angehöriger zu erweitern.

Ansprechpartner

Dr. med. Hans-Jürgen Beckmann
Vorstand
MuM – Medizin und Mehr eG
Viktoriastraße 19

32257 Bünde
Telefon: 05223 – 985 620
E-Mail: beckmann@chirurgie-buende.de
www.mum-buende.de

MHBA Annette Hempen

Geschäftsführerin

MuM – Medizin und Mehr eG

Viktoriastraße 19

32257 Bünde

Telefon: 05223 – 985 620

E-Mail: hempen@mum-buende.de

www.mum-buende.de

Literatur

- Osterloh (2015). Ärztestatistik: Ärztemangel bleibt bestehen. In: Deutsches Ärzteblatt 2015; 112 (16): A-703 / B-597 / C-577. Online verfügbar: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/169269/Aerztestatistik-Aerztemangel-bleibt-bestehen> [13.04.2017].
- Ostwald, Ehrhard, Bruntsch, Schmidt & Friedl (2010). Fachkräftemangel. Stationärer und ambulanter Bereich bis zum Jahr 2030. Darmstadt. Online verfügbar: <http://www.pwc.de/de/gesundheitswesen-und-pharma/assets/fachkraeftemangel.pdf> [13.04.2017].
- Statistisches Bundesamt (2011). Pflegestatistik 2011. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden. Online verfügbar: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001119004.pdf?__blob=publicationFile [13.04.2017].
- Statistisches Bundesamt (2015). Statistisches Jahrbuch Deutschland und Internationales. Wiesbaden. Online verfügbar: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/StatistischesJahrbuch/StatistischesJahrbuch2015.pdf?__blob=publicationFile [13.04.2017].
- Sütterlin, Hoßmann & Klinholz (2011). Demenz-Report. Wie sich die Regionen in Deutschland, Österreich und der Schweiz auf die Alterung der Gesellschaft vorbereiten können. Berlin. Online verfügbar: http://www.berlin-institut.org/fileadmin/user_upload/Demenz/Demenz_online.pdf [13.04.2017].

eNurse – ein Telemedizinprojekt

Autoren: Alexandra Eichner und Andreas Pötzl

Management Summary

Ziel des *Telemedizinprojektes eNurse* ist es, ambulant tätige Haus- und Fachärzte bei ihren zeitintensiven Hausbesuchen zu entlasten. Hierfür delegieren die Ärzte Aufgaben an extra dafür ausgebildete Schwestern, die eNurses, die dann selbstständig die Hausbesuche durchführen. Hier versorgen sie beispielsweise Wunden, nehmen Blut ab oder kontrollieren die Einnahme von Medikamenten. Alle Daten werden sofort an die Arztpraxen weitergeleitet. Diagnosen dürfen eNurses aber nicht erstellen; dafür ist weiterhin ein Arzt zuständig.

Das Projekt wurde durch die *Unternehmung Gesundheit Hochfranken GmbH & Co. KG* (UGHO) mit Unterstützung der Medizintechnik entwickelt. Durch die Kombination von qualifiziertem Personal und Telemedizin soll die medizinische Versorgung in strukturschwachen Regionen verbessert werden. Der Fokus des Projekts liegt zunächst auf der Versorgung aller UGHO-Versicherten im Landkreis Hof, der Stadt Hof und im Landkreis Wunsiedel.

Die UGHO ist mit über 15.000 Versicherten mittlerweile das zweitgrößte Ärztenetz in Bayern. Außerdem ist die UGHO eines von sechs Ärztenetzen in Bayern, das mit der AOK Bayern einen umfassenden Vollversorgungsvertrag hat. Neben der UGHO beteiligen sich zahlreiche weitere Kooperationspartner an dem Telemedizinprojekt. Beispielsweise begleitet und evaluiert das Institut für Informationssysteme der Hochschule Hof das Projekt. Ebenfalls beteiligen sich die ITL-Systemhaus für Datentechnik GmbH, die Bayerische TelemedAllianz, die mediDOK Software Entwicklungsgesellschaft mbH, der Landrat Hof und Wunsiedel sowie der Oberbürgermeister der kreisfreien Stadt Hof.

Finanziert wird das Projekt durch Eigenkapital sowie durch eine Förderung des Bayerischen Landesamts für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit sowie eine Förderung aus dem Strukturfonds durch die Kassenärztliche Vereinigung Bayern.

Umsetzung

Die Stadt Hof sowie die Landkreise Hof und Wunsiedel sind vom demografischen Wandel stark betroffen. Einerseits gehen immer mehr Ärzte in den Ruhestand – bereits heute zeichnet sich ein akuter Arztmangel ab. Andererseits wird die Bevölkerung immer älter und die verbleibende Ärzteschaft kann den Zuwachs an Patienten kaum noch bewältigen. Das wesentliche Ziel des Projektes ist es daher, Aufgaben an die eNurse zu delegieren, um die Ärzte bei ihren Hausbesuchen zu unterstützen und zu entlasten.

Die eNurse wird über die UGHO angestellt und hat eine Zusatzausbildung zur nicht-ärztlichen Praxisassistentin absolviert. Die Hauptaufgabe ist es, Hausbesuche durchzuführen, bei denen der direkte Arztkontakt nicht medizinisch erforderlich ist. Die eNurse betreut maximal sechs Arztpraxen und hat somit einen festen Patientenstamm. Verglichen mit dem Arzt steht der eNurse mehr Zeit für den Hausbesuch zur Verfügung; so kann sie sich den einzelnen Patienten mehr zuwenden. Das UGHO-Netzbüro übernimmt die Organisation und Betreuung, die Tour selbst plant die eNurse. Hauptzielgruppe sind insbesondere immobile Patienten, aber auch multimorbide, chronisch kranke und ältere Patienten in ländlichen Regionen.

Die Medizinprodukte der eNurse sind zertifiziert. Für die Hausbesuche nutzt die eNurse ein Notebook mit Touch-Display, mit dem sie Kontakt zum Arzt aufnehmen und den Behandlungsverlauf direkt in die Praxis übertragen kann. Auch die Messergebnisse für EKG, Puls, Blutzucker, Blutdruck und Gewicht können umgehend in die Praxissoftware des Arztes übertragen werden. Weitere Vorteile dieses Versorgungskonzeptes sind der folgenden Abbildung 31 zu entnehmen.

Abbildung 31 Mehrwert des Telemedizinprojektes eNurse

Verbesserung der Versorgungsqualität und/oder Behebung von Versorgungsdefiziten
Für Patienten werden Zugangshürden in der ländlichen Versorgung reduziert
Koordination der Behandlung durch unterschiedliche Fachärzte vermeidet Mehrfachuntersuchungen
Ärzte verfügen über mehr Zeit für Behandlungen in der Regelversorgung
Verbesserung der Versorgungseffizienz (im Vergleich zur Regelversorgung)
Praxisübergreifende Anstellung der eNurse bei der UGHO ermöglicht eine bessere Auslastung (zum Beispiel durch eine fahrzeitsparende Routenplanung)
Ärzte haben mehr Zeit für einzelnen Fall oder behandeln mehr Fälle mit weniger Wartezeit
Optimierung der Zusammenarbeit innerhalb/zwischen verschiedenen Versorgungsbereichen
eNurse arbeitet mit allen Haus- und Fachärzten der UGHO zusammen, die in die Behandlung eines einzelnen Patienten eingebunden sind
Bei Bedarf ruft eNurse auch Fallkonferenzen ein und verbessert so die Zusammenarbeit
Nutzen für das Gesundheitssystem
Kostenersparnis durch Wegfall von Krankentransporten, Doppeluntersuchungen, stationäre Einweisungen

Quelle: Eigene Darstellung

Das Projekt *eNurse* wird begleitend evaluiert mit dem Ziel, dessen Nutzen und Notwendigkeit für eine langfristige Förderung und eine mögliche feste Vergütung aufzuzeigen. Zudem soll das Projekt bei positiven Evaluationsergebnissen im Rahmen eines Versorgungsvertrages fortgeführt und überregional angeboten werden.

Nächste Schritte

Die Pilotphase des Telemedizinprojektes eNurse startet im Oktober 2017.

Ansprechpartner

Dr. med. Andreas Pötzl

Geschäftsführer

Unternehmung Gesundheit Hochfranken GmbH & Co. KG (UGHO)

Münch-Ferber-Straße 1

95028 Hof

Telefon: 09281 – 840 259 2

E-Mail: poetzl.andreas@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 – 840 259 2

E-Mail: eichner.alexandra@ugho.de

www.ugho.de

GenoGyn-Prävention-aktiv

Versorgungs-Initiative zur erweiterten Präventionsmedizin in der Frauenheilkunde

Autor: Jürgen Klinghammer

Management Summary

Das Projekt *GenoGyn-Prävention-aktiv* schult Gynäkologen zu erweiterten Maßnahmen zur Gesunderhaltung von Frauen und zur Früherkennung von (Volks-)Krankheiten. In diesem Sinne fördert die GenoGyn Rheinland ein umfangreiches Angebot an präventiven Versorgungsleistungen in der ambulanten frauenärztlichen Versorgung.

GenoGyn Rheinland, die Ärztliche Genossenschaft für die Praxis und für medizinisch-technische Dienstleistungen e. G., hatte bereits 2008 ein eigenes zertifiziertes Fortbildungskonzept für die Präventionsmedizin entwickelt. Die Genossenschaft kooperierte zu Beginn des Projektes eng mit der Akademie für Gesundheitsförderung und Prävention e. V.; seit 2010 wird die Zusatzqualifikation gemeinsam mit der German Society of Anti-Aging Medicine e. V. umgesetzt (GSAAM).

Seit dem Projektstart haben bisher rund 380 frauenärztliche Praxen aus ganz Deutschland die Zusatzqualifikation in Präventionsmedizin (GSAAM) beendet und die Präventionsmedizin in die Praxis gebracht. Finanziert wurde dies ausschließlich aus dem genossenschaftlichen Haushalt der GenoGyn.

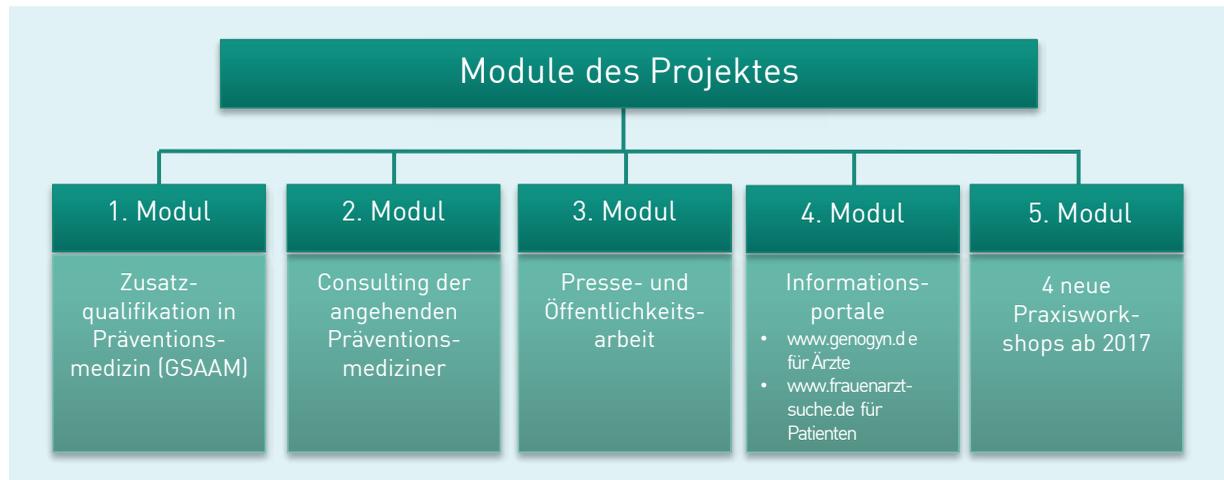
Umsetzung

Seit 2008 wird mit *GenoGyn-Prävention-aktiv* über die beteiligten gynäkologischen Praxen eine Vielzahl von Frauen erreicht. Die Praxen eignen sich hervorragend, um Frauen in jedem Alter über individuell sinnvolle, vorbeugende Maßnahmen zu informieren. Frauenärzte nehmen bei der Gesunderhaltung der Frau als lebenslange Begleiter eine Schlüsselrolle ein, denn sie erreichen Frauen aller Altersklassen in regelmäßigen Abständen.

Kernstück des Projektes ist das zertifizierte Ausbildungs-Programm in Präventionsmedizin (GSAAM): Viertägige Fortbildungen werden von hochqualifizierten Referenten verschiedener Facharztgruppen durchgeführt. Sie vermitteln eine komplexe Zusammenfassung der wichtigsten Inhalte der modernen Präventionsmedizin und ihrer Anwendung in der Praxis. Thematisiert werden alle relevanten Bereiche, wie Familienplanung, moderne Schwangerschaftsbetreuung, Volkserkrankungen sowie Altersprävention.

Ein weiterer Teil der Versorgungs-Initiative ist eine aktive Presse- und Öffentlichkeitsarbeit. Breite Aufklärung erfolgt in regelmäßigen Presseinformationen in den Bereichen Medizin und Berufspolitik. Die Ärzte werden informiert durch regelmäßige Veröffentlichungen zur Präventionsmedizin in Fachzeitschriften und dem GenoGyn-Newsletter. Ein eigenes Informationsportal für die Frau verstärkt zudem die praktische Patientenorientierung (www.frauenarzt-suche.de).

Abbildung 32 Module des Projektes *GenoGyn-Prävention aktiv*



Quelle: Eigene Darstellung

GenoGyn-Prävention-aktiv geht weit über die Verbesserung von Gesundheit und Lebensqualität der Patientinnen hinaus. Die betreuten Frauen geben beispielsweise ihr neues Gesundheitswissen an ihre Familien weiter. GenoGyn-Prävention-aktiv stärkt also gleichzeitig die Gesundheit der Familienmitglieder.

Des Weiteren entsteht ein genereller Nutzen für das Gesundheitssystem, indem Krankheiten verhindert und damit Kosten gesenkt werden. Zudem erarbeiten sich teilnehmende Praxen mit diesem innovativen Leistungsangebot einen Wettbewerbsvorteil, mit dem sie auch zukünftig die Gesundheitsversorgung von Frauen und ihren Familien gewährleisten und sie medizinisch auf dem neuesten Stand halten können.

Die Vorteile zeigen sich auch bei der Bekämpfung von Schwangerschaftsdiabetes und dessen Folgen. Denn unbehandelt bedroht der Schwangerschaftsdiabetes die Gesundheit von Mutter und Kind lebenslang. In diesem Zusammenhang kooperierte die GenoGyn zwischen 2009 und 2012 mit den Diabetologen im Raum Köln und entwickelte das Versorgungskonzept „GestDiabGyn“. Damit wurden bereits vor der Einführung des gesetzlichen Screenings auf Schwangerschaftsdiabetes die werdenden Mütter besser versorgt.

Nächste Schritte

Ab 2017 werden regelmäßig vier vertiefende Praxisworkshops angeboten, mit den Themen chronische Erschöpfung/Neurostress, moderne Schwangerenvorsorge/fetale Programmierung, Wechseljahre/Prävention von Alterserkrankungen sowie integrative Tumorthherapie und Nebenwirkungsmanagement. Mit diesen vier neuen Praxis-Workshops sollen künftig die praktische und therapeutische Umsetzung und Anwendung der präventionsmedizinischen Inhalte in den gynäkologischen Praxen weiter ausgebaut werden.

Ansprechpartner

Dr. med. Jürgen Klinghammer

Vorstandsvorsitzender

GenoGyn Rheinland e.G.

Aachenerstraße 338

50933 Köln

Telefon: 0221 – 687 010

E-Mail: dr.klinghammer@t-online.de

www.genogyn.de

Gesunde Seele

Autoren: *Christine Kremer und Robert Thomas*

Management Summary

Ziel der *Patientenbegleitung Gesunde Seele* ist es, Patienten mit psychiatrischen Erkrankungen besser zu versorgen. Daher bietet die AXA Krankenversicherung in Köln diesen Versicherten verkürzte Wartezeiten bis zum Erstgespräch sowie persönliche Ansprechpartner. Des Weiteren stellt das Projekt unterstützende Online-Programme sowie ein Netzwerk aus Spezialisten zur Verfügung.

Das Projekt kann jeder vollversicherte Kunde bei der AXA oder der Deutschen Beamtenversicherung in Anspruch nehmen. Stimmt ein Kunde der Patientenbegleitung zu, so erhält er einen individuellen Ansprechpartner. In einem persönlichen Gespräch werden dem Patienten die verschiedenen Versorgungselemente erklärt und nach seinem individuellen Bedarf ausgewählt.

Die Patientenbegleitung analysiert eingereichte Dokumente von Kunden und kooperiert mit Anbietern von Arzt-Informationssystemen zur Generierung von Patienten. Bislang finanziert die Krankenversicherung das Projekt.

Seit dem Jahr 2005 wurde das Projekt schrittweise aufgebaut; Kooperationspartner sind derzeit der Therapeutenverbund, Novego, Sanvartis, sowie Medizinische Versorgungszentren und Kliniken; sie bilden ein Netz unterschiedlicher Versorgungsakteure.

Umsetzung

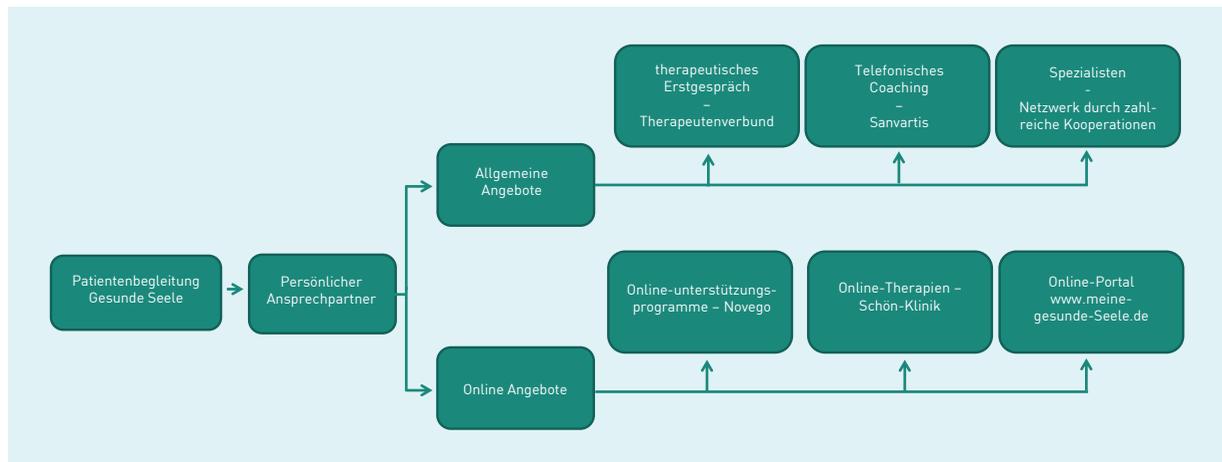
Aufgrund langer Wartezeiten auf Erstgespräche erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, dass sich psychiatrische Erkrankungen verschlimmern oder chronisch werden. Außerdem sind viele Patienten bei der Suche nach einem geeigneten Therapeuten beziehungsweise einer geeigneten Klinik überfordert.

Das Angebot der Patientenbegleitung richtet sich daher an drei Gruppen von Versicherten. Patienten, bei denen eine psychiatrische Erkrankung zum ersten Mal auftritt, bekommen ein Schreiben über mögliche Behandlungsangebote. Versicherte, die sich derzeit wegen einer akuten Depression in einem stationären Aufenthalt befinden, werden telefonisch kontaktiert. Alle Weiteren werden angerufen und erhalten Informationsmaterialien.

Angesichts hoher Schnittstellenverluste zwischen den verschiedenen Akteuren im Gesundheitswesen schloss das Projekt viele Partnerschaften. Somit bleiben Therapeuten, Haus- und Fachärzte über den aktuellen Stand stets informiert; der Patient wird entlastet.

Die *Patientenbegleitung Gesunde Seele* besteht aus einem Team mit 14 Mitarbeitern, die nach Absprache aus verschiedenen Modellen individuell auswählen können (siehe Abbildung 33).

Abbildung 33 Organigramm der *Patientenbegleitung Gesunde Seele*



Quelle: Eigene Darstellung

Nächste Schritte

In Zukunft soll die Teilnehmerzahl weiter wachsen. Dafür soll vor allem das Angebot regelmäßig an den Kundenbedarf angepasst werden. Helfen sollen auch verschiedene Vermarktungsaktivitäten. Da Patienten mit psychischen Erkrankungen heute noch mit Vorurteilen zu kämpfen haben, soll die Öffentlichkeit für das Thema sensibilisiert werden. Dadurch wird die Re-Integration in die Gesellschaft vereinfacht und die Hemmschwelle potenzieller Kunden gesenkt.

Ansprechpartner

Dipl. Med. Oek. Christine Kremer
 Patientenbegleitung Gesunde Seele
 AXA Konzern AG
 Colonia-Allee 10-20
 51067 Köln
 Telefon: 0221 – 148 338 56
 E-Mail: Christine.Kremer@AXA.de

Robert Thomas
 Gesundheitskommunikation
 AXA Konzern AG
 Colonia-Allee 10-20
 51067 Köln
 Telefon: 0221 – 148 307 84
 E-Mail: Robert.Thomas@AXA.de

Literatur

- Andersson, G. (2016). Internet-delivered psychological treatments. *Annual Review Clinical Psychology* (12), S. 157–179.
- BundesPsychotherapeutenKammer. (2011). BPTK-Studie zu Wartezeiten in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. Abgerufen am 6. März von: http://www.bptk.de/uploads/media/110622_BPTK-Studie_Langfassung_Wartezeiten-in-der-Psychotherapie_01.pdf.
- Hollis, C., Morriss, R., Martin, J., Amani, S., Cotton, R., Denis, M., et al. (2015). Technological innovations in mental healthcare: harnessing the digital revolution. *The British Journal of Psychiatry* 206(4), S. 263–265.
- Melchinger. (2008). Ambulante psychiatrische Versorgung: Umsteuerungen dringend geboten. Abgerufen am 6. März 2017 von [aerzteblatt.de](http://www.aerzteblatt.de): <https://www.aerzteblatt.de/archiv/62331>.
- Novego, AXA. (2016). meine gesunde Seele. Abgerufen am 10. März 2017 von <https://www.meine-gesunde-seele.de/>
- Spiegel Online (2017). 320 Millionen leiden an Depressionen. Abgerufen am 22.03.2017 von <http://www.spiegel.de/gesundheit/diagnose/depressionen-320-millionen-menschen-laut-who-betroffen-a-1136042.html>.

GNS-Herzcoach

Autoren: Wolfgang Bachmann und Jörg Simpfendörfer

Management Summary

Der *GNS-Herzcoach* ist eine für Laien und Fachpersonen zugängliche Internet-Plattform für Patienten, die sich einer „Checkup 35+“-Untersuchung unterzogen haben und die zukünftig gesünder leben möchten. Ziel ist die Unterstützung des Patienten bei seiner ganz individuellen Lebensstiländerung.

Ein Risikorechner ermöglicht zu Beginn eine individualisierte Abschätzung des Risikos, an Herz- und Gefäßleiden zu erkranken. Gleichzeitig wird mit der Plattform eine interaktive Beratung angeboten – einerseits zur Verbesserung des Gesundheitsverhaltens, andererseits zur medizinischen Abklärung und Behandlung.

Der *GNS-Herzcoach* basiert auf dem Programm CARRISMA und dessen Weiterentwicklung „My Heartcoach“. CARRISMA wurde 2003 als Expertenprogramm entwickelt und nur durch Ärzte genutzt. Diese Einschränkung wurde mit der Weiterentwicklung zum *GNS-Herzcoach* beseitigt. So kann auch der Patient das Programm anwenden – zum Beispiel zur Analyse, Dokumentation und zum Selbstcoaching.

Das Projekt wird aus Mitteln der Gesundheitsnetz Süd eG (GNS) finanziert. Darüber hinaus wurde eine Förderung der Kassenärztlichen Vereinigung im Rahmen des Projekts „Ziel und Zukunft“ beantragt und genehmigt.

Umsetzung

Der Lebensstil beeinflusst in hohem Maße das Risiko, im Laufe des Lebens Herz- und Gefäßkrankungen zu erleiden. Besonders stark steigt das Risiko bei Tabakkonsum, ungünstiger Ernährung und körperlicher Inaktivität.

Die Gesundheitsuntersuchung Checkup 35+ dient der Früherkennung von Herz-Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie von Diabetes. Der *GNS-Herzcoach* erweitert den „Check Up 35+“. Mit ihm sollen die Anwender ihren Lebensstil verbessern und die gesundheitlichen Potentiale nutzen können. Die folgenden acht Gesundheitsfaktoren stehen dabei im Mittelpunkt: Nichtraucher, Bewegung, Körpergewicht, Ernährung, Stress, Blutdruck, Blutfette und Blutzucker.

Zielgruppe des *GNS-Herzcoaches* sind alle Patienten, die den Check Up 35+ in Anspruch nehmen.

Der *GNS-Herzcoach* setzt sich aus vier Modulen zusammen.

Identifikation: Der Patient wird entweder im Rahmen eines Praxisbesuchs identifiziert oder schriftlich oder telefonisch zur Teilnahme eingeladen.

Klinische Daten: Die Laborwerte des Patienten werden durch die Praxis erhoben. Der Patient erhält in der Praxis ein Tablet, auf dem eine Offline-Version des *GNS-Herzcoachs* installiert ist. Er beantwortet die gestellten Fragen und gibt das Tablet an der Rezeption ab. Der Arzt kann diese Daten nutzen; der Checkup wird so umfassender. Arzt und Patient können die Daten anschließend besprechen.

Ärztliche Beratung: Auf der Basis der Ergebnisse des *GNS-Herzcoachs* leitet der Arzt den Patienten zur Ziel- und Maßnahmenplanung an. Dazu erhält der Patient einen Ausdruck mit einem QR-Code, mit dem er die erhobenen Daten in Eigenregie weiter nutzen kann. Der GNS-Herzcoach-Rechner erlaubt Angaben zum „Herzalter“, zur Nutzung von Gesundheitspotentialen und zur Risikoeinschätzung. Dies wird ergänzt durch die Erläuterungen des Arztes.

Home Use: Der Patient nimmt den erstellten Report mit nach Hause. Durch das Einlesen des QR-Codes beispielweise per Smartphone oder Tablet, gelangt der Patient auf die Seite *GNS-Herzcoach*. Dank des QR-Codes sind dort bereits alle eingegebenen Daten vorhanden. Der Patient kann unmittelbar an seinen Zielen und Maßnahmen für einen verbesserten Lebensstil weiterarbeiten, sein Verhalten beobachten und die Veränderung seines Gesundheitsstatus feststellen.

Der *GNS-Herzcoach* orientiert sich an der Lebensrealität des Patienten, indem er Veränderungen unmittelbar sichtbar macht und indem er intuitiv spielerisch zu bedienen ist. Die gesamte Anwendungsverantwortung liegt beim Patienten. Ärzte sind dabei die Türöffner.

Die vielfachen, nachweislichen Verbesserungen und Vorteile können der folgenden Abbildung 34 entnommen werden.

Abbildung 34 Die Innovationselemente des *GNS-Herzcoachs* im Überblick



Quelle: Eigene Darstellung

Nächste Schritte

Mit Entscheidung über den oben genannten Förderantrag wird die GNS ihr Angebot ausweiten. Zudem sind derzeit für 2017 verschiedene Praxisworkshops mit Schulungen und Trainings für Ärzte und Praxismitarbeiter geplant.

Ansprechpartner

Wolfgang Bachmann

Geschäftsführender Vorstand

Gesundheitsnetz Süd eG (GNS)

Hopfenhausstraße 2

89584 Ehingen

Telefon: 073 91 – 586 545 7

E-Mail: j.simpfendoerfer@gnsued.de

www.gnsued.de

GOINakut

Telefonisch-medizinische Beratung des Praxisnetzes GO IN für Ingolstadt und Umgebung

Autoren: Florian Berger und Nicolas Maier-Stockler

Management Summary

GOINakut ist ein Pilotprojekt zur Entlastung der Notaufnahmen und Bereitschaftsdienste. Ärzte schätzen die medizinische Dringlichkeit am Telefon anhand eines standardisierten Fragebogens ein. Gleichzeitig sollen durch *GOINakut* die Wartezeiten für Patienten verkürzt werden.

GOINakut arbeitet mit einem Konzept für die Notfallversorgung, bei dem die Anrufer nach der Schwere ihrer Verletzungen eingeteilt werden. Dies erfolgt telefonisch und nach medizinischen Kriterien, um die Notaufnahmen in der Region Ingolstadt besser zu organisieren und zu entlasten. Für die Anrufer der Notfall-Telefonleitung steht jederzeit ein kompetenter Ansprechpartner für medizinische Fragestellungen zur Verfügung, der die Behandlungsdringlichkeit fachkundig einschätzt.

Schon im Jahre 2014 entstand bei einem Treffen der Bayerischen TelemedAllianz (BTA) und des Ärztenetzes GO IN die Idee für *GOINakut*. Bei der Planung des Projektes konnte auf die profunden Erfahrungen des bereits seit einigen Jahren erfolgreich laufenden Vorbilds aus der Schweiz zurückgegriffen werden. Die Umsetzung des Konzepts erfolgt in Kooperation mit der Allianz Word Wide Partner. Getragen und finanziert wird *GOINakut* von allen drei Partnern. Für den Patienten ist dieser Service kostenfrei.

Das Pilotprojekt läuft von Dezember 2016 bis Juni 2017 und soll nach erfolgreichem Abschluss bundesweit in weiteren Regionen eingeführt und getestet werden. Die derzeit betreute Region umfasst eine Fläche von knapp 3.000 Quadratkilometern mit mehr als 450.000 Einwohnern.

