

8. MSD Gesundheitsforum MSD Gesundheitspreis 2018

Erfolgreiche Versorgungsprojekte in der Praxis



MSD Gesundheit
PARTNER | FORUM | PREIS

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.



© 2018 · MSD SHARP & DOHME GMBH · Lindenplatz 1 · 85540 Haar · www.msd.de

ISBN: 978-3-927107-22-9
NOND-1000653-0048

8. MSD Gesundheitsforum MSD Gesundheitspreis 2018

Erfolgreiche Versorgungsprojekte in der Praxis

HERAUSGEBER:

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

AUTOREN:

B. Altpeter, V. E. Amelung, A. Amelung, J. Bahls, T. Bahr, M. Bangemann, R. Barth, H. Bauder Mißbach, C. Baudis, F. Becker, H.-J. Beckmann, A. Beivers, J. Berg, A. Bertsche, T. Bertsche, C. Beutel, B. Bitzer, M. Bönig, K. Breiling, C. Bronner, A. Browa, E. Cetinkaya, D. Chruscz, E. Cindik-Herbrüggen, H.-J. Conrad, A. Corsing, A. Damli-Huber, M. Danner, A. Deimunt, R. Deisz, B. Deiters, B. Dembski, N. Donner-Banzhoff, G. Drogies, H. K. Dumeier, S. Eber, A. Eichner, F. Eickmann, J. Flohr, C. Flügel-Bleienheuft, M. Förster, L. Freiberg, S. Fröhlich, C. Fuchs, J. Fuchs, F. Fuhrmann, J. Gensichen, A. Georgi, M. Göhl, P. Goller, A. Großner, C. Graf, M. Gründling, D. Gunz, J. Hagen, A. Hager, L. Hager, M. Hahn, R. Hammerschmidt, B. Hauck, B. Heinrich, A. Hempen, J. Henkel, H.-W. Hense, S. Hentsch, S. Hérault, J. Herold, R. Hess, H. Hesse, H. Hildebrandt, N. Hödebeck-Stuntebeck, A. Holte, C. Jäger, S. Jedamzik, P. K. Josenhans, K. Jünger, H. Kaemmerer, M. Kaplan, B. Keck, P. Kellermann-Mühlenhoff, C. Kemper, E. Kirchner, L. Kleisinger, W. Klimm, M. Knöfler, C. Koch, R.-D. Köhn, U. Kohns, K. Kolpatzik, R. Koschorrek, S. Kramer, W. Kratzsch, J. Kröger, C. Kügler, C. Kurscheid, M. Kuypers, F. Ladendorf, W. Ladendorfer, I. Landgraf, M. Lang, V. Latz, M. Leu, K. Löbner, M. Löher, U. Lupke, V. Mall, K. Mann, G. Marckmann, W. Marquardt, G. Marx, C. Mävers, U. Maywald, J. Meiser, P. R. Mertens, P. Meybohm, G. Michelson, R. Mignon, H. Möhlmann, C. Möllmann, W. Mondorf, S. Monks, O. Müller, H. Müller, C. Muth, I. Nafo, M. Naujoks, R. Neidenbach, H. Neye, T. Oeben, M. Oppermann, M. Ostmann Freitag, H. Peter, U. Peter, G. Poppele, A. Pötzl, R. Pourie, F. Preugschat, M. Radomsky, T. Rampoldt, D. Riehle, A. Rösch, S. Rose-Fröhlich, K. Rösing, C. Rupprecht, L. Sanftenberg, M. Scheele Pescheny, C. Scheer, J. Schelling, M. Schemken, T. Schinköthe, E. Schmid, K. Schmidt, G. Schmiemann, S. Schönsteiner, N. Schorr, M. Schrader, A. Schuster, F. W. Schwartz, G. Schweitzer, H. Schwenke, R. Schwenke, P. C. Scriba, A. Semjonow, J. Simon, V. Soditt, M. Steinhaus, I. Stellmacher, U. Stern, R. Stroop, G. Stumm, P. Supantia, U. Thünemann, U. Traub, S. Utz, W. van den Bergh, H. E. von der Ahe, I. Walter, D. Weber, M. Weigand, J. Weinert, S. Weiß, J. Wedel-Schrief, C. Wildhagen, R. Windt, C. Wöhler, U. Wolf, B. Wörmann, K. Zacharowski, R. Zengerling

Ihre Bewerbung zum MSD Gesundheitspreis 2019

Sie ermöglichen nachhaltige
Patientenversorgung mit neuen
Ideen und innovativen Projekten in
Deutschland?

Dann bewerben Sie sich bis
zum 13.03.2019 unter
www.msd.de/bewerbung

INHALT

05	GRUSS- UND VORWORT
10	PODIUMSDISKUSSION
15	ZUKUNFTSWERKSTÄTTEN
27	WORKSHOPS
47	NOMINIERTER UND PREISTRÄGER
110	WEITERE INNOVATIVE VERSORGUNGSPROJEKTE
214	AUSSCHREIBUNG 2019
217	HERAUSGEBER- UND AUTORENVERZEICHNIS



Grußwort

Sehr geehrte Teilnehmerinnen und Teilnehmer des MSD Gesundheitsforums, sehr geehrte Damen und Herren!



Hier geht es zur Videobotschaft der bayerischen Staatsministerin.

„Hauptsache gesund!“ – wie oft haben wir das wohl alle von unseren Eltern gehört? Wir alle messen der Gesundheit größten Wert bei und ein Mehr an Gesundheit bedeutet für die meisten ein Mehr an persönlichem Glück. Im Gesundheitswesen geht es also um nichts weniger, als um das persönliche Glück der Menschen.

Deswegen lohnt es sich für alle Akteure, sich über ihren jeweiligen Bereich hinaus zu engagieren. Neben der Weiterentwicklung einer qualitätsvollen Gesundheitsversorgung muss auch die Finanzierbarkeit unseres Gesundheitssystems für die Zukunft gesichert werden. Das MSD Gesundheitsforum trägt dazu bei, wichtige Fragen zu identifizieren und Antworten darauf zu erarbeiten. Seit der ersten Veranstaltung im Jahr 2011 hat sich das MSD Gesundheitsforum als feste Größe im Gesundheitsdiskurs etabliert!

Außerdem wird zum siebten Mal der MSD Gesundheitspreis verliehen, der weitere starke Anreize zur Entwicklung von Innovationen gibt. Ich bin mir sicher, dass nicht nur die Preisträger strahlen werden. Denn alle nominierten Projekte werden in einer Datenbank veröffentlicht, so dass sie als leuchtendes Beispiel für andere dienen können.

Mein herzlicher Dank gilt MSD für die Planung und Organisation dieses Forums. Allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern wünsche ich einen fruchtbaren Gedankenaustausch und inspirierende Begegnungen. Den Nominierten wünsche ich viel Glück für die Preisverleihung und alle Gute für Ihre weiteren Entwicklungen.

Ihre

Melanie Huml MdL

Bayerische Staatsministerin für Gesundheit und Pflege

Grußwort

Liebe Teilnehmer des 8. MSD Gesundheitsforums, liebe Nominierte des MSD Gesundheitspreises,



MSD hat vor nunmehr acht Jahren das MSD Gesundheitsforum ins Leben gerufen, weil wir überzeugt waren, dass eine echte Verbesserung der Versorgung in Deutschland nur miteinander möglich ist – in offener und von gegenseitigem Vertrauen getragener Zusammenarbeit, über die Grenzen von Sektoren und Berufsgruppen hinweg. Wir glauben, dass Innovation vor allem dann möglich ist, wenn wir die Kompetenzen und die Leistungen des anderen vorurteilsfrei anerkennen und wir unsere Stärken kombinieren. An dieser Überzeugung hat sich bis heute nichts geändert.

Wir freuen uns zu sehen, dass diese Überzeugung heute immer mehr Akteure im Gesundheitswesen teilen. Vor allem aber freuen wir uns über die unzähligen Beispiele, die belegen, dass eine solche Art der Zusammenarbeit in der Tat erfolgreiche Projekte hervorbringt.

Ein eindrucksvoller Beleg dieser These waren auch in diesem Jahr die Bewerbungen für den MSD Gesundheitspreis, die erneut eine erstaunliche Bandbreite an unterschiedlichsten Ansätzen und Ideen abgebildet haben. Es ist eindeutig, dass diejenigen Projekte, die sich erfolgreich etabliert haben und die ihre Wirksamkeit tatsächlich nachweisen konnten, ohne eine wie auch immer geartete Zusammenarbeit überhaupt nicht denkbar wären. Und vermutlich würde keiner der für den Gesundheitspreis 2018 Nominierten überhaupt nur auf die Idee kommen, das Projekt alleine und ohne Kooperationspartner umsetzen zu können.

Ein genauer Blick auf die 64 Bewerberprojekte lohnt sich aber auch noch aus anderen Gründen. So finden sich beispielsweise zahlreiche Digitalisierungsprojekte, die zum einen die Versorgung deutlich effizienter machen, die andererseits aber sowohl Vorteile für die Patienten als auch für die Behandler bringen. Das belegt unsere These, dass Digitalisierung dann erfolgreich ist, wenn sie medizinische Optionen erweitert und nicht ersetzt – und sie den Patienten in den Mittelpunkt stellt.



Ebenso fällt auf, dass viele erfolgreiche Projekte zwar vor Ort im Kleinen entstehen, sie aber von Anfang an so gedacht werden, dass die erfolgreichen Elemente übertragen werden können. Die Initiatoren erfolgreicher Projekte entwickeln und optimieren ihre Ideen vor Ort, haben aber von Anfang an eine mögliche Skalierung im Hinterkopf. „In diesem Zusammenhang freut es uns sehr, dass eine Umfrage gezeigt hat: Vier von fünf der nominierten Versorgungsprojekte gibt der MSD Gesundheitspreis einen Impuls für die weitere Skalierung des Projektes.“

Wir hoffen, dass der MSD Gesundheitspreis und das MSD Gesundheitsforum auch in diesem Jahr einen Beitrag leisten können, dass die vielen guten Ideen in diesem Land auch wirklich umgesetzt werden, dass sie Nachahmer und Mitstreiter finden und dass sie so letztlich einen echten Beitrag leisten können, um die Menschen in diesem Land ein Stückchen gesünder zu machen. Und wir freuen uns sehr, dass Sie uns bei diesem Vorhaben mit Ihrer Teilnahme erneut unterstützen.

Dr. Susanne Fiedler

Vorsitzende der Geschäftsführung

Gruppenbild v.l.n.r.: Harald Möhlmann (Baby on time), Kay Wilke-Schulz (Baby on time), Manuela Gerber (Sepsisdialog), Sean Monks (PraxisApp Kinder- und Jugendarzt), Pramono Supantia (Baby on time), Dr. Matthias Gründling (Sepsisdialog), Dr. Christian Scheer (Sepsisdialog), Stephanie Stoff-Ahnis (Baby on time), Dr. Christian Fuchs (Sepsisdialog), Dr. Linda Sanftenberg (VemaH), Prof. Jörg Schilling (VemaH), Stephanie Perret (AKM), Prof. Patrick Meybohm (PBM), Prof. Kai Zacharowski (PBM), Christine Bronner (AKM), Prof. Mark Schrader (Nat. Zweitmeinungsprojekt Hodentumoren), Dr. Jutta Wendel-Schrief (Jury, MSD), Prof. Volker E. Amelung (Jury), Irmgard Marchfelder (AKM), Prof. Friedrich Wilhelm Schwartz (Jury), Dr. Rolf Koschorrek (Jury), Annette Hempen (eVi), Dr. Hans-Jürgen Beckmann (eVi), Birgit Dembski (Jury), Prof. Peter C. Scriba (Jury), Heike Strüber (eVi), Daniel Uhrmacher (eVi), Christiane Kemper (Straßenambulanz), Stefan Budde (eVi), Dr. Andreas Rösch (smart medication), Ramona Pold (Straßenambulanz), Dr. David Schmoltdt (smart medication), Dr. Wolfgang Mondorf (smart medication), Martin Göhl (MSD)

Vorwort der Jury



Der auf dem 8. Gesundheitsforum zum siebten Mal verliehene MSD Gesundheitspreis erfährt in diesem Jahr eine Neuerung. MSD lobt einen zusätzlichen mit 5.000 Euro dotierten Publikumspreis aus und bezieht so die Öffentlichkeit auf breiter Ebene mit ein. Interessierte, Patienten, Versicherte, Fachleute und allgemein an Gesundheitsfragen interessierte Bürger können sich auf der MSD Homepage auf Basis von Projektbeschreibungen und Videos über die zehn von der Jury nominierten Versorgungsprojekte informieren und ihren Favoriten für den Publikumspreis 2018 wählen.

Zusätzlich wird die Preisverleihung über ein Livestreaming im Internet übertragen, sodass Interessierte sie auch außerhalb des Gesundheitsforums verfolgen können.

Damit werden mehrere Ziele verfolgt:

- Die Nominierten erhalten so die Gelegenheit, ihre Projekte einem größeren Publikum vorzustellen. Das Engagement aller Beteiligten wird über den Bereich des MSD Gesundheitspreises und des jährlichen MSD Gesundheitsforums hinaus sichtbar.
- An Versorgungsfragen Interessierte können sich einen Eindruck von der Vielfältigkeit der nominierten innovativen Projekte verschaffen. Sie werden eingeladen, sich mit diesen Projekten intensiv auseinander zu setzen.
- Durch die Abgabe ihrer Stimme für ein bestimmtes Projekt können Interessierte ihre persönliche Präferenz und ihre Wertung sichtbar machen. Die Jury ist sehr gespannt darauf zu erfahren, wie sich das Publikum entscheidet und welches Projekt beim Publikum somit auf besondere Resonanz stößt.
- Zudem verbinden MSD und Jury die Hoffnung, dass die mit dem Publikumspreis verbundene Öffnung des Gesundheitspreises die öffentliche Diskussion über innovative Entwicklungen im Gesundheitswesen stärkt.

Das deutsche Gesundheitssystem ist innovativ. Das wird auch durch die Vielfalt der 64 Projekte, mit denen sich Initiatoren aus unterschiedlichen Bereichen der Versorgung für den Gesundheitspreis 2018 beworben haben, eindrucksvoll belegt. Dabei scheinen sich aus den eingereichten Projekten im Laufe der Zeit bestimmte innovative Schwerpunkte

langsam herauszubilden: der Bereich E-Health/digitalisierte Medizin, die Verbesserung der regionalen Versorgung durch Gründung von Ärztnetzen oder durch eine strukturierte sektorenübergreifende Zusammenarbeit der beteiligten Akteure, die Stärkung der Adhärenz durch Empowerment der Patienten sowie die Entwicklung von Behandlungspfaden und -prozessen, die unter Einbeziehung von noch nicht durch den G-BA auf ihren Nutzen geprüften Methoden die Früherkennung des Risikos einer krisenhaften Entwicklung der jeweiligen Symptomatik zum Wohle der Patienten fördert.

Doch diese Vielfalt hat den Nachteil, dass es sowohl für Patienten und Versicherte als auch für professionelle Akteure immer schwieriger wird, die Übersicht über die unterschiedlichen Versorgungsangebote zu behalten, diese zu bewerten und gegebenenfalls in einer konkreten Situation eine informierte Entscheidung bezüglich der jeweils besten Versorgung zu treffen. Der vom Gesetzgeber initiierte Wettbewerb der Krankenkassen und ihr Selbstverständnis als Unternehmen kann zusätzlich dazu führen, dass aufgrund der Verträge mit beteiligten Leistungsanbietern bestimmte Versorgungsprojekte ausschließlich durch eine Krankenkasse und möglicherweise nur in ausgewählten Regionen angeboten werden.

Der Publikumspreis kann dieses grundsätzliche Problem nicht lösen. Doch er kann einen Impuls dahingehend setzen, die öffentliche Diskussion über innovative Entwicklungen im Gesundheitswesen nicht nur unter Leistungsanbietern und Kostenträgern, sondern auch unter Patienten, Versicherten und allgemein an Versorgungsfragen interessierten Bürgern zu stärken.

Sehr erfreulich ist, dass wir mit dem MSD Gesundheitspreis zunehmend auch primär bundesweit wirkende Versorgungsinitiativen besonders würdigen und fördern können. Dazu gehörte 2016 der Preis für das innerärztliche internetbasierte Konsiliarsystem der Jugend- und Kinderärzte, im Vorjahr das neue bundesweit eingeführte Modell eines zweistufig geführten Screenings auf Gebärmutterhalskrebs und in diesem Jahr unser erster Preis für das bundesweite Zweitmeinungssystem bei Hodentumoren junger Männer.

Der Großteil aller von der Jury nominierten Projekte der letzten Jahre, weist eine langfristige Wirksamkeit in der Versorgung auf. Das ist das Ergebnis einer in diesem Jahr erstmals durchgeführten Onlinebefragung. Darüber hinaus stufte die Mehrheit der Preisträger den MSD Gesundheitspreis für ihre Projektentwicklung als bedeutsam ein.

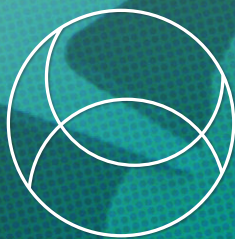
Für die Jury

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

*Gruppenbild v.l.n.r.: Dr. Jutta Wendel-Schrief, Dr. Rainer Hess, Prof. Peter C. Scriba, Birgit Dembski,
Prof. Volker E. Amelung, Dr. Rolf Koschorrek, Prof. Friedrich Wilhelm Schwartz*



PODIUMSDISKUSSION

Podiumsdiskussion

VERSORGUNG NEU DENKEN. EFFIZIENZPOTENTIAL ERKENNEN UND GEZIELT VERBESSERN. MITEINANDER. FÜR EINE BESSERE VERSORGUNG.

Referenten: Christian Baudis, Joachim Henkel, Dr. Max Kaplan, Matthias Leu, Dr. Jutta Wendel-Schrief
Moderation: Philipp Goller



Hier geht es zu Impressionen
vom MSD Gesundheitsforum.

Auf dem 8. MSD Gesundheitsforum diskutierten Experten aus Ärzteschaft, Wissenschaft, Krankenkassen und Industrie, wie die Digitalisierung beschleunigt und damit gemeinsam eine bessere Versorgung gewährleistet werden kann. Hierzu diskutierten zum Thema „Versorgung neu denken“:

- Christian Baudis, My Digital
- Joachim Henkel, AOK Hessen
- Dr. Max Kaplan, Bundesärztekammer
- Matthias Leu, CompuGroup Medical AG (CGM)
- Dr. Jutta Wendel-Schrief, MSD



Eingeleitet wurde die gemeinsame Diskussion durch Moderator **Philipp Goller**, der zunächst die Ergebnisse der vorab durchgeführten Onlineumfrage unter den Teilnehmern des MSD Gesundheitsforums vorstellte. So gab der größte Teil der Befragten an, dass die Möglichkeiten der Digitalisierung im deutschen Gesundheitswesen bisher nur zu 10–20 % genutzt werden. Warum das so ist, wurde im Anschluss zwischen den Experten diskutiert.



So betonte **Matthias Leu**, Vice President der CompuGroup, dass die technischen Grundvoraussetzungen geschaffen seien, es jedoch an einer Vernetzung und Zusammenführung der Daten fehle. Dies stelle aus seiner Sicht die größte Effizienzreserve dar. Dabei fehle die Bereitschaft bei vielen Vertretern aus dem Kostenträger- und Leistungserbringerbereich, diese Hürde anzugehen. Daraufhin erläuterte Dr. Max Kaplan, dass die Ärzteschaft keinesfalls aus einem Selbstzweck heraus ein Blockierer der Digitalisierung sei. Der Grund liege in der besonderen Wertigkeit der Beziehung zwischen Arzt und Patient. Diese könne nicht durch Algorithmen oder fest vorgegebene Standards ersetzt werden, da ein Vertrauen zwischen Arzt und Patient nur durch persönlichen Kontakt und nicht elektronisch aufzubauen sei. Er stimmte Matthias Leu jedoch zu und forderte die Ärzteschaft auf, einen Impuls zu setzen. Mit dem Aufbau einer bundesweiten Telematikinfrastruktur sowie der Einführung der elektronischen Patientenakte sei zukünftig das Fundament gelegt, die Versorgung durch die Vernetzung aller Akteure des Gesundheitssystems, insbesondere jedoch zwischen Arzt und Patient, zu verbessern. Dabei sei zu beachten, dass Ärzte sich als Anwälte von Patienten verstehen sollten, auch in Hinblick auf die Datensicherheit.

Bei der Antwort auf die Frage, zu wieviel Prozent Organisationen aktuell bereits die Möglichkeiten der Digitalisierung nutzen, war unter den Teilnehmern der Umfrage hingegen kein eindeutiger Trend zu erkennen.

Joachim Henkel beleuchtete die Perspektive der Krankenkassen und gab an, dass interne Prozesse noch große Potenziale für die Digitalisierung haben. Große Effizienzreserven sehe er in der Vereinfachung von Krankenkassen-internen und bürokratischen Prozessen im Kontakt mit den Versicherten. Als Beispiel nannte er die Familienversicherung. Hier arbeitet die AOK Hessen an einem Online-Portal. Dabei ist beispielsweise die Möglichkeit, wie ein Kunde sich authentifiziert und damit persönliche Daten hochladen kann, zu schaffen.



Auch **Dr. Jutta Wendel-Schrief** merkte an, dass MSD nicht die vollen Möglichkeiten der Digitalisierung nutze. Außerdem hob sie hervor, dass verschiedene Datenquellen im Gesundheitssystem vernetzt werden müssen. Ein gemeinsamer Datenpool müsse geschaffen werden, um die Versorgung zu verbessern.



Christian Baudis, Gründer von My Digital, warnte, dass Player wie Google, Amazon oder Apple eine Gefahr für das Gesundheitssystem werden können. Sie verfügen über Gesundheitsdaten, gestalten Prozesse im Gesundheitssystem patientenfreundlicher und liefern Entscheidungsvorlagen auf Grundlage der individuellen Gesundheitsdaten in Echtzeit. Vieles, was Patienten im aktuellen Gesundheitssystem nicht finden. Dennoch werden Ärzte nicht ersetzt, vielmehr werden sich ihre Beratungsleistungen verändern. Laut Christian Baudis sei die größte Ineffizienz des Gesundheitssystems die fehlende Priorisierung von Patienten nach der Schwere der Erkrankung und in der Konsequenz vermeintlich gesunde Patienten, die Wartezimmer „verstopfen“.



„Teilen heißt Heilen – durch Digitalisierung Informationen erfahrbar machen.“

Matthias Leu

„Das Ziel einer besseren Versorgung kann nur gemeinsam durch alle Akteure im Gesundheitswesen erreicht werden. Isolierte Aktivitäten haben in der Vergangenheit nur Aufwand ohne Ertrag produziert.“

Joachim Henkel

„Digitalisierung ist kein Selbstzweck. Digitalisierung muss den Patienten nutzen: Sie soll Medikamente besser machen, schneller verfügbar und sicherer in der Anwendung.“

Dr. Jutta Wendel-Schrief

„Der Patient wird sich in den einfachen Fällen mithilfe von digitalen Endgeräten selbst vermessen, mithilfe von Algorithmen/Supercomputern beraten lassen und ggf. einen Video-Arzt oder einen Apotheker konsultieren. Nur in den schwierigen Fällen wird er noch die Meinung des Arztes persönlich einholen.“

Christian Baudis





Dr. Max Kaplan, Vizepräsident der Bundesärztekammer, bestätigte dies nur teilweise. Eine sinnvolle Lösung sieht er vor allem in der digitalen Unterstützung im Rahmen der Triage. Beim Erstkontakt über ein digitales System können im Vorfeld schwere von leichteren Fällen getrennt und damit letztendlich eine Priorisierung vorgenommen werden. Solch ein Lösungsansatz ist bereits im Bereich der Notfallversorgung auf regionaler Ebene verwirklicht.

Joachim Henkel betonte nochmals, dass technologische und digitale Strukturen bereits geschaffen seien. Potenzielle Gründe für die langsame Entwicklung sieht er vor allem in fehlendem Mut und den Bedenken verschiedener Akteure, Macht und Verantwortung abzugeben. Laut Matthias Leu sei es schwierig, heterogene Kräfte im Gesundheitssystem zu bündeln. Verschiedene Krankenkassen verfolgen unterschiedliche Ansätze auf Bundesebene, beispielsweise bei der elektronischen Patientenakte. Jedoch beweisen viele regionale Beispiele, dass Versorgungskonzepte unter Einbindung verschiedener Player erfolgreich funktionieren.

Dr. Jutta Wendel-Schrief sieht die Schwierigkeit ebenfalls in der Skalierung von regionalen Projekten auf Bundesebene. Probleme seien das fehlende Vertrauen in verschiedene Akteure sowie das föderale System. Die pharmazeutische Industrie kann hier bei der Vernetzung von Akteuren Abhilfe schaffen.

Abschließend stellte Philipp Goller die Ergebnisse der Live-Umfrage vor. Dabei wurden zwei Scherpunkte thematisiert:

Was sind Ihrer Meinung nach die wichtigsten Erfolgskriterien für digitale Projekte in der Versorgung?

Als häufigste Antworten wurden genannt:

- Usability für alle Nutzer (Patienten und Ärzte)
- Patientenzentrierung
- Spürbarer Nutzen und Mehrwert
- Einfacher Zugang
- Akzeptanz bei Patienten und Ärzten
- Einheitliche Schnittstellen
- Mut zur Veränderung
- Finanzierung

„Patientenorientierung und Effizienz sind zwei Seiten einer Medaille. Voraussetzungen dafür sind der Abbau von Sektorengrenzen und der Aufbau digitaler Infrastruktur. Vor allem aber brauchen wir eine neue Vertrauens- und Kooperationskultur in unserem Gesundheitswesen.“

Dr. Max Kaplan

Was müsste sich Ihrer Meinung nach ändern, um Innovationskräfte für digitale Projekte freizusetzen?**Die zentralen Ergebnisse sind:**

- Kooperationsbereitschaft aller Akteure
- Mut zum Umdenken
- Chancen sehen und ergreifen, nicht nur die Risiken in den Fokus rücken
- Mehr Kompetenz aufbauen
- Anreize und Vergütung
- Vernetzung vorhandener Angebote
- Abbau rechtlicher Barrieren

Anschließend kommentierten die Teilnehmer der Podiumsdiskussion die Antworten des Publikums.

Christian Baudis hob hervor, dass entsprechende Anreize geschaffen werden müssen, um digitale Möglichkeiten zu nutzen. Außerdem sollten beim Thema Datenschutz nicht die bestehenden Ängste in den Mittelpunkt gestellt werden, sondern Lösungen. Dr. Max Kaplan betonte, dass Strukturen im Gesundheitssystem flächendeckend vernetzt werden müssen. Weiterhin muss die Vernetzung zwischen Arzt und Patient gefördert werden, um die Effizienz zu stärken. Der Zugang zur Primärversorgung müsse besser organisiert und neue Strukturen geschaffen werden. In der Zukunft müsse der Patient mehr Eigenverantwortung übernehmen. Aus diesem Grund sei es wichtig, Projekte zu fördern, welche Gesundheitskompetenzen stärken.

Dr. Jutta Wendel-Schrief bemerkte abschließend, dass ein Perspektivwechsel nötig ist, wobei der Patient, als Eigentümer seiner Daten, im Zentrum aller Maßnahmen stehen muss.





ZUKUNFTS- WERKSTÄTTEN

- 16 — **Digitalisierung meets Versorgung.**
Market Access in Digital Health.
Zukunftswerkstatt A
- 21 — **MSD Gesundheitspreis – Skalierung**
erfolgreicher Projekte in der Praxis
Zukunftswerkstatt B
- 24 — **Versorgung regional gestalten.**
Was geht? Was fehlt? Was tun?
Zukunftswerkstatt C

Zukunftswerkstatt A

DIGITALISIERUNG MEETS VERSORGUNG. MARKET ACCESS IN DIGITAL HEALTH.

Leitung: Julia Hagen

Referenten: Dr. Christian Graf, Christoph Rupprecht

Vertreter der Start-Ups: Bernd Altpeter, Markus Bönig, Dr. Daniela Gunz, Katharina Jünger, Sean Monks, Dr. Oliver Müller, Thomas Oeben, Prof. Dr. Timo Schinköthe, Julian Weinert, Dr. Carol Wildhagen



Im Mittelpunkt der Zukunftswerkstatt standen innovative, digitale Versorgungslösungen und deren Erfolgsfaktoren für einen nachhaltigen Marktzugang im Gesundheitswesen. Neun Vertreter stellten ihre Gesundheits-Start-Ups und innovative Versorgungskonzepte vor:

- Bernd Altpeter, Deutsches Institut für Telemedizin und Gesundheitsförderung (DITG)
- Markus Bönig, vitabook GmbH
- Dr. Daniela Gunz und Dr. Oliver Müller, healthbank Innovation AG
- Katharina Jünger, TeleClinic
- Sean Monks, Monks-Ärzte im Netz GmbH
- Thomas Oeben, Dein Nachbar e. V.
- Prof. Dr. Timo Schinköthe, CANKADO Service GmbH
- Julian Weinert, Ada Health GmbH
- Dr. Carol Wildhagen, Ariana Digital Health Solutions GmbH



Laut **Bernd Altpeter** ist die größte Herausforderung im Bereich Medizin die heterogene Versorgungsstruktur. In Hinblick darauf entwickelt das DITG innovative, digitale Patienten-Management-Programme für chronische Erkrankungen mit evidenzbasiertem, medizinischem Outcome. Er erläuterte am Beispiel von Diabetes, dass eine patientenzentrierte Therapieoptimierung

„Wichtiger Erfolgsfaktor des Market Access ist die direkte Einbindung von Leistungserbringern wie Ärzten in das digitale System. Nur so sind deren Akzeptanz und die Skalierbarkeit der Lösung gewährleistet.“

Bernd Altpeter





„Digitale Versorgungsansätze haben das Potenzial unsere Versorgung zu verbessern und effizienter zu gestalten. Damit das nachhaltig funktioniert, brauchen wir geeignete wirtschaftliche Modelle, die den Zugang zu diesen neuen Lösungen für alle Patienten und Patientinnen ermöglichen.“

Julia Hagen

durch ein digitales Patientenmanagementsystem erreicht wird. Die TeLiPro-Plattform befähigt Diabetiker, ihre Erkrankung durch die Vernetzung aller Akteure und Leistungssynchronisierung selbstständig und individuell zu managen. Als Teil der TeLiPro-Plattform ermöglicht eine responsive Web-App die Kommunikation und Datenübertragung zwischen Arzt und Patient in Echtzeit. Positiv zu erwähnen sei die signifikante Reduktion des Insulinbedarfs bei Diabetikern sowie eine deutliche Kostenreduktion im Vergleich zur traditionellen Therapie.

Markus Bönig beschrieb das digitale Gesundheitskonto vitabook, welches Nutzern erlaubt, individuelle Therapie- und Gesundheitsinformationen standardisiert zu

übermitteln und zu speichern. Aufgrund des stetig steigenden Spektrums der

Arzt-Patienten-Kommunikation vergrößert sich auch der Bedarf nach einer patientenzentrierten, integrierten Plattform, die alle Gesundheitsdaten im

Leben eines Patienten digital bündelt. Dabei ist vitabook nicht nur eine digitale

Unterstützung zwischen Arzt und Patient, sondern vernetzt außerdem die weiteren

aktiv und passiv am Therapieprozess beteiligten Akteure wie Pflegende oder Apotheker

miteinander. Schlussendlich betonte Markus Bönig, dass die Balance zwischen einer

allgemein konzipierten und einer krankheitsspezifischen und individuell zugeschnittenen

Lösung ein wichtiger Erfolgsfaktor für den Markzugang sei.

„Notwendig ist eine digitale

Unterstützung der Kernbeziehung

Arzt/Patient – ohne sich zwischen Arzt und Patient zu stellen.“

Markus Bönig

„Healthbank is the global people-

owned, and thus trusted, platform

for managing your health data in one

secure database. Trust is key and

makes it a game changer for patients,

medical research, and providers of

digital health services!“

Dr. Daniela Gunz

Dr. Daniela Gunz sprach über die elektronische Plattform healthbank, mit der

Patienten ihre Gesundheitsdaten managen können. Im persönlichen Account

können sie diese hochladen, verwalten und teilen. Der Patient hat die volle

Kontrolle darüber, wer seine Daten erhalten soll. **Dr. Oliver Müller** betonte das

Alleinstellungsmerkmal von healthbank, nämlich die Form der Genossenschaft, d. h.

dass die Plattform den Nutzern, also den Patienten bzw. Bürgern, selbst gehört.

Das schaffe das notwendige Vertrauen. Durch den Datenaustausch fördert health-

bank Innovationen im Gesundheitswesen und in der medizinischen Forschung.

MEDULIFE
secure medical networks

medulife GmbH
www.medulife.net

GRÜNDUNG: 2018
GESCHÄFTSFÜHRER: Jan Steinbach, Bernd Altpeter
SITZ: Düsseldorf
IN EINEM SATZ: Medulife hat es sich zum Ziel gesetzt, die Versorgung von chronisch erkrankten Menschen weltweit durch eHealth-Lösungen zu verbessern.

 **vitabook**

vitabook GmbH
www.vitabook.de

GRÜNDUNG: 2012
CEO: Markus Bönig
SITZ: Jesterburg
IN EINEM SATZ: vitabook ist die Plattform für gemeinsames Therapie-Management von Arzt und Patient.

 **health bank**

healthbank Genossenschaft
www.healthbank.coop

GRÜNDUNG: 2013
LEITUNG: Reto Schegg (CEO)
SITZ: Baar/Schweiz
IN EINEM SATZ: healthbank ist die weltweite erste bürger-eigene Gesundheitsdaten-Transaktionsplattform, auf der Patienten Gesundheitsdaten aus unterschiedlichen Quellen und in verschiedenen Formaten sammeln und teilen können.

In ihrem Redebeitrag beschrieb **Katharina Jünger** TeleClinic, den deutschlandweit führenden Anbieter für Telemedizin. Auf dieser Plattform bieten niedergelassene Ärzte deutschlandweit ihre medizinische Beratung via Video, Text-Chat oder Telefon an. Hierbei profitiert der Patient von einer unmittelbaren, kompetenten und individuellen Beratung rund um die Uhr. Katharina Jünger erklärte, wie Nutzer auf einem strukturierten Weg an den richtigen Ansprechpartner weitergeleitet werden. Hervorzuheben sei außerdem, dass TeleClinic der einzige Anbieter in Deutschland ist, der das elektronische Privatrezept ausstellen darf.



„Patienten möchten sofort, jederzeit, kompetent und individuell versorgt werden.“

Katharina Jünger

Sean Monks stellte das von Ärzten entwickelte Telekonsil der Monks-Ärzte im Netz GmbH vor, das Haus- und Fachärzten hilft, Patienten besser zu versorgen. Die neu entwickelte PraxisApp „Mein Kinder- und Jugendarzt“ dient der direkten Kommunikation zwischen Arzt und Patient und hilft zudem unnötige Arztbesuche zu vermeiden. Über individuelle Tagebücher oder ein Video-Device in der App können Patienten vom Arzt angeforderte Daten eintragen. Sean Monks betont, dass aus datenrechtlichen Gründen persönliche und medizinische Daten getrennt übermittelt werden. Aktuell sind bereits 190.000 Patienten im System und mehr als 80 Krankenkassen unterstützen das Projekt.



„Arzt und Patient – gemeinsam digital.“

Sean Monks

Die steigende Zahl an Pflegebedürftigen und der gleichzeitige Fachkräftemangel stellen eine enorme Herausforderung für den Bereich Pflege dar. Diese Entwicklungen veranlassten die Gründung des sozialen Unterstützungsnetzwerks Dein Nachbar e.V., das durch **Thomas Oeben** vorgestellt wurde. Durch den Aufbau eines flächendeckenden Unterstützungsnetzwerks aus erfahrenen Pflegefachkräften und geschulten ehrenamtlichen Helfern soll die Versorgungslücke geschlossen werden. Hilfebedarfe werden mit den Helferprofilen (gewünschte Tätigkeiten, Verfügbarkeit, Einsatzgebiet und Qualifikation) elektronisch abgeglichen und deren Einsatzbereitschaft digital über eine App abgefragt. Durch die Digitalisierung der Prozesse, einer reibungslosen Logistik und die Engmaschigkeit des Helfernetzwerks, kann trotz der Freiwilligkeit, eine verbindliche Versorgung innerhalb von 24 Stunden erreicht werden.



„Die Folgen des demografischen Wandels und der Pflegenotstand verlangen nach alternativen, kostengünstigen, reaktionsschnellen und qualitätsgesicherten Versorgungsstrukturen für hilfsbedürftige Menschen.“

Thomas Oeben

Prof. Dr. Timo Schinköthe sprach über die Software CANKADO, eine eHealth Plattform für das digitale Therapiemanagement von Krebspatienten. Dabei können Patienten in einem digitalen Tagebuch ihren Medikamentengebrauch, ihre Beschwerden und ihre Lebensqualität regelmäßig dokumentieren.



„Mehr Zeit für Medizin.“

Prof. Dr. Timo Schinköthe



TeleClinic
www.teleclinic.com

GRÜNDUNG: 2016
GRÜNDER: Prof. Dr. med. Reinhard Meier,
Katharina Jünger, Patrick Palacin
SITZ: München



Monks-Ärzte im Netz GmbH
www.monks-aerzte-im-netz.de

GRÜNDUNG: 2001
GESCHÄFTSFÜHRER: Sean Monks
SITZ: München
IN EINEM SATZ: Die Monks-Ärzte-im-Netz GmbH betreibt Patientenplattformen für die großen Facharztverbände in Deutschland. Seit 2016 werden zur Arzt-Patienten-Kommunikation PraxisApps eingesetzt, die auch telemedizinische Behandlungen ermöglichen.



Dein Nachbar e.V.
www.deinnachbar.de

GRÜNDUNG: 2015
ERSTER VORSITZENDER: THOMAS OEBEN
SITZ: München
IN EINEM SATZ: Dein Nachbar e.V. unterstützt und betreut mit zertifizierten und qualifizierten ehrenamtlichen Helfern hilfsbedürftige Menschen und deren Angehörige im Alltag.



Zudem erlaubt die webbasierte Anwendung diese Informationen an den betreuenden Arzt und das medizinische Fachpersonal in Echtzeit zu übermitteln. Ziel ist es, Krebspatienten in ihrer Therapie bestmöglich zu begleiten und mehr Zeit für die ärztliche Behandlung durch eine bessere Vorbereitung beider Parteien zu gewährleisten.

Als personalisierte Gesundheitshelferin versteht sich die Health-App Ada, die von **Julian Weinert** vorgestellt wurde. Die kostenfrei verfügbare App ist eine KI-gestützte Gesundheitsplattform, die auf Basis eines vom Nutzer beantworteten Fragebogens eine Anamnese vornimmt. Die App, angebunden an eine umfassende medizinische Datenbank, schlägt im Anschluss mögliche Ursachen für die angegebenen Symptome vor. Dadurch bietet Ada den Patienten Hilfestellung bei der Bewertung ihrer Symptome und gibt Vorschläge für passende nächste Behandlungsschritte. Neben der Patienten-App gibt es eine professionelle Version von Ada für Ärzte, die in der klinischen Entscheidungsfindung eingesetzt wird.



„Gute Versorgung stellt den Patient in den Mittelpunkt und empowered ihn, durch Technologie und Informationen selbstbestimmte Gesundheitsentscheidungen zu treffen.“

Julian Weinert

Mithilfe künstlicher Intelligenz (KI) arbeitet auch Ariana, vorgestellt von **Dr. Carol Wildhagen**. Ariana ist ein Chatbot, der die Lücke in der patientenzentrierten Versorgung schließen soll. Dr. Carol Wildhagen beschrieb die derzeitigen Herausforderungen für Patienten und die Forderung nach einer personalisierten, emotionalen und konstant erreichbaren medizinischen Unterstützung. Außerdem erläuterte sie die Probleme der Pharmaindustrie, eine skalierbare patientenzentrierte Versorgung anzubieten, welche sich klar gegenüber der Konkurrenz differenziert. Ariana unterstützt Patienten im Umgang mit ihrer Erkrankung und Therapie. Dabei zeichnet sie sich durch einen sicheren Umgang mit sensiblen Gesundheitsdaten, ein Experten-Team und eine professionellen Umsetzung aus.



„Persönliche Beziehungen sind der Schlüssel zur erfolgreichen Patientenführung. Jetzt können wir sie digital umsetzen.“

Dr. Carol Wildhagen

In der anschließenden Gesprächsrunde gaben Vertreter zweier Krankenkassen ihre fachliche Einschätzung zu den wichtigsten Erfolgsfaktoren für einen Marktzugang innovativer Start-Ups:

- Dr. Christian Graf, Abteilungsleiter für Produktentwicklung, Versorgungsmanagement und Prävention bei der BARMER
- Christoph Rupprecht, Leiter Stabsbereich Gesundheitspolitik/Gesundheitsökonomie bei der AOK Rheinland/Hamburg



CANKADO Service GmbH
www.cankado.com

GRÜNDUNG: 2017
GESCHÄFTSFÜHRER: Prof. Dr. Timo Schinköthe
SITZ: Martinsried
IN EINEM SATZ: CANKADO ist ein digitales Tagebuch zur dynamischen Therapiebegleitung und intelligenten Beschwerdebetreuung bei chronischen Krankheiten, insbesondere bei Krebs-Patienten.



Ada Health GmbH
www.ada.com

GRÜNDUNG: 2011
GRÜNDER: Daniel Nathrath, Dr. Claire Novorol, Dr. Martin Hirsch
SITZ: Berlin
IN EINEM SATZ: Ada Health ist eine KI-gestützte Gesundheitsplattform, die Millionen Menschen auf der ganzen Welt hilft, ihre Gesundheit besser zu verstehen und zu managen.



Ariana Digital Health Solutions GmbH
www.hiariana.com

GRÜNDUNG: 2017
GRÜNDER: Dr. Carol Wildhagen, Marc Bender
SITZ: München
IN EINEM SATZ: Mit Ariana ist es erstmals möglich, Patienten skalierbar und dauerhaft rund um die Uhr (24/7) zu begleiten und zu motivieren auch wenn eine medizinische Fachkraft nicht da sein kann.

Laut **Christoph Rupprecht**¹ gibt es bereits jetzt eine hohe Bandbreite an Startups – jene, die sich durch ehrenamtliches Engagement auszeichnen, bis hin zu denen, die hoch technologische Lösungsansätze entwickeln. Es komme im Kern darauf an, wie nah das Konzept an der Realität ist und wie hoch der Bedarf im relevanten Markt wirklich ist. Gründer sollten neben einem starken Netzwerk und hoher Flexibilität auch auf eine starke Vision vertrauen können. Denn gerade veraltete Strukturen des Gesundheitswesens müssen radikal in Frage gestellt werden, um Innovation voranzutreiben. **Dr. Christian Graf**² nannte die wichtigsten Kriterien aus Sicht einer Krankenkasse bei der Bewertung eines neuen Start-Ups: Originalität der Idee, Relevanz für den Versorgungsmarkt, Rentabilität sowie schlussendlich die Möglichkeit zur Integration in bestehende Versorgungsprozesse.



1



2

Daraufhin präsentierte die Leiterin der Zukunftswerkstatt **Julia Hagen**, Bitkom, die Ergebnisse der appbasierten Onlineumfrage unter den Teilnehmern:

Was halten Sie für die wichtigsten drei Erfolgsfaktoren für Start-Ups?

1. **25%:** Patientenzentrierte Lösung, die im Zusammenspiel mit dem Arzt funktioniert
2. **22,5%:** Benutzerfreundliches Design & Anwendung
3. **17,5%:** Zusammenarbeit mit Leistungserbringern und Fachverbänden

Welches Szenario halten Sie für die Etablierung digitaler Gesundheitsanwendungen im Jahr 2025 am wahrscheinlichsten?

1. **44%:** Die, die sich in Evaluationen bewährt haben, sind Teil der Regelversorgung
2. **32%:** Es gibt alternative Geschäftsmodelle und Kooperation (Krankenkasse, pharmazeutisches Unternehmen, Leistungserbringer)

Abschließend kommentierte Christoph Rupprecht die Ergebnisse und betonte, dass der Patient in Zukunft eine aktivere Rolle spielen wird. Außerdem wies er darauf hin, dass bestehende Strukturen im Gesundheitssystem sich ändern werden. So wird beispielsweise die Einzelpraxis eher ein Auslaufmodell sein. Größere Teams würden an Bedeutung gewinnen. Große Player am Markt werden neue Strukturen für die Datenverarbeitung schaffen. Nach Dr. Christian Graf sei es vor allem relevant, dass bewährte Strukturen in die Regelversorgung übernommen werden, da Selektivverträge nicht ausreichend sind, um digitale Gesundheitsanwendungen zu etablieren.

Abbildung 1 – Was halten Sie für die wichtigsten Erfolgsfaktoren für Start-Ups?

Quelle: Eigene Darstellung.



Abbildung 2 – Welches Szenario halten Sie für die Etablierung digitaler Gesundheitsanwendungen im Jahr 2025 am wahrscheinlichsten?

Quelle: Eigene Darstellung.



Zukunftswerkstatt B

MSD GESUNDHEITSPREIS – SKALIERUNG ERFOLGREICHER PROJEKTE IN DER PRAXIS

Leitung: Prof. Dr. Friedrich Wilhelm Schwartz, Martin Göhl

Referenten: Prof. Dr. Stefan Eber, Dr. Jürgen Flohr, Dr. Lutz Hager, Dr. Ralf Stroop, Pramono Supantia



In der Zukunftswerkstatt wurden verschiedene erfolgreiche Projekte vorgestellt und über Impulse diskutiert, die der MSD Gesundheitspreis für eine weitere Skalierung bietet.



Nach einer kurzen Einführung durch **Prof. Dr. Friedrich Wilhelm Schwartz¹**, Institut für Gesundheit, stellte **Martin Göhl²**, MSD, die Entwicklungsschritte des MSD Gesundheitspreises und des MSD Gesundheitsforums vor. Hervorgehoben wurden die Neuerungen in 2018, etwa der Livestream der Preisverleihung sowie der Launch des Publikumspreises mit über 4.800 eingegangenen Stimmen. Anschließend veranschaulichte



er die Ergebnisse der vorab durchgeführten Onlineumfrage unter den nominierten Versorgungsprojekten seit 2012, mit einem Rücklauf von insgesamt 43 %. Dabei gaben 79 % der Befragten an, dass ihnen der MSD

Gesundheitspreis einen neuen Impuls für die Weiterentwicklung des Projektes gegeben hat. Unter den Befragten gaben 89 % an, dass deren Projekte weiterhin umgesetzt werden, 58 % haben einen Vertrag nach SGB V und 34 % sind mittlerweile sogar in die Regelversorgung übergegangen.

Nach der Eröffnung stellten die Referenten ihre erfolgreichen Projekte vor:

- Prof. Dr. Stefan Eber, PädExpert®
- Dr. Jürgen Flohr, GeriVita
- Dr. Lutz Hager, Risiko-Radar Plötzlicher Herztod und Ja, ich auch!
- Dr. Ralf Stroop, Mobile Retter-App
- Pramono Supantia, AOK-Curaplan Herz Plus

„Es ist erfreulich, dass die Mehrheit aller von der Jury jemals nominierten Projekte eine langfristige Wirksamkeit in der Versorgung zeigen. Darüber hinaus stufte eine große Mehrheit der Preisträger den MSD Gesundheitspreis für ihre Projektentwicklung als bedeutsam ein.“

Prof. Dr. Friedrich Wilhelm Schwartz

„Mit dem MSD Gesundheitspreis beflügeln wir Projekte, die die Versorgung in Deutschland voranbringen und setzen Impulse für eine Skalierung von innovativen Versorgungsprojekten.“

Martin Göhl





Prof. Dr. Stefan Eber präsentierte das Projekt PädExpert®, ein telemedizinisches Programm, welches haus- und fachärztliche Pädiater miteinander vernetzt, um Patienten mit chronischen oder seltenen Erkrankungen schneller zu helfen. Dabei betonte er, dass ein Expertenkonsil aus mehr als 5.000 Kinder- und Jugendärzten derzeit bereits zwölf unterschiedliche Indikationsgruppen behandelt. Er ging auf die bisherigen Weiterentwicklungen des Projektes ein, wie die Überführung in die Regelversorgung und den Ausbau des Netzwerkes mit Krankenkassen wie der BARMER, AOK Bayern und AOK Nordost, Betriebskrankenkassen und PKV (IGeL-Leistung). Des Weiteren ist für die Zukunft geplant, Telemedizin in weitere Spezialgebiete wie Neuropädiatrie oder Gastroenterologie zu integrieren. Prof. Dr. Stefan Eber betont in dieser Hinsicht das Einsparpotenzial durch PädExpert®. Abschließend merkte Prof. Dr. Friedrich Wilhelm Schwartz an, dass ein Link zur Allgemeinmedizin notwendig ist, wobei dieser laut Prof. Dr. Eber bereits in Planung ist.



Dr. Jürgen Flohr gab einen Rück- und Ausblick zum Projekt GeriVita. Im Jahr 2012 wurde im Rahmen des stationären Geriatriekonzeptes eine elektronische, arztübergreifende Patientenakte entwickelt. Dieses Konzept wurde 2013 mit dem Projektpartner GeriNet Leipzig zum ambulanten Geriatriekonzept GeriVita weiterentwickelt. Dieses umfasst auch den Selbstauskunftsbogen ANGELINA, der dabei hilft, die unterschiedlichen Risikopotentiale der geriatrischen Patienten rechtzeitig zu identifizieren und eine bestmögliche ambulante Versorgung zu veranlassen. Anschließend ging er auf die Umsetzung der wichtigsten Impulse durch den MSD Gesundheitspreis 2014 ein. Dabei seien die Finanzierung von inzwischen 16 verschiedenen Demenzsportgruppen über SGB XI gelungen. Es wurde ein sozialmedizinisches Beratungshandbuch, entwickelt und ein Strukturvertrag für Hausärzte zwischen der AOK PLUS und der KV Sachsen abgeschlossen sowie die erste sächsische geriatrische Schwerpunktpraxis implementiert. Mit dem Ziel der trägerübergreifenden Versorgung aller regionalen Akteure der geriatrischen Versorgung, wurde die Modellregion GeriNet Leipzig im September 2018 in ein Zentrum für Altersmedizin überführt.



Dr. Lutz Hager berichtete über die Projekte der IKK Südwest. Zunächst sprach er über den „Risiko-Radar Plötzlicher Herztod“. Das Projekt hat zum Ziel, Patienten vor einem plötzlichen Herztod zu schützen, die durch eine kontraindizierte Kombination von Arzneimitteln einem erhöhten Risiko ausgesetzt sind. Diese Patienten sollen mit Hilfe einer softwaregestützten Analyse von Abrechnungsdaten bereits im Rahmen der Routineversorgung identifiziert werden. Darüber hinaus koordiniert das Projekt die Information der betroffenen Patienten und Ärzte und stellt umfangreiche Hilfestellungen zur Minimierung des individuellen Risikos zur Verfügung. Das Risiko eines plötzlichen Herztods kann somit reduziert werden; die Arzneimittelsicherheit wird verbessert. Das Projekt lief von 2012 bis 2015. Die Grundidee wurde erfolgreich weiterentwickelt. Im Jahr 2013 wurde in Kooperation mit der Knappschaft bundesweit die Elektronische Behandlungsinformation (eBI) bereitgestellt, die dem Krankenhaus die Behandlungshistorie des Versicherten elektronisch zur Verfügung stellt. Außerdem entwickelten die BARMER und die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe für Hausärzte AdAM, eine Anwendung für digital unterstütztes Arzneimitteltherapie- und Versorgungsmanagement. Des Weiteren stellt er die Entwicklung und Erfolgsbedingungen der Initiative „Ja, ich auch!“ vor, ein Projekt zum Schutz gegen humane Papillomviren (HPV) durch freiwillige Schulimpfungen und Aufklärungen an Schulen. Folgende Erfolgsbedingungen

„PädExpert ist ein innovatives Projekt in der Telemedizin. Ziel ist die rasche und niedrigschwellige Verbindung zwischen Allgemeinpädiater und Spezialist. Es ist uns gelungen, dass der Allgemeinpädiater auf Augenhöhe mit dem Spezialisten agiert und sich so während jeder neuen Anfrage auf den aktuellen Stand des Wissens bringt. Die Anwendung von PädExpert in bisher über 1.000 Fällen, die stetige Ausweitung der verfügbaren Krankheits-Module und das wachsende Interesse der Krankenkassen belegen die hohe Akzeptanz und den Beitrag zur Kooperation der Player im Gesundheitswesen (Allgemeinpädiater, Spezialisten und Krankenkasse).“

Prof. Dr. Stefan Eber

„Um innovative Geriatriekonzepte wie aus der Region Leipzig voran zu treiben und deutschlandweit sichtbar zu machen, brauchen wir eine Bühne wie den MSD Gesundheitspreis.“

Dr. Jürgen Flohr

„Skalierung gelingt nur mit einem starken Netzwerk, Durchhaltevermögen und shared value.“

Dr. Lutz Hager



seien zu beachten: Überzeugung von Politik, Bürokratie und Stakeholdern, nachhaltige Finanzierung und Organisation sowie die Erhöhung der Reichweite und gesellschaftlichen Akzeptanz. Dabei ist der erste Durchbruch durch die RKI-Empfehlung für die Impfung von Jungen hervorzuheben. In seinem Fazit betonte Dr. Lutz Hager, dass eine Skalierung nur mit einem starken Netzwerk, Durchhaltevermögen und shared value gelingt.

Dr. Ralf Stroop ging in seinem Vortrag auf die Smartphone-App „Mobile Retter“ ein. Dieses App-gestützte Alarmierungssystem der Notrufzentrale 112 alarmiert zeitgleich zum Notarzt einen qualifizierten Ersthelfer in unmittelbarer Nähe. 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. Bei einem plötzlichen Herz-Kreislauf-Stillstand kann nur eine sofort eingeleitete Reanimation das Überleben des Patienten ermöglichen. Es sei festzuhalten, dass der Input im Anschluss des MSD Gesundheitspreises Weiterentwicklungen begünstigte: die verstärkte Öffentlichkeitsarbeit sowie die Vorstellung im betrieblichen Gesundheitsmanagement. Er berichtete, dass die App bereits in 20 Landkreisen umgesetzt wurde, wobei eine kontinuierliche Ausrollung in ganz Deutschland geplant ist.

Pramono Supantia stellte Curaplan Herz Plus, ein Projekt der AOK Nordost, vor. Das Behandlungsprogramm wurde für Patienten mit Herzinsuffizienz entwickelt und hilft ihnen,



den Alltag zu bewältigen und bedrohliche Situationen schnell zu erkennen. Durch telemedizinische Betreuung wird die Behandlung des niedergelassenen Arztes sinnvoll ergänzt. Pramono Supantia betont den Erfolg des Projektes, messbar an den positiven Evaluationsergebnissen. Nachweislich weisen diese eine deutlich höhere Überlebenschance der Teilnehmer gegenüber Nichtteilnehmern

in den ersten zwei Jahren nach Beginn auf. Ebenfalls zeigten die Ergebnisse positive gesundheitsökonomische Effekte, welche deutlich über den Programmkosten liegen. Zum Schluss ging er auf die Weiterentwicklungen des Projektes ein, dazu gehören die Maßnahmen zur Intensivierung der Teilnehmerzahl und die Ausweitung der Angebote in Mecklenburg-Vorpommern.

Schwerpunkt der folgenden Diskussion war die Frage, welche Impulse in der Weiterentwicklung der Projekte geholfen haben und welche nicht. Die Referenten waren sich einig, dass entscheidende Impulse des MSD Gesundheitspreises vor allem die verstärkte Akzeptanz zur Weiterentwicklung sowie der positive Einfluss auf die interne und externe Kommunikation seien. Letztere umfasst die Wahrnehmung innerhalb eigener berufspolitischer Gremien und begünstigt daher die externe Wahrung der Projekte sowie Finanzierungsmöglichkeiten. Der MSD Gesundheitspreis sei als Qualitätssiegel eine wichtige externe Bestätigung, insbesondere für kleine Unternehmen. Die Beteiligten gaben an, dass die Unterstützung durch MSD bei der Erstellung von Videos, als zeitgerechte mediale Kommunikationsform, und die Aufnahme in die umfassende Projektdatenbank des MSD Gesundheitspreises wichtige Impulse gesetzt haben. Dabei wurden das MSD Gesundheitsforum, welches den Austausch mit Teilnehmern und Stakeholdern ermöglicht, anerkennend erwähnt. Der MSD Publikumspreis sei darüber hinaus eine weitere Möglichkeit, um die Projekte einem größeren Publikum vorzustellen.

„Die Diskussion mit Experten, die öffentliche Wahrnehmung und die großzügige finanzielle Unterstützung als Preisträger des MSD Gesundheitspreises: die idealen Voraussetzungen für die erfolgreiche Skalierung einer Idee: Mobile Retter. Danke!“

Dr. Ralf Stroop

„Positive Ergebnisse aus Studien und Programmen wie ‚AOK-Curaplan Herz Plus‘ zeigen deutlich das Potenzial telemedizinischer und digitaler Ansätze zur flächendeckenden Entwicklung von Programmen wie ‚HerzEffekt MV‘.“

Pramono Supantia

Ihre Bewerbung zum MSD Gesundheitspreis 2019

Sie ermöglichen nachhaltige Patientenversorgung mit neuen Ideen und innovativen Projekten in Deutschland?

Dann bewerben Sie sich bis zum 13.03.2019 unter

www.msd.de/bewerbung

Zukunftswerkstatt C

VERSORGUNG REGIONAL GESTALTEN. WAS GEHT? WAS FEHLT? WAS TUN?

Leitung: Dr. Carsten Jäger

Referenten: Corinna Beutel, Dr. Sandra Hérault, Dr. Carola Koch, Thomas Rampoldt, Maryan Schemken



Im Mittelpunkt dieser Zukunftswerkstatt stand die Frage, welche Handlungskonsequenzen sich zur Verbesserung der Versorgungsqualität für die regionale Versorgung – gerade durch Ärztenetze – empfehlen. Folgende Referenten stellten das Thema aus ihrer Perspektive vor:

- Corinna Beutel, KKH Kaufmännische Krankenkasse
- Dr. Sandra Hérault, Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
- Dr. Carola Koch, Gesundheitsnetz Frankfurt/M. eG (GNEF), Mitglied der Vertreterversammlung in der KV Hessen
- Thomas Rampoldt, Ärztenetz Nord in Schleswig-Holstein
- Maryan Schemken, AOK PLUS

Zu Beginn berichtete **Corinna Beutel** über das telemedizinische Versorgungsangebot für die auch als „Schaufensterkrankheit“ bezeichnete pAVK (periphere arterielle Verschlusskrankheit). Trotz des hohen Bedarfs einer verbesserten Regelversorgung der 11.000 betroffenen KKH-Versicherten gestaltete sich die Durchführung des Konzepts schwierig. Laut Corinna Beutel sei vor allem die geringe Anzahl von Versicherten pro Praxis eine zentrale Herausforderung.

„Versorgung regional neu zu denken geht nicht allein. Meiner Erfahrung nach braucht es kreative Ideen, die mit kompetenten Partnern lösungsorientiert verfolgt werden sowie die Kraft, alle Hindernisse gemeinsam zu überwinden.“

Corinna Beutel



Eine erfolgreiche Lösung stellt die Umsetzung im Rahmen eines Innovationsfondsprojektes dar, um mehr Patienten die Versorgung anzubieten. Neben dieser Form von Partnermanagement stellten Digitalisierung und die Gründung eines Expertenpools zur Vereinigung des medizinischen, technischen und methodischen Wissens wichtige Schritte zum Erfolg dar. All diese Faktoren werden in dem vom Innovationsfonds geförderten Projekt „pAVK-TeGeCoach“ vereint. Abschließend sei zu erwähnen, dass das Akquirieren von Ärzten und Patienten die aufwendigste Hürde darstelle. Dr. Carsten Jäger kommentierte diese Bemerkung und empfahl die Unterstützung durch Ärztenetze.

Anschließend stellte **Dr. Sandra Hérault** vier ausgewählte Maßnahmen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) vor, um die Versorgung noch weiter zu verbessern.



Projekte anerkannter Praxisnetze werden in den Regionen erprobt und mit Geldern eines Strukturfonds gefördert. Bereits elf der 16 durch die KVB anerkannten bayerischen Praxisnetze wurden seit 2016 unterstützt. Ziel ist es auch hierbei, betonte Dr. Sandra Hérault, Netze der Basis-Stufe bis zur Anerkennung auf Stufe I zu begleiten. Dies gelang bereits bei fünf bayerischen Praxisnetzen. Darüber hinaus bietet die KVB eine gezielte Analyse der Daten des einzelnen Praxisnetzes an, um eine Optimierung der Versorgung vor Ort zu erzielen. Um einen strukturierten Datenaustausch und eine einrichtungsübergreifende Dokumentation zwischen medizinischen Leistungserbringern zu gewährleisten und damit die Versorgungsqualität zu verbessern, setzt sich die KVB für die Etablierung einer elektronischen Gesundheitsplattform ein. Mithilfe einer elektronischen Gesundheitsplattform können die medizinischen Daten ambulant und stationär vollständig sowie interaktiv und intelligent genutzt werden. Die Akten-Lösungen der Krankenkassen würden sich dabei an die Plattform andocken lassen.

Dr. Carola Koch sprach über das Gesundheitsnetz Frankfurt am Main eG (GNEF). Das Netz setzt verschiedene intersektorale Projekte mittels Fördermaßnahmen um und hat den eArztbrief via KV Connect im Netz etabliert. Mit dem Austausch des E-Arztbriefs wird eine Anbindung der Frankfurter Kliniken an die niedergelassene Struktur geschaffen. Zugleich erweise sich in einer Metropolregion die Fehlverteilung von Haus- und Fachärzten, Überalterung sowie die hohe Krankenhausdichte als problematisch. Hinzu kommen die unterschiedlichen Versorgungsanteile von Praxen, die Pendlerversorgung sowie die hohe Inanspruchnahme der medizinischen Versorgungsstruktur. Weiterhin stellte sie klar, die Sektorengrenzen sind noch viel zu hoch, innovative sektorenübergreifende Versorgungskonzepte scheitern an der Finanzierung. Nötig sei die Zusammenarbeit von Kommunen/Ortsbeiräten, KV en, Krankenkassen und Ärztenetzen um eine regional zukunftsweisende, effektive und effiziente Gesundheitsversorgung, auch bei knapper Ressource, aufzubauen. Abschließend betonte sie, dass Handlungsbedarf bei einer stärkeren Patientensteuerung sowie beim Aufbau fehlender Gesundheitskompetenzen in der Bevölkerung auch unter Berücksichtigung des Migrationshintergrundes besteht.



„Die KVB unterstützt vernetzte Strukturen mit vielfältigen Angeboten und fördert aktiv die Umsetzung der Digitalisierung im Sinne ihrer Mitglieder, zum Beispiel durch regionale Pilotprojekte mit Praxisnetzen.“

Dr. Sandra Hérault

„Alle reden über das Land, nur wenige über die Stadt. Eine Großstadt (Metropole) ist kein Selbstläufer – Überversorgung trifft auf Unter- und Fehlversorgung. Ein Arztnetz kann messbare Steuerungsfunktionen übernehmen.“

Dr. Carola Koch



Thomas Rampoldt thematisierte die Relevanz von neuen Praxisstrukturen, um junge Ärzte zu motivieren, sich auf dem Land niederzulassen. Der Generationswandel sei einer der wichtigsten Impulse für Veränderung. Der selbständig tätige Arzt müsse gestärkt werden. Anreize schaffen beispielsweise familienfreundliche Arbeitsbedingungen und größere Praxiseinheiten. Dabei sei die wichtigste Voraussetzung für eine erfolgreiche regionale Versorgung die Bereitschaft zur Kooperation und Kommunikation über Sektorengrenzen hinaus, um eine gemeinsame Zielrichtung zu definieren. Thomas Rampoldt betonte, dass sich Ärzte innerhalb der bestehenden Praxisnetze bereits untereinander austauschen. Jedoch müssen sich Kommunen für die medizinische Versorgung innerhalb der Bevölkerung stärker verantwortlich fühlen. Es sei relevant, motivierende Rahmenbedingungen für die Digitalisierung zu schaffen, wie z. B. die Liberalisierung des Fernbehandlungsverbotes. Dabei sei ein einheitlicher Bewertungsmaßstab von Relevanz. Schlussendlich merkte Thomas Rampoldt an, dass es die Bereitschaft aller Akteure benötigt, Verantwortung zu teilen und Veränderungen zu bewirken.

„Probleme in der medizinischen Versorgung können nur beseitigt werden, wenn die Akteure miteinander reden. Die dafür eingesetzte Zeit ist in der Regel gut investiert.“

Thomas Rampoldt



Maryan Schemken präsentierte die Ansätze der AOK PLUS, die das Ziel haben, selektive Vereinbarungen mit Krankenhäusern weiter auszubauen sowie selektivvertragliche Investitionen zu fördern. Außerdem hob er hervor, dass effektivere Vertragslösungen für Krankenhäuser geschaffen werden müssen. Entsprechend wurden bereits Gespräche mit 20 verschiedenen Krankenhäusern in den Regionen aufgenommen. Trotz des Fachkräftemangels gehe es darum, die stationäre und ambulante Versorgung sowie die Notfallversorgung in schwach besiedelten Regionen sicherzustellen. Laut Maryan Schemken seien regionale Lösungen bereits erfolgreich realisiert. Das Instrument eines fixen Budgets fördert dabei die Ambulantisierung von stationären Leistungen. Hausärzte werden zusätzlich durch medizinische Versorgungszentren unterstützt. Durch das sektorenübergreifende Errichten von Bereitschaftspraxen an Krankenhäusern wird die flächendeckende Notfallversorgung gesichert. Ein Weiterbildungsbund mit Krankenhäusern, niedergelassenen Ärzten und dem Arztnetz Ostsachsen soll die Weiterbildung junger Ärzte sichern. Dabei werden neue Konzepte infolge dieser Kooperation erarbeitet. Im Hinblick auf die Digitalisierung sei die Einführung des elektronischen Entlass-Briefes bis Ende 2018 geplant.

„Die größte Herausforderung ist es, Personal in der Pflege- und in der Ärzteschaft zu finden.“

Maryan Schemken



Die anschließende Diskussion unter der Leitung von **Dr. Carsten Jäger**, Agentur Deutscher Arztnetze, thematisierte die wichtigsten Handlungsschwerpunkte für die Verbesserung der regionalen Versorgung. Die Teilnehmer einigten sich auf folgende Kernpunkte:

1. Ärztenetze sind prädestiniert für regionale Versorgungsgestaltung und sollten hier stärker eingebunden werden.
2. Ein „regionaler Dialog“ zwischen allen Beteiligten ist Voraussetzung für regionale Versorgungslösungen.
3. Heterogene technische Schnittstellen der jeweiligen Versorger hemmen die gemeinsame Entwicklung regionaler Versorgungskonzepte; hier sollten bundesweit einheitliche Schnittstellen verpflichtend eingeführt werden.
4. Investitionen in regionale Versorgungsentwicklungen erfolgen derzeit nahezu ausschließlich über zeitlich begrenzte Förderprojekte und bedürfen einer Verstärkung.

„Für eine zuverlässige und stabile Versorgung braucht es eine einheitliche Basisversorgung. Für schnelle und innovative Lösungen, die sich am jeweiligen lokalen Versorgungsbedarf orientieren, braucht es flexible Strukturen vor Ort. KVen, Krankenkassen und Ärztenetze sind somit die idealen Partner, um Versorgung überregional sicherzustellen und regional innovativ zu gestalten.“

Dr. Carsten Jäger



WORKSHOPS

- 28 — **Gesundheitskompetenz und Prävention stärken**
Workshop I
- 31 — **Wer versorgt in Zukunft den Patienten? Arzt und/oder Algorithmus?**
Workshop II
- 34 — **Besondere Versorgung nach § 140 a SGB V – Quo vadis?**
Workshop III
- 38 — **Kommen Medikamente mit Zusatznutzen auch beim Patienten an?**
AIS, Regresse, Mischpreise
Workshop IV
- 41 — **Wie kann Digitalisierung das Gesundheitssystem effizienter machen?**
Workshop V
- 44 — **Versorgung braucht Kooperation und innovative Lösungen**
Workshop VI

Workshop I

GESUNDHEITSKOMPETENZ UND PRÄVENTION STÄRKEN

Leitung: Dr. Barbara Keck

Referenten: Dr. Martin Danner, Dr. Kai Kolpatzik, Dr. Jens Kröger, Dr. Dr. Kristian Löbner, Hardy Müller, Dr. Jörg Simon



In diesem Workshop diskutierten die Teilnehmer zu den Themen Gesundheitskompetenz und Prävention, insbesondere, wie diese in der Versorgung gefördert werden können und welche Auswirkungen dies hätte. Folgende Referenten stellten das Thema aus ihrer Perspektive vor:

- Dr. Martin Danner, BAG Selbsthilfe
- Dr. Kai Kolpatzik, AOK Bundesverband
- Dr. Jens Kröger, diabetesDE
- Dr. Dr. Kristian Löbner, MSD
- Hardy Müller, Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V. (APS)
- Dr. Jörg Simon, Hessenmed e. V.

Dr. Martin Danner betonte, dass ein gesundheitsförderliches Verhalten, unabhängig von religiösen oder anderen Umwelteinflüssen, durch Wissensvermittlung sowie durch das

Schaffen von Bewusstsein und Verständnis innerhalb der Bevölkerung gestärkt werden kann. Ein deutlicher Impuls wurde in den letzten Jahren bereits durch die Gründung der Allianz für Gesundheitskompetenz gesetzt, in dessen Rahmen die Akteure der Selbstverwaltung zusammengebracht werden. Dr. Martin Danner hob außerdem hervor, dass ein weiterer Schritt zur Förderung der Gesundheitskompetenz der Nationale Aktionsplan Gesundheitskompetenz ist. Ein Schwerpunkt ist hierbei die Sicherstellung der Verständlichkeit von Gesundheitsinformationen sowie die Verständlichkeit im Rahmen der Arzt-Patienten-Kommunikation.



„Gesundheitskompetenz ist die Grundlage für Entscheidungskompetenz. Entscheidungskompetenz ist wiederum die Grundlage für Handlungskompetenz. Es geht um nicht weniger als die Abkehr von einem paternalistischen Präventionsverständnis.“

Dr. Martin Danner



Dr. Kai Kolpatzik beleuchtete die allgemeine Frage, was Gesundheitskompetenz bedeutet. In diesem Hinblick stellte er das 3-Stufen-Modell von Don Nutbeam vor, welches zwischen funktionaler, interaktiver und kritischer Ebene der Gesundheitskompetenz unterscheidet. Er hob hervor, dass Gesundheitskompetenz ein duales Konzept ist, bei dem es nicht nur um die individuelle Gesundheitskompetenz, sondern um übergeordnete Rahmenbedingungen geht. Über 50 % der Deutschen haben eine problematische bis unzureichende Gesundheitskompetenz, was mitunter zu einer schlechteren physischen und psychischen Gesundheit führt. Es handelt sich also um nicht weniger als ein gesamtgesellschaftliches Problem, das gemeinsam mit allen Akteuren angegangen werden muss. Der Nationale Aktionsplan Gesundheitskompetenz ist hierfür ein erster wichtiger Schritt.



„Zur Steigerung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung müssen die Rahmenbedingungen verändert werden, eine alleinige Fokussierung auf die individuelle Gesundheitskompetenz wird nicht ausreichen.“

Dr. Kai Kolpatzik

Gesundheitskompetenz wird immer wichtiger, so auch **Dr. Jens Kröger**. Denn in allen Alltagsbereichen nimmt die Entscheidungsverantwortung stetig zu. Herausforderungen seien vor allem die wachsende soziale Ungleichheit, der demografische Wandel sowie die steigende Zahl an chronisch Kranken. Laut einer Erhebung aus dem Jahr 2017 besteht ein großes Informationsbedürfnis zum Thema Diabetes. Gleichzeitig fühlen sich nur 57 % der Diabetiker über Unterstützungsangebote und Informationsquellen gut informiert. Dabei informieren sich 92 % der Erkrankten bei ihrem behandelnden Arzt. Über die Hälfte aller Befragten gaben an, es sei schwierig zu beurteilen, ob die Informationen zu Diabetes aus den Medien vertrauenswürdig sind. Umso wichtiger ist die Bereitstellung verständlicher Informationen über verschiedene Kanäle hinweg. Dr. Jens Kröger ging hierzu auf die vielfältigen Förderprogramme der Deutschen Diabetes-Hilfe zur Stärkung der Gesundheitskompetenz ein.



„Gesundheitskompetenz ist die Fähigkeit, gesundheitsrelevante Informationen zu finden, zu verstehen und richtig einzuordnen. Die Informationen sollten kritisch beurteilt und im Hinblick auf die eigene Lebenssituation beurteilt werden.“

Dr. Jens Kröger

Dr. Dr. Kristian Löbner griff die Frage auf, in welchem Rahmen Gesundheitsbewusstsein und Prävention für forschende Pharmaunternehmen relevant sind. Es sei wichtig zu unterscheiden, zu welchem Zeitpunkt welche Maßnahmen die Richtigen sind. So spielen vor einer Erkrankung insbesondere Impfstoffe eine wichtige Rolle in der Prävention. Hier ist vor allem die Aufklärung über den Nutzen der Impfung und die Risiken einer potenziellen Erkrankung essenziell. Wenn bereits eine Erkrankung vorliegt, rückt eine gute Arzt-Patienten-Kommunikation in den Vordergrund. Auch hier ist es wichtig, dass der Patient gut informiert ist, unter anderem auch durch Informationsmaterial und vereinfachte Beipackzettel, die MSD bereits verwendet. Insgesamt gibt es in diesem Bereich erst wenige innovative Ansätze.



„Ziel muss sein, innovative Ansätze und die Chancen der Digitalisierung schneller weiter zu entwickeln und zügig in die Breite zu tragen.“

Dr. Dr. Kristian Löbner

Hardy Müller richtete den Blick auf die Patientensicherheit, per Definition die „Abwesenheit unerwünschter Ereignisse“. Bei zunehmender Digitalisierung in der Versorgung muss neben der allgemeinen Gesundheitskompetenz auch die digitale Kompetenz der Patienten gefördert werden. Die sogenannte digitale Gesundheitskompetenz von Personen, aber auch Organisationen,



„Die digitale Transformation erfordert spezielle Fähigkeiten bei Ärzt*innen und Patient*innen: noch KENNEN nicht alle die neuen Möglichkeiten, nur wenige KÖNNEN diese sicher anwenden. Damit Digitalisierung im Gesundheitswesen vorankommt brauchen wir spezielle Kompetenzen: digitale Gesundheitskompetenz.“

Hardy Müller

sei eine notwendige Voraussetzung für das Gelingen der digitalen Transformation. Grundvoraussetzungen dafür sind die Bekanntheit digitaler Versorgungslösungen sowie das Vertrauen in diese und die Fertigkeit, sie zu bedienen. Die TK setzt sich mit dem Projekt TK-DiSK aktiv für die Stärkung der digitalen Gesundheitskompetenz bei Patienten und Organisationen ein.

Gerade in der Prävention von chronischen Erkrankungen spielt die Gesundheitskompetenz eine wichtige Rolle. So wurde mit Dimini ein Programm zur Vorbeugung von Typ-2-Diabetes ins Leben gerufen. **Dr. Jörg Simon** stellte das vom Gemeinsamen Bundesausschuss im Rahmen des Innovationsfonds geförderte Projekt vor. Dieses richtet sich an Personen mit erhöhtem Diabetesrisiko mit dem Ziel, die Entstehung von Typ-2-Diabetes zu verzögern, bestenfalls sogar zu vermeiden. Teilnehmer werden über 15 Monate betreut und nehmen an Kontroll- und bei Bedarf an Coaching-Terminen teil. Voraussetzung für das Gelingen des Projektes ist im ersten Schritt das Bewusstsein der Ärzte für präventive Maßnahmen im Praxisalltag. Hier gibt es ungenutzte Potenziale, was sich auch darin widerspiegelt, dass das Einschreibeverhalten der Ärzte zum aktuellen Zeitpunkt noch zurückhaltend ist und somit viele (Risiko-)Patienten nicht ins Projekt eingetragen werden.



Die anschließende Diskussion unter der Leitung von **Dr. Barbara Keck**, BAGSO, hatte zwei Schwerpunkte:

- Gesundheitskompetenz und Prävention: Mehrkosten oder Mehrwert für eine bessere Versorgung?
- Wie kann sich die pharmazeutische Industrie in Projekte zur Förderung der Gesundheitskompetenz und Prävention einbringen?

Es herrschte Einstimmigkeit darüber, dass es wichtig sei, Präventionsmaßnahmen separat für den Arzt zu vergüten und damit zu fördern. Des Weiteren müssen Präventionsmaßnahmen klinisch validiert sein, um den Mehrwert klar aufzuzeigen. Die Teilnehmer hielten fest, dass der gesundheitsökonomische Blickwinkel jedoch häufig zu kurz greift und ein klarer Mehrwert durch die Kosteneffektivität präventiver Gesundheitsleistungen in jedem Fall geschaffen wird. Ist das nicht ein Widerspruch „gesundheitsökonomische Blickwinkel jedoch häufig zu kurz greift“ und dann wird ausgesagt, dass ein Mehrwert durch Kosteneffektivität geschaffen werden muss. Es geht um die längere Lebensdauer bei guter Gesundheit evtl. bei nicht erhöhten Kosten betrachtet über die Lebenslaufzeit. Einsparung von Kosten kann nicht das einzig relevante Kriterium sein und bislang ist es auch betrachtet über die gesamte Lebenslaufzeit teurer geworden. Die Gesundheitskosten trotz längerer Lebensdauer stabil zu halten wäre ein großer Erfolg. Hierzu können präventive Maßnahmen in jedem Lebensalter einen großen Beitrag leisten. Zudem werden bessere Therapieergebnisse erreicht, wenn Patienten aufgeklärt sind, weshalb es vertrauenswürdige Plattformen mit relevanten Patienteninformationen braucht.

Um die Gesundheitskompetenz in der gesamten Gesellschaft zu fördern, sollte bereits bei jungen Menschen angesetzt werden und lebenslang bis ins hohe Alter fortgeführt werden. Eine Möglichkeit wäre, die häufigsten chronischen Volkskrankheiten sowie Wege der Prävention über Projekte an Schulen zu thematisieren. Hier kann auch die pharmazeutische Industrie unterstützen.

„Das Innovationsfondsprojekt DIMINI ist ein bislang einmaliges Leuchtturmprojekt in Hausarztpraxen zur Selektion von Patienten/-innen mit einem Risiko von über 50 %, in den folgenden 10 Jahren einen manifesten Diabetes mellitus zu entwickeln. Die Interventionsgruppe erhält eine 15-monatige, vergütete Betreuung durch die einschreibende Hausarztpraxis und ein aha-Startset mit Schrittzähler, Theraband, Maßband und einer App. Die Kontrollgruppe wird nach den Prinzipien des ‚Usual Care‘ parallel versorgt.“

Dr. Jörg Simon



„Die Maßnahmen zur Gesundheitskompetenz müssen mehr von den Bedürfnissen der Patienten gedacht und passend für ihre Lebenswelt – besonders auch für ältere Menschen – umsetzbar gestaltet sein.“

Dr. Barbara Keck

Workshop II

WER VERSORGT IN ZUKUNFT DEN PATIENTEN? ARZT UND/ODER ALGORITHMUS?

Leitung: Wolfgang van den Bergh

Referenten: Christian Baudis, Barbara Bitzer, Gregor Drogies, Bastian Hauck, Prof. Dr. Georg Marckmann, Dr. Elmar Schmid, Marcel Weigand



Unter welchen Rahmenbedingungen können Algorithmen den Arzt sinnvoll bei der Arbeit entlasten? Hierzu diskutierten in diesem Workshop folgende Referenten:

- Christian Baudis, My Digital
- Barbara Bitzer, Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)
- Gregor Drogies, DAK-Gesundheit
- Bastian Hauck, #dedoc° Deutsche Diabetes Online Community
- Prof. Dr. Georg Marckmann, Ludwig-Maximilians-Universität München
- Dr. Elmar Schmid, Gesundheit Management Zentrale GmbH (GMZ)
- Marcel Weigand, Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V. (APS)

Christian Baudis gab zunächst einen Ausblick auf neue Rollenverteilungen und Aufgaben, die zukünftig nötig sind. Neue Technologieinnovationen haben das Potenzial, das Gesundheitswesen zu demokratisieren, wodurch Patienten selbstbestimmt am Informationsaustausch teilhaben. So werden Patienten zukünftig Gesundheitsdaten selbstständig dokumentieren und diese Daten durch computergestützte Algorithmen auswerten lassen. Laut Christian Baudis werde der verbesserte Informationsfluss und als Folge dessen die verbesserte Gesundheitskompetenz dazu führen,

„Der Patient wird sich in den einfachen Fällen mithilfe von digitalen Endgeräten selbst vermessen, mithilfe von Algorithmen/Supercomputern beraten lassen und ggf. einen Video-Arzt oder einen Apotheker konsultieren. Nur in den schwierigen Fällen wird er noch die Meinung des Arztes persönlich einholen.“

Christian Baudis



dass Patienten bei einfachen Krankheiten verstärkt die Beratung in der Apotheke in Anspruch nehmen. Ärzte können sich dann auf schwerwiegendere Erkrankungen konzentrieren. Durch Algorithmen werden diese daher unterstützt, keinesfalls jedoch ersetzt.

Die digitale Transformation ermöglicht die Verbesserung von Versorgungsprozessen hin zu einer flächendeckenden, bedarfsgerechten und zeitgenauen Versorgung unter anderem durch Telemedizin, so **Barbara Bitzer**. Patienten werden informierter und die Therapieadhärenz erhöht sich. Die DDG sieht es als ihre Aufgabe an, für den digitalen Transformationsprozess medizinische Standards zu definieren. Der Code of Conduct Digital Health der DDG stellt dafür einen ethisch basierten Handlungsrahmen dar. In Hinblick auf die Datensicherheit sei es relevant, dass Patientendaten einerseits vor unbefugten Zugriffen geschützt werden, aber auch über die Möglichkeit einer „Datenspende“ für Forschungszwecke aufgeklärt wird. Zusammenfassend erwähnte Barbara Bitzer, dass die ärztliche Verantwortung für die Behandlung von Patienten nicht durch digitale Technik ersetzbar ist.



„Bei Algorithmus-basierten Therapie-Empfehlungen müssen Verbraucher vor falschen Heils-Versprechungen geschützt werden und die ärztliche Verantwortung für eine Patienten-Behandlung ist durch digitale Technik nicht ersetzbar.“

Barbara Bitzer

Gregor Drogies argumentierte, dass Patientenversorgung eher als ein andauernder Prozess mit dem Ziel einer ausbalancierten Gesundheit zu verstehen sei. Aufgrund sich ändernder Kundenbedürfnisse muss es evidenzbasierte digitale Anwendungen geben, die Patienten dabei helfen und diese in den Mittelpunkt stellen. Die steigende Anzahl von digitalen Angeboten erschwert es Patienten jedoch, evidente von obskuren Angeboten unterscheiden zu können. Deshalb müssen diese befähigt werden, zwischen verschiedenen Behandlungsoptionen auswählen zu können.



„Digitale Versorgung nur als Optimierung persönlicher Prozesse zu verstehen ist eine Sackgasse. Alle Akteure sind gefordert Wege zu finden, wie die Menschen von den neuen Möglichkeiten profitieren, bei minimierten Risiken.“

Gregor Drogies

Apps, Algorithmen und AI-getriebene Lösungen werden zunehmend nicht nur Ärzte, sondern auch und gerade Patienten in ihrem Krankheitsmanagement unterstützen und Menschen im Umgang mit ihrer Gesundheit beraten – noch bevor sie zum Arzt gehen. Diesen Ausblick gab **Bastian Hauck**. Dabei betonte er, dass insbesondere Menschen mit chronischen Krankheiten wie z. B. Diabetes die meiste Zeit auf sich allein gestellt sind und Entscheidungen ohne ärztliche Beteiligung treffen müssen. Algorithmen können diese Form des Selbstmanagement durch die schnelle Verarbeitung von Echtzeitdaten unterstützen und bei Therapieentscheidungen helfen. Digitale Lösungen können und sollen den persönlichen Kontakt zum Arzt nicht ersetzen. Bei deren Entwicklung werden die traditionellen Akteure des Gesundheitswesens jedoch keine zentrale Rolle mehr spielen, so Bastian Hauck.



„Apps, Algorithmen und AI-getriebene Lösungen werden zunehmend nicht nur Ärzte, sondern vor allem auch Patienten in ihrem Krankheitsmanagement unterstützen und Menschen im Umgang mit ihrer Gesundheit beraten – noch bevor sie zum Arzt gehen.“

Bastian Hauck

Prof. Dr. Georg Marckmann betrachtete das Thema aus ethischer Sicht und legte dar, dass der Einsatz von Algorithmen ethisch geboten sei, wenn die Patientenversorgung nachweislich verbessert wird. Jedoch sei es wichtig, ethische Bewertungskriterien für diese aufzustellen. Dabei sollten Algorithmen einen nachgewiesenen Bedarf an Entscheidungsunterstützung abdecken sowie in ein übergeordnetes Versorgungskonzept integriert werden können. Prof. Dr. Georg Marckmann betonte auch, dass Algorithmen das Problem der „Dequalifizierung“ der Ärzte aufwirft.



„Algorithmen müssen einen ärztlichen Bedarf an Entscheidungsunterstützung decken, in ein patientenorientiertes Versorgungskonzept integriert sein und einen nachgewiesenen Nutzen für die Patienten bieten.“

Prof. Dr. Georg Marckmann



Dr. Elmar Schmid ging auf den digitalen Alltag im Arztnetz GMZ ein, welches 20.000 Versicherte der AOK Bayern versorgt. Er stellte das Projekt QuATRo, „Qualität in Arztnetzen – Transparenz mit Routinedaten“, vor. Dieses schafft mehr Transparenz und ermöglicht den Vergleich der Versorgungsqualität innerhalb unterschiedlicher Ärztenetze. In unserem Netz erhalten wir bereits heute täglich über 100.000 strukturierte Daten aus den Arztpraxen, die sich um circa das 30-fache erhöhen werden, wenn der Patient direkt noch seine persönlichen Daten hinzufügt. Um hierbei diese zu filtern, Relevantes zu erkennen und das System für die Ärzteschaft und den Patienten überschaubar zu halten sowie die Qualität zu erhalten oder zu steigern, ist die Anwendung von Algorithmen unabdingbar. Dabei ist es außerdem notwendig, Ärzten ein zeitnahes Feedback zu ihren Behandlungserfolgen zu geben.



Laut **Marcel Weigand** fehlt ein klares Zielbild für ein digitalisiertes Gesundheitswesen. Trotz viel Aktionismus fehle es an Marktzugangsstrukturen für digitale Anwendungen sowie Bewertungsprozessen für die Erstattung dieser Leistungen. Big Data und KI haben das Potential, Versorgungsprozesse zu verbessern und Hinweise auf bestimmte Fehlentwicklungen zu geben. Dabei betonte er, dass KI nur dort zum Einsatz kommen sollte, wo ein Nutznachweis erbracht wird, wie beispielsweise bei der Verbesserung bestimmter diagnostischer Prozesse. Es sollte jedoch nicht der Trugschluss entstehen, dass KI ein Allheilmittel ist. Auch weiterhin muss ein Großteil der Therapien von Menschen erbracht werden.



Die anschließende Diskussion unter der Leitung von **Wolfgang van den Bergh**, Ärzte Zeitung, hatte zwei Schwerpunkte:

- Unter welchen Rahmenbedingungen können (digitale) Algorithmen den Arzt sinnvoll bei der Patientenbehandlung entlasten?
- Welche Weichen müssen gestellt werden, damit Patienten professionelle Interpretationen erhalten?

Es herrschte Einigkeit darüber, dass folgende Rahmenbedingungen für Algorithmen erfüllt werden müssen, um den Arzt zu entlasten: nachvollziehbare Qualität der Datengrundlage der Algorithmen, Klärung der Verantwortungsfragen, Definition klarer Zulassungskriterien sowie eine Vorabbeurteilung wie beispielsweise ein Screening des Patienten. Außerdem war es den Teilnehmern wichtig festzuhalten, dass eine Nutzenbewertung agil, schnell, wiederkehrend und nachvollziehbar sein muss. Um zu gewährleisten, dass ein Mehrwert für Patienten geschaffen wird, müssen diese in die Entwicklungsprozesse einbezogen werden. Zudem müssen Qualitätskriterien aus Patientensicht definiert werden. Abschließend wurde betont, dass die Förderung digitaler Kompetenzen der Bevölkerung sowie die strukturierte Komplexitätsreduktion digitaler Anwendungen zwingend notwendig seien.