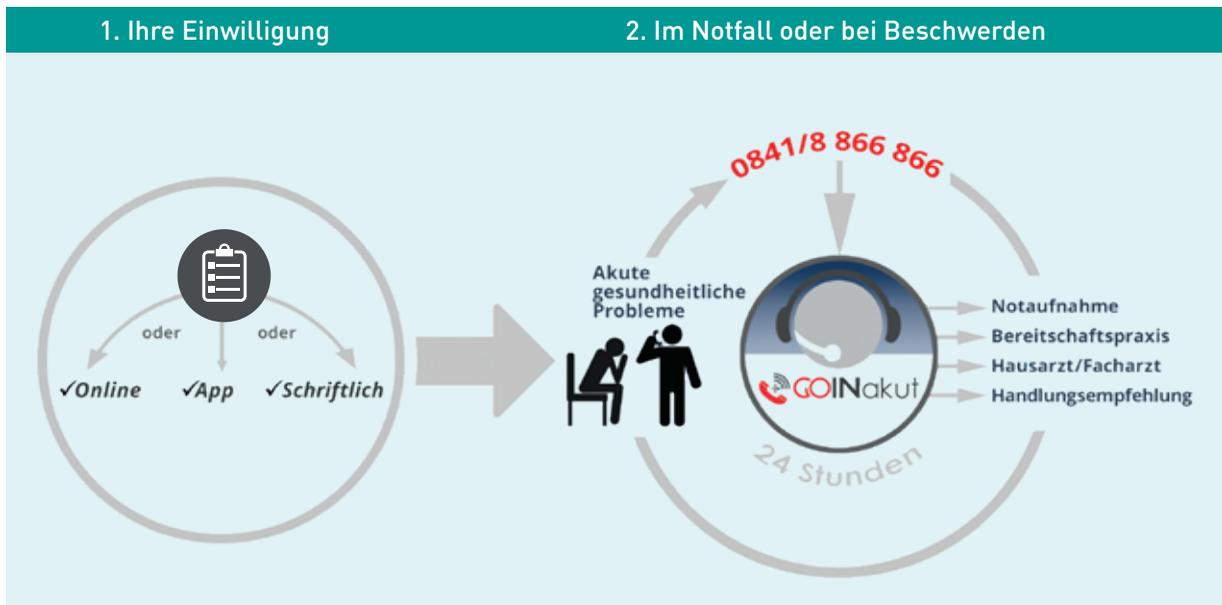
Umsetzung

GOINakut ist in dieser Form in Deutschland einzigartig. Ziel ist es, leichte Fälle von der Notaufnahme und den Bereitschaftspraxen fern zu halten. So wird eine Überfüllung der ambulanten Bereitschaftsdienste sowie der Notaufnahme vermieden. Denn außerhalb der Sprechstunden der niedergelassenen Ärzte werden Bereitschaftsdienste oft als erweiterte Sprechstunde missbraucht.

Die Voraussetzung für eine Teilnahme am Projekt ist eine vorab abgegebene Einwilligungserklärung. Ausgangspunkt zur Entlastung der Notaufnahmen und Bereitschaftsdienste durch *GOINakut* ist ein Anruf

einer verletzten Person oder eines Patienten im Notfall oder bei Beschwerden. Im Sinne einer „vorärztlichen Dringlichkeitseinschätzung“ wird Anrufern direkt geholfen, den richtigen Ansprechpartner für Ihr Anliegen zu finden – und zwar bereits bevor sie eine Notaufnahme oder eine nahegelegene Bereitschaftspraxis aufsuchen. Im Servicezentrum des telefonisch-medizinischen Dienstes werden die eingehenden Anrufe von Ärzten mit einer Notfallweiterbildung entgegengenommen. Sie gruppieren die Anrufer auf Basis von Standardprotokollen ein. Dem Anrufer wird dann eine entsprechende Einrichtung empfohlen. So können dringende Fälle von weniger dringlichen Fällen abgegrenzt werden. Wirkliche Notfälle werden weiterhin durch die Rettungsdienstleitstelle bearbeitet.

Abbildung 35 Konzept von GOINakut



Quelle: Darstellung in Anlehnung an Grafik von GOINakut

Die telefonisch-medizinische Notfalleinschätzung durch GOINakut wird aufgrund der guten regionalen Voraussetzungen zunächst in der Region Ingolstadt und Umgebung erprobt. Für die Umsetzung von GOINakut werden bereits bestehende Strukturen des Projektpartners Allianz Worldwide Partner genutzt, die bereits ein Callcenter mit ähnlicher Funktion betreibt. Die GO IN GmbH hat einen Dienstleistungsvertrag mit der Allianz Worldwide Partner und deren Subunternehmen (Allianz Global Assistance). Dieser Vertrag erlaubt die Nutzung des Callcenters für die Notfallversorgung und -koordination in Ingolstadt. Dabei zahlt GO IN an die Allianz eine monatliche Pauschale sowie einen zusätzlichen Betrag für jeden eingehenden Anruf. Des Weiteren trägt GO IN die Kosten für das Marketing (Anzeigen, Flyer, Informationen für Ärzte und Patienten etc.). Die BTA übernimmt die Kosten für die Erstellung der Homepage, einer speziellen App und der dazugehörigen Datenbank.

Mit der Implementierung der speziell entwickelten App wird ein zusätzlicher Kommunikationskanal geschaffen – insbesondere für jüngere Nutzer, die über ein Smartphone verfügen. Die Telefonnummer des Telefonservices ist automatisch in der App hinterlegt. So kann der Nutzer einzig durch das Betätigen eines Buttons mit den *GOINakut*-Ärzten verbunden werden.

Nächste Schritte

Die Vision des Projektes sieht eine technische Weiterentwicklung vor, sodass eine selbstständige Einschätzung des Patienten über eine Applikation mit Anbindung an ein Callcenter möglich ist. So kann bei Fragen fachlich-geschultes Personal per Tastendruck hinzugezogen werden. Außerdem ist eine Erhöhung der Nachfrage bei gleichzeitiger Verminderung der Personalbelastung vorgesehen.

Für die telefonische Triage haben die Projektpartner eine Fülle an überwältigendem Zuspruch aus ganz Deutschland erfahren – insbesondere aus Regionen, in denen die Notaufnahmen überlaufen sind und der Bereitschaftsdienst aufgrund der Größe der Gebiete und den immer weniger werdenden ambulanten Ärzten fast nicht mehr aufrechtzuerhalten ist. Die Erprobung des Services *GOINakut* war ein voller Erfolg und wurde vorerst für eine Umstrukturierung und Erweiterung eingestellt. Das Ziel ist es, den Service auszubauen und deutschlandweit dauerhaft anzubieten. Dafür verhandelt man mit Institutionen und der Politik.

Ansprechpartner

Prof. Dr. med. Siegfried Jedamzik

Projektleiter

Bayerische TelemedAllianz (BTA)

Oberer Grasweg 50a

85055 Ingolstadt

Telefon: 0841 – 379 163 9

E-Mail: jedamzik@telemedallianz.de

www.telemedallianz.de

Christina Peric

Projektmitarbeiter

Bayerische TelemedAllianz (BTA)

Oberer Grasweg 50a

85055 Ingolstadt

Telefon: 0841 – 379 163 9

E-Mail: peric@telemedallianz.de

www.telemedallianz.de

Hadsch

Pilgerfahrt nach Mekka als Weg in die Gesundheitsprävention

Autoren: Maria Budak und Markus Groteguth

Management Summary

Muslimischen Bürgern den Zugang zum ambulanten Versorgungssystem zu erleichtern, ist das oberste Ziel von *Hadsch*. Mit Hilfe des Projekts sollen Muslime motiviert werden, ihre Gesundheit für die Pilgerfahrt nach Mekka zu fördern.

Bestandteil des Projektes ist ein spezielles Präventionskonzept, um eine dauerhafte Anbindung des Patienten an einen Hausarzt zu unterstützen. Das Präventionskonzept von *Hadsch* hilft in erster Linie, den ersten Kontakt mit dem Arzt oder Apotheker herzustellen.

Die Initiatoren des Projekts sind zum einen das Niederrhein Netzwerk und deren Netzapotheken. Sie übernehmen die medizinischen und beratenden Tätigkeiten. Zum anderen unterstützt das Unternehmen SeCoMe – Ihr Medical Manager bei Management- und Kommunikationsaufgaben von *Hadsch*. Die Projektpartner teilen auch die Finanzierung des Projekts.

Das Projekt wurde 2016 entwickelt und wird ab 2017 in Duisburg Marxloh umgesetzt. Bereits abgeschlossen ist die Sensibilisierungsphase für muslimische Bürger und ihre Angehörigen sowie für Arztpraxen und Apotheken im Netzwerk. Derzeit befindet sich *Hadsch* in der Informationsphase (siehe unten).

Umsetzung

Die Gesundheitsversorgung vieler muslimischer Mitbürger in Deutschland ist unterdurchschnittlich. Ursachen sind häufig Unkenntnis des ambulanten Haus- und Facharztsystems sowie sprachliche Hürden und eine kulturelle Distanz.

Hadsch will in dieser schwierigen Situation unterstützen. Das Projekt bietet muslimischen Menschen einen niedrigschwelligen Zugang zum ambulanten Gesundheitssystem und ermöglicht so auch die Inanspruchnahme medizinischer Präventionsleistungen, die sonst kaum genutzt werden.

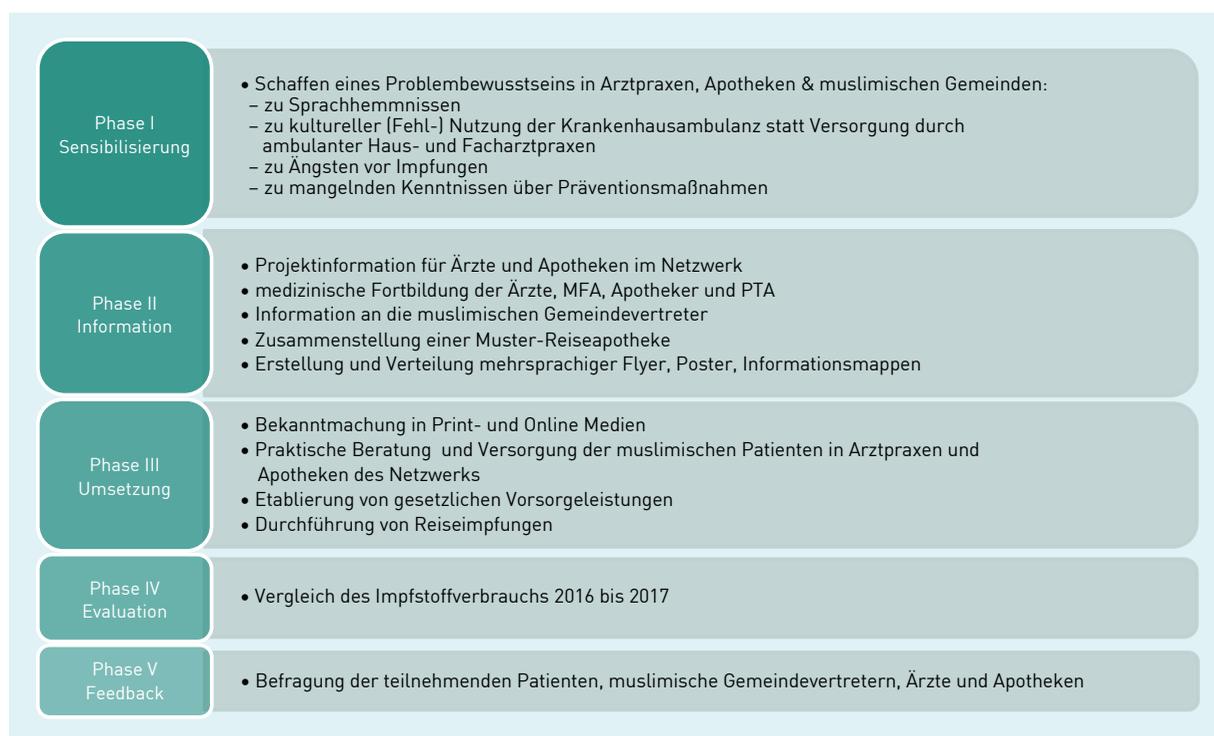
Besonders angesprochen werden vor allem die Muslime, die aus kulturellen oder sprachlichen Gründen der deutschen Gesundheitsversorgung mit Ängsten oder Scheu gegenüberstehen. Für sie gibt es mehrsprachige Informationsangebote und gezielte Leistungen für Reisende.

Das Konzept von Hadsch beinhaltet, Muslime für den Weg nach Mekka medizinisch standardisiert zu beraten und vorzubereiten. Eingebettet in eine Vorsorgeuntersuchung und eine reisemedizinische Beratung soll der Impfschutz für die Reisenden zeitgerecht vervollständigt werden. Ziel ist es, eine langfristige, vertrauensvolle Beziehung zwischen Patient und Arzt sowie Apotheker herzustellen.

Zu den speziell abgestimmten Leistungen der Projektpartner zählen Untersuchungen, Impfungen, reisemedizinische Beratungen und Empfehlungen für die Reiseapotheke.

Das Projekt umfasst fünf Umsetzungsphasen (siehe Abbildung 36) – derzeit befindet sich Hadsch in Phase II.

Abbildung 36 Umsetzungsphasen von *Pilgerfahrt nach Mekka als Weg in die Gesundheitsprävention*



Quelle: Eigene Darstellung

SeCoMe stellt die interkulturellen Maßnahmen und die Mehrsprachigkeit im Projekt sicher (Deutsch, Türkisch, Kurdisch, Arabisch). Zudem übernimmt sie die Koordination und Kontrolle des Marketingzeitplans.

Die Finanzierung der Impfkosten wird weitgehend wie vertraglich geregelt von den (gesetzlichen) Krankenversicherungen übernommen. Die Kosten für Informationsmaterialien und Marketingmaßnahmen tragen die Netzwerkapotheken. Fortbildungskosten für Ärzte und Apotheker sowie die Evaluation des Projektes übernimmt das Niederrhein Netzwerk.

Durch ihre Teilnahme am Projekt erhalten Patienten einen (aufgefrischten) Impfschutz und nutzen parallel gesetzliche Vorsorgeuntersuchungen.

Das Gesamtprojekt der beteiligten Praxis- und Apothekenteams stärkt das Vertrauensverhältnis zwischen allen Beteiligten und erhöht bei den Patienten die Wahrnehmung für die kontinuierlichen gesundheitlichen Leistungsangebote.

Langfristig wird eine Fehlnutzung der ausgelasteten Krankenhausambulanzen durch muslimische Patienten reduziert und der Wert durch nachhaltige Betreuung durch die ambulante Gesundheitsversorgung gestärkt.

Nächste Schritte

Das Projekt befindet sich gerade in der Informationsphase (Phase II) und wird planmäßig die nachfolgenden Phasen durchlaufen (siehe Abbildung 36).

Ansprechpartner

Dr. Markus Groteguth

Vorstand

Niederrhein Netzwerk eG

Rheinstraße 20

40668 Meerbusch

Telefon: 02150 – 794 390 20

E-Mail: markus.groteguth@niederrhein-netzwerk.de

www.niederrhein-netzwerk.de

Maria Budak

Geschäftsleitung

SeCoMe – Ihr Medical Manager

Hauptstraße 92

40668 Meerbusch

Telefon: 02150 – 794 390 0

E-Mail: maria.budak@secome.de

www.secome.de

Hausärztliche Patientenbetreuung verbessern durch YouTube-Videos

YouTube-Channel „www.naturmedizin2go.de“ informiert über Schulmedizin und Naturheilkunde

Autor: Matthias Frank

Management Summary

Der YouTube-Kanal www.naturmedizin2go.de will gesundheitsrelevante Themen patientengerecht vermitteln und somit das Verständnis von Patienten für medizinische Therapien fördern. Das Projekt möchte Patienten zur Prävention und Gesundheitsförderung anregen und die Kommunikation zwischen Arzt und Patienten verbessern. Der Grundsatz des Projekts ist es, objektive Informationen zu Gesundheit, Erkrankung und Prävention zu liefern – und somit die Gesundheitskompetenz der Patienten zu erhöhen.

Das Projekt wurde Ende 2016 begonnen und wird vom Initiator privat finanziert und umgesetzt. Seither werden wöchentlich Videos zu unterschiedlichen medizinischen Themen auf YouTube hochgeladen.

Umsetzung

Die Herausforderung bei der Umsetzung des Projekts bestand darin, ein geeignetes Medium zu finden. Videos in Verbindung mit Social-Media ermöglichen es, vor allem Jugendliche und junge Erwachsene zu erreichen; so können sie motiviert werden, sich um die eigene Gesundheit zu bemühen.

Der YouTube-Channel www.naturmedizin2go.de informiert über: Naturheilkunde, Schulmedizin, Gesundheit, Vorsorge, medizinische Therapien und Neues aus der Forschung. So wird es Patienten ermöglicht, sich auf das Gespräch mit ihrem Arzt vorzubereiten oder das Gesagte nochmals in Erinnerung zu rufen. Das Portal dient Patienten, die sich über eine Therapie oder eine Erkrankung informieren wollen – oder die selbstständig Präventionsmaßnahmen initiieren möchten. Des Weiteren ist es möglich, zusätzliche Informationen durch die Verknüpfung mit der Website www.vor-allem-gesund.de zu erhalten. Die Patientenversorgung wird verbessert und die Kommunikation wird gestärkt, während niedergelassenen Ärzten oft die Zeit für ausführliche Gespräche fehlt.

Die verschiedenen Themenbereiche werden durch mehrere „Playlists“ gegliedert, um thematische Schwerpunkte nutzerfreundlich hervorzuheben. Diese sind jederzeit abrufbar und können auch abonniert werden. Mittlerweile wurden die Videos bis zu 14.156 mal aufgerufen und von über 146 Personen abonniert.

Abbildung 37 Follow me: Das Potenzial sozialer Netzwerke für die Patientenversorgung nutzen

Medium	Zweck
YouTube-Kanal (www.naturmedizin2go.de)	Publikation von Videos
Website (www.vor-allem-gesund.de)	Blog
Facebook-Seite	Direkte Kommunikation mit Produzenten
Twitter-Account	Verweis auf Videos
Google+	Soziales Netzwerk für zielgruppengerechte Sichtbarkeit
Xing/LinkedIn	Gruppendiskussion

Quelle: Eigene Darstellung

Nächste Schritte

In absehbarer Zeit sollen häufig gestellte Patientenfragen durch weitere Videos beantwortet werden. Hierzu zählen How-to-do-Videos und Tutorials, wie zum Beispiel Übungen für die Gewichtabnahme oder rückengerechtes Verhalten. Ein thematisch zum Inhalt des jeweiligen Videos passender Rahmen verweist auf weiterführende Videos oder Inhalte auf der Website. Hinzu kommen Interviews mit Spezialisten und Hinweise zu Gesundheitskampagnen.

Ansprechpartner

Dr. med. Matthias Frank

Praxisinhaber

Arztpraxis

Am Brurain 12

76187 Karlsruhe

Telefon: 0721 – 567 747

E-Mail: mb.frank@t-online.de

www.vor-allem-gesund.de/

www.drmatthiasfrank.com

Hilfe vor Ort: Die Rollende Arztpraxis verbessert die Flüchtlingsversorgung auf dem Land

Integration, Organisation und Evaluation der ambulanten medizinischen Versorgung von Flüchtlingen und Asylsuchenden im Kreis Hzgt. Lauenburg

Autoren: Katja Götz, Markus Knöfler und Christina Möllmann

Management Summary

Ziel des Projekts *Rollende Arztpraxis* ist in erster Linie die Verbesserung der medizinischen Flüchtlingsversorgung im Kreis Herzogtum Lauenburg. Zudem sollen mobile Versorgungskonzepte für die Regelversorgung erprobt werden.

Die Patienten *der Rollenden Arztpraxis*, also Flüchtlinge beziehungsweise Asylbewerber, können regelmäßig hausärztliche Sprechstunden an drei Flüchtlingsunterkünften im Kreis in Anspruch nehmen. Um vorhandene Sprachbarrieren zu überwinden, unterstützen Dolmetscher die Kommunikation zwischen Arzt und Patient.

Federführender Initiator des Projektes ist das Praxisnetz Herzogtum Lauenburg e. V. (PNHL). Interdisziplinäre Projektpartner sind das Institut für Allgemeinmedizin der Universität zu Lübeck als Evaluationspartner, die DB Regio Bus AG als Infrastrukturpartner und die Damp Stiftung als Finanzier des Projektes.

Für *die Rollende Arztpraxis* werden niedergelassene Ärzte aus der Region eingesetzt. Drei Ärzte des Praxisnetzes erreichten mit der mobilen Praxis von Juni 2016 bis Juni 2017 viele Patienten in den dezentralen Flüchtlingsunterkünften des Kreises.

Umsetzung

Die Projektidee der *Rollenden Arztpraxis* entstand in Folge des in 2015 zu erwarteten Flüchtlingsstroms nach Europa. Denn die Anzahl neuer Flüchtlinge stellte die medizinische Versorgung vor neue Herausforderungen.

Bei der *Rollenden Arztpraxis* handelt es sich um ein auf 15 Monate begrenztes Pilotprojekt, das von der Damp Stiftung gefördert wurde. Neben den offiziellen Projektpartnern gibt es noch eine Vielzahl an Projektbegleitern, unter anderem das Gesundheitsministerium und die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig Holstein sowie die Gemeinden und Einrichtungen des Landkreises (s. Abb. 38).

Abbildung 38 Akteure im Projekt *Rollende Arztpraxis*



Quelle: Eigene Darstellung

Im Rahmen des Modellprojekts wurden drei Flüchtlingsunterkünfte in den ländlich geprägten Regionen des Landkreises angefahren. Drei Ärzte des Praxisnetzes versorgten hierbei mehr als 100 Patienten. Das Projekt gewährleistete so die medizinische Versorgung vor Ort – und zwar dort, wo durch fehlende Mobilität das eigenständige Aufsuchen einer Arztpraxis erschwert ist.

Um mögliche Sprachbarrieren zu überwinden, unterstützten Dolmetscher im Gespräch zwischen Arzt und Patient. Sie wurden entweder von den Trägern der Einrichtung gestellt oder als Aushilfen beim Praxisnetz angestellt bzw. bei einem ortsansässigen Dolmetscherbüro angefordert.

Als Infrastrukturpartner des Projektes stellt die DB Regio Bus AG dem Praxisnetz ein Mietfahrzeug für die mobile Praxis zur Verfügung. Das Fahrzeug wurde vom Praxisnetz mit allem notwendigen Praxis- und Sprechstundenbedarf einer kleinen Hausarztpraxis ausgestattet.

Als Evaluationspartner begleitet das Institut für Allgemeinmedizin der Universität zu Lübeck das Projekt wissenschaftlich. Besonderes Augenmerk liegt sowohl auf der Optimierung der einrichtungsübergreifenden medizinischen Versorgung als auch auf der Entwicklung einer flächendeckend einsetzbaren medizinischen Dokumentation für Flüchtlinge. Bisher gibt es hier keine Standards, weder in den Erstaufnahmeeinrichtungen noch während der anschließenden Unterbringung auf Gemeindeebene.

Die *Rollende Arztpraxis* hilft aber nicht nur Flüchtlingen – auch Ärzte und Bevölkerung vor Ort profitieren, da die ortsansässigen Praxen entlastet werden. Somit bleibt mehr Zeit für die bereits in Behandlung stehenden Patienten. Erprobt wird das mobile Versorgungsprojekt zudem im Sinne aller Patienten als eine mögliche Lösung für die zukünftige Sicherstellung der Regelversorgung auf dem Land.

Nächste Schritte

Nach Veröffentlichung der Evaluationsergebnisse kann dann auch intensiv über mögliche Einsätze mobiler Praxen im Rahmen der unterstützenden Regelversorgung in ländlichen Strukturen diskutiert werden. Vielleicht versorgt die *Rollende Arztpraxis* ja zukünftig die Bürger in ländlichen und dünn besiedelten Regionen Schleswig-Holsteins.

Ansprechpartner

Markus Knöfler

Geschäftsführung

Praxisnetz Herzogtum Lauenburg e. V.

Wasserkrüger Weg 7

23879 Mölln

Telefon: 04542 – 854 288 7

E-Mail: m.knoefler@pnhl.de

www.pnhl.de

Christina Möllmann

Projektleitung

Praxisnetz Herzogtum Lauenburg e. V.

Wasserkrüger Weg 7

23879 Mölln

Telefon: 04542 – 854 288 7

E-Mail: c.moellmann@pnhl.de

www.pnhl.de

Priv.-Doz. Dr. Katja Götz

Wissenschaftliche Koordinatorin

UKSH – Institut für Allgemeinmedizin, Campus Lübeck

Ratzeburger Allee 160

23538 Lübeck

Telefon: 0451- 310 180 10

E-Mail: katja.goetz@uni-luebeck.de

www.uksh.de

InterPPHammesfahr

Interdisziplinäre Behandlung chronischer Schmerzpatienten

Autor: Sascha Hammesfahr

Management Summary

InterPPHammesfahr ist ein neues Behandlungskonzept für Patienten mit chronischen Schmerzen. Ziel ist es, die fachübergreifende Behandlung von Patienten mit physiologischen und psychologischen Leiden zu verbessern. Mit Hilfe des Projekts lernen die Patienten, wie sie mit weniger oder sogar ohne Schmerzmittel auskommen können. Dem Patienten soll so die Abhängigkeit von Schmerzmitteln genommen werden.

In der Hammesfahrer Praxis lassen sich die Patienten zusätzlich zur klassischen Behandlung psychologisch und physiotherapeutisch behandeln. Der bewusste Umgang mit dem Schmerz soll die Akzeptanz des Leidens und damit die Verdrängung des Schmerzes ermöglichen.

Das Projekt wurde auf Initiative von Frau Lisa Hammesfahr und Herrn Sascha Hammesfahr im Rahmen der Neugründung einer interdisziplinären Behandlungspraxis ins Leben gerufen. *InterPPHammesfahr* startete im Jahr 2015 und wurde von der Kreditanstalt für Wiederaufbau gefördert. Das Behandlungskonzept wird aktuell unterstützt von mehreren Ärzten verschiedener Fachrichtungen im Versorgungsbereich Bonn.

Umsetzung

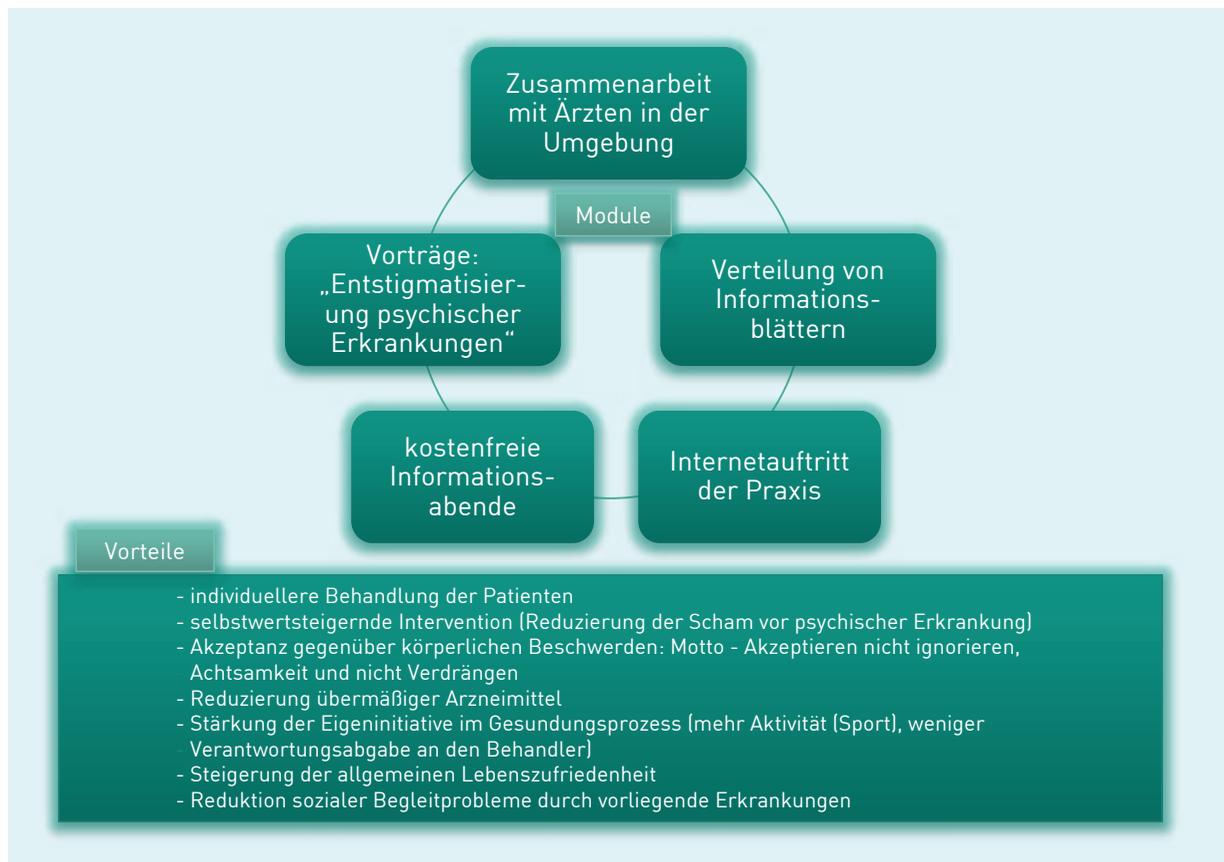
Chronische Schmerzen beeinflussen das Leben der Betroffenen sehr. Begleiterscheinungen bei Schmerzpatienten sind vor allem sozialer Rückzug, Depressionen, Ängste, familiäre Probleme bis hin zu gesteigerter Selbstmordgefahr. Zur Schmerzlinderung nehmen die Patienten zumeist unterschiedliche Schmerzmittel – Abhängigkeit und Missbrauch sind häufige, schwerwiegende Folgen.

Im vorliegenden Konzept stehen die Patienten im Fokus. Ihnen und ihren Angehörigen werden individuelle Maßnahmen zur Schmerzlinderung angeboten sowie Hilfe im Umgang mit der Situation.

Eine Übersicht über die Kernbestandteile des Projektes *InterPPHammesfahr* und dessen Vorteile bietet folgende Abbildung 39.

Der grundlegende Baustein im Konzept von *InterPPHammesfahr* ist die Aufklärung über die psychischen Komponenten von körperlichen Erkrankungen und Schmerz. Hierfür wird der Patient ausführlich informiert. Die Informationen bereichern die individuell angepasste Behandlung und lösen Ängste und Vorurteile aus. Somit verringert sich die körperliche Abhängigkeit von starken Schmerzmitteln; das Leiden wird akzeptiert. Ein weiteres Ziel der Projektarbeit ist es, eine allgemein höhere Akzeptanz für psychische Leiden in der Bevölkerung zu erwirken.

Abbildung 39 Module und Vorteile der interdisziplinären Behandlung chronischer Schmerzpatienten von InterPPHammesfahr



Quelle: Eigene Darstellung

Zielgruppe sind vorwiegend betroffene Patienten sowie ihre Angehörigen. Erweitertes Ziel des Projekts ist die grundlegende Aufklärung über psychische Erkrankungen.

Ansprechpartner

Sascha Hammesfahr

Freiberuflicher (wissenschaftlicher) Mitarbeiter

InterphysioHammesfahr

Kaiserstraße 15

53113 Bonn

Telefon: 0228 – 886 814 70

E-Mail: sahammesfahr@uni-bonn.de

www.interphysiobonn.de

IT-gestützte Flächenversorgung, speziell in der Pneumologie

Autoren: Michael Barczok und Wolfgang Bachmann

Management Summary

Ziel des Projektes *IT-gestützte Flächenversorgung, speziell in der Pneumologie* ist es, ärztliche Ressourcen bestmöglich zu nutzen. Dafür sollen durch innovative Lösungen die Absprachen zwischen Ärzten untereinander verbessert werden, vor allem im ländlichen Raum. Mit Hilfe eines Kommunikationsinstrumentes können alle an der Versorgung beteiligten Personen miteinbezogen werden. Die Patienten können verschiedene Messungen selbst durchführen und auf ihr Gesundheitskonto hochladen. Diese Ergebnisse stehen dann sowohl dem Haus- als auch dem Facharzt zur Verfügung.