„Algorithmen, weitreichende Sensorik beim Patienten und künstliche Intelligenz werden das Berufsbild des Arztes stark verändern. Vom heutigen Diagnostiker und Therapeuten wird er sich schrittweise zum Organisator, Berater und Coach des Patienten hin entwickeln. Er wird Teil eines Informations- und Management-Netzwerkes sein, das die Leistungen nicht mehr ausschließlich vor Ort anbietet.“

Dr. Elmar Schmid

„Algorithmen und KI haben das Potential die Patientenversorgung und -sicherheit zu verbessern. Dies muss von Politik und Selbstverwaltung aktiv gestaltet werden – sonst wenden sich Patienten vom ersten Gesundheitsmarkt weiter ab!“

Marcel Weigand



„Eine auf Algorithmen basierte Therapie-Empfehlung wird niemals von einer Maschine verantwortet werden können. Am Ende entscheidet der Arzt, dessen Handlungsspielräume größer werden - plausibel und ethisch vertretbar.“

Wolfgang van den Bergh

Workshop III

BESONDERE VERSORGUNG NACH § 140 A SGB V – QUO VADIS?

Leitung: Dr. Rainer Hess

Referenten: Prof. Dr. Andreas Beivers, Lutz O. Freiberg, Joachim Henkel, Dr. Helmut Hildebrandt, Harald Möhlmann, Silke Utz



In diesem Workshop diskutierten die Teilnehmer über Ausgestaltungsmöglichkeiten einer sektorenübergreifenden Versorgung der Krankenkassen mit Ärzten und weiteren Partnern. Folgende Referenten stellten das Thema aus ihrer Perspektive vor:

- Prof. Dr. Andreas Beivers, Hochschule Fresenius
- Lutz O. Freiberg, Innovative Gesundheitsversorgung in Brandenburg (IGiB)
- Joachim Henkel, AOK Hessen
- Dr. Helmut Hildebrandt, OptiMedis
- Harald Möhlmann, AOK Nordost
- Silke Utz, KV Schleswig-Holstein

Prof. Dr. Andreas Beivers stellte das Modellprojekt „Hybrid-DRGs“ der TK Thüringen vor. Auf Grundlage der Fallpauschalen im Krankenhaus und des EBM werden in diesem Rahmen Mischpreise für operative Leistungen kalkuliert. Diese sollen im stationären und ambulanten Sektor gelten. Mit dem Ziel, vergleichbare Leistungen und Eingriffe gleich zu vergüten, unabhängig davon, ob sie in Kliniken oder Praxen erbracht werden. Dies sei ein wichtiger Vorstoß bei der sektorenübergreifenden Versorgung und ein wichtiger Schritt hin zu einer sektorenübergreifenden Vergütung. Problematisch zeigt sich aktuell noch eine unklare Abgrenzung und die fehlende Abbildung der teilstationären Versorgung.



„In zentralen Punkten bleiben die Hybrid-DRGs derzeit noch wichtige Antworten schuldig“

Prof. Dr. Andreas Beivers

Verträge nach § 140a SGB V sind keine Innovationstreiber, da immer in den Grenzen des SGB V gedacht werden muss, so **Lutz O. Freiberg**. Technische Innovationen werden jedoch erhebliche und transformative Auswirkungen auf alle Bereiche haben. Die bereits zahlreich existierenden, integrierten und sektorenübergreifenden Modelle wie Telemedizin entstehen aus dem finanziellen und personellen Ressourcenmangel und nicht auf Grundlage einer „Big Idea“ zur nachhaltigen Verbesserung der Versorgung. Aufgrund dessen würden diese Versorgungslösungen nur Zwischenstufen im bestehenden Ordnungsrahmen bilden. Lutz O. Freiberg betonte, dass systemische Entscheidungen notwendig seien, um die erforderliche, regional gleichwertige und individualisierte Versorgung zu sichern.



„Es muss die Frage gestellt werden: ‚Was ist eigentlich die Versorgungsidee?‘, Was wollen wir wirklich erreichen?“

Lutz O. Freiberg

Joachim Henkel gab einen zeitlichen Überblick über die Entwicklung der integrierten Versorgung, mit der im Zeitverlauf die sektorenübergreifende Versorgung stetig verbessert werden konnte. Aktueller Schwerpunkt ist auch hier die Digitalisierung. Neue Investitionsmöglichkeiten sollen dabei durch Mittel des Innovationsfonds gefördert werden. Joachim Henkel schilderte, dass der Abschluss eines IV-Vertrages aufgrund von fehlenden einheitlichen IT-Infrastrukturen, Datenschutzvorgaben sowie bürokratischen Hürden jedoch erschwert wird. Alle Beteiligten müssen einen spürbaren Nutzen erkennen, sonst wird die Überzeugung für eine Teilnahme nicht gelingen. Zusammenfassend erwähnte Joachim Henkel, dass die integrierte Versorgung weiterhin eine Chance habe, wenn Hürden – auch zur Einbindung von Industriepartnern – abgebaut oder reduziert werden.



„Das Ziel einer besseren Versorgung kann nur gemeinsam durch alle Akteure im Gesundheitswesen erreicht werden. Isolierte Aktivitäten haben in der Vergangenheit nur Aufwand ohne Ertrag produziert.“

Joachim Henkel

Laut **Dr. h.c. Helmut Hildebrandt** werde das Zukunftskonzept einer populationsorientierten und sektorenübergreifenden Versorgung durch die schiere Komplexität der regulatorischen Bestimmungen verhindert. Als Beispiel für einen erfolgreichen Ansatz für eine integrierte regionale Versorgung nannte er die Initiative „Gesundes Kinzigtal“. Es lassen sich hieraus drei zentrale Erfolgsfaktoren formulieren:



- Krankenkassen, die bereit sind, ihre Daten und ihren Zusatzgewinn in der Region zu teilen
- Interessierte lokale Ärzte und andere Gesundheitsprofessionen, die gegen zusätzliche Vergütungen durch eine regionale Managementgesellschaft bereit sind, sich für eine lokale Optimierung einzusetzen
- Startinvestment zur Überbrückung der ersten drei Jahre, gedeckt durch einen Langzeitvertrag mit nachhaltigen Investitionsanreizen

Er betonte, dass nur ein, unter allen Akteuren abgestimmtes, Regelwerk Innovation und Integration begünstigt.

„Wir müssen den Gesamtprozess der Entstehung und Behandlung von Erkrankungen optimieren sowie Patienten in ihrer Gesundheitskompetenz und ihrem Selbstmanagement fördern. Dafür muss es zwingend ein verbindendes ökonomisches Interesse über die Sektoren hinweg geben.“

Dr. Helmut Hildebrandt

Zur Stärkung einer populationsorientierten, sektorenübergreifenden Versorgung adressiert Dr. Helmut Hildebrandt 5 Punkte an den Gesetzgeber:

1. Zielquoten zur Umsetzung integrierter, populationsorientierter Verträge
2. Regionale Gebietskörperschaften oder Gesundheitskonferenzen dürfen Verträge initiieren – Begründungspflicht für Krankenkassen
3. Proaktiver Prüfauftrag an das Bundesversicherungsamt
4. Outcomes von Krankenkassen veröffentlichen
5. Monitoring von Outcomes bei regionalen Managementgesellschaften

Harald Möhlmann hob hervor, dass ein funktionierender Wettbewerb Motor und Antriebskraft für neue innovative Ideen sei. Dabei finden Innovationen über folgende Akteure den Weg in die gesetzliche Krankenversicherung: Gesetzgeber, NUB-Verfahren, den Gemeinsamen Bundesausschuss oder den Innovationsfonds. Aus seiner Sichtweise kann eine integrierte Versorgung nur erreicht werden, wenn folgende Eckpunkte bedacht werden. Zum einen die Integration und Vernetzung von Strukturen sowie die Steuerung mit Blick auf die Zielgruppen. Zum anderen die Versorgungspfade für Indikationen. Dabei betonte er, dass zentrale Regelungen allein nicht reichen werden. Für ein Mehr an Qualität und Wirtschaftlichkeit seien dezentrale, wettbewerbliche Ergänzungen notwendig.



„Gesundheit ist ein lokales Gut! Eine Optimierung der Versorgung allein durch zentrale Regelungen wird nicht gelingen. Für ein Mehr an Qualität und Wirtschaftlichkeit sind dezentrale, wettbewerbliche Ergänzungen notwendig: der Raum für 140er Lösungen!“

Harald Möhlmann

Die Sicht der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein (KVSH) beleuchtete

Silke Utz. Aktuell ist die KVSH an vier Verträgen nach § 140a beteiligt, u. a. „Dimini – Diabetes mellitus? Ich nicht!“ und „Gesund schwanger“. Dabei vertraut die KVSH auf unterschiedlichste Partner wie Krankenkassen, Berufsverbände und bei „Dimini“ auch auf die Pharmaindustrie. Positiv hervorzuheben sei, dass die KV als Vertragspartner flächendeckend Ärzte erreicht sowie eine sektorenübergreifende Vernetzung von Playern im Gesundheitswesen gewährleisten kann. Ein weiterer Vorteil sei die praktische Abrechnung für Ärzte und Krankenkassen über die KV. Laut Silke Utz sei jedoch der bürokratische Aufwand für Ärzte deutlich zu hoch. Es könnte für die KVen schwieriger werden, Verträge nach § 140a SGB V abzuschließen, da die Koalitionsvereinbarung keine Erleichterungen für Vertragsärzte erkennen lasse, sondern vielmehr weitere Vorgaben vorsehe, die einen entsprechenden Kosten- und Verwaltungsmehraufwand bedeuten.



„Verträge nach § 140a SGB V gern – aber mit (mehr) Versorgungsinhalt und wenig(er) Bürokratie!“

Silke Utz

In der anschließenden Diskussion unter der Leitung von **Dr. Rainer Hess**, Rechtsanwalt und ehemaliger unparteiischer Vorsitzender des G-BA, wurde über die individuelle Ausgestaltung einer sektorenübergreifenden Versorgung und die Rolle der pharmazeutischen Industrie gesprochen.

Welche individuelle Ausgestaltung einer sektorenübergreifenden Versorgung über Wahltarife einschließlich kassenspezifischer telematischer Strukturen bleibt den Krankenkassen, wenn die Koalition ihr politisches Ziel einer sektorenübergreifenden Versorgung des stationären und ambulanten Systems realisieren sollte?

Die sektorenübergreifende Versorgung als Regelversorgung wird nicht den gesamten vertragsärztlichen und stationären Versorgungsbereich umfassen können, sondern aus verfassungsrechtlichen Gründen (ausdrücklich fortbestehende Planungshoheit der Länder



für die stationäre Versorgung) und wegen der in der Koalitionsvereinbarung ausdrücklich beibehaltenen sektorenbezogenen Versorgungsstrukturen nur Teilbereiche erfassen können.

Es bedarf einer definitorischen Abgrenzung von ambulanter und teil-, halb-, stationärer Versorgung, um sich auf eine neue Struktur einer sektorenübergreifenden Versorgung ohne Bindung an das „Krankenhausbett“ verständigen zu können. Die in einem Modellprojekt erprobten Hybrid-DRG mit einer Modifikation der DRG-Bildung für halbstationäre Leistungen und der Mischkalkulation eines einheitlichen Preises stellen für einen solchen Teilbereich einen Lösungsweg dar, der jedoch Risiken für Fehlanreize beinhaltet.

Entsprechend der ursprünglichen Zielsetzung flächendeckender integrierter Versorgungsverträge sollten populationsbezogene IV-Verträge als Einstieg in eine Regelversorgung über den Innovationsfonds gefördert und evaluiert werden. Eingebracht wird die Überlegung, den Krankenkassen gesetzlich aufzuerlegen, mindestens 10 v.H. der Versorgung ihrer Versicherten über derartige Verträge zu regeln. Dabei soll der notwendige Mehraufwand für den Ausbau präventiver Maßnahmen und Ergebnis gesicherter Diagnosen und Behandlungen durch Einsparungen refinanziert werden, die durch „Vermeidung von Schäden“ (unnötige oder unwirtschaftliche Leistungen, Verordnungen, Einweisungen oder Fehlbehandlungen) entstehen.

In Regionen mit struktureller Unterversorgung sollten unter Einbeziehung der kommunalen Ebene die notwendigen regionalen Versorgungsstrukturen in enger Abstimmung der verantwortlichen Organisationen losgelöst von rechtlichen Abgrenzungen festgelegt und unter Ausnutzung aller möglichen rechtlichen Gestaltungsmöglichkeiten eingeführt werden. Voraussetzung ist ein Grundvertrauen unter den Beteiligten. Der Gesetzgeber sollte unter definierten Bedingungen sektorenübergreifende Verträge der Krankenkassen als besondere Regelversorgung anerkennen und damit dem Vertragswettbewerb weiter eine Chance geben.

Welche Funktion kann die pharmazeutische Industrie in der besonderen Versorgung im gegenwärtigen System übernehmen und was sind die Hürden, die eine Realisierung der gesetzlich ausdrücklich ermöglichten, aber kaum praktizierten, Einbindung pharmazeutischer Unternehmen in IV-Verträge erschweren?

Die Industrie verfügt über ein organisatorisches und betriebswirtschaftlichen Know-how, das für den Abschluss und die Durchführung von IV-Verträgen nutzbar gemacht werden sollte. Dagegen steht das Misstrauen potentieller Vertragspartner wegen einer wenn auch nur indirekten Nutzung solcher Verträge für den Absatz der eigenen Produkte.

Beispiele zeigen, dass die Beteiligung der Industrie an IV-Verträgen dann erwünscht und erfolgreich ist, wenn eine Verbindung dieser Mitwirkung mit den betreffenden Produkten definitiv ausgeschlossen ist.



„Die Industrie verfügt über ein organisatorisches und betriebswirtschaftlichen Know-how, das für den Abschluss und die Durchführung von IV-Verträgen nutzbar gemacht werden sollte. Beispiele zeigen, dass eine Beteiligung erwünscht und erfolgreich ist, wenn eine Verbindung mit Produkten ausgeschlossen ist.“

Dr. Rainer Hess

Workshop IV

KOMMEN MEDIKAMENTE MIT ZUSATZ- NUTZEN AUCH BEIM PATIENTEN AN? AIS, REGRESSE, MISCHPREISE

Leitung: Dr. Jürgen Bausch

Referenten: Dr. Ulf Maywald, Dr. Holger Neye, Dr. Marc Oppermann, Dr. Jutta Wendel-Schrief, Prof. Dr. Bernhard Wörmann



Wie kann gewährleistet werden, dass Innovationen mit nachgewiesenem Zusatznutzen auch den Patienten erreichen? Zu diesem Thema diskutierten die folgenden Referenten:

- Dr. Ulf Maywald, AOK PLUS
- Dr. Holger Neye, KV Nordrhein
- Dr. Marc Oppermann, Gemeinsamer Bundesausschuss
- Dr. Jutta Wendel-Schrief, MSD
- Prof. Dr. Bernhard Wörmann, DGHO e. V.

Arzneimittel mit Zusatznutzen kommen beim Patienten an, dies bestätigte **Dr. Ulf Maywald**. Wobei der Arzt entscheidet, ob der Zusatznutzen im patientenindividuellen Einzelfall medizinisch sinnvoll und notwendig ist. Der Arzt unterliegt, wie bereits vor AMNOG, der BSG-Rechtsprechung aus dem Jahr 2004 sowie dem Wirtschaftlichkeitsgebot gemäß § 12 SGB V. Laut

Dr. Ulf Maywald spielen nutzenbewertete Arzneimittel in unterschiedlichem Ausmaß in fast jeder Fachgruppe eine Rolle und werden nachweislich auch differenziert eingesetzt. Dabei benötigt der Arzt für seine fundierte und wirtschaftliche Verordnungsentscheidung entsprechend aufbereitete Informationen. Dr. Ulf Maywald erläuterte, dass Ärzte meist nicht über die neuen Therapiealternativen informiert seien und daher meist Vorbehalte gegenüber Wirksamkeit und Therapiekosten haben. Außerdem führen anfallende administrative Zusatzbelastungen und Wirtschaftlichkeitsprüfungen zur Beeinträchtigung der Verordnungsbereitschaft. Abschließend formulierte er den Wunsch nach einer „mutigen“ Rechtsverordnung des Gesetzgebers nach § 73 Abs. 9 SGB V.



„Medikamente mit Zusatznutzen kommen beim Patienten an! Sofern der Arzt sie im jeweiligen Einzelfall für medizinisch sinnvoll und notwendig hält, wird und kann er sie verordnen.“

Dr. Ulf Maywald

Dr. Holger Neye schilderte die Sicht der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein. Diese begrüßt das Urteil des BSG vom 4.7.2018 zur Rechtmäßigkeit eines wirtschaftlichen Mischpreises und fordert, dass die Wirtschaftlichkeitsverantwortung für diesen bei den Verhandelnden, also dem GKV-Spitzenverband oder den pharmazeutischen Unternehmen, liegt. Die Verantwortung für die medizinisch indizierte, patientenindividuelle Therapieentscheidung hingegen obliegt dem Arzt – unabhängig von den Ergebnissen der frühen Nutzenbewertung. So muss der Arzt Arzneimittel auch bei Indikationen wirtschaftlich verordnen können, denen seitens des G-BA kein Zusatznutzen zugesprochen wurde. Dr. Holger Neye betonte nochmals, dass Ergebnisse einer frühen Nutzenbewertung weder als Therapieempfehlung oder Leitlinie, noch als Therapieausschluss missverstanden werden dürfen.



„Es ist nicht Aufgabe der Ärzte, auf Basis der Ergebnisse der frühen Nutzenbewertung Therapieentscheidungen zu treffen.“

Dr. Holger Neye

Beschlüsse der frühen Nutzenbewertung (§35a SGB V) dienen, laut **Dr. Marc Oppermann**, einerseits als Grundlage für die Verhandlungen der Erstattungsbeträge, andererseits als objektive Information über den patientenrelevanten (Zusatz-)nutzen neuer Arzneimittel. Bislang fehle es allerdings noch an einer Aufbereitung der Nutzenbewertungsbeschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) für Haus- und Fachärzte, Kliniken, Apotheker und Patienten. Daher ist die geplante Implementierung der Beschlüsse in Arzt- und Krankenhausinformationssystemen zur Nutzung der umfangreichen Informationen aus dem Bewertungsverfahren erforderlich und sinnvoll. Ein gutes Arztinformationssystem wäre übersichtlich, transparent und aktuell und enthielte die wesentlichen Informationen.



„Beschlüsse der frühen Nutzenbewertung (§ 35a SGB V) dienen einerseits als Grundlage für die Verhandlungen der Erstattungsbeträge, andererseits als objektive Information über den patientenrelevanten (Zusatz-)nutzen neuer Arzneimittel.“

Dr. Marc Oppermann

So zeigen die Erfahrungen aus sieben Jahren AMNOG, dass noch weitere Anstrengungen zur Nutzung der umfangreichen Informationen aus dem Bewertungsverfahren erforderlich und sinnvoll sind. Dabei ist die Implementierung der Beschlüsse in Arzt- und Krankenhausinformationssystemen notwendig. Klare Anforderungen des G-BA an ein gutes Arztinformationssystem (AIS) sind: Transparenz, Übersichtlichkeit, Relevanz und Aktualität.

Laut **Dr. Jutta Wendel-Schrief** sei das Ziel des Prozesses der frühen Nutzenbewertung eine bestmögliche Versorgung von Patienten mit innovativen Arzneimitteln zu einem adäquaten Preis. Dennoch kommen innovative Arzneimittel mit klarem Nutzenvorteil und wirtschaftlich verhandeltem Erstattungspreis zum Teil nicht beim Patienten an. Dies sei im Nebeneinander zentraler und regionaler Steuerungsmechanismen zu begründen. So werden beispielsweise auf Bundesebene wirtschaftliche Erstattungspreise über alle Indikationen hinweg verhandelt, auf regionaler Ebene aber darauf verwiesen, innovative Arzneimittel nur in den Subpopulationen mit anerkanntem Zusatznutzen zu verordnen. Dieses Verhalten verunsichert Ärzte und Patienten. Dr. Jutta Wendel-Schrief betonte in diesem Zusammenhang die Notwendigkeit einer Harmonisierung im Sinne eines gemeinsamen Wirtschaftlichkeitsverständnisses.



„Die frühe Nutzenbewertung ist ein Prozess, der die bestmögliche Patientenversorgung mit innovativen Arzneimitteln zu einem adäquaten Preis zum Ziel hat. Am Ende sollten daher die verhandelten Erstattungsbeträge als wirtschaftlich akzeptiert werden.“

Dr. Jutta Wendel-Schrief





Prof. Dr. Bernhard Wörmann ging abschließend auf die Vielzahl an onkologischen Innovationen ein, welche ein Segen für die Patienten seien. Er erwähnte, dass es für eine schnelle und patientenindividuelle Behandlung aktuelle Leitlinien und den Zugang zu umfassenden Informationen bedarf. Den enormen Informationsbedarf in einem so komplexen Therapiefeld wie der Onkologie spiegeln u. a. stetig steigende monatliche Nutzerzahlen (>5 Mio. in 8/2018) auf Informationsplattformen wie z. B. Onkopedia wider. Für die Onkologie stellte Prof. Dr. Bernhard Wörmann fest, dass die Nutzenbeschlüsse des G-BA nicht regelhaft mit den Therapieempfehlungen korrelieren. Die Ursachen dafür sind u. a. mangelnde Aktualität oder auch die Methodik der frühen Nutzenbewertung. Dies beschrieb er am Beispiel des Parameters PFS (Progressions-freies Überleben). Dieser stellt seiner Ansicht nach einen geeigneten, überaus patienten-relevanten Endpunkt der Onkologie dar. Im Rahmen der frühen Nutzenbewertung hingegen wird ausschließlich das Gesamt-Überleben (OS/Overall Survival) berücksichtigt.

Die anschließende Diskussion unter der Leitung von **Dr. Jürgen Bausch**, Ehrenvorsitzender der KVH, hatte zwei Schwerpunkte:

- Was kann getan werden, damit die Ergebnisse der Nutzenbewertung nach § 35a SGB V im Praxisalltag besser genutzt werden können?
- Wie müssen die Vorgaben für die Praxissoftware gestaltet sein, um eine adäquate Patientenversorgung zu erleichtern?

Weitgehende Einigkeit unter den Teilnehmern bestand hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit des Mischpreises, dessen Rechtmäßigkeit nochmals vom BSG bestätigt wurde.

Allen Teilnehmern war es wichtig zu erwähnen, dass die Ergebnisse der frühen Nutzenbewertung der Findung eines adäquaten, wirtschaftlichen Preises dienen. Dabei besitzen sie keinesfalls Leitliniencharakter, fungieren nicht als Therapieempfehlung oder gar als ein Therapieausschluss. Wichtig sei festzuhalten, dass die Entscheidung, ob der Einsatz eines nutzenbewerteten Arzneimittels im patientenindividuellen Einzelfall medizinisch sinnvoll und notwendig ist, unverändert der Arzt trifft. Er solle in seiner therapeutischen Verantwortung und Freiheit bestärkt werden. Dabei unterliegt er dem sozialrechtlichen Wirtschaftlichkeitsgebot, woran sich durch die frühe Nutzenbewertung nichts geändert hat. Dass eine transparente, übersichtliche, praktikable und unverfälschte Abbildung der komplexen Ergebnisse der Nutzenbewertung in der ärztlichen Software eine gewisse Herausforderung darstellt, war ebenfalls Konsens. Ein Arzneimittelinformationssystem muss jedoch Kriterien wie Transparenz, Aktualität und Praktikabilität erfüllen um Patienten, die von der Innovation profitieren, mit vertretbarem Aufwand (besser) identifizieren zu können. Abschließend wurde deutlich, dass die Teilnehmer mit Spannung die Rechtsverordnung des BMG erwarten.

„Der Segen der vielen, innovativen Arzneimittel darf nicht zum Fluch werden. Ärzte brauchen aktuelle Leitlinien und Zugang zu umfassenden Informationen, damit die richtigen Arzneimittel schnell beim richtigen Patienten ankommen.“

Prof. Dr. Bernhard Wörmann



„Die frühe Nutzenbewertung im AMNOG-Prozess hilft, bei ungelösten Patientenproblemen unbekannte neue Arzneimittel früh und rational einzusetzen. Denn das Votum des G-BA basiert auf den Herstellerinformationen und einem nachprüfaren wissenschaftlichen HTA-Bewertungsprozess durch Experten. So wird anekdotische Evidenz – im Alltagsgeschehen mitunter unverzichtbar – merklich verbessert.“

Dr. Jürgen Bausch

Workshop V

WIE KANN DIGITALISIERUNG DAS GESUNDHEITSSYSTEM EFFIZIENTER MACHEN?

Leitung: Prof. Dr. Volker E. Amelung

Referenten: Dr. Christian Flügel-Bleienheuft, Dr. Florian Fuhrmann, Dr. Christian Graf, Katharina Jünger, Matthias Leu, Frank Preugschat



In diesem Workshop diskutierten die Teilnehmer darüber, wie die Digitalisierung das Gesundheitssystem messbar effizienter gestalten kann. Folgende Referenten stellten das Thema aus ihrer Perspektive vor:

- Dr. Christian Flügel-Bleienheuft, AdA, Gesundheitsnetz Köln Süd
- Dr. Florian Fuhrmann, KV Telematik GmbH
- Dr. Christian Graf, BARMER
- Katharina Jünger, TeleClinic GmbH
- Matthias Leu, CompuGroup Medical
- Frank Preugschat, AOK Niedersachsen

Dr. Christian Flügel-Bleienheuft erläuterte, dass Telemedizin Chancen für mehr Effizienz und Qualität bietet, vor allem in der ländlichen Versorgung bei der Überwachung von Parametern wie Blutdruck, EKG und Gewicht. Außerdem kann die Digitalisierung durch die verbesserte Kooperation von Einweisern und Krankenhäusern die intersektorale Versorgung optimieren. Dabei sei durch den Informationsaustausch eine kürzere Liegedauer möglich. Weiterhin würden strukturierte Prozesse intersektorale Nahtstellen überwinden. Dr. Christian Flügel-Bleienheuft stellte das Projekt TELnet@NRW vor, ein Telekonsil, welches den Einsatz infektiologischer, ärztlicher Kompetenz ermöglicht. Abschließend erwähnte er, dass der mündige, informierte Patient die treibende Kraft für Veränderungen ist.



„Eine patientenorientierte Digitalisierung stärkt die Eigenverantwortung des Patienten, seine Compliance und erhöht die Transparenz, welche z. B. für shared decision notwendig ist, womit das System effizienter werden kann.“

Dr. Christian Flügel-Bleienheuft



Laut **Dr. Florian Fuhrmann** sei entscheidend für die Qualität und Effizienz der Versorgung, dass der behandelnde Arzt die richtigen Daten zur richtigen Zeit verfügbar hat. Dabei sollte die Möglichkeit gegeben sein, dezentrale Daten zentral nutzbar zu machen. Die Übermittlung der Daten muss dabei sicher und der Zugriff auf die Daten einfach handhabbar sein. Dies muss bei jeder Innovation, die die ärztliche Versorgung betrifft und bei der zugrundeliegenden Infrastruktur gewährleistet sein.

„Entscheidend für die Qualität und Effizienz der Versorgung ist, dass der behandelnde Arzt die richtigen Daten zur richtigen Zeit verfügbar hat. Die Übermittlung der Daten muss dabei sicher und der Zugriff auf die Daten einfach handhabbar sein. Dies muss bei jeder Innovation, die die ärztliche Versorgung betrifft, und bei der zugrundeliegenden Infrastruktur gewährleistet sein.“

Dr. Florian Fuhrmann



Dr. Christian Graf präsentierte aktuelle digitale Angebote der BARMER. Um die Digitalisierung voranzubringen wurde die Abteilung BARMER.i. gegründet, welche die strategische Ausrichtung und Gestaltung des digitalen Gesundheitswesens vorantreibt. Digitale Angebote sollten in die Versorgung integriert werden und dabei traditionelle Prozesse teilweise ersetzen. Aktuelle Projekte der BARMER umfassen Präventionsangebote, wie fitbase sowie Versorgungsangebote, wie beispielsweise die BARMER Kindernotfall-App oder die BARMER Teledoktor-App. Letztere ermöglicht medizinische Beratung auf Abruf über einen Live-Chat oder eine Anruhfunktion. Dabei könne der User außerdem Fotos, Arztberichte oder Befunde hochladen. Dr. Christian Graf betonte zusammenfassend, dass die Stärken digitaler Versorgungsangebote insbesondere in ihrer hohen Skalierbarkeit und ihren niedrigen Zugangsbarrieren liegen, weshalb zukünftig digitale Services sogar schon vor der ambulanten oder stationären Behandlung genutzt werden könnten.

„Die Stärken digitaler Versorgungsangebote liegen insbesondere in ihrer regelhaft hohen Skalierbarkeit und ihren niedrigen Zugangsbarrieren.“

Dr. Christian Graf



Katharina Jünger stellte das Gesundheits-Start-Up TeleClinic vor. Ein Service, welcher Usern eine Fernbehandlung durch Fachärzte via App, Telefon oder Computer ermöglicht.

Patienten können sofort und jederzeit durch einen Allgemein- oder Facharzt kompetent und individuell beraten werden. Im persönlichen Gesundheitskonto werden alle medizinischen Daten und Dokumente zentral gespeichert und vom Patienten verwaltet. Katharina Jünger hob hervor, dass TeleClinic zurzeit der einzige Anbieter in Deutschland ist, der das elektronische Privatrezept ausstellen kann. Aufgrund der steigenden Nachfrage, befinde sich TeleClinic in Partnerschaft mit der privaten Krankenversicherung in der Umsetzung einer digitalen AU-Bescheinigung. Hervorzuheben sei, dass durch Telemedizin die Qualität der Versorgung gesteigert und die Kosten evident reduziert werden können. Ressourcen können effektiv durch ortsunabhängiges Matching von Arzt und Patient verteilt werden, wobei durch eine zentrale Gesundheitsakte Fehlbehandlungen vermieden werden. Abschließend sei zu erwähnen, dass bisherige Nutzerdaten und Erfahrungen von Versicherungen und Krankenkassen sinnvoll in das Health Population Management einbezogen werden können.

„Patienten möchten sofort, jederzeit, kompetent und individuell versorgt werden.“

Katharina Jünger

Matthias Leu thematisierte die Optimierung des Medikationsmanagements. In diesem Zusammenhang stellte er das Projekt „Arzneimittelkonto NRW“ vor, welches Ärzte, Apotheker und Pflegeeinrichtungen verbindet, um damit Sicherheit und Hilfe bei der Medikation zu gewähren. Ein zentrales Arzneimittelkonto informiert Patienten über die





Gesamtmedikation sowie Wechselwirkungen von Medikamenten und überwacht jede Änderung oder Ergänzung der Gesamtmedikation. Dies verhindert unerwünschte Wechselwirkungen und Doppelverordnungen. Die Ergebnisse einer ersten Zwischenevaluation bestätigen dies. Aus Sicht von Matthias Leu sei eine Überführung von eHealth aus Gründen des Versorgungsanspruchs bei gleichzeitiger Bezahlbarkeit unumgänglich. Die Voraussetzungen seien die Telematikinfrastruktur, sichere persönliche Gesundheitsakten und die Integration in die Informationssysteme der Gesundheitsdienstleister.

Frank Preugschat wies darauf hin, dass nicht erkennbar ist, inwieweit Gesundheitsaufgaben durch Digitalisierung rückläufig sind. Die Chancen der Digitalisierung liegen in der Prozess- und Qualitätssteigerung durch technischen und medizinischen Fortschritt. Dabei wird jedoch nicht prioritär die Zielsetzung verfolgt, Kosten zu senken.



Weiterhin erwähnte Frank Preugschat, dass laut einer Umfrage Bürokratie und die technische Umsetzung die größten Hemmnisse der Digitalisierung sind.

Abschließend ging er auf die webbasierte Plattform CASEPLUS ein. Eine digitale Anwendung, die für das Aufnahme- und Entlassmanagement relevante Prozesse nutzerfreundlich und effizient abbildet. Dabei steht die direkte und transparente Kommunikation aller beteiligten Parteien in Form einer digitalen fallbezogenen Patientenakte im Fokus des Pilotprojekts, wobei der Patient jederzeit Herr über seine Daten bleibt.

Die anschließende Diskussion unter der Leitung von **Prof. Dr. Volker Amelung**, BMC, hatte zwei Schwerpunkte:

- Wie lassen sich Effizienzsteigerungen durch die Digitalisierung messen?
- Warum ist die bessere Versorgung gleichzeitig die günstigere Versorgung?

Es herrschte Einstimmigkeit darüber, dass eine Effizienzsteigerung durch Zeitreduktion messbar ist. Dabei müsse die Zeit zwischen der medizinischen Frage eines Patienten und der Leistungserbringung durch einen Arzt gemessen werden. Außerdem könne der Zeitraum zwischen dem Erstkontakt des Patienten bis zum Ende der Behandlung relevante Informationen zur Effizienz der Versorgung liefern. Alle Workshop-Teilnehmer stimmten zu, dass eine Zeitreduktion aus Patienten- sowie aus Leistungserbringersicht betrachtet werden sollte. Ein weiterer messbarer Faktor sei die Reduktion von Fehlern, beispielsweise bei der Medikation von Patienten. Letztlich wurde über die Frage diskutiert, warum eine bessere Versorgung zugleich eine kostengünstige Versorgung sei. Es wurde zusammenfassend beschlossen, dass die beste und qualitativ hochwertigste Versorgung kosteneffizient sein muss, schlechte Qualität jedoch keinesfalls hinnehmbar ist.

„Teilen heißt Heilen – durch Digitalisierung Informationen erfahrbar machen.“

Matthias Leu

„Die Digitalisierung allein wird die Effizienz des Gesundheitswesens nicht erhöhen, sondern es gilt, gemeinsam Prozesse und Strukturen in der Versorgung mit Hilfe digitaler Lösungen neu zu denken und effizienter zu gestalten.“

Frank Preugschat



„Bis zu 34 Milliarden Euro könnten theoretisch eingespart werden, wenn die Gesundheitswirtschaft konsequent digitale Technologien anwenden würde – das entspricht gut einem Zehntel der jährlichen Gesamtausgaben im deutschen Gesundheitssystem.“

Prof. Dr. Volker Amelung

Workshop VI

VERSORGUNG BRAUCHT KOOPERATION UND INNOVATIVE LÖSUNGEN

Leitung: Prof. Dr. Clarissa Kurscheid

Referenten: Dr. Thomas Bahr, Dr. Barthold Deiters, Peter Kurt Josenhans, Volker Latz, Diane Weber



Was sind die wichtigsten Erfolgsfaktoren für innovative Versorgungslösungen und Voraussetzungen für erfolgreiche Kooperation? Folgende Referenten stellten das Thema aus ihrer Perspektive vor:

- Dr. Thomas Bahr, Unternehmung Gesundheit Management & Service UG-MaS GmbH
- Dr. Barthold Deiters, GWQ ServicePlus AG
- Peter Kurt Josenhans, AOK Bremen/Bremerhaven
- Volker Latz, Pronova BKK
- Diane Weber, Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe

Haben neue Versorgungsformen das System effektiver und effizienter gemacht? Laut

Dr. Thomas Bahr gibt es diverse Beispiele aus der Vergangenheit und Gegenwart die zeigen, dass neue Versorgungsformen gegenüber der kollektivvertraglichen Versorgung effektiver und effizienter sind. Er betonte, dass die Digitalisierung ein technischer Innovationsprozess ist, wobei die neuen Versorgungsformen politische, gesundheitsökonomische und medizinische Prozessinnovationen sind.

Dabei sei es noch ein langer Weg, bis ein kongruenter Nutzen für die Versorgung durch und mit beiden Trends erreicht wird. Ein Grund dafür sei, dass viele Akteure und Protagonisten im System noch Skeptiker sind. Die Digitalisierung wird in der Gesamtbetrachtung aller Bewertungskriterien die Versorgung nicht verbessern, aber verändern.

„Kooperation und innovative Versorgung kann durch die Digitalisierung beflügelt werden.“

Dr. Thomas Bahr



Dr. Barthold Deiters nannte fünf Erfolgsfaktoren für innovative Versorgungslösungen:

- Erkennbare Mehrwerte für alle Vertragspartner (i. d. R. Patient, Arzt & Krankenkasse)
- Einfache Prozesse und klare Behandlungspfade, welche leicht implementierbar sind.
Denn je komplexer die Versorgungslösung, desto schwerer die Überzeugungsarbeit auf Mikroebene
- Einfachheit des Abrechnungsprozesses mit der Kassenärztliche Vereinigung
- Aktives Controlling, in dem jedem Leistungserbringer die eigene Zielerreichung transparent gemacht wird
- Kommunikation, nicht nur zwischen den Leistungssektoren fördern und aufrechterhalten, sondern zwischen allen Vertragspartnern

Weiterhin stellte Dr. Barthold Deiters verschiedene digitale Versorgungsangebote vor, wie PädExpert®, ein telemedizinisches Konsil für die ambulante Pädiatrie sowie die innovative



App-gestützte Arzneimitteltherapie. Innovative Lösungen brauchen eine niedrigschwellige Implementierung in den Workflow des Arztes und einen unmittelbar erkennbaren Mehrwert für den Patienten, so Dr. Barthold Deiters. Beispielsweise verfolgt die App-gestützte Arzneimitteltherapie das Ziel, die orale Krebstherapie zu optimieren und die Adhärenz und Persistenz im Hinblick auf den Therapieerfolg zu verbessern. Dies erfolgt durch App-basierte Funktionen, wie die Detektion von Therapie-lücken, die Anpassung des Medikationsplans oder Einnahmeerinnerungen.

Laut **Peter Kurt Josenhans** sei eine perfekte Struktur und Prozessqualität eine gute Basis für eine ideale Versorgung. Absoluter „muss“ ist jedoch auch ein strukturiertes, effizientes Management von Dienstleistungs-Innovationen. Erfolgsfaktoren für eine effiziente Versorgung seien zum einen die Wahl des richtigen Partners, das Beschreiben eines gemeinsamen Ziels, die Definition von Managementaufgaben sowie zum anderen das Festlegen von Standards zum Messbarmachen von Erfolgen. Außerdem sei es wichtig eine Marke zu etablieren, mit der sich Ärzte identifizieren können. Anschließend stellte er das Versorgungsmodell PsychNetz 24 vor, ein crossfunktionales Versorgungsnetzwerk für psychische Erkrankungen, das sich derzeit in der Implementierungsphase befindet. Dabei verfolgt das Konzept den Recovery-Ansatz, beteiligt Patienten an der Versorgungsgestaltung und befähigt sie dadurch zur Selbsthilfe. Versorgungsangebote werden in den Lebensalltag der Betroffenen integriert, um deren Arbeitsfähigkeit zu erhalten. Ziel ist eine nachhaltige Verbesserung der Gesundheit.



Die Bereitschaft und der Wunsch nach Digitalisierung im Gesundheitswesen sei gegeben, so auch **Volker Latz**. Laut einer Umfrage seien mehr als 70 % der Deutschen bereit, ihren Ärzten umfangreiche Informationen zu ihrer persönlichen Gesundheitsgeschichte digital freizugeben. Versorgungssysteme werden digitalisiert. Dies illustrierte Volker Latz am Beispiel vom Arzneimittelbezug,



„Innovative Lösungen brauchen eine niedrigschwellige Implementierung in den Workflow des Arztes und einen unmittelbar erkennbaren Mehrwert für den Patienten.“

Dr. Barthold Deiters

„Erfolgsfaktoren sind einfach genannt – daran halten schafft Erfolg: Die richtigen Partner wählen. Gemeinsam das Ziel beschreiben, Managementaufgaben definieren. Standards der Prozesse festlegen und Erfolg messbar machen. Vermarkten!“

Peter Kurt Josenhans

„Wichtig ist die Bereitschaft für zukünftige Lösungen, das ‚Wollen‘ für ein gemeinsames Ziel und dieses gemeinsam erreichen zu können.“

Volker Latz

wobei ein Rezept nach der Telekommunikation mit dem Arzt in die elektronische Gesundheitsakte eingeht und automatisch über Online Apotheken geliefert wird. Volker Latz betonte, dass die breite Anwendung von digitaler Kommunikation und datengestützten Gesundheitsmaßnahmen eine Verschiebung der Ressourcen nach sich ziehe. Dabei seien das zunehmende Selbstmanagement von Patienten sowie die integrierte Vertragsgestaltung durch Krankenkassen wichtige Voraussetzungen für ein effizientes und kooperatives Versorgungskonzept.

Diane Weber hob hervor, dass es in der Versorgung kooperativ agierende und anerkannte Arztnetze benötige, welche für Kommunikation, Qualität und Regionalität stehen. Am Beispiel der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe mit 21 anerkannten Praxisnetzen beschrieb sie die Wichtigkeit von vernetzten Strukturen, welche das Fundament für Kooperationen im Gesundheitswesen bilden. Kooperation seien die Voraussetzungen für innovative Lösungen, welche für die regionale Versorgung eine immer größere Rolle spielen.



„Die Vernetzung und Kommunikation bilden das Fundament für eine Kooperation im Gesundheitswesen. Kooperation ist die tragende Säule für innovative Lösungen, welche für die regionale Versorgung eine immer größere Rolle spielen.“

Diane Weber

Die anschließende Diskussion unter der Leitung von **Prof. Dr. Clarissa Kurscheid**, FiGuS, beschäftigte sich mit der Frage, was die wichtigsten Erfolgsfaktoren innovativer Versorgungslösungen sind und welche Voraussetzungen Kooperationspartner mitbringen müssen, um eine erfolgreiche Kooperation zu gewährleisten. Es herrschte Einstimmigkeit darüber, dass der Hauptgrund für das Scheitern vieler Projekte fehlende Finanzierungsmöglichkeiten im Anschluss an Anschubfinanzierungen in der integrierten Versorgung seien. Trotz positiver Evaluierungen gelinge meist der Weg in die Regelversorgung nicht. Deshalb müsse im Innovationsfond ein strukturierter Weg im Anschluss an die Finanzierung aufgezeigt werden. Es müsse die Frage gestellt werden, wie Projekte in die Regelversorgung aufgenommen werden. Es bedarf Anreizsysteme für Ärzte sowie einer Veränderung des Vergütungssystems. Die übrigen Teilnehmer stimmten zu und merkten an, dass viele innovative Lösungen existieren, aber diese nicht mit ähnlichen Projekten abgeglichen werden. Evaluierungsprozesse und ein gegenseitiges Lernen voneinander werden meist nicht umgesetzt. Zudem sollten Akteure mit Blick auf zukünftige Versorgung auf ältere Versorgungsprojekte zurückgreifen. Die Teilnehmer hielten außerdem fest, dass viele Projektphasen zu lang sind und somit nicht nachhaltig. Darüber hinaus merkte Dr. Thomas Bahr an, dass der Wettbewerb den Fortschritt antreibt. Die Politik sollte nicht weiter in Form von weiterer Regulierung eingreifen, sondern vielmehr ein sich selbst entwickelndes System fördern.



„Innovative Versorgungslösungen bedürfen nicht nur einer kurzfristigen Förderung, sondern sollten langfristig für eine potenzielle Verstetigung geplant werden.“

Prof. Dr. Clarissa Kurscheid

Abschließend einigten sich die Teilnehmer auf folgende sechs Erfolgsfaktoren für innovative Versorgungslösungen:

1. Kooperative Zusammenarbeit beim Aufstellen gemeinsamer Ziele
2. Vorantreiben innovativer Versorgungslösungen
3. Definition von messbaren Zielen
4. Professionelle und vernetzte Strukturen
5. Schaffung von Mehrwert für alle Beteiligten
6. Entwicklung einer Marke/Marketing





NOMINIERT UND PREISTRÄGER

- 48 — Statement zum Gesundheitspreis von Dr. Jürgen Flohr
- 50 — Baby on time
- 56 — eVi® – die elektronische Visite
- 62 — Nationales Zweitmeinungsprojekt Hodentumoren
- 68 — Patient Blood Management
- 74 — Sepsisdialog
- 80 — smart medication™
- 86 — Stiftung Ambulantes Kinderhospiz München
- 92 — Straßenambulanz
- 98 — Telemedizin mit der PraxisApp „Mein Kinder- und Jugendarzt“
- 104 — VEmah

Statement zum Gesundheitspreis

Liebe Nominees!



Ich glaube zu wissen, wie Sie sich jetzt gerade fühlen. Denn vor fünf Jahren saß ich an Ihrer Stelle im Auditorium und wartete gespannt darauf, wer von uns Nominierten wohl die begehrte Auszeichnung bekommen würde. Ich weiß also, dass der eine oder andere von Ihnen jetzt am liebsten gleich zum nächsten Tagesordnungspunkt übergehen würde und fasse mich daher kurz.

Sie alle, wir alle, haben etwas gemeinsam: Wir haben uns neben der Praxis engagiert, haben geforscht, haben Netzwerke gebildet, nicht zuletzt auch viel Zeit und finanzielle Ressourcen in unsere Projekte und die Teilnahme an diesem Wettbewerb investiert.

Warum?

Nicht nur, weil wir einen Preis gewinnen möchten. Sondern vor allem: Weil wir etwas verändern möchten. Weil wir uns für eine Versorgung einsetzen, die nah am Patienten ist. Weil wir unsere tägliche Arbeit als Mediziner so ernst nehmen, dass wir nicht einfach nur auf das reagieren, was das Gesundheitssystem uns vorschreibt. Sondern weil wir eigene Ideen und Ansätze, eigene Verbesserungsvorschläge haben, für deren Umsetzung es sich zu kämpfen lohnt. Weil wir, um es ganz klar zu sagen, mitgestalten und nicht einfach verwalten wollen. Vielleicht auch, weil wir ein Stück weit unseren eigenen Arbeitsalltag in der Praxis verbessern wollen.

Die Teilnahme am MSD Gesundheitspreis und die Auszeichnung hat mein Team und mich entscheidend weitergebracht. Insofern war die Auszeichnung für uns ein wertvoller Türöffner. Wir waren zum einen durch die finanziellen Mittel nun in der Lage, unser Projekt weiterzuentwickeln. Zum zweiten konnten wir wichtige Partner auf uns aufmerksam machen. Und auf Augenhöhe mit der KV Sachsen und der AOK Plus verhandeln. Doch das wichtigste überhaupt: Inzwischen ist unser Ansatz der geriatrischen Versorgung teilweise in die Regelversorgung übernommen worden.

Ja, wir haben uns ausgerechnet in Sachsen, dem bevölkerungsältesten Bundesland, als Schrittmacher der Geriatrieversorgung etabliert. Unser Ansatz wird heute mit Millionenbeträgen vom Innovationsfonds weiterentwickelt – im Rahmen des Projektes „Regional ununterbrochen betreut im Netz“, kurz „Rubin“.

Das ist nicht nur eine – wie ich finde – angemessene Würdigung unserer Idee, sondern wir konnten damit unser eigentliches Ziel erreichen: die Versorgung unserer älteren Patienten verbessern, Hausärzte von bürokratischem Ballast entlasten und ihnen das wichtigste schenken, was es in der Medizin gibt: Mehr Zeit für die Patienten.

Nun liegt es in der Natur von so einer Preisverleihung, dass nicht alle Projekte ausgezeichnet werden können. Trotzdem gilt auch hier der Sportsgeist im Sinne von „Dabeisein ist alles“. Denn ich weiß: Selbst wenn unser Team damals nicht gewonnen hätte, hätten so wir oder so ganz klar von der Teilnahme an diesem Wettbewerb profitiert: Wir haben spannende Erfahrungen gemacht, fantastische Kolleginnen und Kollegen kennengelernt, unsere Netzwerke erweitert und das gute Gefühl genossen, Teil eines engagierten Kreises von Mitgestaltern zu sein.

Liebe Nominees: Ich bin davon überzeugt, dass es auch in diesem Jahr wieder verdiente Preisträger geben wird und bin inzwischen ebenso neugierig und auch ein bisschen aufgeregt wie Sie! Freuen wir uns also auf eine spannende Preisverleihung.

The stage is yours!

Dr. Jürgen Flohr, Preisträger 2013, Leipziger Gesundheitsnetz

AOK Nordost Versorgungsprogramm

BABY ON TIME

Autoren: Sabine Kramer und Pramono Supantia



Stefanie Stoff-Ahnis
Mitglied der Geschäftsleitung
AOK Nordost – Die Gesundheitskasse

NOMINIERT



Hier geht es zum Video.

Management Summary

Das modulare Versorgungsprogramm Baby on time möchte die Zahl der Frühgeburten bei Einlingsschwangerschaften verringern. Schwangere, die ein Frühgeburtsrisiko aufweisen, sollen frühzeitig identifiziert werden. Dazu werden mögliche Risiken frühzeitig diagnostiziert, damit die Schwangeren entsprechend therapiert bzw. intensiv über die Regelversorgung hinausgehend betreut werden können.

Die AOK Nordost entwickelte das Projekt gemeinsam mit den Berufsverbänden der Frauenärzte und Diabetologen, vertreten durch ihre jeweiligen Landesverbände. Auf Basis eines Vertrages nach § 140a des Sozialgesetzbuchs V wurden die Versorgungsstrukturen auf regionaler Ebene für die Länder Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern in Zusammenarbeit mit den teilnehmenden niedergelassenen Frauenärzten und Diabetologen sichergestellt.

Das Projekt startete im Oktober 2014. Bisher nahmen über 4.000 bei der AOK Nordost versicherte schwangere Frauen an Baby on time teil. Die ersten Ergebnisse der Evaluation des Programms liegen vor.

Versorgungsherausforderung

In Deutschland kommen jedes Jahr etwa 60.000 Neugeborene zu früh auf die Welt. Als Frühgeburt definiert die World Health Organisation (WHO) eine Geburt vor der 37. Schwangerschaftswoche

(SSW). Zwar können sich durch die moderne Medizin zu früh geborene Kinder heute sehr gut entwickeln, trotzdem bestehen für sie vermehrte gesundheitliche Risiken, die teils lebenslange Beeinträchtigungen und Folgeerkrankungen nach sich ziehen können. Eine vorzeitige Entbindung vor der 37. SSW ist immer noch zu circa 75 Prozent dafür verantwortlich, dass Kinder in den ersten 28 Lebenstagen sterben (neonatale Mortalität); sowie verantwortlich für bis zu 50 Prozent der neurologischen Spätfolgen bei Kindern (Williamson, 2017). Aus diesem Grund werden überdurchschnittlich viele medizinische Leistungen beansprucht – was wiederum sehr hohe Kosten für das Gesundheitssystem verursacht. Zudem bedeutet eine Frühgeburt gegebenenfalls nicht nur für das Kind selbst sehr viel Leid, sondern belastet auch die gesamte Familie seelisch und organisatorisch.

Die Ursachen für eine Frühgeburt können sehr vielschichtig sein:

- psychische Belastung der Mutter (beeinflussbares Risiko),
- Mehrlingsschwangerschaften,
- höheres Alter der Schwangeren (über 35 Jahre) bzw. sehr junges Alter (unter 18 Jahren),
- bakterielle Vaginose der Schwangeren (beeinflussbares Risiko),
- Gestationsdiabetes (beeinflussbares Risiko).

Die Risiken für eine Frühgeburt können sowohl zusammen als auch einzeln auftreten – zu Beginn und im Verlauf der Schwangerschaft. Das Programm Baby on time richtet sich an die beeinflussbaren



Risiken. Nach aktueller Studienlage ist die bakterielle Vaginose (vaginale Infektion) die wichtigste Ursache für eine Frühgeburt (Baumgartner, 2012). Viele Frauen fühlen sich dadurch nicht beeinträchtigt, so dass die Infektion häufig unerkannt bleibt. Durch die Vaginose kommt es allerdings zu einer Verkürzung des Gebärmutterhalses (Zervix); damit steigt das Risiko einer Frühgeburt. Manche Frauen tragen ein größeres Risiko, an einer bakteriellen Vaginose zu erkranken, als andere. Hinzu kommt, dass weitere Risikofaktoren (unter anderem psychosozialer Stress, Schwangerschaftsdiabetes) mit einer bakteriellen Vaginose zusammenhängen können (AWMF, 2013, S1-Leitlinie Bakterielle Vaginose).

Der Gestationsdiabetes (Schwangerschaftsdiabetes) ist eine erstmalig in der Schwangerschaft aufgetretene oder diagnostizierte Glukosetoleranzstörung. Die Deutsche Diabetesgesellschaft (DDG) sowie Verlaufsbeobachtungen des Institutes für Forschung, Beratung und Evaluation (FB+E) gehen davon aus, dass diese Form des Diabetes das Risiko einer Früh- oder Totgeburt in der zweiten Schwangerschaftshälfte steigert. Schwangere mit Gestationsdiabetes leiden zusätzlich häufiger an Hypertonie (Bluthochdruck) und Präeklampsie (Schwangerschaftsvergiftung), welche ebenfalls Risiken für eine Frühgeburt darstellen. Zudem besteht das Risiko, dass der Fötus dadurch im Mutterleib übermäßig wächst (Makrosomie). Dies erhöht wiederum das Risiko für Geburtsverletzungen bei Mutter und Kind und kann vermehrt zu Kaiserschnitten führen. Der erhöhte Blutzuckerspiegel (Hyperglykämie) im Körper der Schwangeren kann beim ungeborenen Kind zu negativen Entwicklungen bei der Lungenbildung führen. Dies kann verschiedene Krankheitssymptome wie zum Beispiel Atemstörungen nach der Geburt verursachen. Auch das Risiko für Gelbsucht (Ikterus) ist erhöht. Zu den Langzeitfolgen für das Kind zählt das erhöhte Risiko, später selbst an Diabetes zu erkranken und adipös zu werden. Zudem besteht für die betroffenen Frauen mit Gestationsdiabetes ein erhöhtes Risiko am metabolischen Syndrom zu erkranken und/oder einen manifesten Diabetes mellitus zu entwickeln (DDG, DGGG, 2018). Das Versorgungsprogramm Baby on time zielt darauf ab, durch Diagnostik und Therapie das Risiko für vaginale Infektionen, den Gestationsdiabetes und psychische und soziale Belastungen der Mutter deutlich zu senken.

Entstehungsgeschichte

Die Idee zum Projekt entstand aus der Tatsache heraus, dass pro Jahr circa 9,7 Prozent der schwangeren Versicherten, die die AOK Nordost in den Ländern Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern

betreut, eine Frühgeburt erleiden. Gemeinsam mit den Berufsverbänden der Frauenärzte und Diabetologen entwickelte die AOK Nordost das Programm, das dann im Oktober 2014 eingeführt wurde. Ferner war eine Evaluation notwendig, die nicht nur die Frühgeburtenrate selbst messen sollte, sondern mit der auch die medizinischen Behandlungspfade anhand der ärztlichen Dokumentation überprüft werden konnten.

Im Vorfeld wurden im Rahmen eines anderweitigen Projekts schwangere Frauen zu ihren Informationsbedürfnissen und Angebotswünschen befragt. Die Befragung erfolgte zwar nicht direkt für das vorliegende Programm; dennoch konnten die Ergebnisse verwendet werden, um das Programm Baby on time auszugestalten. Beispielsweise flossen Ergebnisse der Befragung für die Gestaltung der Onlinekurse, der App oder der Informationen rund um die Schwangerschaft ein.

Kernelemente

Zielgruppe

Zielgruppe des Versorgungsprogramms Baby on time sind schwangere Frauen. Die Patientinnen werden von den teilnehmenden Frauenärzten und Diabetologen in das Programm eingeschrieben. Versicherte Frauen können darüber hinaus die AOK direkt ansprechen, um in das Programm aufgenommen zu werden. Voraussetzung für die Teilnahme ist, dass die Patientinnen schwanger sowie bei der AOK Nordost versichert sind. Die Einschreibung sollte bis zur 20. Schwangerschaftswoche (SSW) erfolgen. Ausschlusskriterien gibt es keine.

Ebenso zur Zielgruppe gehören Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, die ein aktuelles Fortbildungszertifikat der Ärztekammer vorweisen können und über die Genehmigung die geburtshilfliche Diagnostik durchzuführen verfügen. Darüber hinaus muss ein Laborvertrag abgeschlossen sein, um den zur Feststellung einer vaginalen Infektion eingesetzten Nugent-Score zu berechnen. Auch Diabetologen können an dem Versorgungsprogramm teilnehmen. Auch sie müssen über eine entsprechende Zulassung, Fortbildung und Ausstattung verfügen und in der Behandlung von Patientinnen mit Gestationsdiabetes oder Schwangeren mit Diabetes Typ 1 erfahren sein.

Versorgungskonzept

Um die Frühgeburtenrate zu senken nimmt das Projekt die beeinflussbaren Risikofaktoren für eine Frühgeburt ins Visier (wie zum Beispiel



bakterielle Vaginose, Gestationsdiabetes, psychische und soziale Belastungen und bestimmte Verhaltensweisen der Versicherten).

Das modular aufgebaute Versorgungsprogramm beinhaltet qualifizierte diagnostische und therapeutische Maßnahmen für schwangere Frauen, die über die Regelversorgung hinausgehen (siehe Tabelle 1).

Modul 1: Aufklärung und Risikostratifizierung

Als Basisleistung werden die Schwangeren zunächst beraten und über die Risiken einer Frühgeburt aufgeklärt. Mit Hilfe des FB+E®-Screeningfragebogens wird im Anschluss das Risiko einer Frühgeburt bei den Patientinnen ermittelt. Sie werden basierend auf den Ergebnissen eingeteilt in Risiko- oder Nicht-Risikopatientinnen bzw. in Risikopatientinnen für Vaginalinfektionen und/oder Gestationsdiabetes.

Modul 2: Information mit Hilfe des BabyCare®-Ratgebers

Ebenso erhalten alle Teilnehmerinnen als Basisleistung den

Patientenratgeber BabyCare® von FB+E inklusive einer Ernährungsanalyse und werden mit dem Betreuungsprogramm der AOK Nordost vernetzt.

Modul 3: Diagnostik und Behandlung nach dem Behandlungspfad bakterielle Vaginose

Eine bakterielle Vaginose (vaginale Infektion) gilt als ein Risikofaktor in der Schwangerschaft. Da sie von vielen Schwangeren unbemerkt bleibt, scheint ein Screening zu festgelegten Zeitpunkten sinnvoll. Frauen, die in ihrem Leben häufiger an vaginalen Infektionen gelitten haben, stehen auch unter einem erhöhten Risiko für eine bakterielle Vaginose während der Schwangerschaft. Schwangere mit einem Risiko für eine Vaginalinfektion erhalten in der 11. bis 13. SSW einen Vaginalabstrich; regulär erfolgt dieser als Basisleistung erst zwischen der 16. und 20. SSW. Zur Diagnose wurden die möglichst sichersten und leicht durchführbaren diagnostischen Mittel gewählt und als Qualitätsstandard verbindlich geregelt: Die Vaginose wird anhand eines Vaginalabstriches in einem zertifizierten Labor diagnostiziert.

Tabelle 1 – Leistungsspektrum des Versorgungsprogramms Baby on time

Quelle: Eigene Darstellung.

Modul	Basispaket	Zusatzleistungen für die Risiko-Gruppe
Risikostratifizierung	Aufklärung und Beratung der Schwangeren über die Risiken einer Frühgeburt und Ermittlung der Risiken mittels Screening-Fragebogen	
Baby Care	BabyCare®Ratgeber inkl. Ernährungsanalyse und Vernetzung zum Betreuungsprogramm der AOK Nordost	
Vaginose	- Aufklärung und Beratung zum Risiko der bakteriellen Vaginose und den Leistungen im Rahmen des IV-Vertrages - Screening in der 16.-20. SSW und ggf. antibiotische Behandlung und Kontrolluntersuchungen	- Aufklärung und Beratung zum Risiko der bakteriellen Vaginose und den Leistungen im Rahmen des IV-Vertrages - sofortige Screeninguntersuchung (11. – 13. SSW), ggf. antibiotische Behandlung und qualitative Kontrolluntersuchungen 2.Screeninguntersuchung für alle Teilnehmerinnen in der Risikogruppe in der 26.-30. SSW, ggf. antibiotische Behandlung und qualitative Kontrolluntersuchungen - Die Untersuchungen werden jeweils mit qualitätsgesicherter Befundung mittels Abstrich und Gramfärbung, Einteilung Nugent-Score, im zertifizierten Labor durchgeführt.
Gestationsdiabetes	- Aufklärung und Beratung zum Risiko Gestationsdiabetes und den Leistungen im Rahmen des IV-Vertrages - Leistungen des Screenings werden vergütet	- Aufklärung und Beratung zum Risiko Gestationsdiabetes und den Leistungen im Rahmen des IV-Vertrages - vorzeitiger Test - Wiederholungstest - gemeinsame Fallführung mit abgestimmten Termin und Dokumentationsmanagement - zusätzliche Ultraschalluntersuchungen zur Kontrolle des Wachstums, insbesondere bei Entscheidung zur Insulingabe - umfangreiche Patientenschulungen ohne und mit Insulin, auch im Verlauf - ggf. Langzeitzuckermessung - Beratung zur Geburt - Beratung zur Nachsorge
Psychische und soziale Belastungen	Angebot des Fallmanagements über den Sozialen Dienst der AOK Nordost	- Beratung und Intervention zu den individuellen Belastungen der Schwangeren - Koordination zur fachärztlichen Behandlung bei präpartalen Depressionen
Betreuungsprogramm der AOK Nordost	Nichtraucherkurs, Ernährungsberatung, Bewegung, Entspannung, Schwangeren-Online-Kurs, Schwangeren-APP	Nichtraucherkurs, Ernährungsberatung, Bewegung, Entspannung, Schwangeren-Online-Kurs, Schwangeren-APP

Dazu wird der sogenannte Nugent-Score berechnet. Die Score Werte liegen in einer Skala zwischen null und zehn Punkten. Ab sieben Punkten geht man von einer bakteriellen Vaginose aus. Risikopatientinnen erhalten zu einem späteren Zeitpunkt ein zweites Screening. Wird die bakterielle Vaginose diagnostiziert, werden die Schwangeren adäquat gemäß der S1-Leitlinie für bakterielle Vaginose behandelt. Die Risikopatientinnen werden zwischen der 26. und 30. SSW erneut auf eine Vaginose hin getestet.

Bei allen Patientinnen erfolgen Kontrolluntersuchungen, um den Therapieerfolg sicherzustellen. Bei der Wahl der Therapiemöglichkeiten wurden die Empfehlungen und die Leitlinien der jeweiligen Fachgesellschaften beachtet.

Modul 4: Diagnostik und Behandlung nach dem Behandlungspfad Gestationsdiabetes

Wird durch das Screening ermittelt, dass die Schwangeren ein Risiko für Gestationsdiabetes (Schwangerschaftsdiabetes) haben, werden diese vor der 24. SSW auf die Erkrankung hin getestet. Sowohl Gynäkologen als auch Diabetologen können die Erkrankung diagnostizieren, sofern die geforderten Qualitätskriterien eingehalten werden. Auch beim Gestationsdiabetes wurden hohe Qualitätsstandards bei der Blutabnahme und Aufbewahrung zur Messung vereinbart, um präanalytische Fehler zu vermeiden. Wird ein Risiko bei den Patientinnen festgestellt oder aber ein Gestationsdiabetes im Rahmen der Regelversorgung diagnostiziert, erfolgt eine gemeinsame Fallführung mit abgestimmtem Termin- und Dokumentationsmanagement der Facharztgruppen, Patientenschulungen, zusätzliche Ultraschalluntersuchungen und – wenn notwendig – eine Langzeitzuckermessung.

Modul 5: Fallmanagement für psychische und soziale Belastungen durch die Sozialarbeiter der AOK Nordost

Hilfsangebote bei psychischen und sozialen Belastungen in der Schwangerschaft sind normalerweise zwar vorhanden, aber eher wenig strukturiert und bekannt. Mitarbeiter des Sozialen Dienstes beraten und intervenieren ggf. hinsichtlich der jeweiligen Belastung der Schwangeren und führen sie ggf. an die richtigen Stellen.

Modul 6: Betreuungsprogramm der AOK Nordost

Die Schwangere wird über die weiteren Leistungen und Angebote der AOK Nordost aufmerksam gemacht: zum Beispiel Schwangeren-APP, Nichtraucherkurs, Ernährungsberatung, Bewegung, Entspannung, Schwangeren-Online-Kurs.

Grundsätzlich ist es nicht erforderlich, dass bei dem Screening ein Risiko gefunden wird, für das ein im Vertrag entsprechendes Therapiemodul besteht. Die Risiken können auch erst im Verlauf der frühen Schwangerschaft auftreten, so dass auch zu Beginn risikofreie Schwangere von den angebotenen Modulen profitieren können.

Mehrwert und Patientenorientierung

Baby on time ermöglicht den Versicherten zusätzliche Früherkennungsmaßnahmen und Therapiemöglichkeiten zu beanspruchen, die über die gesetzlichen Leistungen der Regelversorgung hinausgehen. Schwangerschaftsrisiken werden frühzeitig identifiziert und die diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen erfolgen sehr qualitätsorientiert und leitliniengerecht. Darüber hinaus werden die Wünsche, Sorgen und Bedürfnisse der Schwangeren miteinbezogen. Ausführliche Informationen und individuelle Betreuung sollen die Schwangeren stärken und unterstützen.

Vertragsärzte können ihre Patientinnen aktiv in ein Betreuungsprogramm einschreiben und ihnen weitere, über die Regelversorgung hinausgehende, Diagnostik- und Therapieoptionen anbieten. Durch die gemeinschaftliche Fallführung der Facharztgruppen können die Schwangeren engmaschig betreut werden.

Finanzierung

Um das Programm umzusetzen, sind mit mehreren Partnern verschiedene Verträge geschlossen worden:

1. Die Rahmenvereinbarung mit dem Berufsverband der Frauenärzte, die den Versorgungsrahmen, das Versorgungsziel und das Zusammenspiel der vertraglich Beteiligten und die Evaluation sicherstellt.
2. Der Einzelvertrag mit dem Frauenarzt, der die ärztliche Strukturqualität, Leistungsinhalte, Abrechnung und Verantwortlichkeiten mit dem Frauenarzt beinhaltet.
3. Der Einzelvertrag mit dem Diabetologen, der die ärztliche Strukturqualität, Leistungsinhalte, Abrechnung und Verantwortlichkeiten mit dem Diabetologen beinhaltet.
4. Der Dienstleistungsvertrag zur Abwicklung von BabyCare mit der Forschung, Beratung und der Evaluationsgesellschaft (FB+E GmbH).
5. Der Dienstleistungsvertrag zur Abrechnung mit den Ärzten über das Deutsche Medizinrechenzentrum (DMRZ).
6. Der Dienstleistungsvertrag zur medizinischen Evaluation mit der FB+E GmbH.

Die Vergütung im Rahmen des Versorgungsprogrammes besteht aus mehreren Pauschalen für die Leistungserbringer, die sich an den erbrachten Leistungen orientieren. Diese sind nach den Behandlungspfaden ausgerichtet.

Die Kosten des Versorgungsprogramms sollen sich durch vermiedene Krankenhausaufenthalte von zu früh geborenen Kindern sowie durch vermiedene Gesundheitskosten, aufgrund von Erkrankungen und die dadurch resultierende überdurchschnittliche Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, refinanzieren.

Management

Die AOK Nordost koordiniert vorrangig das Projekt. Hierbei sind diverse Abteilungen der Gesundheitskasse involviert, wie beispielsweise das Versorgungsmanagement oder der Bereich Versicherung. Diese sind verantwortlich für

- Überprüfung der Strukturvoraussetzungen der teilnehmenden Ärzte,
- Abschluss und Organisation der Einzelverträge,
- Versand der notwendigen Materialien zur Einschreibung,
- Prüfung der Versichertenansprüche.

Beauftragt von der AOK, versendet FB+E die BabyCare®-Ratgeber an die Ärzte.

Die Vergütung der ärztlichen Vertragspartner erfolgt über einen externen Abrechnungsdienstleister.

Die Schwangeren werden von zwei Seiten betreut: Zum einen informiert sie proaktiv die AOK Nordost oder bei Bedarf der Soziale Dienst. Zum anderen werden die Schwangeren von FB+E individuell angeschrieben, sofern die Teilnehmerin hierzu ihr Einverständnis gegeben hat.

Ferner wird die Koordination des Programms durch regelmäßige Lenkungsgremien unterstützt, die die AOK Nordost einberuft. Diese bestehen aus Vertretern der teilnehmenden Ärzte und der AOK Nordost.

Evaluation

Das Versorgungsprogramm Baby on time wurde anhand von zwei Datensätzen evaluiert: Den ärztlichen Dokumentationsdaten (Screeningfragebogen und Befundbogen) sowie den GKV-Routinedaten der AOK Nordost. Das beauftragte Unternehmen Forschung, Beratung und Evaluation (FB+E) analysierte die Daten der ärztlichen Dokumentationen, die AOK Nordost die eigenen Routinedaten.

Die Analyse der ärztlichen Dokumentation zielte darauf ab, die schwangeren Teilnehmerinnen des Programms zu beschreiben: Zum einen die Schwangeren mit Vaginalinfektionen oder mit Gestationsdiabetes, zum anderen wurde das Geburtsergebnis analysiert. Die personenbezogenen Daten wurden anonymisiert. Ausgewertet wurden insgesamt 2.025 Daten von Teilnehmerinnen mit final dokumentierter Einlingsschwangerschaft, für die beide Erhebungsbögen (Screeningfragebogen und Befundbogen) vorlagen.

1) Vaginalinfektionen

Die Analyse des Befunddokumentationsbogens ergab, dass Vaginalinfektionen bei Risikoschwangeren mit 10,3 Prozent ebenso häufig auftreten wie bei Nichtrisikoschwangeren. 59 Prozent der Patientinnen konnten erfolgreich behandelt werden, 18 Prozent der Schwangeren hatten nach der Behandlung allerdings noch Symptome einer Vaginose. Die Heilungsrate liegt – bei unterschiedlichen Beobachtungszeiten (nach sechs Wochen, nach neun Wochen, nach zwölf Wochen) – unverändert bei circa 60 Prozent. Die Neuerkrankungen können darauf zurückgeführt werden, dass sich die vorherige Infektion verschlimmert hat oder eine neue Infektion vorlag.

2) Gestationsdiabetes

Bei etwa 10 Prozent der Teilnehmerinnen des Programms wurde ein Schwangerschaftsdiabetes diagnostiziert (in der Allgemeinbevölkerung liegt der Wert bei fünf Prozent). Die identifizierten Schwangeren wurden an einen Diabetologen überwiesen. Es zeigte sich, dass es nicht effizient genug war, nur den Gelegenheitsblutzucker zu bestimmen, um die Risikopatientin frühzeitig zu identifizieren. Der prognostizierte Wert der Risikoklassifikation bei Diabetes in Bezug auf die Diagnostik des oralen Glukose Toleranztests (oGTT) ist allerdings hoch.

3) Rate an Kaiserschnitten

Teilnehmerinnen mit Migrationshintergrund haben signifikant häufiger spontane Geburten und tendenziell weniger häufig Kaiserschnitte. Die Frühgeburtenrate ist bei Teilnehmerinnen mit Migrationshintergrund signifikant geringer als bei deutschen Teilnehmerinnen. Je älter die Patientin, desto häufiger kommt es zu Kaiserschnitten.

4) Rate an Frühgeburten

Die Frühgeburtenrate steigt mit dem Alter nicht gleichmäßig. Jedoch ist sie in der Altersgruppe ab 35 Jahre am höchsten.

Eine vergleichende Analyse der Geburtsergebnisse kann aufgrund der stark unterschiedlichen Verteilung der Teilnehmerinnen mit Migrationshintergrund im Programm Baby on time und in den BabyCare Basisdaten, nur für deutsche Versicherte erfolgen. Verglichen werden damit 1.407 Fälle aus Baby on time mit 456 Fällen aus den BabyCare Basisdaten. Um die Gruppen vergleichbar zu machen wurden Variablen, wie z. B. Übergewicht und Schilddrüsenerkrankung zur Erklärung herangezogen. Für diese Variablen besteht ein signifikanter Zusammenhang mit einer Frühgeburt. Die Ergebnisse zeigen, dass es im Programm Baby on time mit 6,1 Prozent gegenüber dem BabyCare-Datensatzes mit 9,0 Prozent zu einer signifikanten Verringerung der Frühgeburtenrate von 32,2 Prozent gekommen ist.



Betrachtet man die drei verschiedenen Bundesländer, ergeben sich bei der Frühgeburtenrate keine signifikanten Unterschiede: In Berlin beträgt die Rate 6,2 Prozent, in Brandenburg 5,8 Prozent und in Mecklenburg-Vorpommern 5,1 Prozent.

Mit einer internen Routinedatenanalyse der AOK Nordost von Frauen und ihren geborenen Kindern konnte ebenfalls gezeigt werden, dass die Frühgeburtenrate im Programm Baby on time nachweislich reduziert wurde.

Insgesamt hat die Evaluation somit gezeigt, dass die Versorgung qualitativ verbessert wurde und Frühgeburten vermieden werden konnten.

Nächste Schritte

Das Versorgungsprogramm Baby on time soll weiter entwickelt werden, um die Versorgungsqualität weiter zu verbessern. Die Evaluationsergebnisse sollen dazu genutzt werden; ebenso Ergebnisse aus Befragungen der Vertragspartner. So können bestehende Modulbestandteile geändert oder weitere mit aufgenommen werden. Beispielsweise werden durch die Testung auf Gestationsdiabetes die Risikopatientinnen nicht gänzlich erfasst. Daher hat die AOK Nordost bereits das Diagnostikinstrument „Gelegenheitszucker“ für die Risikopatientinnen den 75g oGTT im Mai 2018 eingeführt.

Ansprechpartner

Pramono Supantia

Unternehmensbereichsleiter
Versorgungsmanagement –
Programme und Verträge
AOK Nordost
Wilhelmstr. 1
10963 Berlin
Telefon: 0800 - 265 080 202 48
E-Mail: Pramono.Supantia@
nordost.aok.de
www.aok.de/nordost

Sabine Kramer

Mitarbeiterin
Versorgungsmanagement –
Programme und Verträge
AOK Nordost
Wilhelmstr. 1
10963 Berlin
Telefon: 0800 - 265 080 222 72
E-Mail: Sabine.Kramer@
nordost.aok.de
www.aok.de/nordost

Literatur

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF) (2013). S1-Leitlinie: Bakterielle // Vaginose (BV) in Gynäkologie und Geburtshilfe. Leitlinien-Register Nr. 015/028, Entwicklungsstufe 1. // Baumgartner, A. (2012). Bakterielle Vaginose: Bedeutung für die Schwangerschaft. Aktuelle Erkenntnisse und Empfehlungen. Gynäkologie, 4/2012, 6-13. // Deutsche Diabetes-Gesellschaft (DDG), Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG), Arbeitsgemeinschaft Diabetes und Schwangerschaft der DGG. (2018). S3-Leitlinie Gestationsdiabetes mellitus (GDM), Diagnostik, Therapie und Nachsorge. 2. Auflage, Leitlinienreport AWMF-Registernummer: 057-008. // Kirschner, W., Halle, H., Pogonke, A.-M. (2009). Kosten der Früh- und Nichtfrühgeburten und die Effektivität und Effizienz von Präventionsprogrammen am Beispiel von BabyCare. Eine Schätzung auf der Grundlage der DRG unter Berücksichtigung der Primäraufnahmen in der Neonatologie. Präz Gesundheitsf, 2009, 4:41-50. // World Health Organisation (WHO). (2012). Born Too Soon: The Global Action Report on Preterm Birth. // Williamson, D.M. (2017). Current research in preterm birth. Womens Health (Larchmt), Dec, 17(10):1545-9.



Einsatz im Pflegeheim

ELVI® – DIE ELEKTRONISCHE VISITE

Autoren: Hans-Jürgen Beckmann und Annette Hempen



Dr. Hans-Jürgen Beckmann

Visceralchirurg-Phlebologe
Vorstand Medizin und Mehr eG

Management Summary

Das Projekt elektronische Visite – Einsatz im Pflegeheim (eIVI®) zielt darauf ab, die Versorgung von Pflegebedürftigen in Pflegeeinrichtungen zu verbessern und gleichzeitig die Ressourcen der Ärzte und des Pflegepersonals zu schonen. Durch eine Videosprechstunde sollen Heimbewohner schneller und effektiver behandelt werden. Da eIVI® die Kommunikation zwischen allen am Behandlungsprozess Beteiligten ermöglicht, können Hausärzte, Fachärzte und Pflegepersonal besser zusammen arbeiten.

Pflegekräfte von Einrichtungen können bei Bedarf online über Tablets eine elektronische Arztvisite beim Haus- oder Facharzt des Pflegebedürftigen anfordern. Durch speziell in die Software eingebundene Zusatzgeräte – wie etwa ein mobiles EKG-Gerät oder ein Sauerstoffmessgerät – kann der behandelnde Arzt während der Visite sogar die körperlichen Funktionen seines Patienten überwachen. Außerdem können Schrift- und Bildbefunde ausgetauscht werden. Initiiert wurde das Projekt 2016 durch die Ärzte des Ärztenetzes MuM – Medizin und Mehr eG in Bünde. Seit 2016 finanziert die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL) eIVI® im Rahmen der Förderung innovativer Versorgungsmodelle. Von Mai 2016 bis November 2017 wurden insgesamt 1.097 Online-Visiten durchgeführt. Dabei nahmen elf Ärztinnen und Ärzte teil, die insgesamt neun Pflegeeinrichtungen betreuten.

Versorgungsherausforderung

Mit einer alternden Gesellschaft nehmen in Zukunft auch die chronischen Erkrankungen zu und stellen das gesamte Gesundheitssystem vor eine große Herausforderung. Mit zunehmendem Alter treten Krankheiten, wie zum Beispiel Herzinfarkt, Krebs, Diabetes mellitus oder Arthrose häufiger auf (RKI, 2015). Die Erkrankten müssen regelmäßig medizinisch behandelt und häufig gepflegt werden. Daten des Statistischen Bundesamts zeigen, dass im Jahr 2015 alleine 2,8 Millionen Menschen pflegebedürftig waren. Bis zum Jahr 2030 soll diese Zahl auf 3,4 Millionen Personen ansteigen (vgl. Statistisches Bundesamt, 2015, S. 126). Durch die steigende Zahl von älteren Menschen ist damit zu rechnen, dass auch mehr Menschen an Demenz erkranken. So waren im Jahr 2013 insgesamt 1,3 Millionen Menschen betroffen. Diese Zahl soll bis zum Jahr 2050 auf zwischen zwei und drei Millionen ansteigen (RKI, 2015). Das Statistische Bundesamt schätzt, dass im Jahr 2030 zusätzlich 114.000 bis 371.000 stationäre Pflegeplätze nötig sein werden (vgl. Statistisches Bundesamt, 2011). Um dies tatsächlich abdecken zu können, braucht es adäquates Personal.

Prognosen sagen voraus, dass in den nächsten zehn bis 15 Jahren 100.000 bis 400.000 zusätzliche Pflegekräfte benötigt werden, um pflegebedürftige Menschen versorgen zu können (Rothgang, Müller & Unger, 2012). Laut Statistischem Bundesamt gab es bereits im

Jahr 2005 zu wenig ausgebildete Vollzeitpflegekräfte, um den Bedarf zu decken (Statistisches Bundesamt, 2010). Es wird davon ausgegangen, dass sich der Pflegepersonalmangel weiter zuspitzen wird. Auch der Ärztemangel in ländlichen Regionen verschärft die Problematik, ältere und pflegebedürftige Menschen optimal zu versorgen. So gibt es auf dem Land deutlich weniger Ärzte als in der Stadt. Weil die praktizierenden Ärzte ebenfalls altern, verstärkt sich das Problem zusätzlich durch den demografischen Wandel. Im Jahr 2013 waren etwa ein Viertel der tätigen Ärzte 60 Jahre oder älter. Wenn diese in den Ruhestand gehen, wirkt sich dies besonders in ländlichen Regionen gravierend aus. Umfragen unter Medizinstudierenden ergaben, dass nur wenige ihren Beruf auf dem Land ausüben wollen und den städtischen Raum als Arbeitsumfeld bevorzugen (Gibis, Heinz & Jacob, 2012). Dies erschwert für viele ländliche Arztpraxen die Suche nach einem Nachfolger (vgl. Osterloh, 2015). Ältere Menschen aus ländlichen Gebieten müssen teilweise weite Strecken zurücklegen, um sich von einem Arzt medizinisch versorgen zu lassen.

Mit modernen Informations- und Kommunikationsmitteln kann die Distanz zwischen Arzt und Patient jedoch überwunden werden. Neue Technologien lassen sich in die Behandlung von älteren Patienten gut einbinden und ermöglichen dem Arzt auch über eine größere räumliche Distanz, den Patienten zu behandeln. Dadurch können regionale Unterschiede in der Versorgung ausgeglichen werden. Auch die Pflegekräfte können bei ihrer Arbeit durch den Einsatz von Technologien unterstützt werden. Telemedizinische Dienste wie die Online-Visiten per Videochat sind in vielerlei Hinsicht vorteilhaft: Sie entlasten Ärzte und Pflegekräfte in ihrer Arbeit, indem Patienten auch aus der Ferne beraten werden können. Gleichzeitig muss der Patient weder sein gewohntes Umfeld verlassen, noch weite Strecken zurücklegen, um zum Arzt zu gelangen.

Entstehungsgeschichte

Das Versorgungsprogramm eVi® entstand auf Initiative des Ärztenetz MuM – Medizin und mehr eG in Bünde (Ostwestfalen). Die Idee entstand durch berufliche Alltagserfahrungen der Ärzte des Netzwerkes. So kam es zum Beispiel vor, dass ein Arzt bei Glatteis 15 km weit durch das Wiehengebirge fahren musste, um einen pflegebedürftigen Menschen im Heim zu besuchen. Vor Ort stellte der Arzt dann fest, dass er den langen Weg nur wegen einer Bagatelle zurückgelegt hatte.

Die Software für eVi® wurde nach den Vorgaben des MuM-Ärzteternetzes von der Firma La-Well Systems GmbH aus Bünde entwickelt, die im Sommer 2015 die erste Version von eVi1.0® vorstellte. Diese Version wurde zunächst lediglich zwischen zwei Arztpraxen und zwei Pflegeheimen getestet.

Im Mai 2016 schloss sich die KVWL an und unterstützte das Projekt finanziell. Ein Ärztenetz mit 14 Pflegeeinrichtungen und 15 Arztpraxen führte das Versorgungsprogramm eVi® durch. Rechtlich angehängt ist eVi® an das 2015 abgeschlossene Pflegeheimprojekt, welches durch die KVWL und weitere Kostenträger für einige zertifizierte Ärztenetze (auch für die MuM eG) umgesetzt wurde und Pflegeheimbewohnern eine bessere Versorgung gewährleisten soll.

Da in der Region eine schlechte Internetverbindung bestand und die Anwender der elektronischen Visite weitere Anforderungen stellten, wurde die ursprüngliche Hard- und Software eVi® mittlerweile zur Version 3.0 weiterentwickelt.

Kernelemente

Zielgruppe

Durch eVi® werden vor allem pflegebedürftige, insbesondere schwer kranke Heimbewohner besser und leichter ärztlich beraten und versorgt und können davon profitieren. D. h. ärztliche Beratungen können häufiger und regelmäßiger erfolgen und belastende Fahrten können vermieden werden. Sogar Wunden können während der elektronischen Visite mit Hilfe eines Tablets kontrolliert werden.

Durch das Wegfallen von Begleitwegen zu Arztpraxen steht dem Pflegepersonal mehr Zeit zur Verfügung. Besonders Krankheiten wie Demenz erfordern viel Zeit und Arbeitskraft des Pflegepersonals. Durch eVi® lässt sich der Aufwand für die Pflegekräfte reduzieren. Der Pflegenden kann andere anfallende Aufgaben im Pflegeheim erledigen und die Pflegeheimbewohner enger betreuen. Zudem können Pfleger und Arzt schneller Unsicherheiten bezüglich der Therapie eines Patienten abklären. Dadurch lassen sich Fehler in der Behandlung oder Zeiträume, in denen keine Behandlung erfolgt, vermeiden. Ärzte sparen viele Fahrten zu Routine- und Verlaufskontrollen ein und aufwändige Liegendtransporte in die ärztliche Praxis sind seltener notwendig; diese können gegebenenfalls mit umfangreichen Desinfektionsmaßnahmen nach der Behandlung verbunden sein.

Ebenso profitieren die Heimträger von eVi®. Da immer mehr Stellen in der Pflege unbesetzt bleiben, wirkt sich die elektronische Visite positiv aus: Die Mitarbeiter sind seltener abwesend, da die Patienten nicht mehr begleiten müssen.

Versorgungskonzept

Ziel des eVi®-Versorgungsprogramms ist, die Versorgung der Pflegebedürftigen in Einrichtungen auf eine möglichst effiziente und ressourcenschonende Weise zu optimieren.

Mit eVi® kann das Pflegepersonal mit einem Tablet eine Online-Sprechstunde beim Haus- oder Facharzt des Heimbewohners per Videochat anfordern. Zu der elektronischen Visite können weitere (Fach-)Ärzte zugeschaltet werden und sich bei der weiteren medizinischen Behandlung beteiligen. Während der Online-Visite können alle am Behandlungsprozess Beteiligten miteinbezogen werden: Die behandelnden Ärzte, das betreuende Pflegepersonal sowie der Patient selbst (wenn dies sein Gesundheitszustand zulässt). Selbst die körperlichen Grundfunktionen des Patienten können während der Online-Visite durch den Arzt überwacht werden, indem weitere Geräte in die eVi®-Software eingebunden sind. Die eingebundenen Geräte sind einfach zu bedienen und können auch in Notfallsituationen eingesetzt werden.

Zudem besteht für die Beteiligten auch die Möglichkeit, Schrift- und Bildbefunde hochzuladen und untereinander austauschen. Nach jeder durchgeführten Online-Visite füllen die Ärzte einen Evaluationsbogen

aus und leiten diesen an die Zentrum für Telematik und Telemedizin GmbH (ZTG) weiter. Das ZTG ist ein Kompetenzzentrum, das auf Telematik und Telemedizinanwendungen im Gesundheitswesen spezialisiert ist. Es hat zum Ziel, moderne Informations- und Kommunikationstechnologien für das Gesundheitswesen zu entwickeln.

Damit die Online-Visite erfolgreich umgesetzt werden kann, ist eine funktionstüchtige Internetverbindung notwendig. Das bedeutet, eine funktionierende WLAN- oder LAN-Verbindung in den beteiligten Pflegeheimen und Arztpraxen ist obligatorisch. Bei Bedarf kann eine Internetverbindung durch eine LTE-Datenkarte ermöglicht werden.

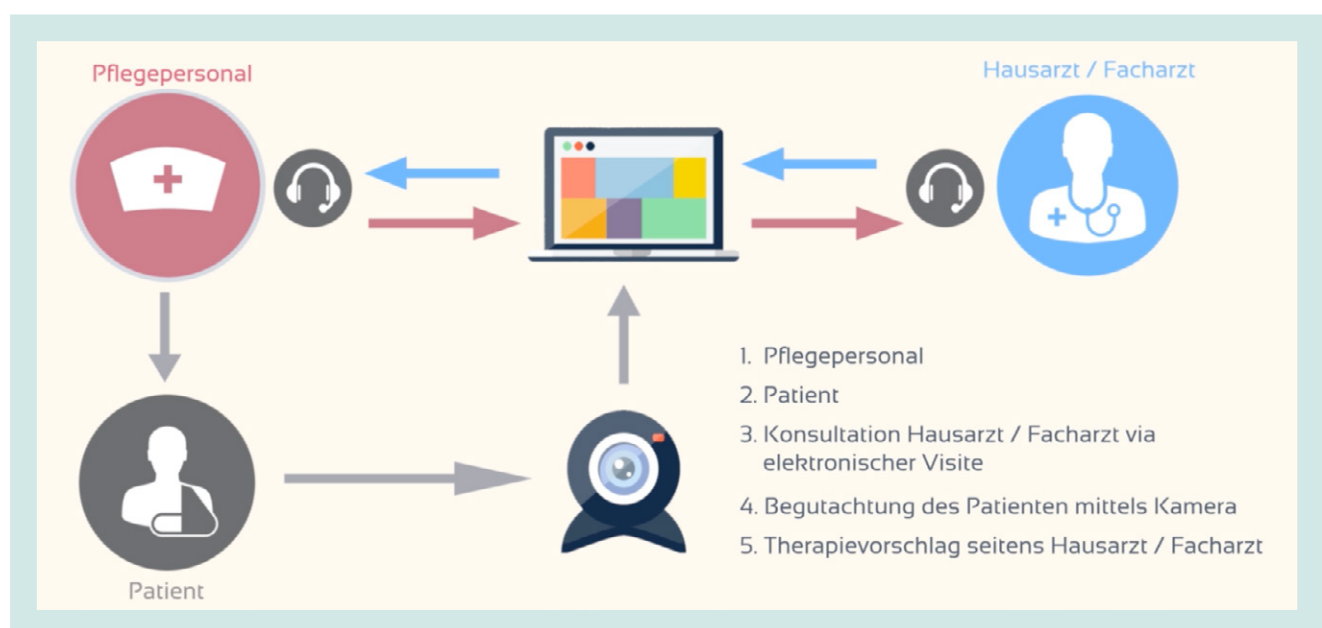
Um zu gewährleisten, dass die elektronische Visite erfolgreich umgesetzt wird, ist es wichtig, dass das Personal entsprechend geschult wird. Das MuM-Ärztetz und das IT-Unternehmen La-Well Systems GmbH führen diese Schulungen durch. Bei wechselndem Personal finden stets neue Schulungen statt. Somit wird sichergestellt, dass die am Behandlungsprozess Beteiligten einen angemessenen technischen Wissensstand vorweisen. Teilweise lehnt das Personal allerdings die Anwendung der neuen Technologie ab. Solche Projekt-Hindernisse müssen mit der Zeit überwunden werden. In Einzel- und Gruppenschulungen wird mit entsprechendem Fingerspitzengefühl besonders auf diese auftretenden Probleme eingegangen, um einen versierten Umgang mit der Technik zu ermöglichen.

Mehrwert und Patientenorientierung

Die Online-Sprechstunde ist für alle Beteiligten gewinnbringend:

Abbildung 1 – Ablauf

Quelle: MuM – Medizin und Mehr eG, 2017.



für die Pflegebedürftigen, das medizinische Personal, die Heimträger sowie die Kostenträger.

eVi® bedeutet vor allem eine Investition in die Betreuung der Pflegeheimbewohner. Mithilfe der elektronischen Visite kann der Arzt die Bedürfnisse der Patienten schnell einschätzen. Durch die Übertragung von Bild und Ton lässt sich der medizinische Zustand des Patienten besser beurteilen, als dies lediglich durch ein Telefonat möglich wäre. Durch die bessere Einschätzung des Arztes können schneller entsprechende Behandlungsmaßnahmen eingeleitet werden. Wenn es der Gesundheitszustand zulässt, kann der Heimbewohner bei der elektronischen Visite in die Therapieplanung miteinbezogen werden. Ein weiterer Vorteil aus Sicht des Patienten ist, dass sich unnötige und belastende Wartezeiten in den Arztpraxen sowie anstrengende Krankentransporte vermeiden lassen. Die Pflegebedürftigen erhalten durch die virtuelle Visite einen unkomplizierten und raschen Zugang zum Arzt. Insgesamt ermöglicht eVi® eine Behandlung, die auf die individuellen Bedürfnisse abgestimmt ist.

Anhand der Online-Visite per Videochat kann das Pflegepersonal rasch eine ärztliche Meinung anfordern und sich unkompliziert mit dem zuständigen Arzt abstimmen – beispielsweise bezüglich der Medikamente. Verschlechtert sich der Krankheitszustand, kann durch die schnell verfügbare Online-Visite mit den behandelnden Ärzten besser gegengesteuert werden.

Auch für Ärzte bietet eVi® eine Unterstützung im Arbeitsalltag. Sie können sich per Videochat rasch einen Überblick über den Gesundheitszustand ihrer Patienten verschaffen und dadurch ihre Arztbesuche im Pflegeheim gezielter planen. Reine Kontrollbesuche, die den Ärzten häufig nicht bezahlt werden, können reduziert werden. Dies bedeutet nicht nur eine zeitliche Ersparnis – auch der logistische Aufwand verringert sich. Es sind weniger Liegendtransporte mit anschließenden Hygienemaßnahmen (zum Beispiel aufgrund von multiresistenten Keimen) notwendig.

Für die Heimträger steht den Arbeitskräften mehr Zeit zur Verfügung und sie können ihr Pflegepersonal effizienter einsetzen. Aus der Sicht der Kostenträger lassen sich Transportkosten einsparen sowie auf lange Sicht die Kosten für Krankenhauseinweisungen reduzieren.

eVi® stellt also einen Gewinn für unterschiedliche Interessengruppen dar. Da sich räumliche Distanzen zwischen Arzt, Patient und den Pflegeheimen mit nur geringem Aufwand gut überwinden lassen, wird die Kommunikation zwischen allen am Behandlungsprozess Beteiligten vereinfacht. Dadurch kann besser kooperiert werden und es können gemeinsame Therapieentscheidungen getroffen werden. Durch den direkten Kontakt mit dem Arzt ist

außerdem die Wahrscheinlichkeit größer, dass sich der Patient an die Therapieempfehlungen des Arztes hält und sich kooperativ im Behandlungsprozess zeigt (Compliance). Dadurch wird ebenfalls die Behandlungssicherheit für den Patienten gesteigert.

Auf lange Sicht können telemedizinische Kommunikationsanwendungen wie eVi® zur Entschärfung des Problems des Fachkräftemangels beitragen, indem weniger ärztliche und pflegerische Ressourcen verbraucht werden.

Tabelle 1 – Im Rahmen von eVi® durch die KVWL finanzierte Aufwände

Quelle: Eigene Darstellung.

Von der KVWL finanzierte Aufwände
Hard- und Software
Infrastrukturentwicklung
Projektplanung
Projektkoordination und -steuerung
Schulung der Anwender
Evaluation
Aufwandspauschalen für die Visiten
Öffentlichkeitsarbeit

Tabelle 2 – Anlässe für das Anfordern einer eVi®

Quelle: Eigene Darstellung.

Häufigste Anlässe für eVi®
Anfragen zur Medikation
Beurteilung von chronischen Wunden
Konsiliarische Anfragen zur interdisziplinären Fallbesprechung
Multiple Anlässe, z. B. Nachfragen bei Unruhezuständen dementer Patienten

Finanzierung

Das Projekt der elektronischen Visite im Pflegeheim wurde durch die KVWL finanziert. Insgesamt erhielt das Projekt für zwei Jahre eine finanzielle Förderung von 270.000 Euro. Damit werden unter anderem die notwendige Hard- und Software, die Evaluation und Projektplanung bezahlt (siehe Tabelle 1). Somit müssen die Pflegeheime beispielsweise nicht selbst die Kosten für die in die Software eingebundenen EKG-Geräte tragen. Die behandelnden Ärzte werden für die Online-Sprechstunden honoriert. Sie können die durchgeführten elektronischen Visiten über die Verwaltung des MuM-Ärztetzes abrechnen. Das Honorar wird ebenfalls aus den finanziellen Mitteln der KVWL zur Verfügung gestellt.

Management

Die Netzzentrale von MuM übernimmt das Projektmanagement, dessen Aufgabe es ist, den Entwicklungszustand von eVi® und ihre Anwendung zu überwachen. Außerdem werden die Projektteilnehmer durch das Projektmanagement begleitet und betreut. Zudem kommen regelmäßige Treffen zustande, um Erfahrungen auszutauschen. Ansprechpartnerinnen sind die Geschäftsführerin Frau Annette Hempen und die Projektkoordinatorin Frau Elena Kruse, die für die Kooperation und Kommunikation mit allen beteiligten Projektpartnern zuständig sind. Die ärztliche Koordination und medizinische Leitung übernimmt der Vorstand des Ärztenetzes Herr Dr. med. Hans-Jürgen Beckmann. Das Management der La-Well Systems GmbH ist für die technische Umsetzung zuständig. Das Controlling und die Evaluation werden durch das ZTG durchgeführt.

Evaluation

Das ZTG evaluierte das Projekt. Dabei fanden sowohl Zwischenauswertungen als auch eine Abschlussauswertung statt. Im Rahmen der Abschlussauswertung wurden insgesamt 1.097 ausgefüllte und gültige Evaluationsbögen analysiert. Diese wurden im Zeitraum Mai 2016 bis November 2017 durch insgesamt elf Ärztinnen und Ärzte ausgefüllt, die neun verschiedene Pflegeeinrichtungen betreuen.

Es zeigt sich, dass die Kommunikation und Koordination zwischen den Arztpraxen und Pflegeeinrichtungen im Laufe des Projekts gut verlief. Die Evaluation ergab zudem, dass ein Großteil der durchgeführten elektronischen Visiten geplant erfolgte und eVi® somit in den Versorgungsalltag der Ärzte und Pflegeeinrichtungen integriert war. Dabei bereiteten die Pflegeheime die virtuellen Visiten stets vor, um ein reibungslosen Ablauf im Anschluss zu ermöglichen. Tabelle 2 zeigt die häufigsten Anlässe, eine virtuelle Visite anzufordern.

Insgesamt erwies sich eVi® als sehr nützlich. So war es den Pflegekräften durch eVi® möglich, den behandelnden Arzt der Heimbewohner häufiger um Rat zu fragen. Positiv wirkte sich zudem der direkte Patientenkontakt mit Bild und Ton während der virtuellen Visite aus. Dadurch kann der Patient die Angaben der Pflegekraft während der Visite ergänzen, direkte Nachfragen beantworten und insgesamt in den Prozess der Arztvisite eingebunden werden. Positiv ist weiterhin, dass es den Patienten durch den direkten Kontakt mit dem Arzt leichter fällt, seine Therapieempfehlungen zu befolgen (Compliance). Außerdem fühlen sich die Pflegekräfte durch eVi® unterstützt und sicherer in der gemeinsamen Betreuung der Patienten. Soll beispielsweise ein komplizierter Verbandswechsel bei einem Heimbewohner erfolgen, kann per Videovisite die behandelnde chirurgische Praxis zugeschaltet werden und den Wechsel des Verbandes begleiten.

Der Aufwand für nicht-medizinische Aufgaben wie Fahrten, Warte- und Vorbereitungszeiten und Zeiten für die Begleitung der Pflegebedürftigen wurde verringert. Es wird außerdem davon ausgegangen, dass der Einsatz von eVi® den Patientenkontakt intensivieren kann und gleichzeitig zu einer effizienteren Nutzung der ärztlichen und pflegerischen Ressourcen führen wird.

Am Beispiel der Versorgung von chronischen Wunden wurden ebenfalls die gesundheitsökonomischen Effekte von eVi® evaluiert. Patienten mit chronischen Wunden müssen stets durch Heimarbeiter begleitet werden. Im Durchschnitt beansprucht dies etwa drei Stunden der Arbeitszeit des Personals pro Fall. Ausgehend von einem Stundenlohn von 19,65 Euro ergab sich für die Pflegeheime eine Personalkostenersparnis von 8.200 Euro. Anstelle der Begleitung von Patienten konnte die Arbeitskraft des Pflegepersonals gezielt eingesetzt werden, um die Patienten zu betreuen. Da Ärzte einer chirurgischen Praxis die Wunden kontrollieren, konnten die Kosten für die Transporte, die ohne eVi® notwendig gewesen wären, analysiert werden. Die bei der Behandlung von chronischen Wunden durchgeführten virtuellen Visiten führten zu einer Kostenersparnis für die Kostenträger hinsichtlich der Transportkosten von 16.968 Euro netto.

Elektronische Visiten wurden hauptsächlich aufgrund von Unklarheiten bezüglich der Medikation durchgeführt. Hier konnten noch keine Kostenersparnisse berechnet werden, da kein entsprechender Evaluationsbogen eingesetzt wurde und diese Daten nicht erhoben worden sind. Die Evaluation liefert keine Ergebnisse über die genaue Anzahl an vermiedenen Krankenhauseinweisungen. Es zeigt sich jedoch, dass bei fünf Personen, die stationär aufgenommen werden sollten, eine Krankenhauseinweisung vermieden werden konnte, was zu Kosteneinsparungen geführt hat.

Nächste Schritte

Seit April 2017 ist die elektronische Visite Teil der Regelversorgung und in das Versorgungssystem der Ärzte integriert.

Die Online-Visite wird leider bisher noch nicht flächendeckend eingesetzt. Aktuell werden weitere Anwendungen von eVi® umgesetzt: Beispielsweise werden seit Januar 2017 Krankenpflegeschüler per eVi® in der Praxis angeleitet. Seit Februar 2017 werden im Rahmen des Projekts TELnet@NRW Haus- und Fachärzte bei der gemeinsamen Behandlung infektiöser Patienten per Online-Visite durch infektiologische Spezialisten aus Uniklinken beraten. In einem weiteren, vom Innovationsfonds finanzierten, Projekt (NetzWerk GesundAktiv) in Hamburg betreuen Ärzte 1.000 Seniorenhaushalte per eVi®.

Es wird überlegt, weitere Anwendungen in die eVi®-Software technisch miteinzubinden: Sinnvoll könnte beispielsweise ein Blutzuckermessgerät oder ein bundeseinheitlicher Medikationsplans sein. Unklarheiten bei der Medikation fordern häufig eine Absprache mit dem behandelnden Arzt (siehe Kapitel Evaluation). Die Einbindung des bundeseinheitlichen Medikationsplans in eVi® und damit verbundene Kosteneinsparungen sollen in nachfolgenden Projekten evaluiert werden.

Denkbar ist auch, eVi® in der häuslichen Umgebung einzusetzen. Auch ambulante Pflegedienstleister oder pflegende Angehörige könnten dann die elektronische Visite nutzen und davon profitieren.

Ansprechpartner

Dr. med. Hans-Jürgen Beckmann

Vorstand
MuM – Medizin und Mehr eG
Viktoriastraße 19
32257 Bünde
Telefon: 05223 - 985620
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 - 985620
E-Mail: hempen@mum-buende.de
www.mum-buende.de

Literatur

Gibis, B., Heinz, A., Jacob, R., & Müller, C. H. (2012). Berufserwartungen von Medizinstudierenden: Ergebnisse einer bundesweiten Befragung. *Deutsches Ärzteblatt*, 109(18), 327-332. // Robert Koch-Institut (Hrsg) (2015) *Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis*. RKI, Berlin // Rothgang, H., Müller, R., & Unger, R. (2012). *Themenreport "Pflege 2030": was ist zu erwarten-was ist zu tun?*. Bertelsmann Stiftung. // Statistisches Bundesamt (Hrsg) (2010) *Projektionen des Personalbedarfs und -angebots in Pflegeberufen bis 2025. Auszug aus Wirtschaft und Statistik*.

Ein internetbasiertes nationales Netzwerk zur Verbesserung der Versorgungsqualität bei Hodentumoren

NATIONALES ZWEITMEINUNGSPROJEKT HODENTUMOREN

Autoren: Mark Schrader, Friedemann Zengerling



Prof. Mark Schrader

Chefarzt Urologie
Helios Klinikum Berlin-Buch

Management Summary

Das Nationale Zweitmeinungsprojekt Hodentumoren zielt darauf ab, die Versorgungsqualität von Patienten mit Hodenkrebs in Deutschland flächendeckend zu erfassen und qualitativ zu verbessern. Nachdem die Diagnose Hodenkrebs gestellt wurde können sich die behandelnden Ärzte über das Zweitmeinungsnetzwerk bei der Therapieplanung online unterstützen lassen. Ärzte und Zweitmeinungszentren kommunizieren über eine interaktive Internetplattform. Der behandelnde Arzt gibt dazu die Daten des Patienten, dessen Diagnose sowie seinen Therapieplan ein. Das Zweitmeinungszentrum gleicht den Therapieversuch des Arztes mit der aktuell geltenden Behandlungsleitlinie ab. Anschließend stimmt es entweder dem Vorschlag des Arztes zu oder empfiehlt eine alternative Therapie. Ein Datenzentrum begleitet das Projekt und verfolgt die Krankheitsverläufe.

Seit 2006 sind über das Projekt mehr als 6.400 Zweitmeinungen eingeholt worden. Im Jahr 2017 wurde nahezu jeder dritte Patient mit Erstdiagnose Hodenkrebs einem Zweitmeinungszentrum vorgestellt. Aktuell beteiligen sich mehr als 26 Zweitmeinungszentren in Deutschland an dem Projekt sowie zwei Zentren in Österreich. Initiiert wurde das Projekt 2006 von Prof. Dr. Mark Schrader gemeinsam mit der Interdisziplinären Arbeitsgruppe Hodentumoren (German Testicular Cancer Study Group). Die Finanzierung des

„non-profit“ Projektes erfolgte durch die Deutsche Krebshilfe, die Gert und Susanna Meyer Stiftung und aktuell durch die Deutsche Gesellschaft für Urologie e. V., die aQua-Institut GmbH und die Techniker Krankenkasse.

Ärzte können das Portal für jeden Patienten nutzen, unabhängig von der jeweiligen Krankenversicherung. Weder für den anfragenden Arzt noch für den Patienten fallen Kosten an. Mit der Techniker Krankenkasse und der Hanseatischen Krankenkasse liegen seit 1.7.2017 Verträge gemäß §§ 140 ff. SGB V vor, nach denen Zweitmeinungen für Patienten dieser Krankenkassen vergütet werden. In nahezu 40 Prozent der Fälle führte die Zweitmeinung zu einer Änderung der Therapie. In der Mehrheit dieser Fälle führte sie zu einer Reduktion des Therapieumfanges.

Versorgungsherausforderung

Das Zweitmeinungsprojekt wurde ins Leben gerufen, weil die flächendeckende Implementierung von Therapiestandards für Keimzelltumoren aufgrund der bundesdeutschen Versorgungsstruktur nahezu unmöglich ist. Dies spiegelte sich in einer regional unterschiedlichen Versorgungsqualität und Mortalitätsrate wieder. Keimzelltumoren zählen bei Männern unter 50 Jahre zu den häufigsten bösartigen Tumorerkrankungen (www.krebsdaten.de).

Wenn man die Gesamtbevölkerung betrachtet, treten sie – im Vergleich zu beispielsweise Prostatakrebs – selten auf. Seit der Zulassung von Cis-Platin 1979 sind die Heilungschancen von Hodenkrebs mit ca. 0,3 Todesfällen je 100.000 Einwohner so niedrig wie bei keiner anderen soliden Tumorerkrankung. Bei Prostatakrebs liegt die Zahl mit 19,7 Todesfällen je 100.000 Einwohner deutlich höher. Auffällig ist, dass besonders junge Menschen mit einer hohen verbleibenden Lebenserwartung an Hodenkrebs erkranken. Das mittlere Erkrankungsalter liegt bei 38 Jahren, was unterstreicht, dass insbesondere Spättoxizität eine sehr viel größere Rolle als bei anderen Tumorerkrankungen spielt.

Die Fallzahl pro Klinik korreliert bei fortgeschrittenen Tumoren mit der Mortalitätsrate. Es wäre darum ideal, wenn die Patienten in interdisziplinären „high volume“ Zentren behandelt werden könnten (Krege, 2017; Pfister et al., 2016). Dies ist aktuell aufgrund der bundesdeutschen Versorgungsstruktur nicht der Fall. Im Rahmen des Nationalen Zweitmeinungsprojektes Hodentumoren können die behandelnden Ärzte auf die Expertise ausgewiesener Zweitmeinungszentren zugreifen. Hier gibt es wissenschaftlich fundierte Hilfestellung bei der Therapieplanung und Unterstützung

bei komplexen Fragestellungen (Hart, 2005; Muche-Borowski & Kopp, 2011; Ulsenheimer, 2006). Damit wird Expertenwissen flächendeckend verfügbar. Da sich Therapieempfehlungen des Zweitmeinungsnetzwerkes an den aktuellen Leitlinien orientieren, wird deren Implementierung unterstützt und die Behandlung von Patienten mit Hodentumor signifikant verbessert.

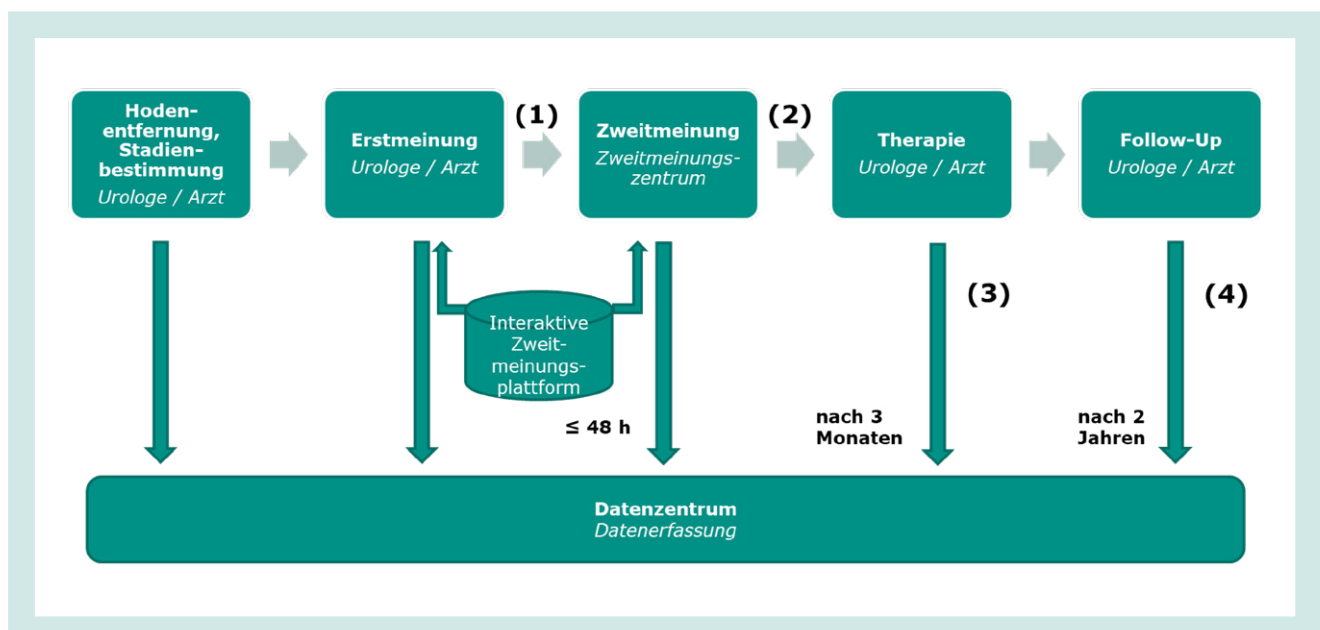
Entstehungsgeschichte

Bislang war es schwierig nachzuvollziehen, inwieweit eine geltende Leitlinie für Hodentumoren auch umgesetzt wird. Maßnahmen, die darauf abzielten die Versorgung zu verbessern, konnten nur indirekt und nicht fallbezogen umgesetzt werden und waren auf Fortbildungen, Studien und Publikationen begrenzt.

Zu erkennen, ob eine entsprechende Leitlinie angewendet wird, ist jedoch wichtig, da die Sterberate allein kein aussagekräftiger Indikator für die Versorgungsqualität bei einer in mehr als 95 Prozent der Fälle heilbaren Erkrankung ist.

Abbildung 1 – Prozessablauf des Nationalen Zweitmeinungsprojektes Hodentumoren

Quelle: Adaptiert nach Schrader et al., 2016.



Das Nationale Zweitmeinungsprojekt Hodentumoren erfasst und unterstützt flächendeckend die Leitlinienadhärenz und trägt so dazu bei, die Versorgungsqualität zu beurteilen und zu verbessern.

Seit Februar 2006 wird daran gearbeitet, die Versorgungssituation differenziert zu analysieren und effektiv zu verbessern. Es ist das erste Zweitmeinungsprojekt, in dem zentral und kontinuierlich bundesweit Daten der einzelnen Prozessabschnitte der Versorgung gesammelt werden. Dadurch kann abgeschätzt werden, inwieweit eine Leitlinie für die Therapie der Erkrankung auch umgesetzt wird. Folglich kann eine potentielle Unter-, Über- oder Fehlversorgung erkannt und vermieden werden. Wenn Patienten etwa eine zu umfangreiche Therapie erhalten, kann dies das Risiko von Langzeitfolgen der Therapie unnötig erhöhen und die Lebensqualität der Betroffenen langfristig einschränken. So haben Hodentumorkranke auch Jahre nach Therapieende ein höheres Risiko einer kardiovaskulären Erkrankung, ein erhöhtes Risiko für Zweitkarzinome und Stoffwechselerkrankungen oder leiden unter psychischen Problemen (Kliesch, 2016; Oechsle, 2017; Sztankay et al., 2017).

Mittlerweile wird für mehr als 27 Prozent der neuerkrankten Hodentumorkranken im Rahmen des Projektes in Deutschland eine Zweitmeinung eingeholt.

Kernelemente

Zielgruppe

Niedergelassene oder in Krankenhäusern tätige Urologen, Onkologen und Strahlentherapeuten können das Zweitmeinungsangebot wahrnehmen. Potentielle Nutzer sind somit Ärzte, die an der Therapieplanung oder -durchführung beteiligt sind. Zweitmeinungen können für Patienten eingeholt werden, bei denen entweder zum ersten Mal ein Hodentumor diagnostiziert worden ist oder die einen Rückfall erleiden.

Versorgungskonzept

Durch das Nationale Zweitmeinungsprojekt Hodentumoren wird die Versorgungsqualität bei Hodentumor flächendeckend erfasst und über eine gesteigerte Leitlinien-treue bei der Diagnose und Therapie der Erkrankung verbessert. Bei komplexen Fragestellungen bezüglich der Therapieplanung erfolgt eine individuelle Beratung der Anfragenden.

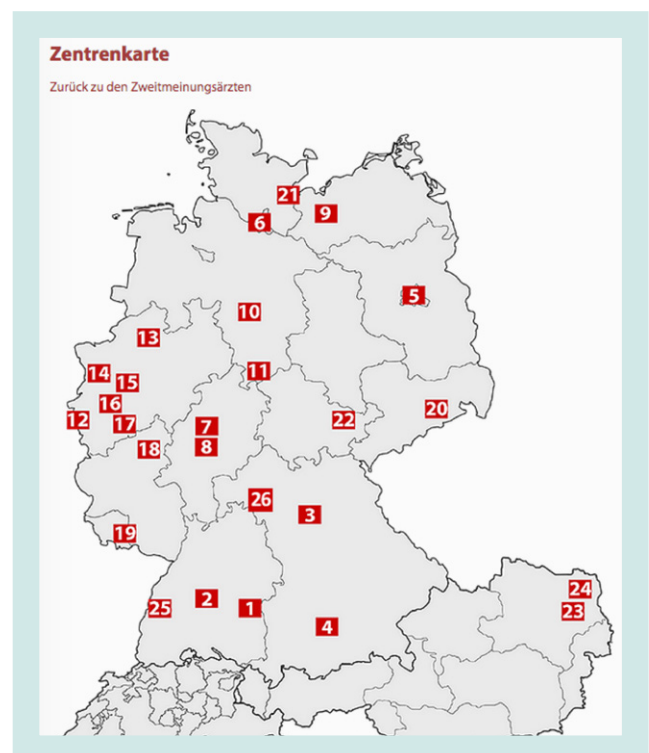
Die Ärzte und Zweitmeinungszentren tauschen Daten über eine interaktive Zweitmeinungsplattform aus, die datenschutzrechtlich als unbedenklich eingestuft worden ist. So können Therapiepläne gegengelesen und gegebenenfalls an eine aktuell geltende Leitlinie angepasst werden. Dies soll unter anderem die Lebensqualität der Patienten verbessern und eine Unter-, Über- oder Fehlversorgung vermeiden. Der Ablauf des Projektes ist in Abbildung 1 vereinfacht dargestellt.

Der behandelnde Arzt informiert zunächst die Patienten über das Projekt und holt ihre Einverständniserklärung ein. Danach registriert er sich einmalig auf der Plattform und kann sofort die Patientendaten eingeben. Die für eine Therapieentscheidung relevanten klinischen Primärdaten werden ebenfalls über eine Datenmaske erfasst. Das System anonymisiert die Daten und prüft, ob die einzelnen Werte richtig eingegeben wurden. Der Arzt gibt neben den Patientendaten und klinischen Primärdaten auch seinen Therapie-vorschlag ein. Im Anschluss kann er per E-Mail oder Fax ein Zweitmeinungszentrum seiner Wahl anfragen (siehe Abbildung 1, Schritt 1). Die Rückmeldung erhält er in der Regel innerhalb der nächsten 48 Stunden (siehe Abbildung 1, Schritt 2). Das Zweitmeinungszentrum erteilt eine Therapieempfehlung entweder direkt anhand der eingegebenen Daten oder bespricht sich zusätzlich gegebenenfalls interdisziplinär mit dem behandelnden Arzt, sofern der vorliegende Fall besonders komplex ist. Es wäre auch möglich, ein weiteres Zweitmeinungszentrum zur Gegenkontrolle hinzuzuziehen, sollte dies erforderlich sein. Hierfür ist die verwendete Software mit einem internen Konsilmodul ausgestattet.

Das angefragte Zweitmeinungszentrum reagiert mit seiner Therapieempfehlung. Wurde der Patient behandelt, ergänzt der Arzt in

Abbildung 2 – Geographische Übersicht der Zweitmeinungsgeber des Nationalen Zweitmeinungsprojektes Hodentumoren

Quelle: DOCXCELLENCE GmbH, 2018.



dem dafür vorgesehenen Bogen die durchgeführte Therapie (siehe Abbildung 1, Schritt (3)) und füllt nach zwei Jahren einen Nachsorge-Bogen aus (siehe Abbildung 1, Schritt (4)). Der Ausgangsstatus der Tumorerkrankung, der Inhalt der Zweitmeinung und die tatsächlich erfolgten Therapiemaßnahmen werden so zusammengeführt und können sowohl miteinander als auch mit dem Krankheitsverlauf abgeglichen werden. Eine zusätzliche Verlaufskontrolle erfolgt nach sechs Jahren. Es wird regelmäßig überprüft, ob die Zweitmeinungsempfehlungen leitlinienkonform erfolgen (Schrader et al., 2016).

Zusammengefasst finden der Informationsaustausch und die Datenerfassung wie folgt statt:

1. Der Arzt legt einen neuen Patienten an.
2. Er fragt über den Bogen „Klinische Angaben und Therapieversuch“ eine Zweitmeinung an. Das vom Arzt ausgewählte Zweitmeinungszentrum wird benachrichtigt.
3. Das Zweitmeinungszentrum füllt den Bogen „Zweitmeinung“ aus. Der Arzt wird benachrichtigt.
4. Der Arzt füllt nach erfolgter Therapie den Bogen „Durchgeführte Therapie“ aus. Das Zweitmeinungszentrum wird benachrichtigt.
5. Nach zwei Jahren füllt der Arzt den Bogen „Nachsorge“ aus.

Mehrwert und Patientenorientierung

Das Projekt hat einen Mehrwert für die teilnehmenden Ärzte, die Patienten sowie für die Versorgung insgesamt auf Systemebene:

- Teilnehmende Ärzte können für ihre Patienten Therapieempfehlungen von leitlinienorientierten Expertenzentren einholen. Der behandelnde Arzt wird dabei unterstützt, die Risiken der Therapie richtig einzuschätzen und abzuwägen. Die meisten Ärzte übernehmen die Änderungsvorschläge. Das deutet darauf hin, dass die Zweitmeinungszentren als willkommene Unterstützung wahrgenommen werden.
- Patienten profitieren von der bestmöglichen, auf sie abgestimmten Versorgung. Die Therapieentscheidungen werden von spezialisierten Zweitmeinungszentren gegengelesen und es wird geprüft, ob die vorgeschlagene Therapie leitlinienkonform ist. So trägt das Projekt dazu bei, dass jeder teilnehmende Patient die für ihn optimale, sichere Therapie erhält. Das bedeutet, dass die Heilungschancen auch bei komplexeren, weiter fortgeschrittenen Krankheitsstadien optimiert werden und dass auch Spätfolgen möglichst gering gehalten werden können. Dies ist umso wichtiger, da das junge Erkrankungsalter und die guten Heilungschancen bedeuten, dass Patienten lange mit eventuellen Spätfolgen einer Therapie leben müssen (Bertz et al., 2017).
- Das Projekt generiert Informationen zu den Strukturen und der Qualität der Hodenkrebsversorgung, die somit zielgerichtet verbessert werden kann.

Finanzierung

Die Deutsche Krebshilfe bewilligte 2006 erstmals die Projektfinanzierung. Drei Jahre später folgte eine kostenneutrale Laufzeitverlängerung und 2010 genehmigte sie einen Folgeantrag, der wiederum verlängert wurde. Von 2015 bis 2017 finanzierte die Gert und Susanna Meyer Stiftung das Projekt. Seit 2017 beteiligen sich die Techniker Krankenkasse, die aQua-Institut GmbH und die Deutsche Gesellschaft für Urologie an den Ausgaben.

Weder für den Arzt noch für den Patienten entstehen durch die Nutzung der Plattform Kosten. Für Patienten der Techniker Krankenkasse und der Hanseatischen Krankenkasse wird die Zweitmeinung gemäß §§ 140 ff. SGB V. seit 1.4.2018 vergütet. Das jeweilige Benutzerkonto (behandelnder Arzt) der Zweitmeinungsplattform muss zu Beginn für Abrechnungszwecke freigeschaltet werden.

Management

Prof. Mark Schrader initiierte das Projekt und beantragte stellvertretend für die Interdisziplinäre Arbeitsgruppe Hodentumoren auch alle Drittmittelanträge. Er ist hauptverantwortlicher Koordinator des Projektes. Bislang war das IT-Dienstleistungsunternehmen DOCXCELLENCE GmbH für das Datenaustauschsystem verantwortlich. 2017 ist eine neue Website in Kraft getreten. Die Software wird nun von der aQua-Institut-GmbH weiterentwickelt und betreut.

Zu Projektbeginn nahmen 18 Kliniken der Interdisziplinären Arbeitsgruppe Hodentumoren als Zweitmeinungszentren teil. Im Verlauf des Projektes kamen weitere urologische Kliniken hinzu. Die Deutsche Gesellschaft für Urologie e. V. akkreditiert die Zentren seit April 2017 nach vorher vereinbarten Kriterien. Die Zentren in Deutschland finden sich in insgesamt 13 Bundesländern. Zwei der Zentren sind in Österreich. Aktuell wird in der Schweiz ein Antrag auf eine analoge Struktur für das Schweizer Gesundheitssystem vorbereitet. Eine geographische Übersicht der insgesamt 26 Kliniken und Ärzte, die um eine Zweitmeinung gebeten werden können, findet sich in Abbildung 2.

Evaluation

In der Vergangenheit gab es mehrere Auswertungen der Ergebnisse des Projektes. Grundsätzlich verbessert eine leitlinienorientierte Versorgung die Versorgungsqualität. Dementsprechend kann das Projekt bereits einige Erfolge verzeichnen. Mittlerweile wird für etwa jeden dritten Patienten mit der Erstdiagnose Hodentumor eine Zweitmeinung angefragt. Somit kann die Qualität seiner Behandlung erfasst und in vielen Fällen verbessert werden.

Von der Registrierung der ersten Patienten im Jahr 2006 bis einschließlich Mai 2016 liegen Zwischenergebnisse vor, die die Unterschiede zwischen Erst- und Zweitmeinung zeigen. Insgesamt haben in diesem Zeitraum 536 verschiedene Ärzte 2.515 Zweitmeinungen angefragt (Schrader et al., 2016). In 32 Prozent der Fälle wurde der vom behandelnden Arzt vorgebrachte Therapie-vorschlag als verbesserungsbedürftig eingeschätzt. Tabelle 1 schlüsselt die voneinander abweichenden Therapieempfehlungen auf. Sie verdeutlicht, wie häufig das jeweilige Zweitmeinungs-zentrum eine umfangreichere oder weniger umfangreiche Therapie empfohlen hat.

Bei 12,5 Prozent aller Anfragen schlägt das Zweitmeinungszentrum eine weniger intensive Therapie vor, als vom behandelnden Arzt vorgesehen. Bei 4,9 Prozent wird jedoch eine umfangreichere Behandlung empfohlen. Bei insgesamt 14,1 Prozent aller Zweitmeinungsanfragen reagiert das Zweitmeinungszentrum mit einem alternativen Therapie-vorschlag, der sich nicht näher einordnen lässt. Bei 59,9 Prozent der Anfragen stimmt das Zweitmeinungszentrum dem ursprünglichen Therapie-vorschlag zu. Vor allem bei Patienten

mit einer bereits weiter fortgeschrittenen Erkrankung wurde durch die Zweitmeinung eine abweichende Therapie empfohlen.

Betrachtet man nur die Fälle, in denen das jeweilige Zweitmeinungs-zentrum eine abweichende Empfehlung geäußert hat, wurde in der Mehrzahl der Fälle (40 Prozent) dazu geraten, die vorgeschlagene Therapie zu reduzieren. Bei diesen änderungsbedürftigen Erstmeinungen handelte es sich um eine Überversorgung. In 16 Prozent dieser Fälle wurde die Erstmeinung dagegen als Unterversorgung eingestuft. Dies verdeutlicht, wie das Projekt zu einer verbesserten Versorgung beitragen kann. Etwa jede sechste Zweitmeinung hat zu einer relevanten, an der geltenden Leitlinie orientierten Änderung des vorgeschlagenen Therapieumfangs geführt.

Die meisten Ärzte greifen die Empfehlung des jeweils involvierten Zweitmeinungszentrums auf. Im Beobachtungszeitraum wurden 71,8 Prozent der Änderungsvorschläge umgesetzt. 15,6 Prozent der Ärzte haben die ursprünglich von ihnen geplante Therapie weiterverfolgt, obwohl die Zweitmeinung abwich. Derartige Abweichungen von der Leitlinie sind immer möglich und können notwendig sein. Generell

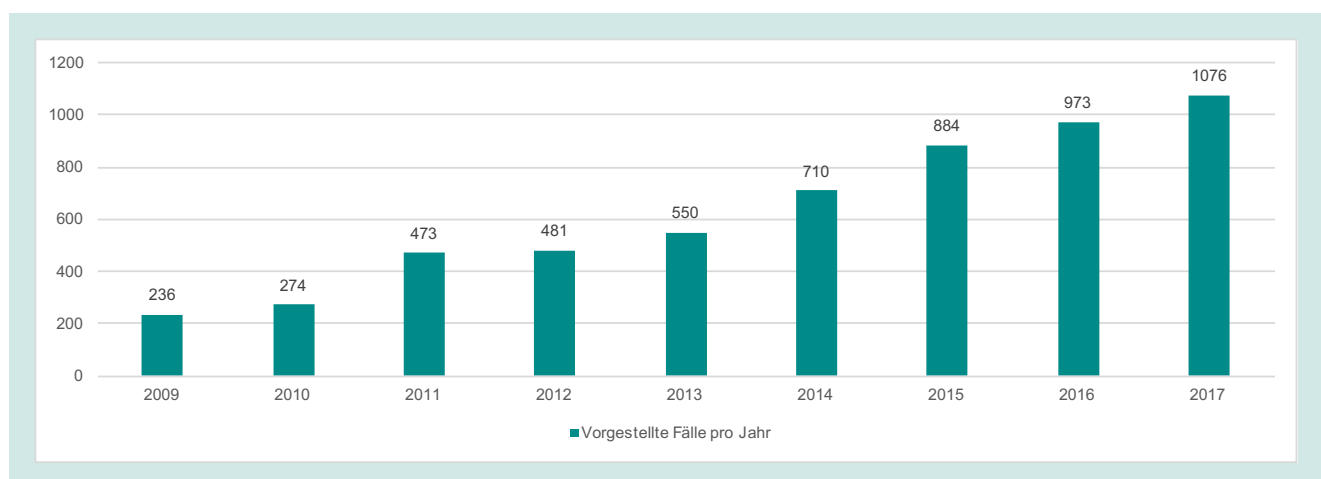
Tabelle 1 – Vergleich von Erst- und Zweitmeinung bezogen auf die Gesamtzahl aller Zweitmeinungsanfragen

Quelle: Adaptiert nach Schrader et al., 2016.

Kongruent	Inkongruent			Kongruenz oder Inkongruenz nicht bestimmbar
	Zweitmeinung therapieintensiver	Tendenz nicht bestimmbar	Erstmeinung therapieintensiver	
59.9 %	4.9 %	14.1 %	12.5 %	8.5 %

Abbildung 3 – Entwicklung der Anfragenzahlen im Rahmen des Zweitmeinungsprojektes

Quelle: Adaptiert nach Schrader et al., 2018.



soll eine Leitlinie der Orientierung dienen und nicht immer dogmatisch umgesetzt werden – stets angepasst an die Bedürfnisse des Patienten (Hart, 2005; Ulsenheimer, 2006).

Die steigenden Anfragenzahlen (vgl. Abbildung 3) sprechen dafür, dass behandelnde Ärzte den Mehrwert erkennen – auch ohne finanzielle Anreize zur Teilnahme. Eine durchgeführte Nutzerumfrage als Plattformnutzer zeigte eine hohe Zufriedenheit mit der Zweitmeinungsplattform seitens der Anfragenden und Zweitmeinungsgeber. Die überwiegende Mehrheit der teilnehmenden Ärzte findet den anfallenden Zeitaufwand dem Zweck und den Ergebnissen der Plattform angemessen (Zengerling et al., 2013).

Nächste Schritte

Eines der nächsten Ziele der Projektpartner war es, die Zweitmeinung auch interdisziplinär abstimmen zu können und nicht wie initial nur intersektoral. Dies ist mittlerweile erfolgt. Außerdem soll die Plattform zukünftig ermöglichen, Bilddaten auszutauschen, was gegenwärtig im Aufbau ist. Zudem möchten die Organisatoren die interaktive Onlineplattform dahingehend anpassen, dass nicht nur Ärzte und Zweitmeinungszentren miteinander kommunizieren können, sondern die Zweitmeinung auch dem Patienten direkt mitgeteilt werden kann.

Allgemein soll das Projekt in mehrfacher Hinsicht ausgeweitet werden. Zum einen wird angestrebt, weitere Krankenkassen in das Netzwerk zu integrieren. Zum anderen soll die Vorstellungsquote weiter erhöht werden.

Ansprechpartner

Prof. Dr. med. Mark Schrader

Chefarzt
Helios Klinikum Berlin-Buch
Schwanbecker Chaussee 50
13125 Berlin
Telefon: 030 940112-500
E-Mail: mark.schrader@charite.de

Dr. med. Friedemann Zengerling

Bereichsleiter
Universitätsklinik Ulm
Prittwitzstr. 43
89075 Ulm
Telefon: 0731 500583-33
E-Mail: friedemann.zengerling@uniklinik-ulm.de

Literatur

Bertz, J., Buttmann-Schweiger, N., & Kraywinkel, K. (2017). Epidemiologie bösartiger Hodentumoren in Deutschland. *Der Onkologe*, 23(2), 90-96. // Hart, D. (2005). Vom Standard zur Leitlinie: Bewertungszusammenhänge im Medizin- und Gesundheitsrecht-Leitlinie und Standard, EbM und HTA, Pflicht und Zweckmäßigkeit. *Kritische Vierteljahresschrift für Gesetzgebung und Rechtswissenschaft (KritV)*, 88(2), 154-176. // Kliesch, S. (2016). Hodentumor: Survivorship und Langzeittoxizität. In *Die Urologie* (pp. 1731-1740). Springer, Berlin, Heidelberg. // Krege, S. (2017). Diagnostik, Therapie und Nachsorge beim Hodentumor. *Der Urologe*, 56(12), 1623-1636. // Muche-Borowski, C., & Kopp, I. (2011). Wie eine Leitlinie entsteht. *Zeitschrift für Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie*, 25(4), 217-223. // Oechsle, K., Krege, S., & Honecker, F. (2017). Nachsorge, Fertilität, Langzeittoxizität und Survivorship bei Keimzelltumoren. *Best practice onkologie*, 12(3-4), 144-152. // Pfister, D., Schmelz, H. U., & Heidenreich, A. (2016). Therapie des metastasierten Hodentumors. In *Die Urologie* (pp. 1755-1763). Springer, Berlin, Heidelberg. // Pottek, T. S., Hartmann, M., & Bokemeyer, C. (2005). Nachsorge und Spättoxizitäten bei Hodentumoren. *Dt Ärzteblatt*, 102(48), 2642-2646. // Schrader, M., Zengerling, F., Hakenberg, O. W., et al. (2016). Nationale Zweitmeinungsnetzwerke Hodentumoren und Peniskarzinom. German national secondopinion network for testicular cancer and penile carcinoma. *Der Urologe*, 55(9), 1192-1198. // Sztankay, M., Giesinger, J. M., & Holzner, B. (2017). Lebensqualität und psychische Belastung bei Hodentumorpapienten. *Der Onkologe*, 23(2), 136-145. // Ulsenheimer, K. (2006). Haftungsrechtliche Bedeutung der Leitlinien. In *Risiko und Qualität in der Herzchirurgie* (pp. 96-103). Steinkopff. // Zengerling, F., Schrader, A. J., Mohr, A., et al. (2013). Nationales Zweitmeinungsnetzwerk testikuläre Keimzelltumoren/National secondopinion network for testicular cancer patients. *Der Urologe*, 52(9), 1290-1295.

Klinisches Projekt zur Steigerung der Patientensicherheit

PATIENT BLOOD MANAGEMENT

Autoren: Patrick Meybohm und Kai Zacharowski



Hier geht es zum Video.

Prof. Patrick Meybohm

Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie
Universitätsklinikum Frankfurt

Management Summary

Das Patient Blood Management möchte die Versorgung der Patienten verbessern und die Behandlungssicherheit steigern. Dies soll erreicht werden, indem eine präoperative Anämie frühzeitig behandelt und unnötige Blutverluste während der Operation vermieden werden.

Beim Patient Blood Management handelt es sich um ein Versorgungskonzept, in das alle Sektoren und Fachdisziplinen miteinbezogen werden. Das Programm stützt sich auf drei wesentliche Säulen: Auf die Diagnostik und Therapie der präoperativen Blutarmut, auf fremdblutsparende Maßnahmen sowie den rationalen Einsatz von Bluttransfusionen. Die Weltgesundheitsorganisation empfiehlt offiziell seit 2010 allen Mitgliedstaaten, ein Patient Blood Management zu etablieren. Das Universitätsklinikum Frankfurt startete 2013 mit dem Patient Blood Management. Im Jahr 2014 wurde das Deutsche Patient Blood Management Netzwerk gegründet, das als Plattform für die Zusammenarbeit mit weiteren Krankenhäusern dient und das Versorgungsprogramm koordiniert.

Versorgungsherausforderung

Bei einer Blutarmut (Anämie) ist die Konzentration des sauerstofftragenden Hämoglobins vermindert. Hämoglobin ist ein

Protein, das in den Erythrozyten (roten Blutkörperchen) vorkommt; daher geht eine Anämie häufig mit einem Hämoglobin- und/oder Erythrozytenmangel einher. Dies vermindert die Fähigkeit des Blutes, Sauerstoff zu transportieren und gefährdet somit die Versorgung lebenswichtiger Organe. Weltweit leiden laut der Global Burden of Disease Studie circa zwei Milliarden Menschen an einer Anämie (Vos et al., 2013). In den chirurgischen Abteilungen sind 30 Prozent der Patienten bereits vor einer Operation (präoperativ) von einer Anämie betroffen (Musallam et al., 2011). Eine Blutarmut erhöht das Risiko für postoperative Komplikationen und das Sterberisiko (von Heymann et al.; Musallam et al., 2011; Leichterle et al., 2011). Das führt im Krankenhaus sehr häufig dazu, dass Bluttransfusionen in Form von Erythrozyten-Konzentraten (EKs) während oder nach einer Operation (postoperativ) eingesetzt werden. Verursacht wird eine Anämie häufig aber durch einen behandelbaren Eisenmangel, so dass statt der Transfusion von EKs anämische Patienten eigentlich frühzeitig identifiziert und vor einer anstehenden Operation behandelt werden sollten.

Um einer im Krankenhaus erworbenen Anämie entgegenzuwirken, ist es zudem wichtig, unnötige Doppelbehandlungen und Blutverluste während der Operation zu vermeiden. Dazu ist ein entsprechender Informationsaustausch zwischen den einzelnen Behandlungsbeteiligten sowie zahlreiche blutsparende diagnostische und therapeutische Maßnahmen notwendig (Meybohm et al., 2017).



Mit einer Bluttransfusionsrate von 54,6 pro 1.000 Einwohner ist Deutschland nicht nur in Europa sondern weltweit Spitzenreiter (Carson et al., 2017). Die Verabreichung von Bluttransfusionen soll sicherstellen, dass Organe ausreichend mit Sauerstoff versorgt werden. Solche Transfusionen sind allerdings nicht so harmlos, wie bislang angenommen. EKs können teilweise gravierende Risiken und Nebenwirkungen hervorrufen, wie zum Beispiel allergische, hämolytische und nicht-hämolytische Transfusionsreaktionen. Insofern geben weltweite Leit- und Richtlinien zur Therapie mit Blutkomponenten strukturiert vor, wann ein zu niedriger Hämoglobinwert (Hb-Wert) mit EKs behandelt werden sollte. Bluttransfusionen sollen hierbei als „Ultima Ratio“ bei der Anämiebehandlung gelten. Die Entscheidung zur Transfusion sollte genau überdacht sein und im Übrigen nicht alleine vom Hb-Wert abhängig gemacht werden. Stattdessen sollten weitere Faktoren einbezogen werden:

- die individuelle Anämietoleranz (d. h. inwieweit die Sauerstoffversorgung des Gewebes trotz Anämie aufrechterhalten werden kann)
- der Zustand des Patienten sowie
- weitere Symptome eines Sauerstoffmangels.

Entstehungsgeschichte

Das Patient Blood Management (PBM) reagiert auf die Problematik, dass eine Blutarmut sowie Blutverluste im Kontext von Operationen das Risiko für Krankenhaussterblichkeit und andere Komplikationen erhöhen und zielt auf einen rationalen Einsatz von Blutkonserven ab. Die Umsetzung eines PBM wird unter anderem durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) gefordert. Zunächst nahmen im Rahmen eines PBM-Pilotprojekts vier Universitätskliniken aus Frankfurt, Bonn, Münster und Kiel teil. Das Pilotprojekt wurde begleitend wissenschaftlich evaluiert und führte zu dem Ergebnis, dass deutlich weniger Bluttransfusionen notwendig waren. Das Pilotprojekt legte zudem den Grundstein für das 2014 gegründete, deutschlandweite PBM-Netzwerk, dem mittlerweile mehr als 150 Kliniken angehören. Im Jahr 2016 gründete sich ebenfalls auf europäischer Ebene ein Netzwerk – das European Patient Blood Management Network. Im Jahr 2017 folgte die Gründung des Global Patient Blood Management Network. Für die Koordination der drei Netzwerke ist das PBM Network Coordination Centre zuständig, das am Universitätsklinikum Frankfurt angegliedert ist.

Kernelemente

Zielgruppe

Mit dem PBM-Programm sollen vor allem Patienten angesprochen werden, die sich einer Operation unterziehen müssen. Indem eine Anämie frühzeitig vor dem operativen Eingriff behandelt wird, können Komplikationen reduziert werden, was wiederum die Sicherheit des Patienten verbessert.

Außerdem sollen weitere Krankenhäuser durch das PBM-Konzept angesprochen werden. Sie können ein Teil des PBM-Netzwerks werden und sich darüber hinaus durch eine PBM-Zertifizierung besonders hervorheben. Neben Krankenhäusern und Arztpraxen profitiert v.a. aber das gesamte Gesundheitssystem von dem Programm: Die Zahl der unnötigen Bluttransfusionen kann reduziert, die Krankenhausverweildauer des Patienten verkürzt sowie die Kosten insgesamt gesenkt und die wertvolle Ressource Fremdblut geschont werden.

Versorgungskonzept

Bei PBM handelt es sich um ein standardisiertes, multimodales und wissenschaftlich fundiertes klinisches Behandlungsprogramm. Es zielt darauf ab, die Patienten optimal auf ihre Operation vorzubereiten. Dabei sollen die verschiedenen Fachrichtungen, Disziplinen und Sektoren miteinander vernetzt werden. Vor der Operation soll erkannt werden, ob eine Blutarmut vorliegt, die dann entsprechend frühzeitig behandelt werden kann. Ebenso sollen unnötige Blutverluste während des stationären Aufenthalts verhindert und die Notwendigkeit von Bluttransfusionen minimiert werden.

Um diese Ziele zu erreichen, müssen alle Beteiligten davon überzeugt werden, dass die Maßnahmen notwendig sind. Das PBM kümmert sich zentral um den Informationsfluss zwischen den Stationen und den weiter behandelnden Ärzten und Zentren. Im Rahmen des PBM-Programms werden beispielsweise Anämie-Ambulanzen eingerichtet, die die chirurgischen, internistischen und anästhesiologischen Abteilungen verzahnen und den notwendigen Informationsaustausch untereinander und auch intersektoral (z. B. zum Hausarzt) gewährleisten.

Beim PBM muss der Patient vor, während und nach seiner Operation bestimmte Prozesse durchlaufen. Diese stützen sich dabei auf die drei folgenden wesentlichen Säulen (siehe Abbildung 1):

1. Optimierung der präoperativen Anämie

Der Patient soll im Vorfeld auf das Vorliegen einer Anämie untersucht werden. Operative Eingriffe, die nicht dringlich sind und nicht am gleichen Tag erfolgen müssen, werden als elektiv bezeichnet. Insbesondere bei solchen elektiven Operationen, die zudem mit einem starken Blutverlust (mehr als 500ml) und/oder einer Transfusionswahrscheinlichkeit von mehr als zehn Prozent einhergehen, wird eine präoperative Anämie durch einen Arzt abgeklärt. Der Ablauf des präoperativen Anämiemanagements ist in Abbildung 2 dargestellt. Wird eine Anämie diagnostiziert, wird die Ursache analysiert und möglichst direkt therapiert. Liegt beispielsweise ein Eisenmangel vor, wird Eisen intravenös verabreicht.

2. Fremdblutsparende Maßnahmen

Um die Ressource Fremdblut zu schonen, wird begrenzt Blut entnommen: Indem kleinere Blutentnahmeröhrchen eingesetzt werden, wird das Blutabnahmevolumen pro Patient verringert. Zudem wird individuell bei jedem Patienten darüber entschieden, ob eine Blutabnahme tatsächlich medizinisch notwendig ist. Auf diese Weise konnte die Abnahmemenge in vielen Kliniken um 50 Prozent reduziert werden. Daneben werden blutsparende, geschlossene Blutentnahmesysteme verwendet. Bei operativen Eingriffen kann der

Blutverlust reduziert werden, indem schonende Techniken eingesetzt sowie das intraoperative Wundblut zurückgewonnen wird. Auch ein erfolgreiches Wärmemanagement während der Operation trägt dazu bei. Zusätzlich werden sogenannte Point-of-Care-Diagnostikinstrumente angewendet, indem Laboruntersuchungen zur Blutgerinnung nicht in einem Zentrallabor sondern direkt am Patienten durchgeführt werden (beispielsweise während der Operation oder auf der Intensivstation).

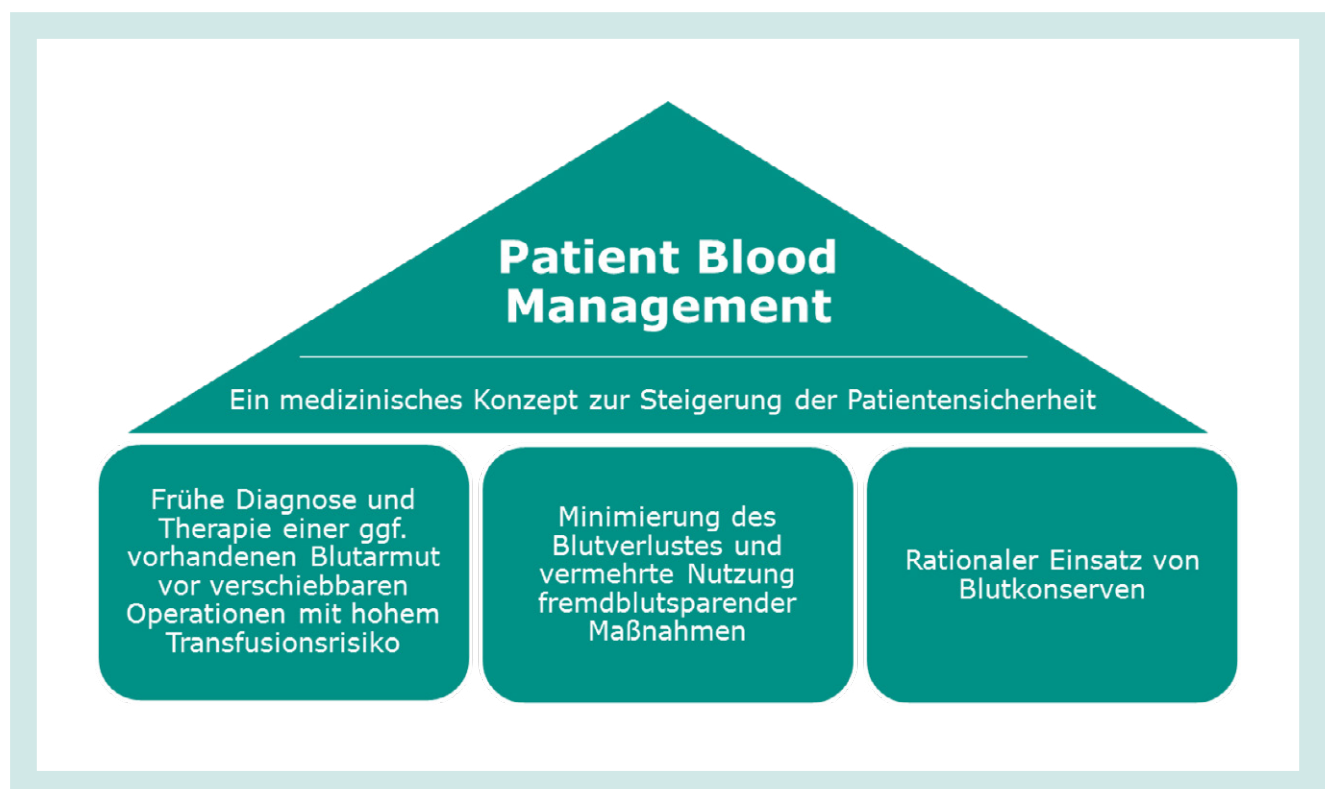
3. Rationaler Einsatz von Blutprodukten

Im Rahmen des PBM-Programms werden die Querschnittsleitlinien der Bundesärztekammer zur Therapie mit Blutkomponenten und Plasmaderivaten eingehalten. Zur Unterstützung von patientenzentrierten Therapieentscheidungen kann im Krankenhausinformationssystem ein Transfusionstrigger abgefragt werden. Mithilfe dieser Abfrage kann über die Indikation einer Bluttransfusion im individuellen Fall entschieden und zugleich dokumentiert werden. Die Trigger werden anhand der in Abbildung 3 dargestellten Checkliste abgefragt.

Um das PBM lokal an die wichtigsten und effektivsten Maßnahmen anpassen zu können, haben die Antragsteller mit einer

Abbildung 1 – PBM – die drei wesentlichen Säulen

Quelle: Eigene Darstellung basierend auf PBM Network Coordination Centre (2017).



internationalen PBM-Expertenkommission verschiedene PBM Maßnahmenbündel mit mehr als 100 Einzelmaßnahmen beschrieben. Der Vorteil dieses umfangreichen Maßnahmenkatalogs ist, dass das PBM-Programm modifizierbar ist. So kann es beispielsweise an die jeweiligen Schwerpunkte der Praxen und Kliniken sowie an die jeweiligen lokal verfügbaren finanziellen und personellen Ressourcen angepasst werden. Dabei ist es wichtig, dass die einzelnen Fachabteilungen umfangreich vernetzt sind. PBM umfasst somit ein breites Spektrum an administrativen und klinischen Einzelmaßnahmen, die in Tabelle 1 dargestellt sind.

Mehrwert und Patientenorientierung

Das Konzept des PBM ist individuell auf den Patienten abgestimmt. Durch das PBM kann der Patient sicherer behandelt werden, indem er optimal auf seine Operation vorbereitet wird. Dies bedeutet für den Patienten ein geringeres Risiko für Komplikationen. Die patienteneigenen Blutressourcen werden geschont und durch weniger unnötige EK-Transfusionen lassen sich potentielle Folgekosten reduzieren. Auch wird die Krankenhausaufenthaltsdauer für den Patienten verkürzt. Die genannten Punkte wirken sich positiv auf die Lebensqualität des Patienten aus.

PBM bietet nicht nur einen Mehrwert für die teilnehmenden Arztpraxen und Krankenhäuser, sondern auch für das Gesundheitssystem und die Gesellschaft allgemein. Studien aus Westaustralien und Kanada zeigen, dass sich durch das PBM 20 bis 50 Prozent der Kosten einsparen lassen. Die Anzahl an unnötigen EK-Transfusionen wird reduziert, die Patienten verweilen kürzer im Krankenhaus und es treten weniger Folgeerkrankungen nach Blutverlust und Bluttransfusionen auf, somit können intersektoral Kosten eingespart werden. Dadurch, dass transfusionsassoziierte Risiken vermieden werden, könnte man schätzungsweise bis zu 1.000 Euro pro einzelner vermiedener Konserve einsparen. Dadurch wird die wertvolle Ressource Fremdblut geschont. Weiterhin lassen sich vermeidbare Laboranalysen reduzieren.

Bei einer erfolgreichen Umsetzung von PBM werden kurz- und mittelfristig die Kosten für Blutprodukte zugunsten fremdblutsparender Maßnahmen mehr als umverteilt. Die transfusionsassoziierten Sach- und Personalkosten können gesenkt werden, so dass die zusätzlich entstehenden Personalkosten für diagnostische und therapeutische PBM-Maßnahmen, Infoveranstaltungen, Schulungen, Projektmanagement sowie Sachkosten (beispielsweise für Medikamente, Gerätenutzung, Verbrauchsmaterialien, Schulungsaktivitäten) mehr als gedeckt werden.

Finanzierung

Das PBM-Programm finanziert sich aus Eigenmitteln des Universitätsklinikums Frankfurt. Die PBM-Pilotstudie sowie das

Deutsche PBM-Netzwerk wurden zusätzlich durch die Firmen B. Braun Melsungen, CSL Behring, Fresenius Kabi und Vifor Pharma sowie den DRK-Blutspendedienst Baden-Württemberg-Hessen finanziell unterstützt.

Abbildung 2 – Ablauf des präoperativen Anämiemanagements

Quelle: PBM Network Coordination Centre (2018).

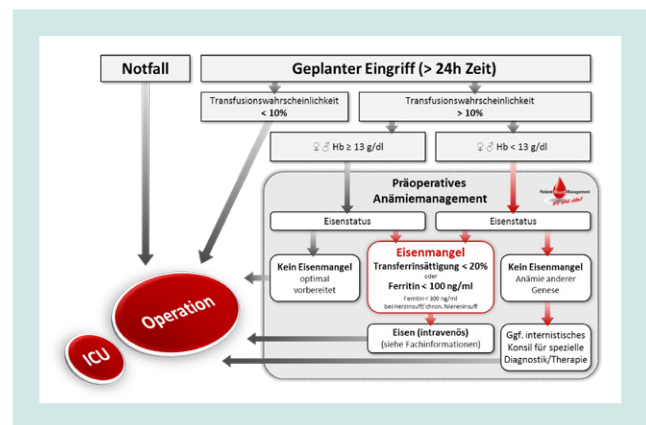
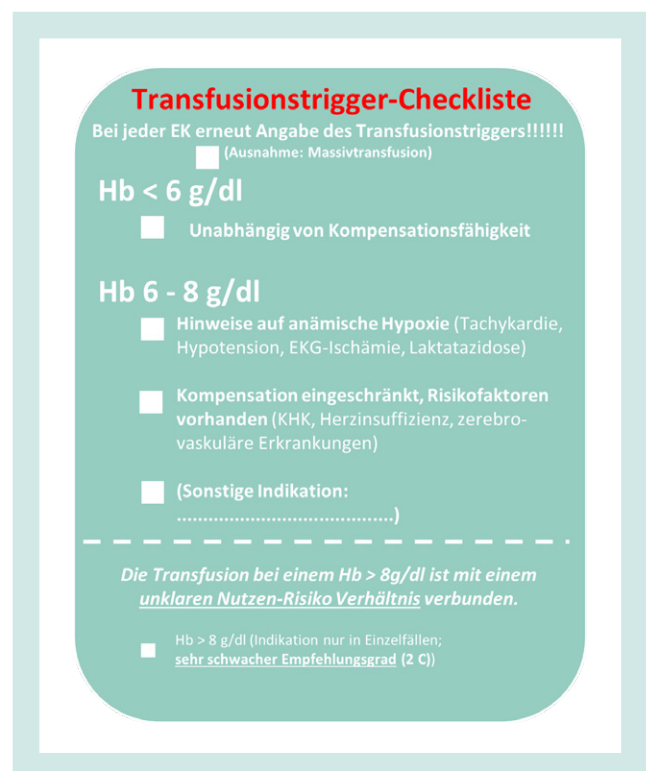


Abbildung 3 – Transfusionstrigger-Checkliste

Quelle: Eigene Darstellung basierend auf PBM Network Coordination Centre (2017).



Management

Das PBM Network Coordination Centre in Frankfurt managt sowohl das Deutsche, das European als auch das Global PBM Network. Das PBM Network Coordination Centre beantwortet Anfragen von Patienten, Angehörigen, Ärzten, Praxen und Krankenhäusern und es finden persönliche Beratungen vor Ort statt. Notwendiges Schulungsmaterial sowie umfangreiche Informationsmaterialien wie zum Beispiel Poster oder Flyer werden zur Verfügung gestellt.

In allen drei PBM-Netzwerken werden gemeinsam mit Ärzten, Praxen und Krankenhäusern klinische Routinedaten begleitend zur Qualitätssicherung ausgewertet und genutzt, um Qualitätsprojekte vor Ort weiter zu entwickeln.

Evaluation

Das PBM gilt als effektiv, sicher und nachhaltig wirksam. In Deutschland wurde es im Jahr 2014 an vier Uniklinken etabliert und wissenschaftlich evaluiert. Die Datenanalyse von insgesamt 129.719 Patienten zeigte, dass das PBM im Zeitraum von 2013 bis 2015 die

Anzahl an Bluttransfusionen von 1,2 auf 1,0 pro Patient reduzieren konnte (Meybohm et al., 2016). Aktuelle, noch nicht veröffentlichte Daten zeigen für das Jahr 2017, dass der EK-Verbrauch durch das PBM sogar bis zu 50 Prozent reduziert werden konnte. Die Daten bestätigen zudem die Sicherheit des PBM.

In einer retrospektiven Studie aus Westaustralien mit insgesamt 605.046 Patienten an vier Krankenhäusern wurde ebenfalls ein PBM-Programm evaluiert. Über den Zeitraum von 2008 bis 2014 konnte die Zahl der transfundierten Patienten um 41 Prozent gesenkt werden. Außerdem reduzierten sich die Sterblichkeit, die Krankenhausverweildauer, Infektionen, akute Myokardinfarkte und präoperative Anämien. Gleichzeitig konnten mehr Patienten mit nur einer Transfusion aus einem kritischen Zustand befreit werden („Single-Unit Transfusion“). Die Anzahl der erfolgreichen „Single-Unit Transfusionen“ stieg von 33 auf 64 Prozent (Leahy et al., 2017).

Eine US-amerikanische Studie mit insgesamt 7.994 Patienten aus Baltimore, San Diego und San Francisco wurde als die „Choosing Wisely“-Initiative evaluiert. Sie zielte darauf ab, unnötige Bluttransfusionen zu vermeiden, indem die teilnehmenden chirurgischen Abteilungen dazu angeleitet wurden, Bluttransfusionen leitliniengerecht

Tabelle 1 – Spektrum an administrativen und klinischen Einzelmaßnahmen

Quelle: Eigene Darstellung.

Projektmanagement	• Maßnahmen zur Beteiligung wichtiger PBM-Stakeholder • Aus- und Fortbildung, sowie Schulungen • Erstellung von lokalen Standard Operating Procedures (SOPs)
Ambulantes Management der Anämie	• Präoperatives Management der Anämie bei chirurgischen Patienten • Verbesserung der Toleranz einer Anämie • Periinterventionelles Management der Anämie • Anämieambulanzen → Identifikation von anämischen Patienten, Identifikation der Ursache, Einleitung der Therapie
Gerinnungsmanagement	• Ausführliche Gerinnungsanamnese und –analytik • Bei Bedarf Therapie oder prophylaktische Optimierung, um Blutungsrisiko während und nach der Operation zu senken
Interdisziplinäre Blutverlust-minimierende Maßnahmen	• Reduktion des diagnostischen Blutverlusts: weniger Blutabnahmen, Reduktion der Monovettengröße bzw. Probenvolumina, reduzierte Abnahme von Blutkulturen und Einsatz von geschlossenen Blutentnahme- und Drucksystemen • Reduktion des interventionellen Blutverlustes: akribische und exakte intraoperative Blutstillung, laparoskopische, bzw. minimalinvasive Operationstechniken, kontrollierte Hypotension, maschinelle Autotransfusion, limitierte Anzahl an Tupfern zur Blutaufnahme und spezielle Techniken während Herzoperationen
Optimaler Einsatz von Blutprodukten mit patientenzentrierter Indikation	• Berechnung des tolerierbaren Erythrozytendefizits • Erstellung eines individuellen Transfusionstriggers basierend auf dem Risikoprofil des Patienten • Maßnahmen zur Identifikation der Blutproben und zur leitliniengerechten Verabreichung von Blutproben
Intersektorale PBM-bezogene Qualitätssicherung	• Maßnahmen, die zur Datenerhebung dienen • Auf Grundlage der Datenanalyse Verbesserungen einführen

einzusetzen. Die Evaluationsergebnisse zeigen, dass dadurch der Einsatz von Bluttransfusionen um 15 Prozent reduziert werden konnte. Dadurch, dass weniger EKs eingesetzt wurden, konnten die Kosten um 114.386 US-Dollar gesenkt werden (Hicks et al., 2017).

Nächste Schritte

In nächsten Schritten soll die Nutzung des PBM innerhalb der PBM-Netzwerke für mehr als eine halbe Million Patienten zur Qualitätssicherung evaluiert werden.

Die Antragsteller haben bei der Erarbeitung von europäischen PBM-Handlungsanweisungen für die EU-Staaten bereits mitgewirkt. Nun sollen die EU-Empfehlungen im European PBM Network weiter umgesetzt werden.

Ansprechpartner

**Universitätsklinikum Frankfurt
Klinik für Anästhesio-
logie, Intensivmedizin und
Schmerztherapie**

Theodor-Stern Kai 7
60590 Frankfurt am Main
Telefon: 069 - 6301 86668

Prof. Dr. med. Patrick Meybohm
Stellvertretender Direktor
E-Mail: patrick.meybohm@kgu.de

**Univ.-Prof. Dr. med. Dr. rer. nat.
Kai Zacharowski**
Direktor
E-Mail: kai.zacharowski@kgu.de

Literatur

Carson, Jeffrey L., Darrell J. Triulzi, and Paul M. Ness. „Indications for and adverse effects of redcell transfusion.“ *New England Journal of Medicine* 377(13) (2017): 1261-1272. // Hicks, Caitlin W., et al. „A comprehensive Choosing Wisely quality improvement initiative reduces unnecessary transfusions in an Academic Department of Surgery.“ *The American Journal of Surgery* 214(4) (2017): 571-576. // Leahy, Michael F., et al. „Improved outcomes and reduced costs associated with a healthsystemwide patient blood management program: a retrospective observational study in four major adult tertiarycare hospitals.“ *Transfusion* 57(6) (2017): 1347-1358. // Leichtle, Stefan W., et al. „Does preoperative anemia adversely affect colon and rectal surgery outcomes?“ *Journal of the American College of Surgeons* 212(2) (2011): 187-194. // Meybohm, P., et al. „Das Patient-Blood-Management-Konzept. The patient blood management concept.“ *Der Chirurg* 88(10) (2017): 867-870. // Meybohm, Patrick, et al. „Patient blood management is associated with a substantial reduction of red blood cell utilization and safe for patient's outcome.“ *Annals of surgery* 264(2) (2016): 203-211. // Musallam, Khaled M., et al. „Preoperative anaemia and postoperative outcomes in noncardiac surgery: a retrospective cohort study.“ *The Lancet* 378(9800) (2011): 1396-1407. // PBM Network Coordination Centre. „Patient Blood Management – Medizinische Grundlagen.“ (2017) Verfügbar unter <https://www.patientbloodmanagement.de/pbm-informationen-fuer-aerzte/> [04.06.2018]. // Von Heymann, Christian, et al. „Does the severity of preoperative anemia or blood transfusion have a stronger impact on longterm survival after cardiac surgery?“ *The Journal of thoracic and cardiovascular surgery* 152(5) (2016): 1412-1420. // Vos, Theo, et al. „Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013.“ *The Lancet* 386(9995) (2015): 743-800.

Qualitätsmanagementprojekt der Universitätsmedizin Greifswald

SEPSISDIALOG

Autoren: Christian Fuchs, Matthias Gründling, Christian Scheer



Management Summary

Das Qualitätsmanagementprojekt Sepsisdialog zielt darauf ab, Sepsis-Patienten qualitativ besser zu versorgen. Die schnelle und adäquate Diagnostik sowie Therapie senkt die Sterblichkeit dieser Patienten und kann durch Verkürzung der Liegezeit Kosten reduzieren.

Durch das Projekt werden Sepsis-Patienten der Universitätsmedizin Greifswald mit neuesten diagnostischen Methoden und gemäß internationaler Leitlinien versorgt. Jede Berufsgruppe, die Patienten mit einer Sepsis oder nur einem Sepsis-Risiko behandelt, wird fortlaufend geschult. Gleichzeitig werden die Daten der betroffenen Patienten, zum Beispiel demografische Daten und Komorbiditäten sowie die eingeleiteten Therapiemaßnahmen, erfasst und analysiert. Die Prozessqualität der Versorgung wird in Echtzeit registriert und Prozesse können jederzeit angepasst werden.

Die Universitätsmedizin Greifswald initiierte das Projekt im Jahr 2006. Dr. Matthias Gründling ist der derzeitige Leiter. Ein interdisziplinäres Team kümmert sich um die Umsetzung der einzelnen Projektelemente. Der Vorstand der Universitätsmedizin Greifswald, die Klinik für Anästhesiologie, Anästhesie-, Intensiv-, Notfall- und Schmerzmedizin und verschiedene Industriepartner finanzieren die Projektkosten.

Versorgungsherausforderung

Bei der Sepsis handelt es sich um ein lebensbedrohliches Organversagen, das durch eine fehlgeleitete Immunantwort des Körpers auf eine Infektion entsteht. Der septische Schock ist eine besonders schwerwiegende Ausprägung der Sepsis (Singer et al., 2016; Brunkhorst et al., 2018). Jede Art einer Infektion – hervorgerufen durch Bakterien, Viren oder Pilze – kann eine Sepsis auslösen. Somit können verschiedene Krankheiten wie Lungenentzündung, Hirnhautentzündung oder Grippe eine Sepsis verursachen (Singer et al., 2016). Im Jahr 2013 gab es rund 279.520 Sepsis-Fälle in deutschen Krankenhäusern. Im Zeitraum von 2007 bis 2013 ist die Zahl der Sepsis Patienten um durchschnittlich 5,7 Prozent pro Jahr gestiegen (Fleischmann et al., 2016). Die zunehmend ältere Bevölkerung und damit größer werdende Risikogruppe ist einer der Gründe hierfür. Weitere Faktoren sind der medizinische Fortschritt, der mit einer wachsenden Zahl invasiver Eingriffe einhergeht und die zunehmende Verbreitung multiresistenter Erreger. Diese Faktoren erhöhen das Infektionsrisiko und somit auch das Risiko einer Sepsis (Fleischmann et al., 2016; Scheithauer et al., 2015). Aufgrund der hohen Versorgungsanforderungen und langen Krankenhausaufenthalte ist die Sepsis ein kostenintensives Krankheitsbild. In Deutschland verursacht sie geschätzt Kosten zwischen 3,6 und 7,8 Milliarden Euro jährlich (Moerer & Burchardi, 2006). Obwohl die genauen Angaben schwanken und die allgemeinen Überlebenschancen steigen, ist die



Sepsis weiterhin von einer hohen Sterblichkeitsrate gekennzeichnet. Laut einer Studie von Fleischmann et al. (2016) liegt sie im Fall einer schweren Sepsis bei 43,6 Prozent, bei einem septischen Schock sogar bei 58,8 Prozent.

Die Überlebenschancen bei einer Sepsis hängen maßgeblich davon ab, wie schnell die Therapie beginnt. Mit jeder Stunde Verzögerung kann die Sterblichkeit um bis zu sieben Prozent steigen (Ferrer et al., 2014; Kumar et al., 2006). Es ist daher extrem wichtig, dass das Gesundheitspersonal eine Sepsis früh erkennt und entsprechend handeln kann. In der Realität ist dies häufig nicht der Fall. Das Krankheitsbild selbst ist komplex und die Möglichkeiten zur Diagnose sind noch eingeschränkt (Brunkhorst et al., 2018). Das Projekt Sepsisdialog geht diese Versorgungsherausforderungen an. Es setzt neueste wissenschaftliche Erkenntnisse um, indem es alle beteiligten Mitarbeiter den aktuellsten Leitlinien entsprechend schult. Es ist außerdem an nationaler und internationaler Forschung und an Lernkonzepten internationaler Fachgesellschaften beteiligt. Zudem bietet das Qualitätsmanagementprojekt Sepsis auch extern Weiterbildungsmöglichkeiten an, um bereits bestehendes Wissen zum Thema Sepsis zu verbessern und zu verbreiten. So kann auch Gesundheitspersonal über die Region hinaus und sogar in anderen Ländern die Erfahrungen der Universitätsmedizin Greifswald nutzen.

Entstehungsgeschichte

Das Qualitätsmanagementprojekt Sepsisdialog wurde aufgrund der hohen Krankenhaussterblichkeit bei Sepsis-Patienten entwickelt. Dr. Matthias Gründling hat das Projekt im Jahr 2006 initiiert. Er arbeitet an der Klinik für Anästhesiologie der Universitätsmedizin Greifswald und ist Leiter der Arbeitsgruppe Klinische Sepsisforschung. Weitere Projektpartner waren von Anfang an die Klinik für Innere Medizin, die auch weiterhin im Projektteam vertreten ist, und das Friedrich-Loeffler-Institut für Medizinische Mikrobiologie. Heute ist das Projekt auf das gesamte Krankenhaus ausgedehnt. Alle patientenversorgenden Kliniken der Universitätsmedizin Greifswald nehmen teil, inklusive der Notaufnahme und der Intensivstationen. Es gibt mittlerweile auch Fortbildungsangebote für Mitarbeiter regionaler Partnerkrankenhäuser.

Kernelemente

Zielgruppe

Das Projekt richtet sich an alle Sepsis-Patienten und Patienten mit erhöhtem Sepsis-Risiko und über die Beratungsangebote auch an die Angehörigen der Sepsis-Patienten.

Tabelle 1 – Maßnahmen und Ziele des Qualitätsmanagementprojekts Sepsisdialog

Quelle: Eigene Darstellung.



Mit seinen Weiterbildungsmaßnahmen spricht der Sepsisdialog alle an der Diagnostik und Behandlung beteiligten Ärzte, Pflegekräfte und Funktionsdienste, wie beispielsweise das Krankenpflegepersonal für den Operationsdienst oder die Anästhesie, an. Da eine Sepsis in den verschiedensten Bereichen der medizinischen Versorgung auftreten kann, ist es äußerst wichtig für das Projekt, alle beteiligten Berufsgruppen zu erreichen.

Versorgungskonzept

Der Sepsisdialog will Sepsis-Neuerkrankungen vermeiden, schneller erkennen und dadurch Sepsis-Patienten qualitativ besser versorgen. Das bedeutet, dass weniger Patienten an einer Sepsis versterben und insgesamt sowie auch für das einzelne Krankenhaus weniger Kosten anfallen. Um dies zu erreichen, sorgt das Projektteam unter anderem dafür, dass international abgestimmte Leitlinien im gesamten Krankenhaus umgesetzt werden und die Versorgungsqualität fortlaufend überprüft wird. Maßnahmen und Ziele sind in Tabelle 1 zusammengefasst.

Um die Versorgung an der Universitätsmedizin Greifswald zu verbessern, sind die Kernelemente der Weiter- und Fortbildungsveranstaltungen für Gesundheitspersonal an den diagnostischen und therapeutischen Zielen der Surviving Sepsis Campaign ausgerichtet. Die Surviving Sepsis Campaign ist eine Initiative, die seit 2002 besteht. Die Society of Critical Care Medicine und die European Society of Intensive Care Medicine arbeiten hier gemeinsam daran, die Sepsis-Sterblichkeit und deren Krankheitsfolgen weltweit zu reduzieren. Sie erstellen ein sogenanntes Sepsis-Bundle (Levy et al., 2018). Das sind gebündelte Therapiemaßnahmen, die dem aktuellen Forschungsstand zu Diagnose und Behandlung der Krankheit entsprechen (siehe Abbildung 1). Alle grundlegenden Bestandteile des Qualitätsmanagementprojektes Sepsisdialog orientieren sich an diesem Bundle, gemäß der jüngsten internationalen Sepsis-Definition (Singer et al., 2016). Eine aktuelle Leitlinie spezifisch für Deutschland gibt es derzeit noch nicht.

Je nach Zielgruppe werden die Veranstaltungen inhaltlich für die verschiedenen Aufgabengebiete des Gesundheitspersonals angepasst. Weil die Schulungen regelmäßig stattfinden, werden inhaltliche Neuerungen und neues Personal berücksichtigt. Die vermittelten Wissensinhalte decken die Bereiche Prävention (beispielsweise Händehygiene und Impfungen), Wissen zum Krankheitsbild (beispielsweise Bedeutung der Sepsis für den klinischen Alltag), Diagnostik (beispielsweise klinische oder laborchemische Diagnostik) und Therapie ab.

Informationsmaterialien wie Kitteltaschenkarten (siehe Abbildung 2) und Poster ergänzen die Weiterbildungsmaßnahmen. So sind die komplexen Inhalte dauerhaft und auf einen Blick verfügbar.

Abbildung 1 – Sepsis-Bundle: Gebündelte Therapiemaßnahmen für die erste Stunde nach Diagnose einer Sepsis

Quelle: Modifiziert nach Society of Critical Care Medicine, European Society of Intensive Care Medicine (2018).

Abbildung 2 – Kitteltaschenkarten Sepsisdialog

Quelle: Sepsisdialog – Universitätsmedizin Greifswald.

Weitere Informationsangebote für medizinisches Personal, Patienten und deren Angehörige sind auch auf der Homepage www.sepsisdialog.de zu finden.

Über den Arbeitskreis Intensivmedizin Mecklenburg-Vorpommern bestehen Kontakte zu Intensivmedizinern im gesamten Bundesland. Für Patienten und Angehörige gibt es ebenfalls Informationsangebote. Während des Krankenhausaufenthaltes sind rund um die Uhr Patientenbesuche möglich. Arztgespräche werden bedarfsorientiert durchgeführt, zum Teil täglich. Nach der Entlassung stehen Broschüren oder eine telefonische Beratung zur Verfügung.

Zusätzlich erfasst und analysiert das Projekt die Versorgungsqualität bei Sepsis an der Universitätsmedizin Greifswald. Die Qualitätskontrolle erfolgt gemäß des Plan-Do-Check-Act-Zyklus (siehe Abbildung 3). Seit Projektbeginn werden hierfür Patientendaten, Daten zu Art und Schwere der Erkrankung sowie verschiedene Qualitätsindikatoren (z. B. Zeit bis zur adäquaten antiinfektiven Therapie, Zeitpunkt abgenommener Blutkulturen, Sepsissterblichkeit, Krankenhausverweildauer) protokolliert. Das Projekt erfasst unter anderem Angaben zur angewandten Therapieform und verschiedene Vital- und Laborwerte des Patienten. Für die Datenanalyse hat die Klinik für Anästhesiologie die SIQ Datenbank – Sepsis Information System zur Qualitätssicherung – entwickelt. Auf diese Weise lässt sich die Prozessqualität der Sepsisversorgung in Echtzeit mitverfolgen. Die Ergebnisse werden im Rahmen von Weiterbildungsveranstaltungen weitergegeben, es gibt demnach ein direktes Feedback für das beteiligte Personal. Die Resultate der

Auswertung beeinflussen darüber hinaus, welche Themen in den nächsten Fortbildungsveranstaltungen angesprochen werden.

In Deutschland ist die Universitätsmedizin Greifswald als sogenanntes SepNet-Zentrum an verschiedenen Studien beteiligt. Das SepNet ist ein interdisziplinäres Netzwerk, das Experten auf dem Gebiet der klinischen und experimentellen Sepsisforschung zusammenbringt (<https://www.sepsis-stiftung.eu/sepnet/>). Das Qualitätsmanagementprojekt Sepsisdialog legt derzeit einen besonderen Schwerpunkt auf die Bereiche Screening und mikrobiologische Diagnostik. Das Ziel ist es, für alle Patienten, die am Notfall Sepsis erkranken, sieben Tage in der Woche und 24 Stunden täglich eine schnelle mikrobiologische Diagnostik zu garantieren. Außerdem sind Mitarbeiter des Projektes direkt an der Entwicklung von Leitlinien und Lernkonzepten beteiligt.

Mehrwert und Patientenorientierung

Das Projekt hilft, Sepsis-Neuerkrankungen zu vermeiden. In allen Bereichen wird die Behandlung zunehmend am Patienten orientiert. Die Versorgung kann schneller erfolgen, ist besser abgestimmt und koordiniert und unterliegt regelmäßigen Qualitätskontrollen. Die Patienten und deren Angehörige werden nicht nur besser zu betreut, sondern profitieren außerdem schnellstmöglich von den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen. Folglich steigen die Überlebenschancen der Patienten.

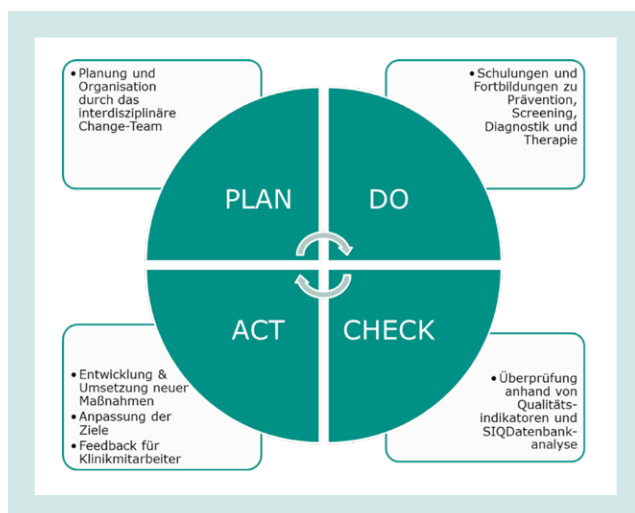
Im Rahmen des Sepsisdialoges werden komplexe Inhalte vermittelt, die direkt im Klinikalltag von allen Mitarbeitern angewendet werden können. Für das Krankenhaus selbst und das Gesundheitssystem allgemein ergibt sich ein wirtschaftlicher Mehrwert. Verkürzte Krankenhausaufenthalte senken die Kosten pro Patient. Außerdem werden Kapazitäten frei, um andere Patienten zu versorgen, insbesondere Patienten, die auf eine intensivmedizinische Versorgung angewiesen sind. Sepsis-Patienten, die mit guter Lebensqualität überleben, können in das Alltag- und Arbeitsleben zurückkehren.

Finanzierung

Das Projekt finanziert sich über drei Säulen. Der Vorstand der Universitätsmedizin Greifswald finanziert eine Sepsisschwester. Der Forschungsetat der Klinik für Anästhesiologie, Anästhesie-, Intensiv-, Notfall- und Schmerzmedizin deckt die Kosten für die Softwareentwicklung sowie Wartungs- und Serverkosten. Für weitere Kosten gibt es verschiedene Verträge mit Industriepartnern. Zu diesen zusätzlichen Kosten gehören unter anderem Personalkosten, Sachkosten (beispielsweise in Zusammenhang mit der mikrobiologischen Diagnostik und den Informationsmaterialien) sowie Reise- und Marketingkosten. Insgesamt entstehen jährlich Kosten zwischen 50.000 Euro bis 75.000 Euro.