Das Projekt startete im zweiten Quartal 2017. Initiator war das Gesundheitsnetz Süd eG, das auch die Projektleitung übernahm. Die medizinische Leitung liegt bei Dr. med. Michael Barczok. Die Plattform Vitabook wird von der Ordermed GmbH zur Verfügung gestellt. Weitere Kooperationspartner sind Fachärzte für Lungenheilkunde (Pneumologie) und Hausärzte.

Die Projektfinanzierung durch den Ziel- und Zukunft-Strukturfond der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg ist beantragt und genehmigt. Ebenso stehen Mittel des Landes Baden-Württemberg zur Verfügung.

Umsetzung

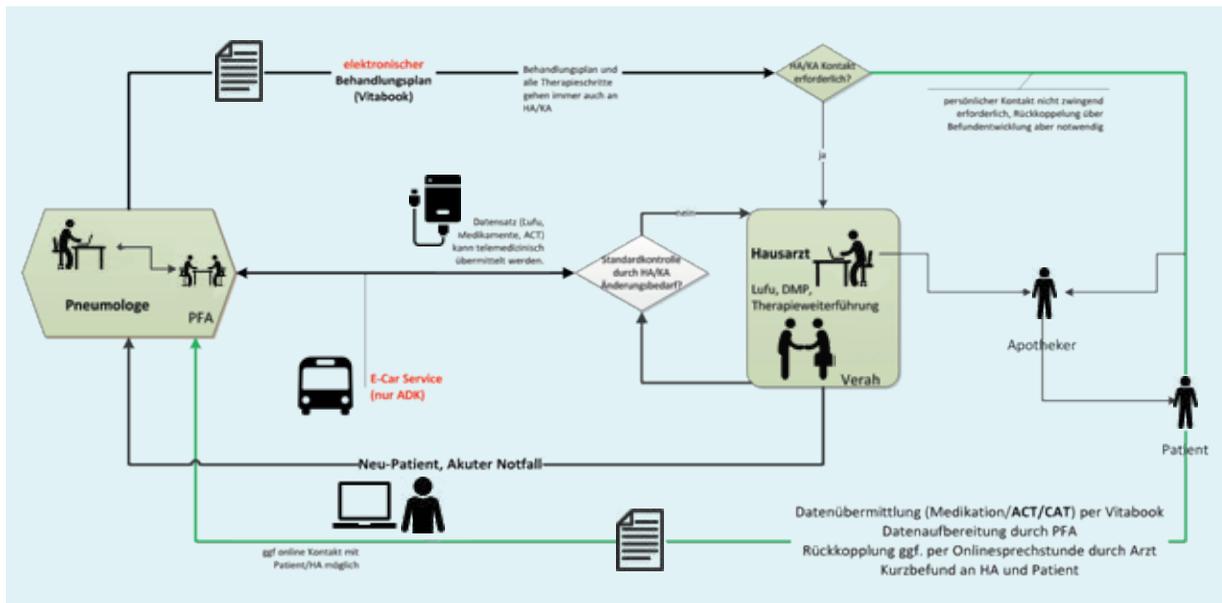
Zu der Zielgruppe gehören:

- stabile Asthma- und COPD-Patienten (chronisch obstruktive Bronchitis), für die regelmäßige Kontrollen und Überwachungen wesentlich sind, und
- Lungenfachärzte (Pneumologen), Hausärzte und Apotheken, die sich einen effizienteren Versorgungsablauf wünschen.

In Baden-Württemberg gibt es wenige niedergelassene Lungenfachärzte – die meisten von ihnen in Ballungsgebieten. Die Folge sind lange Wege für die Patienten. Hier kann das Vitabook-Gesundheitskonto einen Mehrwert schaffen. Ein stabiler Asthma- und COPD-Patient benötigt dann keine standardisierten Routinearztbesuche in der Facharztpraxis vor Ort mehr. Er sammelt seine Gesundheitsdaten auf der Kommunikationsplattform und erlaubt seinen Behandlern, diese Informationen zu nutzen. Somit kann die Anzahl der Routinebesuche beim Facharzt gesenkt werden. Gleichzeitig steht mehr Zeit für Neupatienten zur Verfügung.

Klare Behandlungspläne machen die Behandlung effizient und ermöglichen, die Behandlung chronisch kranker Patienten durch unterschiedliche Beteiligte auf unterschiedlichen Versorgungsebenen besser zu verzahnen. Durch eine Dokumentation der Behandlungsschritte wird für alle Beteiligten erkennbar, inwieweit ein Plan greift oder neu angepasst werden muss. Des Weiteren können dadurch auch unerwünschte Arzneimittelnebenwirkungen vermieden werden.

Abbildung 40 IT-gestützte Flächenversorgung (Asthma/COPD)



Quelle: Dr. Michael Barczok

Patienten können mit Hilfe des Projekts auf Augenhöhe mit dem Arzt über ihre bisherige gesundheitliche Entwicklung sprechen. Weiterhin können alle wichtigen Transaktionen zwischen Patienten, ihren Ärzten und deren Helfern in digitaler Form abgewickelt werden. Dies sind insbesondere Termin- und Folgerezept-Anfragen, das Übermitteln von Nachrichten sowie die Anfrage von Überweisungen zu Fachärzten.

Nächste Schritte

In Zukunft erfolgen in ganz Baden-Württemberg Informationsveranstaltungen für Hausärzte, Lungenspezialisten und Patienten. Ein Konzept für Patientenschulungen und eine Projekthomepage wird noch erarbeitet.

Ansprechpartner

Dr. Michael Barczok

Langjähriger Aufsichtsratsvorsitzender,
derzeit Mitglied

Gesundheitsnetz Süd eG

Hopfenhausstraße 2

89584 Ehingen

Telefon: 07391 – 586 545 7

E-Mail: j.simpfendoerfer@gnsued.de

Jugendgesundheitsuntersuchung (J1) „Freunde fürs Leben!“

J1 – Freunde fürs Leben

Autorin: Katja Mann

Management Summary

Ziel des Projektes *Jugendgesundheitsuntersuchung (J1) „Freunde fürs Leben!“* ist es, Jugendliche über die gesetzlich empfohlene Jugendgesundheitsuntersuchung J1 aufzuklären. Außerdem informiert das Projekt über Themen wie Impfen, sexuell übertragbare Krankheiten und Suchtmittelkonsum. Dabei wird den Jugendlichen aufgezeigt, welche Vorteile ein Arztbesuch sowie ein dazugehöriges Beratungsgespräch haben kann. Zudem entwickeln die Schüler ihre bereits vorhandene Gesundheitskompetenz weiter.

Ein weiteres Ziel ist, das Interesse von Jugendlichen an Gesundheitsthemen zu wecken. Im Rahmen von Projekttagen an den Schulen durchlaufen die Kinder verschiedene Stationen, etwa zu Herzgesundheit, Blutdruck, Reflexen, Sucht, Body-Maß-Index, Impfen und Sehen. Blutdruckmessgeräte, Stethoskope oder Reflexhammer ermöglichen den Selbsttest und erleichtern das Verständnis.

Das Projekt wurde von Katja Mann ins Leben gerufen, der Gesellschafterin der Gesundheitsförderung Aktiv GbR (Gefö Aktiv). Die Projektumsetzung und Finanzierung erfolgt mittels Sponsorengeldern und ehrenamtlicher Arbeit. Der Hauptsponsor Sanofi Pasteur begleitet das Projekt seit Beginn.

Seit 2009 hat das Projekt 1.000 Jugendliche erreicht. Projektpartner sind die BARMER, MSD Sharp & Dohme GmbH, die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt (KVSA), der Landesfrauenrat Sachsen-Anhalt, die Sachsen-Anhaltische Krebsgesellschaft e. V. sowie der Verein Gesundheit für alle.

Umsetzung

Die Jugendgesundheitsuntersuchung richtet sich an männliche und weibliche Jugendliche im Alter von 13 bis 14 Jahren. Außerdem werden die Lehrer in Schulen angesprochen, so dass sie das Projekt eigenständig in den Unterricht integrieren können.

Das Projekt *Freunde fürs Leben* findet mit Schülern aus Sachsen-Anhalt an zwei Unterrichtsstunden statt. Vor Beginn jedes Projekttages erhalten die Eltern der Kinder einen Informationsflyer über die Jugendgesundheitsuntersuchung. So wird sichergestellt, dass die Eltern über den Projekttag informiert sind und das Kind auch teilnehmen kann. Das Projekt beginnt mit einem Quiz rund um das Thema Impfungen, sexuell übertragbare Krankheiten und allgemeines Gesundheitsbewusstsein. Im Anschluss füllen die

Jugendlichen einen Fragebogen aus, der im nachhinein besprochen wird. Die Schüler erfahren, wann sie die Untersuchung in Anspruch nehmen können, wie sie abläuft und warum sie wichtig ist. Abschließend lernen sie Aktuelles über das Thema Impfen. Kernpunkte sind die Wirkung einer Impfung und die verschiedenen Impfstoffarten.

In der zweiten Stunde erhalten die Kinder einen Anamnesebogen, mit dem sie einzelne Stationen durchlaufen können. Jede Station ist mit einem Informationstext, einer Quizfrage und einer Beschreibung ausgestattet, wie die Schüler die Station optimal durchlaufen sollen.

Mit dem Durchlaufen der Stationen und dem Austesten der zur Verfügung stehenden Geräte bauen die Schüler ihre Angst vor dem Arzt und vor der medizinischen Untersuchung ab. Indem sie selbst die medizinischen Geräte austesten, bekommen sie ein besseres Gefühl für den Umgang mit ihnen.

Am Ende erhalten die Schüler je eine Postkarte und eine Impfkarte, die sie eigenständig ausfüllen können, um Aussagen zu ihrem Impfstatus zu treffen.

Grundsatz des Projektes sind die Einhaltung der Ziele und Merkmale der Gesundheitsförderung (siehe Abbildung 41).

Abbildung 41 Merkmale der Gesundheitsförderung



Quelle: Eigene Darstellung

Nächste Schritte

Es ist geplant, eine Gesundheits-App für Jugendliche zu entwickeln. Bisherige Apps sind entweder kostenpflichtig oder nur an Eltern gerichtet. Die App soll mit Schülern entworfen werden, um gewünschte App-Inhalte zu erfassen. Ziel ist, Projekterfahrungen zu vertiefen und Möglichkeiten zum Nachlesen zu schaffen.

Ansprechpartner

Diplom-Gesundheitswirtin Katja Mann

Gesellschafterin

Gefö Aktiv GbR

Am Hammelberg 31c

39114 Magdeburg

Telefon: 0176 – 410 928 70

E-Mail: info@j1-sachsen-anhalt.de

www.j1-sachsen-anhalt.de

Literatur

Bundesanzeiger Nr. 159 (1998) – https://www.g-ba.de/downloads/62-492-159/RL_Jugend_1998-06-26.pdf.

KBV – <http://www.kbv.de/html/2928.php>.

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (2013) http://www.versorgungsatlas.de/fileadmin/ziva_docs/42/Infoblatt_J1_Final_20130925_1.pdf.

Kohortenstudie – Versorgungsatlas (2013) http://www.versorgungsatlas.de/fileadmin/ziva_docs/42/J1_Bericht_Final_20130426.pdf.

Statista (2014) – Smartphone-Nutzung durch Kinder und Jugendliche in Deutschland im Jahr 2014 nach Altersgruppen <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1104/umfrage/smartphone-nutzung-durch-kinder-und-jugendliche-nach-altersgruppen/>.

Berichtband – 3. Nationale Impfkonzferenz Impfen – eine gesamtgesellschaftliche Verantwortung.

Kinder- und Jugendhospiz Balthasar

Autor: Rüdiger Barth

Management Summary

Das *Kinder- und Jugendhospiz Balthasar* unterstützt erkrankte Kinder und ihre Familien – von der Diagnose einer unheilbaren Krankheit bis hin zum Tod. Die körperlichen und psychischen Leiden der Kinder sollen gelindert werden, um ihnen eine in dieser Situation höchstmögliche Lebensqualität zu ermöglichen, sowie ein würdevolles, selbstbestimmtes Leben bis zum Tod. Die Familien sollen über den Tod ihres Kindes hinaus betreut werden.

Das Projekt bietet den Betroffenen in einem geschützten, stationären Rahmen Entlastung und (Trauer-) Begleitung. Die Familien können ins Haus kommen, um neue Kraft zu schöpfen – oder sie lernen dort, mit der Trauer und dem Schmerz umzugehen. Durch Kinderkrankenpflege-, Krankenpflege- und Pädagogikpersonal werden die Eltern entlastet und Geschwisterkinder versorgt. Da die Geschwister häufig Rücksicht nehmen müssen und mit Einschränkungen leben, werden diese altersspezifisch begleitet.

In der letzten Lebensphase der Kinder können die Eltern zu jeder Zeit im Haus sein. Um den Familien den Abschied zu erleichtern, gibt es einen Abschiedsbereich, der persönlich gestaltet werden kann. Auch nach dem Tod des Kindes bleibt das Hospiz eine Anlaufstelle für die Familien.

1998 eröffnete das „Balthasar“ als erstes Kinderhospiz in Deutschland. Initiatoren waren betroffene Eltern in Zusammenarbeit mit der gemeinnützigen Gesellschaft der Franziskanerinnen zu Olpe mbH. Im Januar 2009 folgte mit dem *Jugendhospiz Balthasar* das erste deutsche Hospiz für Jugendliche und junge Erwachsene. Jährlich werden über 300 Familien begleitet. Die Finanzierung erfolgt zu 70 Prozent aus Zustiftungen und Spenden. Pro Tag und Kind gibt es einen Pflegesatz, dessen Höhe sich nach dem Pflegegrad des Kindes richtet, der jedoch die tatsächlichen Pflegekosten nicht deckt.

Umsetzung

Die Zielgruppe sind junge Menschen, die in der Regel das 27. Lebensjahr noch nicht überschritten haben und eine palliativ-medizinische Versorgung brauchen. Sie haben eine unheilbare Erkrankung und werden voraussichtlich im Kindes- oder Jugendalter an dieser versterben.

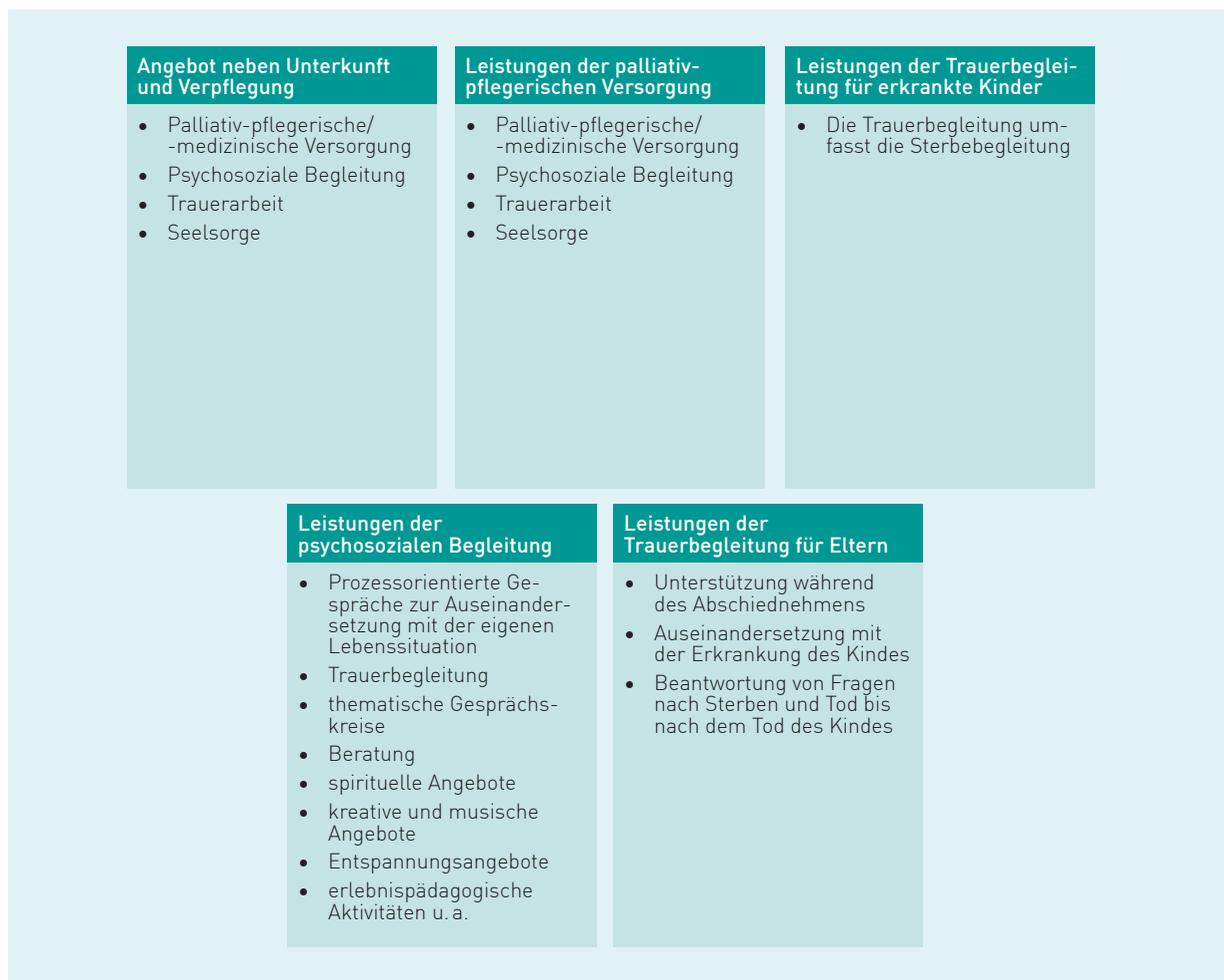
Zu Beginn jedes neuen Aufenthaltes wird ein Aufnahmegespräch geführt. In diesem werden die aktuellen Sorgen aufgenommen. Bei den entstandenen Beratungsthemen geht es zum Beispiel um den Verlust von Fähigkeiten des Kindes, um Ehekrisen oder um berufliche oder finanzielle Nöte. Außerdem werden Gestaltungswünsche von Kindern und Eltern festgelegt. Hierzu gehören beispielsweise Kreativität, Entspannungsangebote, Gespräche oder Ausflüge.

Des Weiteren erarbeitet das Hospiz einen Pflegeplan – mit den Eltern oder teilweise mit den jungen Erwachsenen selbst. Dieser Plan richtet sich nach den ganz speziellen Bedürfnissen und Ressourcen des zu Pflegenden. Dazu gehören die Biografie und die aktuelle Lebenssituation, jedoch auch kulturelle und religiöse Interessen.

Bei der Aufnahme eines Kindes wird eine schriftliche Vereinbarung getroffen, die das Vorgehen in einem Notfall festlegt.

Im ganzheitlichen, stationären Betreuungskonzept erfolgt die Pflege nach palliativen Grundsätzen und der „Fördernden Prozesspflege“ von Krohwinkel. Das Wohlbefinden des Kindes steht im Vordergrund. Krohwinkel berücksichtigt die individuellen Wünsche und Gewohnheiten der Kinder und sieht den Menschen als Ganzheit.

Abbildung 42 Leistungen und Angebote im Kinder- und Jugendhospiz



Quelle: Eigene Darstellung

Die psychosoziale Arbeit im *Kinder- und Jugendhospiz Balthasar* richtet sich sowohl an die erkrankten Kinder als auch an die Eltern und Geschwister.

Das Hospiz möchte das Wohlbefinden der erkrankten Kinder fördern und ihnen ihre Spannungen und Ängste nehmen. Die psychosoziale Begleitung der Eltern hat das Ziel, sie zu entlasten und zu motivieren. Auch den Geschwistern soll Spaß und Lebensfreude vermittelt werden, so dass auch sie gestärkt und ermutigt werden.

Insgesamt bekommen die Familien eine system-, ressourcen- und bedürfnisorientierte Begleitung.

Nächste Schritte

In Zukunft möchte das *Kinder- und Jugendhospiz Balthasar* begonnene Angebote aufrechterhalten und bei Bedarf weiter ausbauen. Zu den bisherigen Angeboten zählen:

- Seminare über den Umgang mit sterbenskranken Kindern und ihren Familien
- berufsbegleitende Fortbildung zum Kindertrauerbegleiter
- „Thalita“, ein Trauerzentrum für Kinder aus der Region.
- „klartext!“, ein Sorgentelefon und ein Chatroom für trauernde Jugendliche

Ansprechpartner

Rüdiger Barth

Leitung

Kinder- und Jugendhospiz Balthasar

Maria-Theresia-Straße 30a

57462 Olpe

Telefon: 02761 – 926 540

E-Mail: ruediger.barth@kinderhospiz-balthasar.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

Ziel des Therapieprogramms *Leipziger Adipositasmanagement* ist ein individuelles und nachhaltiges Gewichtsmanagement für Kinder, Jugendliche und Erwachsene.

Bei dem Programm handelt es sich um einen modular aufgebauten Behandlungspfad, der sowohl konservative als auch chirurgische Therapien beinhaltet. Verschiedene Fachbereiche erarbeiten gemeinsam individuell auf den jeweiligen Patienten zugeschnittene Programme. Dadurch kann die Versorgung effizienter und qualitativer gestaltet werden. Deutschlandweit ist es das erste Adipositas-Therapieprogramm, welches vollständig durch eine gesetzliche Krankenversicherung finanziert wird. Die Finanzierung erfolgt durch den bestehenden Vertrag zur Integrierten Versorgung zwischen dem Universitätsklinikum Leipzig und der AOK PLUS. Bisher wurden seit dem Sommer 2014 über 500 adipöse Menschen betreut.

Umsetzung

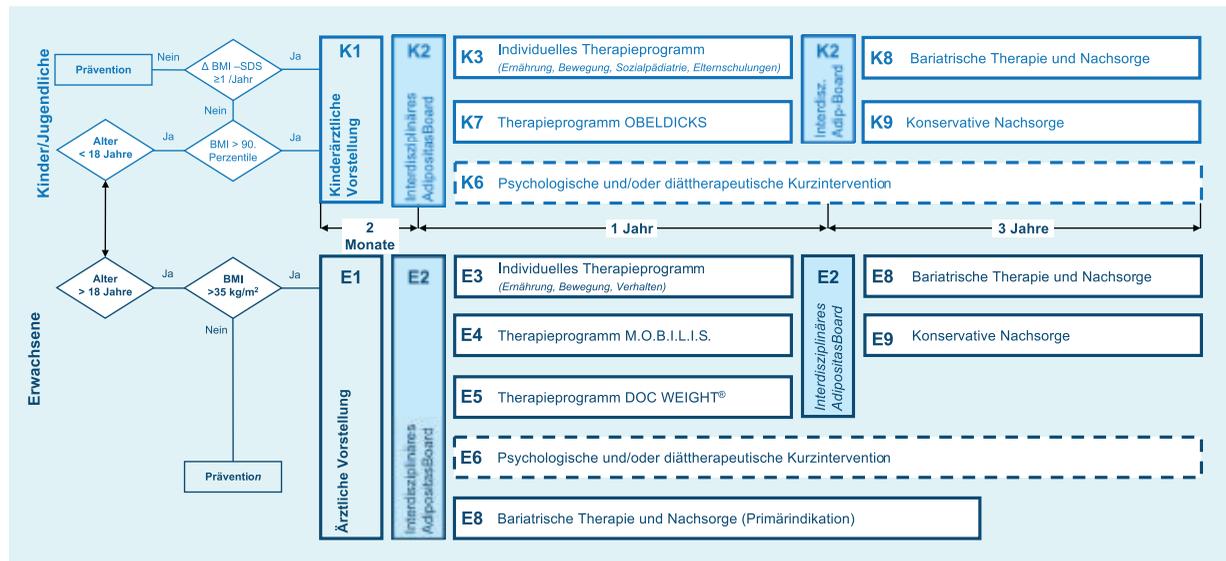
Das Therapieprogramm richtet sich an alle an Adipositas erkrankten Versicherten der AOK PLUS.

Die Behandlung erfolgt im Rahmen einer sektoren- und fachübergreifenden Zusammenarbeit und mit einem strukturierten Schnittstellenmanagement zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Das Case-Management koordiniert patientenrelevante und therapeutische Behandlungsabläufe innerhalb des Programms. Da die Behandlungspfade individuell auf den Patienten zugeschnitten werden, können die Patientenbedürfnisse berücksichtigt werden, was wesentlich zum Erfolg der personalisierten Therapie beiträgt. Des Weiteren kann durch regelmäßige Re-Evaluationen der Behandlungsablauf bei Bedarf kurzfristig angepasst werden.

Alle Patienten durchlaufen eine ausführliche Anamnese und Diagnostik in der Adipositas-Ambulanz. In jeweils zwei Teambesprechungen wird, mit unterschiedlichen Fachkräften, der individuelle Therapieplan erstellt. Die Diättherapie ist die Grundlage jeder Intervention. Nach einer einjährigen konservativen Behandlung wird die Entscheidung für oder gegen einen chirurgischen Eingriff beziehungsweise eine konservative Nachsorge getroffen. Ist eine konservative Therapiemaßnahme erfolglos und ein operativer Eingriff erforderlich, so wird die Therapie zeitnah eingeleitet. Dies kann auch zu einem späteren Zeitpunkt erfolgen.

Die Patienten haben zudem die Möglichkeit, eine psychologische und/oder diättherapeutische Kurzintervention zu nutzen, die sich auf den akuten emotionalen Zustand des Patienten konzentriert – um den Patienten zu entlasten und so einer negativen Beeinflussung des Behandlungsverlaufs vorzubeugen. Bei Bedarf ist es auch möglich, die Therapie zu unterbrechen und eine ambulante Psychotherapie einzuleiten (siehe Abbildung 43).

Abbildung 43 Behandlungspfad Leipziger Adipositasmanagement



Quelle: IFB AdipositasErkrankungen

Die Patienten werden nach Beendigung der Behandlung durch kooperierende niedergelassene Haus- und Fachärzte weiterbetreut, da die Nachsorge ein wesentlicher Bestandteil der Patientenführung ist.

Nächste Schritte

Der bestehende Vertrag zwischen dem Universitätsklinikum Leipzig und der AOK PLUS sieht vorerst einen Einschluss von Patienten über einen Zeitraum von fünf Jahren vor. In dieser Zeit finden regelmäßig Gespräche zur Optimierung des Programms statt und gegebenenfalls entsprechende vertragliche Anpassungen. Der langfristige medizinische wie ökonomische Nutzen ist die Grundlage für alle weiteren Entscheidungen über eine Fortsetzung des Vertrages in dieser oder einer anderen Form.

In Zukunft sollen außerdem weitere gesetzliche Krankenkassen und andere Kooperationspartner Mitglied werden. Auf diese Weise ist ein regionaler Ausbau zur flächendeckenden Versorgung möglich.

Ansprechpartner

Prof. Dr. med. Matthias Blüher

Leiter der Adipositas-Ambulanz, Oberarzt
Universitätsklinikum Leipzig AöR
Liebigstraße 20
04103 Leipzig
Telefon: 0341 – 971 598 4
E-Mail: Matthias.blueher@medizin.uni-leipzig.de

Sarah Victoria Schwalm

SOP-Managerin
IFB AdipositasErkrankungen
Philipp-Rosenthal-Straße 27
04103 Leipzig
Telefon: 0341 – 971 536 5
E-Mail: Sarahvictoria.schwalm@medizin.uni-leipzig.de

Ulrike Tiesler

Verhandlerin stationäre Versorgung
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

Literatur

- American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation, American Pharmacists Association, American Society for Nutrition, American Society for Preventive Cardiology, American Society of Hypertension, Association of Black Cardiologists, National Lipid Association, Preventive Cardiovascular Nurses Association, The Endocrine Society, and WomenHeart: The National Coalition for Women with Heart Disease. A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and the Obesity Society. 2013.
- Bockelbrink A, Stöber Y, Roll S, Vauth C, Willich SN, Greiner W. Medizinische und ökonomische Beurteilung der bariatrischen Chirurgie (Adipositaschirurgie) gegenüber konservativen Strategien bei erwachsenen Patienten mit morbidem Adipositas. Health Technology Assessment (HTA)-Bericht Bd. 73, 1. Auflage. Köln, Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information 2008.
- Bundessozialgericht (BSG), Urteil vom 19.02.2003, AZ: B 1 KR 1/02 R.
- Bundessozialgericht (BSG), Urteil vom 28.09.2010, AZ: B 1 KR 5/10 R.
- CA-ADIP. Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie – Chirurgische Arbeitsgemeinschaft für Adipositas therapie, Deutsche Adipositas-Gesellschaft, Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin. S3-Leitlinie „Chirurgie der Adipositas“. 2010.
- Department of Veterans Affairs, Department of Defense. VA/DoD Clinical Practice Guideline for Screening and Management of Overweight and Obesity. 2014.
- Deutsche Adipositas-Gesellschaft (DAG) e. V., Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG), Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) e. V., Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) e. V. Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur „Prävention und Therapie der Adipositas“. Adipositas 2014, 8:179–221.
- Holzappel C, Hauner H. Adipositas im Umfeld von Gesundheitspolitik und Forschung. In: Wirth A, Hauner H Hrsg. Adipositas. Ätiologie, Folgekrankheiten, Diagnostik, Therapie, 4. Auflage. Berlin ;Heidelberg: Springer 2013; 390–399.
- König HH, Konnopka A. Gesundheitsökonomische Aspekte von Übergewicht und Adipositas. Adipositas 2008; 198–203.

- Konnopka A, Bödemann M, König HH. Health burden and costs of obesity and overweight in Germany. *Eur J Health Econ* 2011; 12:345–352.
- Kurth BM, Schaffrath Rosario A. Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. *Bundesgesundheitsbl* 2010; 53:643–652.
- Mensink GBM, Schienkiewitz A, Haftenberger M, Lampert T, Ziese T, Scheidt-Nave C. Übergewicht und Adipositas in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsbl* 2013; 56:786–794.
- U.S. Department of Health and Human Services. Systematic Evidence Review from the Obesity Expert Panel, 2013. 2013.
- Wabitsch M, Kunze D (federführend für die AGA). Konsensbasierte (S2) Leitlinie zur Diagnostik, Therapie und Prävention von Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter. Version 03.10.2013; www.a-g-a.de.

MAG1

Mannheim gegen Einsamkeit

Autoren: Werner Besier und Manfred Mayer

Management Summary

Ziel des Projektes *Mannheim gegen Einsamkeit (MAG1)* ist es, die Lebenssituation von einsamen, über 60-jährigen Menschen zu verbessern – mithilfe eines einfachen und sozialraumorientierten Netzwerks sowie formellen und informellen Hilfsangeboten.