Abbildung 3 – Plan-Do-Check-Act-Zyklus (Demingkreis) des Qualitätsmanagementprojekts Sepsisdialog

Quelle: Eigene Darstellung.



Management

Der Klinikvorstand der Universitätsmedizin Greifswald hat ein interdisziplinäres Change-Team ins Leben gerufen. Ärzte, Wissenschaftler und Pflegepersonal sind Teil der Arbeitsgruppe, die von Dr. Matthias Gründling geleitet wird. Weitere Kernmitglieder sind eine Sepsisschwester und drei ärztliche Mitarbeiter. Das Kernteam trifft sich regelmäßig, diskutiert Probleme und Ziele, und stimmt Schulungsveranstaltungen ab. Auch verschiedene Qualitätsparameter werden im Rahmen der Treffen evaluiert.

Der Sepsisschwester kommt eine besondere Rolle zu: Sie koordiniert die Schulungen, die Daten und Screening Erfassung sowie die Forschungsaktivitäten. An der Umsetzung des Projektes insgesamt sind alle Berufsgruppen beteiligt, die für die Erkennung und Versorgung der Sepsis relevant sind. Für den Erfolg des Projektes ist dementsprechend die Motivation aller Mitarbeiter ausschlaggebend.

Evaluation

Verschiedene Studien haben den medizinischen, gesundheitlichen und ökonomischen Mehrwert des Projektes betrachtet.

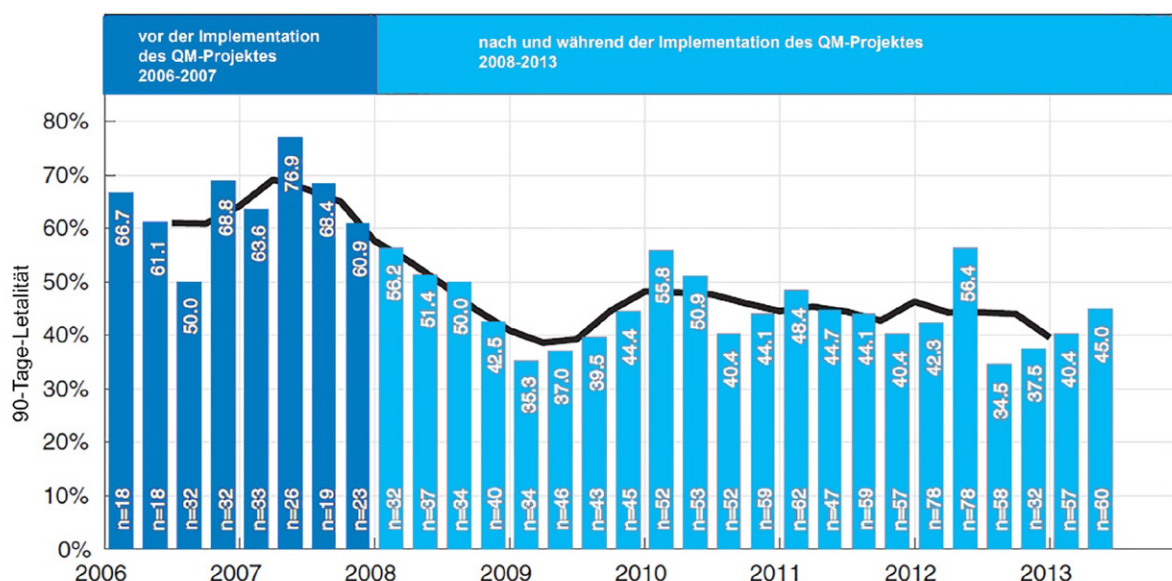
Der Sepsisdialog konnte die Sepsis-Sterblichkeit an der Universitätsmedizin Greifswald um 20 Prozent senken. Vor Projektbeginn lag die 90-Tages Sterblichkeit bei 65 Prozent. Diese konnte dauerhaft auf 45 Prozent gesenkt werden. Diese Verbesserung ist darauf zurückzuführen, dass die Erkrankung schneller erkannt, diagnostiziert und therapiert werden konnte (siehe Abbildung 4; Scheer et al., 2017).

Auch die Liegedauer der Patienten konnte reduziert werden. Im Durchschnitt verbringt ein Sepsis-Patient nun 36 Tage im Krankenhaus, davor waren es 44 (Scheer et al., 2017). Dadurch können pro Patient rund 9.000 Euro eingespart werden. Die Universitätsmedizin kann die Kosten, die durch Sepsis-Fälle verursacht werden, geschätzt um mehr als eine Million Euro senken (Moerer & Burchardi, 2006).

Die Universitätsmedizin Greifswald hat außerdem am MEDUSA-Projekt (Medical Education for Sepsis Source Control and Antibiotics) teilgenommen. Im Rahmen des Projektes wurde ein multimodales Weiterbildungs- und Trainingskonzept untersucht, welches die Erkennung und Erstversorgung von Sepsis thematisiert. Es nahmen 43 Kliniken teil. Die gesamte Studie konnte keine Vorteile nachweisen, die Teilergebnisse für das Studienzentrum Greifswald waren aber positiv (Bloos et al., 2017; MEDUSA-Daten für Greifswald nicht separat publiziert).

Abbildung 4 – 90-Tage Sterblichkeit vor (2006/2007) und während (2008-2013) der Durchführung des Qualitätsmanagementprojektes Sepsisdialog

Quelle: Modifiziert nach Scheer et al. (2017).



Das Projekt wird außerdem als Best Practice Beispiel vom Deutschen Qualitätsbündnis Sepsis ICOSMOS geführt. Auch hier zeigt sich im Deutschlandweiten Vergleich in Greifswald eine sehr niedrige Sepsis-Sterblichkeit.

Nächste Schritte

Das Projekt soll im gesamten Bundesland Mecklenburg-Vorpommern etabliert werden. Die Kontakte, die über den Arbeitskreis Intensivmedizin Mecklenburg-Vorpommern bestehen, können dazu genutzt werden, weitere Krankenhäuser einzubeziehen.

Ein Ziel ist es, an fünf bis zehn weiteren Kliniken das Modellprojekt Sepsisdialog einzuführen. Hierfür kann die Universitätsmedizin Greifswald alle nötigen Materialien, Datenbanken und andere Informationen sofort bereitstellen. Als erstes werden die Notaufnahmen in das Qualitätsmanagementprojekt aufgenommen, dann folgen die Intensivstationen und schließlich werden alle weiteren Abteilungen der Krankenhäuser einbezogen. Wesentlicher Bestandteil des Modellprojektes soll es sein, für alle Patienten, die am Notfall Sepsis erkranken, sieben Tage in der Woche und 24 Stunden täglich eine schnelle mikrobiologische Diagnostik zu garantieren. Für die Durchführung soll ein Finanzierungskonzept zwischen den Kliniken, der Landesregierung, den Krankenkassen und Industriepartnern erarbeitet werden.

Außerdem soll die Bevölkerung zukünftig aktiv in die Früherkennung einbezogen werden. Patientenvertretungen wie die Deutsche Sepsis-Hilfe e. V., Informationsmaterialien, Veranstaltungen und Medien sollen dabei helfen. Da es noch keine spezifische Nachbehandlung für Sepsis-Patienten gibt arbeitet das Projekt darauf hin, diese Lücke zu schließen, und vermittelt in einigen Fällen bereits jetzt psychologische Unterstützung.

Ansprechpartner

Dr. med. Christian Scheer

Facharzt
Klinik für Anästhesiologie,
Universitätsmedizin Greifswald
Ferdinand-Sauerbruch Straße 1
17475 Greifswald
Telefon: 03834 - 8 658 01
E-Mail: christian.scheer@uni-greifswald.de

PD Dr. med. habil.

Matthias Gründling

Oberarzt
Klinik für Anästhesiologie,
Universitätsmedizin Greifswald
Ferdinand-Sauerbruch Straße 1
17475 Greifswald
Telefon: 03834 - 8 658 62
E-Mail: matthias.gruendling@uni-greifswald.de

Dr. med. Christian Fuchs

Facharzt
Klinik für Anästhesiologie,
Universitätsmedizin Greifswald
Ferdinand-Sauerbruch Straße 1
17475 Greifswald
Telefon: 03834 - 8 658 01
E-Mail: christian.fuchs@uni-greifswald.de

Literatur

Bloos, F., Rüdgel, H., Thomas-Rüdgel, D., et al. (2017). Effect of a multifaceted educational intervention for anti-infectious measures on sepsis mortality: a cluster randomized trial. *Intensive care medicine*, 43(11), 1602-1612. // Brunkhorst, F. M. (2014). Sepsis—eine interdisziplinäre Herausforderung. *Der Klinikarzt*, 43(06), 283-283. // Brunkhorst, F. M., Gastmeier, P., & Sin, M. A. (2018). Aktuelle Aspekte zur Definition und Diagnostik der Sepsis und Antibiotikaresistenz. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 61(5), 562-571. // Ferrer, R., Martin-Loeches, I., Phillips, G., et al. (2014). Empiric antibiotic treatment reduces mortality in severe sepsis and septic shock from the first hour: results from a guideline-based performance improvement program. *Critical care medicine*, 42(8), 1749-1755. // Fleischmann, C., Thomas-Rueddel, D. O., Hartmann, M., et al. (2016). Fallzahlen und Sterblichkeitsraten von Sepsis-Patienten im Krankenhaus. *Dtsch Arztebl Int*, 113(10), 159-166. // Kumar, A., Roberts, D., Wood, K. E., et al. (2006). Duration of hypotension before initiation of effective antimicrobial therapy is the critical determinant of survival in human septic shock. *Critical care medicine*, 34(6), 1589-1596. // Levy, M. M., Evans, L. E., & Rhodes, A. (2018). The surviving sepsis campaign bundle: 2018 update. *Intensive care medicine*, 1-4. // Moerer, O., & Burchardi, H. (2006). Kosten der Sepsis. *Der Anaesthesist*, 55(1), 36-42. Rhodes, A., Evans, L. E., Alhazzani, W., et al. (2017). Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of sepsis and septic shock: 2016. *Intensive care medicine*, 43(3), 304-377. // Scheer, C. S., Fuchs, C., Kuhn, S. O., et al. (2017). Quality Improvement Initiative for Severe Sepsis and Septic Shock Reduces 90-Day Mortality: A 7.5-Year Observational Study. *Critical care medicine*, 45(2), 241. // Scheithauer, S., Meyer, E., & Dettenkofer, M. (2015). Hygiene in der Intensivmedizin. In *Die Intensivmedizin* (pp. 47-58). Springer Berlin Heidelberg. // SepNet Critical Care Trials Group. (2016). Incidence of severe sepsis and septic shock in German intensive care units: the prospective, multicentre INSEP study. *Intensive care medicine*, 42(12), 1980-1989. // Singer, M., Deutschman, C. S., Seymour, C. W., et al. (2016). The third international consensus definitions for sepsis and septic shock (sepsis-3). *Jama*, 315(8), 801-810. // Stevenson, E. K., Rubenstein, A. R., Radin, G. T., et al. (2014). Two decades of mortality trends among patients with severe sepsis: a comparative meta-analysis. *Critical care medicine*, 42(3), 625.



Das elektronische Tagebuch für Patienten mit Hämophilie

SMART MEDICATION™

Autoren: Wolfgang Mondorf und Andreas Rösch



Dr. Wolfgang Mondorf

Facharzt für Innere Medizin
Verein zur Förderung der Telemedizin in der Hämostaseologie

Management Summary

smart medication™ möchte die Versorgung von Patienten, bei denen die Blutgerinnung gestört ist (Hämophilie-Patienten) und die sich selbst zuhause je nach Bedarf die fehlenden Gerinnungsfaktoren spritzen dürfen (mit sogenannter Heimselbstbehandlung), verbessern. Durch den Einsatz eines elektronischen Patiententagebuchs soll zum einen die Therapieüberwachung durch den behandelnden Arzt oder das zuständige Behandlungszentrum vereinfacht und zum anderen die Behandlungssicherheit des Patienten gesteigert werden.

Patienten mit Hämophilie sind auf die Versorgung mit Gerinnungspräparaten angewiesen und die Dokumentation deren Verbrauchs ist im Transfusionsgesetz vorgegeben. smart medication™ ermöglicht den Patienten eine elektronische Dokumentation per Mobile-App oder über ein Web-Portal. Dabei wird neben dem Faktorverbrauch auch das Auftreten von relevanten Ereignissen (zum Beispiel Blutungen) protokolliert. Die eingetragenen Daten werden in Echtzeit an den behandelnden Arzt oder das zuständige Behandlungszentrum übermittelt, wo die Patientenangaben eingesehen werden können. Bei möglicherweise auftretenden Auffälligkeiten kann der Arzt entsprechende Behandlungsmaßnahmen einleiten.

smart medication™ wurde 2011 in Zusammenarbeit mit Fachärzten (Hämostaseologen), dem Institut für Wirtschaftsinformatik der Phillips-Universität Marburg, dem Verein zur Förderung der

Telemedizin in der Hämostaseologie sowie dem IT-Unternehmen Rösch & Associates GmbH initiiert. Finanziert wurde das Projekt durch nicht-zweckgebundene Spenden des Vereins.

Versorgungsherausforderung

Die Hämophilie (auch Bluterkrankheit genannt) ist eine vererbte Krankheit, bei der die Blutgerinnung gestört ist. Bestimmte Proteine (sogenannte Gerinnungsfaktoren), die für die Gerinnung des Bluts verantwortlich sind, können nicht in angemessener Weise produziert werden. Dadurch gerinnt das Blut aus Wunden bei den betroffenen Patienten sehr schlecht oder nur verzögert. Die Hämophilie tritt in unterschiedlichen Formen auf. Dabei wird in erster Linie zwischen den beiden Hauptformen Hämophilie A und B sowie dem Von-Willebrand-Syndrom unterschieden. Im Jahr 2017 waren laut Aufzeichnungen des Deutschen Hämophilie-Registers (DHR) 1.263 Patienten von einer schweren Hämophilie des Typs A und 197 Patienten von einer schweren Form des Typs B betroffen. 2.942 Patienten litten an einem Von-Willebrand-Syndrom (Paul-Ehrlich-Institut, 2018).

Bei Patienten mit Hämophilie können spontane Blutungen, selbst ohne entsprechende Verletzungen, am ganzen Körper auftreten. Gelenke, insbesondere Sprunggelenke, Knie und Ellbogen, sind dabei besonders oft betroffen. Treten Blutungen solcher Art häufig auf, kann sich das Gelenk chronisch entzünden. Dies ist für den

Patienten sehr schmerzhaft, hat eine eingeschränkte Beweglichkeit und später eine schwere Gelenkerstörung zur Folge. Eine Therapie solcher Gelenkblutungen erfordert neben einer effektiven Behandlung der Schmerzen gegebenenfalls auch chirurgische Eingriffe. Unfallverletzungen stellen für Hämophilie-Patienten eine besonders große Gefahr dar, da bei schweren Blutungen ein hohes Risiko des Verblutens besteht. Werden in diesem Fall dem Patienten nicht rechtzeitig Gerinnungsfaktoren verabreicht, kann dies lebensbedrohliche Folgen haben.

In der Regel werden die von einer Hämophilie betroffenen Patienten durch spezialisierte Behandlungszentren versorgt. Zur Therapie werden die fehlenden Gerinnungsfaktoren prophylaktisch oder bei Bedarf verabreicht. Da Gerinnungsfaktoren nicht in Tablettenform verabreicht werden können, werden sie über die Vene direkt in den Blutkreislauf injiziert. Um eine optimale Versorgung zu garantieren, ist es wichtig, dass ein erfahrener Facharzt (Hämostaseologe) den Hämophilie-Patienten engmaschig betreut. Insbesondere bei Patienten, die von frühem Kindesalter an wiederholt spontan bluten, ist eine Heimselbstbehandlung erforderlich, bei der die Eltern betroffener Kinder, später die Patienten eigenständig, den fehlenden Gerinnungsfaktor spritzen. Dabei sind sie dazu angehalten, ihre Selbstbehandlung in einem Tagebuch schriftlich festzuhalten. Die lückenlose Dokumentation der Heimselbstbehandlung ist gesetzlich im Transfusionschutzgesetz (TFG) §14 festgelegt. Im Tagebuch protokolliert der Patient seinen Verbrauch an Gerinnungsfaktoren sowie möglicherweise auftretende Blutungsereignisse. Beim nächsten Arztbesuch wird das Tagebuch dem behandelnden Arzt zur Prüfung vorgelegt. Die modernen Präparate und die Option zur selbstständigen Behandlung zu Hause ermöglichen den Patienten heutzutage eine hohe Lebensqualität und eine normale Lebenserwartung (Polinski et al., 2015).

Ein Nachteil der Therapie mit Faktorpräparaten ist, dass diese sehr teuer ist. Die jährlichen Therapiekosten einer Hämophilie vom Typ A belaufen sich auf mindestens 217.547 Euro (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2014). Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich soll die unterschiedlichen Risikostrukturen der Krankenkassen finanziell ausgleichen. Er sieht für die medikamentöse Prophylaxebehandlung von Hämophilie-Patienten einen jährlichen Betrag von etwa 270.000 Euro vor (Bundesversicherungsamt, 2018). Eine optimale Versorgung ist demnach nicht nur im Interesse des Patienten und des Arztes, sondern auch im Interesse der Krankenversicherungen (den Kostenträgern).

Neben den hohen Kosten ist als weitere Problematik zu nennen, dass Patienten teilweise weite Wege zu den Behandlungszentren zurücklegen müssen. Dadurch werden Hämophilie-Patienten mit einer Heimselbstbehandlung teilweise nur sehr selten im Zentrum vorstellig (Teitel et al., 2004). Der Arzt kann somit die Therapie des Patienten nur schwer überwachen. Hinzu kommen Probleme mit der Auswertung der papierbasierten Tagebücher der Patienten. Häufig sind die Eintragungen der Patienten lückenhaft oder es fehlt die Nachdokumentation. Auch Schreibfehler oder sogar der Verlust des Tagebuchs kommen nicht selten vor.

Wird das Tagebuch des Patienten erst im Nachhinein durch den betreuenden Arzt ausgewertet, ist es oft zu spät, um adäquat auf bestimmte berichtete Ereignisse behandlingstechnisch zu reagieren. Eine angemessene Anpassung der Behandlungsempfehlungen ist somit erschwert. Zusätzlich kostet die Auswertung des Tagebuchs den Arzt viel Arbeitszeit.

Dadurch, dass die Patienten mit Heimselbstbehandlung nur selten im Behandlungszentrum bzw. beim betreuenden Facharzt vorstellig werden und die Auswertung der papierbasierten Tagebücher problembehaftet ist, kann die Heimselbstbehandlung nur schwer oder teilweise unzureichend ärztlich betreut werden. In der Konsequenz ist auch die optimale Versorgung der Hämophilie-Patienten mit Gerinnungspräparaten erschwert.

Mit der Plattform smart medication™ soll eine Hilfe zur Heimselbstbehandlung geboten werden, indem das papierbasierte durch ein elektronisches Tagebuch ersetzt wird. Die Verwendung eines elektronischen Tagebuchs soll dabei zur Verbesserung der Versorgungssituation der Hämophilie-Patienten beitragen, indem die Behandlungsdaten in Echtzeit an den betreuenden Arzt oder das betreuende Zentrum weitergeleitet werden und dadurch die Auswertung der Daten für den Arzt vereinfacht wird.

Entstehungsgeschichte

2011 wurde das Versorgungsprogramm smart medication™ in Zusammenarbeit mit Hämostaseologen, der Phillips-Universität Marburg (Institut für Wirtschaftsinformatik), dem Verein zur Förderung der Telemedizin in der Hämostaseologie (VFTH e.V.) sowie dem IT-Unternehmen Rösch & Associates GmbH ins Leben gerufen. Die Pilotphase des Projekts fand Anfang 2012 in Zusammenarbeit

mit zwei spezialisierten Hämostaseologie-Zentren in Münster und Frankfurt statt. Mitte desselben Jahres wurde die Technologie von smart medication™ für weitere Zentren bereitgestellt. Aktuell wird smart medication™ in Deutschland und in der Schweiz angeboten und genutzt. Es nehmen derzeit insgesamt circa 45 Behandlungszentren mit etwa 1.100 Patienten an dem Versorgungsprogramm teil.

Kernelemente

Zielgruppe

Mit smart medication™ sollen sowohl Hämophilie-Patienten selbst als auch die behandelnden Ärzte angesprochen werden. Durch die Verwendung einer telemedizinischen Plattform sollen die Patienten optimal versorgt, betreut und gleichzeitig die Behandlung mit Faktorpräparaten optimiert werden.

Für die Ärzte bedeutet smart medication™ eine Erleichterung der Patientenbetreuung, denn die Plattform ermöglicht ihnen jederzeit eine Überwachung des Therapieverlaufs ihrer Patienten in Echtzeit.

Versorgungskonzept

Das elektronische Tagebuch erleichtert die Kommunikation zwischen Patienten mit Heimselfstbehandlung und den behandelnden Ärzten (siehe Abbildung 1). Die vom Patient eingetragenen Daten können schnell an das zuständige Hämophilie-Zentrum übermittelt werden, wodurch der behandelnde Arzt seine Therapien optimal überwachen

kann. Stellt er im Rahmen des Therapiemonitorings Auffälligkeiten fest, kann er einschreiten und die Therapiemaßnahmen entsprechend anpassen.

Die bei smart medication™ teilnehmenden Patienten erhalten zu Beginn durch ihren Arzt oder das Behandlungszentrum eine Schulung zur Nutzung der App und des Web-Portals. Im Rahmen der Schulung wird der Patient über mögliche Risiken aufgeklärt. Im Anschluss unterzeichnet er die Einwilligungs- und Datenschutzerklärung und es erfolgt die Einrichtung des Zugangs zur smart medication™ Plattform. Haben die Patienten einen Zugang erhalten, können sie das elektronische Tagebuch nutzen und über ein Smartphone, Tablet oder den Computer ihre Daten hinsichtlich des Verbrauchs an Faktorpräparaten und des Auftretens von Blutungsereignissen eingeben (siehe Abbildung 2). Die Behandlungszentren können zudem den Medikamentenbestand des Patienten proaktiv abrufen und haben einen vollständigen Überblick über seine Behandlungsdaten.

Die Plattform bietet verschiedene Module, die in Abbildung 3 dargestellt werden. Die Patientendaten werden pseudonymisiert abgespeichert, sodass eine Identifikation durch Dritte nicht möglich ist. Die Daten, die der Patient auf der Plattform abspeichert, können zu Studienzwecken nach vorheriger Einwilligung durch seinen behandelnden Arzt an den Verein zur Förderung der Telemedizin in der Hämostaseologie weitergegeben werden. Da der Verbrauch von Faktorpräparaten dokumentationspflichtig und im Transfusionsgesetz

Abbildung 1 – Wie funktioniert smart medication™?

Quelle: VFTH e. V. (2018).



geregelt ist, müssen die Daten jährlich vom Zentrum an das Deutsche Hämophilie-Register (DHR) gemeldet werden. Die teilnehmenden Behandlungszentren werden durch den unabhängigen IT-Provider Rösch & Associates GmbH ausführlich geschult. Ziel ist, die Patienten in den jeweiligen Behandlungszentren gut zu unterstützen und bei Problemen weiterhelfen zu können. Das IT-Unternehmen steht im Verlauf stets für den notwendigen technischen Support über Telefon oder E-Mail zur Verfügung.

Bei smart medication™ handelt es sich um ein in der EU registriertes und zugelassenes Medizinprodukt, das eine CE-Kennzeichnung trägt. Damit werden die Sicherheitskriterien für den europäischen Markt erfüllt. Die technische Entwicklung und der operative Betrieb der Plattform werden von Rösch & Associates GmbH übernommen. Die spezialisierten Behandlungszentren schließen einen Vertrag mit dem VFTH e. V. Daraufhin stellt der Verein den Zentren und den Patienten die Plattform zur Verfügung. Mitgeliefert werden dabei unter anderem Patienteninformationen, Unterlagen für die Aufklärung und Einwilligung der Patienten sowie Anleitungen zur Nutzung der Plattform. Dabei ist die Nutzung von smart medication™ für Patienten und die teilnehmenden Zentren kostenfrei.

Da bei smart medication™ sensible Daten von Patienten abgespeichert werden, sind bestimmte Sicherheitsstandards zu erfüllen, um einer Cyberkriminalität entgegenzuwirken. Damit die Informationssicherheit des elektronischen Tagebuchs für die Hämophilie-Patienten garantiert werden kann, wurden im Rahmen von smart medication™ internationale Standards (ISO/IEC 27001, ISO/IEC 27799) eingehalten (Roesch et al., 2018). Ziel war es dabei, ein Maximum an Datensicherheit zu ermöglichen. In Rahmen des Versorgungsprogramms wurden kontinuierliche Verbesserungsprozesse etabliert, die konstante Anpassungen an die sich verändernde Cyberkriminalität ermöglichen. Damit werden die IT-Sicherheitsempfehlungen bestmöglich befolgt und die Patienten profitieren von den hohen Standards und dem Schutz vor Cybergefahren.

Mehrwert und Patientenorientierung

smart medication™ orientiert sich am Wohl des Patienten. Das elektronische Tagebuch erleichtert die Dokumentation von Therapie und Blutungsereignissen, indem die Daten über die App eingegeben werden können. Außerdem vereinfacht die Plattform die Kommunikation zwischen Arzt und Patient. Da das Telemonitoring jederzeit und auch über weite Distanzen stattfinden kann, sind weniger mit Reiseaufwand verbundene Kontrollbesuche beim behandelnden Arzt notwendig.

smart medication™ bietet aus ärztlicher Sicht und aus der Perspektive der Behandlungszentren viele Vorteile. In der App werden die Patientenangaben durch Plausibilitätsprüfungen auf eventuelle Fehleingaben überprüft. Dadurch können die Daten in hoher Qualität an

den behandelnden Arzt oder das zuständige Zentrum weitergeleitet werden und eine Auswertung kann schnell erfolgen. Dies entlastet den betreuenden Facharzt. Unleserliche Handschriften, wie sie bei der papierbasierten Dokumentation häufig vorkommen, müssen dank der elektronischen Datenerfassung nicht mehr innerhalb wertvoller Behandlungszeiten entziffert werden. Dadurch, dass die Daten der Hämophilie-Patienten direkt an die Ärzte und Zentren übermittelt werden, ist ein schneller Einblick in die Therapiesituation der Patienten möglich, ohne dass der Patient vorstellig werden muss.

Da die Therapie mit Faktorpräparaten sehr kostenintensiv ist, sollten diese effektiv eingesetzt werden. Durch eine Optimierung des Faktorverbrauchs sind Kosteneinsparungen zu erwarten. So kann smart medication™ im Kontext der Therapieziele zur Versorgungsoptimierung beitragen. Außerdem liefert die Plattform Daten zu seltenen chronischen Erkrankungen wie der Hämophilie. Eine verbesserte Datenlage leistet einen wertvollen Beitrag für die Versorgungsforschung.

Finanzierung

Die Finanzierung des Versorgungsprogramms setzt sich aus nicht-zweckgebundenen Spenden an den gemeinnützig anerkannten VFTH-Verein zusammen.

Abbildung 2 – Benutzeroberfläche: Dokumentation von Blutungsereignissen

Quelle: Mondorf, W. & Rösch A. (2018).



Management

Um smart medication™ zielgerichtet zu steuern, wurde der VFTH e. V. gegründet, der als Trägerverein des Projekts gilt. Er garantiert über seine Mitglieder eine unabhängige und zielgerichtete Weiterentwicklung der Plattform. Die Mitglieder des Vereins setzen sich aus der Ärzteschaft der teilnehmenden Zentren, Vertretern der Patientenorganisationen, interessierten Patienten sowie Vertretern von Pharmaunternehmen zusammen.

Evaluation

Das Versorgungsprogramm smart medication™ wurde bereits evaluiert. In einer Pilottestung des elektronischen Tagebuchs wurde bestätigt, dass die Datenverarbeitung und -weitergabe an das Deutsche Hämophilie-Register (DHR) für die Behandlungszentren durch smart medication™ stark vereinfacht wird. Es konnten alle Aktivitäten, die das zuständige Behandlungszentrum tätigt, protokolliert werden. Der Datentransfer gestaltete sich im Rahmen der Pilottestung als sicher. Die einfache Nutzung von smart medication™, das unkomplizierte Meldeverfahren an das DHR sowie das Vermeiden von Datenfehlern durch vorgenommene Validierungen ersparen Zeit und sichern die Qualität der dokumentierten Behandlungsdaten (Roesch et al., 2018).

Im Rahmen einer weiteren Untersuchung wurde die Datensicherheit des elektronischen Patiententagebuchs im Vergleich zu einer papierbasierten Version untersucht. Dabei wurden Risikoszenarien, die mit der elektronischen oder der papierbasierten Version assoziiert sind, verglichen. Bei einer elektronischen Datenverarbeitung können Probleme auftreten wie beispielsweise: Datenverlust, das Weiterleiten von fehlerhaften Daten oder Datenmissbrauch. Anhand eines risikobasierten Ansatzes wurden diese Szenarien evaluiert. Vorteile des elektronischen Tagebuchs waren dabei unter anderem die nahtlose Nachvollziehbarkeit aller Daten-Inputs und -änderungen sowie die Möglichkeit zur langfristigen Speicherung der Daten. Zudem ist bei der elektronischen Version ein Datenverlust umkehrbar. Als vorteilhaft stellte sich ebenfalls heraus, dass während den Eintragungen durch Patient, Arzt oder Schwester Plausibilitätschecks stattfinden. Dadurch lassen sich fehlerhafte Angaben im Tagebuch vermeiden. Auch lässt sich im Rahmen des elektronischen Tagebuchs das Risiko eines Datenmissbrauchs reduzieren, indem die Daten pseudonymisiert abgespeichert und Zugangsrechte strikt vergeben und kontrolliert werden. Das elektronische Tagebuch ist somit hinsichtlich seiner Vertraulichkeit, Sicherheit und der Integrität der Daten dem papierbasierten Tagebuch überlegen. Um eine ausreichende Datensicherheit zu gewähren, sind allerdings kontinuierlich Anpassungen notwendig und die relevanten Standards, Anweisungen und Gesetze müssen beachtet werden (Roesch et al., 2018).

Des Weiteren wurde das elektronische Tagebuch im Kontext eines Krankenhausaufenthalts untersucht. Spezielle Operationstechniken werden oft nur in bestimmten Krankenhäusern angeboten. Nicht immer sind die operierenden Ärzte gleichzeitig mit einer Behandlung der Hämophilie erfahren und die betreuenden Behandlungszentren liegen häufig in weiter Entfernung. Eine engmaschige Überwachung des Hämophilie-Patienten während und auch nach der Operation ist jedoch wichtig; ebenso wie die Einhaltung der empfohlenen Dosierung des Faktorpräparats. smart medication™ wurde diesbezüglich anhand eines Einzelfalls evaluiert. Ein Hämophilie-Patient dokumentierte während eines Krankenhausaufenthalts wegen einer Gelenkoperation seine Behandlung mit Faktorpräparaten sowie

Abbildung 3 – Module von smart medication™

Quelle: Eigene Darstellung.



seinen klinischen Verlauf. Da das Krankenhaus zwar die notwendige Expertise für den operativen Eingriff aufwies, jedoch in der Behandlung von Hämophilie-Patienten wenig erfahren war, wurde durch das elektronische Tagebuch ein telemedizinisches Monitoring der Versorgung des Patienten ermöglicht. Nach 13 Tagen konnte der Patient erfolgreich entlassen werden, ohne dass ein Blutungsereignis aufgetreten war. Während des Aufenthalts konnte der Patient täglich seine klinische Behandlung und seinen Zustand dokumentieren. Dabei erfolgte die Dokumentation ebenfalls anhand von Fotos. Durch den Einsatz des elektronischen Tagebuchs wurde auf unkomplizierte Art und Weise auch über die räumliche Distanz eine Dokumentation und Überwachung des Zustandes des Hämophilie-Patienten ermöglicht. Die Evaluationsergebnisse zeigen, dass der Patient während seines stationären Aufenthalts optimal mit Faktorpräparaten versorgt wurde. Die elektronische Tagebuchführung während des Krankenhausaufenthalts kann somit einen Beitrag dazu leisten, die Behandlungssicherheit für den Hämophilie-Patienten in der Phase nach einer Operation zu steigern (Mondorf, W., 2018).

Nächste Schritte

In Deutschland und in der Schweiz wird smart medication™ bereits verbreitet genutzt. 25 Prozent der Patienten und circa die Hälfte aller Behandlungszentren nutzen die telemedizinische Plattform. Dies soll in Zukunft ausgeweitet werden. Zusätzlich sollen noch weitere Optimierungen der Plattform durchgeführt werden. Ziel ist es, eine möglichst optimale und leicht bedienbare Oberfläche zu generieren. Die App muss zudem kontinuierlich an die sich technisch verändernde Umgebung angepasst werden. Zudem wird aktuell eine neue Eingabemöglichkeit via Sprachinterface entwickelt und im Rahmen eines Pilotprojekts validiert. Die App wird zusätzlich auch an neue Therapien adaptiert, die in den kommenden Jahren auf den Markt kommen werden und neue Funktionen und Anpassungen der Plattform erfordern. Zukünftig soll die Anwendung auch auf weitere chronische Erkrankungen übertragen werden. Seit Mitte 2017 befindet sich die App beispielsweise für die Immunthrombozytopenie in der Pilotierung. Des Weiteren sollen wissenschaftliche Studien zum Nutzungsverhalten von Medical Apps durchgeführt werden.

Ansprechpartner

Dr. med. Wolfgang Mondorf

Vorsitzender des Vorstands
Verein zur Förderung der Telemedizin
in der Hämostaseologie (VFTH e. V.)
Gartenstraße 134
60596 Frankfurt am Main
Telefon: +49 69 - 6050130
E-Mail: wmondorf@web.de
www.haemostas.de

Dr.-Ing. M.S. Andreas Rösch

Geschäftsführer
Rösch & Associates GmbH
Max-Planck-Straße 20
63303 Dreieich
Telefon: +49 172 - 3805174
E-Mail: aroesch@raie.de
www.raie.de

Literatur

Bundesversicherungsamt (2018). Risikostrukturausgleich – Wie hoch sind die Zuschläge für die 80 ausgewählten Krankheiten?. Verfügbar unter: <https://www.bundesversicherungsamt.de/risikostrukturausgleich/haeufig-gestellte-fragen.html#4355> [11.06.2018]. // Gemeinsamer Bundesausschluss (2014). Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL): Anlage XII – Beschlüsse über die Nutzenbewertung von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen nach § 35a SGB V – Turoctocog alfa. Verfügbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2026/2014-07-03_AM-RL-XII_Turoctocog%20alfa_2014-01-15-D-092_BAnz.pdf [11.06.2018]. // Mondorf, W. & Rösch, A. (2018). smart medication: Das elektronische Tagebuch für Patienten mit Hämophilie – MSD Gesundheitspreis 2018. // Mondorf, W. (2018). Monitoring of perioperative factor VIII treatment in a remote hospital by electronic diary smart medication™. Verfügbar unter: <https://www.vfth.org/> [18.06.2018]. // Paul-Ehrlich-Institut (2018). DHR – Deutsches Hämophilieregister – Berichte nach § 21 Transfusionsgesetz (TFG). Verfügbar unter: <https://www.pei.de/DE/infos/fachkreise/dhr-deutsches-haemophilieregister/daten/berichte/dhr-berichte-node.html> [07.06.2018]. // Polinski, J. M., Kowal, M. K., Gagnon, M., et al. (2017). Home infusion: Safe, clinically effective, patient preferred, and cost saving. In Healthcare, 5: 68-80. // Roesch, A., Mondorf, W., Fischer, R. et al. (2018). Comparison of data security of the electronic patient diary smart medication™ with manual documentation in a paper diary. Verfügbar unter: <https://www.vfth.org/> [18.06.2018]. // Roesch, A., Schmoldt, D., Mondorf, W., et al. (2018). An advanced reporting module within the smart medication™ platform simplifies mandatory reporting into the German Hemophilia Registry (DHR). Verfügbar unter: <https://www.vfth.org/app/download/9464396685/15051800.PDF?t=1526466354> [12.06.2018]. // VFTH e. V. (2018). smart medication: Patienteninformation – Elektronisches Substitutionstagebuch für Patienten mit Hämophilie.



STIFTUNG AMBULANTES KINDERHOSPIZ MÜNCHEN

Autorin: Christine Bronner



Hier geht es zum Video.

Christine Bronner

Stifterin und geschäftsführender Vorstand
Stiftung Ambulantes Kinderhospiz München

Management Summary

Die Stiftung Ambulantes Kinderhospiz München (AKM) betreut lebensbedrohlich und lebensverkürzend erkrankte Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene sowie deren Familien. Sie bietet ein interdisziplinäres und flexibles Angebot, das sich über die Bereiche Krisenintervention, ambulanter Kinderhospizdienst, sozialmedizinische und teilhabeorientierte Nachsorge sowie die Angehörigenberatung erstreckt. Übergreifendes Ziel der Stiftung ist die Sicherung des Kindeswohls. Jährlich werden rund 400 Familien von etwa 40 hauptamtlichen und 250 ehrenamtlichen Mitarbeitern sowie einem großen Partnernetzwerk betreut. Christine Bronner gründete den eigenständigen Kinderhospizdienst AKM im Herbst 2004. Ein halbes Jahr später folgte die Gründung einer Stiftung als Träger des Hospizdienstes. Diese wird nun von einem dreiköpfigen Vorstand geleitet, in dem Frau Bronner selbst als Geschäftsführerin tätig ist. Stiftungsrat, ein Kuratorium und ein medizinischer Fachbeirat unterstützen und beraten die Stiftung. Der Großteil der Stiftungsarbeit wird von Spenden finanziert. Nur rund ein Drittel der Leistungen wird von den gesetzlichen Krankenkassen getragen.

beispielsweise in Palliativstationen von Krankenhäusern, Tageshospizen oder durch ambulante Hospizdienste versorgt (Prütz & Saß, 2017). Im Unterschied zu den Palliativstationen haben Hospizdienste eigene, von einem Krankenhaus unabhängige Organisationsstrukturen. Sie arbeiten aber mit palliativmedizinisch erfahrenen Ärzten und Pflegediensten zusammen, sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich (Gronwald, 2015; Husebø & Mathis, 2017). Palliativversorgung und Hospizarbeit gibt es in Deutschland erst seit den 1980er Jahren (Melching, 2015). Das übergreifende Ziel ist, eine möglichst hohe Lebensqualität möglichst lange zu erhalten. Dabei bilden Patient, Familie und Freunde eine Fürsorgeeinheit. Die Angehörigen des Patienten werden auch über dessen Tod hinaus betreut (Müller et al., 2017). Die Bedürfnisse der Patienten und ihrer Angehörigen sind extrem vielfältig und unterscheiden sich von Fall zu Fall. Deshalb erfolgt die Hospizarbeit interdisziplinär: Neben Ärzten sind unter anderem Pflegepersonal, Sozialarbeiter, Seelsorger und Physiotherapeuten beteiligt. Ein weiteres Merkmal ist die große Zahl ehrenamtlicher Mitarbeiter. In Deutschland sind rund 64.600 Ehrenamtliche in ambulanten Hospizdiensten tätig (Melching, 2015).

Versorgungsherausforderung

In der Palliativversorgung und Hospizarbeit werden schwer kranke und sterbende Menschen begleitet. Die Patienten werden

Die Palliativversorgung für Kinder (pädiatrische Palliativversorgung) beschäftigt sich mit lebensbedrohlich kranken Kindern und Neugeborenen ab Diagnose bis ins junge Erwachsenenalter sowie deren Familien. Eine weitere Betreuungsgruppe sind schwer kranke Eltern und deren minderjährige Kinder. Dabei ist es irrelevant,

ob der Patient eine Therapie mit dem Ziel der Heilung erhält oder eine Krankheit hat, für die es keine Therapiemöglichkeiten gibt (Gronwald, 2015). Die Patienten und ihre Angehörigen sind häufig über einen längeren Zeitraum und in allen Lebensbereichen vielen Belastungen ausgesetzt. Sie werden über mehrere Jahre hinweg betreut und begleitet, auch hospizlich und palliativmedizinisch. Eine besondere Herausforderung in dieser Patientengruppe ist, dass es sich häufig um sehr seltene Erkrankungen mit extrem individuellen und dynamischen Verläufen handelt. Phasen relativer Normalität können schnell in Phasen dramatischer Krisen übergehen (Gronwald, 2015). Die Versorgung erfordert also ein extrem hohes Maß an Expertise und Flexibilität. Zum einen müssen physische Symptome wie Schmerz, Appetitlosigkeit und Müdigkeit behandelt werden. Zum anderen spielen psychische Probleme wie Angst oder Traurigkeit eine große Rolle (Zernikow et al., 2017). Den Betroffenen soll außerdem möglichst viel Zeit im gewohnten häuslichen Umfeld ermöglicht werden. Laut Sozialgesetzbuch besteht darum ein Anspruch auf die sozialmedizinische Nachsorge (SMN) und teilhabeorientierte Nachsorge (TN), sowie bei Bedarf Palliative Care. Die SMN hilft betroffenen Familien, die Pflege des kranken Kindes weiterzuführen, nachdem es aus der Klinik entlassen wurde. Die TN sorgt für Integration und Teilhabe, sowie psychologische Betreuung der Familien. Bisher kann diesem Anspruch aber nicht flächendeckend nachgekommen werden (Prütz & Saß, 2017). Obwohl die Zahl der Angebote insgesamt zunimmt, ist die pädiatrische Palliativversorgung in all ihren Aspekten nur lückenhaft verfügbar (Gronwald, 2015; Zernikow et al., 2017). Ein weiteres Problem ist, dass anfallende Kosten nicht oder nur zum Teil von der Krankenkasse getragen werden (Gronwald, 2015).

Die Stiftung AKM trägt dazu bei, diese Versorgungslücke in der Begleitung schwerstkranker Kinder zu schließen. Sie bietet eine interdisziplinäre Betreuung in Krisensituationen an und entlastet betroffene Familien im Alltag, 365 Tage im Jahr, so gemäß den individuellen Bedürfnissen.

Entstehungsgeschichte

Im Jahr 2004 gründete Christine Bronner den ersten eigenständigen ambulanten Kinderhospizdienst in München. Weniger als ein Jahr später initiierte sie, gemeinsam mit ihrem Mann, die Stiftung Ambulantes Kinderhospiz München als zuständigen Träger. Nach einem persönlichen Verlust will das Ehepaar Bronner durch die

Stiftung AKM dazu beitragen, betroffene Familien ganzheitlich und partizipativ zu betreuen.

Anfangs fand ihre Arbeit im Rahmen eines klassischen ambulanten Kinderhospizdienstes statt. Nach und nach wurden immer mehr Leistungen angeboten. Die Stiftung baute Kooperationen mit Ärzten, Kliniken und Pflegediensten aus und stellte Fachpersonal ein. Es entstand ein interdisziplinäres Versorgungszentrum für Familien in München und ganz Bayern. Mit der Zeit kamen noch weitere Anlaufstellen in Rosenheim, Landshut, Fürstenfeldbruck und Inning hinzu.

Kernelemente

Zielgruppe

Die Stiftung AKM ist für lebensbedrohlich beziehungsweise lebensverkürzend kranke Kinder und deren Familien da. Sie betreut Un- und Neugeborene, Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene ab der Diagnose. Das schließt auch extreme Frühgeburten mit ein und Erkrankungen, die bereits in der Schwangerschaft eine schlechte Prognose haben.

Die Stiftung AKM richtet sich unter anderem an Patienten mit Erkrankungen, für die es Therapien gibt und die an normalen kindlichen Aktivitäten teilnehmen können. Zum Beispiel Krebs ist eine solche Erkrankung, bei der eine Therapie zwar möglich ist, ein Erfolg der Therapie aber nicht garantiert werden kann. Die Stiftung AKM ist aber auch für Familien da, die ein Kind mit einer Erkrankung ohne wirkliche therapeutische Möglichkeiten versorgen.

Seit Januar 2016 werden auch Familien mit minderjährigen Kindern betreut, die einen schwerst- und beziehungsweise oder lebensbedrohlich erkrankten Elternteil haben.

Versorgungskonzept

Die Stiftung AKM leistet Lobbyarbeit für die Zielgruppe der Kinderhospizarbeit in ganz Deutschland und baut umfassende, interdisziplinäre Beratungs- und Betreuungszentren in Bayern auf, die weit über klassische Kinderhospizarbeit hinausgehen. Sie entlastet Familien mit lebensbedrohlich kranken Kindern oder Eltern so, wie es die jeweilige Situation und das Umfeld erfordern und zielt darauf ab, emotionale, soziale und gesellschaftliche Stabilität zu geben und dauerhaft – auch in Krisensituationen – das Kindeswohl zu sichern.



Die Stiftung folgt dabei den Prinzipien der Teilhabe und Inklusion und bietet verschiedenste Angebote an, die individuell form- und kombinierbar sind (siehe Tabelle 1).

Die Stiftung erbringt viele der Leistungen selbst, vermittelt aber auch an andere Dienste weiter, wie zum Beispiel Pflegedienste oder externe Therapeuten. Die Mitarbeiter der Stiftung AKM sind telefonisch oder persönlich verfügbar, sowohl während eines Klinikaufenthaltes als auch für Patientenbesuche zuhause. Im Jahr 2017 wurden so 365 Familien betreut. Die Betreuung findet durchschnittlich anderthalb bis zwei Jahre lang statt. Die Angebote gruppieren sich in vier Kernbereiche:

1. Die Stiftung bietet einen Kriseninterventionsdienst an, der auch häufig der erste Kontaktpunkt der betroffenen Familie mit dem Hospizdienst ist. RUF24 ist eine kostenlose Rufbereitschaft, die rund um die Uhr und ganzjährig verfügbar ist. Ein Mitarbeiter der Stiftung AKM kommt innerhalb von einer bis zwei Stunden zu den Betroffenen in die Klinik oder nach Hause. Er begleitet die Familie in ihrer Krise – beispielsweise nachdem der Arzt seine Diagnose gestellt hat. So sollen Traumafolgestörungen vermieden werden.
2. Ein weiterer Bestandteil der Stiftung ist der ambulante Kinderhospizdienst (siehe Abbildung 2). Ein Koordinator führt ein erstes Gespräch mit der Familie und zeigt die verschiedenen Unterstützungsmöglichkeiten auf. Die Familie kann dann entscheiden, von welchen Möglichkeiten sie Gebrauch machen will. Unter anderem gibt es sogenannte Familienbegleiter, die die Familien entlasten. Sie machen beispielsweise Ausflüge mit dem kranken

Kind oder seinen Geschwistern, unterstützen bei alltäglichen Dingen oder hören einfach nur zu. Die Familienbegleiter sind ehrenamtliche Mitarbeiter, die von der Stiftung AKM spezifisch für diese Aufgaben geschult sind. Der Koordinator vermittelt außerdem zusätzliche Therapiemöglichkeiten oder andere Unterstützungsangebote wie beispielsweise eine Rechtsberatung. Diese werden von der Stiftung selbst abgedeckt oder über Partner aus dem Netzwerk der Stiftung.

3. Die Stiftung bietet darüber hinaus verschiedene Möglichkeiten der Nachsorge (siehe Abbildung 2). In der sozialmedizinischen Nachsorge (SMN) werden Eltern unterstützt, nachdem ihr chronisch oder schwerkrankes Kind aus der Klinik nach Hause entlassen wurde (siehe Abbildung 3). Die SMN ist eine Leistung der gesetzlichen Krankenkassen nach §43 II SGB V. Sie stellt sicher, dass die Eltern eine medizinisch-pflegerische Anleitung erhalten, berät in sozialrechtlichen Fragen und hilft, ein Netzwerk für die Familien aufzubauen. Die SMN beinhaltet auch psychologische Gespräche. Zudem wird jeder Familie ein Fallmanager der Stiftung AKM zugeteilt, der jederzeit als direkter Ansprechpartner zur Verfügung steht. Bei der teilhabeorientierten Nachsorge (TN) liegt der Schwerpunkt auf der Vorsorge. Es handelt sich um eine psychotherapeutische Kurzintervention, die ebenfalls zeitnah beginnt, nachdem das Kind aus der Klinik entlassen wurde. Die Familien werden mit verschiedenen präventiven Angeboten unterstützt. Ein Psychologe arbeitet mit ihnen, familienorientiert und ressourcenstärkend. Es ist auch möglich, an Gruppentreffen teilzunehmen. Es gibt beispielsweise Geschwister-, Jugend-, Eltern und Familiengruppen.

Tabelle 1 – Leistungen der Stiftung AKM (Beispiele)

Quelle: Adaptiert nach Geschäftsbericht Stiftung AKM, 2017.

Leistungen im Detail		
Krisenintervention RUF24 (24h an 365 Tagen im Jahr)	gezielte Förderung (z. B. im Bereich Bildung)	Events für Betroffene
Rechtsberatung	Alltagsorganisation	Psychologische Betreuung (Psychotherapeutische Kurzintervention)
Kooperation mit niedergelassenen Ärzten	Notfallplanung und Krisengespräche	Medizinische Beratung und Betreuung
Gruppentreffen für Eltern, Geschwister, Patienten, Familie	Therapeutische Angebote	Ehrenamtliche Familienbegleitung
Babymassage	Pflege Case Management (Beratung, Anleitung, Vermittlung)	Sterbe- und Trauerbegleitung
Angehörigenberatung	Finanzielle Unterstützung (Bedarfe / Bedürfnisse, Herzenswünsche)	Inklusion und gesellschaftliche Teilhabe

4. Der vierte Leistungsbereich der Stiftung ist die Angehörigenbetreuung. Hier werden die betroffenen Familien dabei unterstützt, die Pflege des kranken Kindes zu koordinieren. Die bereits bestehenden Strukturen der Hilfsangebote im Umfeld der Familie werden gemeinsam betrachtet. Davon ausgehend werden passende Lösungen für die jeweiligen Bedürfnisse gesucht. Die Familien werden überdies bei Behördengängen unterstützt und können Informations- und Fortbildungsveranstaltungen in Anspruch nehmen, bei denen es beispielsweise auch um die Finanzierung von Hilfsangeboten geht.

Neben den oben aufgeführten Bereichen unterstützt die Stiftung auch spezifische Herzenswünsche, Bedarfe und Bedürfnisse der Familien. Das können beispielsweise Aktivitäten wie ein Zoobesuch sein, eine spezielle Therapiemaßnahme oder ein bestimmter Rollstuhl.

Mehrwert und Patientenorientierung

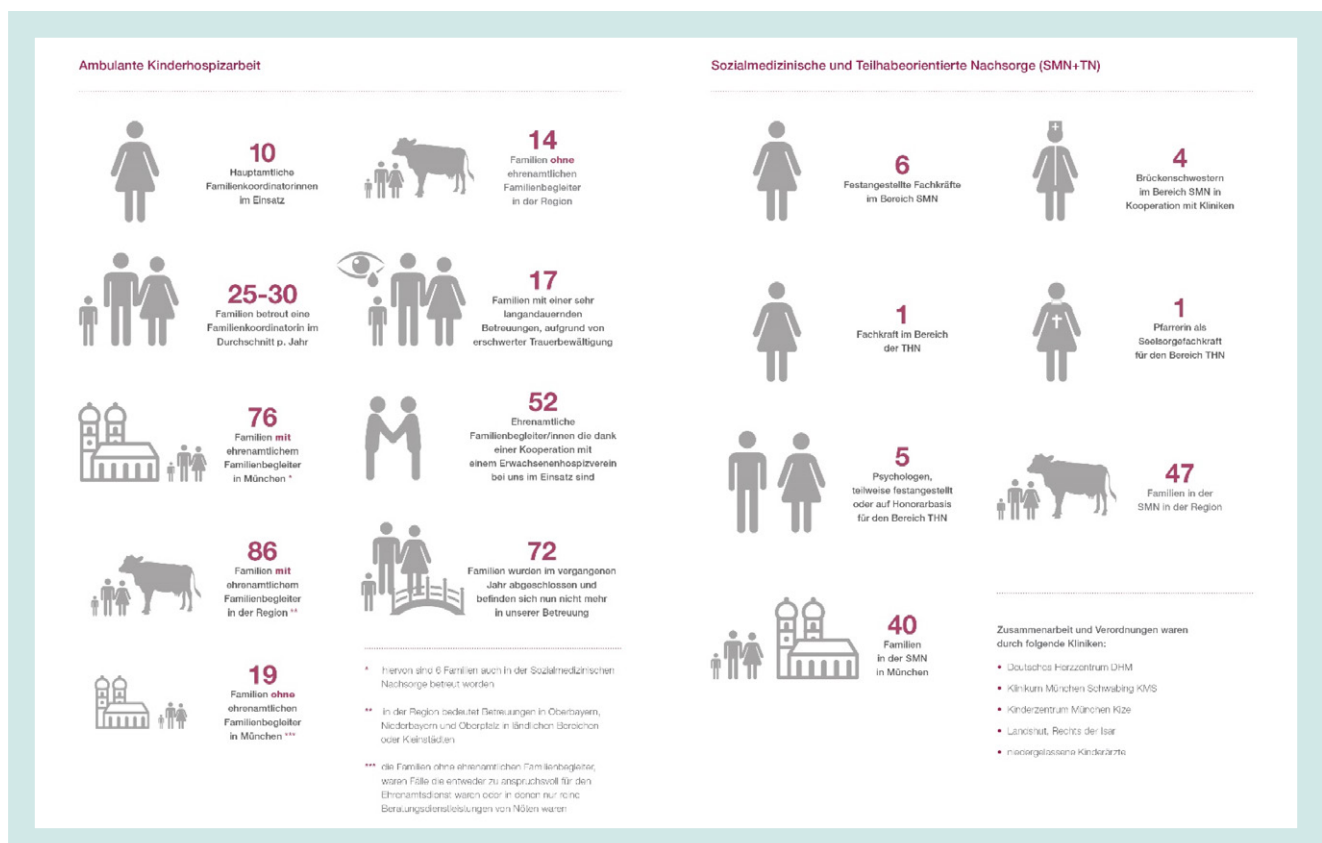
Die Stiftung AKM trägt dazu bei, die bestehende Versorgungslücke im Bereich der Hospizarbeit für Kinder und Jugendliche zu schließen. Insbesondere befähigt sie Eltern, die Versorgung ihres kranken Kindes durch professionelle Anleitung und im heimischen Kontext bewältigen zu können. Die Kinder können so möglichst lange in

ihrem gewohnten Umfeld versorgt werden. Die Eltern lernen, mit der nicht einfachen Situation zu Hause besser umzugehen, mit dem Ziel Hilfe zur Selbsthilfe zu ermöglichen. Die familiäre Situation kann sich – den Umständen entsprechend – bestmöglich stabilisieren und normalisieren. Psychische Probleme, Traumafolgestörungen und soziale Isolation können vermieden werden.

Familien profitieren davon, dass sie in Krisen- und Alltagssituationen mit ihrem kranken Kind entlastet werden. Für alle Fragen und Bedürfnisse gibt es eine einzige koordinierende Anlaufstelle – die Begleitung ist also ganzheitlich und unkompliziert. Alle Beteiligten bestimmen und formen die Versorgungsangebote selbst, die sie in Anspruch nehmen. Es entstehen helfende Netzwerke im Umfeld der Familien, die Sicherheit bieten, also auch emotional entlasten. Geschwister kranker Kinder bekommen Zeit und Aufmerksamkeit geschenkt. Dies geschieht beispielsweise im Rahmen von Ferienangeboten der Stiftung oder indem der Familie das kranke Kind für einen kurzen Zeitraum abgenommen wird. Die Eltern können sich auf sich und / oder die gesunden Geschwister konzentrieren.

Abbildung 2 – Fakten zur ambulanten Kinderhospizarbeit und Nachsorgeangeboten der Stiftung AKM

Quelle: Geschäftsbericht Stiftung AKM, 2017.



Die Familien können zugleich auf die Erfahrung der Stiftung AKM in Bezug auf finanzielle und rechtliche Fragen zurückgreifen und so Zeit und Nerven sparen. Alle Familienmitglieder können sich mit Menschen in ähnlichen Situationen austauschen – beispielsweise Geschwister kranker Kinder untereinander – und sich so verstanden fühlen. Insbesondere der Kriseninterventionsdienst RUF24 entlastet auch behandelnde Ärzte und Pflegepersonal. Diese haben häufig nicht die zeitlichen und fachlichen Ressourcen, um neben den medizinischen und pflegerischen Bedürfnissen auch auf die spezifischen sozialen und emotionalen Bedürfnisse kranker Kinder und ihrer Angehörigen einzugehen.

Finanzierung

Zu einem großen Teil finanzieren Spendengelder das ambulante Kinderhospiz. 2017 hat die Stiftung rund 2,7 Millionen Euro eingenommen. Davon waren rund 81 Prozent Spendengelder und etwa 17 Prozent Fördergelder der Krankenkassen, der Rest waren Bußgelder und Erträge. Fast alle Einnahmen gehen direkt in die Projekt- und Familienförderung, insgesamt etwa 77 Prozent. 23 Prozent werden für Öffentlichkeitsarbeit, Fundraising und Verwaltung benötigt. Der andere viel größere Teil wird über Spendengelder finanziert.

Auch in Zukunft wird sich dieses Finanzierungsverhältnis kaum ändern. Denn die Krankenkassen fördern weiter nur gewisse Teilleistungen im Bereich der Kinderhospizarbeit und der Sozialmedizinischen Nachsorge. Viele andere Leistungen, die die Stiftung anbietet, werden überhaupt nicht gefördert. Zukünftig muss die Stiftung also mehr Spenden sammeln, will sie mehr Familien betreuen. Der Dienst ist für die teilnehmenden Familien kostenlos.

Pro betreuter Familie fallen durchschnittlich 540 Euro im Monat beziehungsweise 20 Euro pro Tag an. Die Stiftung bietet verschiedene Spendenmodelle an. So gibt es beispielsweise auch Familienpatenschaften oder zweckgebundene Spenden, die einen ganz bestimmten Wunsch einer Familie oder eines Kindes erfüllen.

Management

Das Ehepaar Bronner sowie Dr. med. Matthias Klima führen als Vorstand die Geschäfte der Stiftung; Christine Bronner ist die Geschäftsführerin. Der Vorstand entscheidet beispielsweise, wie einzelne Familien finanziell unterstützt werden können. Außerdem übersieht er die operative Arbeit der Stiftung.

Aktuell setzen rund 40 hauptamtliche Mitarbeiter die tägliche Arbeit mit den Familien um. Zusätzlich gibt es Honorarkräfte, Kooperationsschwestern und etwa 250 ehrenamtliche Mitarbeiter. Die Stiftung ist in fünf Teilbereichen organisiert, die jeweils von einer Bereichsleitung koordiniert werden. Diese Bereiche sind die Angehörigenberatung, Kinderhospizarbeit, Fundraising und

Öffentlichkeitsarbeit, Sozialmedizin mit Nachsorge sowie Prävention, Teilhabe und Krisenintervention.

Ein fünfköpfiger Stiftungsrat entlastet den Vorstand und beaufsichtigt die Arbeit der Stiftung. Ein Kuratorium berät den Stiftungsrat und setzt sich für die Interessen der Stiftung ein. Es wird von rund 19 Vertretern aus Politik, Wirtschaft und öffentlichem Leben gebildet. Die bayerische Gesundheitsministerin Melanie Huml ist Schirmherrin der Stiftung. Ein medizinischer Fachbeirat berät in Bezug auf fachliche Fragen.

Die Stiftung arbeitet mit anderen Hospizdiensten in ganz Bayern zusammen und hat Kooperationen mit verschiedenen Ärzten, Pflegediensten, Kliniken und ambulanten Teams der Palliativversorgung.

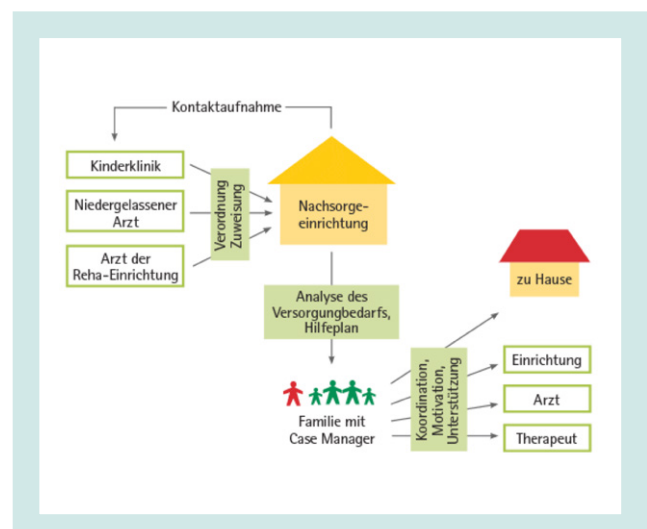
Evaluation

Bisher gibt es noch keine Auswertung der Stiftung AKM. Für den Teilbereich der sozialmedizinischen Nachsorge gibt es bundesweite Ergebnisse für im Jahr 2015 abgeschlossene Fälle. Insgesamt wurden 2.673 Fälle von 64 Einrichtungen ausgewertet (BBK, 2016).

Die Selbstwirksamkeitserwartung der Eltern hat sich durch die sozialmedizinische Nachsorge zu einem großen Teil positiv entwickelt. Sie erfasst das Zutrauen, die Bereitschaft und die Fähigkeit der Eltern, sich selbst helfen zu können: Inwieweit können die Eltern Aufgaben rund um ihr krankes Kind selbst bewältigen? In 41,6 Prozent der Fälle hat sich die Selbstwirksamkeitserwartung verbessert, in 54 Prozent der Fälle ist sie gleich geblieben und in 4,4 Prozent der Fälle hat sie sich verschlechtert.

Abbildung 3 – Durch Fallmanagement gestützte sozialmedizinische Nachsorge (Ablauf nach Modell des Bundesverband Bunter Kreis e. V.)

Quelle: Bundesverband Bunter Kreis e. V.



Die Leistungsfähigkeit der Eltern hat sich ebenfalls mehrheitlich positiv entwickelt, nämlich in 52 Prozent der Fälle. In 39,8 Prozent der Fälle gab es keine Veränderung. In 8,2 Prozent der Fälle hat sich die Leistungsfähigkeit verschlechtert.

Außerdem wurden die Eltern gefragt, ob sie denken, dass sich ihre Situation durch die Nachsorge geändert hat. 4,7 Prozent der Eltern gaben an, dass sich die Situation deutlich verbessert hat. Weitere 41,9 Prozent gaben an, dass sie sich eher verbessert hat. Auch die Zufriedenheit mit der Betreuung war sehr hoch: In 57,1 Prozent der Fälle waren die Eltern mit der Betreuung sehr und in 7,1 Prozent der Fälle eher zufrieden. Dementsprechend gaben auch fast alle Eltern an, dass sie die sozialmedizinische Nachsorge weiterempfehlen würden.

Nächste Schritte

Die Stiftung arbeitet derzeit daran, das Versorgungszentrum in München auszubauen und weitere Versorgungszentren in Bayern zu gründen. So sollen zusätzliche Anlaufstellen entstehen.

Unter anderem der Krisendienst RUF24 soll in Bayern flächendeckend verfügbar werden. Hierfür will das Team die Zusammenarbeit mit Ärzten, Kliniken und der Notfallseelsorge ausweiten. Auch die Weiterbildungsangebote für haupt- und ehrenamtliche Mitarbeiter sollen ausgebaut werden. In der Angehörigenberatung soll ein neues Modell entwickelt werden, das für pflegende Angehörige junger Patienten flächendeckend verfügbar ist. Vor allem in ländlichen Regionen soll der Zugang so verbessert werden. Auch die Bereiche Nachsorge und ambulante Kinderhospizarbeit sollen erweitert werden.

Außerdem wird in den nächsten Jahren Haus ANNA als Modulsystem entstehen. Dieses teilstationäre Einrichtungskonzept soll den ambulanten Dienst beinhalten, ein Tageshospiz, einen Bereich mit Wohngruppen für Jugendliche und junge Erwachsene, sowie auch Brückenappartements für pflegende Familien. Ein derartiges Konzept gibt es in Deutschland bislang noch nicht. Momentan wird nach einem passenden Baugrundstück in der Nähe zu einem geeigneten Kinderkrankenhaus in München gesucht.

In ganz Bayern sollen nach diesem Muster Versorgungszentren entstehen, die entweder Teilangebote anbieten oder das gesamte Angebot beinhalten. Dies richtet sich je nach den vor Ort bereits vorhandenen Strukturen. Weitere Zentren sind für Südostbayern (bereits im Aufbau), Südwestbayern, Niederbayern und die Oberpfalz geplant. Die geschätzten Baukosten sind für jedes Zentrum sehr unterschiedlich zu beziffern, werden aber von der Stiftung selbst getragen. Die Betriebskosten werden von Krankenkassen, Pflegekassen, dem Land Bayern, Regierungsbezirken und Kommunen übernommen, da es sich um inklusive und medizinnahe Einrichtungen zum Schutz des Kindeswohls handelt.

Ansprechpartner

Christine Bronner

Stifterin und
geschäftsführender Vorstand
Stiftung Ambulantes Kinderhospiz
München
Blutenburgstraße 64 und 66
80636 München
Telefon: 089 - 588 030 313
E-Mail: lena.bronner@kinderhospiz-muenchen.net
www.kinderhospiz-muenchen.de

Literatur

BBK – Bundesverband Bunter Kreis e. V. (2016). Wirkungsbericht 2016. // https://www.bunter-kreis-deutschland.de//fileadmin/user_upload/files/Broschueren/BBK_Jahresbericht_2016_final.pdf // Zugriffen: 19. Juli 2018. // Geschäftsbericht der Stiftung Ambulantes Kinderhospiz München (2017). https://www.kinderhospiz-muenchen.de/wp-content/uploads/2018/04/stiftungakm_geschaeftsbericht_2017.pdf // Zugriffen: 05. Juni 2018. // Gronwald, B. (2015). Individualisiert, spezialisiert und unterfinanziert. pädiatrie: Kinder- und Jugendmedizin hautnah, 27(1), 42-47. // Husebe, S., & Mathis, G. (2017). Was ist Palliativmedizin? Was ist Palliative Care?. In Palliativmedizin (pp. 1-9). Springer, Berlin, Heidelberg. // Melching H (2015). Faktencheck Gesundheit. Palliativversorgung Modul 2: Strukturen und regionale Unterschiede in der Hospiz- und Palliativversorgung. https://faktencheck-gesundheit.de/fileadmin/files/BS/Publikationen//GrauePublikationen/Studie_VV_FCG_Versorgungsstrukturen-palliativ.pdf // Zugriffen: 31. Mai 2018. // Müller, M., Brathuhn, S., & Schnegg, M. (2017). Handbuch Trauerbegegnung und -begleitung: Theorie und Praxis in Hospizarbeit und Palliative Care. Vandenhoeck & Ruprecht. // Prütz, F., & Saß, A. C. (2017). Daten zur Palliativversorgung in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz, 60(1), 26-36. // Zernikow, B., Gertz, B., & Hasan, C. (2017). Pädiatrische Palliativversorgung – herausfordernd anders. Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz, 60(1), 76-81.



Ein ambulantes medizinisches Angebot für Wohnungslose, von Wohnungslosigkeit Bedrohte und für Menschen, die von Armut betroffen sind.

STRASSENAMBULANZ

Autorin: Christiane Kemper



Management Summary

Die Straßenambulanz der Caritas Hannover bietet ein niederschwelliges, ganzheitliches Versorgungsangebot für sozial benachteiligte Menschen.

Mit einem mobilen Team sind ehrenamtliche Ärzte, Pfleger und Fahrer seit 1999 im Einsatz und fahren Notunterkünfte, Tagestreffs für Wohnungslose und soziale Brennpunkte ab. Sie bieten eine Akut- und Notfallversorgung an, führen Präventionsmaßnahmen durch und vermitteln an andere soziale und medizinische Dienste weiter.

So können bis zu 3.000 Behandlungen pro Jahr durchgeführt werden. Die Straßenambulanz ist stark auf ehrenamtliche Helfer, Ärzte und medizinische Begleiter angewiesen. Ein Teil der anfallenden Leistungen lässt sich über die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (KVN) abrechnen. Ein weitaus größerer Teil wird durch Spenden und Zuwendungen gedeckt. Jährlich fallen rund 133.700 Euro Kosten an.

Versorgungsherausforderung

In Deutschland gab es im Jahr 2016 rund 860.000 wohnungslose Menschen – das ist ein Anstieg um 150 Prozent verglichen mit 2014. Ein Teil dieser Wohnungslosen sind Menschen, die offensichtlich obdachlos sind, also ganz ohne Unterkunft auf der Straße leben. Das sind ungefähr 52.000 Personen, 33 Prozent mehr als noch zwei Jahre

zuvor. Es gibt aber auch versteckte Arten der Wohnungslosigkeit, beispielsweise, wenn jemand vorübergehend bei Bekannten oder in Notunterkünften unterkommt. Auch jemand, der in ungesicherten Wohnverhältnissen lebt und zum Beispiel von einer Zwangsräumung bedroht ist, gilt als wohnungslos. Ein großer Anteil der Wohnungssuchenden in Deutschland sind Flüchtlinge. Doch selbst ohne diese große Gruppe wäre insgesamt ein Anstieg der Zahlen zu beobachten. Vermutlich werden Ende 2018 insgesamt 1,2 Millionen Menschen in Deutschland ohne Wohnung sein (BAG W, 2017).

Diese Gruppe Menschen ist besonders anfällig für psychische und physische Probleme, die einander bedingen oder beeinflussen. Es entsteht ein komplexes Gewirr verschiedenster gesundheitlicher und sozialer Bedürfnisse, die vernachlässigt werden. Häufig hat ein gesundheitliches Problem selbst – beispielsweise eine Suchterkrankung – zur Wohnungslosigkeit beigetragen. Erkrankungen können durch die erschwerten Lebensbedingungen entstehen oder verschlimmert werden. Faktoren hierbei sind unter anderem äußere Einflüsse wie Kälte, aber auch mangelnde Möglichkeiten, sich zu waschen oder gesund zu ernähren und soziale Isolation. Wohnungslose haben meist einen schlechteren Gesundheitszustand und häufiger Mehrerkrankungen als die Bevölkerung im Durchschnitt (ZQ-AEKN, 2011). Gleichzeitig haben sie nicht so einen guten Zugang zur Versorgungsangeboten. Die Ursachen hierfür sind vielfältig. Oft spielen persönliche Gründe eine Rolle – wie Scham über die eigene Situation oder mangelnde Wertschätzung der eigenen Person – aufgrund derer der Gang zum Arzt unterlassen wird. Zum

anderen bestehen bürokratische Hürden und formale Barrieren. Das kann ein nicht bestehender Versicherungsschutz sein, eine verloren gegangene Versichertenkarte oder fehlende Informationen zum deutschen Gesundheitssystem. Manchmal sind es auch finanzielle Gründe, aus denen keine Hilfe in Anspruch genommen wird. Die Kassen zahlen beispielsweise bei Hilfsmitteln nur noch einen Festbetrag. Außerdem können sich Wohnungslose notwendige, aber nicht verschreibungspflichtige Medikamente häufig schlichtweg nicht leisten (BAG W, 2012).

Menschen an der Armutsgrenze sind mit ähnlichen Problemen konfrontiert. Sie sind ebenfalls besonders anfällig für eine Vielzahl an Krankheitsbildern (Haverkamp, 2018). In Deutschland lebten im Jahr 2015 rund 12,9 Millionen Personen unter der Einkommensarmutsgrenze; das sind 15,7 Prozent der gesamten Bevölkerung (Der Paritätische Gesamtverband, 2017).

In Hannover gibt es aktuell schätzungsweise 4.000 Obdachlose. Viele weitere sind akut von Wohnungslosigkeit bedroht. Die Straßenambulanz der Caritas bietet diesen Personen seit fast 20 Jahren in der Stadt und Region Hannover ein ganzheitliches und niederschwelliges Versorgungsangebot. Kurz- und mittelfristig will sie gesundheitlichen Problemen Abhilfe schaffen, langfristig die Menschen in die Regelsversorgung des deutschen Gesundheitssystems (re-)integrieren.

Entstehungsgeschichte

Im Jahr 1989 reagiert die Caritas erstmalig auf den schlechten Gesundheitszustand der Obdachlosen. In Hannover wird ihr damaliger „Sozialdienst für Männer“ zum „Sozialdienst für Wohnungslose“. Eine erste kleine Tee- und Wärmestube entsteht, die 1994 durch eine Küche, Waschmaschinen und Duschen erweitert wird. Ab 1996 gibt es auch einen ambulanten medizinischen Dienst in diesen Räumlichkeiten, angeboten von ehrenamtlichen Ärzten und Pflegekräften. Anfang 1999 schlägt die Geburtsstunde der Straßenambulanz: Pflegekräfte aus den Seniorenheimen der Caritas erklären sich bereit, ehrenamtlich Obdachlose zu versorgen. Ein mobiles Team fährt mit einem Kleinbus durch Hannovers Innenstadt und macht das kostenlose Angebot bei Wohnungslosen bekannt. Durch das Engagement der Mitarbeiter und einer intensiven Öffentlichkeitsarbeit gelingt es, das Team nach und nach zu vergrößern. Die steigende Nachfrage und der Bedarf an Medikamenten und Verbandsmaterial machen letztendlich ein neues Finanzierungsmodell erforderlich. Im Jahr 2003 erhält die Straßenambulanz – bundesweit erstmalig – die

Ermächtigung zur Institutsambulanz durch die Kassenärztliche Vereinigung. Sie kann nun wie eine Hausarztpraxis arbeiten und erbrachte Leistungen abrechnen.

Kernelemente

Zielgruppe

Die Straßenambulanz der Caritas richtet sich an all jene Menschen in der Region Hannover, die durch das Raster des deutschen Gesundheitssystems fallen. Das sind auch – aber nicht ausschließlich – Obdachlose oder von Obdachlosigkeit bedrohte Personen. Es sind Langzeitarbeitslose, Asylbewerber, Haftentlassene oder Rentner, deren Einkommen geringer ist als die Grundsicherung. Es sind Bürger aus europäischen Ländern, die in Hannover gestrandet sind und nicht über eine Krankenversicherung oder die nötigen Mittel

Abbildung 1 – Fahrzeug der Straßenambulanz und ehrenamtliche Helfer

Quelle: Archiv Caritasverband Hannover e. V.



verfügen. Und es sind zunehmend auch Frauen und junge Menschen. Insgesamt sind damit verschiedenste Krankheitsbilder vertreten. Die Zielgruppe ist nicht nur extrem heterogen, sondern befindet sich auch im Wandel: Die Zahl der Personen, die nicht wohnungslos oder von Wohnungslosigkeit bedroht sind, den Dienst der Straßenambulanz aber dennoch in Anspruch nehmen (müssen), nimmt zu. Das Versorgungsangebot richtet sich also zunehmend auch an Personen aus anderen finanziell oder sozial schwachen Gruppen, nicht mehr „nur“ an Obdachlose.

Versorgungskonzept

Die Mission der Straßenambulanz ist, den Gesundheitszustand von Wohnungslosen und Menschen an der Armutsgrenze zu verbessern. Zu diesem Zweck bietet sie mit ihrem mobilen Hilfsdienst ein niederschwelliges, anonymes und unbürokratisches Versorgungsangebot an (siehe Abbildung 1). Langfristig soll Besuchern und Patienten geholfen werden, sich in die medizinische Regelversorgung (wieder) einzugliedern.

Die Mitarbeiter des Projektes betreuen und beraten Hilfesuchende ganzheitlich. Können sie eine Leistung nicht anbieten, vermitteln sie die Betroffenen an andere Angebote der Caritas oder kooperierende Dienste weiter. Damit wird durch das Projekt insgesamt ein breites Spektrum an Versorgungsleistungen abgedeckt, das sich von der Prävention über die Behandlung chronischer Erkrankungen bis hin zur psychologischen Betreuung und der sozialpädagogischen Begleitung erstreckt. Die Straßenambulanz selbst versorgt vorrangig Notfallindikationen und führt Präventionsmaßnahmen wie Schutzimpfungen durch. Neben der kostenlosen medizinischen Akut- und Notfallversorgung fallen außerdem unterschiedliche vermittelnde und beratende Tätigkeiten an (siehe Abbildung 2). So verweisen die Ärzte und das Pflegepersonal der Caritas an Fachärzte und Krankenhäuser,

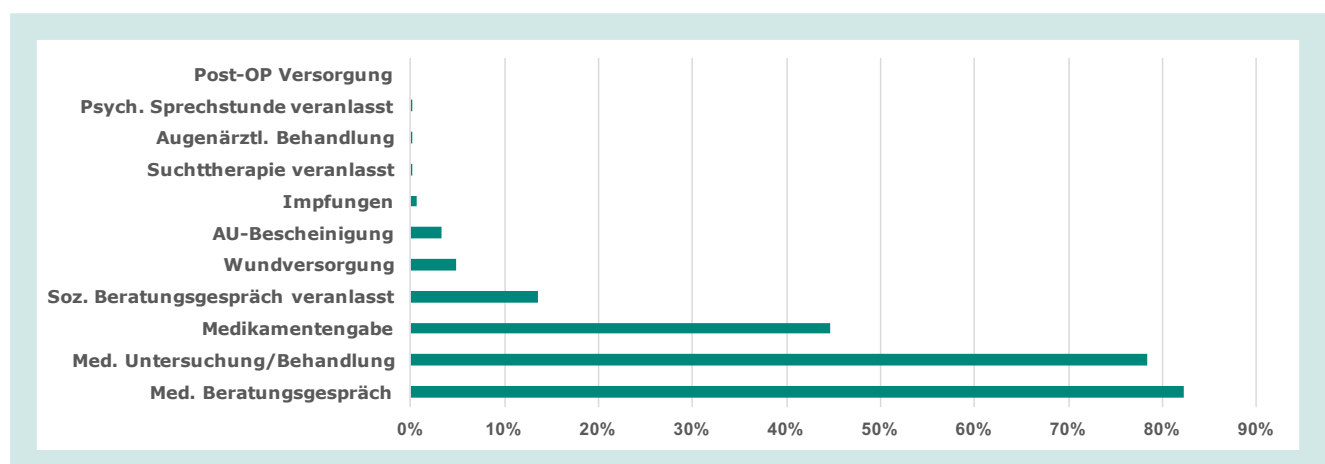
beispielsweise bei schweren und psychischen Erkrankungen. Sie vermitteln auch an andere soziale und öffentliche Einrichtungen oder Sozialarbeiter des eigenen Dienstes. Im Caritas Tagestreff für Wohnungslose ist beispielsweise eine sozialpädagogische Betreuung möglich. Den Betroffenen wird dort eine feste Tagesstruktur geboten, denn sie können an Gruppentreffen oder Kreativangeboten teilnehmen. Außerdem können sie sich waschen, bekommen warme Getränke und ein Frühstück sowie saubere Kleidung.

Die Mitarbeiter der Straßenambulanz erreichen ihre Patienten direkt dort, wo sie leben. Das können zweckmäßig eingerichtete Behandlungszimmer in Notunterkünften oder Tagestreffs sein, oder eben auch das Fahrzeug der Straßenambulanz selbst. Das Team ist elf Mal wöchentlich zu festen Zeiten an acht verschiedenen Standpunkten in Hannover im Einsatz. So kommen insgesamt 15 Stunden pro Woche zusammen, an denen die Mitarbeiter für Gespräche, Beratung und die medizinische Versorgung selbst verfügbar sind. Das Team fährt unter anderem gezielt soziale Brennpunkte an. Doch auch im zentralen Gebäude der Caritas gibt es Sprechstunden. Hier befindet sich ein gesamter sozialer und medizinischer Trakt zur Versorgung von Wohnungslosen und Menschen mit geringem Einkommen. Es gibt unter anderem Vorsorge- und Kindersprechstunden, die Allgemeine Lebens- und Sozialberatung der Caritas und eine Arbeitslosenberatung. Menschen mit Migrationshintergrund können sich mit medizinischen und anderweitigen Belangen an mehrsprachige Mitarbeiter wenden; es gibt auch eine Flüchtlingsberatung im Haus. Die Caritas arbeitet flexibel und passt sich den Bedürfnissen der Hilfesuchenden an. Sie nutzt hierfür Methoden wie Fallmanagement, Peer Counselling und die „5 Säulen der Identität“ nach Petzold.

Während der täglichen Öffnungszeiten des Tagestreffpunktes und der Ambulanzzeiten der Ärzte stehen immer auch Ehrenamtliche als

Abbildung 2 – Therapien und Maßnahmen der Straßenambulanz in den Jahren 2011-2016 (Mehrfachnennungen möglich)

Quelle: Eigene Darstellung basierend auf ZQ-AEKN (2017).



Ansprechpartner zu Verfügung. Über diese kann zum Beispiel ein Termin mit den Sozialarbeitern des Tagestreffpunktes vereinbart werden. Die Tätigkeiten des Sozialdienstes werden auch nach der Weitervermittlung von diesen, durch die Caritas geschulten ehrenamtlichen Mitarbeitern, unterstützt. Sie begleiten die Betroffenen zu Behörden, Ämtern oder Krankenkassen und sind ein Bindeglied zwischen Sozialarbeiter, Arzt und Patient.

Mehrwert und Patientenorientierung

Ein essentielles Merkmal der Straßenambulanz ist, dass Betroffene sie einfach und ohne bürokratische Hürden in Anspruch nehmen können. Es ist ein Angebot, dass den verschiedenen sozial benachteiligten Gruppen die Hand reicht und Hilfe direkt am jeweiligen Aufenthaltsort bietet. So können gesundheitliche Grundbedürfnisse zumindest zum Teil gedeckt werden. Den Betroffenen wird vermittelt, dass sie es wert sind, auf ihre Gesundheit zu achten.

Das Projekt hilft so auch, seinen Patienten in gewissem Maße das Vertrauen ins System zurückzugeben. Es schließt Informationslücken, zeigt Auswege und hilft, eigene Hemmschwellen zu überwinden.

Die Straßenambulanz arbeitet ganzheitlich und bietet Antworten aus einer Hand. Sie orientiert sich an den Bedürfnissen ihrer Klienten und ist inhaltlich und räumlich extrem gut vernetzt. Sie geht über direkte medizinische Belange hinaus und trägt auch dazu bei, die persönlichen Fähigkeiten und Ressourcen der Hilfesuchenden zu stärken. Der Mensch und die Würde des Einzelnen stehen im Mittelpunkt. So werden die Patienten unter anderem dazu motiviert, wieder an bestehenden „normalen“ Versorgungsstrukturen teilzunehmen. In manchen Fällen gibt die Straßenambulanz ihren Patienten einen neuen Lebenssinn: einige engagieren sich in der Folge ehrenamtlich bei der Caritas und geben die von ihnen erfahrene Unterstützung weiter.

Finanzierung

Die Straßenambulanz wäre ohne das Engagement der vielen ehrenamtlichen Helfer nicht möglich. Der jährliche Kostenumfang des Projektes beträgt derzeit etwa 133.700 Euro. Das sind Kosten, die beispielsweise von Medikamenten oder Verbrauchsmaterial verursacht werden und durch die Übernahme von Rezeptgebühren und Gebühren für Hilfsmittel entstehen. Die Unterhaltung des Fahrzeuges und der Praxisräume als auch die Personalkosten für den hauptamtlichen Arzt und die Koordination schlagen hier zu Buche. Die Kosten werden über Spenden, Zuwendungen verschiedener regionaler Stiftungen, einer Förderung durch die Region Hannover und Eigenmittel des Caritasverbandes Hannover e. V. gedeckt. Einige der Leistungen, die die Straßenambulanz erbringt, können auch mit der Kassenärztlichen Vereinigung abgerechnet werden. Der Anteil der abrechenbaren Leistungen schrumpft allerdings beständig, während die Nachfrage durch Betroffene steigt. Das Projekt ist deshalb in immer größerem Umfang auf finanzielle Unterstützung in Form von Spenden und Zuwendungen angewiesen.

Management

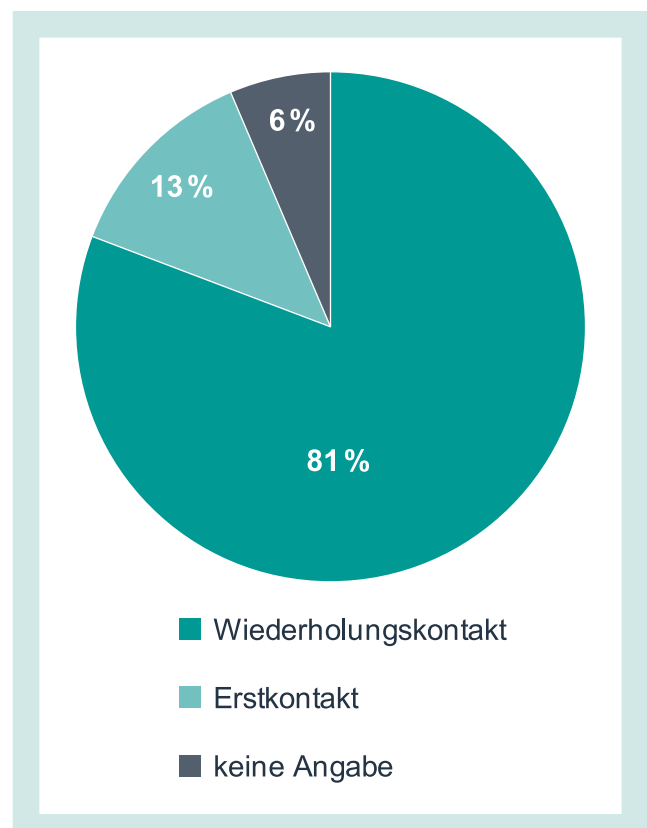
Der Caritasverband Hannover e. V. ist mit nahezu 550 Mitarbeitenden in der Stadt und Region Hannover tätig. Es gibt über 40 soziale Einrichtungen; Wohnungslosenhilfe und Hilfe für sozial benachteiligte Gruppen gehören zu den Schwerpunkten der Caritas in Hannover. Das Projekt Straßenambulanz ist Teil der Caritas Wohnungslosenhilfe und dem Fachbereich Caritas Sozialdienst zugeordnet. Es gehört zur Abteilung Soziale Dienste, Gesundheit und Migration des Verbandes.

Die Helfer setzen sich aus einem interdisziplinären Team haupt- und ehrenamtlicher Mitarbeiter zusammen. Es umfasst unter anderem Ärzte, Sozialarbeiter, Arzthelfer, Pfleger und Fahrer. Eine halbtags tätige, fest angestellte Caritas Mitarbeiterin koordiniert das Projekt. Sie ist beispielsweise für die Einsatzplanung, die Abrechnung mit der Kassenärztlichen Vereinigung und die Akquise von ehrenamtlichen Mitarbeitern verantwortlich. Außerdem kümmert sich derzeit ein hauptamtlicher Arzt um die Versorgung der Patienten. Eine ehrenamtliche Ärztin hat die medizinische Leitung inne.

Das ganze Projekt lebt vom Engagement der ehrenamtlichen Helfer. Es gibt kaum eine feste Personalstruktur; kontinuierlich müssen neue Einsatzkräfte gewonnen werden.

Abbildung 3 – Art der Patientenkontakte Straßenambulanz in den Jahren 2011 – 2016

Quelle: Eigene Darstellung basierend auf ZQ-AEKN (2017).



Derzeit gibt es fünf Ärzte sowie 18 Krankenpfleger und andere medizinische Begleiter sowie Fahrer, die ehrenamtlich tätig sind. Zusätzlich ist seit 2017 ein hauptamtlicher Arzt halbtags angestellt.

Es wird eng mit dem Tagestreffpunkt und den sozialen Diensten der Caritas, der Malteser Migranten Medizin und der Kindersprechstunde der Region Hannover zusammengearbeitet, die alle im selben Gebäude ihre Räumlichkeiten haben.

Es gibt außerdem Kooperationen mit ortsansässigen Fachärzten, Krankenhäusern, Apotheken, Laboren, psychiatrischen Einrichtungen und sozialen Beratungsstellen anderer Träger.

Evaluation

In den Jahren von 2011 bis 2016 haben die ehrenamtlichen Ärzte der Straßenambulanz 15.959 Behandlungen durchgeführt. Neben der internen Dokumentation begleitet seit 2000 das Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen, eine Einrichtung der Ärztekammer Niedersachsen, die Straßenambulanz wissenschaftlich. Es führte für die Jahre 2000 bis 2010 eine zusammenfassende Auswertung durch, die zwei weitere Behandlungsstandorte mit einbezieht, die nicht zur Caritas gehören (ZQ-AEKN, 2011). Die große Mehrheit der Daten, etwa 90 Prozent, beschreibt aber die Arbeit der Straßenambulanz.