MAG 1 kümmert sich um alte und einsame Menschen im häuslichen Umfeld und versucht, sie wieder in die Gesellschaft zu einzubinden. Dabei agiert das Projekt vor allem an der Schnittstelle zwischen Krankenhaus und häuslicher Versorgung.

Einsamkeit kann den Gesundheitszustand älterer Menschen negativ beeinflussen. Können Einsamkeit und Isolation aber vermieden werden, geht die Pflegebedürftigkeit zurück und die Lebensqualität steigt. Die nachhaltige Betreuung durch die Ehrenamtlichen schafft hier einen besonders großen Mehrwert. Die Helfer, auch Paten genannt, betreuen einen Hilfebedürftigen bis zu drei Jahre lang.

Das Projekt *Mannheim gegen Einsamkeit* verbindet eine Vielzahl von Netzwerkpartnern in seniorenrelevanten Bereichen in einem sicheren Netz (vitacconnect). Hierzu zählen Hausarztpraxen, Beratungsstellen, Pflegestützpunkte, Sozialdienste der Krankenhäuser, ambulante Rehabilitation und Pflege. Ehrenamtlich engagierte Menschen werden mit den bedürftigen Patienten zusammengebracht. Insgesamt arbeiten 42 Personen als Paten oder in der Zentrale.

Folgende Kooperationspartner beteiligen sich am Projekt: Fachbereich Gesundheit-, Arbeit und Soziales der Stadt Mannheim, mehrere ambulante Pflegedienste insbesondere die evangelischen und katholischen Pflegestationen, Sozialabteilungen der Mannheimer Krankenhäuser, Gesundheitstreffpunkt Mannheim und der Migrationsbeirat. Finanzielle Unterstützung erhält das Projekt durch das Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg. Ins Leben gerufen wurde das Projekt 2015 von der Genossenschaft Gesundheitsprojekt Mannheim e.G. sowie einigen Partnern.

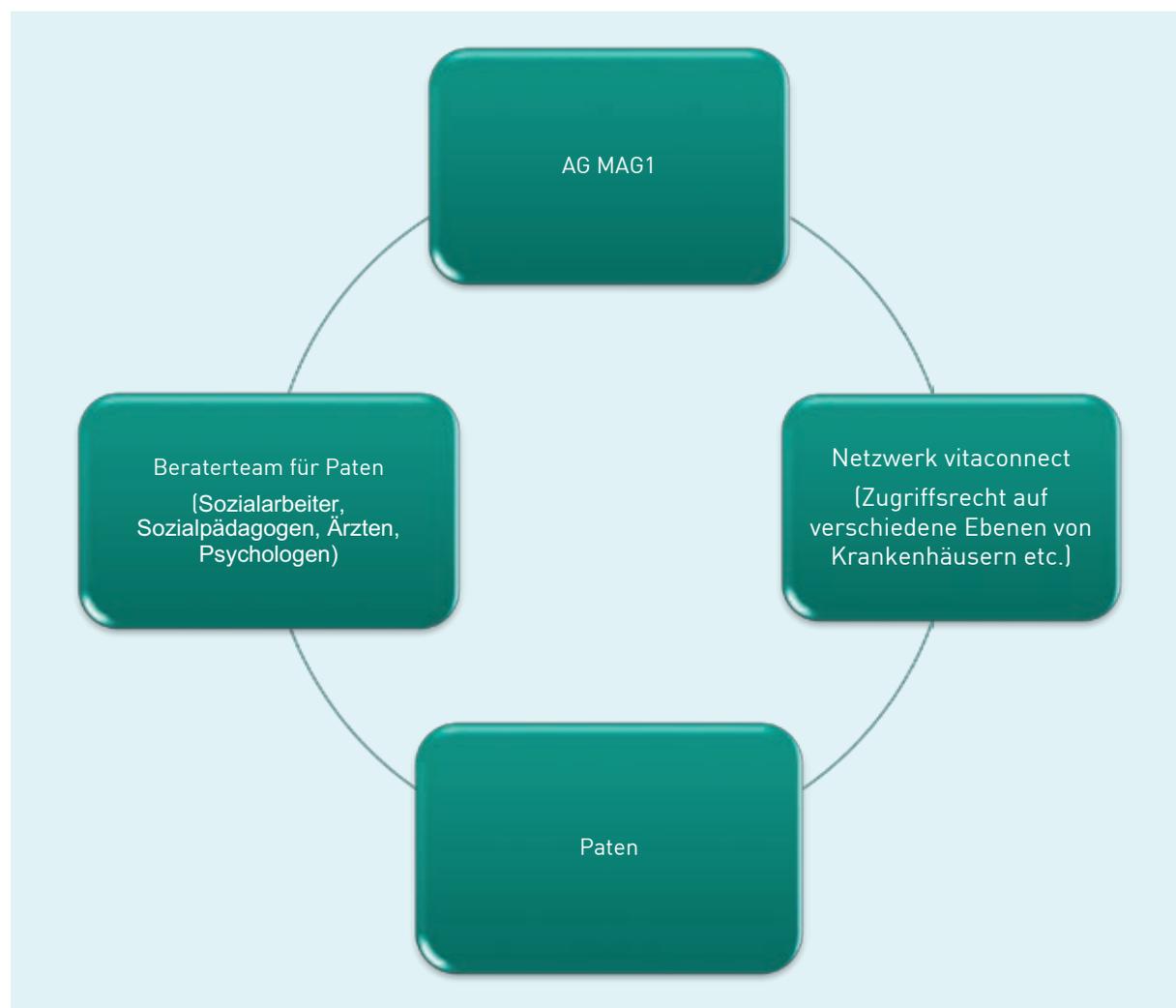
Umsetzung

Die Zahl einsamer älterer Menschen nimmt stetig zu. Gleichzeitig wird es immer schwerer, einsame Senioren wieder in die Gesellschaft einzugliedern.

Das Projekt Mannheim gegen Einsamkeit richtet sich an alle Einsamen über 60 Jahre. Teilnehmende Personen müssen nach umfangreicher Aufklärung eine Einverständniserklärung unterschreiben, die sie jederzeit widerrufen können.

Zunächst nimmt das Netzwerk mit dem Hilfebedürftigen Kontakt auf und organisiert gegebenenfalls einen Hausbesuch. Geht bei der Zentrale ein Hilferuf ein, so wird ein Pate aktiviert, der sich um den Fall kümmert. Dieser Erstkontakt kann initiiert werden von den beteiligten Organisationen (wie Krankenhäuser, Hausärzte, soziale Einrichtungen) – oder von der Bevölkerung selbst. Ist der Hilfebedürftige mit der Unterstützung einverstanden, so kommt der Pate zu ihm. Dieser begleitet ihn so lange, bis er keine Hilfe mehr braucht und wieder erfolgreich in die Gesellschaft integriert ist.

Abbildung 44 Versorgungselemente des Projekts Mannheim gegen Einsamkeit



Quelle: Eigene Darstellung

MAG1 hat eine positive Auswirkung auf das Gesundheitssystem und die Gesellschaft. Es fördert die Sozialkontakte und die Entwicklung sozialer Kompetenzen. Dadurch verbessern sich die Krankheitsverläufe zum Beispiel bei Demenz, Depressionen, Diabetes oder Krebs.

Nächste Schritte

In Zukunft werden weitere Patienten angeworben, um das Netzwerk auszubauen. Das bestehende sichere Netz wird um andere Leistungserbringer erweitert, um die Kommunikation untereinander zu verbessern.

Ansprechpartner

Dr. med. Werner Besier

Geschäftsführer

GGM Gesundheitsprojekt Mannheim e.G.

Liebfrauenstraße 21

68259 Mannheim

Telefon: 0621 – 790 044 0

E-Mail: werner@besier.info

www.ggm-gesundheitsprojekt.de

Dr. med. Manfred Mayer

medizinischer Leiter

GGM Gesundheitsprojekt Mannheim e.G.

Liebfrauenstraße 21

68259 Mannheim

Telefon: 0621 – 790 0 44 0

E-Mail: manfred-mayer@ggm-ma.de

www.ggm-gesundheitsprojekt.de

Literatur

Archives of General Psychiatry 2007, Vol. 64, S. 234–240.

JAMA Network: Arch Intern Med. 2012;172(14):1086– 1095.

Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America; Andrew Steptoe, Aparna Shankar, Panayotes Demakakos and Jane Wardle.

SINAH, Sicher nach Hause.

MEDIS Lebensfreude

Lebensfreude – vernetzte medizinische Versorgung, Pflege und Betreuung Demenzkranker und deren Familien in Südbrandenburg

Autor: Carsten Jäger

Management Summary

Das Gesamtkonzept von *MEDIS Lebensfreude* bietet Menschen mit Demenz und deren Angehörigen Unterstützung auf allen Ebenen des täglichen Lebens. Mit verschiedenen Versorgungs- und Betreuungselementen sollen in erster Linie Betroffene bestmöglich und selbstbestimmt versorgt werden. Nicht weniger wichtig ist allerdings auch die damit verbundene Entlastung der pflegenden Angehörigen und der Arztpraxen. Ziel ist, die familiäre Pflege und Betreuung in der eigenen Häuslichkeit zu unterstützen und zu erleichtern.

Das Projekt *MEDIS Lebensfreude* stellt Menschen mit Demenz ein Unterstützungsangebot in Form eines Netzwerkes zur Verfügung. Das Netzwerk ist in der Lage, Demenzerkrankungen frühzeitig zu erkennen und betreuen. Das Konzept besteht derzeit aus sechs abgestuften Versorgungs- und Betreuungselementen. Diese kommen in Umfang und Ausmaß abgestuft zum Einsatz – je nach Bedarf und Wunsch der Patienten und deren Angehörigen.

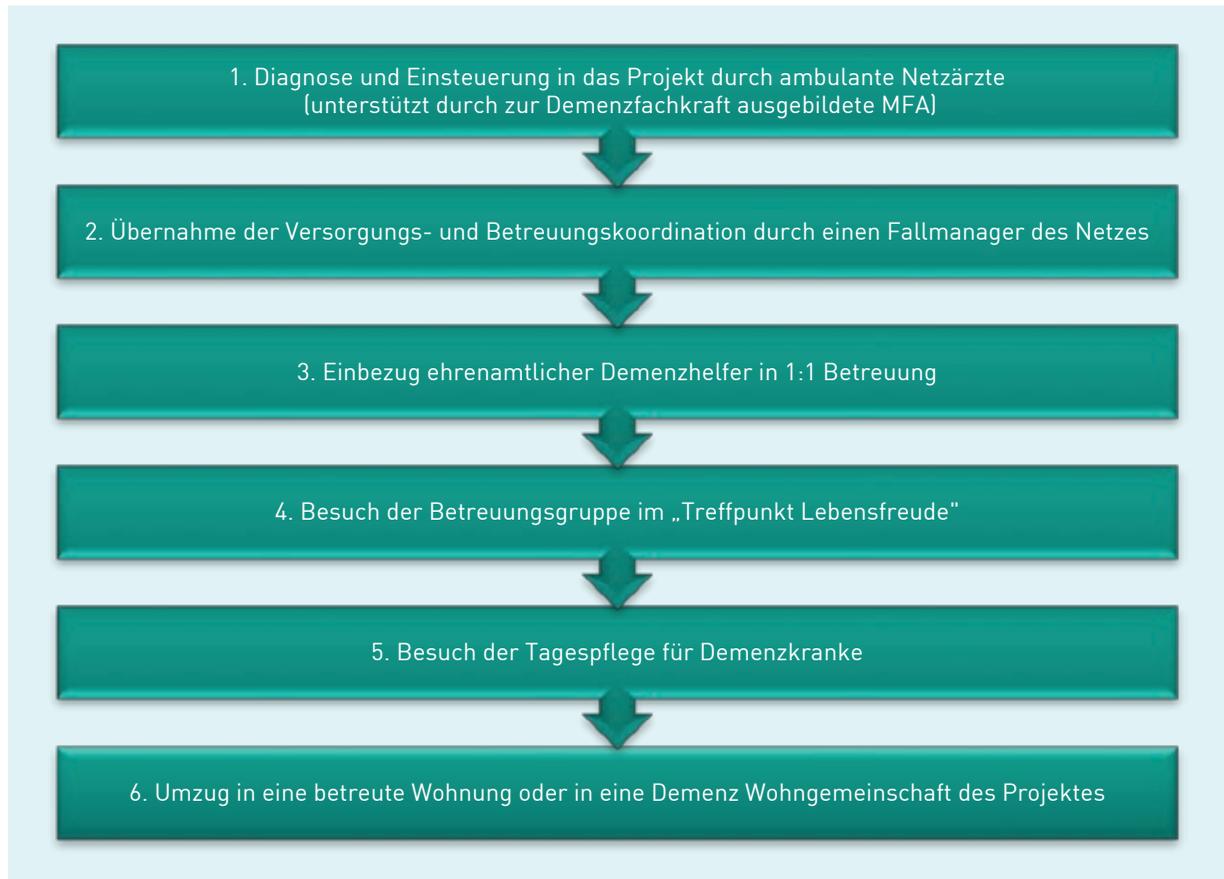
Die MEDIS Lebensfreude gGmbH ist eine gemeinnützige Tochtergesellschaft der MEDIS Management GmbH und finanziert sich über Spenden und ehrenamtliches Engagement. Die MEDIS Management GmbH wiederum finanziert sich über Beiträge der ärztlichen Gesellschafter, einen Selektivvertrag mit der AOK Nordost sowie Erlösen aus der Regelversorgung aus SGB V und XI. Zudem ist die MEDIS Management GmbH eine hundertprozentige Tochtergesellschaft der MEDIS GbR – also des Ärztenetzes MEDIS. Das Ärztenetz MEDIS ist als GbR ein Zusammenschluss von 46 niedergelassenen Ärzten der beiden südbrandenburger Landkreise Elbe-Elster und Oberspreewald-Lausitz. Insgesamt werden im Ärztenetz ca. 70.000 Patienten versorgt – und jedem dieser Personen steht das Unterstützungsangebot von *MEDIS Lebensfreude* zur Verfügung.

Umsetzung

Das Projekt *MEDIS Lebensfreude* wird in der strukturschwachen und ländlichen Region Südbrandenburg umgesetzt. Es richtet sich in erster Linie an Patienten mit Demenz sowie deren Angehörige. Die Patienten müssen lediglich ihren Hausarzt im MEDIS-Ärztenetz haben; der Versichertenstatus und die Krankenkassenzugehörigkeit sind dabei unerheblich.

Das Projekt beziehungsweise das Netzwerk ist in der Lage, Demenzerkrankungen frühzeitig zu diagnostizieren, ärztlich zu therapieren und die ambulante Versorgungssituation langfristig zu stabilisieren. Bisher sind sechs Versorgungsmodule etabliert (siehe Abbildung 45).

Abbildung 45 Versorgungsmodule von *MEDIS Lebensfreude*



Quelle: Eigene Darstellung

Die Umsetzung und Anwendung der Einzelelemente orientiert sich individuell an den Bedürfnissen und Bedarfen der Demenzkranken sowie deren Angehörigen.

Begleitend richtet sich *MEDIS Lebensfreude* auch an die Netzpraxen, die über dieses Angebot von nicht-ärztlichen Tätigkeiten entlastet werden sollen. Denn so können sie mehr Zeit für die medizinischen Aufgaben aufwenden.

Weitere Zielgruppen sind Kommunen und die regionale Wirtschaft im weiteren Sinne. Diese werden über Schulungen und gemeinsame Veranstaltungen im Umgang mit Demenzkranken im täglichen Leben (Ein-

kaufen, Friseur, etc.) sowie mit pflegenden Mitarbeitern geschult und unterstützt. Hierzu gibt es eigene Betriebsvereinbarungen und Beratungsangebote in den Firmen sowie enge Kooperationen mit Bürgermeistern der Region.

Nächste Schritte

In der Zukunft sollen weitere Demenz-Wohngemeinschaften entstehen. Zusätzlich soll deren Einbindung in die Kommune als „dezentrales Demenzdorf“ verstärkt werden.

Ansprechpartner

Dr. Carsten Jäger

Geschäftsführer

MEDIS Lebensfreude gGmbH und MEDIS Management GmbH

Ackerstraße 20

04910 Elsterwerda

Telefon: 03533 – 488 984 0 / 0177 – 243 336 3

E-Mail: c.jaeger@medis-netz.de

www.medis-netz.de

Mit weniger mehr leisten: Ärztliche Ressourcen optimal einsetzen

Autoren: Andreas Rost und Wolfgang Bachmann

Management Summary

Das Projekt *Mit weniger mehr leisten: Ärztliche Ressourcen optimal einsetzen* dient der Stärkung der medizinischen und ärztlichen Versorgung bei Hausbesuchen, insbesondere im ländlichen Raum.

Damit die Versorgung der Patienten auf dem Lande besser gewährleistet werden kann, sollen zukünftig die Aufgaben der Ärzte auf weiteres medizinisches Personal verteilt werden. Mit diesem Vorsatz hat sich die Gesundheitsnetz Süd eG (GNS eG) auf die Suche nach geeigneten Technologien begeben. In Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) konnte mit der Firma AMA Xperteye ein geeigneter Technologiepartner gefunden werden. Gemeinsam wurde im Jahr 2016 das Projekt *Mit weniger mehr leisten: Ärztliche Ressourcen optimal einsetzen* gestartet.

Das Management des Projektes liegt bei der GNS eG in Zusammenarbeit mit der G´ sundregion. Die Ärzte der G´ sundregion können das Videokonferenz-Tool „Xpert Eye“ in ihrem täglichen Patientenkontakt einsetzen. Medizinische Fachangestellte (MFA) können nun die Versorgung beim Patienten vor Ort im Auftrag des Arztes besser übernehmen – und zwar unter permanenter telemedizinischer Überwachung sowie in Rücksprache mit dem Arzt.

Finanziert wird *Mit weniger mehr leisten: Ärztliche Ressourcen optimal einsetzen* durch Zuschüsse der KVBW und Mittel Dritter.

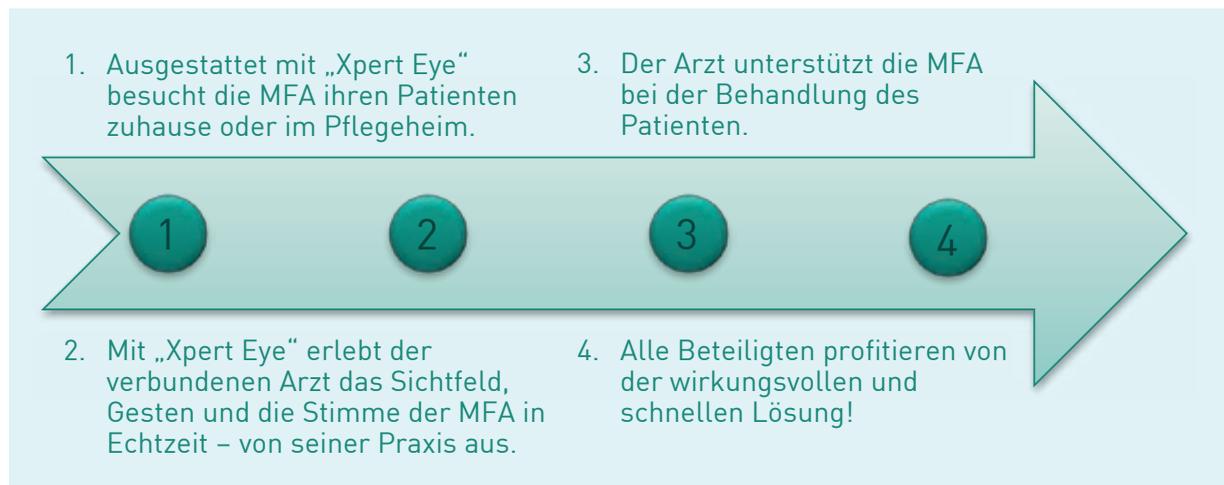
Derzeit befindet sich das Projekt in der ersten von vier Phasen. Geplant ist die Anwendung mit zunächst zehn Ärzten ab November 2017. Die erste Phase startet mit der Behandlung chronischer Wunden. Die beteiligten Praxen bilden hierfür Personal aus, das anstelle des Arztes direkt am Patienten tätig ist.

Umsetzung

Bislang kommt es im Rahmen der häuslichen Behandlung häufig zu Situationen, die die beauftragten Mitarbeiter ohne Rücksprache mit Ärzten alleine nicht lösen können oder dürfen. Häufig war es bisher notwendig, dass sich die Ärzte gemeinsam mit den medizinischen Fachangestellten auf den Weg zum Patienten begeben. Damit wurden wertvolle Ressourcen gebunden – Zeit, die den Ärzten nicht zur Behandlung und Betreuung von Patienten zur Verfügung steht.

Mittels des Projektes wird diese Verteilung von ärztlichen Aufgaben und Leistungen erleichtert, indem die medizinische Fachangestellte durch ärztliche Beratung gestärkt wird. Die Stärkung erfolgt durch den Einsatz von der Xperteye-Technologie. Diese ermöglicht eine Art Videokonferenz zur Beratung zwischen Arzt und MFA. (siehe Abbildung 46).

Abbildung 46 Verlauf eines Hausbesuches mit Unterstützung der „Xpert Eye“-Technologie



Quelle: Eigene Darstellung

Der Ablauf der Versorgung durch eine entsprechend geschulte medizinische Fachangestellte beginnt mit dem Hausbesuch beim Patienten. Kann oder darf sie den Patienten nicht ohne weitere Abstimmung behandeln, muss sie einen Arzt hinzuziehen. Mit „Xpert Eye“ folgt nun eine Beratung und Absprache per Videokonferenz. Durch diese Online-Einbeziehung des behandelnden Arztes ist eine schnelle und stets fachgerechte Versorgung des Patienten machbar. Die Haus- und Fachärzte müssen dafür die Praxis nicht verlassen. So sparen sie aufwendige Rüst- und Fahrtzeiten. Akut notwendige Behandlungen werden unmittelbar durchgeführt und die Leiden des Patienten werden nicht unnötig verlängert.

Die Verteilung von Aufgaben an nichtärztliches Personal kann dank der hier beschriebenen Lösung völlig neu geplant werden. Behandlungsergänzende Tätigkeiten können von ausgebildetem, nichtärztlichem Personal weiter gefasst werden, da die ärztliche Unterstützung ortsunabhängig erfolgen kann.

Nächste Schritte

Die derzeit durchgeführte Wundbehandlung stellt lediglich eine erste Anwendung dar. Viele weitere Erkrankungen als auch Einsatzgebiete sind denkbar.

Ansprechpartner

Andreas Rost

Stellvertretender Vorsitzender des Aufsichtsrates

Gesundheitsnetz Süd eG (GNS)

Hopfenhausstraße 2

89584 Ehingen

Telefon: 07391 – 586 545 7

E-Mail: j.simpfendoerfer@gnsued.de

NDE

Netzwerk Demenz Eitorf-Windeck

Autor: Klaus Rösing

Management Summary

Ziel des Projektes *Netzwerk Demenz Eitorf-Windeck* ist es, demenzkranke Menschen optimiert zu versorgen sowie die Lebenssituation ihrer Angehörigen zu verbessern. Dazu vernetzen sich die verschiedenen Institutionen, Hilfsorganisationen, Arztpraxen und die sonstigen beteiligten Personen unterschiedlicher Versorgungsebenen. Das Konzept des Netzwerkes strebt an, Demenz frühzeitig leitliniengerecht zu diagnostizieren und somit schnell behandeln zu können. Hierbei soll die offene Kommunikation zwischen den Beteiligten der verschiedenen Behandlungsebenen gefördert werden. Zudem sollen den Betroffenen und ihren Familienmitgliedern bereits vorhandene, aber häufig ungenutzte Angebote leichter zugänglich gemacht werden.

Ins Leben gerufen wurde das Projekt im Jahr 2015 durch eine Arbeitsgruppe im gemeinnützigen Ärztenetz Eitorf e. V. Das Gesundheitsamt des Rhein-Sieg-Kreises und das Sozialpsychiatrische Zentrum Eitorf-Siebengebirge (SPZ) unterstützen bei Management, Organisation und Umsetzung des Projektes. Folgende Kooperationspartner beteiligen sich ebenfalls daran: Ärztenetz Eitorf e. V., Arbeitskreis Demenz Eitorf-Windeck, Gesundheitsamt Rhein-Sieg-Kreis, St. Franziskus Krankenhaus Eitorf, Rheinische Landeskliniken Bonn, ambulante Pflegedienste und Anbieter von niederschweligen Versorgungsangeboten. Die Finanzierung des Projektes erfolgt durch das Ärztenetz Eitorf e. V. selbst.

In das Netzwerk involviert sind 19 Haus- und Fachärzte des Ärztenetzes Eitorf e. V. sowie Mediziner des Eitorfer Krankenhauses. Das Einzugsgebiet des Projektes umfasst die rund 37.000 Einwohner in Eitorf und Windeck, von denen derzeit 20 Prozent über 65 Jahre alt sind.

Umsetzung

Es erkranken immer mehr Menschen an Demenz. Die Erkrankung beginnt oft schleichend und wird häufig erst spät erkannt. Erste Krankheitszeichen werden häufig fehlgedeutet oder aus Scham und Angst verschwiegen. In Deutschland leben momentan rund 1,6 Millionen Menschen mit einer Demenzerkrankung – jedes Jahr erkranken rund 300.000 Menschen neu.

Zielgruppe des Projektes *Netzwerk Demenz Eitorf-Windeck* sind Menschen in Eitorf und Windeck, die an Demenz erkrankt sind oder dies befürchten sowie deren Angehörige. Das Netzwerk hat sich zum Ziel gesetzt, demenzkranke Menschen frühzeitig besser zu versorgen. Dazu vereinbarten alle Mitglieder des Ärztenetzes Eitorf eine einheitliche Vorgehensweise bei der Versorgung:

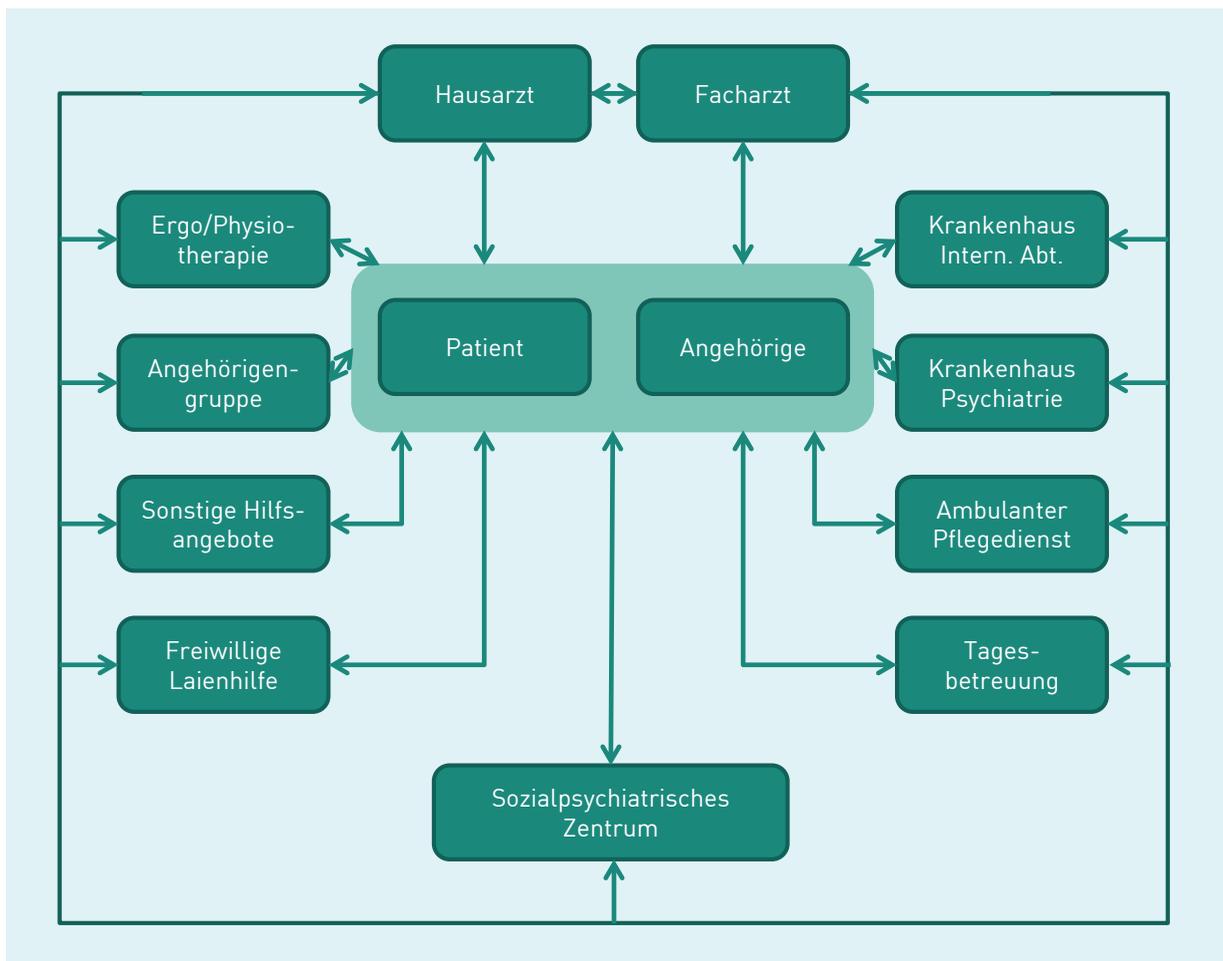
Eine frühzeitige leitliniengerechte Diagnostik und Behandlung auf den verschiedenen Behandlungsebenen.

Eine Verbesserung des Informationsflusses zwischen allen Beteiligten, insbesondere dadurch, dass Betroffene und Angehörige leichter auf Informationen zugreifen können.

Um die Demenz frühzeitiger zu erkennen, sollen zunächst vermehrt Screening-Untersuchungen auf Demenzerkrankungen durchgeführt werden, zum Beispiel im Rahmen von generellen Vorsorgeuntersuchungen.

Bei der Behandlung demenzkranker Menschen sind viele Berufsgruppen im ambulanten und stationären Sektor involviert (siehe Abbildung 47). Diese gruppieren sich um die erkrankten Menschen mit ihren Angehörigen. Damit die Berufsgruppen besser informiert sind und untereinander besser kommunizieren können, wurde ein patientenbezogener Dokumentationsausweis entwickelt und implementiert.