Abbildung 4 – Altersverteilung der Patienten der Straßenambulanz; Vergleich der Jahre 2011 – 2016

Quelle: Eigene Darstellung basierend auf ZQ-AEKN (2017).

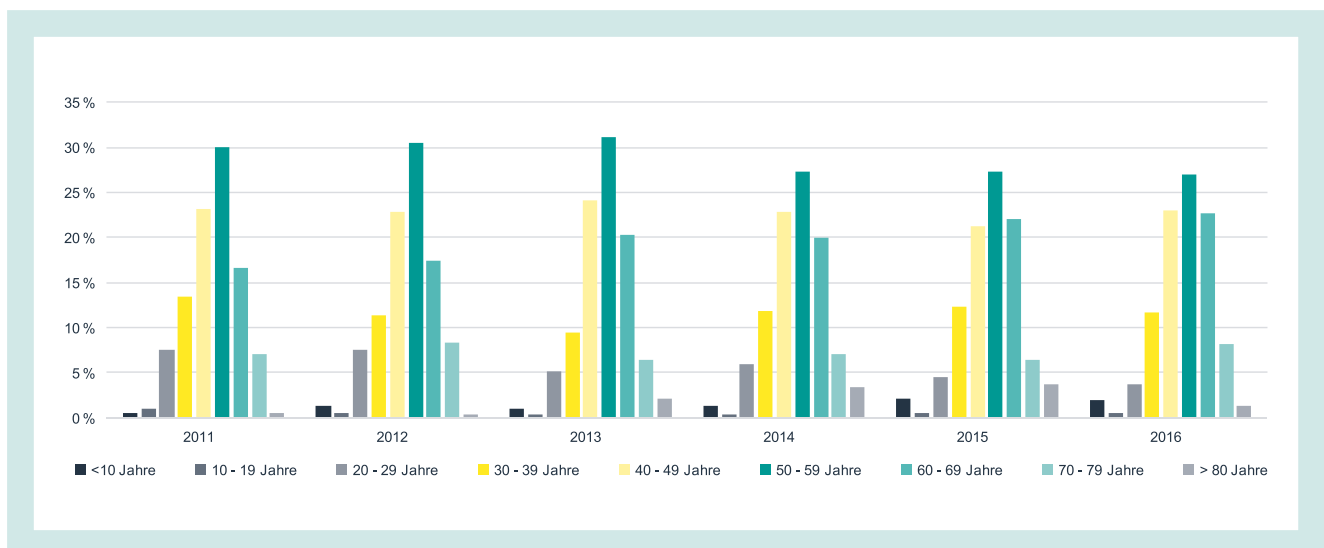
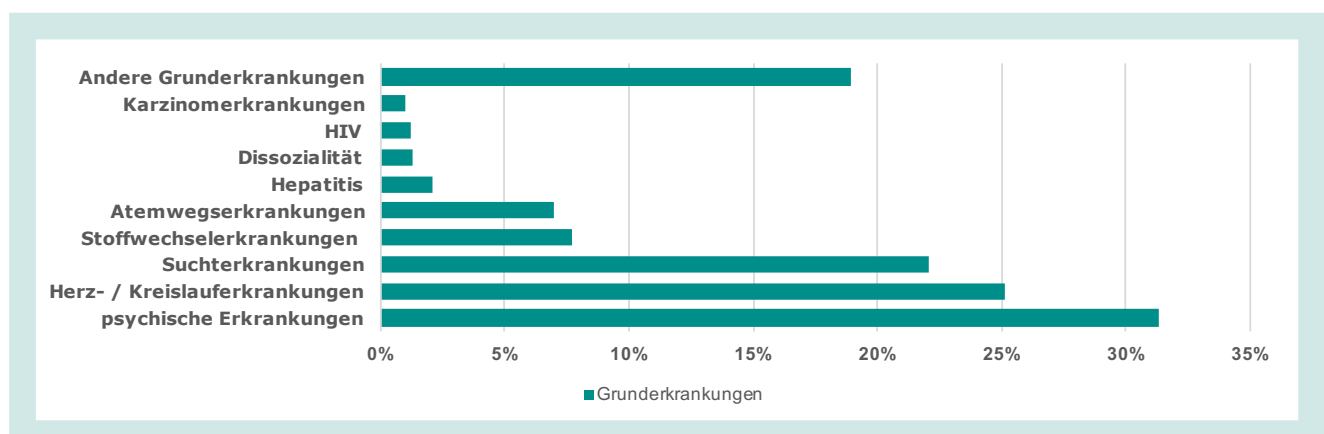


Abbildung 5 – Grunderkrankungen der Patienten der Straßenambulanz in den Jahren 2011 – 2016 (Mehrfachnennungen möglich)

Quelle: Eigene Darstellung basierend auf ZQ-AEKN (2017).



Angebote der aufsuchenden Gesundheitsfürsorge werden Jahr für Jahr besser angenommen. Innerhalb des Beobachtungszeitraums stieg die Zahl der Behandlungsfälle um 90 Prozent auf etwa 2.300 pro Jahr. Die Patientenzahl stieg um 50 Prozent auf etwa 900 pro Jahr. Immer mehr Patienten kommen mehrmals pro Jahr; 12,4 Prozent suchen sogar deutlich häufiger als fünf Mal jährlich die Behandlungsorte auf (siehe Abbildung 3). Das macht insgesamt 44 Prozent aller Behandlungsanlässe in einem Jahr aus. Bei über 70 Prozent der Besuche wird nicht nur eine medizinische Untersuchung und Behandlung vorgenommen, sondern auch medizinisch beraten. Außerdem konnten die Projekte die Zahl der Überweisungen an einen Facharzt steigern – von vier auf 18 Prozent.

In den letzten zehn Jahren hat sich die Gruppe der Menschen, die diese ambulanten Versorgungsangebote in Anspruch nehmen, verändert. Der Frauenanteil ist von 23 Prozent auf 35 Prozent gewachsen. Der Anteil der älteren Patienten ist noch stärker gestiegen, von 25 auf 47 Prozent (siehe Abbildung 4). Unter den Patienten finden sich dementsprechend auch vermehrt Personen mit chronischen Krankheitsbildern. Das erklärt zum Teil sicher auch, warum eine immer größere Zahl Menschen die Straßenambulanz und ähnliche Projekte mehrmals im Jahr aufsucht. Unter anderem ist der Anteil psychiatrischer Krankheitsbilder um etwa 30 Prozent gestiegen (siehe Abbildung 5).

Vermehrt kommen die Patienten aus finanziell oder sozial schwachen Gruppen, nicht mehr ausschließlich aus der Gruppe der Wohnungslosen. Das hängt vermutlich mit Kosten wie Rezeptgebühren beziehungsweise gekürzten Zuschüssen zusammen. Weitere Veränderungen der Patientenstruktur sind der zunehmend größere Anteil an Menschen mit Migrationshintergrund, ohne Krankenversicherung sowie Minderjähriger (siehe Abbildung 4).

Nächste Schritte

Auch in Zukunft muss die Straßenambulanz flexibel bleiben, in mehrfacher Hinsicht. Je nachdem, ob die Veränderungen der Patientenstruktur dauerhaft sind, muss das Versorgungsangebot angepasst werden. Auch die Veränderungen in den Finanzierungsmöglichkeiten und die erhöhte Nachfrage insgesamt bedeuten, dass die Spendenakquise mit noch größerem Elan betrieben werden muss. Die Gewinnung von Ehrenamtlichen wird in diesem Zusammenhang ebenfalls eine Herausforderung bleiben. Für 2018 ist der Ausbau der derzeitigen ärztlichen Halbtagsstelle auf eine Dreiviertelstelle geplant. 2019 soll auf eine Vollzeitstelle erweitert werden. Langfristig ist ein „Niedrigschwelliges Versorgungs- und Kompetenzzentrum für Wohnungslose und Menschen, die von Armut betroffen sind“ angedacht.

Ansprechpartner

Christiane Kemper
Referentin für Öffentlichkeitsarbeit
und Kommunikation
Caritasverband Hannover e. V.
Leibnizufer 13–15
30169 Hannover
Telefon: 0511 - 126 00 1032
E-Mail: c.kemper@caritas-hannover.de
www.caritas-hannover.de

Literatur

BAG W – Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V. (2017). Pressemitteilung: BAG Wohnungslosenhilfe: 860.000 Menschen in 2016 ohne Wohnung. Prognose: 1,2 Millionen Wohnungslose bis 2018. Verfügbar unter: http://www.bagw.de/de/themen/zahl_der_wohnungslosen/index.html. // Zuletzt abgerufen am 13.06.2018. // BAG W – Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V. (2012). Pressemitteilung: Bilanz nach zehn Jahren: Medizinische Hilfen für Wohnungslose wichtiger denn je. Verfügbar unter: <http://www.bagw.de/de/themen/gesundheit/145.html>. Zuletzt abgerufen am 13.06.2018. // Caritasverband Hannover e. V. (2009). 10 Jahre Caritas-Straßenambulanz. Ein Blick in Geschichte, Gegenwart und Zukunft. Hannover: Degener Verlag. // Der Paritätische Gesamtverband (2017). Bericht zur Armutsentwicklung in Deutschland 2017. Verfügbar unter: <http://www.der-paritaetische.de/schwerpunkte/armutsbericht/download-armutsbericht/>. Zuletzt abgerufen am 13.06.2018. // Haverkamp, F. (2018). Gesundheitliche Ungleichheit und neue Morbidität. In Handbuch Armut und soziale Ausgrenzung (pp. 479-502). Springer VS, Wiesbaden. // ZQ-AEKN – Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen Einrichtung der Ärztekammer Niedersachsen (Hrsg.) (2011). 10 Jahre Evaluation der „Aufsuchenden Gesundheitsfürsorge für Wohnungslose und von Wohnungslosigkeit bedrohte Menschen in Hannover“. Daten und Fakten zur aktuellen und für die zukünftige Gesundheitsversorgung. Hannover: Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen. // ZQ-AEKN – Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen Einrichtung der Ärztekammer Niedersachsen (2017). Sonderauswertung Caritas 2011-2016.



Die PraxisApp „Mein Kinder- und Jugendarzt“ mit integrierter Videosprechstunde

TELEMEDIZIN MIT DER PRAXISAPP „MEIN KINDER- UND JUGENDARZT“

Autoren: Sean Monks, Wolfgang Landendörfer, Martin Lang



Management Summary

Die PraxisApp „Mein Kinder- und Jugendarzt“ richtet sich an niedergelassene Kinder- und Jugendärzte (Pädiater) und soll die pädiatrische Versorgung effizienter gestalten und Kinder- und Jugendarztpraxen entlasten.

Die App vereint verschiedene Funktionen, die die Arbeit des Arztes ergänzen oder einfacher machen. Diese reichen von einfachen Informations- und Nachrichtenmodulen bis hin zur Langzeitdatenerfassung bei chronisch kranken Patienten. Insbesondere gibt sie dem Arzt die Möglichkeit, Bagatellerkrankungen per Videosprechstunde zu erkennen. Der Patient und gegebenenfalls seine Eltern müssen nicht mehr persönlich in die Praxis kommen.

Sean Monks, Geschäftsführer der MONKS – Ärzte im Netz GmbH, hatte die Projektidee. Projektpartner sind der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V. (BVKJ) und das PaedNetz Bayern e. V. Die PraxisApp wird durch die MONKS – Ärzte im Netz GmbH vertrieben und in Bayern bereits seit 2015 genutzt.

Mittlerweile wird die App bundesweit von etwa 800 Pädiatern angeboten. Rund 190.000 Patienten beziehungsweise deren Eltern haben sie heruntergeladen. Für die Patienten und deren Eltern ist die App kostenlos. Ärzte und Praxen bezahlen eine monatliche Nutzungsgebühr

für das System sowie einen zusätzlichen Beitrag, wenn sie die Videofunktion nutzen wollen. Für Patienten der Barmer und der Betriebskrankenkassen (BKK) beginnt ab 1.1.2019 ein Selektivvertrag, über den einige der Funktionen der App abgerechnet werden können.

Versorgungsherausforderung

2016 wurden in Deutschland 792.131 Kinder geboren, rund sieben Prozent mehr als im Vorjahr. Damit stieg die Geburtenrate schon das fünfte Jahr in Folge (Statistisches Bundesamt, 2018). Für Kinder- und Jugendärzte fällt zunehmend Arbeit an, besonders in Einzel- und Gemeinschaftspraxen. Nicht nur die Zahl der Patienten wächst, sondern auch der Arbeitsumfang je Patient. Grund hierfür sind unter anderem immer komplexere Behandlungsketten, verbesserte Präventionsnetze, mehr erweiterte Vorsorgeuntersuchungen sowie zusätzliche Impfungen. Außerdem übernehmen niedergelassene Pädiater heute einen Teil der Leistungen, die vorher in Krankenhäusern erbracht wurden (Fischbach et al., 2018).

Während der Bedarf an Angeboten in der pädiatrischen Versorgung steigt, sinken gleichzeitig die verfügbaren personellen Ressourcen, vor allem im niedergelassenen Bereich. Es gibt in Deutschland derzeit insgesamt 14.162 Pädiater, von denen momentan die Hälfte ambulant tätig ist. Etwa 25 Prozent dieser Ärzte werden innerhalb

der nächsten sechs Jahre in den Ruhestand gehen. Weniger der nachrückenden Ärzte werden in Einzel- oder Gemeinschaftspraxen arbeiten. Die Kombination dieser Entwicklungen führt dazu, dass in den kommenden Jahren eine flächendeckende und den tatsächlichen Bedürfnissen entsprechende pädiatrische Versorgung nicht gesichert ist (Eßer, 2018; Fischbach et al., 2018). Bereits jetzt gibt es beträchtliche regionale Unterschiede in der Verfügbarkeit pädiatrischer Praxen. In einigen Teilen Deutschlands ist der tatsächliche Bedarf an Kinder- und Jugendärzten mehr als gedeckt. In anderen besteht mehr Bedarf, als Ärzte vorhanden sind. Es liegt ein deutliches Ost-West-Gefälle vor. Seit 2013 gibt es in Deutschland außerdem eine neue Methode der Bedarfsplanung, die Kinderarztsitze bundesweit um 24,3 Prozent reduziert. Prognosen zufolge wird diese neue Berechnungsmethode das Ost-West-Gefälle noch verschärfen und vor allem in ostdeutschen Bundesländern möglicherweise zu Engpässen in der Versorgung führen (Etgeton, 2015). Die telemedizinischen Möglichkeiten der PraxisApp „Mein Kinder- und Jugendarzt“ können zu einer effizienteren pädiatrischen Versorgung beitragen. Über eine Videosprechstunde kann der Arzt beispielsweise bereits vor einem Praxisbesuch feststellen, ob dieser überhaupt notwendig ist. So kann mit kleineren Gesundheitsproblemen ressourcenschonend umgegangen werden.

Entstehungsgeschichte

2013 hatte Sean Monks die Idee, eine App zu entwickeln, die die direkte Kommunikation zwischen Arzt und Patient auf einfache Art möglich macht. Es entstand die Praxis-App „Mein Kinder- und Jugendarzt“. Zunächst waren die Funktionen der App auf Nachrichten und Benachrichtigungen, wie beispielsweise Terminerinnerungen, beschränkt. Sie wurde zunächst bei niedergelassenen Pädiatern in Bayern eingeführt. Im Lauf der Zeit wurde die App erweitert und ist mehr und mehr zu einem umfassenden digitalen Betreuungskonzept geworden. Sie ist mittlerweile bundesweit verfügbar und wird von rund 800 pädiatrischen Praxen angeboten.

Kernelemente

Zielgruppe

Zielgruppe sind niedergelassene Pädiater, also pädiatrische Einzel- und Gemeinschaftspraxen. Ärzte, die ihren Patienten die PraxisApp

anbieten wollen, müssen ihre Praxis vorab in der Arztsuche des Gesundheitsportals www.kinderaerzte-im-netz.de eintragen. Praxen, die hier kein Profil haben, sind von der Nutzung der App ausgeschlossen. Die App ist für alle Patienten teilnehmender Praxen beziehungsweise deren Eltern verfügbar. Die Nutzer müssen lediglich ein Android-Smartphone oder ein iPhone besitzen. Jugendliche ab zwölf Jahren können sich mit Einverständnis der Eltern auch selbst für die App registrieren.

Die PraxisApp richtet sich insbesondere an Kinder und Jugendliche, bei denen der Krankheitsverlauf über eine Langzeitdatenkontrolle erfasst werden sollte. Dies ist bei chronischen Krankheiten wie Asthma oder Rheuma der Fall. Außerdem ist die App von besonderem Interesse in Fällen, in denen Eltern und Patient nicht einschätzen können, ob ein Arztbesuch überhaupt erforderlich ist. Dies können Indikationen wie Fieber, Husten oder akute Hautveränderungen sein.

Eine weitere Zielgruppe der App sind die Krankenkassen, da die PraxisApp als Vorlage für neue digitale Versorgungsformen dienen kann. Über Pilotprojekte, in deren Rahmen die App von Versicherten genutzt wird, kann getestet werden, wie eine sinnvolle digitale Ergänzung derzeitiger Versorgungsmodelle aussehen kann.

Versorgungskonzept

Im Mittelpunkt des Versorgungskonzeptes steht die Entlastung von pädiatrischen Praxen. Durch die App soll die Versorgung insgesamt effizienter gestaltet werden, unter anderem durch eine verbesserte Steuerung von Patientenströmen. Die PraxisApp vereint zu diesem Zweck verschiedene digitale Kommunikationsmöglichkeiten und Funktionen (siehe Tabelle 1).

In einem ersten Schritt registriert der Arzt sich beziehungsweise seine Praxis für die Nutzung der App. Die Zugangsdaten werden ihm zugeschickt. Er und sein Team können sich danach von jedem internetfähigen Gerät in die PraxisApp-Verwaltung einloggen, ohne dass dafür eine Software heruntergeladen werden muss. Der Patient / Elternteil seinerseits muss die App herunterladen. Er kann dann den betreuenden Arzt aus einer Liste wählen. Die App kann nur für Patienten genutzt werden, die dem Arzt bereits bekannt sind und schon persönlich in der Praxis waren.

Der Arzt kann über das Verwaltungstool eine Liste aller Patienten einsehen, die sich für die Nutzung der App registriert haben. Er kann



diesen Patienten nun Nachrichten auf ihr Smartphone schicken und optional eine Lesebestätigung anfordern (siehe Abbildung 1, links). Er kann auch Dateien wie beispielsweise Bilder anhängen. Die Patienten können nicht mit einer Nachricht antworten. Nachrichten an einzelne Patienten können beispielsweise individuelle Terminerinnerungen beinhalten oder über Untersuchungen informieren. Nachrichten können auch an mehrere Patienten gleichzeitig versandt werden. Dies macht zum Beispiel dann Sinn, wenn der Arzt allgemeine Informationen wie Urlaubszeiten mitteilen möchte. Außerdem kann der Arzt einzelne Patientengruppen definieren, an die er eine bestimmte Nachricht schicken will.

Zusätzlich lassen sich Termine über die App verwalten, beziehungsweise Terminerinnerungen automatisch einstellen. Für jeden Patienten gibt es einen Kalender, in den ein Termin eingetragen werden kann. Der Patient wird über diesen Termin sofort benachrichtigt und erhält einen Tag vor dem Termin eine weitere Nachricht mit einer Bestätigungsaufforderung. Neben den automatischen Terminerinnerungen kann der Arzt auch Erinnerungen an Therapiemaßnahmen wie die Medikamenteneinnahme einstellen (siehe Abbildung 1, Mitte).

Anhand der Geburtsdaten wird bei Kindern zudem automatisch an Impftermine und Vorsorgeuntersuchungen erinnert. Die Standardeinstellungen der App erinnern gemäß der Empfehlungen der Ständigen Impfkommission. Der Arzt kann Texte und Zeitpunkte aber manuell anpassen. Erinnerungen an Vorsorgeuntersuchungen erfolgen vier Wochen vor dem jeweils empfohlenen Zeitraum, innerhalb dessen die Untersuchung stattfinden sollte. Diese Benachrichtigungen

können ebenfalls vom Arzt angepasst werden. Im Servicebereich der App finden sich zusätzlich allgemeine Informationen zur Kinder- und Jugendgesundheit sowie wichtige Notfallnummern.

Eine weitere Funktion, die spezifisch für chronisch kranke Patienten genutzt werden kann, sind digitale Tagebücher („PädAssist“). Der Arzt muss für den Patienten zunächst das für die jeweilige Krankheit vorgesehene Service-Modul aktivieren. Für Asthmatiker ist das beispielsweise ein Peak-Flow-Protokoll (siehe Abbildung 1, rechts). Der Patient oder ein Elternteil füllt diese elektronischen Tagebücher aus. Der Arzt kann die Daten bei Bedarf auch in das telemedizinische Konsil „PädExpert“ importieren (siehe Abbildung 2). Er kann den Krankheitsverlauf fortlaufend mitverfolgen und wenn nötig schnell reagieren, zum Beispiel wenn sich die Werte des Patienten verschlechtern.

Außerdem können Patient und Arzt über einen Online-Video-Kontakt (OVK) eine digitale Sprechstunde („PädHome“) abhalten. Der Arzt entscheidet hierbei, ob und wie lange er einem Patienten den OVK anbietet. Er schaltet den Patienten für diese Funktion frei. Der Patient kann sich dann in einen digitalen „Wartezimmer“ begeben. Arzt und Patient vereinbaren einen OVK-Termin, für den der Patient auch eine Erinnerung über die App erhält. Zum vereinbarten Zeitpunkt startet der Arzt die Sitzung. Diese Funktion ist Teil des Angebots der PraxisApp, muss aber zusätzlich gebucht werden. Es ist keine spezielle Software erforderlich. Der OVK kann über jedes internetfähige Endgerät abgehalten werden, das über Kamera und Mikrofon verfügt. Die Daten werden über eine Peer-to-Peer-Verbindung ohne Zwischenspeicherung übertragen. Die Server stehen in zertifizierten Rechenzentren in Deutschland.

Tabelle 1 – Funktionen der PraxisApp „Mein Kinder- und Jugendarzt“

Quelle: Eigene Darstellung.

PraxisApp Funktion / Modul	Beschreibung
Information	Die App beinhaltet Informationen zu Themen der Kinder- und Jugendgesundheit. Sie umfasst außerdem Kontaktdaten für relevante Ansprechpartner und Notfalladressen.
Kommunikation	Die App bietet dem Arzt die Möglichkeit, mit einem oder mehreren Patienten / den Eltern über persönliche Nachrichten zu kommunizieren.
Automatisierte Erinnerungen	Der Arzt kann die App nutzen, um den Patienten / deren Eltern automatisch an Termine wie Vorsorgeuntersuchungen oder Impfungen zu erinnern. Auch Erinnerungen an Therapiemaßnahmen wie die Medikamenteneinnahme können eingestellt werden.
„PädAssist“	Über diese Funktion können Patienten / deren Eltern den Krankheitsverlauf bei chronischen Erkrankungen (Rheuma, Asthma) festhalten. Diese Funktion ergänzt die persönliche Versorgung in der Arztpraxis. Die Funktion ist kompatibel mit dem telemedizinischen Konsilsystem „PädExpert“. Der Arzt kann die Patientendaten hier importieren, den Krankheitsverlauf mitverfolgen und sich mit anderen Experten austauschen.
„PädHome“	Mittels dieser Videofunktion können digital Sprechstunden abgehalten werden. So kann der Arzt beispielsweise eine Verlaufskontrolle durchführen, ohne den Patienten und gegebenenfalls dessen Eltern in die Praxis bestellen zu müssen. Außerdem können Bagatellerkrankungen eventuell bereits aus der Ferne erkannt werden. In diesen Fällen kann der Online-Video-Kontakt (OVK) den persönlichen Arztbesuch ersetzen.

Mehrwert und Patientenorientierung

Über die PraxisApp können Eltern und deren Kinder beziehungsweise jugendliche Patienten unnötige Arztbesuche vermeiden. Zum einen kann das Risiko einer Ansteckung in der Arztpraxis vermieden werden. Zum anderen bedeutet es eine Zeitersparnis für alle Beteiligten. Anfahrtswege entfallen bei einer Online-Sprechstunde gänzlich, was vor allem in ländlichen Gegenden ein beträchtlicher Faktor sein kann. Wartezeiten können ebenfalls reduziert werden. Eltern können Fehlzeiten im Büro vermeiden, Kinder beziehungsweise jugendliche Fehlzeiten in der Schule oder am Ausbildungsort. Außerdem bleibt Kindern und ihren Eltern die Stresssituation, die ein Arztbesuch gegebenenfalls für sie darstellt, erspart.

In Hinblick auf die Behandlung selbst kann bei chronisch kranken Patienten eine Verbesserung erzielt werden, weil der betreuende Arzt „näher“ am Patienten ist. Er kann den Krankheitsverlauf kontinuierlich mitverfolgen und schneller auf Fehlentwicklungen reagieren. Auch die Arzt-Patienten-Bindung wird so gestärkt.

Dadurch, dass Patienten zunehmend auch digital betreut werden, bleibt niedergelassenen Pädiatern mehr Zeit, komplexere Fälle oder schwerere Erkrankungen persönlich zu betreuen. Der einzelne Arzt kann seine zeitlichen Ressourcen effizienter verteilen.

Langfristig wird die pädiatrische Versorgung so auch effizienter gestaltet. Auf Systemebene lassen sich Patientenströme besser steuern, wenn Bagatellerkrankungen vorab über den Videokontakt erkannt werden und so ein Arztbesuch vermieden werden kann. Gibt der Hausarzt mittels Videosprechstunde schnell und unkompliziert Entwarnung, ist es in manchen Fällen sogar möglich, Notfallaufnahmebesuche zu vermeiden. Außerdem können telemedizinische Maßnahmen bereits vorhandene Versorgungsstrukturen – beispielsweise bei der Betreuung chronisch kranker Patienten – sinnvoll ergänzen.

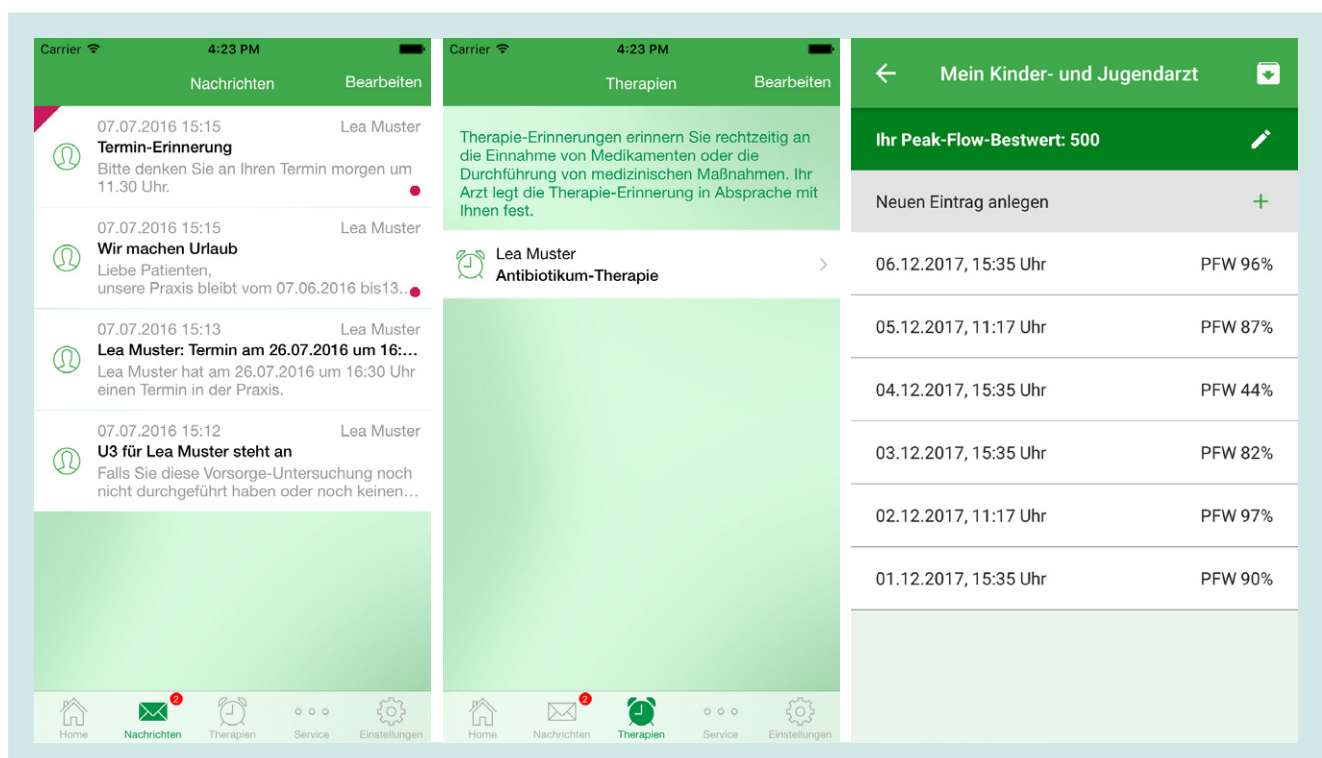
Ein zusätzlicher Mehrwert, der in Zusammenhang mit der PraxisApp entsteht, ist die Erkenntnisgewinnung. Einzelne Module und Funktionen der App werden derzeit im Rahmen eines Pilotprojektes ausgewertet. So lassen sich eventuell Hinweise finden, wie und in welchem Rahmen sich telemedizinische Maßnahmen in Zukunft sinnvoll einsetzen lassen. Dies ist für verschiedene Akteure, von Krankenkassen über Leistungserbringer bis hin zum Patienten selbst, von großem Interesse.

Finanzierung

Pro Monat müssen Einzelpraxen fünf Euro zuzüglich der Mehrwertsteuer für die PraxisApp bezahlen. Gemeinschaftspraxen mit bis zu drei Ärzten bezahlen zehn Euro, mit mehr als drei Ärzten 15 Euro monatlich. Die Videosprechstunde muss zusätzlich gebucht werden.

Abbildung 1 – von links nach rechts: Nachrichteneingang der PraxisApp; automatische Therapieerinnerung; „PädAssist“ Funktion bei Asthma-Patient

Quelle: Monks – Ärzte im Netz GmbH



und kostet pro Monat 2,50 Euro. Voraussetzung für die Nutzung der App ist, dass der Arzt seine Praxis für die Kinder- und Jugendartsuche der Monks – Ärzte im Netz GmbH registriert. Dabei fällt eine monatliche Gebühr von acht Euro für Einzelpraxen, beziehungsweise zwölf Euro für Gemeinschaftspraxen an.

Ärzte bieten die PraxisApp für ihre Patienten als Service- oder Selbstzahlerleistung an. Einzelne Funktionen können mittlerweile auch abgerechnet werden: Krankenkassen können Online-Video-sprechstunden generell bereits seit April 2017 übernehmen, wenn der Arzt einen zertifizierten Videodienstanbieter nutzt – wie es beispielsweise im Rahmen der PraxisApp der Fall ist. Seit 01.04.2018 besteht im Rahmen dieser Regelung ein Selektivvertrag nach 140 ff SGBV zwischen dem BKJV und der Barmer GEK, sodass es möglich ist, „PädHome“ für Asthma- und Rheuma-Patienten mit der Kasse abzurechnen. Der Selektivvertrag mit der Barmer GEK beinhaltet außerdem die „PädAssist“ Funktion für Rheuma-Patienten.

Die Abrechnung von Online-Videosprechstunden erfolgt nur, wenn der Patient in den vorangegangenen zwei Quartalen mindestens einmal persönlich in der Praxis war und die Verlaufskontrolle durch dieselbe Praxis erfolgt wie die Erstbegutachtung. Außerdem kann in bestimmten Fällen ein persönlicher Kontakt bei einer von der Kasse übernommenen Behandlung durch einen Videokontakt ersetzt werden.

Management

Die Projektidee stammt von Sean Monks, Geschäftsführer der Monks – Ärzte im Netz GmbH, die die PraxisApp entwickelt hat und anbietet. Weitere Projektpartner sind der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V. (BVKJ) und das PaedNetz Bayern e. V., der größte bayerische Praxisnetz-Verbund für Kinder- und Jugendärzte. Gemeinsam arbeiten die Partner auf eine flächendeckende Verbreitung der App hin. Im Auftrag des BVKJ betreibt die Monks – Ärzte im Netz GmbH auch die Patientenplattform www.kinderaerzte-im-netz.de. Über die Seite können Patienten beziehungsweise deren Eltern gezielt nach Pädiatern suchen, die die PraxisApp anbieten. Die Anmeldung zur App ist für Ärzte beziehungsweise Praxen niederschwellig verfügbar. Teilnehmenden Ärzten werden Werbematerialien wie Flyer zur Verfügung gestellt, um Patienten beziehungsweise deren Eltern auf das Angebot der PraxisApp hinzuweisen. Auch die Zeitschrift „Kinder- und Jugendarzt“ des BVKJ veröffentlicht regelmäßig Informationen zur PraxisApp.

Evaluation

Die App wird bundesweit von rund 800 niedergelassenen Pädiatern angeboten. Mehr als 190.000 Patienten beziehungsweise deren

Abbildung 2 – Darstellung im telemedizinischen Konsil „PädExpert“: Importierte Patientendaten zum Krankheitsverlauf bei Asthma

Quelle: Monks – Ärzte im Netz GmbH



Eltern haben sich die App bereits heruntergeladen. Derzeit wird die PraxisApp hauptsächlich genutzt, um Patienten an Termine zu erinnern. Sie entwickelt sich aber nach und nach von einer reinen Dienstleistungs-App hin zu einer medizinischen App.

Eine externe Evaluation der PraxisApp hat es bislang nicht gegeben. Im Rahmen eines Pilotprojektes soll jetzt die Videosprechstunde „PädHome“ evaluiert werden. Das Projekt findet in Zusammenarbeit mit dem Bayerischen Gesundheitsministerium statt. Man will herausfinden, ob Bagatellerkrankungen durch einen rein digitalen Kontakt erkannt werden können und man Arztbesuchen in diesen Fällen vorbeugen kann. Bei dem Projekt werden die drei häufigsten Gründe für einen Besuch beim Kinder- und Jugendarzt betrachtet: Husten, Fieber und akute Hautveränderungen. Es sollen mindestens 100 Pädiater aus ganz Bayern teilnehmen.

Im Rahmen des bundesweit bestehenden Selektivvertrages mit der Barmer GEK werden ebenfalls medizinische Ergebnisse erfasst und ausgewertet. Man will so herausfinden, ob und für welche Indikationen der Einsatz einer App bei chronischen Erkrankungen sinnvoll ist.

In einer Umfrage gaben teilnehmende Ärzte an, dass besonders die einfache Handhabung von Termin- und Therapieerinnerungen die Kommunikation mit Patienten einfacher macht. In einigen Fällen wurde angegeben, dass die PraxisApp inzwischen das zentrale Kommunikationsmittel ist und zunehmend weniger Telefonkontakte stattfinden.

Nächste Schritte

Die PraxisApp soll weiterentwickelt und ergänzt werden. Sie wird so zu einer umfassenden medizinischen Versorgungs-App. Die Ergebnisse der oben beschriebenen Evaluationsprojekte sollen hierbei richtungsweisend sein. Die Erkenntnisse sollen auch dabei helfen, ähnliche Apps für andere Fachrichtungen weiter zu verbessern.

„PädAssist“ soll für neue Patientengruppen nutzbar werden. Auch für Zöliakie-Patienten oder Personen mit einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) soll in Zukunft der Krankheitsverlauf digital nachzuverfolgen sein. Auch soll es Kopf- und Bauchschmerztagebücher geben und die Möglichkeit für Eltern, das Schlaf- und Ernährungsverhalten ihrer Babys festzuhalten.

Eventuell sollen Entscheidungshilfen wie eine Bildanalyse-Software integriert werden. So könnten zukünftig beispielsweise Hautveränderungen automatisch beurteilt werden und den Arzt in seiner Entscheidungsfindung unterstützen.

Ansprechpartner

Dipl.-Biol. Sean Monks CEO

Monks Ärzte-im-Netz GmbH
Tegernseer Landstr. 138
81539 München
Telefon: 089 - 642 482 16
E-Mail: s.monks@monks.de
www.monks-aerzte-im-netz.de

Dr. med. Wolfgang Landendorfer

2. Vorsitzender
PaedNetz Bayern e. V.
Ostendstraße 229-231
90482 Nürnberg
Telefon: 0911 - 541 626
E-Mail: wolfgang.landendorfer@
uminfo.de
www.paednetz.de

Dr. med. Martin Lang

Landesverbandsvorsitzender
BVKJ Bayern, Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e. V.
Bahnhofstr. 4 / Königsplatz
86150 Augsburg
Telefon: 0821- 383 83
E-Mail: dr.lang@jugendmedizin.de
bayern.bvkj.de

Literatur

Eßer, K. J. (2018). Aktuelle Herausforderungen für die ambulante pädiatrische Versorgung in Deutschland. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 166(2), 104-107. // Etgeton, St. (2015). Ärztedichte. *Neue Bedarfsplanung geht am Bedarf vorbei. SPOTLIGHT GESUNDHEIT 03* (Hrsg.: Bertelsmann Stiftung) // https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSf/Publikationen/GrauePublikationen/Spotlight_Gesundheit_Thema_Aerztedichte_03-2015.pdf // Fischbach, T., Fehr, F., & Fegeler, U. (2018). Flächendeckende ambulante pädiatrische Versorgung in Deutschland. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 166(2), 108-115. // Statistisches Bundesamt (Destatis) (2018). Lebendgeborene Deutschland. <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/Indikatoren/LangeReihen/Bevoelkerung/Irbev04.html>. Zugriffen: 12.06.2018 // Zepp, F., & Krägeloh-Mann, I. (2018). Perspektiven der ambulanten pädiatrischen Versorgung. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 166(2), 101-103.



Versorgungssituation von Erwachsenen mit angeborenen Herzfehlern durch Allgemeinärzte, Hausärzte oder Allgemein-Internisten

VEMAH

Autoren: Rhoia Neidenbach, Linda Sanftenberg und Jörg Schelling



Dr. Rhoia Neidenbach

VEmaH-Studienleitung und Koordination
Deutsches Herzzentrum München



Hier geht
es zum Video.

Management Summary

Das Projekt VEmaH zielt auf eine Verbesserung der Versorgung von Erwachsenen mit angeborenen Herzfehlern ab. Dabei erfolgt zunächst eine wissenschaftliche Untersuchung des Ist-Zustands hinsichtlich der Versorgungssituation der betroffenen Patienten. Basierend auf den Studienerkenntnissen erfolgen dann Vorschläge, die beitragen sollen, die Versorgung der genannten Patientengruppe zu optimieren und ernsthaften Komplikationen vorzubeugen.

Im Rahmen des VEmaH-Projekts werden einerseits Patienten mit angeborenen Herzfehlern, andererseits deren primärversorgende Ärzte befragt, um die Versorgungssituation von Erwachsenen mit angeborenem Herzfehler zu erfassen. Um das Bewusstsein (Awareness) für den angeborenen Herzfehler bei den betroffenen Patienten, den Angehörigen, den primär betreuenden Ärzten (vorwiegend Allgemeinärzte und Hausärzte) sowie der Allgemeinbevölkerung zu stärken, sind Kampagnen geplant, die Aufklärung über das Krankheitsbild leisten sollen. In diesem Rahmen werden spezifische Fort- und Weiterbildungsangebote entwickelt, die sich an Patienten und ärztlichen Primärversorger, aber auch an internistische Kardiologen richten und eine angemessenere und kompetentere Beratung der betroffenen Patienten ermöglichen sollen.

Initiiert wurde VEmaH im Jahre 2016 durch die Klinik für Kinderkardiologie und Erwachsene mit angeborenen Herzfehlern des Deutschen Herzzentrums München, das ebenfalls für die Koordination

zuständig ist. Die Finanzierung wurde dabei initial durch eine nicht zweckgebundene Zuwendung der Actelion Pharmaceuticals Deutschland GmbH und darüber hinaus durch das Deutsche Herzzentrum München sowie die Deutsche Herzstiftung ermöglicht. Die Infrastruktur für VEmaH wurde durch das Deutsche Herzzentrum München zur Verfügung gestellt.

Versorgungsherausforderung

Der angeborene Herzfehler ist die häufigste isolierte Organfehlbildung. Weltweit werden jährlich 1,5 Millionen Kinder mit einer derartigen Erkrankung geboren (Hofmann, 2013). Die Überlebenschancen haben sich in den letzten Jahren dank des medizinischtechnischen Fortschritts stark verbessert. So erreichen mittlerweile mehr als 90 Prozent aller betroffenen Patienten das Erwachsenenalter (Meinertz et al., 2018). In Deutschland leben aktuell ca. 300.000 Erwachsene mit angeborenem Herzfehler (EmaH). Damit gibt es mittlerweile deutlich mehr Erwachsene als Kinder und Jugendliche mit einer derartigen Erkrankung (Neidenbach et al., 2017). Eine genaue Anzahl der betroffenen Patienten ist jedoch nicht bekannt, da bisher weltweit keine umfassenden Register zur Erfassung angeborener Herzfehler geführt werden. Trotz der fortschrittlichen medizinischen Behandlung (Operationen, Kathetereingriffe) bleiben auch nach anfänglich erfolgreicher Behandlung, die meist erst das Überleben der Kinder sicherstellt, häufig anatomische und funktionelle Rest- und Folgezustände. Die Mehrzahl der Patienten ist chronisch herzkrank.



Dies wirkt sich negativ auf die Lebensqualität, die Leistungs- sowie die Arbeitsfähigkeit aus. Außerdem kommt es bei den Betroffenen zu einer hohen Anzahl an Krankenhauseinweisungen, die sich aus den auftretenden Komplikationen und Folgeerkrankungen ergeben (siehe Tabelle 1) (Neidenbach et al., 2017).

Patienten mit einem angeborenem Herzfehler haben besondere Versorgungsbedürfnisse, denn häufig geht ihr Beratungsbedarf über rein medizinische Fragestellungen hinaus. Oftmals haben die Betroffenen Fragen zu Berufswahl, Alterssicherung, Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit oder Schwangerschaft (siehe Abbildung 1).

Eine kontinuierliche Nachsorge durch spezialisierte Ärzte, die sich speziell mit der Versorgung von EmaH auskennen, ist von grundlegender Bedeutung, da sich deren Management häufig von dem bei erworbenen Herzerkrankungen unterscheidet. Um eine angemessene Versorgung leisten zu können, müssen diese Spezialisten eng mit den Primärversorgern (Allgemeinärzten, Hausärzten und Internisten) zusammenarbeiten. In vielen Fällen kennen Letztere die Problematiken angeborener Herzfehler nicht ausreichend und wissen zu wenig über die notwendigen Diagnostik und Behandlung dieser Patientengruppe.

Zur adäquaten Versorgung der Patienten mit angeborenem Herzfehler existieren in Deutschland flächendeckend zertifizierte Institutionen und Praxen, die durch EmaH-zertifizierte Kardiologen und/oder Kinderkardiologen geführt werden. Momentan gibt es in Deutschland

- 17 überregionale EmaH-Zentren
- drei EmaH-Schwerpunktkliniken
- sieben EmaH-Schwerpunktpraxen
- mehr als 320 Kardiologen oder Kinderkardiologen mit einer EmaH-Zusatzqualifikation (Stand: April 2018).

Inwiefern die Versorgung der Patienten erfolgreich ist, ist nicht eindeutig geklärt. So ist die genaue Anzahl der Erwachsenen mit angeborenem Herzfehler, die sich durch einen entsprechenden Spezialisten betreuen lassen, nicht bekannt. Die Analyse der Leistungszahlen der EmaH-spezialisierten Zentren zeigt jedoch, dass sich aktuell die Mehrheit der Betroffenen nicht in einer EmaH-zertifizierten Betreuung befindet (Meinertz et al., 2017). Schätzungen zufolge sind das mindestens 200.000 Betroffene, die nicht adäquat versorgt werden – es besteht somit eine Unterversorgung. Dies bestätigen ebenfalls die klinischen Erfahrungen der Spezialzentren. Eine Unterversorgung zieht negative Konsequenzen nach sich, da sie die Mortalität und die Krankheitslast in der Patientengruppe erhöhen kann.

Tabelle 1 – Komplikationen und Folgeerkrankungen

Quelle: Eigene Darstellung.

Komplikationen und Folgeerkrankungen bei angeborenem Herzfehler
Herzinsuffizienz
Herzrhythmusstörungen
plötzlicher Herztod
Lungenhochdruck bei pulmonalvaskulärer Erkrankung
infektiöse Entzündung der Herzinnenhaut/Herzklappen
zusätzlich erworbene Herzerkrankung (koronare Herzkrankheit, Klappenvitien)
neurologische Komplikationen
psychische und intellektuelle Einschränkungen
diverse Funktionsstörungen (u. a. Niere, Leber, Blutbild, Blutgerinnung)

Abbildung 1 – Beratungsbedürftige Themen bei Erwachsenen mit angeborenem Herzfehler

Quelle: Eigene Darstellung.



Um die Versorgung von Erwachsenen mit angeborenem Herzfehler optimieren zu können, muss zunächst der Ist-Zustand erfasst werden. Dabei sollte die aktuelle Versorgungssituation sowohl aus Sicht der betroffenen Patienten als auch aus der Perspektive der Primärversorger erfasst werden. Nur wenn das Problem klar erkannt ist, lässt sich das Bewusstsein für die EmaH-Problematik bei den Betroffenen, den Angehörigen, in der Allgemeinbevölkerung sowie bei den primärversorgenden Ärzten erhöhen.

Entstehungsgeschichte

Wie erwähnt, ist in den letzten Jahrzehnten – insbesondere durch die Möglichkeiten der modernen Herzchirurgie – die Zahl der Kinder, die mit einem angeborenem Herzfehler (AHF) ins Erwachsenenalter kommen, dramatisch gestiegen.

Aus diesem Grund wurden in Deutschland Ende der 1980er Jahre erste fächerübergreifende Schwerpunkte zur Behandlung von EmaH gegründet, in denen Kinderkardiologen, internistische Kardiologen und Kardiochirurgen fachbezogen besonders eng zusammenarbeiteten. Dies wurde erforderlich, da viele Patienten beim Übergang vom Kindesalter ins Erwachsenenalter in ein „Versorgungsloch“ fielen. Viele von ihnen konnten nicht mehr von Kinderkardiologen betreut werden, sondern mussten zu internistischen Kardiologen wechseln, die sich

aber zumeist mit diesen Krankheitsbildern nicht genug auskannten. Die Behandlung von AHF ist traditionsgemäß ein Schwerpunkt des Deutschen Herzzentrums München. Seit 1998 wurde dieser Spezialbereich „EmaH“ unter Leitung von Prof. Kaemmerer mit besonderer Intensität und Expertise zu einer der weltweit größten Institutionen zur Behandlung von EmaH ausgebaut. Die VEmah-Studie wurde initiiert, da ihm im Rahmen seiner klinischen Tätigkeit und im Gedankenaustausch mit Zuweisern im In- und Ausland erhebliche Versorgungsdefizite auffielen. Bereits 2014 wurde das Institut für Allgemeinmedizin (unter der kommissarischen Leitung von Prof. Schelling) in den Entwicklungsprozess einbezogen. Diese Studie dokumentiert erstmals die „real-life“-Situation der EmaH-Versorgung in Deutschland mit Zahlen und liefert die Grundlage für eine Verbesserung der Patientenversorgung.

Kernelemente

Zielgruppe

Die VemaH-Studie ist auf die Patientengruppe der Erwachsenen mit angeborenem Herzfehler und deren Angehörige zugeschnitten. Das Projekt richtet sich zudem an alle an der Versorgung dieser Patienten beteiligten Akteure wie die primärversorgenden Ärzte (praktische Ärzte, Ärzte für Allgemeinmedizin und Allgemein-Internisten) und Fachärzte anderer Disziplinen (z. B. Geburtshelfer, Genetiker, Kliniker anderer Fachbereiche).

Abbildung 2 – Maßnahmen im Rahmen von VEmah

Quelle: Eigene Darstellung.

Präsentation des Themas auf Fort- und Weiterbildungen der Ärzte
Präsentation des Themas auf wissenschaftlichen Kongressen
Verfassen klinischer und wissenschaftlicher Publikationen
Literatur-Services für Ärzte und Patienten, die an der Befragung teilnehmen
Erstellung von Fortbildungs- und Informationsmaterial für Ärzte und Patienten
Ausweitung der nationalen und internationalen Kooperation auf EmaH-Gebiet
Kooperation mit Patientenorganisationen und EmaH-Einrichtungen im benachbarten Ausland
Angebot von Weiterbildungsmaßnahmen im Rahmen von Hospitationen am Deutschen Herzzentrum München
Ausbildung weiterer Kardiologen/Kinderkardiologen zu EmaH-Spezialisten durch das Deutsche Herzzentrum München

Versorgungskonzept

Ziel ist die Verbesserung der Versorgungssituation von Erwachsenen mit angeborenem Herzfehler. Das bundesweite Projekt zielt darauf ab, das Bewusstsein (Awareness) für die VEmaH zu steigern und die betroffenen Patienten sowie deren Angehörige über EmaH-spezifische Fragen und Probleme adäquat aufzuklären. Ebenso sollen Fort- und Weiterbildungen zu EmaH-spezifischen Fragen und Problemen angeboten werden, an denen primärversorgende Ärzte, EmaH-zertifizierte und nicht-zertifizierte Kardiologen sowie Ärzte anderer Fachdisziplinen teilnehmen können.

In einem ersten Schritt soll die aktuelle Versorgungssituation genau erfasst werden. Dabei werden sowohl die ärztlichen Primärversorger als auch die betroffenen Patienten miteinbezogen. Im Rahmen einer deutschlandweiten postalischen und telefonischen Befragung von Hausärzten, praktischen Ärzten, Ärzten für Allgemeinmedizin und Allgemein-Internisten wurden Daten erhoben. Hierbei wurde auch die jeweilige Bevölkerungsdichte berücksichtigt, um hinterher abbilden zu können, ob die Versorgungsqualität beispielsweise in dünner besiedelten Gebieten schlechter ist. Ebenso wurden betroffene Patienten mittels Fragebogen in ganz Deutschland zu ihrer Sicht der Versorgungssituation befragt. Auch hier wurden die Daten unter Berücksichtigung der Bevölkerungsdichte erfasst.

Neben der Erfassung der Versorgungssituation wurden Maßnahmen zur Schaffung von Awareness ergriffen, die die Versorgungssituation verbessern sollen (siehe Abbildung 2). Die durchgeführten Maßnahmen erfolgten dabei auf Basis der Ergebnisse der Datenerhebung.

Die betroffenen Patienten werden durch Seminare und Aufklärungsschriften (zum Beispiel: „Herz heute“ der Deutschen Herzstiftung) besser an die Problematik herangeführt. Unter anderem werden spezifische Kenntnisse über die eigene Krankheit vermittelt, die insbesondere für die Langzeitbetreuung relevant sind. Dies erfolgt zum Beispiel im Rahmen von patientenorientierten Informationsveranstaltungen zu Themen wie Krankheitsprävention, Belastung und Belastbarkeit, Bewegung und Sport, Ernährung, Atemtraining, Versicherungsfragen, Schwangerschaft oder Vererbung.

Mehrwert und Patientenorientierung

VEmaH dient der langfristigen Senkung der Krankheitslast und Sterberate. Gesundheitskompetenzen werden gestärkt und der Patient kann als informierter Partner auf Augenhöhe mit seinen Ärzten kommunizieren. Unter anderem wird den Patienten ein ausreichendes Bewusstsein für die Verfügbarkeit adäquater Versorgungsangebote vermittelt. Besonders Personen im fortgeschrittenen Alter und diejenigen, bei denen bereits Folgekrankheiten und Komplikationen aufgetreten sind, profitieren von einer konsequenten, krankheits-spezifischen Betreuung. Für die Betroffenen ergibt sich durch VEmaH zusätzlich eine verbesserte Beratungssituation, die über rein medizinische Fragestellungen hinausgeht (siehe Abbildung 1).

Durch eine adäquate, qualitativ hochwertige Versorgung können unnötige Begleiterkrankungen vermieden und gegebenenfalls besser behandelt werden. Die Lebensqualität der Patienten kann bestmöglich erhalten werden. Zusätzlich fallen weniger Therapien durch verschiedene Fachärzte an. Das heißt, dass ohnehin knappe Ressourcen im Gesundheitssystem geschont werden. Außerdem kommt es durch die verbesserte Versorgung zu weniger Ausfällen durch Arbeitsunfähigkeit. Neben dem gesundheitlichen Mehrwert für den Patienten ergibt sich also ebenfalls ein wirtschaftlicher Mehrwert für Patient, Gesundheitssystem und die Gesellschaft im Ganzen.

Darüber hinaus können gut informierte Ärzte dank einer besseren Aufklärung und Betreuung eine bessere Behandlung gewährleisten. Die Arbeit wird somit ebenfalls aus ärztlicher Sicht erleichtert.

Das VEmaH-Projekt bietet genauso einen Nutzen für die Behörden, Verbände und Wissenschaft, indem es sie in ihrem gesetzlichen Auftrag unterstützt: Die zertifizierten Zentren können – unter strenger Berücksichtigung der aktuellen Datenschutzvorgaben – wichtige Behandlungsdaten ihrer Patienten nach deren Zustimmung erheben, speichern und adäquat verarbeiten. So können bisher nicht zugängliche epidemiologische Daten genutzt werden. Durch die Überwachung der erhobenen Daten können spezifische Bedürfnisse der Patientengruppe besser identifiziert und passende Angebote entwickelt und implementiert werden. Die EmaH-Zentren dienen als optionale Multiplikatoren von Aktionen und Botschaften.

Die Finanzierung wurde dabei initial durch die Actelion Pharmaceuticals Deutschland GmbH ermöglicht.

Tabelle 2 – Noch zu erforschende EmaH-Themen

Quelle: Eigene Darstellung.

Zukünftig zu untersuchende Themen bei EmaH
Krankheitsprävention
Prophylaxe und Management bei Begleiterkrankungen
Nierenerkrankungen
Detektion lebensbedrohlicher Herzrhythmusstörungen im Vorhof- oder Kammerbereich des Herzens
Bedeutung von implantierbaren Miniatur-EKG-Geräten zur Beurteilung von lebensbedrohlichen Herzrhythmusstörungen
prospektive Erkennung des Risikos für Durchblutungsstörungen im Kopfbereich durch den Vorhof betreffende Herzrhythmusstörungen
Eisenstoffwechsel und Ersensubstitution bei Erwachsenen mit Blausucht (Zyanose) bedingt durch angeborene Herzfehler
moderne orale Gerinnungshemmung (nicht Vitamin-K-Antagonisten)

Finanzierung

Die Infrastruktur für VEmaH wurde durch das Deutsche Herzzentrum zur Verfügung gestellt. Mitarbeiterkosten im Rahmen des Projekts werden durch das Deutsche Herzzentrum, initial durch eine nicht zweckgebundene Zuwendung der Actelion Pharmaceuticals Deutschland GmbH und darüber hinaus durch die Deutsche Herzstiftung getragen.

Management

Die Klinik für Kinderkardiologie und angeborene Herzfehler des Deutschen Herzzentrums München leitet das Projekt.

Prof. Dr. Jörg Schelling (Gemeinschaftspraxis Martinsried) stellt den Kontakt zu den niedergelassenen Haus- und Allgemeinärzten her und wirkt gemeinsam mit Dr. Linda Sanftenberg (Institut für Allgemeinmedizin) unterstützend bei der Veröffentlichung von wissenschaftlichen Beiträgen auf Kongressen und in Journalen. Die epidemiologische Auswertung und Biometrie werden durch das Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie der Technischen Universität Dresden durchgeführt. Eine unterstützende statistische Beratung erfolgt dabei durch das Institut für Informationsverarbeitung, Biometrie und Epidemiologie (IBE) der LMU München. Die Patientenrekrutierung wird durch die Universitätsklinik Erlangen, den Lehrstuhl für Präventive Pädiatrie der TUM sowie diverse Patientenorganisationen unterstützt.

Die AOK-Bayern sowie das Kompetenznetz angeborene Herzfehler mit dem Nationalen Register sind als Kooperationspartner in der Datenerhebung aktiv.

Evaluation

Da noch nicht alle Projektmaßnahmen ausgeführt wurden, gibt es noch keine Gesamtauswertung. Bislang wurde vor allem daran gearbeitet, den Status Quo der Versorgungssituation zu erfassen. Insgesamt liegen 3.189 Datensätze von 682 Ärzten und 2.507 Patienten vor (Stand: 08. Juli 2018). Die Zahl steigt kontinuierlich weiter. Die Befragung erfolgte dabei per Fragebogen oder im Bedarfsfall telefonisch. Im Rahmen der Auswertung der Daten ergaben sich auf Seite der ärztlichen Primärversorger eine erhebliche Versorgungsprobleme, die zusammengefasst in einer eindeutigen Patientenunterversorgung münden.

Die Bedeutung der Problematik des angeborenen Herzfehlers bei Erwachsenen wird erkannt und unterschätzt. Die verantwortlichen Ärzte sind laut den Umfrageergebnissen nicht ausreichend über die bislang bestehenden Versorgungsstrukturen, beziehungsweise die Verfügbarkeit von EmaH-spezialisierten Einrichtungen informiert. Obwohl es in Deutschland eine ausreichende Anzahl an derartigen

Zentren gibt, werden diese Angebote nur unzureichend wahrgenommen und genutzt. Auch zeigte die Befragung der Ärzte eine unzureichende Bereitschaft, sich der EmaH-Problematik zu widmen und sie anzunehmen.

Insgesamt wurde auch die Tragweite der unzureichenden EmaH-Nachsorge durch die primärversorgenden Ärzte unterschätzt. Häufig behandeln sie diese EmaH-Patienten wie Patienten, die mit Herzinsuffizienz, Herzrhythmusstörungen, Lungenhochdruck bei erworbenen Herzerkrankungen vorstellig werden, obwohl sich die Versorgungsanforderungen in diesen Fällen teilweise deutlich von dem Management einer angeborenen Herzerkrankung unterscheidet (Neidenbach et al., 2017a).

Auch die Betroffenen selbst verkennen und unterschätzen die Tragweite einer unzureichenden EmaH-Nachsorge. Liegt ein angeborener Herzfehler vor, trägt momentan immer noch hauptsächlich der Allgemeinarzt oder der Hausarzt die Verantwortung, Hilfe bei jeglichen Problemen bereitzustellen und eine angemessene Behandlung zu garantieren. Die Patienten sind oft auch unzureichend über die Verfügbarkeit von spezialisierten Zentren und Spezialisten informiert und nutzen diese dementsprechend selten (Helm et al., 2017). Des Weiteren zeigte sich, dass der Bedarf an einer konsequenten, auf angeborene Herzfehler spezialisierten Behandlung mit zunehmendem Alter und der steigenden Anzahl an Begleit- und Folgeerkrankungen zunimmt. Dies betrifft insbesondere die Problemkomplexe wie Herzinsuffizienz, Herzrhythmusstörungen, Lungenhochdruck oder erworbene, nicht-kardiale Komorbiditäten (Hauser et al., 2017). Es besteht außerdem ein deutlicher Beratungsbedarf, der über medizinische Fragestellungen hinausgeht (Nagdyman et al., 2016). Die Analyse ergab zudem, dass das Thema Krankheitsprävention durch die Patienten weitestgehend vernachlässigt wird.

Die Evaluationsergebnisse zeigen, dass sich die Versorgungssituation dringend verbessern muss, um allen betroffenen Patienten dauerhaft eine adäquate Nachsorge und Behandlung gewährleisten zu können, die den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen entspricht. Es lassen sich daraus konkrete Handlungsempfehlungen ziehen, um die durch angeborene Herzfehler bedingte Krankheitsentstehung und Sterberate zu senken:

- Zum einen sollten Patienten und ärztliche Primärversorger das Bewusstsein für die Problematik schärfen und die Awareness für EmaH in der Allgemeinbevölkerung verbessert werden.
- Zum anderen sollten EmaH-spezialisierte Zentren und Experten sichtbarer für alle Betroffenen werden und ihre Zusammenarbeit mit den Primärversorgern verbessern.
- Es müssen Konzepte im Bereich der Krankheitsprävention geschaffen werden, die gravierende Zusatzerkrankungen mildern oder vermeiden helfen.



Nächste Schritte

Ab Mitte 2018 soll sich der Fokus des Projekts auf das Gesundheitsverhalten der Betroffenen gerichtet werden, beginnend bei Jugendlichen (15-24 Jahre) und jungen Erwachsenen (bis 35 Jahre) mit angeborenem Herzfehlern, wobei den besonderen Bedürfnissen der jeweiligen Altersgruppen Beachtung geschenkt werden muss. Die dabei erhobenen Daten dienen als Grundlage für die Etablierung von präventivmedizinischen Maßnahmen zur Verbesserung des Gesundheitsbewusstseins sowie der Vermeidung von Gesundheitsrisiken bei angeborenem Herzfehler.

Zudem sind weitere Datenanalysen geplant, die sich beispielsweise mit Geschlechtsunterschieden in der Versorgung von EmaH-Patienten beschäftigen. Außerdem soll untersucht werden, inwieweit genetisch bedingte und hereditäre Erkrankungen zusammenhängen. Darüber hinaus soll die Versorgung von EmaH mit Begleiterkrankungen (z. B. Herzrhythmusstörungen, Aortenerkrankungen, genetische Belastung) erforscht werden.

Die laufende Studie soll über die Arbeitsgruppenmitglieder hinaus ausgeweitet werden. Dabei sollen EmaH-spezialisierte Zentren, zertifizierte EmaH-Kardiologen und Kinderkardiologen die Studie aktiv unterstützen.

Auch sollen Patientenseminare angeboten werden um krankheitsspezifische Kenntnisse zu vermitteln, die für eine Langzeitbetreuung relevant sind. Ebenfalls sollen weitere Projekte durchgeführt werden, die sich auf Erwachsenen mit angeborenem Herzfehler konzentrieren (siehe Tabelle 2).

Basierend auf den präliminären Studiendaten wurde inzwischen in Kooperation mit der Deutschen Herzstiftung eine bundesweite EmaH-Kampagne gestartet, die zum einen auf die Aufklärung von Betroffenen, Angehörigen und der Bevölkerung abzielt und sich zum anderen auf Fort- und Weiterbildungen von primärversorgenden Ärzten und Kardiologen zu EmaH-spezifischen Fragen fokussiert.

Endziel der verbesserten EmaH-Versorgung ist eine auf den VEmaH-Daten basierende Verbesserung der Lebensqualität sowie die Senkung von Morbidität und Mortalität bei Patienten mit angeborenen Herzfehlern.

Ansprechpartner

Dr. rer. nat. Linda Sanftenberg

Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Institut für Allgemeinmedizin,
Klinikum der Universität München
Pettenkoferstr. 10, 80336 München
Telefon: 089 - 440 053 388
E-Mail: linda.sanftenberg@
med.uni-muenchen.de
www.allgemeinmedizin.
med.uni-muenchen.de

Prof. Dr. med. Jörg Schelling

Leitender Arzt, Facharzt für Innere
und Allgemeinmedizin
Hausärztliche Gemeinschaftspraxis
Martinsried
Planeggerstraße 5, 82152 München
Telefon: 089 - 857 551 1
www.gemeinschaftspraxis-
martinsried.de

Dr. phil. Rhoa Neidenbach

Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Deutsches Herzzentrum München,
Klinik an der TUM
Lazarettstraße 36, 80636 München
Telefon: 089 - 121 830 11
E-Mail: neidenbach@dhm.mhn.de
www.dhm.mhn.de

Prof. Dr. Dr. Harald Kaemmerer

Leitender Arzt, Ambulanz für
Erwachsene mit angeborenen
Herzfehlern
Deutsches Herzzentrum München,
Klinik an der TUM
Lazarettstraße 36, 80636 München
Telefon: 089 - 121 830 11
E-Mail: neidenbach@dhm.mhn.de
www.dhm.mhn.de

Literatur

Hoffman, J. I. (2013). The global burden of congenital heart disease. *Cardiovascular journal of Africa*, 24(4): 141-145. // Meinertz, T., Hamm, C., Schlensak, C., Fleck, E., Cremer, J., Stiller, B., ... & Kelm, M. (2018). Deutscher Herzbericht 2017: 29. Bericht/Sektorenübergreifende Versorgungsanalyse zur Kardiologie, Herzchirurgie und Kinderherzmedizin in Deutschland. Deutsche Herzstiftung. // Neidenbach, R., Schelling, J., Pieper, L., Sanftenberg, L., Oberhoffer, R., de Haan, F., ... & von Kodolitsch, Y. (2017). Sind Erwachsene mit angeborenen Herzfehlern ausreichend versorgt? Do adults with congenital heart disease receive adequate treatment?. *Zeitschrift für Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie*, 31(4): 228-240. // Neidenbach, R., Pieper, L., Schelling, J., Sanftenberg, L., Oberhoffer, R., Nagdyman, N., ... & Kaemmerer, H. (2017a). Klärung der Versorgungssituation von Erwachsenen mit angeborenen Herzfehlern (EMAH) aus der Sicht der Patienten. *The Thoracic and Cardiovascular Surgeon*, 65(S 02): ePP74. // Neidenbach, R., Nagdyman, N., Oberhoffer, R., & Kaemmerer, H. (2017b). Angeborene Herzfehler im Langzeitverlauf. *Pädiatrie*, 29(6), 28-33. // Helm, P. C., Kaemmerer, H., Breithardt, G., Sticker, E. J., Keuchen, R., Neidenbach, R., ... & Bauer, U. M. (2017). Transition in Patients with congenital heart Disease in germany: results of a nationwide Patient survey. *Frontiers in pediatrics*, 5: 115. // Hauser, M., Lummert, E., Braun, S. L., Vigl, M., Engelhardt, A., Pujol, C., ... & Kaemmerer, H. (2017). Nichtkardiale Komorbiditäten bei erwachsenen Patienten mit angeborenen Herzfehlern. *Zeitschrift für Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie*, 31(2): 130-137. // Nagdyman N, Huntgeburth M, Hager A, Neidenbach R, Ewert P, et al. (2016). Belastungen bei Erwachsenen mit angeborenen Herzfehlern (EMAH): Sport, Beruf, Familienplanung und Schwangerschaft. *Herzmedizin* 05: 16-26





**WEITERE
INNOVATIVE
VERSORGUNGS-
PROJEKTE**

- 112 — Achtsamkeits- und Mitgeföhlsoorientiertes Resilienztraining
RAMSES-II
- 114 — andersnormal. Psychische Gesundheit im Dialog im Landkreis
Konstanz
- 116 — Anwendung für ein Digital unterstütztes Arzneimittel-
therapie- und Versorgungsmanagement – AdAM
- 118 — Bewusst Leben und Gesund Arbeiten
- 120 — BIGmedcoach
- 122 — Das Adipositas-Modell-Wittekindshof für Menschen mit
Intelligenzminderungen
- 124 — Demenz Partner
- 126 — Demenzsensibles Krankenhaus
- 128 — Die Präventionsberater
- 130 — Digital unterstützte ärztliche Pflegeheimversorgung
- 132 — Digitale Rezeptsammelstelle mit Kommunikationsfunktion
- 134 — Entscheidungsunterstützung und Prozessqualität bei der
Früherkennung des Prostatakarzinoms
- 136 — Essen macht's klar
- 138 — Flutees
- 140 — Genexpressionsdiagnostik bei Brustkrebs
- 142 — Gesundheitsgruppe des Vereins Projekt Ankommen e. V.
- 144 — GNEF – Demenzprojekt
- 146 — INELDA
- 148 — InformHWI
- 150 — Intelligente Schuheinlage für Patienten mit diabetischer
Neuropathie
- 152 — Jugenduntersuchung (J1) – „Freunde fürs Leben“
- 154 — J1-Kampagne: „Every hero needs a doctor“
- 156 — Kinder- und Jugendhospiz Balthasar
- 158 — KinderZUKUNFT
- 160 — KiZ@Home
- 162 — Kommunale Gesundheitskonferenz
- 164 — Modellprojekt zur Allgemeinen ambulanten Palliativver-
sorgung im Landkreis St. Wendel
- 166 — Moderne, intersektorale Wundversorgung
- 168 — Multidisziplinäre Arzneimittelversorgung und Arzneimittel-
therapiesicherheit (AMTS) für ältere Mitbürgerinnen und
Mitbürger
- 170 — Münsters Medis-App
- 172 — Netzwerk Demenz Eitorf-Windeck
- 174 — Notfallsprechstunde für Kassenpatienten und benachteiligte
Patientengruppen wie Migranten und Flüchtlinge
- 176 — Pharmakotherapeutisches Notfallmanagement in
Kindereinrichtungen
- 178 — PriMa PEP – Praxis Evaluation durch Patienten
- 180 — Qonsilus Diagnosis
- 182 — Rose-Fröhlich – Praxis für Ernährung mit Kassenzulassung
- 184 — SCiPP
- 186 — SeGel – Seelische Gesundheit leben
- 188 — Sicheres Altern – Prävention und Demographie im Blick
(SAPREMO)
- 190 — SMOOTH
- 192 — solimed ePflegebericht
- 194 — Sozialraumorientiertes Vernetzungsprojekt von Medizin
und Jugendhilfe
- 196 — SPeed
- 198 — Strukturierte Wunddokumentation
- 200 — Tele-Augenkonsil
- 202 — Telemedizinprojekt “eNurse®”
- 204 — TeLiPro
- 206 — TELnet@NRW
- 208 — Triage Rheumatologie
- 210 — Vitatel Notrufsystem – mobil und proaktiv
- 212 — Wenn die Therapie auf die Nerven geht

Ein Resilienztraining für psychisch Erkrankte zur Überbrückung der Wartezeit auf einen ambulanten Therapieplatz

ACHTSAMKEITS- UND MITGEFÜHLSORIENTIERTES RESILIENZTRAINING RAMSES-II

Autorin: Annegret Corsing

Management Summary

Das Resilienztraining RAMSES-II hat zum Ziel, den seelischen Gesundheitszustand von psychisch Erkrankten, die auf einen ambulanten Therapieplatz warten, zu stabilisieren oder sogar zu verbessern. Es soll damit als Übergangslösung nach einem stationären Aufenthalt dienen. Erfahrungsexperten (Peers) begleiten das Trainingsprogramm. Der Schwerpunkt liegt auf dem Erlernen von Achtsamkeit und Mitgefühl, denn RAMSES steht für „Resilienz durch Achtsamkeit und Mitgefühl und Schaffung emotionaler Stabilität“. Bisher wurden drei Gruppen in Berlin durchgeführt, mit insgesamt 30 Teilnehmern. Eine weitere Gruppe startet im September 2018 und ein gemeinnütziges Unternehmen befindet sich in Gründung, um die Basis für weitere Gruppen in ganz Deutschland zu schaffen. Das Projekt entstand im Jahr 2016 und basiert auf den eigenen Erfahrungen der Entwicklerin Annegret Corsing. Es befindet sich aktuell in der Pilotphase in Berlin und wird von zwei deutschen Krankenkassen finanziert. Auch die Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfe Berlin und die Albatros GmbH unterstützten bisher das Projekt.

wenn sich im Rahmen einer stationären Betreuung der Gesundheitszustand stabilisiert hat, kann die „Leere“ zwischen stationärer und ambulanter Therapie einen Rückfall in eine erneute Krise auslösen. Aus diesem Grund zielt RAMSES-II darauf ab, die Versorgungslücke zwischen Klinikaufenthalt und ambulanter Psychotherapie zu schließen. Hierfür setzt es Erfahrungsexperten, also ehemals Betroffene, als Trainer ein. Das Projekt befindet sich mit seinem Ansatz an der Schnittstelle zwischen Selbsthilfe und Prävention. Das Angebot richtet sich an volljährige Personen, die eine psychische Erkrankung haben und auf einen ambulanten Psychotherapieplatz warten. Die Diagnose spielt hierbei keine Rolle, aber eine Grundstabilität (keine akute Krise) muss vorhanden sein. Die Kernelemente des Projektes sind in Abbildung 1 dargestellt.

Bei RAMSES-II handelt es sich um ein wöchentliches Therapieprogramm mit zehn Terminen von jeweils zwei Stunden Dauer. Sechs Wochen nach Ende des Programmes findet ein Nachtreffen statt. Die einzelnen Therapie Module orientieren sich an sieben sogenannten „Resilienz Faktoren“ und sind in Abbildung 2 dargestellt.

Umsetzung

Die Wartezeiten für ambulante Psychotherapieplätze sind häufig sehr lang. Für Betroffene ist das eine große Herausforderung: selbst

Die sieben Resilienz Faktoren werden in den Modulen drei bis neun behandelt. Das Thema des zweiten Moduls begleitet die Gruppe über den gesamten Zeitraum: Jedes Modul beginnt mit einer Achtsamkeitsübung und der Bezug zum achtsamen Selbstmitgefühl wird stets hergestellt. So entsteht die mentale Basis des Programms, die den

Abbildung 1 – Kernelemente des Resilienztrainings RAMSES-II

Quelle: Eigene Darstellung; Icons von Freepik, Pixelperfect verfügbar unter www.flaticon.com.



Teilnehmern hilft, besser mit schwierigen Geföhlen umzugehen. Es schafft so auch die Voraussetzung – eine achtsame und selbst-mitföhlende Haltung – für die Bearbeitung der folgenden Module.

Nächste Schritte

Das Programm ist seit Mai 2018 in die Bereiche Prävention (RAMSES-I) und Versorgung (RAMSES-II) aufgeteilt. Das Kurskonzept Resilienztraining RAMSES-I zur Stressbewältigung wurde von der Zentralen Prüfstelle Prävention geprüft und für drei Jahre zertifiziert. Das Programm RAMSES-II soll langfristig als Teil des Versorgungssystems etabliert werden. Die Vision: Jeder wartende Betroffene mit einem bestätigten Therapieplatz soll eine Gruppe besuchen können und dabei durch die Krankenkasse unterstützt werden.

Ansprechpartner

Annegret Corsing

Initiatorin

die erfahrungsexperten

Gethsemanestr. 6 / Aufg. III

10437 Berlin

Telefon: 0157 - 820 223 01

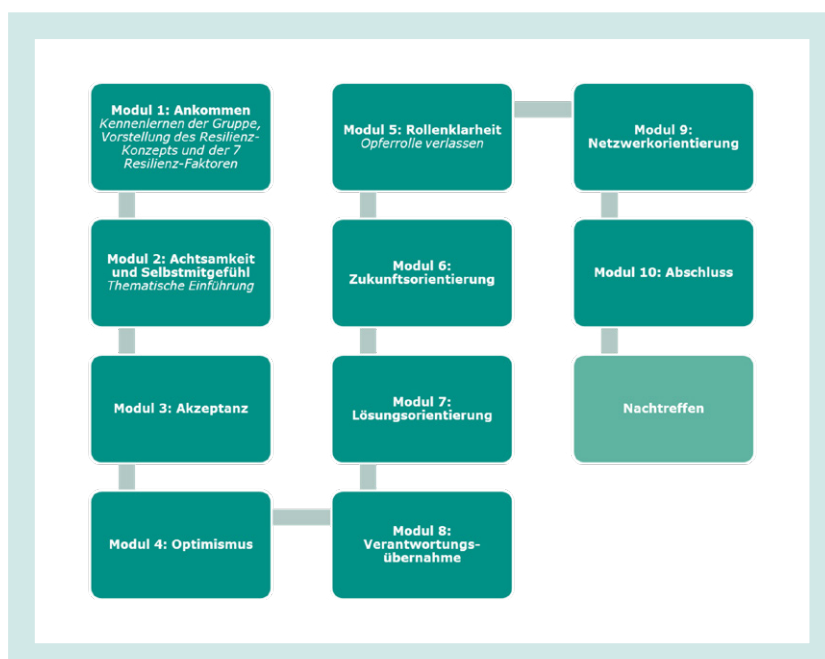
E-Mail: [info@](mailto:info@die-erfahrungsexperten.de)

die-erfahrungsexperten.de

www.die-erfahrungsexperten.de

Abbildung 2 – Module des Resilienztrainings RAMSES-II

Quelle: Eigene Darstellung.



Projekttag zur seelischen Gesundheit in Schulklassen

ANDERSNORMAL. PSYCHISCHE GESUNDHEIT IM DIALOG IM LANDKREIS KONSTANZ

Autoren: Johannes Fuchs, Winfried Klimm und Dennis Riehle

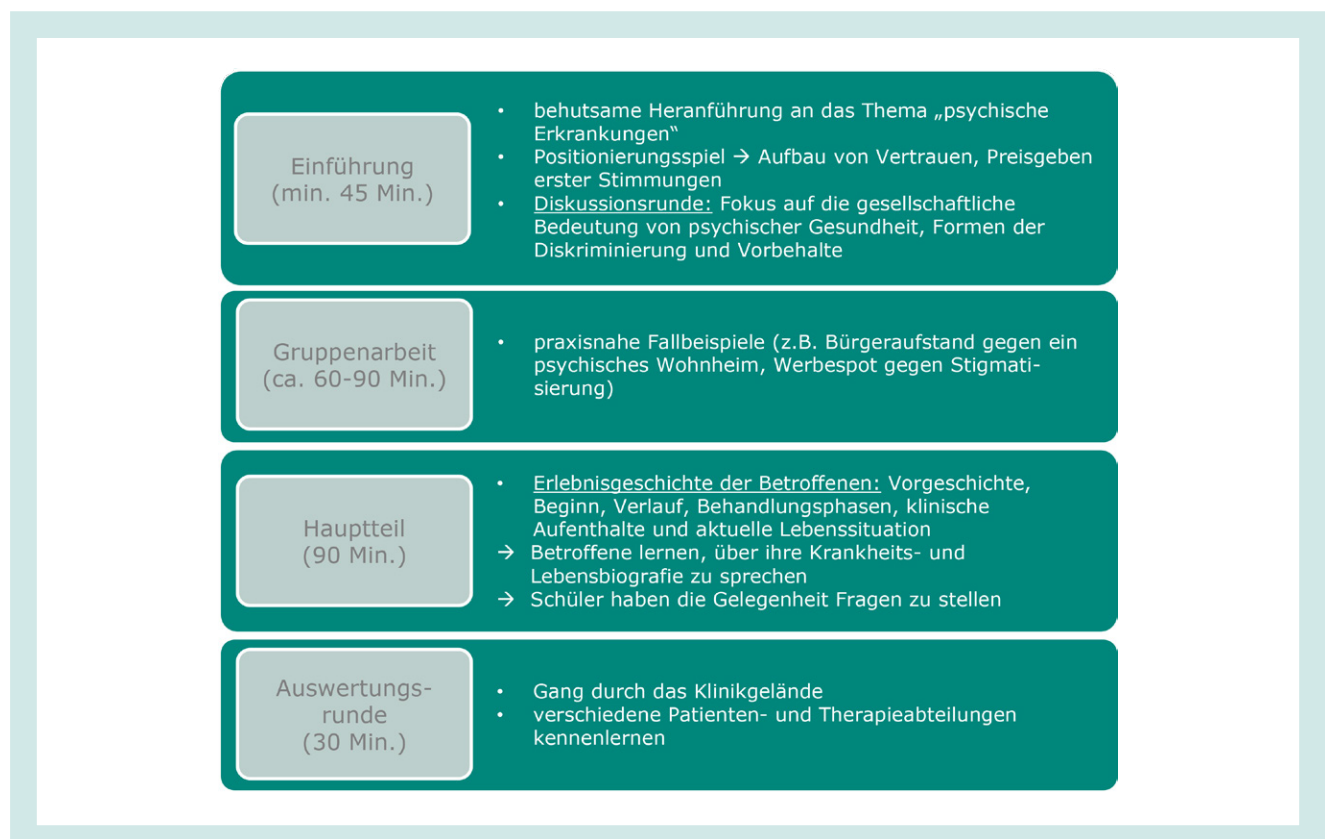
Management Summary

Das Projekt andersnormal. Psychische Gesundheit im Dialog im Landkreis Konstanz hat die Prävention von seelischen Erkrankungen zum Ziel. Das Projektteam bildet sich aus der Selbsthilfekontaktstelle der Stabsstelle für Gesundheits- und Sozialplanung am Landratsamt Konstanz, dem Zentrum für Psychiatrie Reichenau sowie weiteren Partnern aus dem Sozialwesen wie z.B. Sozialarbeitern, Sozialpädagogen und Psychologen ebenso wie ehrenamtlich Tätigen. Das Team geht in Schulen im Landkreis Konstanz gegen die Stigmatisierung von psychisch Erkrankten vor. Durch Bildungs-, Aufklärungs- und Präventionsmaßnahmen im Rahmen von Projekttagen werden die Schüler dazu befähigt, ihre seelische Gesundheit besser einzuschätzen und sich vor äußeren Einflüssen leichter zu schützen. Ebenso werden sie über die geeigneten Hilfemaßnahmen informiert.

Das Zentrum für Psychiatrie Reichenau ist für die Organisation und Vorbereitung der Präventionstage sowie die Presse- und Öffentlichkeitsarbeit verantwortlich. Die Abteilung „Therapie und Kultur“ des Zentrums, die Selbsthilfekontaktstelle und die Betroffenen selbst führen die Intervention durch. Ermöglicht wird das Projekt durch die zur Verfügung gestellten Arbeitskräfte des Zentrums für Psychiatrie sowie den hauptamtlichen Akteuren des Landratsamtes und der Wohlfahrtsverbände. Die finanzielle Umsetzung erfolgt einerseits durch einen Obolus der teilnehmenden Schüler sowie durch Mittel der Stabsstelle für Gesundheits- und Sozialplanung und des Zentrums für Psychiatrie Reichenau. Ebenso tragen Fördergelder, Spenden und Gewinne aus Wettbewerbsteilnahmen zur Projektfinanzierung bei. andersnormal. Psychische Gesundheit im Dialog im Landkreis Konstanz wird seit dem Jahr 2010 umgesetzt.

Abbildung 1 – Ablauf des Projekts andersnormal. Psychische Gesundheit im Dialog im Landkreis Konstanz.

Quelle: Eigene Darstellung.



Umsetzung

Niederschwellige Präventionsangebote, die die Schüler in ihrer Realität abholen und gleichzeitig dazu geeignet sind, sie über psychische Erkrankungen zu informieren und zu sensibilisieren, sind in der heutigen Schullandschaft nicht zu finden. Mit dem Präventionsprojekt sollen Schüler aller Schularten ab der Klassenstufe zehn sowie Teilnehmer des Freiwilligen Sozialen Jahrs erreicht werden. Ziele der Maßnahme sind zum einen die Prävention von seelischen Erkrankungen bei Schülern und eine Sensibilisierung für das Thema an sich; zum anderen soll den Schülern ein vorurteilsfreier Zugang zu dieser Problematik ermöglicht werden. Mit dem Projekt wird ein neues Klima im zwischenmenschlichen Umgang innerhalb der Schulklasse erzeugt, sodass Mobbing und Kränkungen vorgebeugt werden kann. Bei der Realisierung des Projekts wird der Grundsatz befolgt: Keine Belehrung der Zielgruppe. So werden beispielsweise keine stereotypen Vorträge zum Thema seelische Erkrankungen gehalten, sondern auf das Vorwissen und die Gesprächsinhalte der Jugendlichen aufgebaut. Das Projekt gliedert sich in vier Phasen, die in Abbildung 1 dargestellt sind. Den teilnehmenden Betroffenen wird die Gelegenheit geboten, über ihre persönlichen Erfahrungen mit einer psychischen Krankheit zu berichten. Dadurch lässt sich auf Seiten der Jugendlichen das Verständnis für das therapeutische Hilfesystem verbessern und die eigene Haltung zu seelischen Störungen kritisch reflektieren.

Nächste Schritte

Für die Zukunft sind die Entwicklung einer eigenen Webseite sowie die Realisierung eines neuen Flyers geplant.

Ansprechpartner

Johannes Fuchs

Leiter Stabsstelle Gesundheits- und Sozialmanagement
Selbsthilfekontaktstelle Landkreis Konstanz
Benediktinerplatz 1
78467 Konstanz
Telefon: 07531 - 8001782
E-Mail: johannes.fuchs@lrkn.de

Dennis Riehle

Mitglied im Sprecherrat der Selbsthilfegruppen
Selbsthilfenetzwerk Landkreis Konstanz
Martin Schleyer-Str. 27
78465 Konstanz
Telefon: 07531 - 955401
E-Mail: selbsthilfearbeit@Riehle-Dennis.de
www.dennis-riehle.de

Winfried Klimm

Leiter der Abteilung Therapie und Kultur
Zentrum für Psychiatrie Reichenau
Feursteinstraße 55
78479 Reichenau
Telefon: 07531 - 977242
E-Mail: w.klimm@zfp-reichenau.de
www.zfp-reichenau.de

ANWENDUNG FÜR EIN DIGITAL UNTERSTÜTZTES ARZNEIMITTELTHERAPIE- UND VERSORGUNGSMANAGEMENT – ADAM

Autoren: Petra Kellermann-Mühlhoff, Reinhard Hammerschmidt, Christiane Muth

Management Summary

Das Projekt AdAM (Anwendung für ein digital unterstütztes Arzneimitteltherapie- und Versorgungs-Management) verfolgt das Ziel, die Behandlung von Patienten zu verbessern, die mehrere Medikamente gleichzeitig einnehmen müssen (Polypharmazie-Patienten). Ihre Versorgung soll durch AdAM sicherer, kosteneffizienter und qualitativ besser werden. Am Projekt beteiligte Hausärzte werden bei der Betreuung dieser Patienten digital unterstützt: Sie können auf die Krankenkassen-Abrechnungsdaten jeder ihrer Patienten elektronisch zugreifen und individuelle Medikationspläne erstellen. Dabei hilft ihnen eine Software, die die Medikation auf etwaige Risiken prüft. Nach der Überprüfung werden die Pläne den Patienten mit laienverständlichen Einnahmehinweisen zur Verfügung gestellt. Initiiert wurde das Projekt durch die BARMER in Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe (KWVL). Die Kooperation wird durch einen

Versorgungsvertrag nach § 84 SGB V geregelt. Die Förderung erfolgt über die Mittel des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss. Teilnehmende Ärzte erhalten eine Vergütung ihrer Leistungen. Start des Projekts war Anfang Februar 2018 und es richtet sich an rund 1.000 Hausarztpraxen in Westfalen-Lippe. In den ersten sechs Monaten haben bereits 750 Ärztinnen und Ärzte ihre Teilnahme erklärt. In AdAM wird eine neue Versorgungsform in der realen Welt ausprobiert und – basierend auf den Rückmeldungen der Ärzte und Patienten – Schritt um Schritt optimiert.

Umsetzung

Laut einer Analyse der BARMER hat jeder fünfte Bundesbürger im Jahr 2016 fünf oder mehr Arzneimittel eingenommen. Je mehr Medikamente eine Patientin oder ein Patient einnimmt,

Abbildung 1 – Arzneimitteltherapiemanagement im Rahmen des AdAM-Projektes

Quelle: BARMER, 2018.



desto unsicherer wird jedoch die Arzneimitteltherapie aufgrund der zu erwartenden Wechselwirkungen. Fehlende Verfügbarkeit wichtiger Informationen für Behandlungsentscheidungen, Sprachbarrieren oder unvollständige Medikationspläne können zu vermeidbaren Risiken bei der Arzneimitteltherapie führen. Und hier setzt das Projekt AdAM an. Um die Arzneimitteltherapie sicherer zu gestalten, wurde in der Region Westfalen-Lippe ein digital unterstützter Prozess entwickelt, der die Ärzte über die Verschreibungen ihrer Patienten vollständig informiert. AdAM hat Patienten im Fokus, die mindestens fünf Medikamente über einen Zeitraum von mindestens zwei Quartalen einnehmen.

Der Projektablauf ist in Abbildung 1 vereinfacht dargestellt. In einem ersten Schritt informieren die teilnehmenden Hausärzte ihre Patienten über die Möglichkeiten und Bedingungen einer Teilnahme am AdAM-Projekt. Möchten Patienten teilnehmen, werden die relevanten Informationen der Patienten aus den Abrechnungsdaten der BARMER zur Verfügung gestellt. Anhand dieser Daten kann die Arzneitherapie von den Hausärzten sektorenübergreifend koordiniert werden. Die eingesetzte Computer-Anwendung prüft auf der Basis von medizinischen Fachinformationen, ob Wechselwirkungen zwischen verschiedenen verschriebenen Präparaten bekannt sind. Die Dosierung der Medikamente wird, basierend auf patientenindividuellen Merkmalen wie der Nierenfunktion, ebenso überprüft. Bei Bedarf können Hausärzte sich zusätzlich über eine Experten-Hotline der KVWL zur Pharmakotherapie beraten lassen. Denn nicht immer ist es mit der Identifizierung von Risiken getan. Der Arzt muss patientenindividuell bestimmte therapeutische Maßnahmen priorisieren. Nach der strukturierten Arzneimitteltherapiesicherheitsprüfung wird ein Medikationsplan erstellt, den auch die Patienten mit laienverständlichen Hinweisen erhalten. Für Patienten mit Migrationshintergrund ist der Medikationsplan in papierbasierter Ausführung auch in ihrer Muttersprache verfügbar – in einem nächsten Schritt natürlich auch digital.

Nächste Schritte

In nächster Zeit sollen möglichst viele Versicherte und Ärzte für das Projekt gewonnen werden, um eine gute Datengrundlage zu schaffen. Auf Basis dieser Daten werden dann die Wirksamkeit und die Kosteneffektivität des Projektes ausgewertet. Außerdem werden die Perspektive der Ärzte und die der Patienten erfasst und der Prozess evaluiert. In einer zweiten Auswertungsphase wird die Nachhaltigkeit von AdAM bewertet. Sinnvolle Anpassungen, die beispielsweise seitens der teilnehmenden Ärzte vorgeschlagen werden, sollen zudem schnellstmöglich und laufend umgesetzt werden. Langfristig ist geplant, das digital gestützte Arzneimitteltherapie-Management in der Regelversorgung zu verankern.

Ansprechpartner

Petra Kellermann-Mühlhoff

Gesamt-Projektleiterin AdAM
BARMER
Lichtscheider Str. 89
42285 Wuppertal
Telefon: 0800 - 333 004 992 975
E-Mail: petra.kellermann-muehlhoff@barmer.de
barmer.de
www.barmer.de/adam

Dr. med. Christiane Muth

Koordination der Evaluation
Institut für Allgemeinmedizin (IfA),
Goethe-Universität Frankfurt/ Main
Theodor-Stern-Kai 7
60590 Frankfurt am Main
Telefon: 069 - 630 156 87
E-Mail: muth@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de
www.allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de

Reinhard Hammerschmidt

Koordination der Implementierung
von AdAM in hausärztliche Praxen
Kassenärztliche Vereinigung
Westfalen-Lippe
Robert-Schirrigk-Str. 4-6
44141 Dortmund
Telefon: 0231 - 494 321 129
E-Mail: reinhard.hammerschmidt@kvwl.de
kvwl.de
www.kvwl.de

BeLuGA - Förderung der Gesundheit mit einem Wal

BEWUSST LEBEN UND GESUND ARBEITEN

Autoren: Jörg Bahls, Lydia Kleisinger, Gabi Schweitzer

Management Summary

Das Projekt Bewusst Leben und Gesund Arbeiten (BeLuGA) hat zum Ziel, die Arbeitsgesundheit der eigenen Mitarbeiter zu fördern, indem das Gesundheitsbewusstsein und die Gesundheitskompetenzen der Mitarbeiter gestärkt werden und somit Krankheiten vorgebeugt werden kann. So wird ein angenehmer und gesunder Arbeitsalltag geschaffen, in dem Mitarbeiter motiviert und gerne tätig sind.

Das Projekt wurde 2014 vom Niederlassungsleiter der BRIEF Mainz initiiert, einer Niederlassung der Deutschen Post DHL (DPDHL). Die Zentrale der DPDHL finanziert das Projekt durch Fördergelder in Höhe von vier Euro pro Mitarbeiter. Der Arbeitskreis Gesundheit verwaltet diese Gelder und setzt sie zielgerichtet für die Präventivmaßnahmen im Rahmen von BeLuGA ein.

Das Projekt findet derzeit in der Niederlassung BRIEF Mainz statt und erreicht rund 4.000 bei der Post beschäftigte Personen. Es gibt eine hauptverantwortliche Koordinatorin. Sie ist auch die Schnittstelle zu weiteren Projektpartnern wie Betriebsärzten, der Partnerkrankenkasse der DPDHL und standortnahen Fitnessstudios.

Umsetzung

Wir verbringen einen großen Teil unseres Lebens am Arbeitsplatz. Daher tragen die Bedingungen dort auch maßgeblich zu unserem allgemeinen Wohlbefinden und unserer psychischen und physischen Gesundheit bei. Insbesondere die Beschäftigten im Produktivbereich der DPDHL sind großen körperlichen Belastungen ausgesetzt. Das Risiko, frühzeitig unter gesundheitlichen Einschränkungen zu leiden,

Abbildung 1 – BeLuGA Kernelemente mit dem Projektmaskottchen, dem Wal

Quelle: DPDHL, 2018.



ist entsprechend hoch. Darum bietet BeLuGA verschiedenste Präventivmaßnahmen wie Venenscreenings oder Sehtests an. Zudem werden das Gesundheitsbewusstsein und die Gesundheitskompetenzen der Mitarbeiter gestärkt. Durch BeLuGA-Multiplikatoren vor Ort werden alle Informationen zum Thema Gesundheit direkt zu den Beschäftigten gebracht. BeLuGA setzt in vier Kernbereichen an: Ausdauer, Ernährung, Haltung und Ausgleich (siehe Abbildung 1).

Im Bereich Ausdauer informiert in regelmäßigen Abständen ein Betriebsarzt die Mitarbeiter vor Ort über verschiedene Maßnahmen der Gesundheitsprävention. Dazu gehört zum Beispiel Wissen rund um ein gesundes Herz-Kreislauf-System und ein starkes Immunsystem. Auch Gripeschutzimpfungen werden im Rahmen der Besuche vorgenommen. Zudem organisiert das Team einmal jährlich an allen Standortniederlassungen ein gemeinsames „Gesundes Frühstück“. Hier gibt es Infostände rund ums Thema ausgewogene Ernährung. Im Projektbereich „Haltung“ werden Rückenurse angeboten. Alle Standorte werden ein- bis zweimal im Jahr von einem Fitnesstrainer besucht, der unter anderem Tipps für richtiges Heben und Tragen gibt. Im Hinblick auf den Bereich Ausgleich bietet BeLuGA spezielle Kurse an, wie mit Stress besser umgegangen werden kann. Führungskräfte werden dafür sensibilisiert, Mitarbeiter erkennen zu können, die möglicherweise unter einer psychischen Erkrankung oder einer Suchterkrankung leiden. Ihnen kann dann schnellstmöglich Hilfe angeboten werden.

Nächste Schritte

Es ist geplant, den Kreis der Projektpartner auf Sportvereine auszudehnen. Weitere Mitarbeiter sollen organisatorisch und verbindlich als BeLuGA-Multiplikatoren eingebunden werden. Das Projekt wird fester Bestandteil der Unternehmensstrategie bleiben und fortlaufend verbessert, so dass das Unternehmen nachhaltig zur Mitarbeitergesundheit beitragen kann.

Ansprechpartner

Jörg Bahls

Niederlassungsleiter
Deutsche Post AG, NL BRIEF Mainz
Carl-Zeiss-Str. 42
55129 Mainz
Telefon: 06131 - 502 930 00
E-Mail: j.bahls@deutschepost.de

Gabi Schweitzer

Abteilungsleiterin Personal
Deutsche Post AG, NL BRIEF Mainz
Carl-Zeiss-Str. 42
55129 Mainz
Telefon: 06131 - 502 939 00
E-Mail: g.schweitzer@deutschepost.de

Lydia Kleisinger

Sachbearbeiterin Kommunikation,
Teamentwicklung, Fort- und
Weiterbildung
Deutsche Post AG, NL BRIEF Mainz
Carl-Zeiss-Str. 42
55129 Mainz
Telefon: 06131 - 502 939 18
E-Mail: l.kleisinger@deutschepost.de

Medikationsbezogenes Coaching zur Optimierung der Arzneimitteltherapiesicherheit im Patientenalltag

BIGMEDCOACH

Autoren: Julia Herold, Ralf Pourie, Gabriele Stumm

Management Summary

Ziel des BIGmedcoach ist es, die Arzneimittelsicherheit und Therapietreue (Adhärenz) zu steigern und zu sichern. So können gesundheitliche Probleme in Zusammenhang mit falsch eingenommenen Medikamenten und anderen arzneimittelbezogenen Problemen (ABPs) vermieden werden. Ziel ist, die Wahrscheinlichkeit eines bestmöglichen Therapieverlaufs zu erhöhen. Dazu bietet die Bundesinnungskrankenkasse Gesundheit (BIG) ihren chronisch erkrankten Versicherten mit dem BIGmedcoach ein individuell zugeschnittenes und bedarfsorientiertes Informations- und Coaching-Angebot, ganz im Sinne des Patienten-Empowerment, an. Auch die Zusammenarbeit zwischen Arzt und Patient kann so gestärkt werden, da der Patient sich aktiver einbringen und besser mit dem Arzt kommunizieren kann.

Bereits seit 2011 bietet die BIG bundesweit eine telefonische Arzneimittelberatung an. Seit 2016 ist ein neuer Partner, die 4sigma

GmbH, für die Umsetzung des Coaching Angebots durch qualifizierte Mitarbeiter – wie Ärzte, Apotheker oder Pharmazeutisch-technische Assistenten – verantwortlich. Die 4sigma erhält eine monatliche Pauschale pro Teilnehmer sowie gegebenenfalls eine erfolgsabhängige Vergütung.

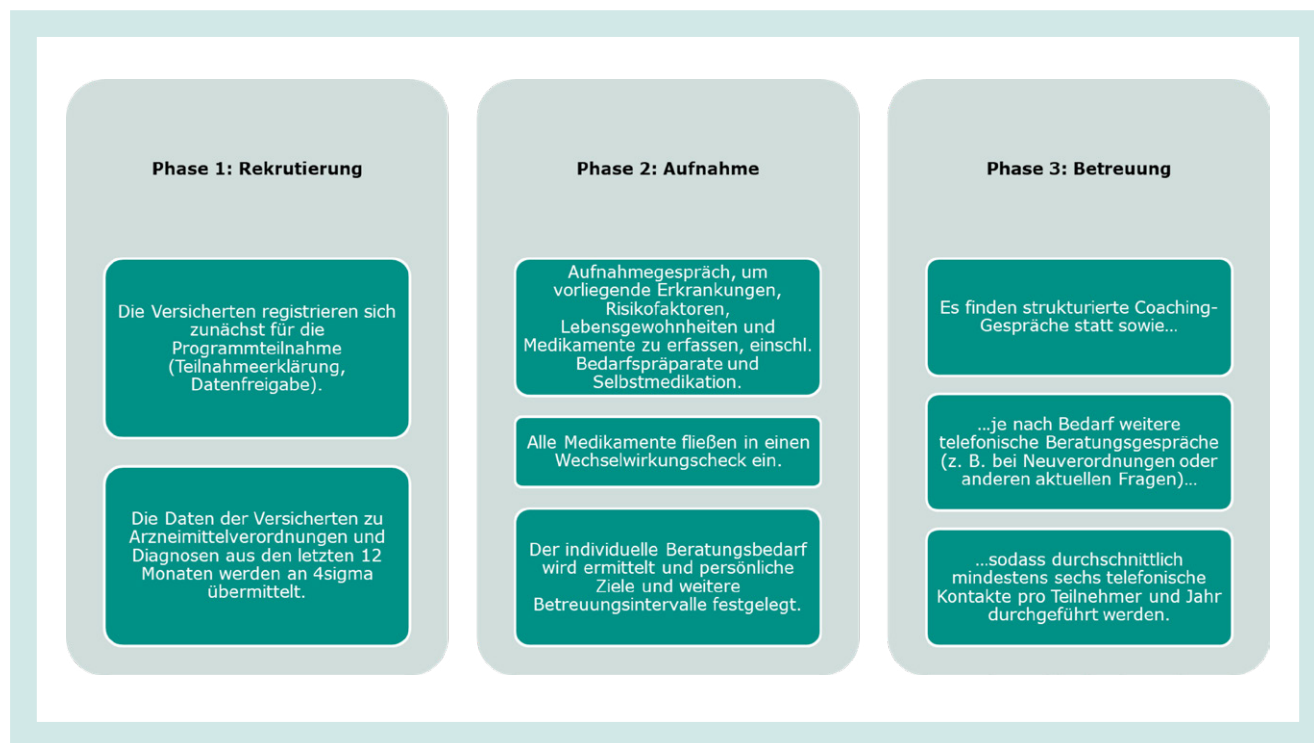
Bisher sind rund 4.200 Patienten beraten worden. Das Angebot ist freiwillig, kostenfrei und unbefristet. Derzeit sind knapp 2.200 Personen im Programm; pro Jahr wird mit rund 400 Neuzugängen gerechnet.

Umsetzung

In der Versorgung chronisch Kranker kann es zu einer Vielzahl verschiedener arzneimittelbezogener Probleme kommen, beispielsweise durch ein mangelhaftes Verständnis der eigenen Therapie oder Unachtsamkeit bei der Therapietreue (Adhärenz).

Abbildung 1 – BIGmedcoach Phasen

Quelle: Eigene Darstellung, 2018.



Hier setzt der BIGmedcoach an, indem den Patienten bedarfsgerechtes Wissen in Bezug auf verschiedene Bereiche der Medikamententherapie vermittelt wird. Beispielsweise wird die Bedeutung der Adhärenz für eine erfolgreiche Therapie angesprochen oder über die korrekte Einnahme einzelner Medikamente informiert. Das Projekt befähigt die Patienten unter anderem dazu, sich aktiv in die eigene Therapie einzubringen und auf Augenhöhe mit dem jeweils behandelnden Arzt zu kommunizieren. Das Angebot gilt für chronisch kranke Versicherte der BIG. Seit 2016 werden Patienten mit einem erhöhten Risiko für ABPs gezielt angesprochen. Nach der Zustimmung/Registrierung des Patienten werden die vorhandenen Daten zu Medikation und Diagnose an 4sigma weitergegeben (siehe Abbildung 1, Phase 1). Es folgt ein ausführlicheres, telefonisches Aufnahmegespräch, an dem sich alle weiteren Maßnahmen orientieren (siehe Abbildung 1, Phase 2). Zusätzlich zu geplanten, strukturierten Gesprächen können nach Bedarf weitere Telefonate flexibel vereinbart werden (siehe Abbildung 1, Phase 3).

Alle Angaben aus den Gesprächen mit dem Versicherten werden in einer Medikationsmanagement-Datenbank bei 4sigma strukturiert erfasst. Im Rahmen des Projektes wird nicht nur Wissen vermittelt, sondern auch alle Medikamente – einschließlich etwaiger Selbstmedikationen – werden einem Wechselwirkungscheck unterzogen. Das geschieht jeweils bei Aufnahme des Patienten in das Projekt und bei jeder Verordnungsänderung.

Nächste Schritte

Das BIGmedcoach Angebot soll kontinuierlich weiterentwickelt werden. Zur Orientierung dienen die bisherigen Evaluationen und Erfahrungen. Aspekte, die das Team nach und nach anpassen will, betreffen unter anderem die Beratungsfrequenz und –dauer, die Identifikation der geeigneten Zielgruppe und etwaige zusätzliche Unterstützungsangebote, die im Rahmen des Medikationsmanagements sinnvoll sein könnten.

Bis 2020 läuft eine randomisierte Kontrollstudie, die Basis einer umfangreichen ökonomischen und medizinischen Evaluation des Projektes sein soll.

Ansprechpartner

Julia Herold

Versorgungsmanagerin
BIG direkt gesund
Rheinische Straße 1
44137 Dortmund
Telefon: 0231 - 55 572 204
E-Mail: julia.herold@big-direkt.de
www.big-direkt.de

Ralf Pourie

Geschäftsführer
4sigma GmbH
Bajuwarenring 19
82041 Oberhaching
Telefon: 089 - 950 084 460
E-Mail: ralf.pourie@4sigma.de
www.4sigma.de

Dr. Gabriele Stumm

Ärztliche Leitung
4sigma GmbH
Bajuwarenring 19
82041 Oberhaching
Telefon: 089 - 950 084 424
E-Mail: gabriele.stumm@4sigma.de
www.4sigma.de

Selbstbestimmt durch vernetzte Angebote

DAS ADIPOSITAS-MODELL-WITTEKINDSHOF FÜR MENSCHEN MIT INTELLIGENZMINDERUNGEN

Autoren: Norbert Hödebeck-Stuntebeck, Uwe Thünemann

Management Summary

Das Adipositas-Modell-Wittekindshof (AMW) führt Menschen mit einer Intelligenzminderung und einer Adipositas oder einem erhöhten Adipositas-Risiko an verschiedene Aspekte einer gesunden Lebensweise heran. Das AMW achtet besonders darauf, die Teilnehmer möglichst eigenverantwortlich handeln zu lassen und entsprechende individuelle Fähigkeiten zu erweitern.

Zur Förderung einer gesunden Lebensweise setzt das AMW verschiedene, zielgruppengerechte Angebote für die Betroffenen und ihr Umfeld ein. Diese reichen von Beratungsgesprächen über Selbsthilfegruppen bis hin zu einer Wohneinheit spezifisch für Menschen mit Adipositas. Das AMW ist eine Maßnahme, die im Rahmen der Eingliederungshilfe der Diakonischen Stiftung Wittekindshof stattfindet. Die Projektidee wurde 2012 geboren,

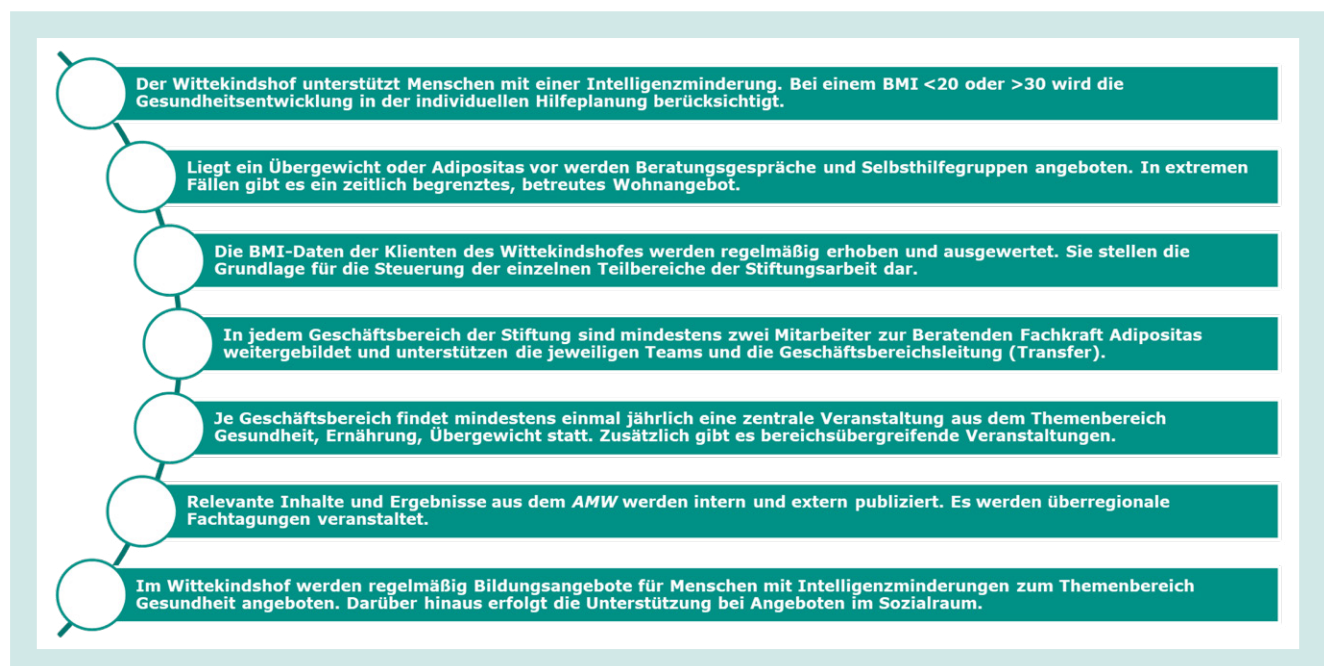
als die erste systematische BMI (Body-Mass-Index) Erhebung der Einrichtung stattfand und die Leitung des Wittekindshofes einen Handlungsbedarf feststellte. Die Stiftung betreut und fördert derzeit insgesamt rund 3.000 Personen mit einer Intelligenzminderung. Die Maßnahmen des AMW werden aus Eigenmitteln des Wittekindshofes finanziert.

Umsetzung

Übergewicht und Adipositas können beträchtliche gesundheitliche Folgen haben. In Deutschland gibt es viele Angebote, die Betroffenen helfen sollen, ihr Gewicht zu reduzieren und gesünder zu leben. Davon sind aber nur wenige für Menschen mit Intelligenzminderung geeignet. Der Wittekindshof wendet sich mit seinem Adipositas Modell an genau diese Menschen. Das AMW bietet

Abbildung 1 – Bausteine des AMW

Quelle: Eigene Darstellung



Hilfe für Personen aller Altersstufen, die bereits an Adipositas leiden oder von Adipositas bedroht sind, sowie auch deren Umfeld.

Zu den Kernelementen des AWM zählen unter anderem sechs Selbsthilfegruppen. Diese finden wöchentlich jeweils für anderthalb Stunden an verschiedenen Standorten statt. Ein Diplom-Psychologe und eine pädagogische Fachkraft begleiten die Treffen. Die Teilnehmer erarbeiten gemeinsam Grundlagen zu ausgewogener Ernährung und anderen Lebensstilaspekten. Es werden Sportangebote vorgestellt oder gesunde Rezepte ausprobiert. Ein wichtiges Element ist vor allem die gegenseitige Motivation. Zudem sind einige Mitarbeiter des Wittekindshofes zur „Beratenden Fachkraft Adipositas“ weitergebildet. Sie unterstützen ihre Kollegen innerhalb der Einrichtung und stehen auch den Angehörigen der Adipositas-Patienten beratend zur Seite. Auf diese Weise können Dinge, die in den Selbsthilfegruppen erarbeitet wurden, besser in den Alltag übertragen werden (Transfer). Regelmäßige interne und externe Fortbildungen dienen der Qualitätssicherung.

Für Menschen mit einer Intelligenzminderung und einer Gewichtssituation, die extrem gesundheitsgefährdend ist, bietet der Wittekindshof ein spezialisiertes Wohnangebot an. Das Angebot ist auf ca. 18 Monate begrenzt. Die Mitglieder der Wohngemeinschaft werden im Alltag begleitet und nehmen an Selbsthilfegruppen teil. So kann eine gesundheitsfördernde Lebensweise verinnerlicht werden.

Einige der wichtigsten Aspekte des AMW sind in Abbildung 1 aufgelistet.

Nächste Schritte

Die bereits bestehenden Angebote sollen zunächst auf alle Standorte des Wittekindshofes ausgeweitet werden. In Kooperation mit Partnern in anderen Regionen soll das AMW langfristig bundesweit umgesetzt werden, sodass die Versorgung bei Adipositas ortsnahe für möglichst viele Menschen mit einer Intelligenzminderung sichergestellt werden kann.

Ansprechpartner

Dr. Norbert Hödebeck-Stuntebeck

Koordinator
Diakonische Stiftung Wittekindshof
Zum Dorfplatz 5
32549 Bad Oeynhausen
Telefon: 05734 - 611 288
E-Mail: norbert.hoedebeck-stuntebeck@wittekindshof.de
www.wittekindshof.de

Uwe Thünemann

Ressortleitung
Diakonische Stiftung Wittekindshof
Zur Kirche 2
32549 Bad Oeynhausen
Telefon: 05734 - 611 030
E-Mail: uwe.thuenemann@wittekindshof.de
www.wittekindshof.de

Eine bundesweite Aufklärungsinitiative

DEMENZ PARTNER

Autorin: Saskia Weiß

Management Summary

Bei dem Projekt Demenz Partner handelt es sich um eine bundesweite Aufklärungsinitiative zum Thema Demenz. Es hat zum Ziel, flächendeckend für das Thema zu sensibilisieren und so mittelbar dafür zu sorgen, dass eine möglichst große Zahl der Betroffenen lange in einem verständnisvollen, gewohnten Umfeld leben kann.

Demenz Partner basiert auf Informationsveranstaltungen, die von verschiedenen Institutionen zu grundlegenden Aspekten des Krankheitsbildes durchgeführt werden. Im Rahmen dieser Veranstaltungen kann sich jeder Interessierte zum „Demenz Partner“ schulen lassen.

Die Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V. (DAIzG) ist der Träger der Initiative, die seit 2016 besteht. Das Projekt erhielt eine Anschubfinanzierung vom Bundesgesundheitsministerium und wird durch das Bundesfamilienministerium ideell unterstützt. Eine Spende im Rahmen der SKala-Initiative sichert die Laufzeit bis zum 31. August 2021. Aktuell gibt es mehr als 550 Organisationen, die Demenz Partner Kurse anbieten, und mehr als 35.000 Personen haben sich bereits zum „Demenz Partner“ weiterbilden lassen.

Umsetzung

In Deutschland leben immer mehr Menschen, die von einer Demenz betroffen sind. Ein verständnisvolles Umfeld kann dabei helfen, ihre

Lebenssituation zu verbessern und auch die Familien zu entlasten. Bundesweit gibt es bereits verschiedenste Informationsangebote, die für die Besonderheiten und Bedürfnisse in Zusammenhang mit einer Demenzerkrankung sensibilisieren sollen.

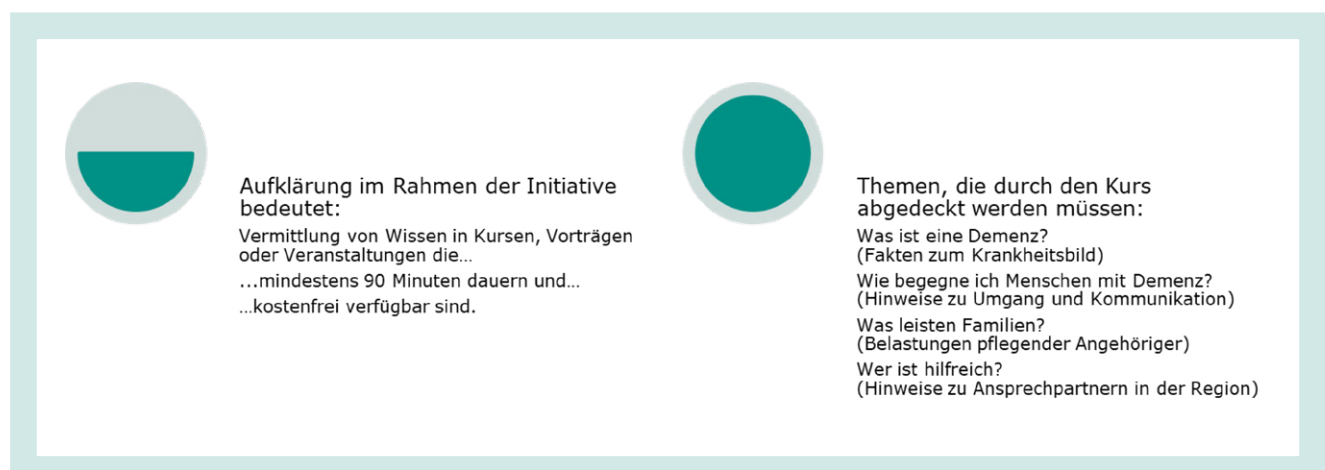
Um diese bestehenden Angebote sichtbarer zu machen und neue Angebote hinzuzufügen, ist die Demenz Partner Initiative gegründet worden. Sie setzt ein Dach über bereits in dem Feld aktive Institutionen und gewinnt neue Anbieter. So erfolgt auch eine gewisse Qualitätskontrolle. Die Anforderungen, die an Informationsveranstaltungen im Rahmen der Initiative gestellt werden, sind aus Abbildung 1 ersichtlich.

Demenz Partner stellt den teilnehmenden Institutionen Materialien zur inhaltlichen Gestaltung der Kursangebote sowie Werbemittel zur Verfügung. Die Kursmaterialien werden fortlaufend aktualisiert und erweitert. Es gibt beispielsweise spezifische Materialien für den Einzelhandel und den Personennahverkehr. Die Kursanbieter können sich auf der Website der Initiative registrieren lassen. Über eine Postleitzahlsuche können Interessierte dann Kursangebote in ihrer Nähe finden. Kursteilnehmer erhalten eine zusammenfassende Informationsbroschüre mit den wichtigsten Fakten zum Thema Demenz. Auch Unternehmen können durch die Kursteilnahme „Demenz-Partner“ werden.

Projektmitarbeiter der Initiative stehen kursanbietenden Organisationen und Interessierten beratend zur Seite und versenden alle zwei

Abbildung 1 – Formale und inhaltliche Anforderungen an Demenz Partner Kurse

Quelle: Eigene Darstellung.



Monate einen Newsletter. Ein bis zwei Mal jährlich findet außerdem ein organisationsübergreifender Erfahrungsaustausch statt.

Nächste Schritte

Weitere Kursmaterialien für zusätzliche Zielgruppen sollen erstellt werden, wie beispielsweise für Friseure und Behörden. Für die Zielgruppe „Volkshochschule“ soll eine Strategie entwickelt werden, wie das Thema Demenz dauerhaft ein Teil ihres Bildungsprogramms werden kann. Zudem ist die Verknüpfung der Initiative mit dem Projekt „Demenz und Migration“ der DAIZG angedacht. Das beinhaltet unter anderem die kultursensible Gestaltung der Materialien sowie Train-the-Trainer-Angebote für Migrantenorganisationen.

Ansprechpartner

Saskia Weiß

Projektkoordinatorin Demenz Partner;
stellvertretende Geschäftsführerin
Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V.
Selbsthilfe Demenz
Friedrichstr. 236
10969 Berlin
Telefon: 030 - 259 379 517
E-Mail: saskia.weiss@deutsche-alzheimer.de
www.demenz-partner.de

DEMENZSENSIBLES KRANKENHAUS

Autoren: Marion Förster, Christian Kügler und Georg Poppele

Management Summary

Das Projekt Demenzsensibles Krankenhaus zielt darauf ab, Patienten im Alter von über 65 Jahren mit geistigen (kognitiven) Veränderungen während ihres Krankenhausaufenthalts zu erfassen und angemessen zu versorgen. Anhand eines Delir- und Demenzscreenings können Patienten mit Bewusstseinsveränderungen wie Verwirrtheit, Delir, Blackout etc. frühzeitig identifiziert und ggf. behandelt werden. Dabei ist die Wahrung der Patientenautonomie auch bei einer schweren Demenz ein wichtiges Handlungskriterium. Ein entsprechender Handlungsleitfaden wurde von einem interdisziplinären Team entwickelt. Zudem werden Mitarbeitende aller Berufsgruppen im Umgang und der Kommunikation mit den betroffenen Patienten regelmäßig geschult. Für die kontinuierliche Weiterentwicklung des Projektes sind unter anderem der Vorstand der Evangelischen Stiftung Alsterdorf, die Geschäftsführung des Krankenhauses sowie das medizinische,

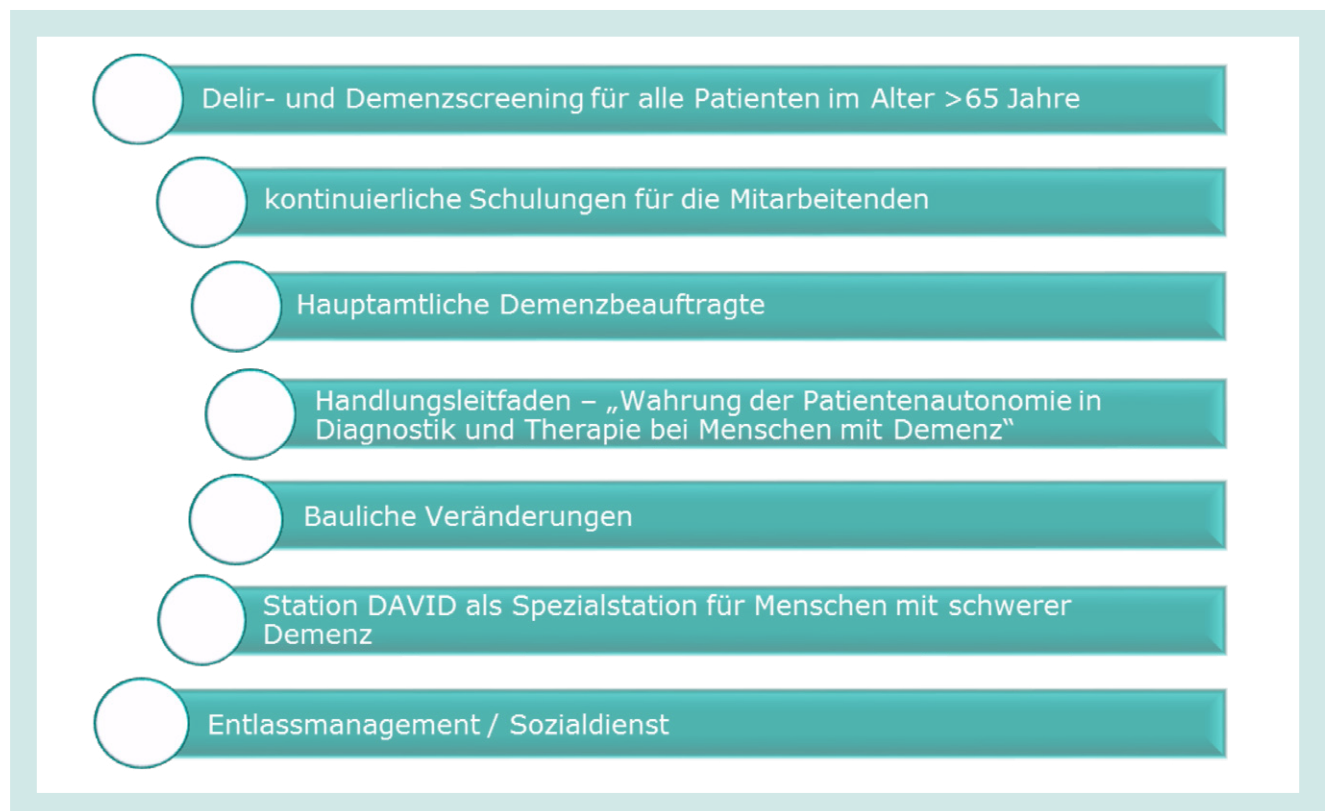
pflegerische und therapeutische Personal verantwortlich. Die Koordination der Personalschulungen übernimmt eine hauptamtliche Demenzbeauftragte. In den ersten drei Jahren wurde das Projekt von der Robert Bosch Stiftung gefördert. Alle Mitarbeiterschulungen, die Durchführung des Screenings sowie die Einführung einer hauptamtlichen Demenzbeauftragten sind Eigenleistungen des Evangelischen Krankenhauses Alsterdorf in Hamburg.

Umsetzung

Die Bedürfnisse von Menschen mit geistigen Veränderungen werden im laufenden Krankenhausbetrieb häufig nicht ausreichend berücksichtigt. Die betroffenen Patienten leiden in der Konsequenz vermehrt unter Ängsten oder sind unruhig; ebenso zeigt sich eine mangelhafte Compliance auf der Betroffenenenseite. Ursache für diese

Abbildung 1 – Versorgungselemente

Quelle: Eigene Darstellung



Veränderungen kann neben einer demenziellen Erkrankung ein Delir sein. Dabei handelt es sich um eine ernstzunehmende Bewusstseinsstörung, die eine rechtzeitige Behandlung erfordert und somit frühzeitig erkannt werden sollte. Dies ist jedoch noch keine Selbstverständlichkeit in deutschen Krankenhäusern. Am Evangelischen Krankenhaus Alsterdorf wurde dafür ein Demenz- und Delirscreening entwickelt. Somit können die betroffenen Patienten unabhängig von ihrer Hauptdiagnose oder dem Anlass des Krankenhausaufenthalts rechtzeitig erkannt und entsprechend angemessen versorgt werden, indem

- das Vorliegen einer Bewusstseinsstörung rechtzeitig erkannt,
- den am Behandlungsprozess Beteiligten das notwendige Werkzeug an die Hand gegeben wird.

Das Projekt stützt sich dabei auf die in Abbildung 1 dargestellten Versorgungselemente.

Die Zielgruppe umfasst Patienten über 65 Jahre, die im Rahmen ihres Krankenhausaufenthalts Bewusstseinsveränderungen aufweisen sowie ihre Angehörigen. Ebenso das medizinische, pflegerische und therapeutische Personal, das von den angebotenen Schulungsmaßnahmen profitieren soll.

Nächste Schritte

Um auch nach Entlassung eine angemessene Versorgung der betroffenen Patienten zu gewährleisten, werden zurzeit Konzepte geprüft, die dazu einen Beitrag leisten könnten. Wesentlich sind dafür der Sozialdienst und ein tragfähiges Netzwerk, zu dem Beratungsstellen, Pflegestützpunkte, ambulante Pflegedienste sowie weitere wohnortnahe Unterstützungsangebote für die Betroffenen gehören.

Ansprechpartner

PD Dr. Christian Kügler

Chefarzt Geriatrie und
Innere Medizin
Evangelisches Krankenhaus
Alsterdorf gGmbH
Elisabeth Flügge Str. 1
22337 Hamburg
Telefon: 040- 50773853
E-Mail: c.kuegler@eka.alsterdorf.de
www.evangelisches-
krankenhaus-alsterdorf.de

Marion Förster

Unternehmenskommunikation
Evangelisches Krankenhaus
Alsterdorf gGmbH
Elisabeth Flügge Str. 1
22337 Hamburg
Telefon: 040 - 50773965
E-Mail: m.foerster@alsterdorf.de
www.evangelisches-
krankenhaus-alsterdorf.de

Dr. Georg Poppele

Chefarzt Station DAVID
Evangelisches Krankenhaus
Alsterdorf gGmbH
Elisabeth Flügge Str. 1
22337 Hamburg
Telefon: 040 - 50773202
E-Mail: g.poppele@eka.alsterdorf.de
www.evangelisches-kranken-
haus-alsterdorf.de

Werde aktiv für deine Gesundheit – Es lohnt sich!

DIE PRÄVENTIONSBERATER

Autorin: Wenke Marquardt

Management Summary

Mit dem Projekt „Die Präventionsberater“ soll neben der Entlastung des Arztes, der Patient zu einem gesundheitsbewussten Lebensstil angehalten und eine nachhaltige gesundheitsförderliche Verhaltensänderung erreicht werden. Im Rahmen des Projektes wird die Medizinische Fachangestellte (MFA) der Arztpraxis zum Präventionsberater weitergebildet. Anschließend bieten die Praxen den Patienten ergänzende präventive Beratungsleistungen an. Nach der Erstellung eines Risikoprofils werden gemeinsam mit dem Patienten Gesundheitsziele vereinbart, die er innerhalb eines Zeitraums von einem Jahr erreichen soll. Dabei steht der Präventionsberater dem Patienten sowohl motivierend als auch durch eine umfangreiche und kontinuierliche Beratung unterstützend zur Seite.

Die KV Consult- und Managementgesellschaft mbH (KV COMM) initiierte das Projekt und koordiniert alle Prozesse, die an der Umsetzung des Versorgungsprojekts beteiligt sind. Die Kosten der Weiterbildung werden von der zugehörigen Praxis oder von der MFA selbst übernommen. Als Pilotregion dienen die Landkreise Elbe-Elster und Oberspreewald-Lausitz im Bundesland Brandenburg. Insgesamt beteiligen sich sieben Hausarztpraxen an der Umsetzung und es wurden bisher neun Präventionsberater ausgebildet.

Umsetzung

Aufgrund der hohen Arbeitsbelastung der Ärzte und dem intensiven zeitlichen Umfang, kann eine qualitativ hochwertige Präventionsberatung mit einer Zielvereinbarung im Rahmen der Sprechstunde häufig nicht geleistet werden. Hier möchte das Projekt „Die Präventionsberater“ ansetzen, indem es die MFA der Arztpraxis aktiv in den präventiven Beratungsprozess einbindet. Um dies zu ermöglichen, absolviert die MFA im Vorhinein eine Ausbildung zum Präventionsberater, in der die Kompetenz für die Durchführung einer zielgruppenspezifischen präventiven Beratung erworben wird. Das Versorgungsprojekt möchte die Patienten für ihre Gesundheit sensibilisieren sowie eine gesundheitsförderliche Verhaltensweise unterstützen und zeitgleich den Arzt in seiner täglichen Arbeit entlasten.

Im Rahmen der Erstberatung erfolgt für den teilnehmenden Patienten zunächst die Erstellung eines Risikoprofils. Dabei wird das individuelle Risiko anhand von klinischen Parametern sowie seines Lebensstils

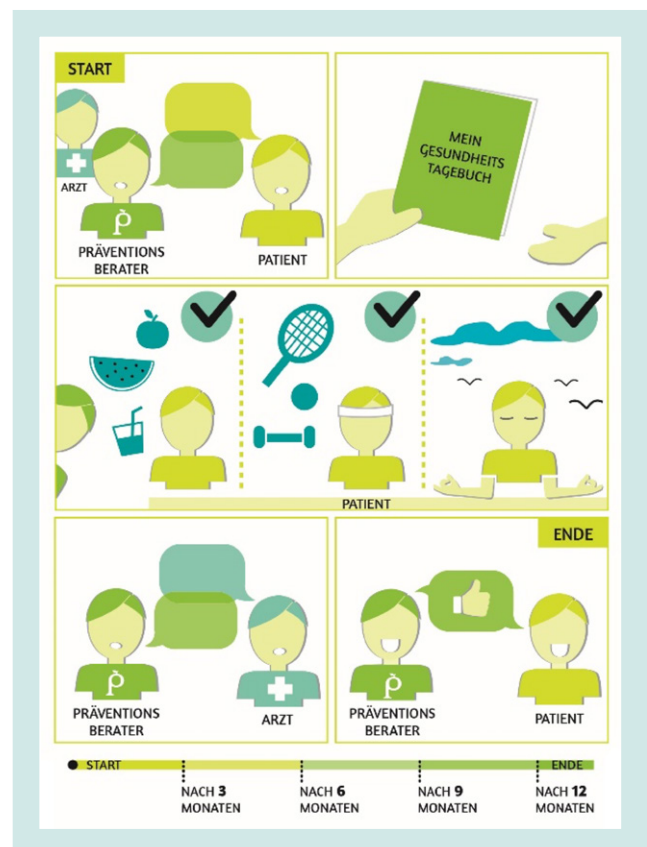
festgestellt. Anschließend erarbeiten Präventionsberater und Patient gemeinsam individuelle Gesundheitsziele. Darauf basierend erfolgen entsprechende Beratungsleistungen, die von dem Präventionsberater und dem behandelnden Arzt abgestimmt werden. Die präventive Beratung beinhaltet die Themenfelder

- Bewegung,
- gesundes Gewicht,
- Stress,
- Entspannung und
- gesunde Ernährung.

Damit dem Patienten die Umsetzung seiner persönlichen Gesundheitsziele erleichtert werden kann, hat die KV COMM das Netzwerk der Präventionsberater durch die Kooperation mit regionalen

Abbildung 1 – Darstellung des Versorgungsansatzes

Quelle: KV COMM, 2018.



Anbietern von Gesundheitsangeboten erweitert. Den Teilnehmern kann demzufolge ein umfangreiches Portfolio in den Bereichen Ernährung, Entspannung und Bewegung geboten werden. Während der einjährigen Intervention ist der Patient dazu angehalten, ein Gesundheitstagebuch zu führen. Dieses umfasst die Dokumentation der vereinbarten Ziele, Erfolge und Herausforderungen. Quartalsweise wird der Erreichungsgrad der Gesundheitsziele zwischen dem Präventionsberater und dem Patienten abgeglichen. Zusammenfassend kann der Präventionsberater als Schnittstelle zwischen Arzt, Patient und Therapeut bezeichnet werden.

Nächste Schritte

Das Curriculum der Ausbildung zum Präventionsberater wird weiter optimiert und soll auf lange Sicht deutschlandweit den Status eines anerkannten Schulungscurriculums erhalten. Zudem wird die Umsetzung des Versorgungsansatzes im Land Brandenburg weiter ausgebaut.

Ansprechpartner

Wenke Marquardt

Projektleitung
KV Consult- und
Managementgesellschaft mbH
Pappelallee 5
14469 Potsdam
Telefon: 0331 - 2309 793
E-Mail: wenke.marquardt@kv-comm.de
www.kv-comm.de

Ein ideales Instrument zur Qualitäts- und Effizienzsteigerung in der stationären Pflege

DIGITAL UNTERSTÜTZTE ÄRZTLICHE PFLEGEHEIMVERSORGUNG

Autorin: Irmgard Landgraf

Management Summary

Digital unterstützte ärztliche Pflegeheimversorgung soll die Effizienz der Versorgung stationär Pflegebedürftiger erhöhen. Der behandelnde Arzt ist dazu über die elektronische Patienten- beziehungsweise Pflegeakte mit dem Pflegeheimpersonal vernetzt. Durch die darüber direkte und unkomplizierte digitale Kommunikation ist es möglich, notwendige Anpassungen im Behandlungsablauf zeitnah und auch ohne Hausbesuch abzustimmen.

Das Konzept wurde nach Einführung der elektronischen Patientenakte im Jahr 2000 von der niedergelassenen Internistin Irmgard Landgraf entwickelt und seitdem beständig optimiert und verfeinert. Es wird derzeit von der Internistischen Hausarztpraxis am Agaplesion Bethanien Sophienhaus (Berlin) umgesetzt. Dr. Landgraf und ihr Team betreuen nach diesem Modell derzeit rund 150 Patienten in zwei verschiedenen Pflegeheimen. Es erfolgt keine gesonderte Finanzierung.

Umsetzung

Mit zunehmend alternder Bevölkerung steigt auch die Anzahl multimorbider Patienten, die stationär in Pflegeheimen untergebracht sind. Es herrscht Ressourcenknappheit; das Pflegeheimpersonal ist häufig überlastet. Auch gibt es in den Einrichtungen meist keine hauseigenen Ärzte. Dementsprechend kann es eine logistische, zeitraubende Herausforderung sein, die interdisziplinäre Betreuung der Pflegeheimbewohner zu koordinieren. Um dem Problem der Überlastung effizient und bei qualitativ hochwertiger Versorgung entgegenzutreten, hat Dr. Landgraf ein Modell entwickelt, das externe Ärzte und das Pflegeheimpersonal besser vernetzt.

Sind einige Grundvoraussetzungen erfüllt (siehe Abbildung 1) ist ihr Konzept auch in anderen Pflegeheimen gut umsetzbar. Der betreuende Arzt sollte sich mehrfach täglich in die Pflegeheimsoftware einloggen, um aktuelle Meldungen der Pflegekräfte zu gesundheitlichen Problemen der Patienten zu lesen und darauf zu reagieren. Über die Software müssen alle Pflegeberichte, Befunde, Therapiepläne und andere wichtige Informationen für das Pflegeheimpersonal und den Arzt abrufbar sein. In jeder elektronischen Pflegeakte sollte es zusätzliche Mitteilungsspalten geben, in die Pflegekräfte

Informationen für den Arzt eintragen können und auf die der Arzt beim Einloggen sofort hingewiesen wird. Er muss auf diesem Weg ebenfalls mit dem Pflegepersonal schriftlich kommunizieren können. Damit sind alle Personen, die an der Versorgung beteiligt sind, stets auf demselben Informationsstand und können notwendige Behandlungsmaßnahmen zeitnah umsetzen.

Auch Haus- und Fachärzte können über eine solche Software zeitnah und unkompliziert miteinander kommunizieren und im Bedarfsfall schnell reagieren. Die regelmäßige ärztliche Kontrolle über die Software und auch Kurvenvisiten (Auswertung der Patientenakten) erhöhen nicht nur die Therapiesicherheit sondern auch die Effektivität der Hausbesuche.

Die durch die digitale Vernetzung realisierbare intensive pflegerisch-ärztliche Zusammenarbeit ist dabei ganz entscheidend für die erreichbare Verbesserung der Versorgungsqualität. Sie ermöglicht die für multimorbide Pflegeheimbewohner notwendige multiprofessionelle Teamarbeit, mit der sich komplizierte

Abbildung 1 – Voraussetzungen der Digital unterstützten ärztlichen Pflegeheimversorgung

Quelle: Eigene Darstellung



Krankheitsverläufe und stationäre Behandlungen reduzieren lassen. Insgesamt profitieren nicht nur Pflegebedürftige durch mehr Versorgungs- und Lebensqualität, sondern auch Pflegekräfte und Ärzte durch bessere Arbeitsbedingungen und nicht zuletzt Krankenkassen durch deutliche Kosteneinsparungen.

Nächste Schritte

In Sachsen wird demnächst ein Pflegeheim nach dem oben beschriebenen Modell digital vernetzt. Für weitere Pflegeheime bundesweit ist die gleiche Maßnahme geplant. Erste Evaluierungsergebnisse aus einem größeren Modellprojekt in Baden-Württemberg werden 2021 erwartet.

Ansprechpartner

Dr. med. Irmgard Landgraf
Praxisinhaberin und Internistin
Hausarztpraxis am Agaplesion
Bethanien Sophienhaus
Paulsenstraße 5
12163 Berlin
Telefon: 030 - 857 268 77
E-Mail: praxislandgraf@gmail.com
www.praxislandgraf.de

DIGITALE REZEPTSAMMELSTELLE MIT KOMMUNIKATIONSFUNKTION

Autoren: Fritz Becker, Frank Eickmann

Management Summary

Die Digitale Rezeptsammelstelle „callmyApo“ ist die bundesweit erste Rezeptsammelstelle mit Kommunikationsfunktion. Durch sie soll die flächendeckende Arzneimittelversorgung, insbesondere im ländlichen Raum, gestärkt werden. Das bedeutet unter anderem, dass der Zugang zu Medikamenten schneller und effizienter erfolgen kann – auch in Gemeinden ohne ortsansässige Apotheke. In der Gemeinde Neidlingen in Baden-Württemberg ist das erste callmyApo-Terminal Anfang 2018 in die Pilotphase gestartet. Es ermöglicht Patienten, ihre verordneten Medikamente elektronisch zu bestellen. Diese werden zeitnah entweder nach Hause geliefert oder können vom Patienten in der zuständigen Apotheke abgeholt werden. Der Landesapothekerverband Baden-Württemberg (LAV) initiierte das Projekt. Er finanziert die Entwicklungs- und Betriebskosten für das erste Gerät gemeinsam mit dem technischen Entwickler (VSA GmbH). Derzeit sind zwei Apotheken an der Umsetzung beteiligt.

Umsetzung

Das callmyApo-Terminal richtet sich an Anwohner in Gemeinden, die keine eigene Apotheke haben, aber gemäß § 24 Apothekenbetriebsordnung über eine genehmigte Rezeptsammelstelle verfügen. Das digitale Einreichen von Rezepten ermöglicht einen schnelleren Zugang zu verordneten Medikamenten. Bei herkömmlichen Rezeptsammelstellen (Briefkästen) war eine taggleiche Lieferung aus Zeitgründen oft nicht möglich. Das callmyApo-Terminal richtet sich somit auch an alle Apotheker, die für die Betreuung von Rezeptsammelstellen verantwortlich sind. Es vermeidet unnötige Anfahrtswege, beispielsweise im Fall leerer Briefkästen.

Die digitale Rezeptsammelstelle entspricht den aktuellsten datenschutzrechtlichen Anforderungen. Will der Patient das Terminal nutzen, erklärt er sich zunächst mit den Nutzungs- und Datenschutzbestimmungen einverstanden (siehe Abbildung 1, Schritt 1).

Abbildung 1 – Bedienungsschritte der Digitalen Rezeptsammelstelle „callmyApo“

Quelle: VSA GmbH, 2017.



Dann kann er sein Papierrezept in den dafür vorgesehen Schlitz des Terminals schieben (siehe Abbildung 1, Schritt 2). Das Dokument wird zweiseitig gescannt und an das Rechenzentrum der VSA GmbH übertragen. Die Übertragung ist via LAN, WLAN oder über das Telefonnetz möglich. Das Papierrezept verbleibt zunächst im verschlossenen Terminal. Abschließend erstellt das Terminal einen Beleg für den Patienten, der die Vorbestellnummer sowie die Kontaktdaten der zuständigen Apotheke enthält (siehe Abbildung 1, Schritt 3). Optional kann sich der Patient nun auch dazu entscheiden, der Apotheke eine schriftliche Mitteilung zukommen zu lassen (siehe Abbildung 1, Schritt 4).

Die Apotheke wird sofort über jedes neu eingehende digitale Rezept benachrichtigt. Dies geschieht wahlweise per E-Mail, SMS oder direkt auf einem Computer. Die Apotheke loggt sich dann über einen handelsüblichen, aber speziell zertifizierten Browser in das Rechenzentrum der VSA GmbH ein und kann das Rezept einsehen. Verschiedene Verwaltungsfunktionen erleichtern das Sortieren bzw. Markieren der Rezepte. Die Apotheke legt die angeforderte Ware bereit oder leitet eine Bestellung ein. Gegebenenfalls kontaktiert sie den Arzt für Rückfragen. Bei der Auslieferung per pharmazeutischen Boten werden zunächst die originalen Rezepte aus dem Terminal entnommen und vor der Zustellung zum Patienten noch einmal geprüft. Meist erfolgt die Boten-Zustellung noch am selben Tag.

Nächste Schritte

Der technische Entwickler VSA GmbH strebt nach Auswertung des Pilotbetriebes die Serienproduktion an, gekoppelt mit einem entsprechenden Angebot an interessierte Apotheker. Erlangt das callMyApo-Terminal die Serienreife, sollen entsprechende Geräte und Software-Lizenzen vornehmlich in einem Miet- oder Leasingmodell angeboten werden.

Ansprechpartner

Fritz Becker

Präsident
Landesapothekerverband
Baden-Württemberg e. V.
Hölderlinstraße 12
70174 Stuttgart
Telefon: 0711 - 22 334 33
E-Mail: vorstand@apotheker.de
www.apotheker.de

Frank Eickmann

Leiter Kommunikation /
Projektleitung
Landesapothekerverband
Baden-Württemberg e. V.
Hölderlinstraße 12
70174 Stuttgart
Telefon: 0711 - 22 334 70
E-Mail: eickmann@apotheker.de
www.apotheker.de

Ein Modellprojekt in der Region Münster

ENTSCHEIDUNGSUNTERSTÜTZUNG UND PROZESSQUALITÄT BEI DER FRÜH-ERKENNUNG DES PROSTATAKARZINOMS

Autoren: Norbert Donner-Banzhoff, Hans-Werner Hense, Axel Semjonow

Management Summary

Bei der PSAInForm-Studie handelt es sich um ein Studienprojekt, das ein Modell zur stärkeren Selbstbestimmung der Patienten bei der Prostatakrebs-Früherkennung evaluiert. Konkret geht es um den Einsatz einer computergestützten Entscheidungshilfe („arriba-PSA“) für das PSA-gestützte Prostatakrebs-Screening. „PSA“ steht hierbei für „prostataspezifisches Antigen“, ein Antigen, das für die Früherkennung von Prostatakrebs genutzt werden kann. Die PSAInForm-Studie soll unter anderem klären, ob und inwiefern die Entscheidungshilfe „arriba-PSA“ die Patienten bei einer Entscheidungsfindung für oder gegen ein Screening beeinflusst und wie zufrieden die Männer mit ihrer Entscheidung sind. Das Prostatazentrum des Universitätsklinikums Münster (UKM) und die

Philipps-Universität Marburg sowie weitere Kooperationspartner haben das Projekt ins Leben gerufen. Das erste Teilprojekt ist im August 2013 gestartet. Insgesamt umfasst das Projekt vier Studienphasen. Die Pilotphase wurde in der Studienzentrale Marburg, die anderen Phasen am Prostatazentrum des UKM durchgeführt. Das Modellprojekt bezieht sich auf Daten aus dem Regierungsbezirk Münster. Die Finanzierung erfolgt durch die Deutsche Krebshilfe e. V.

Umsetzung

Prostatakrebs ist die häufigste Krebserkrankung des Mannes. Bislang ist unklar, wie und in welchen Fällen ein Prostatakrebs-Screening Sinn macht. Das ist durchaus nicht immer der Fall: Vor allem,

Abbildung 1 – Studienziele und –arme des PSA Münster

Quelle: Eigene Darstellung.

Primäre Ziele der Studie		Sekundäre Ziele der Studie	
Reduziert die Entscheidungshilfe den Entscheidungskonflikt der beratenen Patienten?		Führt der Einsatz der Entscheidungshilfe zu einer stärkeren Einbeziehung, größerer Zufriedenheit und weniger Reuegefühlen bezüglich der Entscheidung bei den beratenen Patienten?	
		Welche Einflussfaktoren auf die Entscheidung des Patienten für oder gegen eine PSA-basierte Früherkennung sind erkennbar?	
Beeinflusst die Kostenübernahme für eine PSA-basierte Früherkennung (durch den Patienten oder den Studienförderer) den Entscheidungskonflikt?		Welche diagnostischen Prozesse erfolgen nach Beratung zum PSA-Screening? Hat die Zugehörigkeit zu den Studienarmen* eine Auswirkung?	
		Welche diagnostischen und therapeutischen Prozesse erfolgen nach der Diagnose eines Prostatakarzinoms?	
		Welche allgemeine gesundheitliche und krankheitsspezifische Lebensqualität weisen die Männer am Ende des Nachbeobachtungszeitraumes auf? Welche Determinanten lassen sich identifizieren?	
Studienarme			
Arm A	Arm B	Arm C	Arm D
Herkömmliche Beratung & Kosten vom Patienten getragen	Entscheidungshilfe & Kosten vom Patienten getragen	Herkömmliche Beratung & Kostenübernahme durch den Förderer	Entscheidungshilfe & Kostenübernahme durch den Förderer

wenn für das Screening das PSA eingesetzt wird, kommt es unter Umständen zu unnötigen Folgeuntersuchungen bei eigentlich gesunden Männern. Es ist also sinnvoll, den interessierten Mann stärker in die Entscheidungsfindung einzubeziehen und ihm die Entscheidung zu erleichtern. Zu diesem Zweck wurde in den vier Studienphasen der PSAInForm-Studie eine computergestützte Entscheidungshilfe entwickelt und ihr Einsatz untersucht. Teilnehmen können alle Männer im Alter zwischen 55 und 69 Jahren, die nicht aufgrund einer schweren Erkrankung oder anderer Faktoren von der Studie ausgeschlossen werden müssen. Auch der Frage, inwieweit die Kostenübernahme des Screenings eine Rolle spielt, wird nachgegangen. Eine Übersicht der Studienziele und Studienarme ist in Abbildung 1 dargestellt.

Im Rahmen des ersten Teilprojektes wurde der aktuelle Stand der Nutzung von PSA zur Früherkennung von Prostatakrebs im Regierungsbezirk Münster beschrieben. Hierfür wurden Daten der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe verwendet. Im zweiten Teilprojekt wurde eine computergestützte Entscheidungshilfe entwickelt, die in der dritten Phase erprobt wird. Bei dieser cluster-randomisierten, kontrollierten Studie sind insgesamt 90 hausärztliche und urologische Praxen involviert. In der letzten Projektphase werden Prozesse erfasst und ausgewertet, die sich an die Screening-Untersuchung anschließen. Das ist zum einen die weiterführende Diagnostik und zum anderen – im Bedarfsfall – die Therapie.

Nächste Schritte

Die im Rahmen des Projekts entwickelte Beratungssoftware „arriba-PSA“ kann nach Projektende von Ärzten in der täglichen Praxis verwendet werden. Der Einsatz wird durch eine Homepage mit Schulungsmaterialien erleichtert.

Ansprechpartner

Prof. Dr. med. Axel Semjonow

Ärztlicher Leiter
Prostatazentrum am UKM
Universitätsklinikum Münster
Niels-Stensen-Str. 12
48149 Münster
Telefon: 0251 - 835 741 7
E-Mail: prostata@ukmuenster.de
www.prostatazentrum-ms.de

Prof. Dr. med.

Hans-Werner Hense

Stellvertr. Institutsleiter
Epidemiologie und Sozialmedizin
Westfälische Wilhelms-Universität
Münster
Albert-Schweitzer-Campus 1 D3 PLZ
48149 Münster
Telefon: 0251 - 835 539 9
E-Mail: hense@uni-muenster.de
www.medizin.uni-muenster.de/epi/
institut/

Prof. Dr. med. Norbert

Donner-Banzhoff

Stellvertr. Abtlgsleiter Allgemein-
medizin, Präv. und Rehabilitative
Medizin
Philipps-Universität Marburg
Karl-von-Frisch-Str. 4
35043 Marburg
Telefon: 06421 - 286 511 9
E-Mail: norbert@staff.uni-marburg.de
www.uni-marburg.de/fb20/
allgprmed

Weniger Medikamente im Abwasser

ESSEN MACHT'S KLAR

Autoren: Andrea Holte, Ralph-D. Köhn, Issa Nafu

Management Summary

Durch das Projekt Essen macht's klar (EMK) sollen weniger Medikamente in den Wasserkreislauf gelangen. Dadurch soll ein Beitrag zu einer dauerhaft hochwertigen Trinkwasserqualität und zum Schutz der Gewässer, inklusive ihrer Fauna, geleistet werden. Um diese Ziele zu erreichen, finden im Rahmen von EMK verschiedenste Aufklärungs- und Bildungsmaßnahmen statt.

Die Initiative läuft von Januar 2017 bis einschließlich Dezember 2018 in Essen. Sie wurde von drei Projektpartnern ins Leben gerufen: Den Wasserwirtschaftsverbänden Emschergerossenschaft (EG), die auch die Projektleitung inne hat, dem Ruhrverband (RV) und der Stadt Essen bzw. dem Projektbüro Grüne Hauptstadt Essen 2017.

EMK wird zu rund 80 Prozent vom Landesumweltministerium Nordrhein-Westfalen gefördert. Die verbleibenden 20 Prozent sind Eigenleistungen der Projektpartner. Diese stellen auch die in das Projekt eingebundenen MitarbeiterInnen. EMK wird von 23 Projektbeiräten und ca. 140 aktiven Unterstützern getragen, unter anderem der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein, dem Apothekerverband Essen Mülheim Oberhausen e. V., verschiedenen Schulen, Kliniken, Pflegeeinrichtungen und Vertretern aus der Politik.

Umsetzung

Für die Umwelt, insbesondere die Wasserqualität und damit auch für die Gesundheit der Wassernutzer ist es bedenklich, wenn Medikamente in den Wasserkreislauf gelangen. Genaue Aus- und Wechselwirkungen sind noch nicht endgültig erforscht, aber moderne Kläranlagen können Spurenstoffe nicht vollständig eliminieren. Um Arzneimittelrückstände in den Wasserkreislauf soweit möglich zu reduzieren, bedarf es einer Strategie, die breit und früh direkt an der Eintragsquelle ansetzt.

Aus diesem Grund ist in der Modellstadt Essen die Initiative EMK gestartet. Sie will die dortige Bevölkerung zu den Themen sicherer und sinnvoller Umgang mit Medikamenten einschließlich der Eindämmung einer teils nicht treffenden Selbstmedikation, korrekte Entsorgung von Arzneimitteln, die Reduzierung auf das notwendige Maß sensibilisieren. Verschiedene Zielgruppen, die besonders häufig mit Medikamenten umgehen, werden ganz spezifisch angesprochen, wie beispielsweise die Apothekerschaft oder Mediziner.

Abbildung 1 – Materialien der EMK Kampagnen (Beispiele)

Quelle: EMK, 2018.



EMK setzt sich aus vier Modulen zusammen. Zum einen geht es um die Verbreitung der Thematik in der Öffentlichkeit zur Erhöhung des Bekanntheitsgrades der Botschaft „Weniger Medikamente im Abwasser“. Dazu gehören Kampagnen (siehe Abbildung 1) unter Einbindung von Apotheken und anderen Kooperationspartnern sowie auch öffentliche Aktionen wie beispielsweise eine groß angelegte Medikamenten-Sammelaktion. Zum anderen bietet EMK zahlreiche Informationsmöglichkeiten für verschiedene Zielgruppen. Hierzu gehören unter anderem Fachvorträge an der Essener Volkshochschule und Aus- und Weiterbildungsangebote in Kliniken und Pflegeschulen. Zusätzlich gibt es für SchülerInnen verschiedener Altersgruppen (3.-6. Klasse, 7.-10. Klasse) Bildungsmodule. Unter anderem können Schüler mit einer Spurenstoff-Projektbox thematisch passende Experimente durchführen. Bei der Handhabung helfen entsprechend geschulte Lehrkräfte und auf Wunsch auch Studierende im Rahmen ihres Berufspraktikums. Ein dritter beziehungsweise vierter Aspekt von EMK ist die nachhaltige Verankerung der Thematik in öffentlichen Institutionen Essens sowie die abschließende Projektevaluierung.

Nächste Schritte

Ab Herbst 2018 sollen in einer weiteren Kampagne als besondere Zielgruppe Senioren angesprochen werden. Zusätzlich wird der Bereich der Pflege aktiv integriert. Ebenso soll ab Herbst eine ehrenamtliche Ausbildung von sogenannten Wasserbotschaftern starten, die den begleiteten Einsatz der Projektbox an Schulen gewährleisten sollen. Das Angebot wurde gemeinsam mit der Biologiedidaktik der Uni Duisburg-Essen, der Ehrenamt Agentur und der Volkshochschule entwickelt.

Nach erfolgter Evaluation von EMK und erfolgreichem Abschluss soll der Ansatz auch auf andere Städte übertragen werden.

Ansprechpartner

Dipl.-Ing. Andrea Holte

Projektmanagerin
Emschergenossenschaft /
Lippeverband
Kronprinzenstraße 24
45128 Essen
Telefon: 0201 - 104 3121
E-Mail: holte.andrea@eglv.de
www.machts-klar.de

Dr. med. Ralph-D. Köhn

Vorsitzender
KVNO Kreisstelle Essen
Lindenallee 29-41
45172 Essen
Telefon: 0172 - 212 146 0
E-Mail: dres.med.koehn@t-online.de
www.kvno.de

Dr. Issa Nafo

Leiter Abt. Entwicklung und
Management von Förderprojekten
Emschergenossenschaft /
Lippeverband
Kronprinzenstraße 24
45128 Essen
Telefon: 0201 - 104 2779
E-Mail: nafo.issa@eglv.de
www.eglv.de

Schutzhülsen für Ohrringe

FLUTEES

Autorin: Ramona Mignon

Management Summary

Das Projekt Flutees® – Schutzhülsen für Ohrringe zielt darauf ab, unangenehme Entzündungen bei gestochenen Ohrlochern zu vermeiden. Ebenso soll der Informationsstand in der Bevölkerung bezüglich der Nickelallergie verbessert werden.

Das Projekt wurde für Personen entwickelt, die mit einem allergischen Kontaktexzem auf Ohrschmuck reagieren. Flutees® sind Schutzhülsen aus medizinischem Kunststoff, die den Kontakt zwischen der Haut des Ohrlochs und dem Metall des Ohrsteckers zuverlässig unterbinden. Die Schutzhülsen werden durch Apotheken vertrieben; angestrebt ist eine ubiquitäre Verfügbarkeit von Flutees®. Daneben konzentriert sich das Projekt auf intensive Verbraucherinformationen. Via Massen- und Onlinemedien soll die Reichweite des Themas ausgedehnt werden. Federführend für das Projekt ist die Geschäftsführerin Ramona Mignon, die die Idee

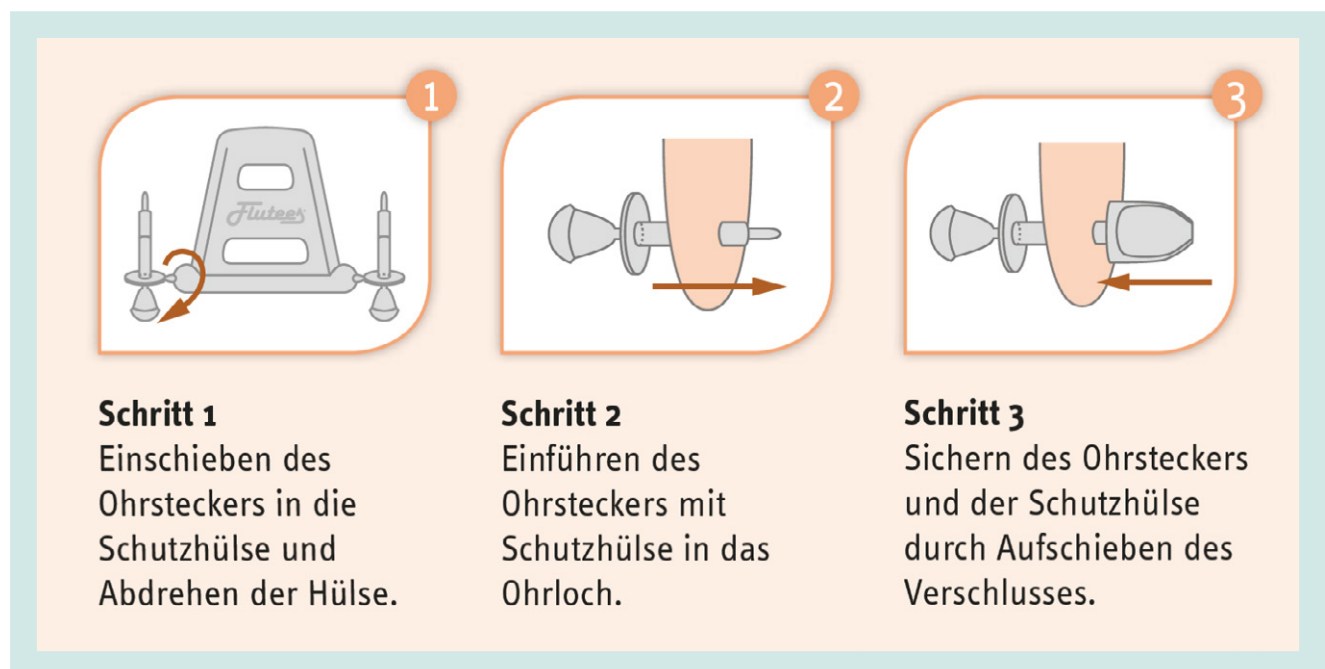
für Flutees® entwickelte. Die Unternehmensorganisation erfolgt dezentral. Vertrieb, Marketing und Kommunikationsinhalte werden zentral entwickelt und gesteuert. Die Finanzierung des Projekts erfolgt mit Eigenmitteln sowie Beteiligungskapital der MBG Rheinland-Pfalz.

Umsetzung

Die Nickelallergie ist nach dem Heuschnupfen, die am weitesten verbreitete Allergie. 32,2 Prozent der Frauen zwischen 32 und 44 Jahren sind davon betroffen. Ursache ist im Wesentlichen die Nickelaufnahme über Ohringe. Durch das Projekt Flutees® wird der Hautkontakt mit Nickel vermieden. So können allergische Reaktionen und unangenehme Entzündungen beim Tragen von Ohrsteckern verhindert werden. Zielgruppe des Projekts stellen in erster Linie Frauen dar, die Ohrstecker tragen.

Abbildung 2 – Anwendung von Flutees®

Quelle: Flutees®.



Um ein verbessertes Bewusstsein für die Problematik der Nickelallergie zu erzielen und mögliche Schutzmaßnahmen vor allergischen Reaktionen zu etablieren, wird die Reichweite von Onlinemedien wie Facebook, Instagram, Pinterest und Twitter genutzt. Ebenso werden Kooperationen mit Bloggern und Magazinen, Journalen sowie der Tagespresse geschlossen.

Nächste Schritte

Zukünftig sollen weitere Produkte zum Schutz von Metallkontakt entwickelt werden. Hierzu gehören beispielsweise Schutzhülsen für Piercings und gebogene Ohringe sowie Schutz vor Hautkontakt zu Ketten, Ringen, etc.

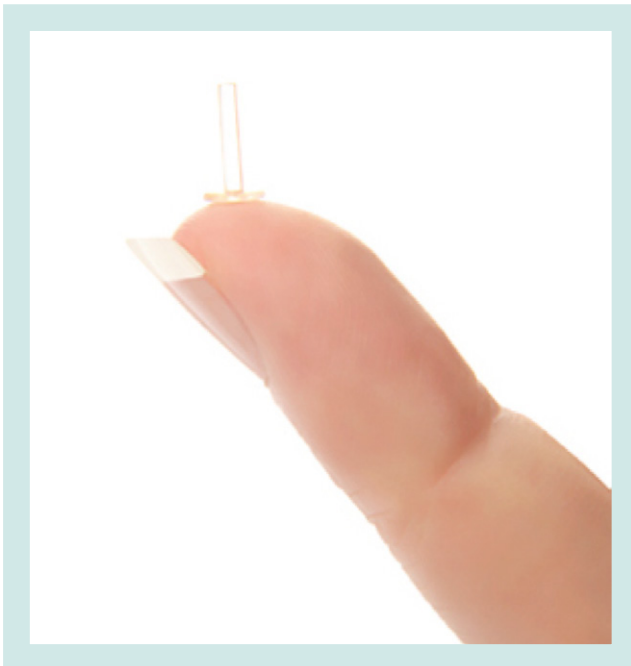
Ansprechpartner

Ramona Mignon

Geschäftsführung
Flutees Verwaltungsgesellschaft mbH
Dernauer Weg 17a
53501 Grafschaft
Telefon: 02641 - 911 810 6
E-Mail: r.mignon@flutees.de
www.flutees.de

Abbildung 1 – Flutees®-Schutzhülsen.

Quelle: Flutees®.



GENEXPRESSIONS DIAGNOSTIK BEI BRUSTKREBS

Autoren: Detlef Chruscz, Maximilian Ostmann Freitag und Ina Stellmacher

Management Summary

Das Versorgungsprogramm Genexpressionsdiagnostik bei Brustkrebs zielt darauf ab, die chemotherapeutische Behandlung von Brustkrebspatientinnen zu optimieren.

Multigentests wie die Genexpressionsdiagnostik ermöglichen eine möglichst akkurate Risikoeinschätzung. Diese Diagnostik kann dabei helfen zu entscheiden, ob bei der Behandlung von Brustkrebspatientinnen eine Chemotherapie stattfinden muss oder nicht. Die Ergebnisse der zusätzlichen Diagnostik bieten somit eine differenziertere Entscheidungsgrundlage für die Behandlung der betroffenen Patientinnen.

Genexpressionsdiagnostik stand gesetzlich versicherten Patientinnen bisher nicht zu Lasten ihrer Krankenkassen zur Verfügung. Der G-BA eröffnete mit der im August 2016 neu gefassten Richtlinie zur Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) zur Behandlung von gynäkologischen Tumoren erstmals gesetzlich versicherten Brustkrebspatientinnen diese Diagnostik. Allerdings haben sich in den letzten 24 Monaten aufgrund der großen Hürden kaum ASV-Teams bilden können. Somit bleibt diese Diagnostik den gesetzlich versicherten Patientinnen real nach wie vor verwehrt.

Um diese Versorgungslücke zu schließen und um den betroffenen gesetzlich versicherten Frauen den Genexpressionstest zu ermöglichen, wurde im Rahmen des Versorgungsprogramms ein Selektivvertrag zur Genexpressionsdiagnostik für die Therapieentscheidung bei Brustkrebspatientinnen zwischen Krankenkassen und Ärzten abgeschlossen.

Der Bundesverband der Deutschen Pathologen e. V., die BKK VBU sowie die CONVEMA Versorgungsmanagement GmbH arbeiteten den Selektivvertrag aus und legten somit die Rahmenbedingungen sowie die Vergütung für das Versorgungsprogramm fest. Die Abrechnung und Auszahlung der Vergütung erfolgte durch die CONVEMA GmbH. Dank des 2017 abgeschlossenen Selektivvertrags wird die Finanzierung der Genexpressionsdiagnostik bei Brustkrebs durch die teilnehmenden Krankenkassen übernommen. Bisher nehmen insgesamt 40 Krankenkassen an dem Versorgungsprogramm teil.

Umsetzung

Allgemein betrachtet profitieren Patientinnen mit Brustkrebs von einer chemotherapeutischen Behandlung. Da die Wirkstoffe, die im Rahmen einer Chemotherapie verabreicht werden, jedoch sehr stark sind, können teilweise unerwünschte Nebenwirkungen auftreten, die sogar lebensbedrohlich sein können. Vor der Verabreichung einer Chemotherapie sollte deswegen eine möglichst sorgfältige Risikoeinschätzung erfolgen.

Multigentests wie die Genexpressionsdiagnostik (GED) ermöglichen eine solche Risikoeinschätzung und können somit als Entscheidungshilfe für das weitere therapeutische Vorgehen dienen. Ziel des Versorgungsprogramms ist eine gezieltere Behandlung von Brustkrebspatientinnen sowie das Vermeiden von unnötigen chemotherapeutischen Behandlungen. Im Rahmen der GED wird eine Gewebeprobe des Tumors auf molekularer Ebene durch einen Pathologen untersucht, um bestimmte Gene zu analysieren.

Abbildung 1 – Versorgungspfad

Quelle: Eigene Darstellung.



Zielgruppe des Versorgungsprogramms sind Brustkrebspatientinnen, die bereits operiert wurden und für die anschließend eine Chemotherapie angesetzt ist, um das Rückfallrisiko zu verringern. Es können sowohl stationär behandelte als auch ambulant behandelte Patientinnen an dem Programm teilnehmen. Der Versorgungspfad, den die teilnehmenden Patientinnen durchlaufen sollen ist in Abbildung 1 dargestellt. Über das Tumorboard erfolgt die Auswahl der Patientinnen. Zunächst werden bei den betroffenen Patientinnen die Größe und die Eigenschaften des Tumors untersucht. Wenn diese Untersuchung allerdings keine eindeutige Aussage über die weitere Behandlung geben kann, ist eine GED sinnvoll. Indem die betreuenden Fachärzte die Patientinnen über die GED genau aufklären, wird eine Basis für eine gemeinsame Entscheidungsfindung geschaffen. Die mit der GED beauftragten Pathologen führen eine Biopsie des Tumors durch und teilen anschließend den zuständigen Fachärzten das entsprechende Untersuchungsergebnis mit. Die Wahl der GED ist dabei frei. Von Seiten der Krankenkassen wurde allerdings gefordert, dass die diagnostischen Verfahren eine CE-Kennzeichnung als Qualitätssiegel tragen. In einem weiteren Patientengespräch werden die Ergebnisse der GED dann ausführlich erläutert und es wird gemeinsam über die weitere Vorgehensweise beraten. Dabei werden die Therapieempfehlungen des interdisziplinären Tumorboards berücksichtigt; gleichzeitig werden die Patientinnen aber auch aktiv in den Entscheidungsprozess miteingebunden, sodass eine partizipative Entscheidungsfindung ermöglicht wird.

Nächste Schritte

In den nächsten Schritten sollen weitere Ärzte in das Versorgungsprogramm miteingeschlossen werden, um den betroffenen Patientinnen den Zugang zur GED zu vereinfachen. Darüber hinaus sollen mit weiteren Kassen Verträge abgeschlossen werden und damit die Wahrnehmung dieser Versorgungsmöglichkeit sektorenübergreifend erhöht werden. Dadurch könnten mehr Brustkrebspatientinnen erreicht werden.

Ansprechpartner

Maximilian Ostmann Freitag

Referent
Bundesverband Deutscher
Pathologen e.V.
Robert-Koch-Platz 9
10115 Berlin
Telefon: 030 - 308 819 70
E-Mail: bv@pathologie.de
www.pathologie.de

Detlef Chruszcz

Geschäftsbereich Versorgungs-
steuerung Produktentwicklung
CONVEMA
Versorgungsmanagement GmbH
Karl-Marx-Allee 90a
10243 Berlin
Telefon: 030 - 259 386 112 1
E-Mail: Detlef.Chruszcz@convema.com
www.terranet.ag/convema/

Ina Stellmacher

Fachbereichsleiterin
Unternehmensbereich
Versorgung und Verträge
BKK VBU
Lindenstraße 67
10969 Berlin
Telefon: 030 - 726 121 241
Fax: 030 - 72612-1249
E-Mail: ina.stellmacher@bkk-vbu.de
www.meine-krankenkasse.de

GESUNDHEITSGRUPPE DES VEREINS PROJEKT ANKOMMEN E. V.

Autorin: Karina Breiling

Management Summary

Die Gesundheitsgruppe des Vereins Projekt Ankommen e. V. will Flüchtlingen den Zugang zum deutschen Gesundheitssystem erleichtern. Hierfür bietet der Verein unter anderem Unterstützung bei Arztbesuchen an und stellt ein starkes, sektorübergreifendes Netzwerk zur Verfügung, das bei den unterschiedlichsten Belangen helfen kann. Der Verein besteht seit Anfang 2015. Die Gesundheitsgruppe finanziert sich, wie der gesamte Verein, über Mitgliedsbeiträge, Spenden und Preisgelder. Hinzu kommt die Landesförderung „Komm an NRW“. Der Verein wird ausschließlich von ehrenamtlichen Mitarbeitern geführt. Insgesamt gibt es aktuell etwa 400 Mitglieder.

Umsetzung

Wenn Geflüchtete in eine eigene Wohnung ziehen, fehlt es oft in vielerlei Hinsicht an Unterstützung. Projekt Ankommen e. V. setzt sich aus sieben Arbeitsgruppen zusammen (siehe Abbildung 1), von denen eine die Gesundheitsgruppe ist. Sie hat es sich zur Aufgabe gemacht, geflüchtete Menschen beim Erlangen und Aufrechterhalten ihrer physischen und psychischen Gesundheit zu unterstützen.

In erster Linie ist der Verein eine offene Anlaufstelle für alle Flüchtlinge und Menschen, die Geflüchteten helfen. Dabei ist es unerheblich, ob die betreffende Person ein Vereinsmitglied ist, oder nicht. Die Kontakte finden hauptsächlich über das „Herzstück“ des Vereins, die offene Sprechstunde (dienstags und mittwochs, inkl. Dolmetscher) sowie über die allgemeine E-Mail-Adresse des Vereins (kontakt@projekt-ankommen.de) statt. Themen, die die Gesundheit oder die Gesundheitsversorgung betreffen, werden an die Gesundheitsgruppe weitergeleitet. Manches Mal kann die Gruppe direkt helfen. Das ist beispielsweise der Fall, wenn ein Dolmetscher für einen Arztbesuch gebraucht wird oder ein Arztformular vor einem anstehenden Untersuchungstermin ausgefüllt werden muss. Aber auch extern ist die Gruppe hervorragend vernetzt und kann die Hilfesuchenden an andere Ansprechpartner, wie zum Beispiel eine Hausarztpraxis, weiter vermitteln. So trägt der Verein dazu bei, dass Geflüchteten der Einstieg ins deutsche Gesundheitssystem erleichtert wird. Auch Seelsorgeangebote – sowohl für Flüchtlinge als auch für Helfer – und Traumataugen gehören zum Leistungsspektrum. Es wurden zudem

bereits Fortbildungen zu Gesundheitsthemen organisiert, die sowohl für Helfer als auch Hilfesuchende eine wertvolle Informationsquelle darstellen können.

Im Rahmen des Projektes wird Gesundheit als ganzheitliches Konzept verstanden. Die Untergruppen des Vereins stehen im regelmäßigen Austausch miteinander. Angebote, die nicht explizit gesundheitsbezogen sind, haben dennoch einen Einfluss auf verschiedene relevante Aspekte. So kann zum Beispiel der Frauentreff einen wichtigen Beitrag zur seelischen Gesundheit leisten: Geflüchtete Frauen können sich in einem sicheren Umfeld untereinander austauschen, sich wirklich verstanden fühlen und einander helfen. Auch die verschiedenen Sportangebote tragen mittelbar zur psychischen und physischen Gesundheit bei.

Somit hilft das Projekt geflüchteten Menschen dabei, bei bestmöglicher Gesundheit nicht nur in den eigenen vier Wänden, sondern in der Gesellschaft und im System insgesamt anzukommen.

Abbildung 1 – Arbeitsgruppen des Projekt Ankommen e. V.

Quelle: Eigene Darstellung.



Nächste Schritte

Da der Verein wächst, ist einer der nächsten Schritte das Einstellen einer Bürokraft, damit sich die Arbeit der Ehrenamtlichen auf die Hilfe für die Menschen konzentrieren kann.

Die Gesundheitsgruppe will sich zukünftig besonders auf Frauen und Kinder konzentrieren. Das Angebotsspektrum umfasst einen Yogakurs für Frauen und eine Kunsttherapie jeweils mit einem ausgebildeten Therapeuten. Es ist geplant, das Spektrum um ein Therapieprojekt mit Kindern zu erweitern, allerdings fehlen aktuell die finanziellen Mittel für dieses Projekt.

Ansprechpartner

Karina Breiling

Vorstand

Projekt Ankommen e. V.

Fürstenbergweg 6

44141 Dortmund

Telefon: 0177 - 822 925 4

E-Mail: kontakt@projekt-ankommen.dewww.projekt-ankommen.de

Versorgungsstrukturen demenzkranker Patienten – ein intersektorales Versorgungskonzept

GNEF – DEMENZPROJEKT

Autorin: Carola Koch

Management Summary

Das Demenzprojekt des Gesundheitsnetz Frankfurt am Main eG (GNEF) will die Versorgung und Betreuung Demenzkranker und deren pflegender Angehöriger optimieren. Hierfür koordiniert und vernetzt es auf Basis eines sektorübergreifenden Versorgungspfades bereits bestehende Versorgungsstrukturen. Das Ziel ist der Erhalt der Teilhabe und der größtmöglichen Lebensqualität der Patienten und ihrer Angehörigen.

Das Demenzprojekt wird bereits seit dem Jahr 2014 umgesetzt. Das hessische Ministerium für Soziales und Integration förderte das Projekt in den ersten Jahren. Ein weiterer Teil wurde durch die Eigenmittel der Genossenschaft und die ehrenamtliche Arbeit der Mitglieder abgedeckt. Für die Jahre 2016-2018 konnte eine

Frankfurter Stiftung zur Mitfinanzierung gewonnen werden. Der Projektträger ist das GNEF. Die Zusammenarbeit über verschiedene Versorgungsebenen hinweg findet zusammen mit dem Caritasverband e. V. und der PalliativTeam Frankfurt GmbH als Partner statt.

Umsetzung

Demenzkrankungen sind keine Seltenheit, bleiben aber trotzdem für viele Betroffene und Angehörige ein Tabu-Thema. Patienten werden unter anderem aus diesem Grund häufig zu spät beim Arzt vorstellig. Informationen über Versorgungsangebote sind oft lückenhaft, vor allem was nicht-pharmakologische Therapieangebote betrifft. Die Versorgung erfolgt zudem häufig fragmentiert. Das Demenzprojekt des GNEF will enttabuisieren und sowohl die

Abbildung 1 – Versorgungsebenen im sektorübergreifenden Demenzprojekt des GNEF

Quelle: Eigene Darstellung.

1. Ebene: Präventive Hausbesuche (pHB)
• Screening und vertiefendes Assessment auf kognitive Leistungsstörung • Rückmeldung des Ergebnisses durch pHB an Hausarzt-Praxis
2. Ebene: Hausarzt
• Anamnese • Neuropsychiatrische Testverfahren • Laboruntersuchungen (Basislabor) • Bildgebende Verfahren • Überweisung in die Facharztbene: zur Sicherung der Diagnose bei unklaren Fällen, rascher Progredienz, Verhaltensauffälligkeiten, oder Patient jünger als 60 Jahre.
3. Ebene: Facharzt
• Diagnostik und Rückmeldung an den Hausarzt ggf. mit Therapieregime
4. Ebene: Einschreibung in das Projekt
Nach gesicherter Demenzdiagnose und Einschreibung des Patienten in das Projekt wird das Fallmanagement an die Versorgungsassistentin übergeben.
5. Ebene: Versorgungsassistentin
• Durchführung von Hausbesuchen bei Demenz-Patienten und deren Angehörigen • Erstellung eines bedarfsgerechten Hilfeplans und Koordinierung der zugehenden Dienste • Ansprechpartnerin von Patienten deren Angehörigen und den eingeschriebenen Ärzten • Durchführung von regelmäßigen Fallkonferenzen • Erhalt und Sicherstellung des Informationsfluss auch zwischen den Sektoren • Sozialrechtliche Beratung
6. Ebene: Palliativ Team
• Frühzeitige Beratung und Unterstützung von Pflegekräften Versorgungsassistentin und Haus- und Fachärzten • Angebot der spezialisierten ambulanten palliativ-Versorgung (SAPV) nach Verordnung durch den Haus- oder Facharzt

Diagnostik als auch Versorgung bei Demenz effizienter gestalten. Hierfür wird entlang einer Versorgungskette gehandelt und die intersektorale Zusammenarbeit von Prävention über Diagnostik bis hin zur Therapie strukturiert. Die demenzkranken Patienten sowie ihre Angehörigen werden bedarfsgerecht durch eine Versorgungsassistentin begleitet. Einzelne Elemente des Demenzprojektes sind aus Abbildung 1 ersichtlich.