Abbildung 47 Organigramm Netzwerk Dement Eitorf-Windeck



Quelle: Eigene Darstellung

Darüber hinaus soll die Inanspruchnahme von Hilfsangeboten erleichtert werden. Denn oftmals sind den Demenzkranken und ihren Angehörigen die zahlreichen Hilfsangebote nicht bekannt. Eine Befragung im Jahr 2015 zeigte, dass 18 Prozent der Angehörigen gar nicht wissen, an wen sie sich mit Fragen wenden können. Und über 35 Prozent haben noch nichts von bestehenden Informations- oder Schulungsangeboten gehört, wie zum Beispiel dem Sozialpsychiatrischen Zentrum Eitorf-Siebengebirge (SPZ). Daher möchte das Netzwerk solche Angebote in der Hausarztpraxis besser vermitteln. Schließlich gehen die meisten Betroffenen und Angehörigen zuerst zum Hausarzt und besuchen ihn auch während der Behandlung noch regelmäßig. Außerdem kann so auch das SPZ früher eingebunden werden. Gemeinsam mit dem SPZ gibt das Ärztenetz eine Mappe mit umfangreichen Informationen heraus, die all die verschiedenen Hilfsangebote aufzeigt.

Nächste Schritte

Das Informationsangebot soll künftig weiter ausgebaut werden. Zudem werden weitere Partner im nicht-ärztlichen Bereich akquiriert.

Anfang des Jahres 2017 ist mit Unterstützung des SPZ Eitorf/Siebengebirge eine Selbsthilfegruppe für Menschen, die sich im Frühstadium einer Demenz befinden, gegründet worden. Hierfür werden derzeit noch weitere ehrenamtliche Personen zur Betreuung gesucht.

Ansprechpartner

Dr. med. Klaus Rösing

1. Vorsitzender

Ärztenetz Eitorf e. V.

Asbacher Straße 12

53783 Eitorf

Telefon: 02243 – 24 44

E-Mail: vorsitzender@aene.de

www.aene.de

OASIS

Online-Ambulanz-Service für Internetabhängige und deren Angehörige

Autoren: Priv.-Doz. Dr. med. Bert te Wildt, Laura Bottel, M.Sc. und Martin Bielefeld, M.Sc

Management Summary

Ziel des Projektes *Online-Ambulanz-Service für Internetabhängige und deren Angehörige (OASIS)* ist es, Betroffenen und Angehörigen mithilfe einer Online-Plattform eine Beratungsmöglichkeit anzubieten.

Das Konzept entstand im Jahr 2016 und baut auf der Idee auf, Internetabhängige und ihre Angehörigen bundesweit im Internet selbst zu erreichen. Mittels Webcam-basierten Online-Sprechstunden wird ermittelt, inwieweit eine Internetabhängigkeit vorliegt. Darauf aufbauend erhalten die Betroffenen Therapieempfehlungen für ortsnahe Beratungsstellen, Ambulanzen oder Praxen. Das entscheidende Ziel ist es, die Betroffenen zu ermutigen und zu motivieren, die empfohlenen Anlaufstellen aufzusuchen und eine Beratung oder Behandlung in Anspruch zu nehmen. Den Angehörigen werden ebenfalls Online-Sprechstunden angeboten, in denen sie darin unterstützt werden die Betroffenen für eine Therapie zu motivieren.

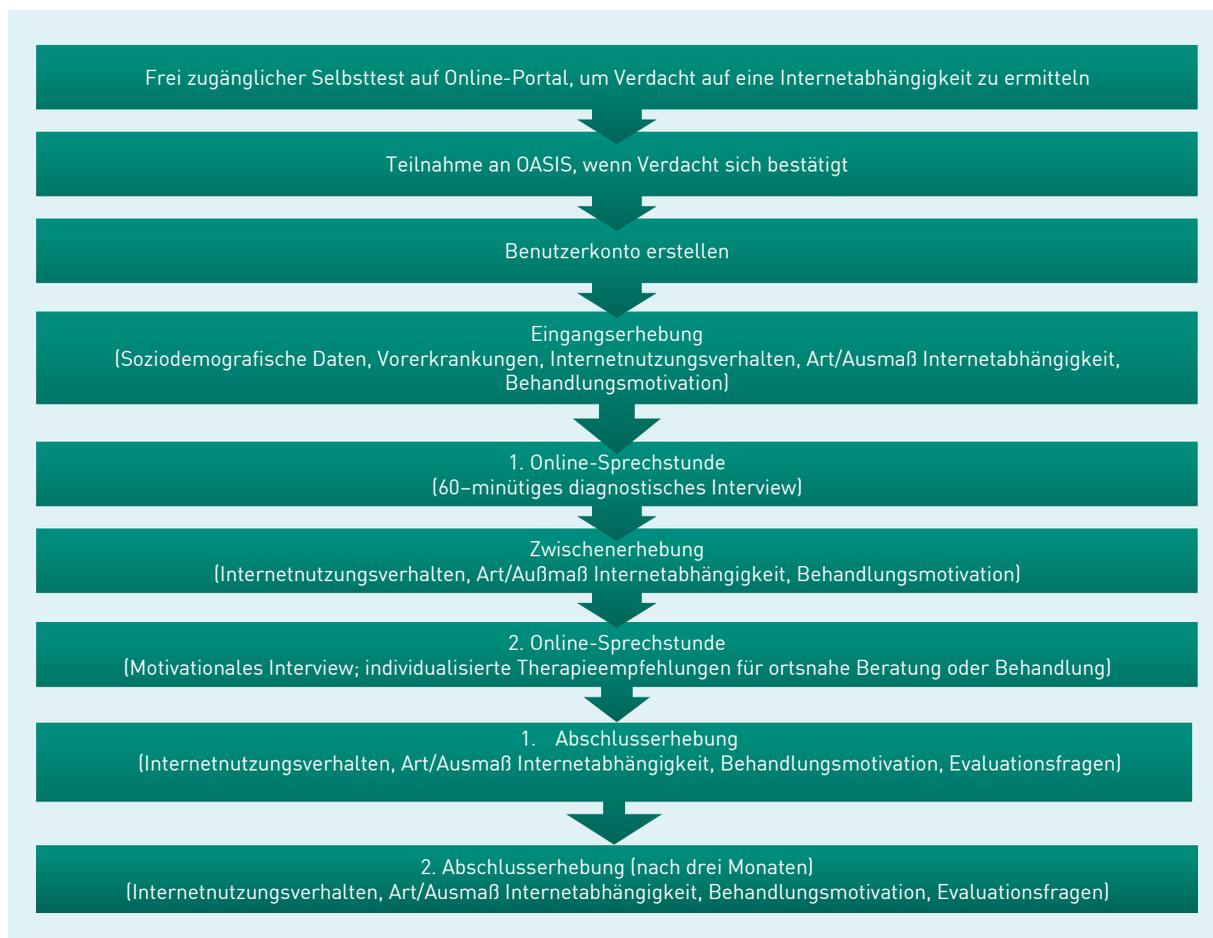
Standort des Projekts ist die Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des LWL-Universitätsklinikums der Ruhr-Universität Bochum. Leiter und Initiator von *OASIS* ist Privatdozent Dr. med. Bert te Wildt. Zu den Kooperationspartnern zählen: Der Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL), die Ruhr-Universität-Bochum (RUB), das Zentrum für Telematik und Telemedizin GmbH (ZTG) sowie der Fachverband Medienabhängigkeit (FvM). Finanziert wird das Projekt vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) mit einer Laufzeit von zwei Jahren. Die Eigenfinanzierung liegt bei zehn Prozent.

Umsetzung

Aktuellen Studien zufolge sind in Deutschland derzeit etwa 550.000 Menschen im Alter zwischen 14 und 64 Jahren internetsüchtig. Die wenigen Spezialambulanzen sind stark ausgelastet, was zu langen Wartezeiten bei Betroffenen führt. Hinzu kommt, dass kaum Erkenntnisse zur Behandlung dieser Suchterkrankung existieren. Das bundesweite, kostenlose Beratungsangebot einer Online-Ambulanz soll hier eine niedrighschwellige Abhilfe schaffen.

Zielgruppe sind Betroffene einer Internetabhängigkeit aber auch ihre Angehörigen. Um an dem Online-Programm teilnehmen zu können, müssen Betroffene mindestens 18 Jahre alt sein und über einen Computer sowie eine Webcam verfügen. Die Betroffenen der Angehörigen müssen mindestens 14 Jahre alt sein.

Abbildung 48 Ablauf der Teilnahme am OASIS-Projekt



Quelle: Eigene Darstellung

Der Ansatz von OASIS erscheint zunächst widersprüchlich, Internetabhängige im Internet selbst zu beraten, also dort wo ihre Sucht entstanden ist. Allerdings erwies sich der Ansatz Betroffene dort abzuholen wo ihre Sucht entstanden ist, auch bei anderen Suchterkrankungen als hilfreich (vgl. „Streetworking“ bei Heroinabhängigen). Ob sich dieses Konzept auch im Falle der Internetsucht bewährt, wird im Rahmen des Projektes OASIS untersucht. Weitere Ziele sind:

- Internetabhängige identifizieren, die von Angeboten bislang nicht erreicht werden
- Möglichst viele Betroffene an ortsnahe Behandlungsstellen, Ambulanzen oder Praxen vermitteln
- Den Bedarf einer solchen Maßnahme über eine Online-Plattform und worauf sie sich gezielt beziehen könnte, ermitteln

- Merkmale und Motivation derjenigen Internetabhängigen identifizieren, die im Internet nach Hilfe suchen
- Krankheitseinsicht und Behandlungsmotivation der Betroffenen durch Teilnahme am Programm verändern
- Angehörige von Betroffenen erreichen und beraten

Das Projekt *OASIS* gliedert sich in drei Phasen: In der Vorbereitungsphase (sechs Monate) wurde die Online-Plattform entwickelt. Im September 2016 hat die Durchführungsphase begonnen (mindestens zwölf Monate). In der Auswertungsphase werden die Daten vor dem Hintergrund der o.g. Ziele analysiert und in wissenschaftlichen Fachpublikationen veröffentlicht. In Abbildung 48 wird der Ablauf der Teilnahme an *OASIS* beschrieben.

Nächste Schritte

Es ist davon auszugehen, dass die Zahl der Internetabhängigen künftig weiter ansteigen wird. Darum erscheint es sinnvoll das Projekt weiterzuentwickeln und flächendeckend einzusetzen. Geplant ist es, langfristig ein Online-Beratungsangebot zu implementieren, das bundesweit Suchtberatungsstellen, Ambulanzen sowie Kliniken zur Verfügung gestellt werden soll. Hierdurch könnten Betroffene, die nach den Online-Beratungstunden nicht an einen ambulanten Anbieter vor Ort vermittelt werden konnten, online weiter betreut werden.

Außerdem wird überlegt, den Ansatz von *OASIS* auf weitere Krankheitsbilder auszuweiten, bei denen die aktuelle Behandlungssituation in Bezug auf Wartezeiten, Zahl an Einrichtungen etc. als unzureichend bezeichnet werden kann. So können Betroffene zeitnah durch Online-Beratungen bereits vorab unterstützt werden.

Ansprechpartner

Privatdozent, Dr. med. Bert te Wildt

Oberarzt der Ambulanz, Projektleiter OASIS
LWL-Universitätsklinikum Bochum
der Ruhr-Universität Bochum
Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Alexandrinestraße 1–3
44791 Bochum
Telefon: 0234 – 507 731 20
E-Mail: bert.tewildt@rub.de
www.onlinesucht-ambulanz.de

M. Sc. Martin Bielefeld

Wissenschaftlicher Mitarbeiter
LWL-Universitätsklinikum Bochum
der Ruhr-Universität Bochum
Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Alexandrinestraße 1–3
44791 Bochum
Telefon: 0234 – 507 732 31
E-Mail: martin.bielefeld@rub.de
www.onlinesucht-ambulanz.de

M. Sc. Laura Bottel

Wissenschaftlicher Mitarbeiterin
LWL-Universitätsklinikum Bochum
der Ruhr-Universität Bochum
Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Alexandrinestraße 1-3
44791 Bochum
Telefon: 0234 – 507 732 31
E-Mail: laura.bottel@rub.de
www.onlinesucht-ambulanz.de

Literatur

- American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (DSM-5): American Psychiatric Pub.
- Carli, V., Durkee, T., Wasserman, D., et al. (2012). The association between pathological internet use and comorbid psychopathology: a systematic review. *Psychopathology*, 46(1), 1–13.
- Rumpf H. J. et al. (2011): Prävalenz der Internetabhängigkeit (PINTA). https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Berichte/Forschungsbericht/Studie_Praevalenz_der_Internetabhaengigkeit__PINTA_.pdf. Aufruf: 11.04.2017.
- Petersen, K.U., Thomasius, R., Schelb, Y., et al. (2010). Beratungs- und Behandlungsangebote zum pathologischen Internetgebrauch in Deutschland: Pabst Science Publ.
- te Wildt, B.T., Putzig, I., Zedler, M., et al. (2007). Internetabhängigkeit als ein Symptom depressiver Störungen. *Psychiatrische Praxis*, 34 (S 3), S.318–322.
- Teske, A., Gohlke, A., Dickenhorst, U., et al. (2012). Empfehlungen des Fachverbands Medienabhängigkeit für die Behandlung von Medienabhängigkeit im deutschen Sozial- und Gesundheitssystem. Verfügbar unter: <http://www.fv-medienabhaengigkeit.de/fileadmin/images/Dateien/Empfehlungen-F>.

Patient Concept App

Patient Concept – medizinische App zur mobilen Arzt-Patienten Kommunikation

Autoren: Fia Cürten, Michael Lang und Martin Mayr

Management Summary

Die innovative, mobile *Patient Concept App* für Smartphones soll die Kommunikation zwischen Arzt und Patient verbessern. Das Ziel des Projektes ist es, die Therapietreue der Patienten und damit den Therapieerfolg zu optimieren.

Mit der kostenlosen, einfach zu bedienenden App *Patient Concept* bleiben Patienten mit chronischen Erkrankungen stets mit der behandelnden Arztpraxis verbunden, ganz unabhängig von den Praxisöffnungszeiten. Das erleichtert dem Patienten sowie dem Arzt die optimale Behandlung der Erkrankung.

Initiator der Idee für *Patient Concept* ist Dr. Michael Lang, Geschäftsführer der Neuropoint Gesellschaft für vorbeugende Gesundheitspflege GmbH in Ulm. Gemeinsam mit dem langjährigen IT-Partner, der Systemhaus Ulm GmbH, wurde im Jahr 2015 die NeuroSys GmbH in Ulm gegründet – mit der Absicht, mobile Apps für die Arzt-Patienten-Kommunikation zu entwickeln.

Das Projekt finanziert sich durch den Vertrieb der App an Ärztevereinigungen und durch die Bewerbung um Förderprojekte von Bund und Ländern. Die App wird derzeit bei ungefähr 200 Arztpraxen deutschlandweit genutzt.

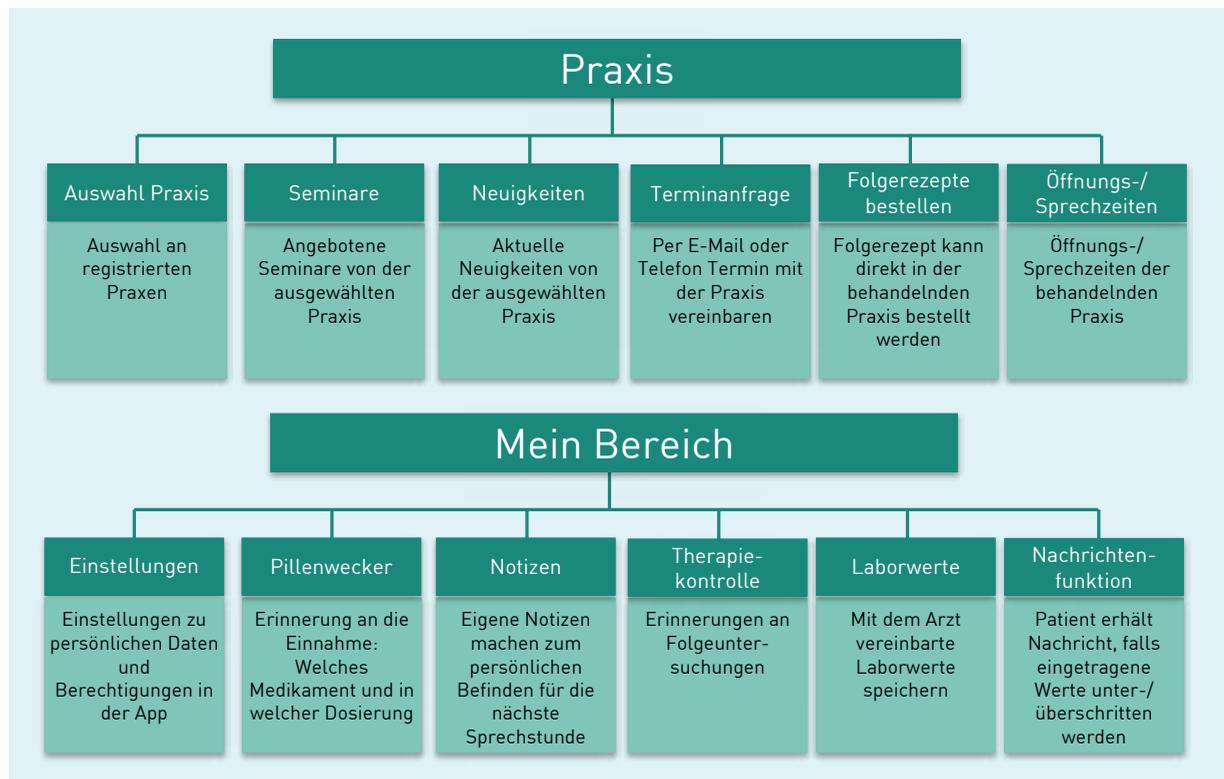
Umsetzung

An erster Stelle steht das Ziel, die Lebensqualität der erkrankten Patienten zu verbessern. Aus Studienergebnissen geht hervor, dass insbesondere bei chronischen Erkrankungen viele Patienten die Therapie abbrechen oder die verordneten Arzneimittel nur teilweise einnehmen. Oftmals wird der behandelnde Arzt darüber nicht informiert. So nehmen Patienten die Medikamente beispielsweise nicht mehr ein oder Kontrolltermine nicht mehr wahr, sobald sich der Zustand verbessert. In der Folge steigt für sie das Risiko für einen erneuten Krankheitsschub oder eine Komplikation stark an. In der Praxis hat sich nun erwiesen, dass durch regelmäßigen Kontakt zwischen behandelndem Arzt und Patient die Abbruchrate von Therapien verringert werden kann. So werden Patienten von den Praxisangestellten angerufen und an ihre Kontrolltermine erinnert oder über ihre Erkrankung informiert. Für das Praxispersonal ist dies allerdings sehr zeit- und kostenaufwendig. Die *Patient Concept App* bietet hierbei die optimale Lösung.

Zielgruppen des Projektes sind Patienten mit schweren oder chronischen Erkrankungen, die eine dauerhafte Therapie brauchen, ihre Angehörigen, Ärzte und die Krankenkassen. Langfristig gesehen wird die mobile App zu geringeren Kosten für das Gesundheitssystem führen. Denn durch nicht vollständig durchgeführte Therapien wird Geld verschwendet; ein Therapiewechsel erzeugt wiederum erneute Kosten.

Die *Patient Concept App* beinhaltet die zwei Bereiche „Praxis“ und „Mein Bereich“ mit verschiedenen Modulen (siehe Abbildung 49). Der Praxisbereich enthält unter anderem eine Terminanfragefunktion und liefert wichtige Informationen zu den teilnehmenden Praxen, Patientenseminaren sowie zu Öffnungs- und Sprechzeiten. Im persönlichen Bereich können beispielsweise wichtige Behandlungsdaten erfasst oder ein Wecker eingestellt werden, der den Patienten an die Medikamenteneinnahme erinnert. Zusätzlich können anonymisierte Gesundheitsdaten an den Arzt übertragen werden. Die Patienten müssen hierfür die Berechtigungen in der App freischalten. Die mobile App ermöglicht es den Patienten, ihren Alltag leichter zu managen und sie erhöht durch die bereitgestellten Informationen das Verständnis und die Sicherheit bezüglich der eigenen Erkrankung.

Abbildung 49 Elemente der *Patient Concept App*



Quelle: Eigene Darstellung

Nächste Schritte

Das Ziel für das Jahr 2017 ist es, 250 weitere Praxen mit der *Patient Concept App* auszustatten. Außerdem sollen weitere Module in die App integriert werden, zum Beispiel:

- Medikationsplan
- Diabetesmodul
- Physiotherapiemodul
- Hirnleistungstraining
- Migräne-Tagebuch

Ansprechpartner

Dipl. Betriebswirt Martin Mayr

Geschäftsführer

NeuroSys GmbH

Beim Alten Fritz 2

89075 Ulm

Telefon: 0731 – 141 119 90

E-Mail: martin.mayr@neurosys.de

www.neurosys.de

Dr. med. Michael Lang

Geschäftsführer

Neuropoint Gesellschaft für vorbeugende Gesundheitspflege GmbH

Pfauengasse 8

89073 Ulm

Telefon: 0731 – 602 804 40

E-Mail: lang@neuropoint.de

www.neuropoint.de

Dipl. Betriebswirtin Fia Cürten

Marketing

Systemhaus Ulm GmbH

Beim Alten Fritz 2

89075 Ulm

Telefon: 0731 – 934 064 42

E-Mail: fia.cuerten@systemhaus-ulm.de

www.systemhaus-ulm.de

Literatur

Devonshire, V., Lapierre, Y., Macdonell, R., et al. (2011). GAP Study Group. The Global Adherence Project (GAP): a multicenter observational study on adherence to disease-modifying therapies in patients with relapsing-remitting multiple sclerosis. *Eur J Neurol*. 18(1): 69–77.

Hansen, K., Schüssel, K., Kieble, M. et al.(2015). Adherence to Disease Modifying Drugs among Patients with Multiple Sclerosis in Germany: A Retrospective Cohort Study. *PLoS One*. 10(7).

- Kornhuber, A., Lang, M. (2014). Interne und externe Einflußfaktoren auf die Adhärenz bei Multipler Sklerose – eine retrospektive und prospektive Analyse Analyse mit der Medication Possession Ratio. 87. Kongress der Dt. Gesellschaft für Neurologie (DGN).
- Kramer, U., Lucht, M. (2015). Gesundheits- und Versorgungs-Apps – Hintergründe zu deren Entwicklung und Einsatz. Zugriff unter: <https://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/724464/Datei/72310/Studie-Gesundheits-und-Versorgungs-Apps.pdf>.
- Sabaté, E. (2003). Adherence to long-term therapies: evidence for action. *Geneva: World Health Organization*.
- Treadaway, K., Cutter, G., Salter, A., et al. (2009). Factors that influence adherence with disease-modifying therapy in MS. *J Neurol.* 256(4): 568–76.

Patientenkarte.online

Das Gesundheitskonto des Patienten

Autor: Wolfgang Bachmann

Management Summary

Ziel der *Patientenkarte.online* ist es, Übersicht über die Behandlungshistorie eines Patienten zu schaffen. Das Projekt ermöglicht dem Patienten all seine Gesundheitsdaten auf einer digitalen Plattform zu sammeln. Der Patient kann auf www.patientenkarte.online Laborberichte, Arztbriefe, Röntgenbilder, Arztrechnungen und viele weitere Gesundheitsinformationen von seinen Behandlern erhalten. Darüber hinaus können online Arzttermine, Folgerezepte und Überweisungen zu anderen Ärzten angefragt werden. Selbst Medikamente in der Apotheke lassen sich vorbestellen. Jede Stelle, mit der ein Patient in Kontakt kommt, generiert individuelle Patientendaten. Unter der Website www.patientenkarte.online können sich Patienten und ihre Angehörigen kostenlos ihr eigenes Gesundheitskonto einrichten. Jeder Benutzer erhält für sein Konto einen Benutzernamen und ein Kennwort. Das Konto ist mit einem Girokonto zu vergleichen, da alle Gesundheitsdaten mit Hilfe einer eigenen Gesundheits-IBAN übermittelt werden. Diese Kontonummer besteht aus der Versichertennummer des Patienten sowie seiner Versicherungsnummer. Beide Angaben stehen bereits auf der jeweiligen Gesundheitskarte des Patienten. Zusätzlich können Patienten einen Aufkleber mit einer Zufallszahl auf ihrer Gesundheitskarte aufbringen. Versichertennummer und Zufallszahl ermöglichen dann auch im Notfall Einblick in den Notfalldatensatz des Patienten.

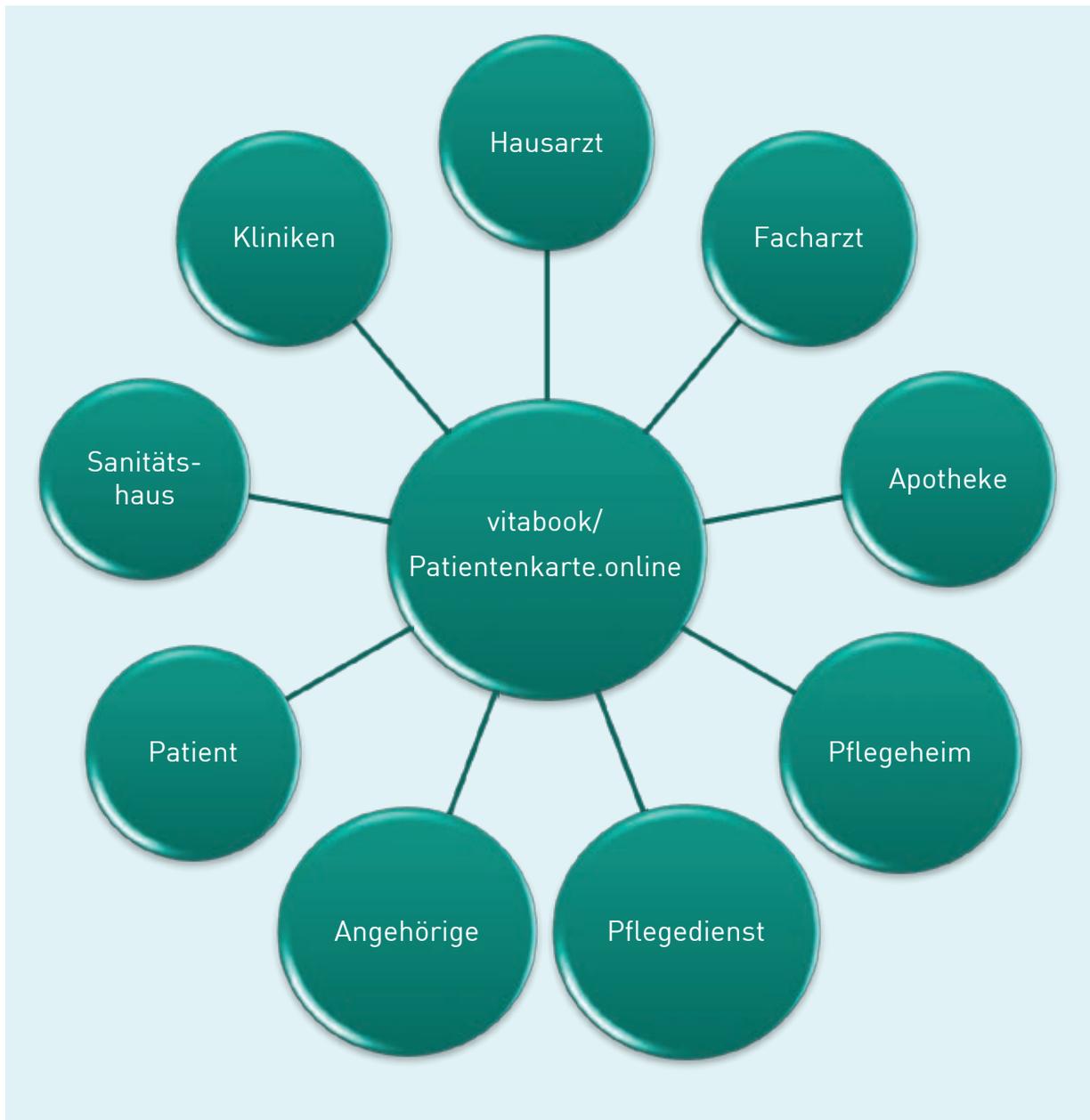
Das Gesundheitsnetz Süd eG (GNS) ist eine ärztliche Genossenschaft im Alb-Donau Kreis, deren Mitglieder sich mit Patienten über das Gesundheitskonto von *vitabook* und die eigens dafür geschaffene Plattform *patientenkarte.online* sektorenübergreifend und digital vernetzen. Im Jahr 2011 hatte das Unternehmen *vitabook GmbH* zunächst eine Plattform zur Simulation des elektronischen Rezeptes entwickelt. Ab 2013 entstand dann die Plattform *vitabook* und somit ein komplettes Gesundheitskonto. Die Finanzierung erfolgt durch Apotheken, Labore und Kliniken. Diese profitieren davon, dass sie ihre Transaktionen mit *vitabook* effizienter abbilden können. Apotheken zahlen beispielsweise pro Packung 50 Cent. Kliniken zahlen pro entlassenen Patienten einen Euro. Für Ärzte und Patienten ist die *patientenkarte.online* kostenfrei.

Umsetzung

Aufgrund dessen, dass ein Patient mehrere Ärzte oder Apotheken hat, verfügt weder der Arzt noch die Apotheke über eine vollständige Übersicht der Medikation. Dies kann zu unerwünschten Wechselwirkungen führen. Damit die Wechselwirkungen von Medikamenten ausbleiben, muss die gesamte Medikation bekannt sein.

Zielgruppe des Projekts ist der Patient. Jedoch richtet sich *vitabook* auch an alle anderen Beteiligten im Gesundheitswesen. Dazu gehören niedergelassene Haus- und Fachärzte, Kliniken, Apotheken, gegebenenfalls Pflegedienste, das Pflegeheim und das Sanitätshaus. Außerdem können pflegende Angehörige einen Zugang bekommen.

Abbildung 50 Nutzer der Patientenkarte.online



Quelle: Eigene Darstellung

Erlaubt ein Patient die Einrichtung eines Gesundheitskontos, so kann zum Beispiel auch die Klinik oder der Arzt dieses eröffnen. Dieses Gesundheitskonto lässt sich mit einer Patientenkarte beziehungsweise auch der Gesundheitskarte der Krankenkassen online verknüpfen. Die Versicherten-Nummer wird in Verbindung mit der Versicherungsnummer zur Gesundheits-IBAN des Patienten. An diese beiden Nummern lassen sich beliebige Gesundheitsdaten überweisen. Grundsätzlich kann nur der Patient Inhalte ändern oder löschen. Er entscheidet wer Einsicht in seine Akte bekommt. Die Behandler rufen dann diese Daten über das Krankenhaus-Informationssystem (KIS) oder über die Weboberfläche für die Notfall-Leseansicht auf.

Mit Hilfe des Kontos verfügt der Patient nun über eine eigene, sichere, digitale Identität. Durch die Plattform *vitabook* kann der Patient darüber hinaus jegliche Standard-Kommunikation mit seinen Behandlern online abwickeln. Weiterhin können Vitaldaten dokumentiert und jederzeit Ärzten und allen weiteren Behandlern zur Verfügung gestellt werden. Des Weiteren gibt es den *vitabook-Connector*, damit sich Primär-Informationstechnik-Systeme von Behandlern im Gesundheitswesen direkt mit *vitabook* koppeln. Auch hier gilt die Freigabe durch den Patienten. Es können Daten vom Patienten in digitaler Form über den Connector in Empfang genommen und bereitgestellt werden.

Nächste Schritte

Im Laufe des Jahres 2017 soll die Plattform *patientenkarte.online* weiteren Akteuren im Alb-Donau Kreis vorgestellt werden. Im Fokus liegen vor allem die Kopplung mit zentralen Laborversorgern und Kliniken sowie die Einbindung der Pflege- und Rehabilitationseinrichtungen.

Ansprechpartner

Wolfgang Bachmann

Geschäftsführender Vorstand
Gesundheitsnetz Süd eG (GNS)

Hopfenhausstr. 2

89584 Ehingen

Telefon: 07391-5865457

E-Mail: j.simpfendoerfer@gnsued.de

www.gnsued.de

Literatur

§ 630g BGB.

<https://www.bitkom.org/Presse/Presseinformation/Patienten-wollen-Zugang-zu-ihren-Gesundheitsdaten.html>.

Patientenmobil

Autoren: Jan Enzensberger, Susanne Kreienbrock und Dieter Krott

Management Summary

Ziel des Projektes ist es, älteren und immobilen Bürgern den Weg zu ihrem Arzt in der Stadt Leer zu ermöglichen. Die Patienten kommen aus den Gemeinden Jemgum, Bunde und der Stadt Weener. Durch das *Patientenmobil* sind die Bewohner unabhängig vom Öffentlichen Personennahverkehr (ÖPNV) oder dem Bekanntenkreis. Die Fahrzeit ist im Vergleich zu den öffentlichen Verkehrsmitteln wesentlich kürzer, da die Patienten von Zuhause abgeholt und direkt zur Praxis gefahren werden. Des Weiteren kommen die Bürger zeitlich flexibel, kostengünstig und sicher ohne Umsteigen zu ihrem Arzt in die Stadt Leer.

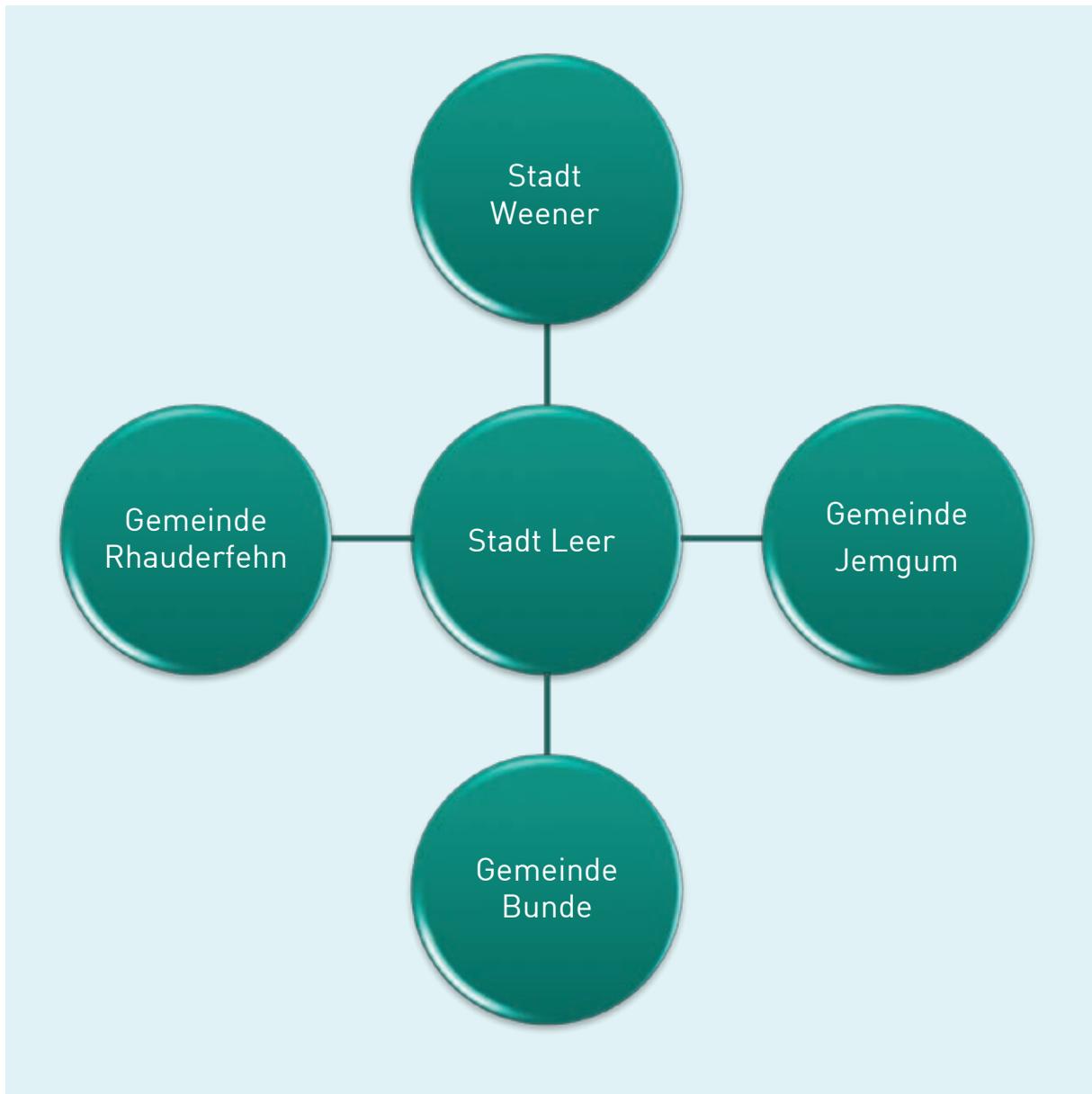
Das *Patientenmobil* ist ein Modellprojekt in Zusammenarbeit mit dem Projektverantwortlichen der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen, Bezirksstelle Aurich, dem Landkreis Leer und der Weser-Ems-Busverkehr GmbH. Das Projekt wird im Rahmen der Gesundheitsregion Leer gefördert. Die weiteren Kosten teilen sich der Landkreis Leer und die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen. Das *Patientenmobil* ist seit Oktober 2016 im Einsatz. Es beförderte bis Ende Februar 2017 schon 142 Fahrgäste. Jeden Dienstag und Donnerstag fährt das *Patientenmobil* zwischen neun und zwölf Uhr.

Umsetzung

Der steigende Anteil der über 65-jährigen im Landkreis Leer stellt gewisse Herausforderungen an die vertragsärztliche Versorgung in der Fläche. Aufgrund der Facharztdichte in der Stadt Leer gehen viele Patienten des Landkreises dort zum Arzt. Bisher besteht das Angebot des öffentlichen Personennahverkehrs (ÖPNV) aus Linienbussen, dem AnrufBus sowie der Bahn. Der Linienbus ist auf Schüler und Bewohner der Stadt Leer und der größeren Ortschaften ausgerichtet. Der AnrufBus fährt nur innerhalb der Gemeinde und Nachbargemeinden als Zubringer zu den Hauptlinien. Ein bedarfsgerechtes Mobilitätsangebot für Patienten fehlte bisher.

Die Zielgruppe des Projekts sind mobilitätseingeschränkte Personen aus den Gemeinden Jemgum, Bunde und der Stadt Weener. Das Management des *Patientenmobils* übernimmt die Weser-Ems-Busverkehr GmbH mit bereits bestehender technischer und personeller Infrastruktur. Als Fahrzeuge werden sowohl Personenkraftwagen als auch Kleinbusse zur Verfügung gestellt. Grundsätzlich können zusammenklappbare Rollstühle oder Rollatoren mitgenommen werden. Die Anfragen werden in einer Anrufzentrale gebündelt, um sinnvolle Routen mit möglichst geringen Fahrzeiten zu erstellen. Mehrere Anfragen aus einer Gemeinde werden zusammen bedient. Damit die Erreichbarkeit der Fach- und Hausärzte sichergestellt ist, passen die Arztpraxen ihre Behandlungszeiten entsprechend dem Zeitfenster an. Wenn eine Rückfahrt im definierten Zeitfenster aufgrund von Warte-/Behandlungszeit nicht möglich ist, erfolgt die Rückfahrt mit einem Taxi zum garantierten Fahrpreis von 4,60 Euro.

Abbildung 51 Beteiligte Gemeinden und Städte am Projekt *Patientenmobil*



Quelle: Eigene Darstellung

Eine Arbeitsgruppe mit den beteiligten Akteuren wird das Projekt während der Laufzeit begleiten und weiterentwickeln. Die Evaluation des *Patientenmobils* erfolgt durch die Carl von Ossietzky Universität, Oldenburg.

Nächste Schritte

Seit April 2017 können auch Patienten aus der Gemeinde Rhaderfehn ihren Arzt durch das *Patientenmobil* in der Stadt Leer erreichen.

Ansprechpartner

Jan Enzensberger

Niederlassungsleiter
Weser-Ems-Busverkehr GmbH, Niederlassung
Aurich
Finkenburgweg 9
26603 Aurich
Telefon: 04941 – 973 931 2
E-Mail: Jan.Enzensberger@deutschebahn.com
www.weser-ems-bus.de

Susanne Kreienbrock

Koordinatorin Gesundheitsregion
Landkreis Leer – Gesundheitsamt
Jahnstraße 4
26789 Leer
Telefon: 0491 – 926 112 2
E-Mail: susanne.kreienbrock@lkleer.de
www.landkreis-leer.de

Dieter Krott

Geschäftsführer
Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen,
Bezirksstelle Aurich
Kornkamp 50
26605 Aurich
Telefon: 04941 – 600 811 0
E-Mail: dieter.krott@kvn.de
www.kvn.de

QiSA-KHK im Praxistest

Passgenau versorgt: Die Implementierung der QiSA-KHK-Qualitätsindikatoren im Gesundheitsnetz QuE Nürnberg

Autoren: Jörg Lindenthal und Veit Wambach

Management Summary

Ziel des Projektes *QiSA-KHK im Praxistest* ist es, die Versorgung von Patienten zu verbessern, die an einer koronaren Herzkrankheit (KHK) erkrankt sind, bzw. das Risiko zu minimieren, überhaupt an einer KHK zu erkranken. *QiSA* steht für Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung. Die Indikatoren sollen Hausärzte des Gesundheitsnetzes Qualität und Effizienz eG (QuE) unterstützen; die Ärzte sollen qualitätsfördernde Maßnahmen in ihren Praxen anwenden und mit Qualitätsindikatoren arbeiten. Damit wurde erstmals ein komplettes QiSA-Indikatorenset in einem deutschen Ärztenetz getestet.

Die Projektleitung und -koordination lag beim AOK-Bundesverband, die Zusammenarbeit erfolgte mit *aQua – Institut für angewandte Qualitätsförderung*. Eine finanzielle Förderung oder Aufwandsentschädigung der teilnehmenden Netzärzte war nicht vorgesehen. Jedoch wurde eine Kooperationsvereinbarung geschlossen zwischen dem AOK-Bundesverband und dem Gesundheitsnetz QuE. Das Projekt startete 2013, 48 Hausärzte aus 32 QuE-Hausarztpraxen nahmen teil.

Umsetzung

Das Projekt umfasste folgende Hauptbestandteile:

- Messung der QiSA-Indikatoren und Darstellung der Ergebnisse in praxisindividuellen Feedbackberichten
- Besprechung der Ergebnisse in QuE-Qualitätszirkeln
- Umsetzung konkreter Verbesserungsvorschläge in der Praxis

Erneute Messung und Evaluation

Zielgruppe für QiSA sind Hausärzte und alle Netzpatienten mit Koronarer Herzkrankheit des Gesundheitsnetzes Qualität und Effizienz EG der AOK Bayern. Von den knapp 10.000 eingeschriebenen QuE-AOK-Patienten haben circa elf Prozent die Diagnose einer koronaren Herzkrankheit.

Bei dem Projekt handelt es sich um eine kontrollierte Vorher-Nachher-Studie, die die Ergebnisse der QiSA-KHK-Indikatoren vor und nach der Intervention quantitativ vergleicht und um qualitative Methoden ergänzt.

Alle Teilnehmer des Projekts wurden von Beginn an zur aktiven Mitgestaltung eingeladen. So wurden die teilnehmenden Hausärzte am Ende eines jeden Treffens nach ihrer Einschätzung gefragt. Ein Reminder wurde dazu genutzt, aufgetretene Barrieren bei der Einsetzung herauszufinden und gemeinsam geeignete Lösungen zu finden.

Projektbegleitend wurden im Gesundheitsnetz Qualität und Effizienz eG verschiedene neue Versorgungsangebote und Services für die betreffenden Patienten eingeführt. Unter anderem gehören der *Arriba-Hausarzt* und der *Marburger Herzscore* nun zum Standard der Netzleistungen. Auch ein Raucherentwöhnungsprogramm sowie regelmäßige Schulungen und Patiententage wurden etabliert. Im Patientemagazin *Pumperlgsund in Nürnberg* wurden die Patienten halbjährig informiert.

Abbildung 52 Maßnahmen der Intervention



Quelle: Eigene Darstellung

Als Interventionen wurden mehrere Maßnahmen im Gesundheitsnetz QuE etabliert. Die datenbasierten Feedbackberichte zeigten den Netzpraxen praxisindividuell ihre Ergebnisse im Vergleich zu anderen Hausarztpraxen. Den Teilnehmern wurden die konkreten Zielsetzungen erläutert, um sie zu einer Änderung ihres Verhaltens zu motivieren. Im interaktiven hausärztlichen Qualitätszirkel wurden die Indikato-

renergebnisse im vertraulichen Rahmen diskutiert. Es wurden gemeinsam erforderliche und qualitätsfördernde Maßnahmen entwickelt. Einige Monate später wurde das Feedback in einem Treffen erneut präsentiert. Ein Reminder erinnerte an alle gesetzten Ziele beziehungsweise an die Umsetzung der entsprechenden qualitätsfördernden Maßnahmen.

Nächste Schritte

Ende 2017 erscheint voraussichtlich der Projektbericht. Daraufhin erfolgen auf dieser Basis Publikationen in Fachzeitschriften. Während der Projektarbeit wurde weiterer Forschungsbedarf erkannt. Es tauchten die Fragen auf, wie sich die Qualitätsindikatoren im Langzeitverlauf entwickeln und welche zusätzlichen Effekte Einzelgespräche mit Ärzten zum Thema bringen würden. Die im Projekt gewonnen Erkenntnisse sollen zusammengetragen und dann als Checkliste anderen Projekten zur Verfügung gestellt werden. Darüber hinaus ist im Projekt erstmalig ein Prototyp für Feedbackberichte auf Einzelpraxis-Ebene entstanden.

Ansprechpartner

Dipl. Kfm., MBA Jörg Lindenthal
Leitung Netzmanagement
Gesundheitsnetz Qualität und Effizienz eG
Vogelsgarten 1
90402 Nürnberg
Telefon: 0911 – 956 632 80
E-Mail: joerg.lindenthal@que-nuernberg.de
www.gesundheitsnetznuernberg.de

Dr. med. Veit Wambach
Vorstandsvorsitzender
Gesundheitsnetz Qualität und Effizienz eG
Vogelsgarten 1
90402 Nürnberg
Telefon: 0911 – 956 632 80
E-Mail: info@drwambach.de
www.drwambach.de

Literatur

- AUQA-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (2015). Implementierung von QiSA-Indikatoren im Gesundheitsnetz QuE – Zwischenbericht (unveröffentlicht). Göttingen.
- Ebert-Rall, T (2014). Passgenau versorgt? Ärztenetz testet Qualitätsindikatoren. In: PRO DIALOG, Ausgabe vom 18.07.2014: 6.
- Grol, R; Wensing, M (2013). Effective implementation of change in healthcare: a systematic approach. In: Improving Patient Care. Grol, R; Wensing, M; Eccles, M; Davis, D (Eds.). Oxford: Wiley Blackwell: 40–63.
- Jeitler, K; Semlitsch, T (2012). Band C7: Koronare Herzkrankheit – Qualitätsindikatoren für die Versorgung von Patienten mit koronarer Herzkrankheit. In: QiSA (Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung). Szece-nyi J, Broge B, Stock J (Hrsg.). Berlin.
- Lindenthal, J; Wambach, V (2013). Gesundheitsnetz QuE Nürnberg – Entwicklungsstand und Ergebnisse. In: Handbuch Integrierte Versorgung, 42. Aktualisierung 12/13. Hellmann, W (Hrsg.). Heidelberg.

Sport und Krebs Ulm

Integrierte Versorgung Sport und Krebs am Universitätsklinikum Ulm

Autoren: Stephanie Otto und Jürgen Michael Steinacker

Management Summary

Das Konzept *des Ulmer Sport und Krebs Angebotes* fördert die körperliche Bewegung von Krebspatienten im Rahmen von verhaltensorientierten Bewegungsprogrammen. Diese nehmen einen hohen Stellenwert bei der Behandlung, Rehabilitation und Nachsorge von Krebserkrankungen ein. Ziel ist es, Menschen mit einer Krebserkrankung bei der (Wieder-) Eingliederung in ihren beruflichen und gesellschaftlichen Alltag bestmöglich zu unterstützen.

Bei *Sport und Krebs Ulm* verbinden sich klassisch medizinische, onkologische, sportmedizinische, sportwissenschaftliche und auch sozialmedizinische Aspekte. Ein spezialisiertes Team der Rehabilitationseinrichtung des Universitätsklinikums Ulm bietet patientenbezogene Bewegungsprogramme an.

Das Programm startete 2011 aufgrund der zunehmenden Bedeutung von körperlicher Bewegung in der Therapie und Nachsorge von Krebserkrankungen.

Die Finanzierung erfolgt zunehmend eigenständig, jedoch ist das Projekt zu 50 Prozent auf externe Förderungen angewiesen. Zu diesen zählen die Stiftung Leben mit Krebs, die Ulmer Bürgerstiftung, die Otto-Kaessbohrer-Stiftung und Spenden. Kooperationspartner sind die Kliniken des Comprehensive Cancer Center Ulm (CCCU). Die Zusammenarbeit findet mit Hausärzten und niedergelassenen Fachärzten statt. Mit der Stiftung Leben mit Krebs konnte die jährlich stattfindende Regatta „Rudern und Krebs“ mit 200 Freiwilligen und Helfern sowie etwa 3000 Zuschauern mobilisiert werden.

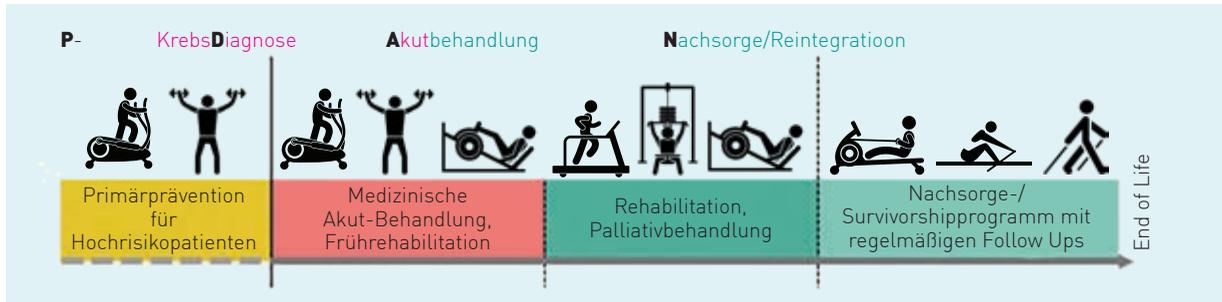
Umsetzung

An dem Projekt können sowohl ambulante als auch stationäre Patienten aller Altersgruppen teilnehmen. Das Angebot richtet sich auch an benachbarte Kliniken, Fach- und Hausärzte, in der Region Ulm.

Das Ulmer P-DAN-Kontinuum bildet die Grundlage für das Projekt (siehe Abbildung 53).

Regelmäßige Bewegung, möglichst ab dem Zeitpunkt der Diagnose, können Therapienebenwirkungen mildern oder sogar vermeiden. Körperliche Betätigung kann bedingten Leistungsverlust umgehen und ist sogar die einzige Hilfe gegen Erschöpfung während der Strahlentherapie. Dazu ist jedoch ein individueller, patientenbezogener Ansatz notwendig. Daher besteht das Projekt aus einer Vielzahl von Versorgungselementen (siehe Abbildung 54).

Abbildung 53 Elemente des Ulmer P-DAN-Kontinuums



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Grafik von Stephanie Otto (Universitätsklinikum Ulm)

Das Projekt schafft einen Mehrwert sowohl für den Patienten, als auch für das Versorgungssystem. Im Versorgungssystem:

- Reduktion von Folgekosten und Kosten für Wiederholungsverordnungen
- Reduktion von Arzneimitteln
- Reduzierung der Verweildauer
- Verzögerung von Pflege- oder frühzeitigem Rentenstand
- Vermeidung von Über-, Unter- oder Fehlversorgung
- Optimierung der Rehabilitationsleistung

Für Patienten:

- Verbesserung der Lebensqualität
- Verbesserung der körperlichen, geistigen und funktionalen Leistungsfähigkeit
- Bessere soziale und berufliche Reintegration

Nächste Schritte

In Zukunft sollen weitere Studien erfolgen. Im Zentrum stehen Patienten mit einem erblich bedingtem Risiko für Tumorerkrankungen. Nächstes Ziel ist der Aufbau strukturierter Studien zur Versorgungsqualität.

Abbildung 54 Versorgungselemente des Projekts *Sport und Krebs Ulm*

Quelle: Eigene Darstellung

Ansprechpartner

Dipl.Sportwissenschaftlerin **Stephanie Otto**
 Leitende Sportwissenschaftlerin
 Universitätsklinikum Ulm, Sektion Sport- und
 Rehabilitationsmedizin
 Leimgrubenweg 14

89075 Ulm
 Telefon: 0731 – 500 453 31
 E-Mail: Stephanie.Otto@uniklinik-ulm.de
www.uni-ulm.de/sportmedizin

Prof. Dr.med. Dr.h.c. Jürgen Michael Steinacker
Ärztlicher Leiter
Universitätsklinikum Ulm, Sektion Sport- und Re-
habilitationsmedizin
Leimgrubenweg 14.

89075 Ulm
Telefon: 0731 – 500 453 01
E-Mail: juergen.steinacker@uni-ulm.de
www.uni-ulm.de/sportmedizin

Literatur

- Laszlo R, Hartveg P, Laszlo S, Otto S, Prokopchuk D, Steinacker JM (2014). Physical activity and cancer. *OA Sports Medicine* 2014 Jan 18: 1.
- Otto S, Schumann U, Schulz SVW, Andress S, Graf T, Trajer E, Ebner F, Huober J, Liu Y, Zügel M, Steinacker JM (2016). Exercise induced changes in muscle metabolism in BRCA mutation carriers (BIJOU study). In *Oncology Research and Treatment*, Karger. 2016; 39: 168–168).
- Prokopchuk O, Steinacker JM, Nitsche U, Otto S, Bachmann J, Schubert EC, Friess H, Martignoni ME (2016). IL-4 mRNA Is Downregulated in the Liver of Pancreatic Cancer Patients Suffering from Cachexia. *Nutrition and Cancer* November 2016; DOI:10.1080/01635581.2017.1247885.
- Schulz SVW, Jacobsen E, Prokopchuk D, Otto S, Steinacker JM, Schulz AS (2016). Intensive Sports Therapy after Allo-geneic Stem Cell Transplantation. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin* 2016. DOI:10.5960/dzsm.2016.228.
- Schulz SVW, Laszlo R, Otto S, Prokopchuk D, Schumann U, Ebner F, Huober J, Steinacker JM (2017). Feasibility and effects of a combined adjuvant high-intensity interval/strength training in breast cancer patients: a single-center pilot study. *Disabil Rehab.* doi.org/10.1080/09638288.2017.1300688.
- Steinacker JM, Müller-Witt A, Prokopchuk O, Schiefer D, Dehnert C, Liu Y (2011). Prävention von kolorektalen Krebs-erkrankungen durch körperliche Bewegung und Sport. *Onkologie aktuell*.

TeleDiabetes Templin

Projekt TeleDiabetes Templin

Autoren: Janko Schildt und Franziska Kuck

Management Summary

Ziel des Projektes *TeleDiabetes Templin* ist es, in der Region Templin eine telemedizinische Versorgungsstruktur zu schaffen. Diese Struktur bezieht alle entscheidenden Partner mit ein und verbessert die Beziehung zwischen Arzt und Patienten.

Das Projekt arbeitet mit *ESYSTA*[®], einer webbasierten Plattform, die alle entscheidenden Diabetesdaten chronologisch darstellt. Mit Hilfe der Plattform erhalten Behandlungsteam und Patient zu jeder Zeit die Echtzeitdaten des Krankheitsverlaufs. Der Patient muss dank des *ESYSTA*[®]-Geräts Insulingaben, Blutzuckermessdaten und Broteinheiten auch nicht mehr per Hand in ein Diabetestagebuch eintragen.

Das Projekt entstand in Zusammenarbeit mit der Emperra GmbH E-Health Technologies und der KV Consult- und Managementgesellschaft mbH (KV COMM). Die Finanzierung erfolgt anteilig durch die Projektpartner und die Rezeptierung der Behandlungsgeräte. Die Patienten erhalten die *ESYSTA*[®]-Behandlungsgeräte auf Rezept, das *ESYSTA*[®]-Portal und die *ESYSTA*[®]-App ist für alle kostenfrei. Vonseiten der KV COMM erhalten die teilnehmenden Ärzte eine pauschale Aufwandsentschädigung für die IT-Installation, die Patienteneinschreibung und die Evaluation.

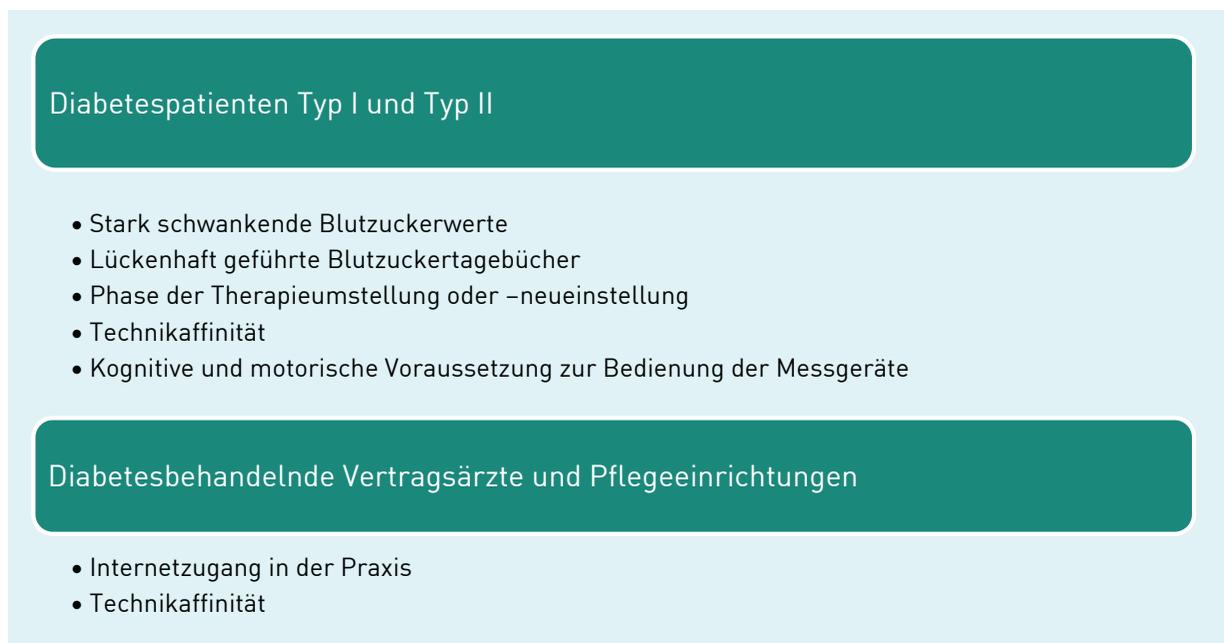
Im September 2015 fand die Auftaktveranstaltung mit interessierten Hausärzten, Diabetologen und Pflegeeinrichtungen aus der Region statt. Mittlerweile wurden neun niedergelassene Ärzte für das Projekt gewonnen, elf Pflegeeinrichtungen sowie 64 Diabetespatienten.

Umsetzung

In Deutschland leiden circa sieben Millionen Patienten an Diabetes. In Verbindung mit möglichen Komplikationen gehört die Krankheit zu einer der teuersten chronischen Erkrankungen. Aufgrund einer fach- und sektorenübergreifenden Versorgung kommt es häufig zu Lücken und Fehlern in den Blutzuckertagebüchern. Ein lückenloser und zeitnaher Informationsaustausch soll das Versorgungsrisiko verringern. Zielgruppe des Projektes sind Patienten mit Diabetes Typ I und II, diabetesbehandelnde Ärzte und Pflegeeinrichtungen.

ESYSTA® übermittelt Blutzuckerwerte, Kohlenhydrateinheiten und Insulinwerte automatisch, drahtlos und vollständig an den Hochsicherheitsserver von ESYSTA®. Dadurch sind alle beteiligten Akteure auf dem gleichen Informationsstand, was die Therapieentscheidungen beschleunigt. Ziel ist es außerdem, die Telemedizinanwendung an die unterschiedlichen Anforderungen von Hausärzten, Pflege und Diabetologen anzupassen. Des Weiteren soll die wohnortnahe und sektorenübergreifende Diabetesversorgung mit Hilfe der ESYSTA®-Technologie gestärkt werden. ESYSTA® soll in das Sichere Netz der Krankenversicherungen eingebunden werden.

Abbildung 55 Merkmale der Zielgruppen



Quelle: Eigene Darstellung

Das Projekt besteht aus einem Basis- und einem Entwicklungsmodul. Das Basismodul demonstriert das Vorhaben, die Vertragsgestaltung sowie die Produkteinführung. Dazu hat die KV COMM Kontakt zu den niedergelassenen Ärzten und Pflegeeinrichtungen aufgenommen, um sie für die Teilnahme am Projekt zu motivieren und zu schulen. Angesprochen und eingeschrieben wurden die Patienten von den Ärzten, in Zusammenarbeit mit den Pflegeeinrichtungen. Die Einweisung in die Telemedizinanwendung erfolgte über den Außendienst von Emperra. Der Fokus des Entwicklungsmoduls liegt auf Produktentwicklung und Vermarktung durch Emperra, der Definition von Versorgungsprozessen und der Evaluation durch die KV COMM.

Nächste Schritte

In Zukunft soll die Schnittstelle zwischen Medizin und Pflege weiter ausgebaut werden. Hinzu kommt der Ausbau eines TeleDiabetesNetzes in der Uckermark.

Kurz bevor stehen das Registrierungsverfahren zur Einbindung des *ESYSTA*®-Portals in das Sichere Netz der Krankenversicherungen sowie das bundesweite Zertifizierungsverfahren bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.