Das Projekt richtet sich an Personen über 65 Jahre, mit einem Verdacht auf Demenz oder bereits gesicherter Demenz-Diagnose, sowie deren Angehörige. Eine Versorgungsassistentin unterstützt die Patienten über den gesamten Versorgungsprozess hinweg, berät in sozialrechtlichen Fragen und verwaltet die zentrale Patientenakte. Medizinische Diagnose und Versorgung erfolgen unter Einbeziehung der aktuell geltenden Leitlinie. Kernelemente des Projektes sind unter anderem das Medikamentenmanagement und die Aufklärung zum Krankheitsbild sowie Präventionsmaßnahmen. Die Prozessqualität wird anhand standardisierter Hausbesuchsprotokolle und Fallkonferenzen fortlaufend geprüft.

Ansprechpartner

Dr. Carola Koch

Vorstandsvorsitzende
GNEF Gesundheitsnetz
Frankfurt am Main eG
Schleusenweg 22
60528 Frankfurt am Main
Telefon: 069 - 257 880 08
E-Mail: carola.koch@gnef.de
www.gnef.de

Nächste Schritte

Die Finanzierung des Projektes soll nachhaltig gesichert werden. Es ist angedacht – bei erhöhtem Versorgungsbedarf – eine zweite Versorgungsassistentin einzustellen. Zudem soll das Projekt in andere Regionen übertragen werden.

INnovatives Einladungsverfahren zum Darmkrebsscreening

INELDA

Autorin: Dr. Claudia Wöhler

Management Summary

INELDA (INnovatives Einladungsverfahren zum Darmkrebsscreening) hat zum Ziel, das Wissen zum Thema Darmkrebs und die Akzeptanz der Darmkrebsvorsorge zu verbessern. So sollen Morbidität und Mortalität der Erkrankung gesenkt werden.

Hierfür hat die BARMER im Mai 2013 damit begonnen, anspruchsberechtigte Versicherte in Bayern gezielt zur Darmkrebsvorsorge einzuladen. Als erste Krankenkasse übernahm sie in diesem Rahmen auch die Kosten für den immunologischen Stuhltest (iFOBT), ein neues und besseres Testverfahren zur Darmkrebsfrüherkennung. Zu diesem Zweck wurde ein Vertrag mit der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) geschlossen. Alle Projektkosten wurden von der BARMER getragen.

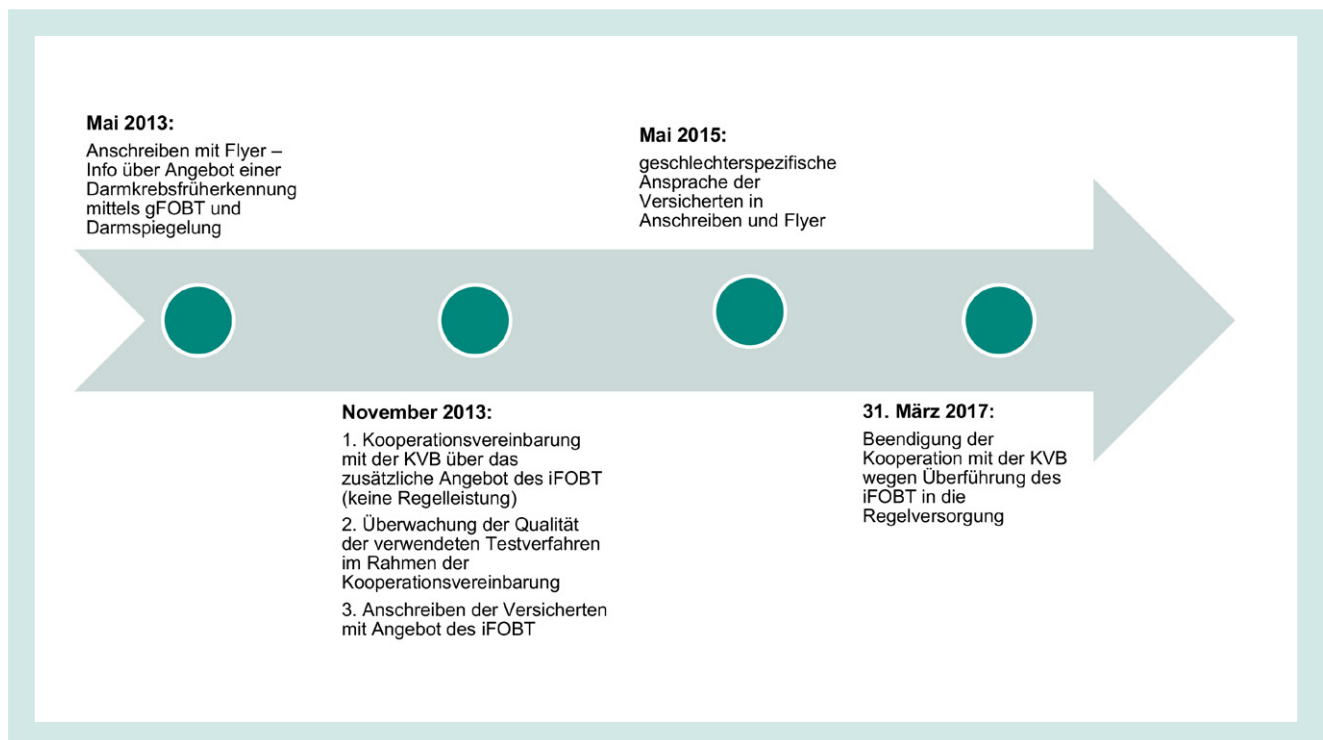
Jährlich werden rund 30.000 BARMER Versicherte in Bayern auf die Darmkrebsvorsorge hingewiesen.

Umsetzung

Darmkrebs ist eine der häufigsten Krebserkrankungen in Deutschland. Ein großer Teil der Erkrankungen könnte durch konsequente Vorsorge verhindert werden. Wenn Darmkrebs früh erkannt wird, haben Patienten gute Heilungschancen. Aus diesem Grund hat sich die BARMER in Bayern dazu entschieden, alle anspruchsberechtigten Versicherten gezielt auf bestehende Screening-Angebote hinzuweisen und zur Vorsorge einzuladen. Das sind zum einen Personen im Alter von 50 bis einschließlich 54 Jahren, für die ein jährlicher Stuhltest übernommen wird. Zum anderen sind es Personen ab einem Alter von 55 Jahren, für die die Kassen die Kosten einer Darmspiegelung tragen. Die Einladungen und Informationsmaterialien werden einmal monatlich an alle Versicherten versandt, die in dem jeweiligen Monat das 50. beziehungsweise 55. Lebensjahr vollenden. Seit 2015 erfolgt die Gestaltung von Einladung und Informationsflyer geschlechterspezifisch. Eine Gesamtübersicht des zeitlichen Ablaufs von INELDA ist aus Abbildung 1 ersichtlich.

Abbildung 1 – Zeitlicher Ablauf INELDA

Quelle: Eigene Darstellung.



Die Besonderheit bei INELDA war die Entscheidung der BARMER, anstatt des damals üblichen gFOBT Testes (Guajak-Test) den iFOBT Test (immunologischer Stuhltest) anzubieten. Beide Testverfahren dienen dazu, verstecktes Blut im Stuhl nachzuweisen, das ein Anzeichen für Darmkrebs oder eine Darmkrebsvorstufe sein kann. Der iFOBT Test hat eine höhere Entdeckungsrate für bösartige Darmtumore und deren Vorstufen sowie weniger falsch positive Ergebnisse und damit weniger unnötige Darmspiegelungen. Der Test ist außerdem einfacher in der Handhabung und hat deshalb eine höhere Akzeptanz. Mittlerweile ist dieser Test Bestandteil der Regelversorgung. Zur Vergütung dieser Leistung hatte die BARMER derzeit noch einen Vertrag mit der KVB abgeschlossen, in dessen Rahmen Ärzte ihre Patienten unter anderem spezifisch über den iFOBT informiert haben. Grund für die Wahl des Kooperationspartners war auch die Erfahrung, dass sich die Inanspruchnahme von Vorsorgemaßnahmen am besten im Rahmen der Arzt-Patienten-Kommunikation steigern lässt.

Die BARMER war mit diesem Projekt ein Vorreiter für die Implementierung des iFOBT in die Regelversorgung. Die gewonnenen Erkenntnisse, sowohl bei der Versichertenansprache als auch bei der Verwendung des iFOBT, konnten durch die BARMER in die entsprechenden Gremien auf Bundesebene eingebracht werden.

Nächste Schritte

Für die Ausgestaltung der Krebsfrüherkennungsrichtlinien (KFRL) ist der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) verantwortlich. Nach bereits erfolgter Einführung des iFOBT in die Regelversorgung sind mit G-BA-Beschluss vom 19.7.2018 folgende weitere Beschlüsse ergangen, wie ein geregeltes Einladungswesen zur Darmkrebsvorsorge, Qualitäts-sicherungsmaßnahmen und eine neue Versicherteninformation über den Nutzen und die Risiken der Screening-Teilnahme.

Ansprechpartner

Dr. Claudia Wöhler

Landesgeschäftsführerin
BARMER Landesvertretung Bayern
Landsberger Str. 187
80687 München
Telefon: 0800 - 333004 251100
E-Mail: Claudia.Woehler@barmer.de
www.barmer.de

Informierte Entscheidung bei unkomplizierten Harnwegsinfekten unter Einbindung eines Antibiotika-Schnelltests

INFORMHWI

Autoren: Julia Berg, Guido Schmiemann, Roland Windt

Management Summary

Bei InformHWI handelt es sich um ein Forschungsvorhaben. Im Rahmen des Projektes soll ein Versorgungskonzept zur leitliniengerechten Verordnung von Antibiotika bei unkomplizierten Harnwegsinfekten (uHWI) entwickelt, implementiert und evaluiert werden. Zudem soll die Öffentlichkeit über die Problematik der Resistenzentwicklung und (nicht-)antibiotische Behandlungsmöglichkeiten bei uHWI informiert werden. Im Rahmen des Projektes soll unter anderem geeignetes Informationsmaterial erstellt und ein Antibiotikaschnelltest eingeführt werden. InformHWI ist als ein Projekt der Rahmenkooperationsvereinbarung zwischen der AOK Bremen/Bremerhaven und der Universität Bremen entstanden. Beide Partner steuern zur Finanzierung bei und stellen die notwendigen personellen Ressourcen. Die wissenschaftliche Bearbeitung erfolgt durch die Universität, die Umsetzungsfragen werden durch die AOK aufgearbeitet.

Umsetzung

Harnwegsinfekte sind für mehr als ein Viertel aller Antibiotika-verordnungen im ambulanten Bereich verantwortlich. Sie spielen

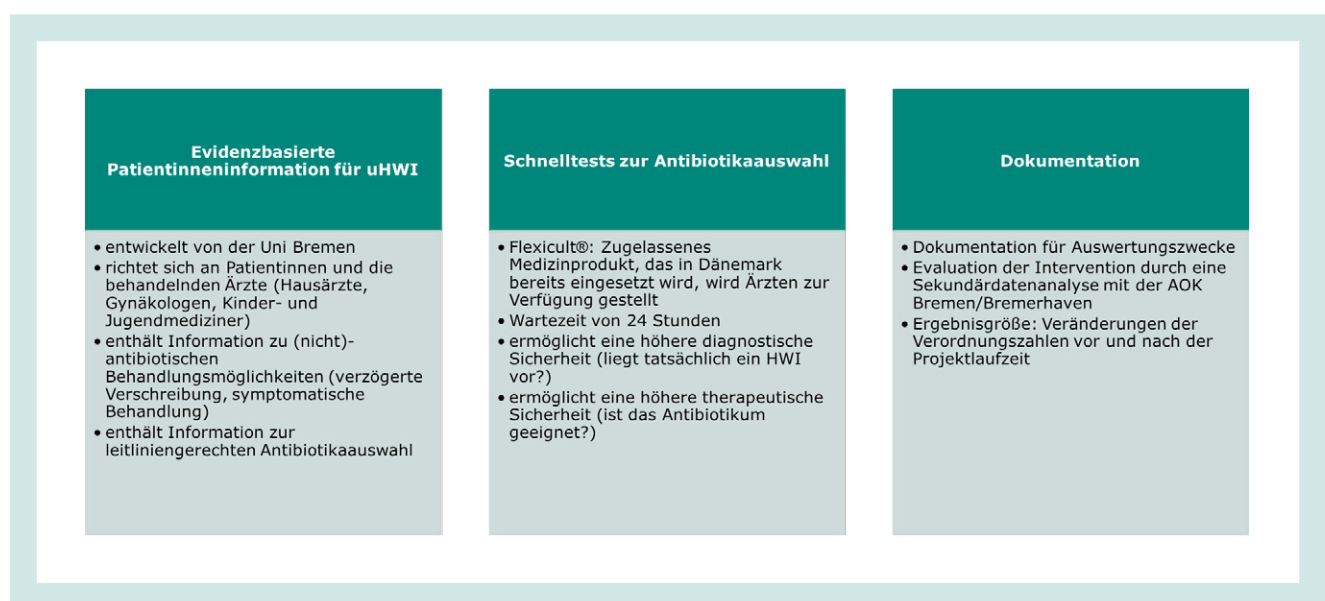
deshalb eine relativ große Rolle, wenn es um Strategien zur Vermeidung von Antibiotikaresistenzen geht. InformHWI richtet sich aus diesem Grund an alle weiblichen Versicherten der AOK Bremen mit dem Verdacht auf einen Harnwegsinfekt. Auch die behandelnden Ärzte (Hausärzte, Gynäkologen, Kinder- und Jugendmediziner) sind Teil der Zielgruppe. Es geht darum, ein leitlinienkonformes und evidenzbasiertes Versorgungskonzept zu entwickeln, das sich leicht auf andere Regionen übertragen lässt. Die einzelnen Elemente sind in Abbildung 1 zusammenfassend dargestellt.

Die geplante Studie informiert betroffene Patientinnen direkt über aktuellste, wissenschaftliche Erkenntnisse zur Behandlung von uHWI. Daneben trägt sie dazu bei, evidenzbasierte Versorgungsmaßnahmen im Versorgungsalltag zu verankern.

Die Informationen, die im Rahmen der Studie entwickelt und verfügbar gemacht werden, beziehen die Präferenzen von Patientinnen mit ein. Dies geschieht direkt, durch die Beteiligung eines Patientinnenbeirats, und indirekt, durch eine systematische Literatursuche zu den Präferenzen der Patientinnen. Kern ist die Vermittlung von Wissen zu Behandlungsalternativen, die keine Antibiotikagabe beinhalten, sowie auch zur leitliniengerechten Antibiotikaauswahl. Wissen zum

Abbildung 1 – Versorgungselemente von InformHWI

Quelle: Eigene Darstellung.



Thema Antibiotikaresistenz sowie (nicht-)antibiotischen Behandlungsmöglichkeiten sollen am Beispiel der uHWI auch in der Öffentlichkeit bekanntgemacht werden.

Zusätzlich kommt im Rahmen der Studie ein 24-Stunden-Schnelltest zum Einsatz, der den Arzt bei Diagnose und Therapie unterstützt. Ebenso wird an der Entwicklung eines Selektivvertrag-Modelles zum Versorgungskonzept gearbeitet. Hierfür sollen zusätzliche Kooperationspartner gewonnen werden.

Nächste Schritte

Das Versorgungskonzept soll im nächsten Schritt praktisch erprobt werden. Hierfür ist ein Selektivvertrag für Versicherte der AOK Bremen/Bremerhaven vorgesehen. Herausforderungen bei der praktischen Umsetzung des Vorhabens sind zum Beispiel die technische Ausstattung der Arztpraxen sowie gegebenenfalls die Einbindung medizinischer Labore.

Ansprechpartner

Dr. med. Guido Schmiemann

Stellv. Leiter Abteilung für
Versorgungsforschung,
Universität Bremen
Grazer Str. 4
28359 Bremen
Telefon: 0421 - 218 688 15
E-Mail: schmiemann@uni-bremen.de

Dr. Roland Windt

Apotheker
AOK Bremen/Bremerhaven
Bürgermeister-Smidt-Str. 95
28195 Bremen
Telefon: 0421 - 176 11 64
E-Mail: Roland.Windt@hb.aok.de

Julia Berg

Beraterin im
Versorgungsmanagement
AOK Bremen/Bremerhaven
Bürgermeister-Smidt-Str. 95
28195 Bremen
Telefon: 0421 - 176 11 34
E-Mail: julia.berg@hb.aok.de

Sensorausgestattete Schuheinlage zur Prophylaxe von Fußgeschwüren (Ulcus)

INTELLIGENTE SCHUHEINLAGE FÜR PATIENTEN MIT DIABETISCHER NEUROPATHIE

Autoren: Peter R. Mertens, Isabell Walter

Management Summary

Das hier vorgestellte Projekt ISE („Intelligente“ Schuheinlage) hilft bei der Früherkennung von Fußgeschwüren bei Patienten mit peripherer sensorischer Polyneuropathie. Hierbei handelt es sich um eine Erkrankung des peripheren Nervensystems unterschiedlichster Ursache, die mit Muskelschwäche und Gefühlsstörungen einhergeht.

Eine mit acht Temperatursensoren ausgestattete Schuheinlage wird hier mit einer App zur Erfassung und Weitervermittlung von Temperaturdaten kombiniert. Bei Temperaturauffälligkeiten wird der behandelnde Arzt alarmiert und kann gegebenenfalls entsprechende Vorsorgemaßnahmen einleiten. Letztendlich sollen so Amputationen verhindert und die Erkrankungsrate bei Polyneuropathie-Patienten gesenkt werden.

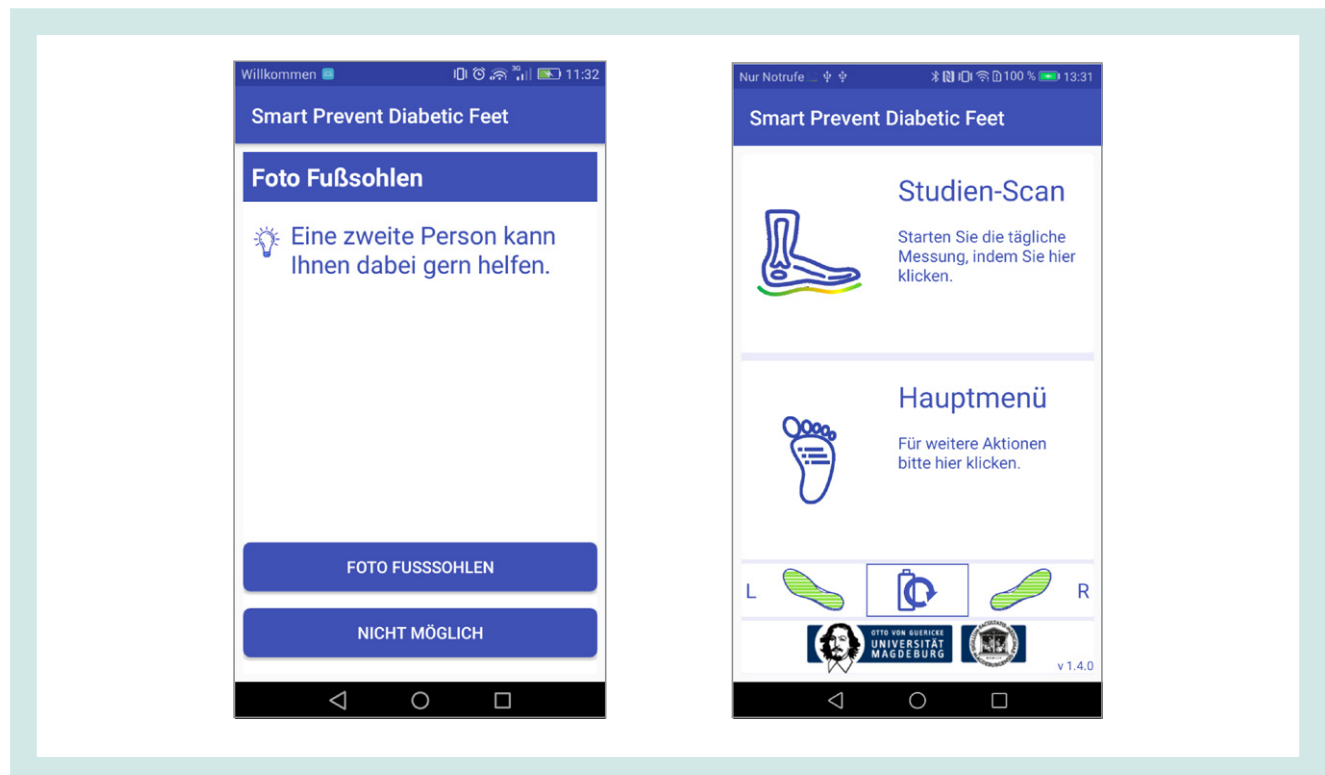
Das Projekt wurde 2013 von Prof. Peter R. Mertens an der Klinik für Nieren- und Hochdruckkrankheiten, Diabetologie und Endokrinologie der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg ins Leben gerufen. Hier findet derzeit auch die Durchführung einer klinischen Studie für dieses Versorgungskonzept statt. Programmierung und Konfiguration der Sohle wurden durch den Europäischen Fonds für regionale Entwicklung im Rahmen des Verbundprojektes „Autonomie im Alter“ finanziert.

Umsetzung

Zielgruppe sind alle Patienten mit peripherer sensorischer Polyneuropathie, also einer Schädigung der peripheren Nerven, wie zum Beispiel in Armen oder Beinen. Mit einer Polyneuropathie geht

Abbildung 1 – Smartphone App

Quelle: Universitätsklinik für Nieren- und Hochdruckkrankheiten.



ein erhöhtes Risiko für eine Schädigung der Füße einher. Am häufigsten sind hiervon Diabetes-Patienten betroffen. Das diabetische Fußsyndrom verursacht rund 40.000 Amputationen jährlich und ist mit einer erheblichen Beeinträchtigung der Lebensqualität der Patienten verbunden. Die intelligente Sensor-Einlegesohle kann mittels eines Temperatursensors bei der Früherkennung und Prävention des diabetischen Fußsyndroms helfen.

In die Oberfläche der Einlegesohle sind flache, gleichmäßig starke Vertiefungen (Profile) eingearbeitet, in die Druck- und Temperatursensoren eingelegt sind. Diese Sensoren sind über dünne Drähte mit einer Verarbeitungseinheit für eine Bluetooth-Kommunikation verbunden. Das Profil ist so gestaltet, dass an den individuell bestimmten gefährdeten Orten zur gleichen Zeit eine Temperatur- und Druckmessung erfolgen kann.

Eine ergänzende Smartphone App hat zwei wesentliche Funktionen (s. Abbildung 1). Zum einen zeigt sie Temperaturauffälligkeiten an und alarmiert so bei möglicher Geschwürbildung. Zum anderen ermöglicht sie eine fotografische Dokumentation der Füße. Die entsprechenden Daten werden an einen Server übermittelt und durch den behandelnden Arzt täglich auf etwaige Auffälligkeiten durchgesehen. Eine automatisierte Hinweisfunktion bei wiederholten Auffälligkeiten ist einprogrammiert. Zur Sicherheit werden die Echtzeitsensordaten vor ihrer Versendung verschlüsselt und anschließend pseudonymisiert in einer Datenbank verwaltet.

Nächste Schritte

Die derzeitige klinische Studie läuft noch bis zum Jahr 2021. Sie wird Informationen zum Nutzerverhalten, zur Auswertung von Temperaturdaten sowie der fotografischen Dokumentation liefern. Derzeit werden vor allem Hausärzte und Diabetologen eingebunden, die Einbeziehung weiterer Gesundheitsberufe ist angedacht.

Ansprechpartner

Prof. Dr. med. Peter R. Mertens

Direktor

Universitätsklinik für Nieren- und

Hochdruckkrankheiten

Leipziger Str. 44

39120 Magdeburg

Telefon: 0391 - 6713236

E-Mail: peter.mertens@med.ovgu.de

www.knep.ovgu.de

Dr. med. Isabell Walter

Assistenzärztin

Universitätsklinik für Nieren- und

Hochdruckkrankheiten

Leipziger Str. 44

39120 Magdeburg

Telefon: 0391 - 6721745

E-Mail: isabell.walter@med.ovgu.de

www.knep.ovgu.de

JUGENDUNTERSUCHUNG (J1) – „FREUNDE FÜRS LEBEN“

Autorin: Katja Mann

Management Summary

Das Projekt J1 – „Freunde fürs Leben“ konzentriert sich darauf, das Interesse von Jugendlichen an gesundheitlichen Themen zu wecken und somit ihre Gesundheitskompetenz weiter zu entwickeln. Dazu wird in circa zehn Schulen pro Jahr, in Sachsen-Anhalt und in Sachsen, über die gesetzlich empfohlene Jugendgesundheitsuntersuchung J1 aufgeklärt. Es werden Themenbereiche wie Impfen, Suchtmittelkonsum und sexuell übertragbare Krankheiten angesprochen. Im Kontext von Projekttagen durchlaufen die Schüler im Zuge interaktiv gestalteter Unterrichtsstunden verschiedene Projektstationen zu gesundheitsrelevanten Themen. Mit Blutdruckmessgeräten, Stethoskopen oder Reflexhammer können sie sich selbst testen. Das erleichtert das Verständnis und sie werden dafür sensibilisiert, welche Vorteile ein Beratungsgespräch beim Arzt mit sich bringen kann. Das Projekt J1 – „Freunde fürs Leben“ wurde 2009 von Katja Mann ins Leben gerufen und wird durch sie und das Projektteam der Gesundheitsförderung Aktiv (Gefö Aktiv) GbR geführt.

Die Finanzierung erfolgt mittels Sponsorengeldern von Sanofi Pasteur (2009–2016), der BARMER, der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt (KVSA), dem Landesfrauenrat Sachsen-Anhalt, der Sachsen-Anhaltischen Krebsgesellschaft e. V., MSD SHARP & DOHME GmbH sowie dem Verein Gesundheit für alle. Die Gefö Aktiv GbR erbringt die Konzeption und Projektentwicklung und die Kosten für die Pflege der Website ehrenamtlich.

Umsetzung

Die durchschnittliche Teilnehmerrate an der J1-Jugendgesundheitsuntersuchung beläuft sich bundesweit auf 43,4 Prozent. In Sachsen-Anhalt liegt die Teilnehmerate unter dem Bundesdurchschnitt. Das Projekt zielt drauf ab, mehr Schüler zu erreichen und die Teilnahme an der J1-Jugenduntersuchung zu steigern.

Die Zielgruppe von J1 – „Freunde fürs Leben“ sind Jugendliche im Alter von 13 bis 14 Jahren. Der Zugang zur Zielgruppe erfolgt über Schulen in Sachsen-Anhalt und Sachsen, die kostenfrei an dem Projekt teilnehmen können. Im Rahmen des Projekts werden die wesentlichen Merkmale der Gesundheitsförderung beachtet (siehe

Abbildung 1). Gesundheitsförderung hat das Ziel, den Menschen gesund zu erhalten, vor Krankheit zu schützen und den Gesundheitszustand zu verbessern. Im Rahmen von J1 – „Freunde fürs Leben“ soll den Schülern Wissen unter der Berücksichtigung der Partizipation vermittelt.

Die teilnehmenden Schulen setzen die Projekthalte sowohl in einer Projektwoche oder auch im Biologieunterricht um. In zwei interaktiv gestalteten Unterrichtsstunden werden die relevanten Inhalte vermittelt: In der ersten Stunde erfolgt ein interaktives Wissensquiz, das sich auf Themen wie Impfungen, sexuell übertragbare Krankheiten sowie das allgemeine Gesundheitsbewusstsein konzentriert. Abschließend werden die Schüler über Humane Papillomviren (HPV) und Impfungen allgemein aufgeklärt. Dabei werden die Schüler darüber informiert, wie Impfungen wirken und welche Impfstoffe existieren; ebenso werden die Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) thematisiert. In der zweiten Stunde durchlaufen die Schüler sieben Gesundheitsstationen. Dabei können sie sich mit Themen wie: Herzgesundheit, Blutdruck, Reflexe, Sucht, Body-Mass-Index, Impfen und Sehen beschäftigen. An den jeweiligen Stationen können

Abbildung 1 – Merkmale der Gesundheitsförderung

Quelle: Eigene Darstellung



die Schüler ärztliche Geräte austesten und Informationen zu den genannten Themen erhalten. Dadurch sollen möglicherweise Ängste vor medizinischen Untersuchungen abgebaut werden. Zusätzlich zu den schulischen Veranstaltungen werden Informationsflyer an die Eltern der Schüler ausgegeben. Dabei wird das Projekt J1 – „Freunde fürs Leben“ dargestellt, Informationen über die Jugendgesundheitsuntersuchung sowie über den Ablauf des Projekttages geliefert.

Nächste Schritte

Für die Zukunft ist eine deutschlandweite Ausweitung des Projekts J1 – „Freunde fürs Leben“ geplant. Außerdem soll eine Gesundheits-App entwickelt werden, die spezifisch auf die Bedürfnisse der Teenager abgestimmt ist.

Ansprechpartner

Dipl. Gesundheitswirtin**Katja Mann**

Gesellschafterin

Gefö Aktiv GbR

Am Hammelberg 31c

39114 Magdeburg

Telefon: 0176 - 410 928 70

E-Mail: info@j1-gesundheit.dewww.j1-gesundheit.de

Kampagne zur Steigerung der Teilnahme an der Jugendgesundheitsuntersuchung (J1)

J1-KAMPAGNE: „EVERY HERO NEEDS A DOCTOR“

Autoren: Uschi Traub, Roland Schmierer, Thomas Schönauer

Management Summary

Die J1-Kampagne „Every hero needs a doctor“ hat zum Ziel, die Jugendgesundheit zu verbessern. Dies soll über eine Steigerung der Teilnahme an der ersten Jugendgesundheitsuntersuchung (J1) erreicht werden. Hierfür wurde an Baden-Württembergs Schulen eine Kampagne gestartet, die verschiedene Informationsmaterialien beinhaltete. Darunter waren beispielsweise Elternbriefe, Plakate und 3D-Postkarten für Schüler der relevanten Klassenstufe.

Das Gesundheitsdezernat des Landratsamts Ludwigsburg hat die Kampagne gemeinsam mit der Kreisärzteschaft Ludwigsburg, dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte und der Robert-Franck-Schule im Jahr 2012 im Landkreis Ludwigsburg initiiert. Die Finanzierung erfolgte durch Mittel des Gesundheitsdezernates

sowie durch Sponsoring von Ade Druck und Sanofi Pasteur MSD GmbH. Die J1-Kampagne erreichte in der ersten Pilotphase etwa 90 Schulen sowie 200 Haus- und Kinderärzte. In der zweiten Pilotphase wurden weitere 83 Schulen gewonnen. Die Teilnehmerate an der J1 im Landkreis konnte von 57% auf 73% erhöht werden.

2015 wurde die Kampagne durch die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) landesweit an allen weiterführenden Schulen umgesetzt und finanziert.

Umsetzung

Obwohl die Teilnahme an der J1 im Kinderschutzgesetz Baden-Württembergs verankert ist, nimmt nur jeder zweite Jugendliche diese

Abbildung 1 – Bild der J1-Kampagne

Quelle: Landratsamt Ludwigsburg



Untersuchung wahr. Die J1 ist für die Altersgruppe von 12 bis 14 Jahren gedacht und dient unter anderem dem Erkennen von Haltungsschäden, Impfdefiziten, psychischen Erkrankungen sowie dem Erfassen des allgemeinen Gesundheitsverhaltens. Damit können über die Teilnahme wichtige gesundheitliche Aspekte abgeklärt und gegebenenfalls entsprechende Präventions- oder Behandlungsmaßnahmen eingeleitet werden. Zielgruppe der J1 Kampagne sind dementsprechend Schüler der siebten Klassen sowie Kinder- und Hausärzte in Baden-Württemberg.

In einer ersten Projektphase haben Elftklässler einer Schule im Kreis Ludwigsburg einen Slogan, Flyer, Plakate und einen Kurzfilm für die Kampagne entwickelt (siehe Abbildung 1). Die Medien wurden anschließend professionell produziert. Das Gesundheitsdezernat des Landratsamts Ludwigsburg hat einen ergänzenden Elternbrief entworfen und sich mit einem Anschreiben an die Schulleitungen gewandt. Auf diese Weise bekamen letztendlich alle Siebtklässler im Landkreis die Medien über ihre Schulen. Mit einem Klassenwettbewerb wurden die Siebtklässler zusätzlich angespornt, zur J1 zu gehen – die Klasse mit den meisten Teilnehmern gewann einen Ausflug in den Hochseilgarten. Auch an Kinderärzte, Hausärzte und hausärztlich tätige Internisten wurden die Materialien verteilt. Nach zwei Pilotphasen wurde das Projekt im Jahr 2015 landesweit umgesetzt.

Ansprechpartner

Dr. med. Uschi Traub

Leiterin
Gesundheitsförderung / Prävention
Dezernat Gesundheit und
Verbraucherschutz
Landratsamt Ludwigsburg
Hindenburgstr. 20/1
71638 Ludwigsburg
Telefon: 07141 - 14441332
E-Mail: praevention@
landkreis-ludwigsburg.de
www.landkreis-ludwigsburg.de

Nächste Schritte

In einem nächsten Schritt ist ein Treffen mit der KVBW und dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte geplant. Die Gründung eines Runden Tisches mit Ministerien und Krankenkassen ist angedacht. So könnte man für die Zukunft noch besser darauf hinarbeiten, dass Jugendliche beziehungsweise deren Eltern regelmäßig und landesweit über die J1 informiert werden.

Auch die lokale Motivationsarbeit soll verbessert werden, beispielsweise durch Wettbewerbe, wie sie bereits im Landkreis Ludwigsburg erprobt wurden.

KINDER- UND JUGENDHOSPIZ BALTHASAR

Autor: Rüdiger Barth

Management Summary

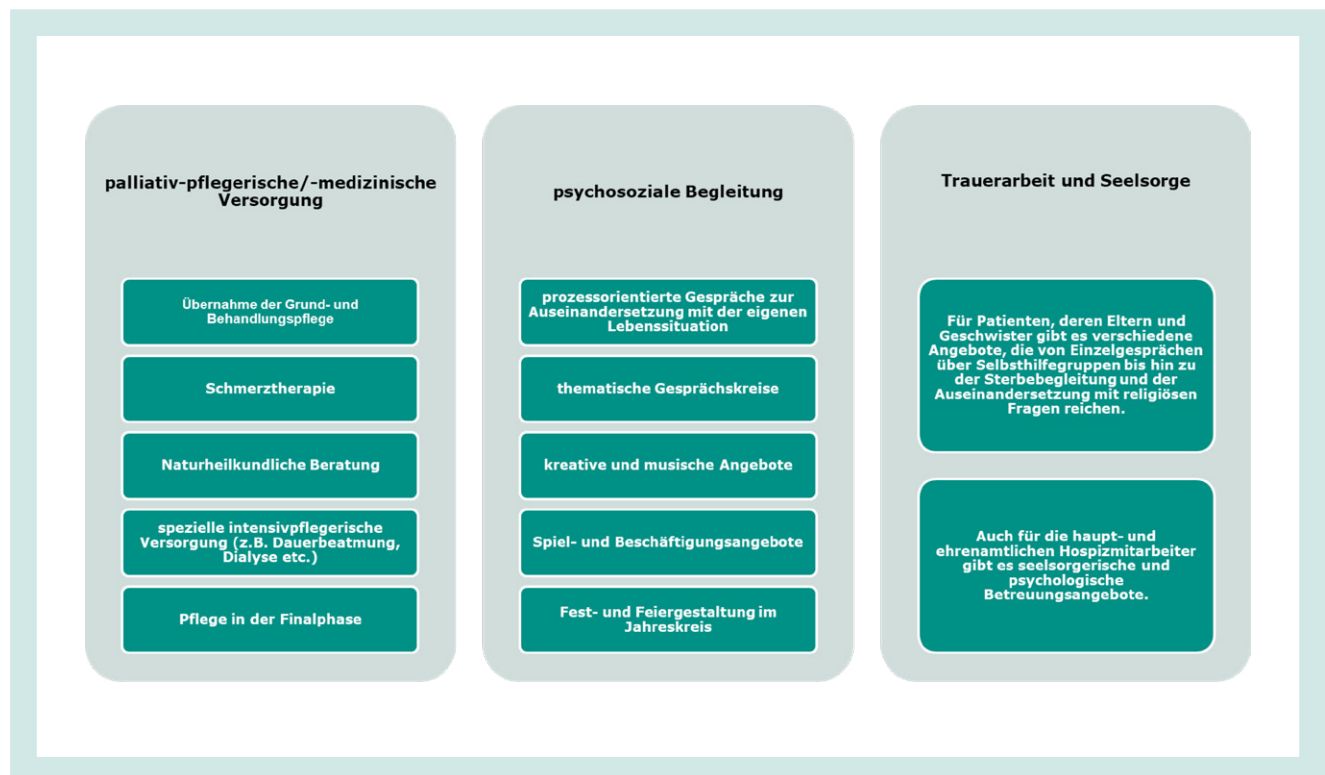
Das Kinder- und Jugendhospiz Balthasar hilft schwerstkranken Kindern und Jugendlichen sowie ihren Familien von der Diagnose einer unheilbaren Krankheit bis hin zum Tod. Sie sollen die verbleibende gemeinsame Lebenszeit möglichst schmerzfrei und erfüllt erleben können. Dafür bietet es ihnen eine ganzheitliche Betreuung, die sich für die Angehörigen auch über den Tod des Kindes hinaus erstreckt. Einzelne Elemente sind unter anderem die Seelsorge, die psychosoziale Begleitung und die medizinisch-pflegerische Unterstützung beziehungsweise Versorgung. 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 dort zu lernen mit der Trauer und dem Schmerz umzugehen. Durch Kinderkrankenpflege-, Krankenpflege- und Pädagogikpersonal werden die Eltern entlastet und Geschwisterkinder altersspezifisch versorgt.

In der letzten Lebensphase der Kinder können die Eltern rund um die Uhr im Haus sein. Es gibt einen Abschiedsbereich, der von den Familien persönlich gestaltet werden kann. Auch nach dem Tod des Kindes bleibt das Hospiz Anlaufstelle für die Angehörigen.

1998 wurde das Kinderhospiz Balthasar auf Initiative betroffener Eltern in Olpe gegründet. Dies geschah in Zusammenarbeit mit der gemeinnützigen Gesellschaft der Franziskanerinnen zu Olpe mbH (GFO). Im Jahr 2009 folgte mit dem Jugendhospiz Balthasar das erste deutsche Hospiz für Jugendliche und junge Erwachsene. Die GFO ist auch heute noch Trägerin des Hospizes. Die Finanzierung erfolgt zu 50 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 leider nicht deckt. Jährlich werden so rund 300 Familien im Balthasar begleitet.

Abbildung 1 – Versorgungs- und Betreuungsangebote im Kinder- und Jugendhospiz Balthasar

Quelle: Eigene Darstellung.



Umsetzung

Das Kinder- und Jugendhospiz Balthasar ist für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene bis zu einem Alter von 27 Jahren da, die eine palliativmedizinische Versorgung benötigen. Sie leiden an einer unheilbaren Erkrankung und werden voraussichtlich im Kindes- und Jugendalter an dieser versterben. Nicht nur für die Patienten selbst, sondern auch für das gesamte Umfeld beginnt mit der Diagnose der jeweiligen Krankheit eine extrem schwere und belastende Zeit – physisch, psychisch, sozial und finanziell.

Zu Beginn werden in einem Aufnahmegespräch die aktuellen Sorgen der Familien aufgenommen. Hier wird auch eine schriftliche Vereinbarung getroffen, die das Vorgehen in einem Notfall festlegt. Bei den entstandenen Beratungsthemen geht es etwa um den Verlust von Fähigkeiten des Kindes, um Eheprobleme, berufliche oder finanzielle Schwierigkeiten. Beispiele der einzelnen Angebote und Betreuungsmöglichkeiten sind in Abbildung 1 dargestellt. In der Regel finden zur Entlastung des Familiensystems für die erkrankten Kinder und deren Familien mehrere Aufenthalte im Balthasar statt. In der letzten Lebensphase ist der Aufenthalt zeitlich unbegrenzt. Im Hospiz gibt es, neben Kinder- und Jugendzimmern, auch Familienzimmer und Begleiter-Appartements. Das Balthasar hat neben einem Aufenthaltsraum unter anderem auch ein eigenes Therapiebad, einen Lese- und Entspannungsraum, einen Werkraum und einen Bewegungsraum. Sogar ein Snoezelenraum ist vorhanden. Das ist ein Raum, in dem ein Klang-Wasserbett, Wassersäulen und warme Lichteffekte das Vergessen und Wohlfühlen erleichtern. Auch die Möglichkeit der Aromatherapie besteht. Insgesamt werden die jungen Patienten und ihre Familien über Wochen, Monate oder auch über Jahre hinweg begleitet.

Seit einigen Jahren finden zudem Seminare über den Umgang mit sterbenskranken Kindern und ihren Familien statt. Auch die berufsbegleitende Fortbildung zum Kindertrauerbegleiter wurde von Balthasar-Mitarbeitern entwickelt. So sollen das Wissen und die gewonnenen Erfahrungen an Fachleute aus Pflege, Seelsorge und Pädagogik weitergegeben und weitere Multiplikatoren gewonnen werden. Auch gibt es mit klartext! ein Angebot für trauernde Jugendliche aus ganz Deutschland. Das niedrigschwellige Angebot besteht aus einem Sorgentelefon und einem Chatroom im Internet, also anonymen Möglichkeiten, Hilfe im Umgang mit der Trauer zu bekommen.

Nächste Schritte

In Zukunft möchte das Kinderhospiz Balthasar begonnene Angebote aufrechterhalten und bei Bedarf weiter ausbauen.

Ansprechpartner

Rüdiger Barth

Leiter

Kinder- und Jugendhospiz Balthasar

Maria-Theresia-Straße 30a

57462 Olpe

Telefon: 02761 - 926 540

E-Mail: ruediger.barth@kinderhospiz.dewww.kinderhospiz.de

Sektorenübergreifende Versorgung psychosozial und gesundheitlich benachteiligter Familien mit Beginn in der Geburtsklinik

KINDERZUKUNFT

Autoren: Wilfried Kratzsch, Sebastian Hentsch und Volker Soditt

Management Summary

KinderZUKUNFT ist ein sektorenübergreifendes Präventionsprogramm. Ziel ist es dabei, dass alle Kinder – unabhängig von ihrer sozialen Herkunft – gesund aufwachsen und drohenden Entwicklungs- und Verhaltensstörungen in der frühen Kindheit und damit verbundenen – teils lebenslangen – gesundheitlichen Spätfolgen vorgebeugt wird. Das Modell führt in der Versorgung der Familien Professionen und Institutionen des Gesundheitswesens (Kliniken und niedergelassene Ärzte) und der Jugendhilfe zusammen, die bisher mehr nebeneinander als zusammen gearbeitet haben. KinderZUKUNFT wurde 2011 von den Städtischen Kliniken Solingen mit ins Leben gerufen und wird an zehn Standorten in Nordrhein-Westfalen umgesetzt. Die Finanzierung des Modells ist in Solingen vertraglich zwischen dem Bereich Jugendhilfe der Stadt Solingen und den Städtischen Kliniken Solingen geregelt. Die Kosten werden zu 75 Prozent von der Stadt, aus den Mitteln der Bundesstiftung Frühe Hilfen, getragen; das Krankenhaus übernimmt 25 Prozent.

Umsetzung

In der Mehrzahl der Fälle lassen sich Entwicklungs- und Kindeswohlgefährdungen bereits zum Zeitpunkt der Geburt voraussagen. Das ist zum Beispiel der Fall, wenn psychosoziale und gesundheitliche Risikofaktoren wie Armutsverhältnisse, familiäre Überforderungen, Sucht- und psychische Erkrankungen vorliegen und/oder sich Hinweise auf frühe Eltern-Kind-Interaktionsstörungen ergeben. Die Geburtshilfe bietet einen besonders geeigneten Zugang zu gefährdeten Familien. Hier setzt das Modell KinderZUKUNFT an.

Sobald eine schwangere Patientin durch eine Hebamme in der Geburtsklinik aufgenommen wird, findet ein Risikoscreening statt (siehe Abbildung 1, Phase I). In Fällen, in denen ein erhöhter Unterstützungsbedarf festgestellt wird, führt eine Familienkinderkrankenschwester, die im Rahmen des Projektes als Koordinatorin tätig ist, ein umfassendes erstes Gespräch. Stimmt die Familie zu, vermittelt die Koordinatorin bedarfsorientiert an sektorenübergreifende

Abbildung 1 – Ablaufschema KinderZUKUNFT

Quelle: Eigene Darstellung



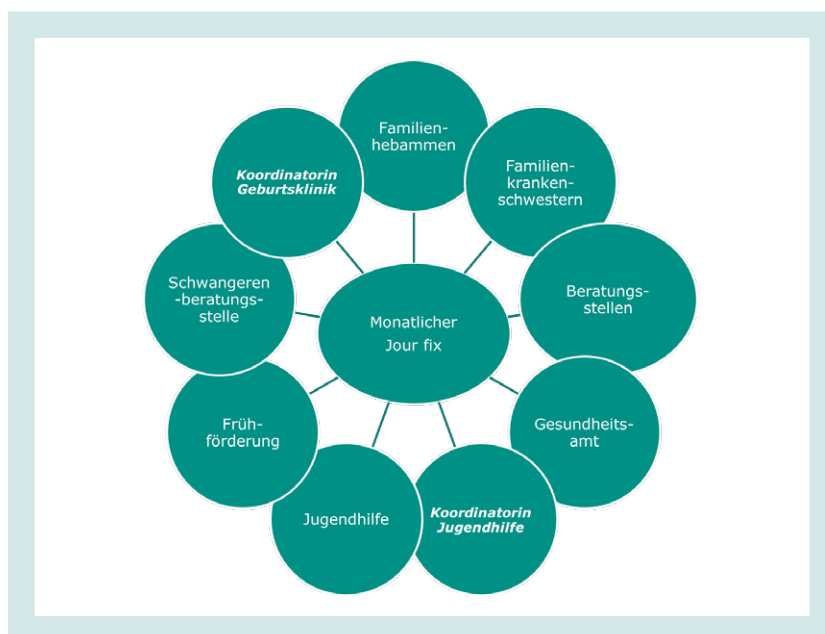
Angebote aus dem Versorgungsnetzwerk weiter, wie beispielsweise an Familienhebammen, Kinderkrankenschwestern und der Jugendhilfe (siehe Abbildung 1, Phase II). Die Überleitung der Kinder zu den niedergelassenen Kinderärzten spielt eine zentrale Rolle. Diese achten darauf, dass die Familien weitere Unterstützungen erhalten, diese Angebote miteinander abgestimmt werden und entwicklungsgefährdeten Kindern im Rahmen der U-Untersuchungen frühzeitig Förderung angeboten wird. Monatlich findet ein „Runder Tisch“ in der Klinik statt, zu dem die Koordinatoren der Geburtsklinik und der Jugendhilfe einladen (siehe Abbildung 2). Sektorenübergreifend nehmen Akteure aus dem Gesundheitsbereich, der Jugendhilfe sowie weiteren Bereichen des Netzwerkes „Frühe Hilfen“ (z. B. Frühförderung, Schwangerenberatungsstellen) teil, besprechen komplexe Problemfälle, bauen bisher bestehende Vorurteile ab und finden gemeinsam Lösungswege.

Nächste Schritte

Kinder- und insbesondere Frauenärzte sollen zukünftig noch stärker als bisher in das sektorenübergreifende Versorgungsnetzwerk einbezogen werden. Dazu sollen medizinische Fachangestellte aus beiden Praxis-Bereichen als Lotsinnen ausgebildet werden. Klinikintern ist eine Digitalisierung der Arbeitsabläufe vorgesehen. So soll die Informationsweitergabe der aufnehmenden Hebamme bis hin zur Beobachtung auf der Wöchnerinnenstation in der Geburtsklinik vereinfacht und gesichert werden.

Abbildung 2 – TeilnehmerInnen am Runden Tisch Standort Solingen

Quelle: Eigene Darstellung.



Ansprechpartner

Dr. med. Volker Soditt

Chefarzt
Kinderklinik der Städt. Kliniken
Solingen
Gotenstr. 1
42653 Solingen
Telefon: 0212 - 547 261 2
E-Mail: soditt@klinikumsolingen.de
www.klinikumsolingen.de/medizin/kliniken-und-institute/kinder-und-jugendmedizin/

Dr. med. Sebastian Hentsch

Chefarzt
Frauenklinik der Städt. Kliniken
Solingen Gotenstr. 1
42653 Solingen
Telefon: 0212 - 547 237 1
E-Mail: hentsch@klinikumsolingen.de
www.klinikumsolingen.de/medizin/kliniken-und-institute/frauenheilkunde

Dr. Wilfried Kratzsch

Vorstandsvorsitzender
Stiftung Deutsches Forum
Kinderzukunft
Gräulingerstr.120
40625 Düsseldorf
Telefon: 0177 - 414 141 2
E-Mail: w.kratzsch@gmx.de
www.forum-kinderzukunft.de

Verbesserung der medizinischen und psychosozialen Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Trisomie 21 durch aufsuchende Hilfen und Home Treatment

KiZ@HOME

Autoren: Aynur Damli-Huber, Volker Mall

Management Summary

Das Projekt KiZ@Home hat zum Ziel, die psychosoziale Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Trisomie 21 zu verbessern. Dabei soll den Patienten durch aufsuchende Hilfen und Home Treatment bei bestimmten Indikationen eine Therapie zu Hause ermöglicht werden. So können Therapiemaßnahmen direkt dort greifen, wo die Probleme auftreten. Zudem kann die gesamte Familie in den Behandlungsprozess miteinbezogen und die Therapie direkt im Alltag umgesetzt werden. Durch in der Regel zwei Hausbesuche pro Woche sollen zuvor gesteckte Therapieziele erreicht werden.

Das Versorgungsprojekt KiZ@Home wurde im kbo -Kinderzentrum München entwickelt und wird dort seit November 2017 auch durchgeführt. Finanziell unterstützt wurde das Programm durch die Robert-Vogel Stiftung. Die Stiftung übernimmt für die Dauer von drei Jahren die Finanzierung der Personalkosten des Projekts. Die wissenschaftliche Begleitung erfolgt über den Lehrstuhl für Sozialpädiatrie der TU München unter der Leitung des Ärztlichen Direktors im Kinderzentrum, Prof. Dr. med. Volker Mall.

Umsetzung

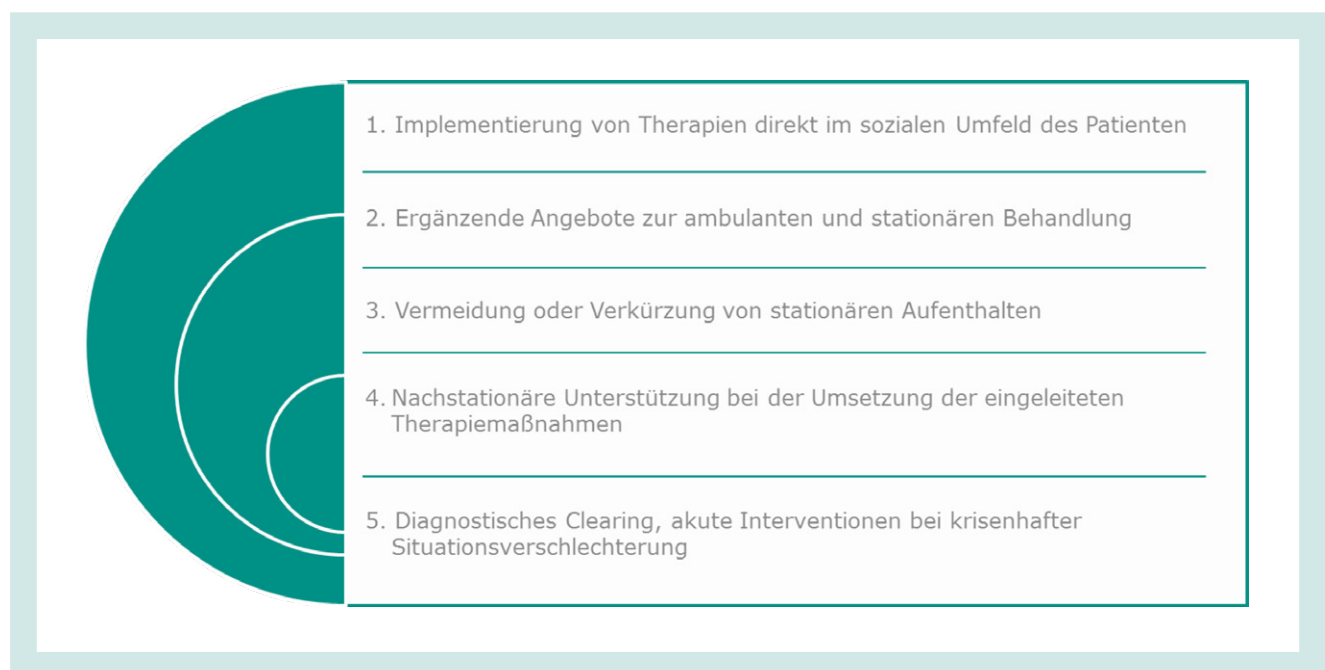
Bei Menschen mit Trisomie 21 treten häufig zahlreiche körperliche und psychische Erkrankungen auf, wie zum Beispiel Schilddrüsenerkrankungen, Herzerkrankungen oder Sprachentwicklungsstörungen. Um den vielfältigen Gesundheitsproblemen Rechnung zu tragen, werden am Sozialpädiatrischen Zentrum interdisziplinäre Sprechstunden angeboten. Jedoch bestehen deutliche Engpässe im Übergang zwischen ambulanten und stationären Maßnahmen.

KiZ@Home ist auf Patienten und deren Familien bei bestimmten Indikationen wie Essstörungen, Verhaltensstörungen, Interaktionsstörungen oder schweren Sprachentwicklungsstörungen zugeschnitten – mit einem besonderen Fokus auf Kinder und Jugendliche mit Trisomie 21. Das Projekt verfolgt die in Abbildung 1 dargestellten Ziele. Durch das Home Treatment werden die Familien der Betroffenen entlastet.

Am Projekt beteiligt sind Sozialpädagogen, Montessori-Therapeuten und eine Logopädin, sowie ab dem 2. Projektjahr eine Ärztin und

Abbildung 1 – Ziele des Projekts KiZ@Home

Quelle: Eigene Darstellung.



eine Psychologin.

Die Mitarbeiter stehen dabei im engen Kontakt mit den betreuenden Ärzten und Psychologen der Sozialpädiatrischen Zentren. Es finden wöchentliche interdisziplinäre Fallbesprechungen statt (Therapeuten, Arzt, Psychologe), bei Bedarf erhalten die Familien auch unterstützende psychologische Termine. Der Ablauf ist wie folgt: Nach telefonischer Kontaktaufnahme mit den Patienten und deren Angehörigen findet ein Erstgespräch mit möglichst zwei Behandlern aus dem Team statt. Im Rahmen des Gespräches werden die Indikationen und Behandlungsziele mit den Eltern besprochen. Zusätzlich füllen die Teilnehmer Fragebögen für die wissenschaftliche Evaluation aus. Das Home Treatment umfasst in der Regel zwei (bis maximal vier) Termine pro Woche, mit einer Dauer von ein- einhalb bis zwei Stunden. Die Behandlung insgesamt erstreckt sich über einen Zeitraum von circa sechs Wochen. Dabei wird die Dauer und die Häufigkeit der Termine in enger Absprache mit den Familien entschieden. Die Eltern werden auf wertschätzende Art und Weise in die Therapie miteingebunden.

Nächste Schritte

Es ist eine wissenschaftliche Evaluation durch den Lehrstuhl für Sozialpädiatrie in Zusammenarbeit mit Dr. Maria Licata unter der Leitung von Prof. Mall geplant. Langfristig ist es wünschenswert, dass das Home Treatment ein fester Bestandteil der Sozialpädiatrie wird und zusätzlich zu bestehenden Versorgungsstrukturen etabliert werden kann.

Ansprechpartner

Dr. med. Aynur Damli-Huber

Projektkoordination
Kinderzentrum München
Heiglhofstr. 65
81377 München
Telefon: 089 - 710 091 23
E-Mail: Aynur.Damli-Huber@mri.tum.de
www.kbo-kinderzentrum-muenchen.de

Prof. Volker Mall

Ärztlicher Direktor
Kinderzentrum München
Heiglhofstr. 65
81377 München
Telefon: 089 - 710 090
E-Mail: volker.mall@kbo.de
www.kbo-kinderzentrum-muenchen.de

Auf dem Weg zu einer vernetzten und nachhaltigen Gesundheitsregion

KOMMUNALE GESUNDHEITSKONFERENZ

Autoren: Johannes Fuchs, Axel Goßner

Management Summary

Die Kommunale Gesundheitskonferenz (KGK) des Landkreises Konstanz hat zum Ziel, nicht nur die Versorgungslage für verschiedene Bevölkerungsgruppen zu verbessern, sondern auch allgemeine Präventionsstrukturen zu etablieren. Zu diesem Zweck verknüpft die KGK Leistungsträger und -erbringer, Gesundheits-, Bildungs-, Sozial- und Wirtschaftsinstitutionen in einem Netzwerk. Mit vereinten Kräften soll die passgenaue Bedarfsermittlung und entsprechende Zusammenführung von Ressourcen erfolgen.

Der Landkreis Konstanz hat die KGK im Jahr 2012 gegründet. Alle bisherigen Projekte konnten durch eine Anschubfinanzierung des Landes Baden-Württemberg gesichert werden.

Umsetzung

Die KGK geht verschiedenste Versorgungsherausforderungen im Landkreis Konstanz an und richtet sich dementsprechend ganz allgemein an dessen Bevölkerung. Von Präventionsmaßnahmen bis hin zu einer verbesserten Versorgung älterer, multimorbid erkrankter Personen deckt das Projekt ein breites Spektrum ab. Es setzt dabei vor allem auf eine stärkere Verzahnung der Ressourcen verschiedenster Akteure des Landkreises.

Die KGK besteht aus der Mitgliederversammlung, die ein bis zweimal jährlich stattfindet, den Lenkungsgruppen und mehreren Arbeitsgruppen zu verschiedenen Themenbereichen (AGs, siehe Abbildung 1).

Abbildung 1 – Arbeitsgruppen (AGs) und weitere Elemente der KGK

Quelle: Eigene Darstellung.



Die Lenkungsgruppen bereiten die Mitgliederversammlungen vor und nach. Die Mitglieder schlagen Gesundheitsziele vor, basierend auf Daten des Statistischen Landesamtes und dem Gesundheitsatlas Baden-Württemberg sowie Daten der mitwirkenden Krankenkassen. So ist es möglich, zu konkretisieren, in welchen Bereichen besonderer Handlungsbedarf in der Region besteht. Die Problembeschreibungen erfolgen während der Mitgliederversammlungen sowie im Rahmen sogenannter „Zukunftswerkstätten“. Die Arbeitsgruppen der KGK werden von der Mitgliederversammlung beauftragt, Erhebungen zu machen, Projekte umzusetzen oder Handlungsempfehlungen für ein Thema oder eine Zielgruppe zu entwickeln. Weitere Bestandteile des KGK sind ein Selbsthilfenetzwerk sowie eine Selbsthilfekontaktstelle und ein Suchthilfeverbund. Zwischen allen Beteiligten gibt es außer der Satzung, die die Mitgliedschaft und internen Strukturen der KGK regelt, keine weiteren Vertragskonstrukte. Es gibt weder Mitgliedsbeiträge noch besteht eine Pflicht zur aktiven Mitwirkung, beispielsweise im Rahmen der Arbeitsgruppen. Bei der KGK geht es im Wesentlichen darum, auf freiwilliger Basis einen großen gemeinsamen Pool an Know-how, Kontakten und Kompetenzen zu bilden. Die KGK ist ein flexibles Instrument, das sich neuen Themen und Herausforderungen stellt und sie bedarfsorientiert angeht.

Nächste Schritte

Regionale Analysen und Diskussionsprozesse sollen zukünftig Grundlage für die Gestaltung der Versorgungsstrukturen und der Lebenswelten vor Ort sein. Als nächster Schritt sollen darum Bürger- und Gesundheitsdialoge stattfinden. So kann langfristig sichergestellt werden, dass die Entwicklungen im Gesundheitswesen nicht nur träger- und einrichtungsbezogen gestaltet werden, sondern sich auch an den Interessen und Bedürfnissen der Bürger orientieren.

Ansprechpartner

Johannes Fuchs

Leiter Stabsstelle Gesundheits- und Sozialplanung
Landratsamt Konstanz
Benediktinerplatz 1
78467 Konstanz
Telefon: 07531 - 800 178 2
E-Mail: johannes.fuchs@lrakn.de
www.lrakn.de

Axel Goßner

Leiter des Sozialdezernates
Landratsamt Konstanz
Benediktinerplatz 1
78467 Konstanz
Telefon: 07531 - 800 160 0
E-Mail: axel.gossner@lrakn.de
www.lrakn.de

MODELLPROJEKT ZUR ALLGEMEINEN AMBULANTEN PALLIATIVVERSORGUNG IM LANDKREIS ST. WENDEL

Autoren: Joachim Meiser, Nikolaus Schorr

Management Summary

Das Projekt zur Allgemeinen ambulanten Palliativversorgung im Landkreis St. Wendel (AAPV) will die Versorgung schwerstkranker und sterbender Patienten qualitativ verbessern. Dazu gehört auch, dass den Patienten vermeidbare Krankenhausaufenthalte erspart bleiben. In den meisten Fällen wollen Sterbende im gewohnten Umfeld versorgt werden. Um dies zu erreichen, koordinieren die Projektpartner berufsgruppenübergreifend die Betreuung der Patienten.

Die Kassenärztliche Vereinigung Saarland (KVS) und die Christliche Hospizhilfe im Landkreis St. Wendel e. V. (CHH) haben das Projekt 2015 ins Leben gerufen. Sie haben die AAPV bis zum Ende der Modellphase im Dezember 2017 durchgeführt und gemeinsam finanziert. Nach Ende der Modelllaufzeit wurde ein beteiligter Arzt als Obmann gewonnen, der nun die AAPV koordiniert. Ein Teil der Leistungen der AAPV kann mittlerweile von Krankenkassen übernommen werden, der Rest wird weiterhin von der KVS abgedeckt.

Das Zentrum für Allgemeinmedizin der Medizinischen Fakultät der Universität des Saarlandes in Homburg und das Institut für Gesundheitsforschung und Technologie der Hochschule für Technik und Wirtschaft (HTW) in Saarbrücken haben das Projekt aus ärztlicher Sicht und aus Sicht der CHH-Mitwirkung wissenschaftlich begleitet.

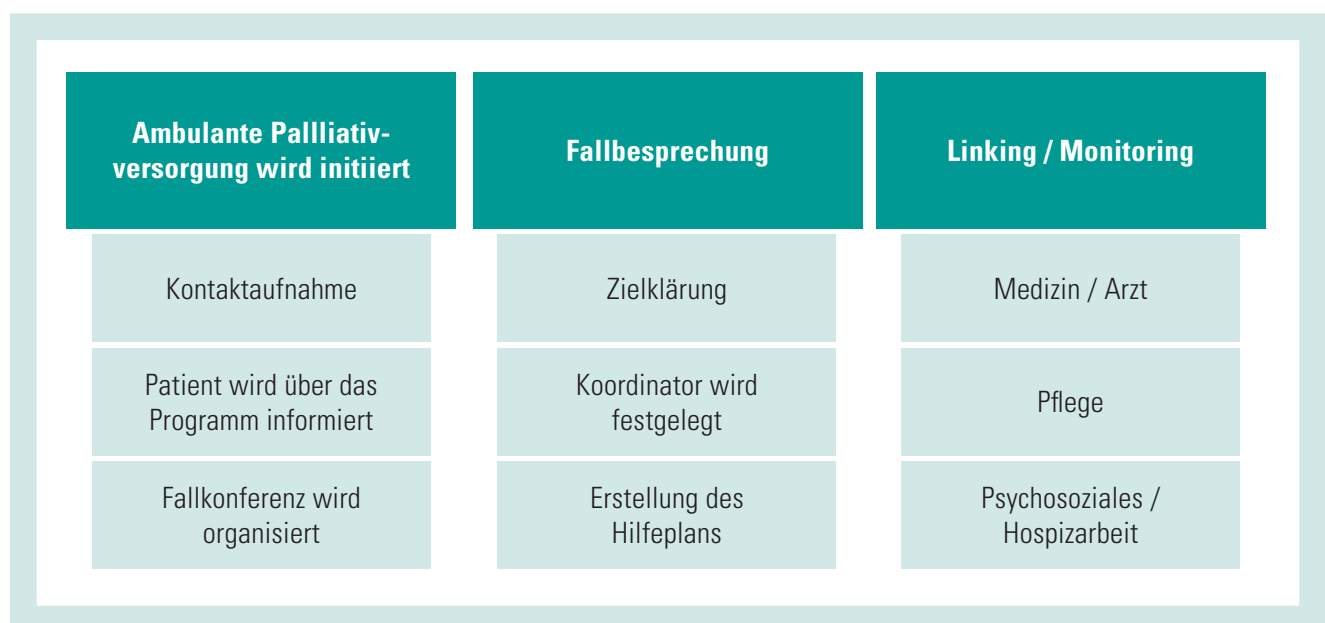
Bis Projektende im Dezember 2017 sind 66 Patienten im Rahmen des Modellvorhabens begleitet worden. 34 niedergelassene Ärzte, elf Pflegedienste und drei hauptamtliche Mitarbeiterinnen des CHH beteiligten sich an ihrer Versorgung.

Umsetzung

Die deutsche Bevölkerung altert zunehmend, während gleichzeitig vielerorts der familiäre Rückhalt schwindet. Beide Faktoren tragen dazu bei, dass allgemein der Bedarf an palliativen Versorgungsangeboten steigt. Für die schwerstkranken und sterbenden Patienten

Abbildung 1 – Teilschritte der AAPV

Quelle: Eigene Darstellung.



ist es hierbei häufig eine große Erleichterung, wenn sie in einem vertrauten Umfeld versorgt werden, wann immer dies möglich ist.

Die AAPV will den Anteil der Personen erhöhen, die in ihrer gewohnten Umgebung und bei möglichst hoher Lebensqualität ihr Lebensende verbringen können. Hierfür hat sich der CHH mit verschiedenen Haus- und Fachärzten sowie Pflegediensten zusammengetan. Die Beteiligten haben im Rahmen gemeinsamer Workshops einen integrierten Versorgungspfad entwickelt, der die ganzheitliche Betreuung des Patienten ermöglicht – auch außerhalb des Krankenhauses (siehe Abbildung 1).

Grundlage der Versorgung ist die fallbezogene Teambildung aus Arzt, Pflege und ambulanter Hospiz. Im Team werden die Versorgungsplanung und die Koordinierung begründet.

Der zuständige Haus- oder Facharzt ist der erste Ansprechpartner für die Betroffenen. Er informiert den Patienten und dessen Angehörige über die AAPV und erfasst den Versorgungsbedarf und die Wünsche des Patienten. Dies beinhaltet unter anderem auch sensible Fragen nach religiösen oder spirituellen Bedürfnissen. Der Arzt plant und koordiniert im weiteren Verlauf die einzelnen Behandlungsmaßnahmen. Diese werden, je nach Bedarf, eng mit weiteren Mitgliedern des interdisziplinären Versorgungsteams (Ärzte, ambulante Pflegedienste, hauptamtliche Mitarbeiterinnen CHH, ehrenamtliche Mitarbeiter/innen CHH) abgestimmt und durchgeführt. In spezifischen Fragestellungen steht ein erfahrener Palliativmediziner als Konsiliararzt zur Verfügung (PKD). Es finden außerdem regelmäßig Treffen zum erweiterten Austausch bei Patienten mit besonders komplexen Bedürfnissen statt (Bedside-Konferenz). Auch Qualitätszirkel und Weiterbildungen werden organisiert, um die Qualität der Versorgungsmaßnahmen fortlaufend überprüfen und ggfs. verbessern zu können. So werden unnötige Krankenhauseinweisungen vermieden und dem Patienten und seinen Angehörigen bleiben zusätzliche Belastungen erspart.

Nächste Schritte

Die im Rahmen des Modellprojektes geschaffenen Strukturen sollen langfristig erhalten bleiben. Außerdem wollen die Projektpartner die AAPV in weiteren Landkreisen des Saarlandes einführen. Um diese Entwicklung zu begünstigen wollen die bisher Beteiligten über ihre Erfahrungen mit der Umsetzung des Modelles berichten.

Ansprechpartner

Dr. Joachim Meiser

Vorstand
Kassenärztliche Vereinigung
Saarland (KVS)
Europaallee 7-9
66113 Saarbrücken
Telefon: 0681 - 998370
E-Mail: Vorstand@kvsaarland.de
www.kvsaarland.de

Nikolaus Schorr

Vorsitzender
Christliche Hospizhilfe im Landkreis
St. Wendel e. V.
Luisenstraße 28
66606 St. Wendel
Telefon: 06851 - 869701
E-Mail: info@hospizhilfe-stwendel.de
www.hospizhilfe-stwendel.de

Im Praxisnetz Herzogtum Lauenburg

MODERNE, INTERSEKTORALE WUNDVERSORGUNG

Autoren: Markus Knöfler, Christina Möllmann

Management Summary

Das Projekt zur modernen, intersektoralen Wundversorgung des Praxisnetzes Herzogtum Lauenburg (PNHL) will auf koordinierte und sektorübergreifende Weise die Wundversorgung in der Region flächendeckend optimieren. Hierfür sind netzeigene, zertifizierte Wundexperten im Einsatz, und ein regionaler Diagnostik- und Therapiefad für Patienten mit chronischen und sekundär heilenden Wunden wurde entwickelt. Durch telemedizinische Elemente kann der Zeitaufwand reduziert und die Versorgung effizienter gestaltet werden.

Das PNHL initiierte das Projekt im November des Jahres 2016 und gründete hierfür eine eigene Wund- und Casemanagement-Gesellschaft. Mittlerweile werden fünf nach ICW bzw. DGFW zertifizierte Wundexperten im Rahmen des Projektes eingesetzt, die direkt beim Ärztenetz angestellt sind.

Umsetzung

Nicht zuletzt durch den demografischen Wandel sind in Deutschland immer mehr, vor allem ältere Menschen von chronischen Wunden betroffen. Die Inzidenz der chronischen Wunde liegt laut Daten der AOK Hessen bei 1,1 %, laut Daten der DAK bei 2 % der Gesamtbevölkerung. In unserem Praxisnetz entspricht das ca. 1.500 Patienten, die z. B. unter einem Ulcus Cruris, einer Dekubitus oder einem Diabetischen Fußulcus leiden. Die Versorgung dieser Wunden erfolgt häufig ineffizient, ist zeitaufwändig und erfordert Fachwissen, das nicht immer verfügbar ist. Zudem sind die Versorgungskosten sehr hoch. Für ein Ulcus Cruris liegen diese bspw. bei ca. 8.000 Euro bis 10.000 Euro im Jahr und setzen sich wie folgt zusammen:

- 49 % Krankenhaus
- 22 % Verbandmittel
- 15 % Pflege

Abbildung 1 – Versorgungselemente des Projektes Moderne, intersektorale Wundversorgung

Quelle: Eigene Darstellung.

Verbesserung der Versorgungsschnittstellen	Bedarfsgerechte Verordnungen	Rechtssichere Dokumentation
Sowohl bei der Überleitung aus Krankenhäusern als auch im ambulanten Setting können die Wundmanager hinzugezogen werden und die Übergänge zwischen Versorgungsebenen glatter gestalten.	Die Wundexperten sind beim Praxisnetz direkt angestellt. Im Vergleich zu provisionsbasierter Arbeit ergibt sich der Vorteil, dass Verordnungen rational erfolgen.	In einer elektronischen Fallakte erfolgt die verschlüsselte Falldokumentation. Eine ausführliche und rechtssichere Dokumentation ist gewährleistet.
Professionelle Diagnostik	Einbindung Telemedizin	Weitergabe von Fachwissen
Die Wundexperten sind mit Taschen-Ultraschallgeräten ausgestattet. So ist eine schnelle und unkomplizierte Gefäßdiagnostik möglich.	Es besteht die Möglichkeit einer elektronischen Visite: Gemeinsame Fallbesprechungen können in Echtzeit durchgeführt werden. Auch Bilder und Dokumente können einfach ausgetauscht werden.	Das Fachwissen der Wundexperten wird durch eigene Fort- und Weiterbildungen in den Netzpraxen und Pflegeeinrichtungen des Kreises angeboten.

Um diese Versorgungsproblematik anzugehen, stehen allen Patienten im Herzogtum Lauenburg fünf Wundmanager für eine phasengerechte Koordination von Diagnostik und Therapie zur Verfügung. Bei Bedarf kontaktiert die Praxis, Pflegeeinrichtung oder Klinik telefonisch oder per Mail einen dieser Wundmanager. Die Untersuchung des Patienten durch den Wundmanager findet dann entweder direkt in der Praxis, in der Pflegeeinrichtung oder in der Häuslichkeit des Patienten statt. Somit werden die Netzpraxen und -einrichtungen durch bedarfsgerechte, fachliche Beratung im Therapieprozess und bei der weiterführenden Diagnostik unterstützt. Die Wundexperten helfen auch bei der Koordination von Versorgungsschnittstellen, beispielsweise wenn ein Patient nach einem stationären Aufenthalt ambulant weiterversorgt wird. Die Wundexperten koordinieren auf Basis regionaler Diagnostik- und Therapiepfade alle notwendigen ärztlichen und nichtärztlichen Versorgungsebenen und schulen Patienten, Pflegekräfte und Angehörige. Die Falldokumentation erfolgt verschlüsselt in einer elektronischen Fallakte, die speziell für die Indikation der chronischen Wunden ausgelegt ist.

Durch Einbindung der Telemedizin findet zusätzlich eine digitale Vernetzung statt: Die Einbindung der Wundexperten über die elektronische Visite eVi® findet beispielsweise im Rahmen des Entlassmanagements nach einem Klinikaufenthalt statt. Die Wundexperten nutzen ein Notebook und eine mobile HD-Kamera für Videosprechstunden. Die an der Versorgung beteiligten Personen können sich untereinander und mit dem Patienten austauschen, ohne dass sie an einem Ort sein müssen.

Die einzelnen Elemente des Projektes sind in Abbildung 1 noch einmal zusammenfassend dargestellt.

Nächste Schritte

Im Lauf des Jahres 2018 soll ein stationär-ambulanter Wundstandard für das gesamte Versorgungsgebiet entwickelt werden. Außerdem soll das bisher noch auf die Wundindikation beschränkte Spektrum zu einem effizienten Fall- und Entlassmanagement erweitert werden. Eine Evaluation des Versorgungsmodells in Bezug auf Ordnungs- und Krankenhauskosten sowie patientenrelevanter Endpunkte ist gemeinsam mit der Universität zu Lübeck in Vorbereitung. Unsere erste interne Zwischenevaluation zeigt bereits heute schon eine durchschnittliche Reduktion der mittleren Verordnungskosten von 25 % gegenüber der klassischen Home-Care-Versorgung.

Ansprechpartner

Markus Knöfler

Geschäftsführer
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

Arzneimittelkonto Nordrhein-Westfalen (NRW)

MULTIDISZIPLINÄRE ARZNEIMITTELVERSORGUNG UND ARZNEIMITTELTHERAPIESICHERHEIT (AMTS) FÜR ÄLTERE MITBÜRGERINNEN UND MITBÜRGER

Autoren: Martina Löher, Frank Ladendorf

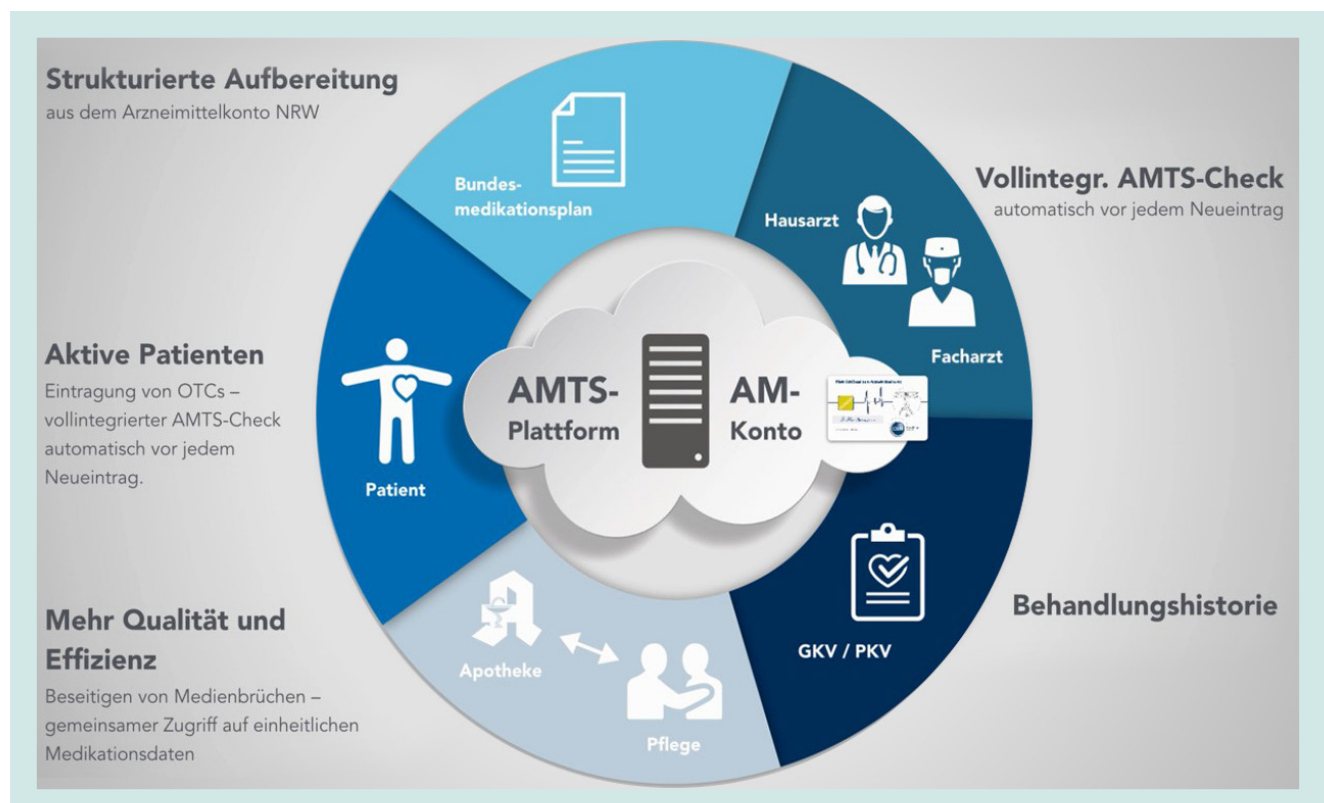
Management Summary

Das Arzneimittelkonto Nordrhein-Westfalen (NRW) soll die Sicherheit der Arzneimitteltherapie bei Patienten, die mehrere Medikamente parallel einnehmen, verbessern. Zu diesem Zweck ermöglicht eine digitale Plattform allen am Behandlungsprozess Beteiligten, sich über die aktuelle patientenindividuelle Medikation zu informieren. Der elektronische Datenaustausch der einzelnen Leistungserbringer geschieht im Hintergrund, so dass keine Zusatzarbeit anfällt und kein zusätzliches Programm aufgerufen muss. Der Patient selbst ist durch eine App in das Medikationsmanagement eingebunden und dadurch stets umfassend informiert.

Das Projekt besteht in ähnlicher Form bereits seit 2012, wurde aber 2016 erweitert, um neben Haus- und Fachärzten weitere Leistungserbringer (Apotheke und Pflegeheim) einzubeziehen. Es wird von der CompuGroup Medical Managementgesellschaft mbH, in Zusammenarbeit mit der Lauer-Fischer GmbH, der Pharmatechnik GmbH & Co. KG und der Knappschaft durchgeführt. Die Universität Bielefeld übernimmt die wissenschaftliche Auswertung. Das Projekt wird bis zu 40 Prozent vom Land Nordrhein-Westfalen gefördert. Für die verbleibenden Kosten kommen die Projektpartner auf. Für die Leistungserbringer ist die Nutzung des Arzneimittelkontos – welches in die bestehende Arzt- bzw. Apotheken-Software integriert ist – kostenlos. Die App ist für die Patienten ebenfalls kostenlos.

Abbildung 1 – Funktionen des Arzneimittelkonto NRW

Quelle: CompuGroup Medical Managementgesellschaft mbH, 2018.



Umsetzung

Die Zahl der multimorbiden Menschen in Deutschland nimmt stetig zu. Unterschiedliche Leistungserbringer verordnen häufig aus Unkenntnis nicht aufeinander abgestimmte Medikamente. Zusätzlich erwirbt der Patient nicht verschreibungspflichtige Medikamente. Dies erhöht das Risiko unerwünschter Arzneimittelwirkungen, wie zum Beispiel Wechselwirkungen oder Unverträglichkeiten.

Um dem entgegenzuwirken, vereint das Arzneimittelkonto NRW verschiedenste Funktionen (siehe Abbildung 1). Teilnehmen können Leistungserbringer – Ärzte, Apotheker, Pflegeeinrichtungen – und Patienten in verschiedenen Pilotregionen NRWs. Der Patient ist Eigentümer seines Arzneimittelkontos und entscheidet, wer darauf zugreifen kann.

In einem ersten Schritt wird eine digitale Akte für einen Patienten angelegt. Auf Wunsch des Patienten können gesundheitshistorische Daten der Krankenkasse zugefügt werden. Zugangsberechtigte Leistungserbringer und der Patient selbst können diese Daten einsehen und fortlaufend ergänzen. Das System führt automatisch bei jedem Neueintrag einen Arzneimitteltherapiesicherheits-Check durch. In das System integriert ist der Bundesmedikationsplan mit dem die gespeicherten Informationen bundesweit einheitlich verfügbar sind. Zusätzlich kann der Patient sich durch die App an seine Medikamenteneinnahme erinnern lassen. Das Projekt ist für alle Polypharmazie-Patienten interessant und zielt besonders auf ältere Personen ab, die mindestens drei unterschiedliche Präparate einnehmen.

Nächste Schritte

Das Konsortium des Arzneimittelkonto NRW möchte das Projekt über die derzeitigen Pilotregionen hinaus ausweiten und innerhalb der Pilotregionen die Teilnehmerzahl weiter erhöhen. Außerdem ist geplant, weitere Softwarehersteller von Arzt-, Heim- und Apothekenprogrammen in das Projekt einzubinden.

Ansprechpartner

Dipl. Ing. Frank Ladendorf

Geschäftsführer
CompuGroup Medical
Managementgesellschaft mbH
Schlaraffiastr. 1
44867 Bochum
Telefon: 0261 - 800 016 82
E-Mail: Frank.Ladendorf@cgm.com
www.arzneimittelkonto-nrw.de

Martina Löher

Projektleitung
CompuGroup Medical
Managementgesellschaft mbH
Schlaraffiastr. 1
44867 Bochum
Telefon: 0160 - 363 016 3
E-Mail: martina.loeher@cgm.com
www.arzneimittelkonto-nrw.de

Ihr direkter Draht zu Münsters Ärzten

MÜNSTERS MEDIS-APP

Autoren: Armin Schuster, Michael Steinhaus

Management Summary

Die Medis-App Münster soll die Kommunikation zwischen Patienten und ihren Ärzten sowie Apotheken effizienter gestalten. Das geschieht im Rahmen einer App, die unter anderem die Terminanfrage und Rezeptbestellung auch außerhalb der Öffnungszeiten ermöglicht.

Die Idee entstand im Jahr 2016 während einer Vorstandssitzung der Medis-Münster GbR, dem Dachverband der Praxisnetze Münsters. Die Medis-Münster GbR hat das Projekt gemeinsam mit ihrem Netzbüro MedicBrain und den Firmen greenbytes sowie margo Kommunikationsdesign umgesetzt. Die Finanzierung erfolgte durch die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe und Eigenmittel der Medis-Münster GbR. Die App ist bisher für Ärzte und Apotheken sowie für Patienten kostenfrei verfügbar.

Die App wurde im Jahr 2017 veröffentlicht. Derzeit nehmen rund 200 Ärzte an Medis-App Münster teil. Damit werden etwa 70 Prozent der Versicherten im Raum Münster erreicht.

Umsetzung

In Zeiten einer hohen Praxisauslastung ist es für Patienten häufig schwer, mit ihren Ärzten in Kontakt zu treten. Vor allem, wenn es lediglich um eine Terminabsprache oder Rezeptbestellung geht kann es ärgerlich sein, lange Warteschleifen oder besetzte Telefone in Kauf zu nehmen. Auch für das Praxispersonal fällt durch die herkömmliche Art der Kommunikation ein erhöhter Arbeitsaufwand an. Die Medis-App Münster geht dieses Problem nun an, indem sie volljährigen Patienten die Möglichkeit bietet, jederzeit – auch außerhalb der Praxiszeiten – mit dem Praxisteam zu kommunizieren. Die App vereint verschiedenste Funktionen für Patienten, Ärzte und Apotheker und ist so konzipiert, dass die Bedienung auch älteren Patienten leichtfällt.

Eine grundlegende Möglichkeit der App-Nutzung ist die Arzt-Suche, über die der Patient neue oder ihm bereits bekannte Ärzte nach Name, Fachgruppe oder Praxis finden kann. Direkt im Suchergebnis wird die Entfernung zur Praxis angezeigt.

Abbildung 1 – Rezeptbestellung über die Medis-App Münster

Quelle: Eigene Darstellung mit Grafiken der Medis-Münster GbR.

1. Schritt: Die Rezeptbestellung erfolgt durch Scannen des Barcodes auf der Arzneimittelpackung oder die Präparatsuche.

2. Schritt: Das Rezept wird bestellt und ggf. auch an die Apotheke übermittelt.

3. Schritt: Der Patient erhält eine Bestätigung seines Rezeptes.

In der Detailansicht erfährt der Patient zusätzlich alle Eckdaten, wie zum Beispiel Öffnungszeiten. Der Patient kann auch seine eigene Favoriten-Liste erstellen und hat so jederzeit seine Ärzte auf einen Blick verfügbar.

Die Kommunikation mit den Ärzten ist jederzeit möglich, beispielsweise um ein Rezept zu bestellen (siehe Abbildung 1) oder einen Termin anzufragen. Rezeptbestellungen können auf Wunsch direkt an den Apotheker weitergeleitet werden, sodass dieser dafür sorgen kann, dass das Medikament auch vorrätig ist. Jedes der Patientenmodule der App hat ein entsprechendes Gegenstück für Praxen beziehungsweise Apotheken. Geht es beispielsweise um Terminabsprachen, wird die Praxis über die Anfrage des Patienten informiert. Bestätigt die Praxis den Termin, wird eine Push-Mitteilung mit gegebenenfalls weiteren Informationen am Endgerät des Patienten ausgelöst. Der so bestätigte Termin kann nach Annahme durch den Patienten direkt in dessen Terminkalender übernommen werden. Wichtige allgemeine Mitteilungen und Informationen (Impfwoche, Patientenveranstaltung, Urlaub etc.) können durch die Praxen im dafür vorgesehenen Modul eingegeben werden und stehen so zeitnah allen Patienten einer Praxis zur Verfügung.

Zusätzlich kann der Patient über die App individuelle Nachrichten an einzelne Ärzte oder Praxen, oder auch an alle über die App registrierten Praxen insgesamt, versenden. Das kann zum Beispiel hilfreich sein, wenn der Patient sich nicht sicher ist, welchen Facharzt er aufsuchen soll.

Der Patient kann über die App jederzeit seine bereits bestätigten Termine und Rezepte einsehen. Patienten mit komplexeren Versorgungsbedürfnissen können ihren Medikationsplan einscannen und im Rahmen weiterer App-Funktionen nutzen, beispielsweise zur Rezeptbestellung.