Ansprechpartner

Dr. med. / (CTO / CSO) Janko Schildt

Geschäftsführer

Emperra GmbH E-Health Technologies

Friedrich-Ebert-Straße 33

14469 Potsdam

Telefon: 0331 – 979 348 022

E-Mail: j.schildt@emperra.com

www.emperra.com

Franziska Kuck

Projektleitung

KV Consult- und Managementgesellschaft mbH

Pappelallee 5

14469 Potsdam

Telefon: 0331 – 230 979 2

E-Mail: franziska.kuck@kv-comm.de

www.kv-comm.de

Literatur

- Dietzel, G.T.W. (2003). Was versprechen Telemedizin und eHealth? Telematik-Bausteine für eine integrierte Versorgung – Entwicklungen auf deutscher und europäischer Ebene. *J Kardiol* 2003; 10: 314–7.
- Haak, T.; Diabetes Forum (2015). Nr. 5, S.28–30, Kirchheim-Verlag Mainz 2015.
- Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg (KVBB) (2013). Regionalbericht Mittelbereich Templin. Unveröffentlichtes Material: Potsdam 2013.
- Koch, J.; Schiemann, G. & Gerhardus, A. (2017). Integration und Kooperation aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht: S. 128–131. In: Brandhorst, A.; Hildebrandt, H. & Luthe E-W (2017): Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitssystems. Springer: Wiesbaden 2017.
- Schildt, J. (2016). *ESYSTA*® S-T-A-R-T Projekt: Einsatz eines automatischen, drahtlos übertragenden Telemonitoring-systems für alle insulinbehandelten Diabetiker (Typ 1 und Typ 2) mit intelligenten Insulinpens (Smart Insulin Pens) im ambulanten kassenärztlichen Versorgungsumfeld Deutschland. *Diabetologie und Stoffwechsel* 2016; 11 – P246.
- Schildt, J. & Mertens, H. (2012). Chronic Care Management bei Diabetes mellitus – Telemedizin als Versorgungsoption bei Hausärztemangel. *Diabetes aktuell* 2012; 10(6): 262–268.
- Schildt, J. & Mertens, H. (2013). Das *ESYSTA*-START-Projekt – Telediabetologisches Chronic Care Management als Versorgungsoption im ambulanten Sektor? *Diabetes Aktuell* 2013; 11(08): 354 – 359.
- Siegel, E.G. (2013). Versorgungsstrukturen, Berufsbilder und professionelle Diabetesorganisationen in Deutschland 2013: S. 37–48. In: *diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe* (Hg.): Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2013. Kirchheim + Co GmbH: Mainz 2013.
- Thomas, A. & Heinemann, L. (2013). Diabetestechnologie als ein Pfeiler der Diabetestherapie. *Diabetes Stoffwechsel* 2013, *Herz*; 22: 387 – 398.

TeLiPro

Diabetes Coaching Study: Evaluation der Effektivität und Nachhaltigkeit eines telemedizinischen Lebensstilinterventionsprogramms

Autor: Bernd Altpeter

Management Summary

Das Projekt überprüft den Erfolg von telemedizinischen Maßnahmen, die den Lebensstil von Typ-2-Diabetikern verbessern sollen. Untersucht werden in der Studie insbesondere Langzeitblutzuckerwerte, Gewicht und Insulinbedarf.

Das telemedizinische Lebensstilinterventionsprogramm *TeLiPro* will Gesundheit und Lebensqualität der Patienten verbessern. Die Krankheit soll aufgehalten oder sogar bekämpft werden. Der Patient wird im Alltag somit selbständiger. Ein Gesundheitscoach hilft dem Erkrankten, den erlernten Lebensstil auch beizubehalten.

Das Deutsche Institut für Telemedizin und Gesundheitsförderung (DITG) führt gemeinsam mit dem Westdeutschen Diabetes und Gesundheitszentrum (WDGZ) die *Diabetes Coaching Study* durch. Die Studie wird von Boehringer Ingelheim gesponsert. Die Durchführung der Studie erfolgt hauptsächlich digital und telefonisch.

Aufgrund der positiven Ergebnisse bieten mittlerweile auch einige Krankenkassen das Programm *TeLiPro* für ihre Versicherten an. Das Projekt startete 2013, aktuell befinden sich noch 50 der anfangs 202 Teilnehmer in der Studie.

Umsetzung

Zielgruppen des Projektes sind Personen mit Diabetes Typ 2, unabhängig von Schwere und Dauer der Erkrankung. Auch Risikopatienten mit Diabetes Typ 2 und schwere Fälle von Diabetes können von dem Programm profitieren, da das Ärzte-Team auch komplexe Fälle überwacht und steuert.

Dank des Projekts verbessern sich Gesundheit und Lebensqualität des Patienten. Durch die Verzögerung oder das Nichteintreten von Folge- und Begleiterkrankungen wird die Lebensqualität des Patienten gesteigert. Der Erkrankte wird eigenständig in seinem Gesundheitsmanagement. Außerdem werden Angehörige entlastet. Mit Hilfe der Begleitung kann die Medikation reduziert oder teilweise sogar abgesetzt werden. Hierdurch wird auch das Gesundheitssystem unterstützt.

Das Konzept von *TeLiPro* ist modular aufgebaut, um dem Patienten eine flexible und individuelle Anwendung zu ermöglichen (siehe Abbildung 56).

Abbildung 56 Module der *TeLiPro*



Quelle: Eigene Darstellung

Weitere Kernelemente des Projektes sind die telemedizinischen Messgeräte, ein Online-Portal und das persönliche Coaching mit ausgebildetem Fachpersonal.

Zu den telemedizinischen Messgeräten gehören ein Blutzuckermessgerät, eine Waage und ein Schrittzähler. Diese Geräte übertragen alle Messungen auf ein Online-Portal. Die Bedienung der Geräte ist benutzerfreundlich; sie tragen so zur Motivation bei. Der Schrittzähler verdeutlicht zum Beispiel jeden Tag, ob ein gesetztes Ziel erreicht wurde. Das Messgerät informiert den Erkrankten, welche Nahrungsmittel Auswirkungen auf den Blutzucker haben.

Im Online-Portal werden alle eingegangenen Daten gesammelt, ausgewertet und grafisch und tabellarisch dargestellt. Zusätzlich besteht die Möglichkeit, die Medikation zu hinterlegen. Zugriff hat neben dem Teilnehmer auch der persönliche Gesundheitscoach. Auf der Plattform können Protokolle erstellt, Insulinpläne hochgeladen oder Erinnerungsfunktionen für Messungen eingerichtet werden.

Das Telefoncoaching ermöglicht den Teilnehmern, mit einem Fachkundigen Fragen zur Ernährung, Bewegung oder Medikation zu erörtern. So hat der Teilnehmer eine Bezugsperson, die ihn regelmäßig daran erinnert, seinen Lebensstil beizubehalten.

Nächste Schritte

In Zukunft ist eine weitere Studie geplant, die die Wirkung auf Begleiterkrankungen und deren Verordnung untersucht. Dazu zählen zum Beispiel Bluthochdruck und andere Kreislauferkrankungen sowie deren ökonomische Wirksamkeit.

In einer neuen Untersuchung soll eine gesamt-gesundheitsökonomische Evaluierung von *TeLiPro* stattfinden. In dieser sollen die Einsparungen von Versorgungsausgaben auf Basis von kassenspezifischen Ausgaben benannt werden. Im Gegensatz zu der Diabetes Coaching Studie wirkt sich *TeLiPro* auch auf weitere Erkrankungen positiv aus.

TeLiPro soll in Zukunft auch bei niedergelassenen Diabetologen und Hausärzten eingeführt werden. In diesem Modell werden Patienten durch geschulte Diabetesberater und medizinisch-technische Assistenten betreut. Das Projekt soll in der zweiten Jahreshälfte 2017 starten und eine flächendeckende Versorgung gewährleisten.

Ansprechpartner

Bernd Altpeter

Gründer und Geschäftsführer

Deutsches Institut für Telemedizin und Gesundheitsförderung (DITG)

Kölner Landstraße 11

40591 Düsseldorf

Telefon: 02119 – 098 170

E-Mail: Bernd.Alt peter@ditg.de

www.ditg.de

Literatur

Kempf, K., Altpeter, B., Berger, J., Reuß, O., Fuchs, M., Schneider, M., Gärtner, B., Niedermeier, K. und Martin, S. (2017 not yet published). 'Efficacy of the Telemedical Lifestyle Intervention Program *TeLiPro* in advanced stages of type 2 diabetes: a randomised controlled trial'.

Test it! Antibiotika gezielt und kontrolliert einsetzen

Projekt für einen gezielten und kontrollierten Einsatz von Antibiotika in Duisburg und Essen – vorhandene Diagnostika stärker nutzen

Autoren: Sophie Dannenfeld und Dirk Janssen

Management Summary

Ziel des Projekts ist es, sowohl das Ordnungsverhalten der Ärzte als auch das Anspruchsdenken der Patienten in Bezug auf Antibiotika zu verändern. Intensive Beratung und therapeutische Verfahren sollen Ärzte und Patienten sensibilisieren. Im Zuge dessen soll die Versorgungsqualität verbessert und die Resistenzentwicklung von Keimen gemindert werden.

Initiator des Projekts ist der BKK-Landesverband NORDWEST (BKK-LV NW). Gemeinsam mit dem Kooperationspartner Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein (KVNO) wurde ein Konzept für die rationale und zielgerichtete Antibiotikatherapie entworfen. Seit 2017 erhalten 180.000 Versicherte der Betriebskrankenkassen (BKK) aus den Regionen Duisburg und Essen einen verbesserten Zugang zu Testverfahren zum zielgenaueren Einsatz von Antibiotika.

Umsetzung

Die steigende Zahl von Antibiotika-resistenten Bakterien gefährdet die wirksame Versorgung von Infektionskrankheiten. Daher ist das übergeordnete Ziel des Projekts eine qualitätsgerechte und leitlinienorientierte Behandlung.

Zielgruppen des Projekts *Test it – Antibiotika sinnvoll einsetzen* sind Patienten mit einer Harnwegs-, Wund-, oder Streptokokkeninfektion der Serogruppe A. Diese Erkrankungen wurden ausgewählt, da im ambulanten Bereich auf sie die meisten Antibiotikaverordnungen entfallen.

Teilnahmeberechtigt sind alle BKK-Versicherten, die ihren Wohnort im Bezirk Nordrhein haben. Den Antigenschnelltest durchführen dürfen alle Hausärzte gemäß § 73 Abs. 1a Satz 1 SGB V, Fachärzte für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit Praxissitz in der Kreisstelle Duisburg bzw. Essen.

Die Zielsetzung des Projektes umfasst folgende Versorgungselemente:

- allgemeine sowie vertragsspezifische Informationen für Ärzte und Patienten zur weiteren Sensibilisierung in Bezug auf Antibiotika
- die vollständige Erstattung diagnostischer Verfahren
- Honorierung des Informations- und Beratungsaufwandes der Ärzte

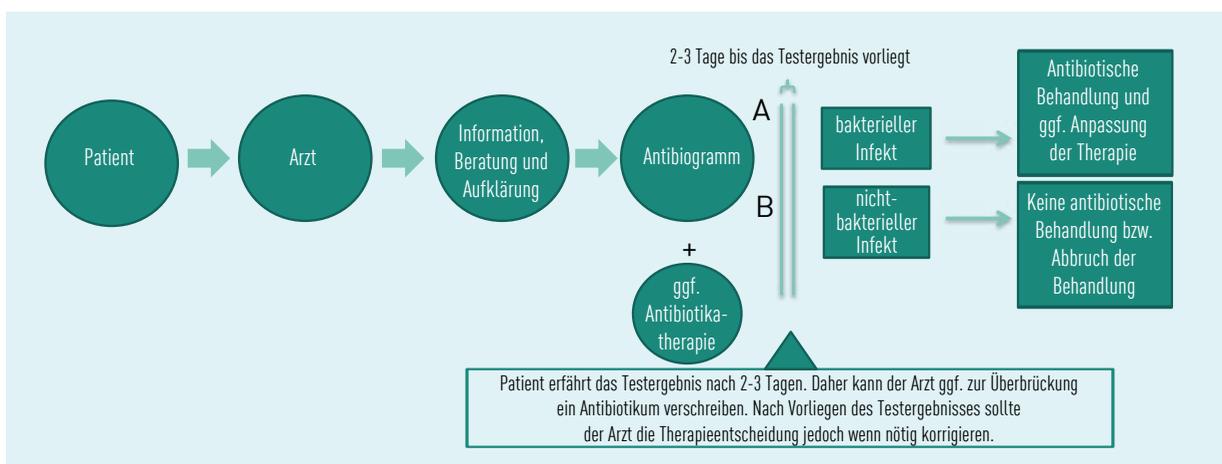
Ziel ist es zudem, Antibiotika nur noch zu verordnen, wenn es medizinisch notwendig ist – um Krankenhausaufenthalte aufgrund von Neben- und Wechselwirkungen zu vermeiden.

Kern der Initiative ist der Vertrag über eine modellhafte Vereinbarung zwischen dem BKK-Landesverband NORDWEST (BKK-LV NW) und der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein (KVNO). Die Vertragspartner einigten sich bei den Diagnosen auf das Verfahren des Antibiogramms sowie auf einen Schnelltest bei Symptomen einer Streptokokkeninfektion der Serogruppe A.

Im Vorfeld wurden alle Versicherten über das Projekt aufgeklärt. Neben den Versicherten erhielten auch die teilnehmenden Ärzte umfassende Informationen zum Antibiotika-Vertrag, um alle Beteiligten informieren zu können.

Patienten mit den Krankheiten Harnwegs- und Wundinfektion sowie mit Entzündungen des Rachenraums suchen im deutschen Gesundheitssystem in der Regel zunächst Ärzte des ambulanten Bereichs auf. Hat ein Patient Symptome einer Streptokokkeninfektion der Serogruppe A, so soll der Arzt angemessen über Antibiotika informieren, beraten und aufklären. Um ausreichend Zeit für Diagnostik und Diskussion zu gewährleisten, verbessern die Vertragsparteien die Vergütung des Beratungsaufwandes. Gleichzeitig führt der Arzt einen Antigenschnelltest durch. Nach kurzer Zeit ist bekannt, ob ein bakterieller Infekt vorliegt oder nicht. Daraufhin verschreibt der Arzt gegebenenfalls ein Antibiotikum und erklärt dem Patienten, warum er dies tut.

Abbildung 57 Prozess der gezielten Antibiotikavergabe bei Patienten mit Diagnose Harnwegs- und Wundinfektionen



Quelle: Eigene Darstellung

Bei einer Harnwegs- oder Wundinfektion sollen Ärzte zusätzlich zur Beratung ein Antibiogramm durchführen. Hier werden aus einem Abstrich Kulturen angelegt. Nach zwei Tagen ist sicher, welches Antibiotikum das Richtige ist. Um diesen Zeitraum, wenn notwendig, zu überbrücken, kann der Arzt sofort ein Antibiotikum verschreiben. Durch das Antibiogramm wird die Behandlungsentscheidung der Ärzte entweder bestätigt oder verworfen. Im zweiten Fall ist der Arzt sofort in der Lage umzusteuern und die Therapie anzupassen (siehe Abbildung 57).

Nächste Schritte

Nächste Schritte sind die Weiterentwicklung des Vertrags und die Einbeziehung von weiteren Ärztenetzen, Krankenkassen und Verbänden. Das Projekt soll auf weitere Strukturen übertragen werden.

Ansprechpartner

Sophie Dannenfeld

Assistenz des Vorstands

BKK-Landesverband NORDWEST

Süderstraße 24

20097 Hamburg

Telefon: 04025 – 150 525 2

E-Mail: sophie.dannenfeld@bkk-nordwest.de

Dr. Dirk Janssen

stellv. Vorstand

BKK-Landesverband NORDWEST

Süderstraße 24

20097 Hamburg

Telefon: 04025 – 150 521 2

E-Mail: dr.dirk.janssen@bkk-nordwest.de

Literatur

WHO 2017: Global priority list of antibiotic-resistant bacteria to guide research, discovery, and development of new antibiotics.

Robert Koch Institut 16.11.2016: Antworten auf häufig gestellte Fragen zu Krankenhausinfektionen und Antibiotikaresistenz.

Angela Stoll 2006: Wo Antibiotika machtlos sind, in: Stern 26.03.2006.

Birgit Magiera 2016: Wenn Antibiotika nicht mehr wirken, in: Bayrischer Rundfunk 30.09.2016.

Pia Heinemann 2011: So krank machen deutsche Krankenhäuser, in Welt 21.08.2011.

TUG

Verbundforschungsprojekt zur Nutzenbewertung der Telemedizin als Unterstützung für die ambulante geriatrische Betreuung – Phase 1

Autoren: Matthias Schwab, Claudia Seelenmeyer und Maike Sonnenberg

Management Summary

Ziel des Projektes ist es, den Vorteil von Telemedizin für die ambulante Betreuung geriatrischer Patienten zu erforschen – anhand verschiedener Fokusgruppen im ländlichen Raum von Baden-Württemberg. Die Bedarfsanalyse fokussierte sich auf die individuellen Bedürfnisse von älteren Menschen, die alleine zu Hause leben, und anderer am Versorgungsgeschehen Beteiligter.

Im Zeitraum von 2015 bis 2016 organisierte die Projektleitung, das Robert-Bosch-Krankenhaus (RBK) in Stuttgart, prozessübergreifende Workshops und Experteninterviews. Daraufhin konnten erste Software-Lösungen entworfen werden. Das Projekt wurde gefördert im Rahmen des Impulsprogramms zur Zukunftsoffensive III des Landes Baden-Württemberg. Finanzielle Mittel wurden bereitgestellt durch das Programm „Anwendungsorientierte Transferforschung Telemedizin“ des Ministeriums für Wissenschaft, Forschung und Kunst in Baden-Württemberg für das Jahr 2014.

Weitere Kooperationspartner waren die KV Baden-Württemberg, die Bosch Healthcare Solutions GmbH, die Bruderhaus Diakonie, das Pflagenetz Heilbronn e. V., die Abteilung Geriatrie des RBK sowie das Softwareunternehmen nubedian GmbH.

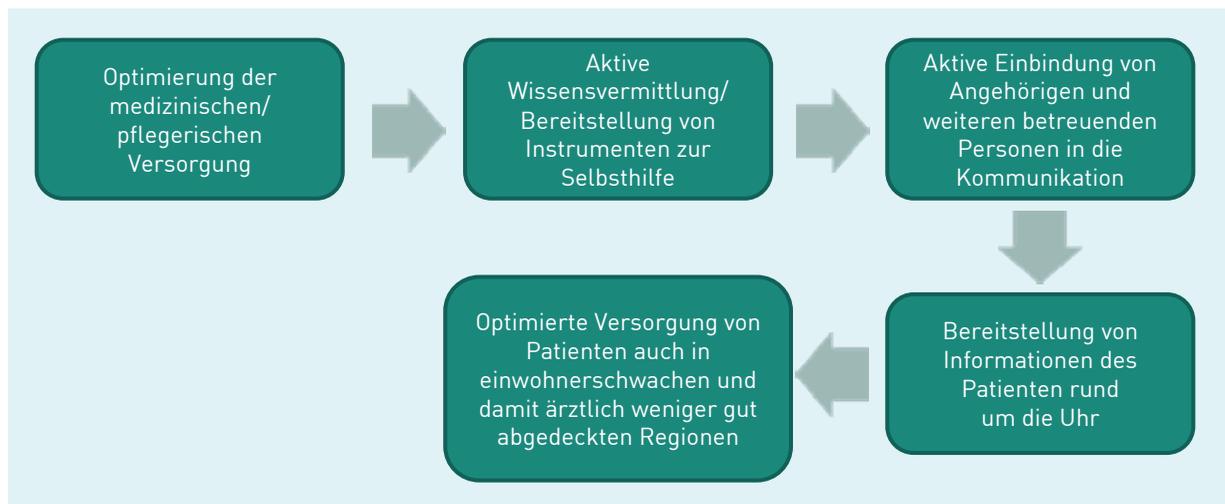
Umsetzung

Die soziale Isolation von geriatrischen Patienten und mangelnde Kommunikation der an der Versorgung Beteiligten sind häufige Ursachen für Versorgungslücken. Hier soll die Telemedizin unterstützen. Sie kann die Lebensqualität älterer, multimorbider und pflegebedürftiger Menschen sowie das Patienten-Selbstmanagement verbessern. Dadurch steigt die Qualität der Versorgung; die soziale Isolation wird überwunden. Leistungserbringer werden so entlastet; die Kosten sinken.

Zielgruppen des Projekts waren Vertreter aller am Pflegegeschehen Beteiligten: neben den betroffenen Patienten mit und ohne Pflegebedürftigkeit also vor allem niedergelassene Haus- und Fachärzte, Geriater, Angehörige, Sozial- und Pflegedienste, Vertreter von Selbsthilfegruppen, Krankenkassenvertreter und Entwickler von telemedizinischen Lösungen.

Zukünftige Versorgungskonzepte sollten den Einsatz der Telemedizin auf dem Gebiet der ambulanten Betreuung vorantreiben, so dass eine Umsetzung in die Regelversorgung in Abstimmung mit den Kostenträgern möglich ist. Die ursprüngliche Versorgung der Patienten soll wesentlich mit dem nachfolgend beschriebenen, optimierten Versorgungskonzept (siehe Abbildung 58) verbessert werden:

Abbildung 58 Ziel des optimierten Versorgungskonzepts



Quelle: Eigene Darstellung

Das oben genannte Versorgungskonzept konnte durch die systematische Bedarfsanalyse entwickelt werden. Die dadurch identifizierten Bedarfe wurden auf so genannte *CareTablet-Demonstratoren* übertragen. Diese sollen weiterentwickelt werden und zukünftig Patienten, Angehörigen und Leistungserbringern zur Verfügung stehen.

Nächste Schritte

Solange die telemedizinische Lösung nicht als Medizinprodukt zertifiziert ist, können keine therapie-relevanten Entscheidungen telemedizinisch übermittelt werden. Aufgrund dessen ist ein neues Studienkonzept auf Grundlage des bereits entwickelten Case Management-Programms *PraCMan* entwickelt worden. *TelePraCMan* kombiniert die Telemedizin und *PraCMan*, das bereits in Baden-Württemberg erfolgreich eingesetzt wird, und soll ältere Patienten individuell informieren, motivieren und es ermöglichen, im Bedarfsfall einzugreifen. In Zukunft sollen damit auch mögliche ärztliche Unterversorgungen von Patienten ausgeglichen werden.

Ansprechpartner

Prof. Dr. med. Matthias Schwab

Leiter des Dr. Margarete Fischer-Bosch-Instituts für Klinische Pharmakologie
Dr. Margarete Fischer-Bosch-Institut für Klinische Pharmakologie (IKP) und Robert-Bosch-Krankenhaus
Auerbachstraße 112
70376 Stuttgart
Telefon: 0711 – 8101 3700
E-Mail: matthias.schwab@ikp-stuttgart.de
www.ikp-stuttgart.de;
[https://de.wikipedia.org/wiki/Matthias_Schwab_](https://de.wikipedia.org/wiki/Matthias_Schwab_(Pharmakologe))
(Pharmakologe)

Dr. rer. nat. Claudia Seelenmeyer

Koordinatorin TUG-Projekt; Abtl. für Naturheilkunde und Integrative Medizin
Robert-Bosch-Krankenhaus
Auerbachstraße 110
70376 Stuttgart
Telefon: 0711 – 8101 5767
E-Mail: claudia.seelenmeyer@rbk.de
www.rbk.de

Dr. rer. nat. Maike Sonnenberg

Organisator, Leitung Telemedizinisches Zentrum RBK/Zentrale Studieneinheit
Dr. Margarete Fischer-Bosch Institut für Klinische Pharmakologie und RBK
Auerbachstr. 112
70376 Stuttgart
Telefon: 0711 8101 5691
E-Mail: maike.sonnenberg@ikp-stuttgart.de
www.ikp-stuttgart.de und www.rbk.de

Literatur

- Daniel H, Snyder Sulmasy L, for the Health and Public Policy Committee of the American College of Physicians. Policy Recommendations to Guide the Use of Telemedicine in Primary Care Settings: An American College of Physicians Position Paper. *Ann Intern Med.* 2015;163:787–789.
- Gözl U, Weber M. Pflege im Spannungsfeld einer alternden Gesellschaft Ergebnisse der Pflegestatistik 2013. *Statistisches Monatsheft Baden-Württemberg* 2015,6: 16–22.
- Koehler F, ...Anker SD, on behalf of the TIM-HF Investigators. The impact of remote telemedical management on mortality and hospitalizations in ambulatory patients with chronic heart failure: TIM-HF study. *Circulation.* 2011;123:1873–1880.
- Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina, acatech – Deutsche Akademie der Technikwissenschaften, Union der deutschen Akademien der Wissenschaften. *Medizinische Versorgung im Alter – Welche Evidenz brauchen wir?* Halle (Saale). 2015.
- Vollmer J. Zefir – Zentrum für interdisziplinäre Regionalforschung. *Deutschland im demographischen Wandel 2030. Datenreport.* Bertelsmann Stiftung. <http://www.wegweiser-kommune.de/documents/10184/10646/L%C3%A4nderbericht+Bayern/0ab5c138-c4c5-44c4-8d2b-cb178648d415>.
- Wehling M, Burkhardt H, Kuhn-Thiel A, Pazan F, Throm C, Weiss C, Frohnhofen H. VALFORTA: a randomised trial to validate the FORTA (Fit FOR The Aged) classification. *Age Ageing.* 2016;4: 262–67.

TüPatI

Tübinger Patienteninformation Darmkrebs

Autoren: Barbara Denecke und Alfred Königsrainer

Management Summary

Die *Tübinger Patienteninformationsmappe Darmkrebs (TüPatI)* soll dazu beitragen, Patienten mit Magen-Darm-Krebs besser zu versorgen (Gastrointestinale Onkologie, ZGO). Die Mappe soll helfen, die Therapie treue zu verbessern und Risikofaktoren schneller erkennbar machen (beispielsweise Mangelernährung). Die Patienten bekommen mit der Patienteninformationsmappe einen Leitfaden an die Hand, der ihnen Sicherheit gibt und der es ihnen ermöglicht, Therapieentscheidungen einfacher zu treffen.

Auftraggeber sind ärztliche Direktoren der Gastrointestinalen Onkologie. In regelmäßigen Redaktionstreffen werden die Inhalte abgestimmt. Abteilungen und Institute übernehmen dann die abschließende Bearbeitung der Beiträge.

Durch fachspezifische Ansprechpartner können Fragen der Patienten zur Therapie und Diagnose schnell angesprochen und geklärt werden. Die *TüPatI* begleitet den Patienten von der Diagnosestellung bis zur Nachsorge. Psychische und soziale Betreuung, humangenetische Informationen und ein Ernährungsscreening sind integriert und bieten einen Anstoß für weitere Fragestellungen beziehungsweise gezielte Unterstützung der Patienten.

Die Finanzierung erfolgte bislang durch eigene Mittel. Es wird jedoch nach weiteren Finanzierungsquellen gesucht, um die Patienteninformationsmappe weiter auszubauen.

Das Projekt gibt es seit 2005; mittlerweile beteiligen sich mehrere Partner: die Kliniken für Chirurgie, Onkologie, Gastroenterologie, Radioonkologie, Psychoonkologie und die Institute für Humangenetik, Gynäkologische Onkologie und Versorgungsforschung. Die *Tübinger Patienteninformation Darmkrebs* möchte ihr Programm auf die gesamte Gastrointestinale Onkologie ausweiten. Bisher erreichte das Projekt 150 Darmkrebspatienten pro Jahr.

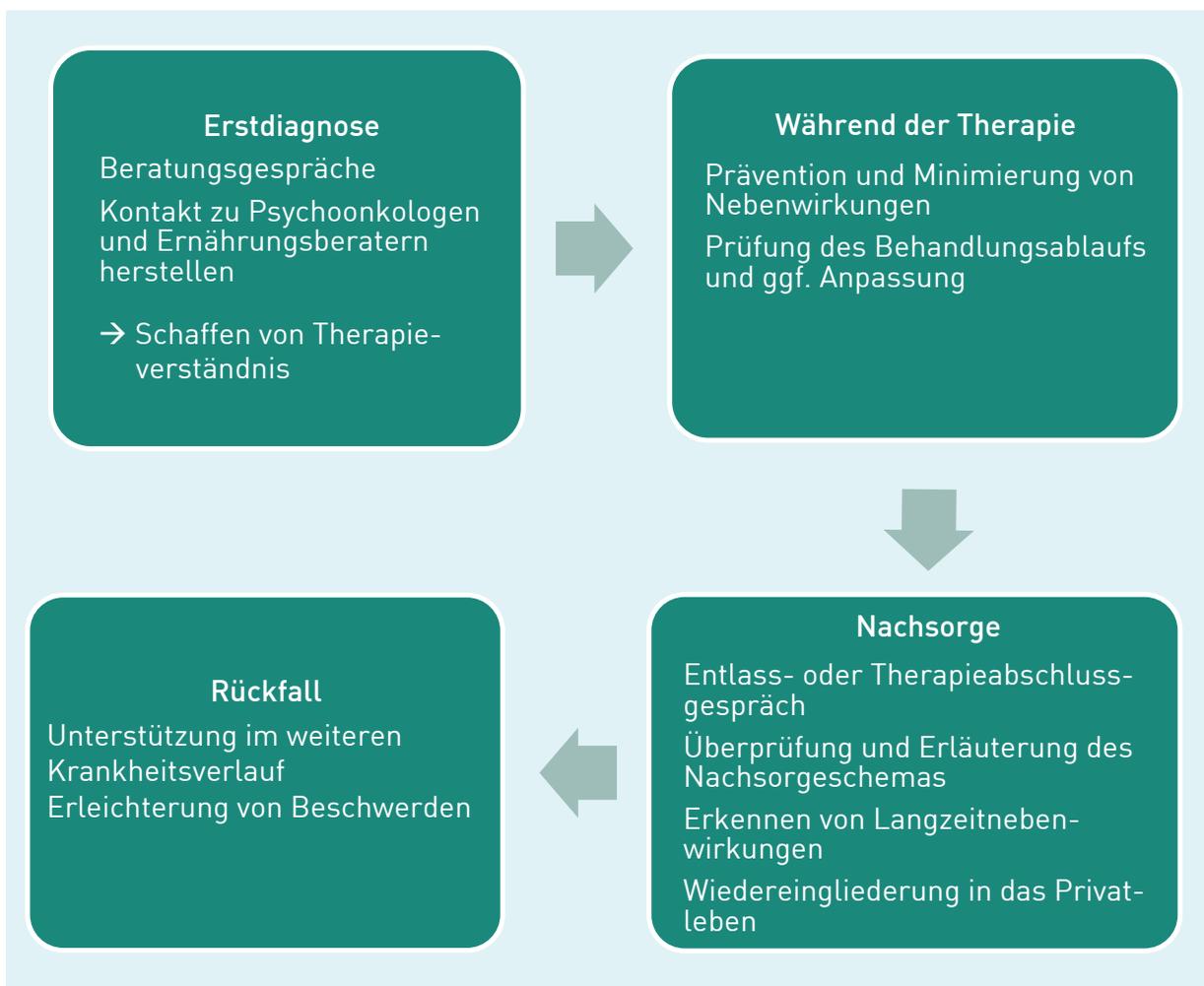
Umsetzung

Informationen zu Darmkrebserkrankungen sind häufig für die Patienten nicht klar verständlich und werden nicht ausreichend genutzt. Fehlendes Wissen führt bei den Betroffenen zu Unsicherheit in Bezug auf die eigene Krankheit und beeinträchtigt die Lebensqualität der Erkrankten.

Zielgruppe des Projektes sind Patienten und Mitarbeiter des Tumorzentrums der Universitätsklinik. Durch *TüPatI* sollen alle Beteiligten schneller an Informationen kommen und den passenden Ansprechpartner finden. Der Patient erhält bereits zu Beginn Einblick in den schematischen Ablauf der kompletten Therapie. So sollen vermeidbare Therapieabweichungen verhindert werden. Zu dem schematischen Ablauf gehören psychologische und ernährungsmedizinische Betreuung, Sozialberatung und unterstützende, krankheitsmildernde und schmerzlindernde Themen. Auch Risikofaktoren für familiäre Tumorerkrankungen werden benannt und geprüft. Außerdem erhält der Patient Zugang zu Selbsthilfegruppen. Um unerwünschte Folgen der Therapie kontrolliert behandeln zu können, folgt nach jeder Therapie eine Nachsorge.

Hinzu kommt ein einheitlicher Auftritt der Gastrointestinalen Onkologie, da alle Abteilungen die Informationen der *TüPatI* kennen und an der Entwicklung mitgewirkt haben.

Abbildung 59 Versorgungselemente der *Tübinger Patienteninformation Darmkrebs*



Quelle: Eigene Darstellung

Nächste Schritte

Bis Ende 2017 soll *TüPatI* fertiggestellt werden. Begleitend dazu ist eine Evaluation bis 2018 geplant. Das Projekt wird in Abhängigkeit von den Ergebnissen der Begleitforschung weiterentwickelt. Bei Nachweis einer messbaren Verbesserung der Patientenversorgung soll eine Ausweitung des Projektes stattfinden.

Ansprechpartner

Barbara Denecke

Koordinatorin

Zentrum Gastrointestinale Onkologie,

Uniklinik Tübingen

Otfried-Müller-Straße 10

72076 Tübingen

Telefon: 07071 – 298 212 1

E-Mail: zgo@med.uni-tuebingen.de

www.zgo.tumorzentrum-tuebingen.de

Prof. Dr. med. univ. Alfred Königsrainer

Ärztlicher Direktor, Sprecher ZGO

Allgemeine, Viszeral- und Transplantatino-
chirurgie

Hoppe-Seyler-Straße 3

72076 Tübingen

Telefon: 07071 – 298 666 9

E-Mail: [alfred.koenigsrainer@](mailto:alfred.koenigsrainer@med.uni-tuebingen.de)

med.uni-tuebingen.de

www.chirurgie-tuebingen.de

Literatur

Keinki C. et al, Understandability of Patient Information Booklets for Patients with Cancer, J Canc Educ DOI 10.1007/s13187-016-1121-3.

Husson O, Illness perceptions in cancer survivors: what is the role of information provision? *Psycho-Oncology* 22: 490–498 (2013).

Husson O, The relation between information provision and health-related quality of life, anxiety and depression among cancer survivors: a systematic review. *Ann Oncol* 2011;22:761–772.

Adherence to tumor board recommendations in a university gastrointestinal cancer center – Als Anhang hochgeladen.

Versorgungsstrukturen für hilfsbedürftige ältere Menschen

Effiziente und innovative häusliche Versorgungsstrukturen für hilfsbedürftige ältere Menschen

Autor: Thomas Oeben

Management Summary

Ziel des Vereins ist es, der zukünftigen, durch den demografischen Wandel bedingten prekären Versorgungssituation älterer hilfsbedürftiger Menschen entgegenzuwirken und ein deutschlandweites, effizientes soziales Unterstützungsnetzwerk aufzubauen. Damit wird den Senioren ein selbstbestimmtes Leben in den eigenen vier Wänden ermöglicht und die Sicherheit gegeben, dass bei Bedarf immer jemand für sie da ist. Auch werden pflegende Angehörige durch den Einsatz ehrenamtlicher Helfer entlastet.

Der interdisziplinäre Lösungsansatz zur Schließung der Versorgungslücke besteht in der Bündelung von logistischem Netzwerkmanagement-Knowhow mit der Erfahrung von Pflegefachkräften sowie der Aktivierung einer Vielzahl ehrenamtlicher Helfer zum Aufbau eines verbindlichen, überregionalen Unterstützungsnetzwerks. Die Prozesse werden durch eine leistungsstarke IT-Infrastruktur unterstützt, die die aufwändige Helfersuche sowie die Disposition der Einsätze digitalisiert. So bleibt die Administration äußerst schlank; eine beliebige Skalierbarkeit ist sichergestellt.

Umsetzung

Die Friedrich-Ebert-Stiftung prognostiziert bis 2030 einen Anstieg der Pflegebedürftigen um 50 Prozent auf dann 3,9 Millionen Menschen. Gleichzeitig verringert sich der Anteil der 50 bis 64 Jährigen, die einen über 80-jährigen versorgen könnten, um 34 Prozent. Zudem geht man davon aus, dass 500.000 Pflegefachkräften fehlen werden.

Zielgruppe des Projekts sind hilfsbedürftige Senioren mit und ohne Pflegegrad, die in den eigenen vier Wänden wohnen und die Unterstützung bei Alltagstätigkeiten brauchen. Auch Angehörige werden durch die Dienstleistungen entlastet. Der Lösungsansatz des Projektes basiert auf einem Vier-Säulen-Modell (siehe Abbildung 60).

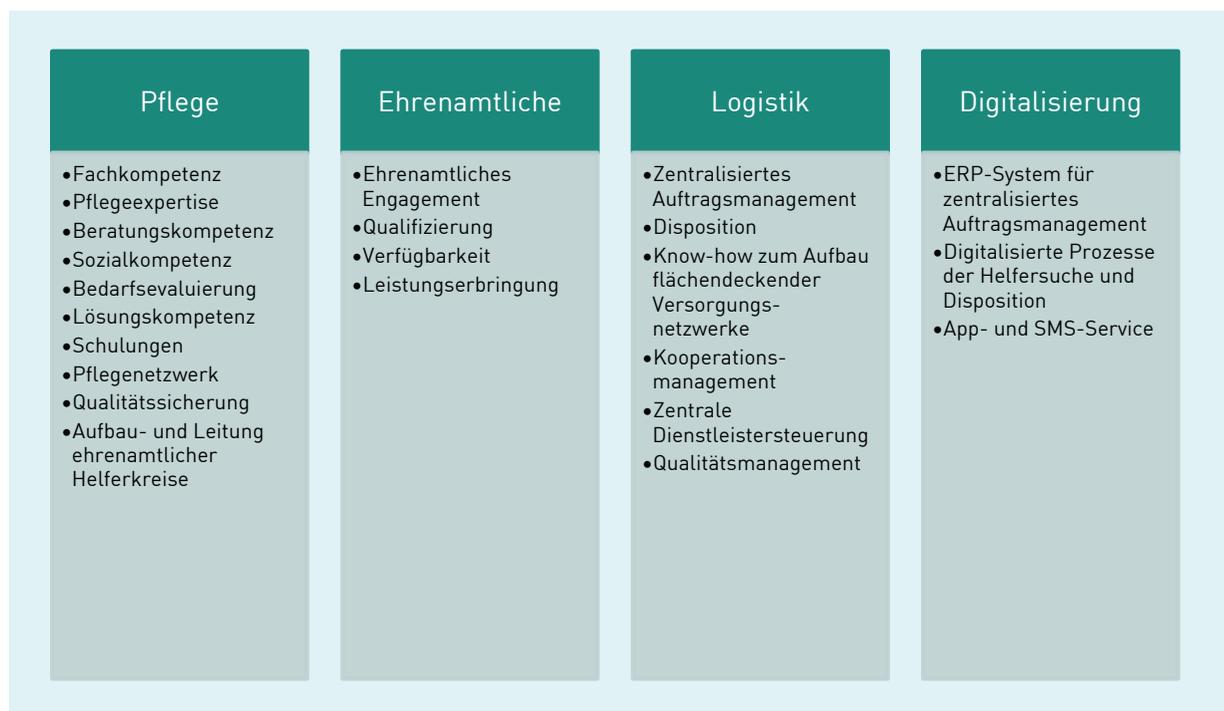
Das Know-how aus dem Fachgebiet der Pflege wird genutzt für die Beratung von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen, die Bedarfsevaluierung, sowie für Schulungen der Angehörigen – basierend auf dem individuellen Krankheitsbild und den räumlichen Gegebenheiten. Die Fachkräfte bauen den ehrenamtlichen Helferkreis auf, schulen die Ehrenamtlichen und leiten sie für ihre Einsätze bei Pflegebedürftigen an.

Die ehrenamtlichen Helfer bringen sich mit hoher Motivation in das System ein, betreuen und unterstützen hilfs- und pflegebedürftige Menschen und entlasten pflegende Angehörige.

Aus der Logistik stammt das Know-how zum Aufbau flächendeckender Versorgungsnetzwerke, zum Kooperationsmanagement sowie zur Disposition und zum zentralisierten Auftragsmanagement.

Die Prozesse wurden äußerst schlank aufgesetzt und in einem Qualitätsmanagementsystem hinterlegt. Alle Abläufe werden durch eine leistungsstarke IT unterstützt. Die aufwändige Helfersuche und die Disposition wurden digitalisiert, um eine möglichst effiziente Organisation sowie eine beliebige Skalierbarkeit zu ermöglichen.

Abbildung 60 Der innovative Lösungsansatz von *dein Nachbar* basiert auf 4 Säulen



Quelle: Eigene Darstellung

Prozessablauf

Die hauptamtlichen Pflegefachkräfte beraten hilfsbedürftige ältere Menschen und deren Angehörige rund um das Thema Pflege und schulen diese bei Bedarf auch in der häuslichen Umgebung. Außerdem erfassen sie den Unterstützungsbedarf in sehr kategorisierter Form.

Aufgrund des großen Netzwerkes an ehrenamtlichen Helfern und digitalen Abfragen, kann eine verbindliche und qualitativ hochwertige Unterstützung zugesagt werden. Alle Helfer werden in einem persönlichen Aufnahmegespräch durch Fachpersonal gewissenhaft ausgewählt und im System erfasst. Zum Einsatz kommen nur Helfer mit polizeilichem Führungszeugnis. Außerdem werden monatliche Teambesprechungen einberufen. Dort werden Vorkommnisse besprochen und Vorträge zu bestimmten Themen gehalten. In den Veranstaltungen lernen sich Helfer und Hilfesuchende kennen, so dass eine vertrauensvolle Gemeinschaft entsteht. Die Helfer werden bei einem Erstbesuch immer von einer hauptamtlichen Kraft beim Hilfesuchenden vorgestellt.

Nächste Schritte

Noch in diesem Jahr sollen die ersten drei Niederlassungen erschlossen werden. Durch den Aufbau weiterer Niederlassungen und die Kooperation mit anderen Organisationen soll innerhalb von zehn Jahren ein deutschlandweites, flächendeckendes Netzwerk aufgebaut werden. Das Online-Portal wird zu einer übergreifenden Kooperationsplattform ausgebaut.

Ansprechpartner

Thomas Oeben

Vorsitzender des Vorstands

Dein Nachbar e. V.

Agnes-Bernauer-Str. 90

80687 München

Telefon: 089-960 40 400

E-Mail: thomas.oeben@deinnachbar.de

www.deinnachbar.de

Literatur

Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung, 2013.

Bertelsmann Stiftung: Themenreport Pflege, 2016.

Friedrich-Ebert-Stiftung: Zukunft der Pflegepolitik, 2016.

<http://www.wegweiser-kommune.de/statistik/rhein-neckar-kreis-lk+pflege+pflegebeduerftige-an-der-gesamtbevoelkerung+2012+karte>.

Statistisches Bundesamt 2014/15.

Ausschreibung

MSD Gesundheitspreis 2018

Innovativen und nachhaltigen Versorgungsprojekten eine Bühne bieten, sie zu unterstützen und Anreize zur Nachahmung zu schaffen – diese Ziele verfolgt der MSD Gesundheitspreis. 2018 wird MSD zum achten Mal das MSD Forum GesundheitsPARTNER organisieren – und den MSD Gesundheitspreis verleihen. Für den MSD Gesundheitspreis 2018 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 Projekte, 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-Kreislaufkrankungen, Immunologie (Rheumatologie, Gastroenterologie), onkologische Erkrankungen, Osteoporose, Pilzkrankungen 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. Prämiert werden bis zu sieben Projekte, darunter bis zu vier Sonderpreise:

- E-Health/Digitalisierung
- Arztnetze/Community Medicine
- Stärkung der Patientenbeteiligung/Adhärenz
- **NEU** Medizinische oder organisatorische Breakthrough Innovation/Leuchtturmprojekt

Inhalt der Bewerbung

1. Bewerberdaten
2. Titel des Versorgungsprojektes
3. Leitidee des Projektes
4. Management Summary
5. Einleitung und Entstehungsgeschichte
6. Versorgungsherausforderung
7. Versorgungskonzept
8. Zielgruppe
9. Versorgungselemente
10. Mehrwert
11. Patientenorientierung
12. Finanzierung
13. Management
14. Externe Evaluationsergebnisse
15. Nächste Schritte
16. Literatur

Ablauf der Bewerbung

Unter www.msd.de/gesundheitspreis können Sie sich bis zum 14.03.2018 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

Bernd Altpeter

Deutsches Institut für Telemedizin und
Gesundheitsförderung (DITG)
Gründer und Geschäftsführer

Prof. Dr. Volker E. Amelung

Schwerpunktprofessur für Internationale
Gesundheitssystemforschung,
Medizinische Hochschule Hannover,
Bundesverband Managed Care e.V.
Vorstandsvorsitzender

Wolfgang Bachmann

Gesundheitsnetz Süd eG (GNS)
Geschäftsführender Vorstand

Dr. Michael Barczok

Gesundheitsnetz Süd eG
Langjähriger Aufsichtsratsvorsitzender,
derzeit Mitglied

Dr. med. Jessica Barlinn

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
Dresden
SOS-NET und SOS-Care
Leiterin

Rüdiger Barth

Kinder- und Jugendhospiz Balthasar
Leiter

Silke Baumann

Bundesministerium für Gesundheit (BMG)
Referat Arzneimittelversorgung
Leiterin

Dr. med. Hans-Jürgen Beckmann

MuM – Medizin und Mehr eG
Vorstand

Dr. med. Birgitta Behringer

Ambulantes Ethikkomitee Bochum e.V.
Palliativmedizinischer Konsiliardienst Bochum
Vorsitzende

Prof. Dr. med. Dirk Behringer

Augusta Krankenhaus
Hämatologie, Onkologie & Palliativmedizin
Chefarzt der Abteilung

Achim Beißel

BIG direkt gesund Stationäre Versorgung
Bereichsleiter

Florian Berger

Bayerische TelemedAllianz (BTA)
Projektmitarbeiter

Nikola Bergis-Jurgan

Diabetes Zentrum Mergentheim
Gesellschafter

Dr. med. Werner Besier

GGM Gesundheitsprojekt Mannheim e.G.
Geschäftsführer

Martin Bielefeld, M.Sc.

Klinik für Psychosomatische Medizin und
Psychotherapie
Wissenschaftlicher Mitarbeiter

Christine Bischoff

St. Anna Stift
Geschäftsführerin

Prof. Dr. med. Matthias Blüher

Universitätsklinikum Leipzig AöR
Leiter der Adipositas-Ambulanz
Oberarzt

Laura Bottel, M.Sc.

Klinik für Psychosomatische Medizin und
Psychotherapie
Wissenschaftliche Mitarbeiterin

Prof. Dr. Norbert H. Brockmeyer

Walk In Ruhr (WIR) – Zentrum für Sexuelle
Gesundheit und Medizin,
Dermatologische Klinik der Ruhr-Universität
Bochum,
Interdisziplinäre Immunologische Ambulanz
Zentrum für Sexuelle Gesundheit und Medizin
Abteilungsleiter

Jan Buchbender

Bunter Kreis Rheinland
Freier Mitarbeiter

Maria Budak

SeCoMe – Ihr Medical Manager
Geschäftsleiterin

Prof. Dr. med. Holger Christiansen

Universitätsklinikum Leipzig
Pädiatrische Onkologie, Hämatologie und
Hämostaseologie
Selbstständige Abteilung für Pädiatrische
Onkologie
Leiter

Fia Cürten

Dipl. Betriebswirtin
Systemhaus Ulm GmbH
Marketing

Sophie Dannenfeld

BKK-Landesverband NORDWEST
Assistenz des Vorstands

Birgit Dembski

Mukoviszidose e.V. Bonn
Vorstand

Barbara Denecke

Zentrum Gastrointestinale Onkologie
Uniklinik Tübingen
Kordinatorin

Prof. Dr. Christian Dierks

Dierks + Bohle Rechtsanwälte
Fachanwalt für Sozial- und Medizinrecht

Gregor Drogies

DAK-Gesundheit
Gesundheits- und Versorgungsmanagement
Referatsleiter

Dr. Dominic Ehrmann

Forschungsinstitut FIDAM
Teamleiter

Alexandra Eichner

Unternehmung Gesundheit Hochfranken
GmbH & Co. KG (UGHO)
Prokuristin, Assistenz der Geschäftsführung

Jan Enzensberger

Weser-Ems-Busverkehr GmbH,
Niederlassung Aurich
Niederlassungsleiter

Dr. Isabella Erb-Herrmann

AOK Hessen
Bevollmächtigte des Vorstandes

Ursula Faubel

Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e.V.
Geschäftsführerin

Wolfgang Fechter

MEDIVERBUND AG
Bereichsleiter

Dr. Susanne Fiedler

MSD SHARP & DOHME GMBH
Senior Vice President and Managing Director

Johann Fischaleck

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Arzneimittel
Teamleiter

Dr. Peter Fister

Gastroenterologie Hessen eG
Geschäftsführer

Dr. Jürgen Flohr
Leipziger Gesundheitsnetz
Vorstand

Prof. Dr. Christian Flügel-Bleienheuft
Gesundheitsnetz Köln-Süd e.V.
Vorstand

Dr. med. Matthias Frank
Arztpraxis
Praxisinhaber

Martin Göhl
MSD SHARP & DOHME GMBH
Market Access Primary Care
Versorgungsprogramme & Kooperationen
Senior Manager

Phillip Goller
Redaktion und Moderation

Priv.-Doz. Dr. Katja Götz
UKSH – Institut für Allgemeinmedizin,
Campus Lübeck
Wissenschaftliche Koordinatorin

Dr. Christian Graf
BARMER
Produktentwicklung, Versorgungsmanagement,
Prävention
Abteilungsleiter

Prof. Dr. Daniel Grandt
Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ)
Vorstandsmitglied

Dr. Markus Groteguth
Niederrhein Netzwerk eG
Vorstand

Laura F. Gruner
Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ),
Abteilung C070
Doktorandin

Irmtraut Gürkan
Universitätsklinikum Heidelberg
Kaufmännische Direktorin

Iris Haag
GPS Grosch Patienten Service
Abteilung HR, Finanzen und Administration
Leiterin Prokuristin

Prof. Dr. med. Thomas Haak
Diabetes-Zentrum Mergentheim,
Forschungsinstitut FIDAM, Uni Bamberg,
Lehrstuhl für klinische Psychologie, Bamberg
Chefarzt

Christoph Habereeder
MSD SHARP & DOHME GMBH
Health Policy & Communications
Director

Dr. Lutz Hager
IKK-Südwest
Geschäftsführer

Sascha Hammesfahr
Interphysio Hammesfahr
Freiberuflicher (wissenschaftlicher) Mitarbeiter

Andreas Heeke
AOK NORDWEST
Pharmakologie West
Geschäftsbereichsleiter

Uwe Helbig
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden
Leitstelle SOS-Care
Case Manager (DGCC)

Dr. Hans-Joachim Helming
IGiB-STimMT gGmbH
Geschäftsführer

Annette Hempen, MHBA
MuM – Medizin und Mehr eG
Geschäftsführerin

Priv.-Doz. Dr. med. Mario Hensel
Mobile Retter e.V.
Wissenschaftlicher Beirat

Margit Hermann
AOK Bayern
Versorgungsmanagement
Referentin

Prof. Dr. Norbert Hermanns
Diabetes-Zentrum Mergentheim,
Forschungsinstitut FIDAM, Uni Bamberg,
Lehrstuhl für klinische Psychologie, Bamberg
Leiter, Geschäftsführer

Dr. Rainer Hess
Gemeinsamer Bundesausschuss
Ehemaliger unabhängiger Vorsitzender
Rechtsanwalt

Dr. Tim Husemann
MSD SHARP & DOHME GMBH
Healthcare Management & Contracting
Director

Dr. Carsten Jäger
MEDIS Lebensfreude gGmbH und
MEDIS Management GmbH
Geschäftsführer

Dr. Dirk Janssen
BKK-Landesverband NORDWEST
Stellvertretender Vorstand

Prof. Dr. Siegfried Jedamzik
Bayrische TelemedAllianz (BTA)
Geschäftsführer

Arne Kayser
Aidshilfe Bochum e.V./Walk In Ruhr (WIR) –
Zentrum für sexuelle Gesundheit und Medizin
Geschäftsführer

Prof. Dr. med. Thoralf Kerner
Mobile Retter e.V.
2. Vorstandsvorsitzender

Dagmar Kirsche
Bunter Kreis Rheinland
Nachsorgeleitung

Dr. med. Jürgen Klinghammer
GenoGyn Rheinland e.G.
Vorstandsvorsitzender

Markus Knöfler
Praxisnetz Herzogtum Lauenburg e.V.
Geschäftsführer

Prof. Dr. med. univ. Alfred Königsrainer
Allgemeine, Viszeral- und
Transplantationschirurgie
Ärztlicher Direktor, Sprecher ZGO

Dr. Claus Köster
Gesundheitsnetz Rhein-Neckar e.V.
Präsident und Projektleiter

Dr. Rolf Koschorrek
RK Health Care GmbH
Geschäftsführer

Susanne Kreienbrock
Landkreis Leer – Gesundheitsamt
Kordinatorin Gesundheitsregion

Dipl. Med. Oek. Christine Kremer
AXA Konzern AG
Patientenbegleitung Gesunde Seele

Dieter Krott
Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen,
Bezirksstelle Aurich
Geschäftsführer

Franziska Kuck
KV Consult- und Managementgesellschaft mbH
Projektleitung

Clemens Kuhne
MSD SHARP & DOHME GMBH
Health Policy & Governmental Affairs
Head

Prof. Dr. Bernhard Kulzer
Diabetes-Zentrum Mergentheim,
Forschungsinstitut FIDAM, Uni Bamberg,
Lehrstuhl für klinische Psychologie, Bamberg
Leiter, Geschäftsführer

Dr. med. Michael Lang
Neuropoint Gesellschaft für vorbeugende
Gesundheitspflege GmbH
Geschäftsführer

Dipl. Kfm. Jörg Lindenthal
MBA Gesundheitsnetz Qualität und Effizienz eG
Leiter Netzmanagement

Dr. Dr. Kristian Löbner
MSD SHARP & DOHME GMBH
Medical Director

Nicolas Maier-Stocker
Bayerische TelemedAllianz (BTA)
Projektleiter

Nino Mangiapane
Bundesministerium für Gesundheit (BMG)
Gesundheitstelematik/eHealth
Referatsleiter

Diplom-Gesundheitswirtin Katja Mann
Gefö Aktiv GbR
Gesellschafterin

Dr. Ursula Marschall
BARMER
Medizin und Versorgungsforschung
Abteilungsleiterin

Dr. med. Manfred Mayer
GGM Gesundheitsprojekt Mannheim e.G.
Medizinischer Leiter

Dipl. Betriebswirt Martin Mayr
NeuroSys GmbH
Geschäftsführer

Dr. Ulf Maywald
AOK Plus
Arzneimittel/Heilmittel
Geschäftsbereichsleiter

Harald Möhlmann
AOK Nordost–Die Gesundheitskasse
Berater des Vorstandes

Christina Möllmann
Praxisnetz Herzogtum Lauenburg e.V.
Projektleiterin

Thomas Müller
Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe
Zentralstab Unternehmensentwicklung
Geschäftsführer

Thomas Oeben
Dein Nachbar e.V.
Vorstandsvorsitzender

Inka Orth
Bunter Kreis Rheinland
Vorstandsvorsitzende

Dipl. Sportwissenschaftlerin Stephanie Otto
Universitätsklinikum Ulm
Sektion Sport- und Rehabilitationsmedizin
Leitende Sportwissenschaftlerin

Dr. Detlev Parow
DAK-Gesundheit
Geschäftsbereich Produkt- und
Abrechnungsmanagement
Abteilung Arznei-/Hilfsmittel und sonstige
Leistungen
Leiter

Dr. Carsten Petersen
Facharzt für Innere Medizin,
Diabetes-Schwerpunktpraxis
Projektinitiator Dimini-Projekt

Prof. Dr. med. Karl U. Petry
Frauenklinik im Klinikum Wolfsburg
Chefarzt

Andreas Pfaff

AOK Baden-Württemberg
Referat Arzneimittelversorgungsqualität
Leiter

Dr. Helmut Platzer

AOK Bayern
Vorsitzender des Vorstandes

Dr. med. Andreas Pötzl

Unternehmung Gesundheit Hochfranken
GmbH & Co. KG (UGHO)
Geschäftsführer

Stefan Prasse

Mobile Retter e.V.
Geschäftsführer

Frank Preugschat

AOK Niedersachsen
Versorgungsmanagement
Unternehmensbereichsleiter

Dr. med. Klaus Rösing

Ärztetenz Eitorf e.V.
1. Vorsitzender

Andreas Rost

Gesundheitsnetz Süd eG (GNS)
Stellvertretender Vorsitzender des Aufsichtsrates

Dr. med. Janko Schildt, M.D.

Emperra GmbH E-Health Technologies
Geschäftsführer (CMO/CSO)

Dr. med. Monika Schliffke

Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein
Vorstandsvorsitzende

Prof. Dr. med. Matthias Schwab

Dr. Margarete Fischer-Bosch-Institut
für Klinische Pharmakologie (IKP) und
Robert-Bosch-Krankenhaus
Leiter IKP

Sophie Schwab

DAK-Gesundheit
Leiterin der Landesvertretung Bayern

Sarah V. Schwalm

Integriertes Forschungs- und Behandlungszentrum Adipositas Erkrankungen
SOP-Managerin

Prof. Dr. Friedrich Wilhelm Schwartz

Sachverständigenrat Gesundheit
Ehemaliger Vorsitzender

Prof. Dr. Dr. Peter C. Scriba

Medizinische Klinik Innenstadt der
Ludwig-Maximilians-Universität München
Ehemaliger Direktor

Dr. Claudia Seelenmeyer

Robert-Bosch-Krankenhaus
Abteilung für Naturheilkunde und Integrative
Medizin
Koordinatorin TUG Projekt

Bernhard Seidenath, MdL

CSU
Ausschuss für Gesundheit und Pflege
Stellvertretender Vorsitzender

Anna Seidinger

Anna Seidinger Consulting
Moderation

Jörg Simpfendörfer

Gesundheitsnetz Süd eG (GNS)
Vorstandsreferent

Priv.-Doz. Dr. Adriane Skaletz-Rorowski

Walk In Ruhr (WIR) – Zentrum für Sexuelle
Gesundheit und Medizin
Geschäftsführerin

Ralf Skrypzak

AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen
Ambulantes Vertragsmanagement
Gruppenleiter

Dr. Maike Sonnenberg
Dr. Margarete Fischer-Bosch-Institut
für Klinische Pharmakologie und
Robert-Bosch-Krankenhaus
Telemedizinisches Zentrum RBK/
Zentrale Studieneinheit
Organisatorische Leiterin

Regine Söntgerath
Sportwissenschaftlerin M.Sc.
Universitätsklinikum Leipzig
Pädiatrische Onkologie, Hämatologie
und Hämostaseologie
Wissenschaftliche Mitarbeiterin

Dr. Viktoria Stein
International Foundation for Integrated Care
(IFIC), Oxford, UK
Senior Fellow Intergrated Care
Head

Prof. Dr. med. Dr. h. c. Jürgen M. Steinacker
Universitätsklinikum Ulm
Sektion Sport- und Rehabilitationsmedizin
Ärztlicher Leiter

Katharina Stratmann
Universitätsklinikum Frankfurt,
Klinik für Gastroenterologie u. Hepatologie
Assistenzärztin

Dr. med. Ralf Stroop, M.Sc.
Mobile Retter e.V. & St. Barbara-Klinik
Hamm-Hessen
1. Vorstandsvorsitzender

Prof. Dr. Leonie Sundmacher
Ludwig-Maximilians-Universität München
Health Services Management
Leiterin Fachbereich

Priv.-Doz. Dr. med. Bert te Wildt
Klinik für Psychosomatische Medizin und
Psychotherapie
Oberarzt der Ambulanz, Projektleiter OASIS

Robert Thomas
AXA Konzern AG
Gesundheitskommunikator

Ulrike Tiesler
AOK PLUS – Die Gesundheitskasse für Sachsen
und Thüringen
Krankenhausreferentin

Kerstin Tschuk
Beraterin für Wirtschaft und Politik

Prof. Dr. Andrew Ullmann, MdB
FDP
Mitglied des Landesvorstandes

Heike Urban
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden
Case Manager (DGCC)

Silke Utz
Kassenärztliche Vereinigung Schleswig Holstein
Teamleiterin Selektivverträge
Stellvertretende Abteilungsleiterin

Priv.-Doz. Dr. Neeltje van den Berg
Universitätsmedizin Greifswald
Institut für Community Medicine
Stellvertretende Abteilungsleiterin

Dr. Michael Viapiano
Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
Qualitätssicherung und Versorgungsmanagement
Leiter und Direktor der Bezirksdirektion Karlsruhe

Dr. med. Veit Wambach
Gesundheitsnetz Qualität und Effizienz eG
Vorstandsvorsitzender

Dr. med. Christoph Weber
Gastroenterologie Hessen eG
Vorstandsvorsitzender

Dr. Jutta Wendel-Schrief
MSD SHARP & DOHME GMBH
Market Access
Direktorin

Dr. Claudia Wöhler
BARMER Bayern
Landesgeschäftsführerin

Markus Wulftange
Dipl. Sportlehrer, Sozialpädagoge
Universitätsklinikum Leipzig
Pädiatrische Onkologie, Hämatologie und
Hämostaseologie
Wissenschaftlicher Mitarbeiter