Nächste Schritte

Insgesamt soll die Zahl der App-Nutzer steigen: Man möchte weitere der im Medis-Netz organisierten Praxen für die Nutzung der App einbinden und so gleichzeitig den Bekanntheitsgrad bei den Patienten steigern. Zudem sollen weitere regionale Ärztenetze für die App gewonnen werden. Zusätzlich sind Werbemaßnahmen geplant, unter anderem über die sozialen Medien.

Ansprechpartner

Dr. med. Armin Schuster

Vorstand
Medis Münster GbR
Metzer Straße 59
48151 Münster
Telefon: 0251 - 986 220 0
E-Mail: armin.schuster@unitybox.de

Michael Steinhaus

Inhaber
MedicBrain Healthcare
Netzbüro von Medis Münster
Domplatz 40
48151 Münster
Telefon: 0251 - 982 970 0
E-Mail: mail@medicbrain.de
www.medicbrain.de

NETZWERK DEMENZ EITORF-WINDECK

Autor: Klaus Rösing

Management Summary

Das Netzwerk Demenz Eitorf-Windeck (NDE) soll die Versorgung Demenzkranker im Einzugsgebiet von Eitorf und Windeck verbessern. Gleichzeitig beeinflusst es die Lebenssituation der Angehörigen positiv.

Zur Erreichung dieser Ziele hat eine Arbeitsgruppe des Ärztenetz Eitorf e. V. (ÄNE) ein starkes Netzwerk ins Leben gerufen. Es setzt sich aus Institutionen, Hilfsorganisationen, Arztpraxen und weiteren an der Diagnose und Versorgung bei Demenz beteiligten Akteuren zusammen. So können Kommunikations- und Informationsflüsse optimiert werden. Das bedeutet unter anderem, dass Betroffene und deren Angehörige besser über Hilfsangebote informiert werden. Die Vorgehensweise bei Diagnostik und Behandlung ist außerdem im gesamten Ärztenetz einheitlich an der geltenden Leitlinie ausgerichtet.

Das NDE besteht seit dem Jahr 2015 und setzt sich aus dem ÄNE selbst sowie weiteren Partnern zusammen, unter anderem mehreren Krankenhäusern und verschiedenen ambulanten Pflegediensten. Die

Finanzierung des NDE erfolgt hauptsächlich aus Eigenmitteln des Ärztenetzes. Ärztliche Tätigkeiten werden je nach Versicherungsstatus über die Kassen oder privatärztlich abgerechnet.

Derzeit sind über das ÄNE 19 Haus- und Fachärzte involviert, zuzüglich der Ärzte in den Krankenhausabteilungen von Partnerkrankenhäusern.

Umsetzung

Der Früherkennung und Behandlung von Demenz stehen viele Barrieren im Weg. Scham, Angst und mangelnde Informationen über bestehende Hilfsangebote sind Faktoren, die eine effiziente Versorgung erschweren. Auch mangelnde Kommunikation der an der Versorgung beteiligten Akteure untereinander spielt eine Rolle. Aus diesem Grund wurde das NDE gegründet, das sich an Versicherte im Einzugsgebiet von Eitorf und Windeck richtet, vor allem in der Altersgruppe 60 Jahre und älter.

Abbildung 1 – Diagnostik- und Behandlungsebenen des NDE

Quelle: Eigene Darstellung



Das NDE bringt verschiedenste Akteure zusammen, die sich eine möglichst leitliniengetreue Behandlung der Demenz zur Aufgabe gemacht haben. In einem ersten Schritt sollen möglichst viele Personen dem Demenz-Screening zugeführt werden. Das kann beispielsweise im Rahmen verschiedener Vorsorgeuntersuchungen geschehen. Die Diagnostik erfolgt auf mehreren Ebenen (siehe Abbildung 2). Nach gesicherter Diagnose findet die Betreuung der Patienten ebenfalls im Zusammenspiel über verschiedene Ebenen hinweg statt (Abbildung 2). Es sind aber nicht nur Mediziner über das NDE involviert, sondern auch ambulante Pflegedienste, Angehörigengruppen, Ergotherapeuten, freiwillige Laienhelfer und weitere Hilfsangebote, die den Demenzkranken helfen, möglichst lange eigenbestimmt und bei guter Lebensqualität zu leben.

Das NDE hat verschiedene Maßnahmen getroffen, um den Informationsfluss zwischen einzelnen Leistungserbringern zu verbessern. Eine dieser Maßnahmen ist die Erstellung eines Demenz-Patientenpasses durch den behandelnden Hausarzt. Er wurde vom ÄNE entwickelt und fasst auf einen Blick wichtige Diagnosen und Befunde des Patienten zusammen. Zudem ist die Schnittstelle zwischen Haus- und Facharztebene genau definiert, was die interdisziplinäre Zusammenarbeit erleichtert.

Das NDE möchte außerdem die Angehörigen effizienter unterstützen, indem verstärkt Informationen zu Hilfsangeboten verfügbar gemacht und frühzeitig sozialpsychiatrische Dienste eingebunden werden. Hierzu gibt das Ärztenetz in Zusammenarbeit mit dem Sozialpsychiatrischen Zentrum Eitorf-Siebengebirge (SPZ) eine Mappe mit umfangreichen Informationen zu verschiedenen Hilfsangeboten heraus. Auf Wunsch wird der frühzeitige Kontakt zum SPZ vermittelt.

Nächste Schritte

Das NDE will zusätzliche Partner im nicht-ärztlichen Bereich gewinnen, wie Seniorenheime oder Begleitsdienste, und die Zusammenarbeit über die verschiedenen Behandlungsebenen hinweg noch besser koordinieren.

Ansprechpartner

Dr. med. Klaus Rösing

1. Vorsitzender
Ärztenetz Eitorf e. V.
Asbacher Str. 12
53783 Eitorf
Telefon: 02243 - 244 4
E-Mail: vorsitzender@aene.de
www.aene.de

Zugangsbarrieren zur Versorgung überwinden

NOTFALLSPRECHSTUNDE FÜR KASSEN- PATIENTEN UND BENACHTEILIGTE PATIENTENGRUPPEN WIE MIGRANTEN UND FLÜCHTLINGE

Autorin: Elif Duygu Cindik-Herbrüggen

Management Summary

Die ambulante neuro-psychiatrische Notfallsprechstunde bietet unterversorgten Patientengruppen in München ein neuro-psychiatrisches Versorgungsangebot, welches schnell und niederschwellig verfügbar ist. Das multiprofessionelle Team der Sprechstunde achtet besonders darauf, sprachkompetente und kultursensible Versorgung zu gestalten.

Das Projekt wird vom Neuro-Psychiatrischen Zentrum Riem (NPZR) mit seinen Mitarbeitern durchgeführt. Im NPZR wird seit 2013 und 2014 gezielt daran gearbeitet, die ambulante Versorgung bisher unterversorgter Patientengruppen zu verbessern. In diesem Rahmen wird auch die Notfallsprechstunde angeboten.

Das NPZR finanziert sich völlig ohne Drittmittel. Pro Sprechstundentag suchen 60–70 Patienten das Zentrum auf. Im Jahr 2017 fanden so deutlich über 3.000 Patientenkontakte statt.

Umsetzung

Bei akuten psychiatrischen Erkrankungen müssen Patienten häufig lange auf einen Behandlungsplatz warten. Das Team des NPZR will die Versorgung dieser Patienten qualitativ verbessern, indem entsprechende Angebote sofort verfügbar gemacht und patientenorientiert durchgeführt werden.

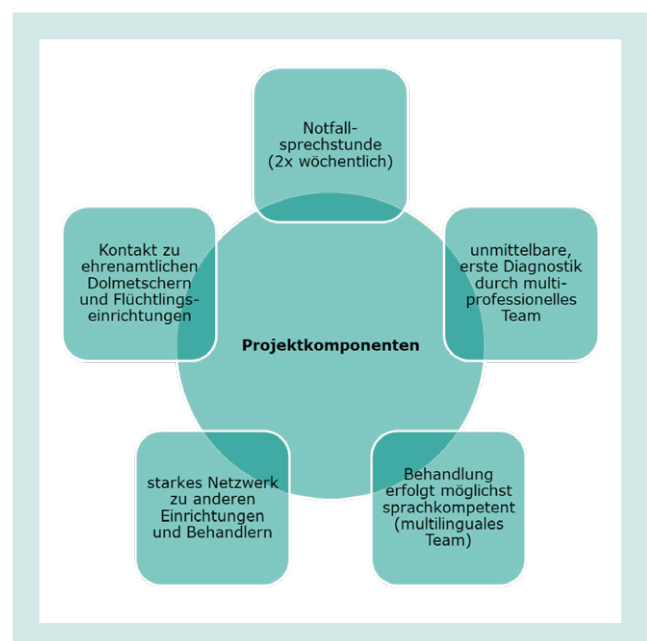
Zu diesem Zweck bietet das NPZR unter anderem eine ambulante neuro-psychiatrische Notfallsprechstunde an, die wöchentlich für je vier Stunden stattfindet. Hilfesuchende können gleich nach Kontaktaufnahme, spätestens aber in der darauffolgenden Woche, zu einem Erstgespräch kommen. Sie werden in der Reihenfolge behandelt, in der sie eingetroffen sind. Die Sprechstunde ist generell für alle Kassenpatienten zugänglich. Sie ist besonders wichtig für diejenigen, die im Gesundheitssystem benachteiligt sind und nur schwer Zugang zu einer angemessenen Versorgung finden, wie Patienten

mit Migrationshintergrund und Flüchtlinge. Hier liegt die besondere Stärke des Teams des NPZR, dessen haupt- und ehrenamtliche Mitarbeiter speziell für die interkulturelle Kommunikation ausgebildet wurden (siehe Abbildung 1).

70 Prozent aller Mitarbeiter des NPZR haben einen Migrationshintergrund und sprechen insgesamt neun verschiedene Sprachen. So werden sprachliche Barrieren umgangen und der jeweils behandelnde Therapeut kann sich besser in die Bedürfnisse seines Patienten einfühlen. Zudem bietet das NPZR auch Gruppentherapien in anderen Sprachen an, sodass sich Betroffene mit dem gleichen kulturellen Hintergrund austauschen und unterstützen können. Das NPZR hat ein starkes Netzwerk mit anderen Leistungserbringern und berät seine Patienten auch sozialmedizinisch, indem zum

Abbildung 1 – Besondere Stärken der ambulanten neuro-psychiatrischen Notfallsprechstunde

Quelle: Eigene Darstellung, 2018.



Beispiel Rehabilitationsmaßnahmen eingeleitet werden. Zusätzlich organisiert das Team Patientenakademien, um über verschiedenen Krankheitsbilder aufzuklären. Dr. Cindik-Herbrüggen, die Chefin des Zentrums, bietet außerdem bundesweit Fortbildungen für Ärzte an, in denen transkulturelle Behandlungskompetenzen vermittelt werden.

Nächste Schritte

Das Team plant eine Vielzahl kurz- und längerfristiger Änderungen. Zum einen sind es kleinere Dinge, wie die Übersetzung der Website in mehrere Sprachen. Daneben ist geplant, das bereits bestehende Netzwerk mit anderen Einrichtungen aus verschiedenen Bereichen auszubauen. Die Patientenakademie wird zukünftig regelmäßig stattfinden und auch die Weiterbildungsmöglichkeiten für haupt- und ehrenamtliche Mitarbeiter des NPZR sollen erweitert werden.

Ansprechpartner

Dr. med. Elif Cindik-Herbrüggen

Geschäftsführung
Neuro-Psychiatrisches Zentrum Riem
Hanns-Schwindt-Str. 17
81829 München
Telefon: 089 - 4522817-17 oder -21
E-Mail: dr.cindik@gmail.com
www.npzs.de

M.Sc. Psychologie**Elvan Cetinkaya**

Koordinatorin
Psychotherapiebehandlung
Neuro-Psychiatrisches Zentrum Riem
Hanns-Schwindt-Str. 17
81829 München
Telefon: 089 - 452 281 720
E-Mail: elvan.cetinkaya@npzs.de
www.npzs.de

Optimierung der Betreuung von chronisch kranken Kindern

PHARMAKOTHERAPEUTISCHES NOTFALL-MANAGEMENT IN KINDEREINRICHTUNGEN

Autoren: Astrid Bertsche, Thilo Bertsche, Henriette Karoline Dumeier

Management Summary

Über das Pharmakotherapeutische Notfallmanagement in Kindereinrichtungen soll es dem Personal ermöglicht werden, chronisch kranke Kinder, die zum Beispiel an Epilepsie oder Asthma erkrankt sind, optimal zu betreuen. So kann, vor allem in Notfallsituationen, schnell und richtig reagiert werden und das Risiko negativer Krankheitsfolgen sinkt. Kinder können dann dank entsprechend befähigter Betreuer und Lehrer weitestgehend normal am Leben in Kindergarten, Schule und anderen Einrichtungen teilnehmen, ohne dass die Eltern sich zusätzlich sorgen müssen.

Im Rahmen des Projektes wird durch Schulungen daran gearbeitet, Ängste und Irrglauben abzubauen sowie theoretisches und praktisches Wissen zum Umgang mit jungen Patienten des jeweiligen Krankheitsbildes zu vermitteln.

Das Projekt wurde vom Zentrum für Arzneimittelsicherheit, dem Sozialpädiatrischen Zentrum und dem Interdisziplinären Zentrum für Allergologie am Universitätsklinikum Leipzig initiiert. Zum ersten Mal wurden im Jahr 2014 Schulungen für Betreuer an Epilepsie erkrankter Kinder durchgeführt. Mittlerweile wurde das Angebot auf weitere chronische Erkrankungen ausgedehnt. Da parallel zur Durchführung der Schulungen eine wissenschaftliche Auswertung stattfand, war die Maßnahme bisher für die Teilnehmer kostenfrei. Die Universität Leipzig trug die anfallenden Kosten. Bis heute wurden die Schulungen von ungefähr 400 Personen im Rahmen des Projektes evaluiert.

Umsetzung

Kinder verbringen einen großen Teil ihres Tages in einer öffentlichen Einrichtung, zum Beispiel einer Schule oder einem Kindergarten. Die Lehrer, Erzieher und andere Betreuer kennen sich häufig nicht oder nur unzureichend mit Maßnahmen für den Fall eines medizinischen Notfalls bei chronisch kranken Kindern aus. Das könnte beispielsweise ein akuter Asthma- oder Krampfanfall sein. Um diesen Kindern in Leipzig eine möglichst normale und unbeschwerte Teilnahme am Leben zu ermöglichen und das Risiko von Folgeschäden nach Notfallsituationen zu senken, werden im Rahmen des Pharmakotherapeutischen Notfallmanagements Schulungen zu unterschiedlichen Krankheitsbildern angeboten.

Die Schulungen werden von Apothekern durchgeführt. Sie dauern jeweils rund eine Stunde und bestehen aus verschiedenen Bausteinen: Einerseits wird Grundlagenwissen zu den Erkrankungen vermittelt und andererseits Wissen zum Umgang mit medizinischen Notfallsituationen (siehe Abbildung 1). Dabei werden die therapeutischen Besonderheiten des jeweiligen Krankheitsbildes berücksichtigt. Einer der inhaltlichen Schwerpunkte liegt auf der Ursachen- und Gefahrenvermeidung. Gleichzeitig wird aber auch vermittelt, wie trotz aller Vorsicht die Teilnahme der Kinder an gemeinschaftlichen Aktivitäten gesteigert werden kann. Das kann in Zusammenhang mit Ausflügen genauso relevant sein wie auch im Rahmen eines regulären Schwimmunterrichts.

Abbildung 1 – Gliederung der Schulungsinhalte im Rahmen des Pharmakotherapeutischen Notfallmanagements

Quelle: Eigene Darstellung

Grundlagen der chronischen Erkrankung	Medizinische Notfallsituation
Epidemiologie, insbesondere die Krankheitshäufigkeit	Ursachen oder Auslöser, Symptome
Krankheitsbild, Krankheitsprozesse, Krankheitsentstehung	Vorgehen im Notfall; medikamentös und nicht-medikamentös anzuwendende Maßnahmen für einen medizinischen Laien
allgemeine Diagnose- und Therapiemöglichkeiten.	Einsatz und Anwendung des Notfallarzneimittels; Wirkweise

Die Teilnehmer der Schulung können mit einem Placebo-Medikament die Anwendung für den Ernstfall üben. Die Veranstaltungen finden einrichtungsübergreifend statt oder können direkt an einzelnen Einrichtungen vor Ort organisiert werden. Das fördert auch den Erfahrungsaustausch mit Kollegen. Grundsätzlich besteht immer auch die Möglichkeit einer Wiederholung der Schulung. Der durchführende Apotheker steht als Ansprechpartner für Rückfragen zur Verfügung.

Nächste Schritte

Die Schulungen sollen regelmäßig und möglichst flächendeckend durch die Unterstützung von Apothekern aus der örtlichen Apotheke angeboten werden. Zudem soll die Akzeptanz einer Notfallarzneimittelgabe erhöht werden, indem proaktiv auf eine Klärung derzeit offener rechtlicher Fragen hingewirkt wird.

Ansprechpartner

Prof. Thilo Bertsche

Fachapotheker für
Arzneimittelinformation
Fachapotheker für Klinische
Pharmazie
Professur Klinische Pharmazie
Universität Leipzig
Brüderstraße 32
04103 Leipzig
Telefon: 0341 - 973 680 0
E-Mail: Thilo.Bertsche@
medizin.uni-leipzig.de
pharmazie.medizin.uni-leipzig.de/
klinischepharmazie

**Dipl. Pharm. Henriette
Karoline Dumeier**

Fachapothekerin für
Arzneimittelinformation
Klinische Pharmazie
Universität Leipzig
Brüderstraße 32
04103 Leipzig
Telefon: 0341 - 973 680 0
E-Mail: HenrietteKaroline.Dumeier@
medizin.uni-leipzig.de

Prof. Astrid Bertsche

Fachärztin für Kinder- und
Jugendmedizin mit Schwerpunkt
Neuropädiatrie
Universitätsklinik und Poliklinik für
Kinder- und Jugendmedizin Leipzig
Liebigstraße 20a
04103 Leipzig
Telefon: 0341 - 972 600 0
E-Mail: astrid.bertsche@
medizin.uni-leipzig.de

Verbesserung der Versorgung durch Patientenbeteiligung

PRIMA PEP – PRAXIS EVALUATION DURCH PATIENTEN

Autoren: Hans-Joachim Conrad, Hartmut Hesse

Management Summary

Das Projekt PriMa PEP (Praxis Evaluation durch Patienten) will die medizinische Versorgung im niedergelassenen Bereich innerhalb des Landkreises Marburg-Biedenkopf verbessern. Zu diesem Zweck wird ein Stärken-Schwächen-Profil einzelner Praxen aus Sicht der Patienten erstellt. Die Evaluation erfolgt über eine webbasierte, anonyme und standardisierte Patientenbefragung. Niedergelassene Ärzte in Mitgliedspraxen der PriMa eG, dem Zusammenschluss niedergelassener Ärzte des Landkreises, erhalten so Anhaltspunkte für Verbesserungsbedarf in Bezug auf Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Damit ist auch auf einfache Weise möglich, den Erfolg von Verbesserungsmaßnahmen abzuschätzen.

Der Aufwand, der im Rahmen des Projektes anfällt, wird zur Hälfte von der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen und zur Hälfte von

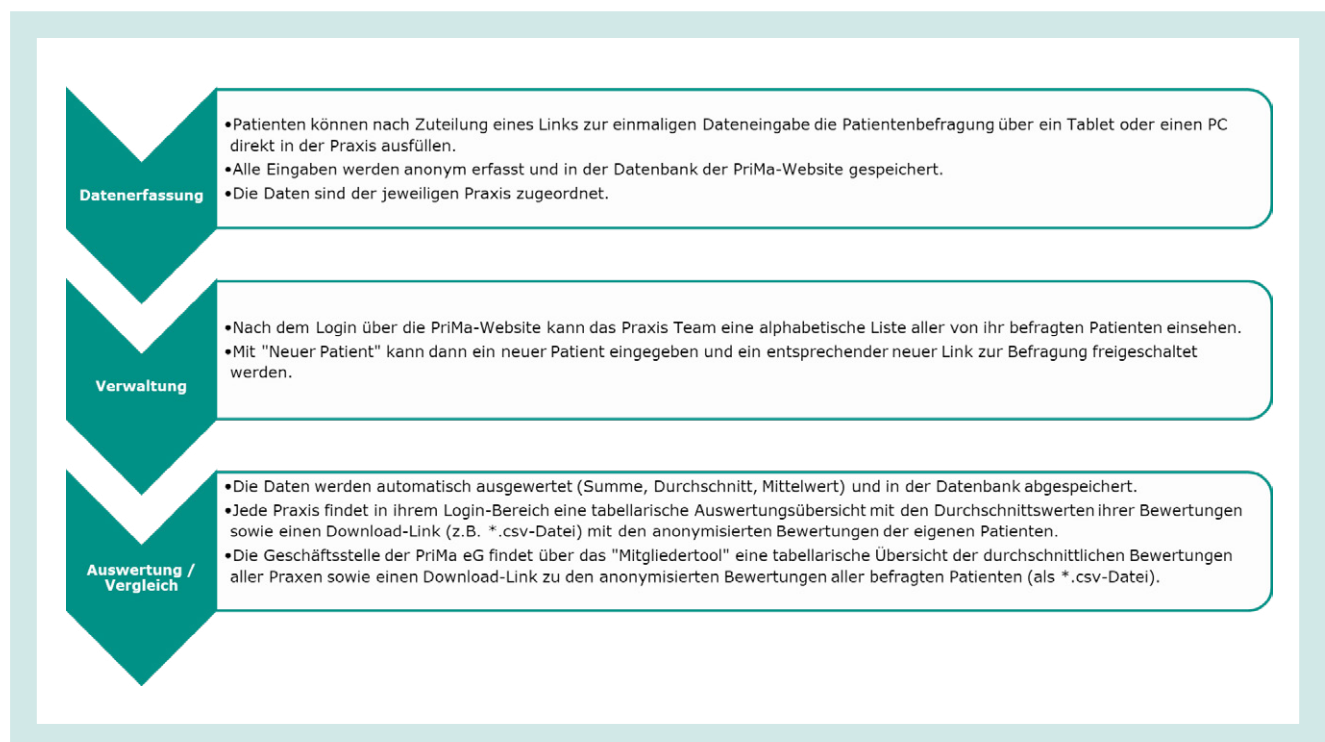
Mitgliedern des Vorstandes und den Beschäftigten der PriMa erbracht. Die PriMa Mitgliedspraxen führen bereits seit 2011 Qualitätsmanagement nach § 135a des SGB V durch. Die gestützten, standardisierten Patientenumfragen in PriMa Praxen begannen mit dem zweiten Quartal 2018 und finden parallel in je 15 Praxen über einen Zeitraum von drei Monaten statt.

Umsetzung

Eine kontinuierliche Verbesserung der medizinischen Versorgung erfordert fortlaufendes Qualitätsmanagement. Bisher fanden Patientenbefragungen in den Mitgliedspraxen der PriMa uneinheitlich und in Eigenregie der Praxen statt. Um die Evaluationsergebnisse einzelner Praxen vergleichbar zu machen und die Auswertung der erfassten Daten weniger aufwendig zu gestalten, ist mit PriMa PEP ein

Abbildung 1 – Einzelschritte der Datenerfassung und Verarbeitung im Rahmen der PriMa PEP

Quelle: Eigene Darstellung



Projekt gestartet, das den Praxen ein DV(DatenVerarbeitungs)-gestütztes, standardisiertes Befragungsinstrument verfügbar macht. Die einzelnen Projektschritte sind aus Abbildung 1 ersichtlich. Alle PriMa-Mitglieder, die als niedergelassene Ärzte mit Kassensitz in den rund 180 Praxen im Großraum Marburg tätig sind, können sich an dem Projekt beteiligen.

Die anonyme Erfassung der Patientenbewertungen erfolgt durch einen Fragebogen, der für PriMa als GUI (graphical user interface) programmiert wurde und als App auf Tablet-Computern läuft. Diese werden den Patienten direkt in den Praxen zur Verfügung gestellt. Der Fragenkatalog umfasst rund 30 Fragen, die getrennt voneinander – ohne Querbezüge – beantwortet werden. Die Antwort erfolgt durch Zahleneingabe (zum Beispiel „30 Minuten“), ja/nein oder Schulnoten (1-6). Die Algorithmen zur Auswertung und Gegenüberstellung der Ergebnisse sind als Datenbankabfragen auf der Website der PriMa eG programmiert. Die teilnehmenden Praxen können nicht nur ihre Ergebnisse abfragen, sondern sich auch mit dem Durchschnitt der anderen Praxen vergleichen.

Inhaltlich deckt die Befragung verschiedene übliche Qualitätskriterien, wie Aufmerksamkeit und Freundlichkeit der Mitarbeiter sowie Einrichtung, Ausstattung und Ambiente der Praxis ab. Gleichzeitig wird auch das besonders schwer beurteilbare und je nach Praxisstruktur kaum vergleichbare Qualitätskriterium der Termintreue, genauer gesagt der Wartezeit, vergleichbar gemacht. Hierzu werden die Wartezeiten in der Praxis den Untersuchungs- und Behandlungszeiten gegenübergestellt, wobei Zeiten mit direkter ärztlicher Intervention höher gewichtet werden. Auf Wunsch der KV wurden ferner auch Fragen zum Ärztlichen Bereitschaftsdienst und Vertretungsregelungen einbezogen.

Nächste Schritte

Nach Auswertung der Ergebnisse soll der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen ein schriftliches Evaluationsergebnis vorgelegt werden. Anschließend sind Follow-up-Erhebungen geplant, um die Wirkung eingeleiteter Maßnahmen beurteilen zu können. Die PriMa Ärztegenossenschaft plant, das Projekt bis auf Weiteres fortzuführen. Eine Änderung oder spätere Ergänzung weiterer Fragen ist möglich.

Ansprechpartner

Dr. rer. pol.

Hans-Joachim Conrad

Geschäftsführer

PriMa Ärztegenossenschaft e. V.

Marburg

Deutschhausstraße 19a

35037 Marburg

Telefon: 06421 - 325 68

E-Mail: hj.conrad@prima-eg.de

www.prima-eg.de

Dr. Hartmut Hesse

Vorsitzender des Vorstandes

PriMa Ärztegenossenschaft e. V.

Marburg

Deutschhausstraße 19a

35037 Marburg

Telefon: 06421 - 655 55

E-Mail: hartmut.hesse@prima-eg.de

www.hausarztpraxis-marburg.de

Das Expertenwissen der Welt – anwendbar auf den Einzelfall

QONSILUS DIAGNOSIS

Autor: Markus Bönig

Management Summary

Mit Qonsilus Diagnosis lässt sich das weltweite Expertenwissen von Top-Medizinern automatisiert auf den medizinischen Einzelfall anwenden. Befunde, beispielsweise in der gynäkologischen Endokrinologie, aber auch in vielen anderen medizinischen Teilbereichen lassen sich auf diese Weise in sehr hoher Geschwindigkeit und enormer Qualität vollautomatisch erzeugen. Das entlastet insbesondere Labormediziner in ihrer Arbeit und verbessert die Effizienz von Laborprozessen. Es kommt dafür die Qonsilus-Plattform zum Einsatz, die die Strukturierung und standardisierte Anwendung von medizinischem Expertenwissen ermöglicht. Patientendaten können aus unterschiedlichen Quellen importiert und dank künstlicher Intelligenz automatisch analysiert und interpretiert werden.

Diese automatisierte Befundung wurde in den vergangenen sieben Jahren mit einem Team von 40 Medizinern und Informatikern in Deutschland entwickelt und zunächst für den Bereich der

Hämostaseologie (Lehre von der Blutgerinnung / Störungen der Blutgerinnung) sowie der gynäkologischen Endokrinologie zum praktischen Einsatz gebracht.

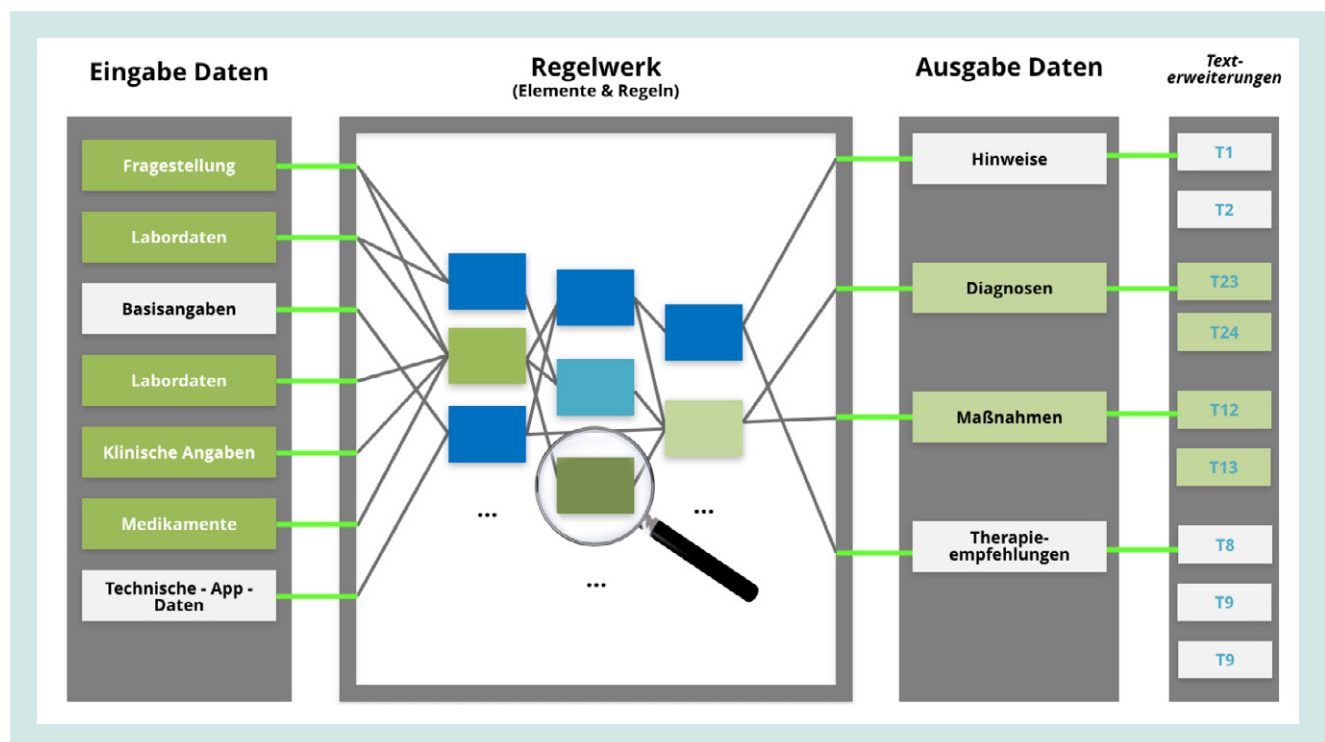
Umsetzung

Um die Befundung von Labortwerten beispielsweise zu beschleunigen, ist mit Qonsilus Diagnosis ein Instrument der automatisierten Analyse und Interpretation von Patientendaten entstanden, das zurzeit weltweit einmalig ist. Es richtet sich potentiell an alle Labore beziehungsweise Labormediziner, zuweisende Ärzte, aber auch an Patienten.

Die Plattform Qonsilus besteht aus zwei Hauptelementen. In einem ersten Schritt können Experten mit dem Autorensystem medizinische Wissensmodelle für verschiedenste Krankheiten entwickeln, überprüfen und gegebenenfalls anpassen. Diese sind danach auf der

Abbildung 1 – Der schematische Ablauf der Qonsilus Core-Engine

Quelle: Qonsilus GmbH.



Plattform verfügbar und können anschließend für die Befundung des jeweiligen Krankheitsbildes genutzt werden: Über diverse Algorithmen werden medizinische Patientendaten automatisch analysiert und interpretiert. Die Ergebnisse dieses Prozesses stehen, je nach Zielgruppe, in einfacher Sprache oder mit den entsprechenden, fachlich relevanten Informationen sofort zur Verfügung.

Es wurde beispielsweise ein Wissensmodell für das Von-Willebrand-Syndrom entwickelt. Das ist die häufigste, angeborene Krankheit mit erhöhter Blutungsneigung. Die medizinischen Inhalte des Modells wurden dabei in einem ersten Schritt umfassend überprüft. Danach wurde das Modell in die Software der Qonsilus Plattform eingebettet und kann seitdem von registrierten Labormedizinern genutzt werden. Ein typischer Laborablauf inklusive der Nutzung der Qonsilus Plattform sieht so aus, dass über einen Onlinebogen zunächst die strukturierten, klinischen Angaben des Patienten und die genaue Fragestellung des zuweisenden Arztes erfasst werden. Hier kommen Therapie-Management-Plattformen wie vitabook zum Einsatz, um Arzt, Patient und Qonsilus miteinander zu verknüpfen. Sobald die Laborwerte des Patienten vorliegen, werden sie automatisch an das System gesendet. Nun erfolgt – basierend auf der Fragestellung – eine individualisierte Auswertung der klinischen Angaben und der Laborwerte. Die Ergebnisse wiederum werden Arzt und Patient, beispielsweise in einem eigenen Gesundheitskonto, inklusive passender Erläuterungen bereitgestellt.

Ansprechpartner

Markus Böinig

Geschäftsführer

Qonsilus GmbH

Hauptstraße 41

21266 Jesteburg

Telefon: 040 - 537 981 501

E-Mail: markus.boenig@qonsilus.de

www.qonsilus.de

Nächste Schritte

Es sollen im Laufe der kommenden Jahre für möglichst alle medizinischen Bereiche Wissensmodelle entstehen, um das individuelle Expertenwissen von Top-Medizinern weltweit und vor allen Dingen automatisiert auf den Einzelfall anwendbar zu machen. Die künstliche Intelligenz ist kein Zukunftsthema mehr. Mit Qonsilus ist sie bereits heute in der Medizin Wirklichkeit geworden.



Ernährungsberatung und -schulungen zur Gesundheitsprävention und bei Krankheiten

ROSE-FRÖHLICH – PRAXIS FÜR ERNÄHRUNG MIT KASSENZULASSUNG

Autorinnen: Sofie Fröhlich, Sandra Rose-Fröhlich

Management Summary

Die Rose-Fröhlich – Praxis für Ernährung hilft ihren Patienten dabei, konkrete Gesundheitsziele für sich selbst zu erkennen und diese zu erreichen. Das übergreifende Ziel ist die nachhaltige Verbesserung der Gesundheit durch Präventionsmaßnahmen sowie das Vermeiden von Neu- und Folgeerkrankungen. Zu diesem Zweck fördert die Praxis die Eigenmotivation der Patienten und arbeitet über die drei Säulen Ernährung, Bewegung und persönliches Verhalten ganzheitlich auf einen gesunden Lebensstil hin. Rose-Fröhlich bietet auf dieser Basis verschiedene Programme an, die auf die Stärkung der Gesundheitskompetenzen insbesondere in Zusammenhang mit gesunder Ernährung abzielen. Die Praxis wurde im Jahr 2017 von Sandra Rose-Fröhlich und Sofie Fröhlich gegründet und betreut Patienten in Niedersachsen, Hamburg und Lüneburg. Es bestehen Verträge mit verschiedenen Krankenkassen nach SGB § 20 a-c zur Prävention, SGB § 43 bei vorhandenen Erkrankungen / Krankheiten / Unverträglichkeiten und SGB § 43 für Privatversicherte.

Umsetzung

Ein ungesunder Lebensstil und die damit häufig einhergehenden Gewichtsprobleme sind nachweislich mit einer Reihe chronischer Erkrankungen, wie beispielsweise Diabetes, verbunden. Immer mehr

Menschen sind heute übergewichtig oder adipös, und damit in ihrer Lebensqualität eingeschränkt. Rose-Fröhlich richtet sich mit ihrem Praxis-Angebot an Menschen aller Alters- und Berufsgruppen, die an einer gesünderen Lebensweise arbeiten wollen. Dabei ist es egal, ob bereits eine oder mehrere Erkrankungen bestehen oder es um die präventive Verbesserung der Gesundheitskompetenzen geht.

Unter den Kursangeboten zur Prävention finden sich unter anderem verschiedene Module, die sich an spezifische Zielgruppen richten. Das sind zum einen Kurse für Kinder und Jugendliche und zum anderen Kurse für bestimmte Berufsgruppen. Für Unternehmen besteht etwa die Möglichkeit, den hauseigenen Caterer oder Kantinenbetreiber über die Praxis weiterzubilden und so das Nahrungsangebot für die Mitarbeiter intern zu verbessern.

Auch Einzelberatungen sind möglich. Die Besonderheit hierbei ist, dass die Zielsetzung durch den Patienten selbst erfolgt. Dadurch lässt sich die Motivation erhöhen und es wird wahrscheinlicher, dass der Patient die gesteckten Ziele auch erreicht. In alle Beratungsangebote fließen die Aspekte Ernährung, Bewegung und das persönliche Verhalten mit ein. Auch Themen wie Stress werden angesprochen und die jeweiligen Lebenswelten berücksichtigt (siehe Abbildung 1). Die Nachhaltigkeit der Maßnahmen wird dadurch begünstigt, dass eine Kassenerstattung der Einzelberatung bis zu fünf Mal im Jahr möglich ist. Vor chirurgischen Eingriffen, die eine

Abbildung 1 – Themenschwerpunkte der Rose-Fröhlich Praxis

Quelle: Eigene Darstellung.

Themenschwerpunkte der Rose-Fröhlich Praxis

- Grundlagen der Körperfunktionen; Vor- und Nachteile einer richtigen Ernährung
- Ernährungsgrundlagen und richtige Portionsmengen für Lebensmittel
- Bewegungseinheiten und Sport; Verhaltensmöglichkeiten
- Möglichkeiten der Stressreduzierung und Motivationsmodule
- Kochevents zur gesunden Ernährung
- Einkaufsparcours und Aufklärung zum richtigen Einkaufen
- Berücksichtigung der Lebenswelten: Maßnahmen zur gesunden Ernährung im Schulalltag, Berufsleben, Pflegeheimen oder zu Hause

Reduktion des Körpergewichts erleichtern sollen (bariatrischen Operationen) sogar noch häufiger. Das können beispielsweise Magenverkleinerungen, der Einsatz eines Magenbandes oder Magenballons etc. sein.

Nächste Schritte

Für die Zukunft sollen deutschlandweit verschiedene gesundheitliche Einrichtungen mit zertifizierten Rose-Fröhlich Angeboten („Train the Trainer“) ausgestattet werden. Das könnte zum Beispiel eine sinnvolle Ergänzung für Diabetes Schwerpunktpraxen sein.

Außerdem will das Praxis-Team vermehrt Synergien zwischen verschiedenen Einrichtungen, wie Kindergärten und Senioreneinrichtungen aufbauen. So könnten Senioren und Kinder voneinander und miteinander lernen, was gesunde Ernährung heute heißt, und was es früher war.

Angebote zur Schulung der Gesundheitskompetenzen sollen zudem noch stärker erlebnisorientiert ausgerichtet werden, beispielsweise in Form gemeinsamer Marktbesuche.

Ansprechpartner

Sandra Rose-Fröhlich

Geschäftsführung
Rose-Fröhlich – Praxis für Ernährung
mit Kassenzulassung
An den Reeperbahnen 2a
21335 Lüneburg
Telefon: 0170 - 775 410 6
E-Mail: rose-froehlich@gmx.de
www.rose-froehlich.com

Sofie Fröhlich

Kommunikation, Marketing
Rose-Fröhlich – Praxis für Ernährung
mit Kassenzulassung
An den Reeperbahnen 2a
21335 Lüneburg
Telefon: 0170 - 775 410 6
E-Mail: rose-froehlich@gmx.de
www.rose-froehlich.com

Stepped Care in der Psychotherapie-Praxis

SCiPP

Autoren: Helmut Peter und Ulrike Peter

Management Summary

Das Projekt SCiPP hat zum Ziel, bestehende Defizite in der ambulanten und sektorenübergreifenden Versorgung von psychisch erkrankten Menschen abzubauen. Über eine Verbesserung der Versorgungssituation soll mit SCiPP eine qualitativ hochwertige und kosteneffiziente Versorgungsstruktur etabliert werden.

Das Projekt wird dabei von einem multiprofessionellen Team aus Ärzten verschiedener Fachrichtungen, psychologischen und ärztlichen Psychotherapeuten sowie einem Casemanagement getragen. Im Rahmen des Projekts sollen die Patienten eine auf sie in Art und Länge individuell zugeschnittene Psychotherapie erhalten. Der Behandlungsfortschritt der Patienten wird systematisch und kontinuierlich während des Therapieprozesses erfasst, wodurch die Behandlungsintensität jederzeit neu angepasst werden kann.

Initiiert wurde das Versorgungsprojekt durch das medizinische Versorgungszentrum Verhaltenstherapie Falkenried. In Zusammenarbeit mit der Hanseatischen Krankenkasse und der BARMER wurde SCiPP dann umgesetzt. Durch das Abschließen eines Selektivvertrages mit den beteiligten Krankenkassen können aktuell alle im Rahmen von SCiPP erbrachten Leistungen über die Kostenträger abgerechnet werden.

Seit dem Jahr 2006 konnten bereits etwa 6.800 Patienten psychotherapeutisch und psychiatrisch behandelt werden.

Umsetzung

Psychische Erkrankungen stellen eine große Herausforderung für das Gesundheitssystem dar und konnten bisher nicht ausreichend durch die Regelversorgung abgedeckt werden. Da die Wartezeiten für eine ambulante Therapie meist lang sind, lässt sich ein überproportionaler Anstieg an Krankenhausbehandlungen verzeichnen. Ebenso ist ein Anstieg der Arbeitsunfähigkeit aufgrund von psychischen Erkrankungen zu beobachten.

Das Konzept von SCiPP folgt einer stratifizierten, gestuften Behandlungsform und orientiert sich am Stepped Care-Ansatz. Dabei sollen erwachsene Patienten mit psychischen Erkrankungen im Rahmen von SCiPP möglichst ambulant und kurz behandelt werden, sodass Wartezeiten, Arbeitsunfähigkeiten und Krankenhausbehandlungen reduziert werden können. Damit wird nachweislich eine wirkungsvolle Therapie bei gleichzeitiger Schonung der Ressourcen möglich. Die Annahmen für eine gute und kosteneffiziente Versorgung sind aus Abbildung 1 ersichtlich. Das Projekt ermöglicht durch eine eng aufeinander abgestimmte psychotherapeutische und psychiatrische Behandlung und eine enge Verzahnung von ambulanten und teilstationären Angeboten eine neuartige, sektorenübergreifende Versorgung von psychisch Erkrankten. Das Versorgungskonzept bildet dabei ein breites Spektrum ab: So werden von der niedrig dosierten Einzelbehandlung oder Gruppentherapie bis hin zur ambulanten, ganztägigen Komplexbehandlung alle Therapievarianten angeboten.

Abbildung 1 – Annahmen für eine gute und kosteneffiziente Versorgung

Quelle: Eigene Darstellung.

Annahmen für eine gute und kosteneffiziente Versorgung

1. Um den (steigenden) Bedarf an Psychotherapie mit den zur Verfügung stehenden Mitteln zu decken, bedarf es effizienter Behandlungskonzepte nach dem Motto: so viel wie nötig, so wenig wie möglich.
2. Um den Arbeitsunfähigkeitskosten auf Grund psychischer Erkrankungen entgegen zu wirken, bedarf es gezielter psychotherapeutischer Konzepte.
3. Die Behandlung sollte möglichst niedrigschwellig sein, eine intensive teil- oder vollstationäre Behandlung lässt sich nur durch ein Setting-übergreifendes Behandlungsangebot reduzieren oder vermeiden.

Im Verlauf des Behandlungsprozesses finden kontinuierliche Fragebogenerhebungen statt, sodass die Therapie immer wieder neu an die Bedürfnisse und Fortschritte des Patienten angepasst und die Wirksamkeit überprüft werden kann.

Der Ablauf gestaltet sich wie folgt: Spätestens zwei Wochen nach dem Erstkontakt mit dem Patienten erfolgt die Erstdiagnostik mit einem psychotherapeutischen Erstgespräch, psychiatrischer Diagnostik und einer adaptiven, IT-gestützten Testdiagnostik. Auf Grundlage der Erstdiagnostik wird die Behandlungsindikation gestellt und die Therapieplanung vorgenommen. Im Rahmen von SCiPP erhält der Patient ein maßgeschneidertes, jederzeit anpassbares Therapieprogramm. Besonders schwer betroffene Patienten können in Tageskliniken eine Intensivbehandlung erhalten. Zwischen den verschiedenen Therapieelementen entstehen keine unnötigen Wartezeiten für den Patienten. Dadurch wird eine bedarfsgerechte und rechtzeitige Behandlung für den Patienten ermöglicht.

Die Behandlungsergebnisse bestätigen den Erfolg von SCiPP: Knapp 80 Prozent aller Patienten kommen mit einer Kurzzeittherapie aus; etwa ein Drittel sogar mit 15 oder weniger Sitzungen. Die Therapieergebnisse weisen sehr hohe klinische Effekte (Effektstärken größer 1) bei durchgängig hoher bis sehr hoher Patientenzufriedenheit auf. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in der Tagesklinik liegt mit 21 Tagen deutlich unter dem bundesweiten Durchschnitt. Bei der Mehrheit aller Patienten mit einer Arbeitsunfähigkeit zum Therapiebeginn konnte die Arbeitsfähigkeit zum Therapieende wieder hergestellt werden.

Besonders hervorzuheben ist, dass mit dem SCiPP-Ansatz gelungen ist, Schnittstellenprobleme zwischen den ambulanten und stationären Behandlungen zu überwinden. Nach stationärer Entlassung werden die Patienten ohne Wartezeit und unter Wahrung der therapeutischen Kontinuität ambulant weiterbehandelt. Bei vielen stationär behandlungsbedürftigen Patienten kann durch eine vorgeschaltete ambulante Intensivbehandlung eine indizierte stationäre Behandlung vollständig umgangen werden.

Nächste Schritte

Seit dem Jahr 2018 wird ein dringend benötigtes Therapieangebot für Migranten aufgebaut. Dabei sollen bilinguale Therapeuten die Behandlungen durchführen. Ebenfalls wird an der Entwicklung von telemedizinischen Diagnostik- und Therapieelementen gearbeitet.

Ansprechpartner

Prof. Dr. Helmut Peter

Ärztlicher Direktor und
Geschäftsführer
Verhaltenstherapie Falkenried
MVZ GmbH
Jarrestraße 8
22303 Hamburg
Telefon: 040 - 668 930 121
E-Mail: peter@vt-falkenried.de
www.vt-falkenried.de

Dipl.-Psych. Ulrike Peter

Entwicklung und Forschung
Verhaltenstherapie Falkenried
MVZ GmbH
Jarrestraße 2
22303 Hamburg
Telefon: 040 - 668 930 121
E-Mail: upeter@vt-falkenried.de
www.vt-falkenried.de

Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen

SEGEL – SEELISCHE GESUNDHEIT LEBEN

Autoren: Christian Mävers, Michael Radomsky

Management Summary

SeGel hat zum Ziel, die Versorgungsqualität für psychisch Erkrankte zu verbessern, indem eine Versorgungsstruktur angeboten wird, die eine patientenorientierte Betreuung im gewohnten Umfeld ermöglicht. Das Projekt setzt vor allem auf die persönliche Betreuung durch ein individuelles Fallmanagement und die aufsuchende Versorgung im häuslichen Umfeld.

SeGel wird von der GWQ ServicePlus AG (GWQ) angeboten und wurde von ihr im Jahr 2010 gemeinsam mit Vertretern des Dachverbandes Gemeindepsychiatrie e.V. sowie mit einigen Betriebskrankenkassen konzipiert. Es besteht ein Vertrag nach § 140a SGB V.

Bis heute haben sich bereits mehr als 2.000 Patienten in das Versorgungsprogramm eingeschrieben. Das GWQ-interne Vertragscontrolling bestätigt die Zielsetzung des Vertrages, v.a. Krankenhauskosten sowie Krankengeldbezugszeiten zu reduzieren.

Umsetzung

Bei der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen gibt es in Deutschland derzeit noch Kapazitäts- und Zugangsprobleme. SeGel bietet, basierend auf den Angeboten der Regelversorgung,

eine alternative Betreuungsstruktur. Das Projekt möchte die Lebensqualität der betroffenen Patienten erhöhen, beispielsweise durch die Reduzierung vermeidbarer Krankenhausaufenthalte. Betreut werden vor allem psychiatrische Patienten mit schizoaffektiven, schizophrenen oder depressiven Grunderkrankungen und insbesondere solche, die aufgrund ihrer Erkrankung in den letzten Jahren stationäre Leistungen in Anspruch genommen haben.

SeGel beinhaltet die aufsuchende psychiatrische Betreuung und Behandlung und sorgt dafür, dass der Patient zuhause und unter Einbeziehung seines sozialen Umfeldes versorgt werden kann. Hierfür ist ein multiprofessionelles, mobiles Team im Einsatz, das sich mit entsprechenden Maßnahmen ganz an den individuellen Bedürfnissen des Patienten orientiert. Das können beispielsweise Angebote der Soziotherapie, Psychoedukation oder auch die häusliche psychiatrische Krankenpflege sein. Die wesentlichen Bestandteile von SeGel sind in Abbildung 1 dargestellt.

An sieben Tagen der Woche zwischen 17 Uhr abends und 9 Uhr morgens können z. B. hilfsbedürftige Patienten, die für eine Zeit einen Zufluchtsort benötigen, in einem Rückzugshaus versorgt werden; wenn möglich auch in akuten Krisensituationen. Durch das gemeinsame Handeln fühlen sie sich in den bedrohlichen Abend- und Nachtstunden sicher und geborgen. Patienten in einer akuten Krise werden zudem von den Fachkräften des multiprofessionellen

Abbildung 1 – Bausteine und Kernelemente von SeGel

Quelle: Eigene Darstellung.

Wesentliche therapeutische Bausteine & Kernelemente

- aufsuchende psychiatrische Betreuung und Behandlung (Home Treatment)
- niederschwellige, flexible therapeutische Arbeit mit multiprofessionellem, mobilem Team
- Versorgung und Behandlung in Rückzugsräumen
- vernetzte, kontinuierliche Zusammenarbeit mit Betroffenen und ihren Angehörigen
- regelmäßig stattfindende, multidisziplinär besetzte Fallkonferenzen und Qualitätszirkel
- umfassendes Fallmanagement

Behandler-Teams darin unterstützt, tagesstrukturierende Angebote zu nutzen. Die vernetzte, kontinuierliche Zusammenarbeit mit Betroffenen, Angehörigen und gegebenenfalls gesetzlichen Betreuern hilft, vorhandene Ressourcen zu nutzen und das Selbsthilfepotential der Patienten zu stärken.

Eine zentrale Koordinierungsstelle überblickt die gesamte Versorgung der Patienten durch ein umfassendes Fallmanagement. Sie stellt auch die ganzjährige über 24 Stunden tägliche Erreichbarkeit des Versorgungsnetzes sicher und dient als telefonischer Ansprechpartner in allen Fragen zur Versorgung, insbesondere bei Verschlechterung des Gesundheitszustandes oder in Krisenfällen während der Nacht oder an Wochenenden.

Jedem Patienten wird von der Koordinierungsstelle ein dort tätiger Fallmanager als zentrale Bezugsperson zugeteilt. Eine EDV-gestützte Dokumentation und Informationsplattform zur intersektoralen Kommunikation ermöglicht den kontinuierlichen Austausch aller an der Versorgung Beteiligten. Während des gesamten Versorgungszeitraumes wird die begleitende (fach-)ärztliche Behandlung sichergestellt und es werden regelmäßig Fallkonferenzen und Qualitätszirkel veranstaltet.

Nächste Schritte

Das Programm wird kontinuierlich optimiert und erweitert. Als unterstützende Maßnahme finden Patientenbefragungen statt, deren Ergebnisse in die Weiterentwicklung einfließen.

Ansprechpartner

Michael Radomsky

Referent Versorgung & Region Mitte
GWQ ServicePlus AG
Tersteegenstr. 28
40474 Düsseldorf
Telefon: 0211 - 758498697
E-Mail: Michael.Radomsky@
GWQ-ServicePlus.de
www.gwq-serviceplus.de

Christian Mävers

Leiter Versorgung & Region Mitte
GWQ ServicePlus AG
Tersteegenstr. 28
40474 Düsseldorf
Telefon: 0211 - 75849844
E-Mail: Christian.Maevers@
GWQ-ServicePlus.de
www.gwq-serviceplus.de

Patientenzentrierte Verbesserung der Polypharmazie im Alter

SICHERES ALTERN – PRÄVENTION UND DEMOGRAPHIE IM BLICK (SAPREMO)

Autorin: Ursula Wolf

Management Summary

SAPREMO soll die polypharmazeutische Versorgung geriatrischer Patienten verbessern und durch Medikamente verursachte Neben- und Wechselwirkungen reduzieren. Das Projekt setzt auf den Abbau interprofessioneller Barrieren und führt zu diesem Zweck unter anderem Fortbildungsworkshops zur Medikamentengabe bei älteren Patienten, die eine Vielzahl verschiedener Medikamente gleichzeitig einnehmen müssen, durch. Ziel ist vor allem eine Prävention von medikamentös verursachten Gedächtnisstörungen und Sturzereignissen.

Das Projekt wurde von Dr. med. Ursula Wolf, Fachärztin für Innere Medizin und zuständig für das Pharmakotherapie-Management am Universitätsklinikum Halle (UKH), konzipiert. Es wird derzeit landesweit in Sachsen-Anhalt durchgeführt und von der Robert Bosch Stiftung gefördert. Kooperationspartner sind der Hausärzteverband, die Ärzte- und Apothekerkammer, die Kassenärztliche Vereinigung und die Vertreter aus den Bereichen ambulante und

Heimpflege. SAPREMO wurde im Jahr 2016 ins Leben gerufen. Dr. Wolf organisierte und führte bisher elf interprofessionelle Fortbildungsworkshops.

Umsetzung

Ältere Patienten nehmen oft eine Vielzahl verschiedener Medikamente gleichzeitig ein. Das birgt beträchtliche Risiken hinsichtlich unerwünschter und additiver Nebenwirkungen und Wechselwirkungen sowie Überdosierungen und Fehlindikationen. Generell sind bei geriatrischen Patienten bei der Medikamentengabe Besonderheiten zu berücksichtigen, die den versorgenden Personen oft nicht bekannt sind.

Um frühestmöglich medikamenteninduzierte neue Symptome, die möglicherweise als eigenes Krankheitsbild fehlgedeutet werden können und zu einer weiteren Therapieeskalation führen, zu

Abbildung 1 – Prozesse im Rahmen von SAPREMO

Quelle: Eigene Darstellung



erkennen und Folgeschäden durch Neben- und Wechselwirkungen und Überdosierungen von Medikamenten bei älteren Patienten zu vermeiden, werden im Rahmen von SAPREMO verschiedene Prozesse angestoßen (siehe Abbildung 1). Diese sollen auch die berufsgruppenübergreifende Vernetzung von Ärzten, Apothekern und Pflegepersonal unterstützen und bestehende Barrieren und Hierarchien aufbrechen.

Die interprofessionellen Fortbildungsworkshops finden in kleineren regionalen Gruppen mit maximal 30 Teilnehmern statt. Der Teilnehmerkreis setzt sich aus den behandelnden Hausärzten, Apothekern und Pflegediensten zusammen. Die Workshops werden im Jahresverlauf aufgefrischt. Im Rahmen der Veranstaltungen werden anhand eines informativen Vortrags verschiedene Arzneimitteltherapiebeispiele analysiert und konkrete Probleme erörtert. Hierbei werden die gefüllte Medikamenten-Dosierbox, Medikamentenpflaster, Selbstmedikationspräparate und typische Bedarfsmedikationen berücksichtigt. Die einzelnen Berufsgruppen können mit eigenen mitgebrachten Medikationslisten, aufklärenden und fortbildenden Beiträgen zum Programm der Veranstaltungen beitragen. Die immer synoptische, d. h. internistisch/klinisch-pharmakologische Analyse einer Medikamentenliste erfolgt anonymisiert in Kenntnis sämtlicher Diagnosen, aktueller Befunde/Organfunktionen und Beschwerden sowie aufgeklärter Zustimmung des Patienten. Therapieänderungen obliegen ausschließlich dem behandelnden Arzt.

Zusätzlich wurde für das Projekt ein einheitlicher Fragebogen entworfen, der erfassen soll, inwieweit diese bisher ungenutzte interprofessionelle Zusammenarbeit erwünscht und umsetzbar ist. Auch der Wissensstand zu bestimmen Medikamentenrisiken im Alter wird erfragt.

Nächste Schritte

Die nächsten Ziele sind über weiter zu beantragende Förderung die Fortsetzung sowie die Evaluation anhand eines assoziierten Rückgangs von Krankenhauseinweisungen, Verbesserung von Gedächtnisstörungen bis zur Demenz und Sturzereignissen und Frakturen. In der Erweiterung des Projektes erfolgt eine Verbraucheraufklärung und Patientenschulung zur Polypharmazie (Selbstedukation und Patienten-Befähigung im möglichst frühen geriatrischen Alter). In diesem Rahmen soll Wissen vor allem zu den mit bestimmten Medikamentenkombinationen verbundenen Risiken vermittelt werden. Ebenso wird konkretisiert, welche Möglichkeiten der Selbstprävention bestehen. Entsprechende Therapieumstellungen darf immer nur der behandelnde Arzt vornehmen.

Langfristig soll der digitale Zugriff auf das bisher aus mehr als 10.000 eigenen Medikationsreviews der Projektverantwortlichen erstellte Risikoschema für alle Berufsgruppen im Gesundheitswesen, Patienten und Angehörige universal ermöglicht werden.

Ansprechpartner

Dr. med. Ursula Wolf

Fachärztin für Innere Medizin
Pharmakotherapie-Management
Universitätsklinikum Halle
Ernst-Grube-Straße 40
06120 Halle (Saale)
Telefon: 0345 - 557 401 8
E-Mail: ursula.wolf-jacobs@uk-halle.de
www.uk-halle.de

Sepsis survivors Monitoring and cOordination in Outpatient Healthcare

SMOOTH

Autoren: Konrad Schmidt, Jochen Gensichen

Management Summary

SMOOTH war eine Studie zur Bewertung einer strukturierten hausärztlichen Nachsorge für Patienten nach einer intensivmedizinischen Behandlung. Im Rahmen von SMOOTH wurden Patienten nach einer schweren Sepsis betreut, um deren gesundheitsbezogene Lebensqualität zu verbessern.

Das Projekt wurde vom Institut für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Jena koordiniert und zwischen 2010 und 2015 mit verschiedenen Partnern an mehreren Kliniken und mit 148 Hausarztpraxen durchgeführt. Insgesamt nahmen 291 Patienten teil. Das Bundesministerium für Bildung und Forschung finanzierte die Studie.

Umsetzung

Viele Patienten leiden noch Monate bis Jahre nach einer intensivmedizinischen Behandlung an Folgeerkrankungen. Die Erkenntnisse aus SMOOTH sollen Hausärzte bei der langfristigen Versorgung dieser Patienten unterstützen. Zielgruppe der Studie waren volljährige Patienten nach Überleben einer kritischen Erkrankung, die intensivmedizinisch behandelt wurde. Als konkrete Indikatordiagnose wurde die schwere Sepsis oder der septische Schock (A41/R65 nach ICD-10) gewählt.

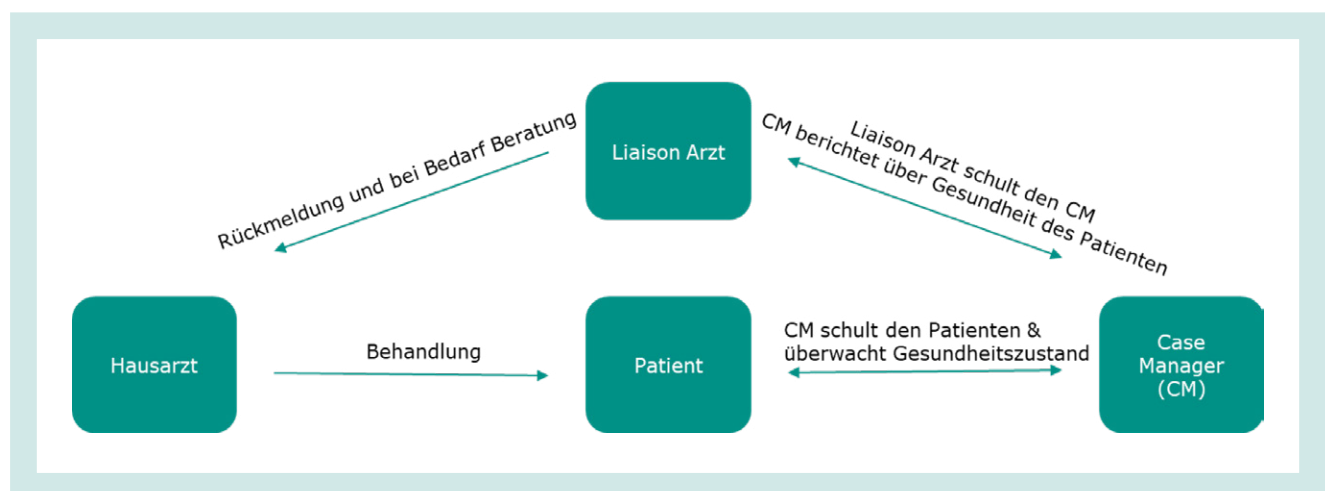
Die untersuchte Intervention erstreckt sich über die ersten zwölf Monate nach Entlassung von der Intensivstation. Zentraler Akteur aller drei Interventionselemente und gleichzeitig Bindeglied zu den Patienten ist die Figur des Case Managers (Fallmanager). Ärztliches Pendant und primärer Ansprechpartner für den Hausarzt war der so genannte Liaison Arzt. Er wurde vom Case Manager über die Ergebnisse des Monitorings informiert und beriet bei Auffälligkeiten und Handlungsbedarf den Hausarzt, damit dieser eine gezielte Diagnostik und Therapie einleiten konnte (siehe Abbildung 1).

Das erste Interventionselement ist das Entlassungsmanagement. Den Patienten wird bei Entlassung von der Intensivstation eine Informationsmappe ausgehändigt, die sie auf dem Weg über die Normalstation und Rehabilitationseinrichtung in die ambulante Versorgung begleitet und an die jeweils weiterversorgenden ärztlichen Kollegen gerichtet ist. Hier finden sich unter anderem Informationen zu sepsistypischen Folgeerkrankungen, erforderlichen Hilfsmitteln, häuslicher Krankenpflege und therapeutischen Empfehlungen.

Das zweite Interventionselement bildet die Schulung von Patienten und Hausärzten in den Kernelementen der sechs wichtigsten Sepsis-Komplikationen. Die Schulung der Hausärzte erfolgt einmalig durch den Liaison Arzt in dessen Praxis. Die Patienten werden nach Entlassung in die ambulante Versorgung ebenfalls im Rahmen eines Präsenztermins durch den Case Manager geschult. Die Schulung

Abbildung 1 – Akteure der SMOOTH Studie

Quelle: Eigene Darstellung.



beginnt mit einer Kurzversion der Monitoring-Befragung zu gegenwärtigen Beschwerden, um Therapieziele formulieren zu können. Besonderes Augenmerk liegt auf der Vermittlung eines effektiven Selbst-Managements. Den Abschluss der Schulung bilden Hinweise auf Selbsthilfegruppen sowie ein Überblick zu Hilfsmitteln, Rentenansprüchen und Ähnlichem.

Als drittes und letztes Interventionselement erfolgt das Monitoring des Patienten zu den sechs Hauptkomplikationen der Sepsis. Es wird telefonisch durch die Case Manager durchgeführt. Das Ergebnis wird dem Hausarzt schriftlich und nach Dringlichkeit gekennzeichnet übermittelt (Ampel-Schema). Bei neu aufgetretenen klinischen Auffälligkeiten („red flags“) erfolgt eine umgehende telefonische Information des Hausarztes durch den Liaison Arzt mit einer kurzen Therapieempfehlung / Nachschulung zu den aufgetretenen Komplikationen. Die Therapieverantwortung verbleibt bei dem behandelnden Hausarzt.

Nächste Schritte

Die Thematiken und Ergebnisse der Studien sollen weiterhin veröffentlicht werden, unter anderem im Rahmen von Vorträgen in nationalen und internationalen Netzwerken. Basierend auf den Studienergebnissen entwickelt derzeit ein Expertenkreis der „Mittel-deutschen Sepsis Allianz“ (MSA) eine elektronische „Post-Intensiv Care-Monitoringliste“ (PICS-MOL) als konkrete, offene und online-basierte Anwendung in einem regionalen Netzwerk von ambulanten und stationären Akteuren der Regelversorgung.

Zum anderen wurden die Erfahrungen aus SMOOTH in dem Folgeprojekt PICTURE verarbeitet, welches kürzlich am Universitätsklinikum München starten konnte. Diese deutschlandweite Studie soll eine speziell für die Hausarztpraxis entwickelte Kurzversion der Erzähltherapie zur Anwendung bei posttraumatischen Beschwerden nach Intensivtherapie evaluieren.

Ansprechpartner

Dr. med. Konrad Schmidt
Erweiterte Institutsleitung
Institut für Allgemeinmedizin
Universitätsklinikum Jena
Bachstraße 18
07743 Jena
Telefon: 03641 - 939 580 5
E-Mail: Konrad.Schmidt@
med.uni-jena.de
www.uniklinikum-jena.de

Prof. Dr. med. Jochen Gensichen
Direktor
Institut für Allgemeinmedizin
LMU München
Pettenkoferstr. 10
80336 München
Telefon: 089 - 440 053 779
E-Mail: Jochen.Gensichen@
med.uni-muenchen.de
www.allgemeinmedizin.med.
uni-muenchen.de

Schnell, einfach, sicher – Mehr Patientensicherheit durch bessere Kommunikation

SOLIMED EPFLEGEBERICHT

Autoren: Mark Kuypers, Ute Stern

Management Summary

Das Projekt solimed ePflegebericht entwickelt eine sektorenübergreifende elektronische Vernetzung zwischen Medizinerinnen und Pflegefachkräften und erprobt einen konsentierten elektronischen Pflegebericht „auf Knopfdruck“, um aktuelle und vollständige Informationen über Diagnosen, Medikamente und Therapien dort zur Verfügung zu stellen, wo sie gerade benötigt werden – in der ambulanten und stationären Altenpflege, Krankenhäusern sowie Arztpraxen. Der ePflegebericht wird dabei automatisch aus der jeweils eigenen Primärsoftware generiert, es erfolgt keine Doppel eingabe von Informationen. Das Projekt zielt damit auf die Verbesserung der sektorenübergreifenden Kommunikation sowie letztendlich auch auf die Versorgungsqualität bei geriatrischen Patienten ab.

solimed – Unternehmen Gesundheit initiierte das Pilotprojekt und hat die Gesamtprojektleitung übernommen. solimed ePflegebericht läuft über drei Jahre und finanziert sich aus Eigenmitteln der Projektpartner sowie aus Mitteln des Europäischen Fonds für regionale Entwicklung (EFRE) 2014-2020 über das Land Nordrhein-Westfalen.

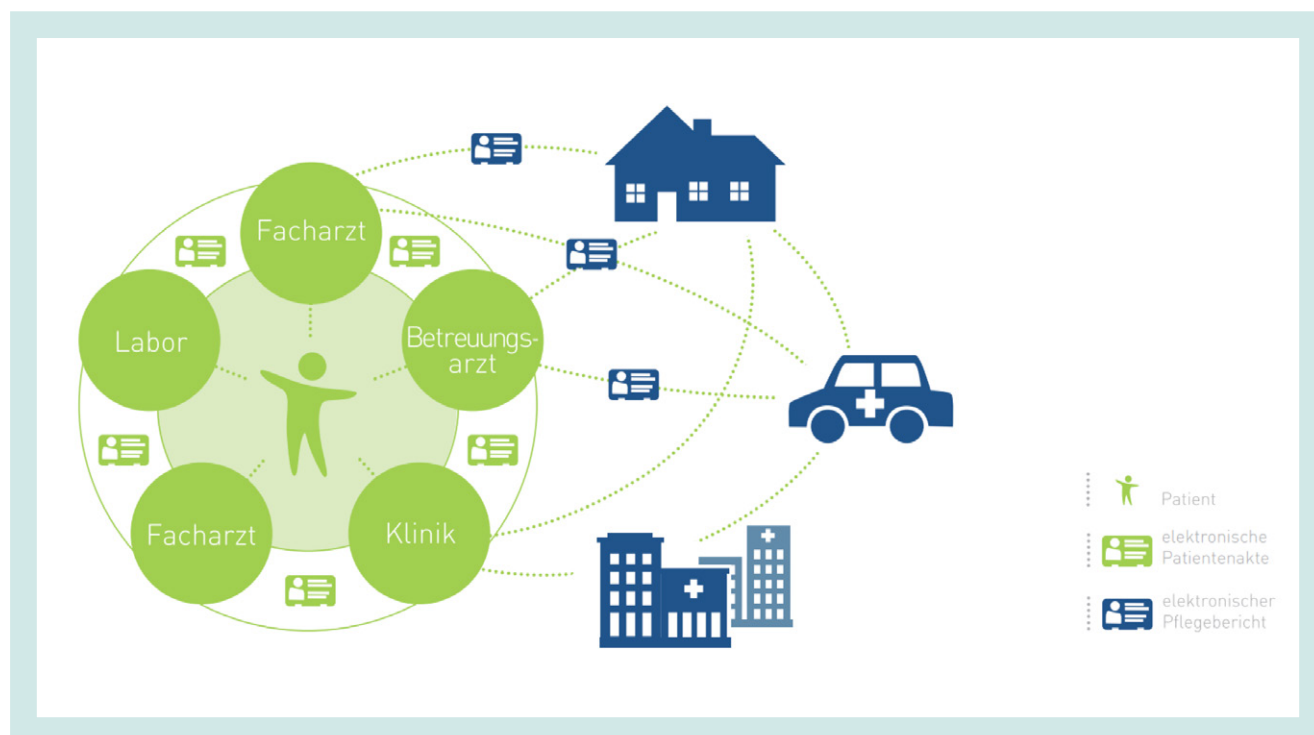
Umsetzung

Die Versorgung von pflegebedürftigen Patienten ist ein komplexer Prozess, in den unterschiedliche Fachgebiete einbezogen sind. Oft ist es schwierig, relevante medizinische und pflegerische Informationen einheitlich und schnell über sektorale Grenzen hinweg zu kommunizieren und ausreichend zu dokumentieren. Das sollen die erweiterte elektronische Vernetzung und der solimed ePflegebericht ändern, indem die digitalen Primärsysteme der Pflegeeinrichtungen, Krankenhäuser und der ambulanten Pflegedienste so weiterentwickelt werden, dass diese Akteure „auf Knopfdruck“ und ohne doppelte Dateneingabe einen ePflegebericht (ePB) erstellen können. Dieser Bericht kann anschließend allen weiteren an der Versorgung Beteiligten digital über eine sichere Vernetzung zur Verfügung gestellt werden. (siehe Abbildung 1).

Aktuell befindet sich solimed ePflegebericht in der Phase der technischen Umsetzung bei der Vernetzung weiterer Pflegeeinrichtungen. Aufbauend auf der 2008 eingeführten elektronischen Patientenakte zwischen 68 Ärzten und den drei lokalen Krankenhäusern wurden

Abbildung 1 – solimed ePflegebericht und ePatientenakte

Quelle: solimed – Unternehmen Gesundheit GmbH & Co. KG.



bereits zwei stationäre Pflegeeinrichtungen sowie ein ambulanter Pflegedienst eingebunden. Derzeit werden die Pflegefachkräfte der drei Solinger Kliniken und weitere Pflegeeinrichtungen und -dienste integriert. Nach erfolgreicher Erweiterung der digitalen Infrastruktur können die Teilnehmer dann zukünftig elektronisch kommunizieren und strukturiert Daten im CDA Format (ePflegebericht) untereinander austauschen.

Nächste Schritte

Im nächsten Schritt werden die Pflegefachkräfte den Umgang mit dem entwickelten Prototypen testen und über das System mit den anderen Berufsgruppen kommunizieren. Später soll zudem ein elektronisches Medikationsmanagement zur Optimierung der Arzneimittelsicherheit entwickelt und getestet werden. Langfristiges Ziel des Vorhabens ist, dass die elektronische Vernetzung und die Anwendung des elektronischen Pflegeberichtes in Solingen durch weitere Einrichtungen der Pflege erprobt und damit ein regionales Versorgungsmanagement für pflegebedürftige Patienten geschaffen wird. Angestrebt wird, die gewonnen Erkenntnisse auf andere Regionen zu übertragen. Hierzu werden die Ergebnisse aufbereitet und der Öffentlichkeit zugänglich gemacht.

Ansprechpartner

Dipl.-Ges. oec. Mark Kuypers

Geschäftsführer
solimed – Unternehmen Gesundheit
GmbH & Co. KG
Grünwalder Straße 29-31
42657 Solingen
Telefon: 0212 - 249 467 5
E-Mail: kuypers@solimed.de
www.solimed-ug.de

Dipl. oec. Ute Stern

Projektkoordinatorin
solimed – Unternehmen Gesundheit
GmbH & Co. KG
Grünwalder Straße 29-31
42657 Solingen
Telefon: 0212 - 249 467 5
E-Mail: stern@solimed.de
www.solimed-pflege.de

SOZIALRAUMORIENTIERTES VERNETZUNGSPROJEKT VON MEDIZIN UND JUGENDHILFE

Autoren: Ulrich Kohns, Monica Naujoks, Monica Scheele Pescheny, Wilfried Kratzsch

Management Summary

Das hier vorgestellte Sozialraumorientierte Vernetzungsprojekt hat zum Ziel, die Kooperation zwischen medizinischer Versorgung durch Arztpraxen und der Jugendhilfe auf Sozialraumebene zu verbessern. Damit können vor allem sozial benachteiligte Familien und Risikofamilien mit gesundheitlichen und psychosozialen Belastungen frühzeitig erkannt, unterstützt und drohenden Entwicklungs- und Verhaltensstörungen mit – teils – lebenslangen gesundheitlichen Spätfolgen bei Kindern vorgebeugt werden.

Das Projekt wurde von der Stiftung Kind und Jugend des Berufsverbands der Kinder- und Jugendärzte und der Stiftung Deutsches Forum Kinderzukunft konzipiert. Es soll in Zusammenarbeit mit Frauen-, Kinder- und Jugendärzten sowie der Jugendhilfe in Düsseldorf umgesetzt werden. Bereits 2005 wurde das Projekt „Zukunft für Kinder in Düsseldorf“ installiert, jedoch mit geringer Beteiligung niedergelassener Ärzte. Basierend auf den damaligen Erfahrungen wird nun eine adaptierte Version des Projektes neu aufgerollt. Seit 2016 gibt es wieder vermehrt Bestrebungen, die Kontakte zwischen Kinder- und Jugendärzten und der Jugendhilfe auf Stadtbezirksebene zu verbessern, die bisher mehr neben- als miteinander zusammengearbeitet haben.

Umsetzung

Häufig ist schon vor der Geburt eines Kindes erkennbar, ob ein erhöhtes Risiko für Entwicklungs- und Verhaltensstörungen besteht. Das ist zum Beispiel der Fall, wenn psychosoziale und gesundheitliche Risikofaktoren wie Armutsverhältnisse, Überforderungen, Sucht- und psychische Erkrankungen in einer Familie vorliegen und/oder sich Hinweise auf frühe Eltern-Kind-Interaktionsstörungen ergeben. Diese Familien werden mit ihren Säuglingen und Kleinkindern von Präventionsmaßnahmen oft nur schwer oder nicht erreicht. Hilfsangebote kommen meist zu spät – erst, wenn Entwicklungs- oder Verhaltensstörungen bereits aufgetreten sind. Um dieser Problematik entgegenzuwirken, haben durch das sozialraumorientierte Vernetzungsprojekt Akteure der Frauen-, Kinder- und Jugendmedizin jeweils feste, verbindliche Ansprechpartner in der Jugendhilfe gefunden und stimmen ihr Vorgehen miteinander ab. Einige der Ziele des Projektes zeigt Abbildung 1.

Auf den Erfahrungen bisheriger Projekte basierend hat sich folgende adaptierte Maßnahmenplanung ergeben:

Für die sektorenübergreifende Zusammenarbeit unterschiedlicher Akteure aus Medizin und Jugendhilfe ist es wichtig, vorab die

Abbildung 1 – Ziele des sozialraumorientierten Vernetzungsprojektes (Beispiele)

Quelle: Eigene Darstellung

Teilziele des sozialraumorientierten Vernetzungsprojektes

- Es soll eine Verbesserung der Kinder- und Jugendgesundheit erzielt werden, unter anderem durch die Umsetzung der Impfpfehlungen und Einhaltung der Kinder- und Jugenduntersuchungen.
- Gesundheitliche und psychosoziale Folgen für Risikofamilien bis in die nächste Generation sollen verhindert werden (= den „Teufelskreis“ durchbrechen).
- Die Jugendhilfe soll entlastet und Gesundheitskosten nachhaltig gesenkt werden.

Verteilung von Aufgaben genau festzulegen und schriftlich festzuhalten. Dokumentationshilfen zum Erfassen von Risikofaktoren in der Familie, Entwicklungsrisiken und -verläufen beim Kind sowie der Inanspruchnahme von Unterstützungen der Familien müssen erstellt werden. Dadurch kann die sektorenübergreifende Kommunikation abgestimmt erfolgen. Nach Einverständnis der Eltern können die Akteure der Frühen Hilfen die koordinierte Begleitung und Unterstützung der Risikofamilien beginnen. Medizinische Fachangestellte (MFA's) sollen in den teilnehmenden Arztpraxen zu Familienlotsen im Rahmen des Projektes ausgebildet werden. Außerdem ist vorgesehen, Informationsmaterial – mit relevanten Ansprechpartnern im jeweiligen Sozialraum – für die Projektteilnehmer zu erstellen. Der regelmäßige Austausch der Projektpartner soll über Stadtteil-Konferenzen gewährleistet werden.

Nächste Schritte

In einem nächsten Schritt soll die Kooperation von Kinder- und Jugendärzten sowie Frauenärzten über eine bereits bestehende Online-Plattform angeregt werden. Ergänzend wird mit der Ausbildung von MFA's zu Lotsen im Rahmen des Projektes begonnen. Die Sensibilisierung von Ärzten zu Themen der Kinder- und Jugendhilfe soll verstärkt werden. Gemeinsame Treffen der einzelnen Akteure in den jeweiligen Sozialräumen sollen den Startschuss für die Zusammenarbeit bieten und dazu beitragen, bisher gegenseitig bestehende Vorurteile abzubauen.

Ansprechpartner

Dr. med. Ulrich Kohns

Vorstandsvorsitzender
Stiftung Kind und Jugend des
Berufsverbands der Kinder- und
Jugendärzte
Mielenforster Str. 2
51069 Köln
Telefon: 0221 - 689 093 2
E-Mail: stiftung.bvjkj@uminfo.de
www.stiftung-kind-und-jugend.de

Dr. med. Monica Naujoks

Fachärztin für Kinder- und Jugend-
medizin KIZ Kinderarzt-Zentrum
Düsseldorf Nord
Vogelsanger Weg 1
40470 Düsseldorf
Telefon: 0211 - 669 665 0
E-Mail: monicanaujoks@t-online.de
www.kiz-duesseldorf.de

Dr. med. Monica Scheele Pescheny

Fachärztin für Frauenheilkunde und
Geburtshilfe
Frauenärztin Düsseldorf Dr. med.
Monica Scheele Pescheny
Lenastr. 1
40470 Düsseldorf
Telefon: 0211 - 637 523
E-Mail: monicascheele@t-online.de
[www.frauenaeerzte-im-netz.de/
aerzte/arzt_2715_1.html](http://www.frauenaeerzte-im-netz.de/aerzte/arzt_2715_1.html)

Dr. med. Wilfried Kratzsch

Stiftung Deutsches Forum
Kinderzukunft
c/o Sana Kliniken Düsseldorf
Gräulingerstr. 120
40625 Düsseldorf
Telefon: 0211 - 13959638
E-Mail: w.kratzsch@gmx.de
www.forum-kinderzukunft.de

Systemübergreifende Pflegeakte zur effizienten und effektiven Pflegedokumentation und Versorgung

SPEED

Autoren: Manuel Hahn, Siegfried Jedamzik

Management Summary

SPEED ist ein Pilotprojekt, das zum Ziel hat, die haus- und fachärztliche Versorgung von Pflegebedürftigen in Pflegeeinrichtungen zu optimieren. Durch eine systemübergreifende Pflegeakte sollen unter anderem die Arzneimitteltherapiesicherheit erhöht und Hausbesuche durch den behandelnden Arzt besser vorbereitet werden.

Das Ingolstädter Praxisnetz GOIN ist Projektträger und hat SPEED bisher in zehn Regionen durchgeführt. Das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (StGMP) hat den größten Teil der anfallenden Kosten gedeckt. Der Eigenkapitalanteil wurde durch das Regionale Praxisnetz GOIN Gesundheitsorganisation Region Ingolstadt e. V. getragen.

Von Ende 2015 bis Ende 2017 nahmen insgesamt sieben Pflegeeinrichtungen mit etwa 250 Heimbewohnern sowie 19 Ärzte und ein Apotheker teil.

Umsetzung

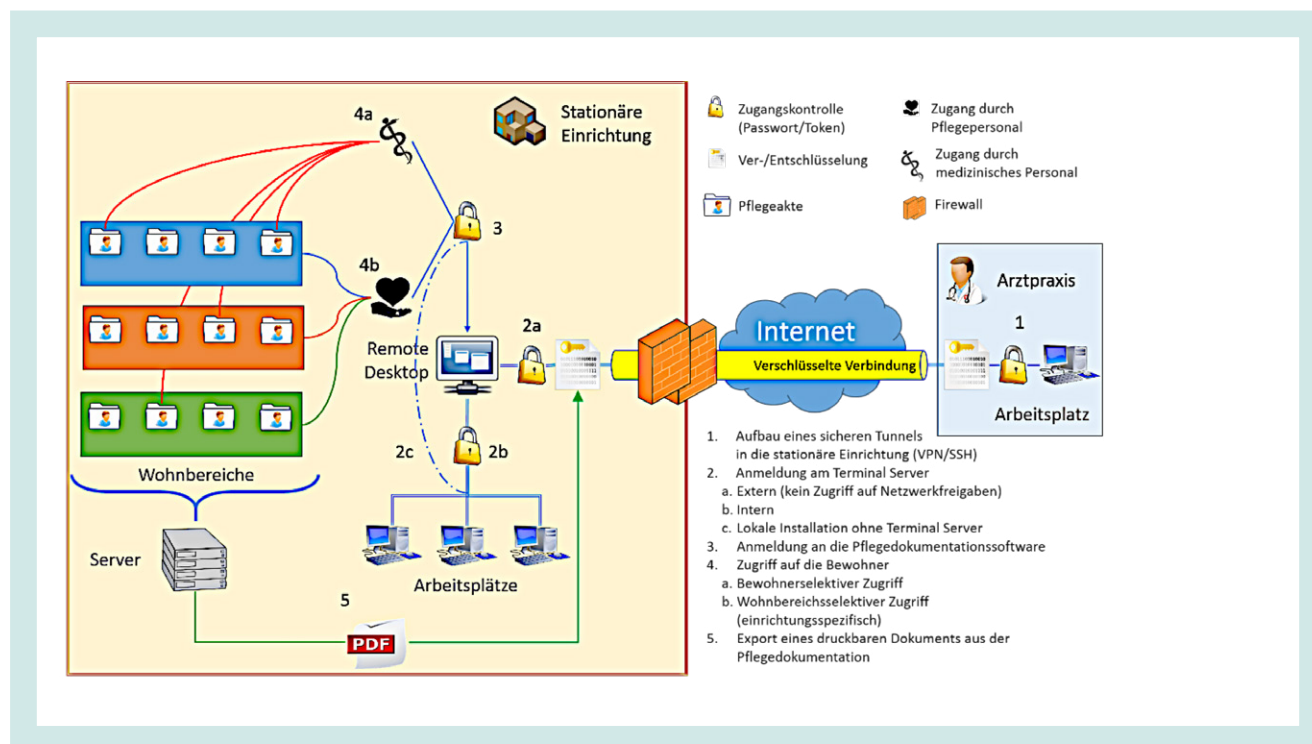
Mit zunehmend alternder Bevölkerung wird es immer wichtiger, bestehende Versorgungs- und Pflegestrukturen besser zu vernetzen und zu optimieren. Zu diesem Zweck setzt SPEED eine systemübergreifende Pflegeakte ein, die eine effizientere und effektive Pflegedokumentation und damit auch Versorgung ermöglicht. Das Projekt richtet sich an Bewohner stationärer Alten- und Pflegeheime, deren betreuende Haus- und Fachärzte sowie die beliefernden Apotheken.

Den Ärzten und Apothekern wird mittels einer Remote Desktop Verbindung (VPN) oder – wo möglich – mit einer webbasierten Lösung der Zugriff auf die Pflegedokumentation der von ihnen betreuten Pflegeheime ermöglicht (siehe Abbildung 1).

Nach erfolgreichem Login ist ein Zugriff auf das Mail System möglich und es kann mit den Ärzten kommuniziert werden. Informationen zur Dauer- und Bedarfsmedikation, Vitalwerten und Sturzberichten

Abbildung 1 – Ablauf des Zugriffs auf die Pflegedokumentation

Quelle: Regionales Praxisnetz GO IN e. V.



können eingesehen werden. Die Ärzte können etwaige Fragen direkt in der Pflege-dokumentation beantworten oder eine Änderung der Medikamente anordnen. Sobald dann eine Pflegefachkraft eine Änderung in der Dauer- oder Bedarfsmedikation eingibt, wird eine Mail an die Apotheke ausgelöst. Ebenfalls kann direkt aus der jeweiligen Akte eine Mail an die Apotheke generiert werden, wenn für den Patienten beispielsweise Verbandmaterial benötigt wird oder Medikamente ausgehen. Die Apotheke kann anhand der bei ihr hinterlegten Daten prinzipiell auch prüfen, ob Medikamente zusammenpassen.

Es ist vereinbart, dass Arzt und Apotheke sich einmal täglich einloggen und die Informationen abrufen.

Nächste Schritte

Durch die im Projekt SPeed erprobte Pflegeakte wurde eine Basis geschaffen, auf der weitere Systeme integriert werden können. Das könnten zum Beispiel intelligente Blutdruckmonitore, drahtlose Waagen, Langzeit-EKG-Geräte oder SOS-Armbänder sein. Zudem ist geplant, über Video-Sprechstunden die Versorgung der Pflegeheimbewohner weiter zu verbessern.

Auch die Einbindung zusätzlicher Partner ist angedacht, wie zum Beispiel der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, von Ärztenetzen, von gesetzlichen Krankenkassen und dem Apothekerverband. Letztendlich soll einer Implementierung von Projekten wie SPeed der Weg in die Regelversorgung geebnet werden.

Ansprechpartner

Prof. Dr. med. Siegfried Jedamzik

1. Vorsitzender
Praxisnetz GO IN e. V.
Oberer Grasweg 50
85055 Ingolstadt
Telefon: 0841 - 886 680
E-Mail: siegfried.jedamzik@go-in-ingolstadt.de
www.goin.info

Manuel Hahn

Technische Projektassistenz
Praxisnetz GO IN e. V.
Oberer Grasweg 50
85055 Ingolstadt
Telefon: 0841 - 886 682 5
E-Mail: manuel.hahn@go-in-ingolstadt.de
www.goin.info

Befund, Fotodokumentation, Therapie und Auswertung

STRUKTURIERTE WUNDDOKUMENTATION

Autoren: Michael Bangemann, Birgitt Heinrich

Management Summary

Das Projekt hat zum Ziel, über eine strukturierte Wunddokumentation Wunden schneller zur Abheilung zu bringen. Durch eine Web-anwendung beziehungsweise App wird eine verbesserte, einheitliche Dokumentation von Wunden ermöglicht und über eine entsprechende Software kann eine sofortige Auswertung und anschließende Berichterstattung an den Anwendungsnutzer erfolgen.

Das Praxisnetz Nürnberg Süd e. V. initiierte und finanziert das Projekt gemeinsam mit seinem Tochterunternehmen PNSoftware und der BüroOrganisation GmbH. Im Projektverlauf kamen darüber hinaus einmalig Fördermittel der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns hinzu. Der Projektbeginn startete im Jahr 2015.

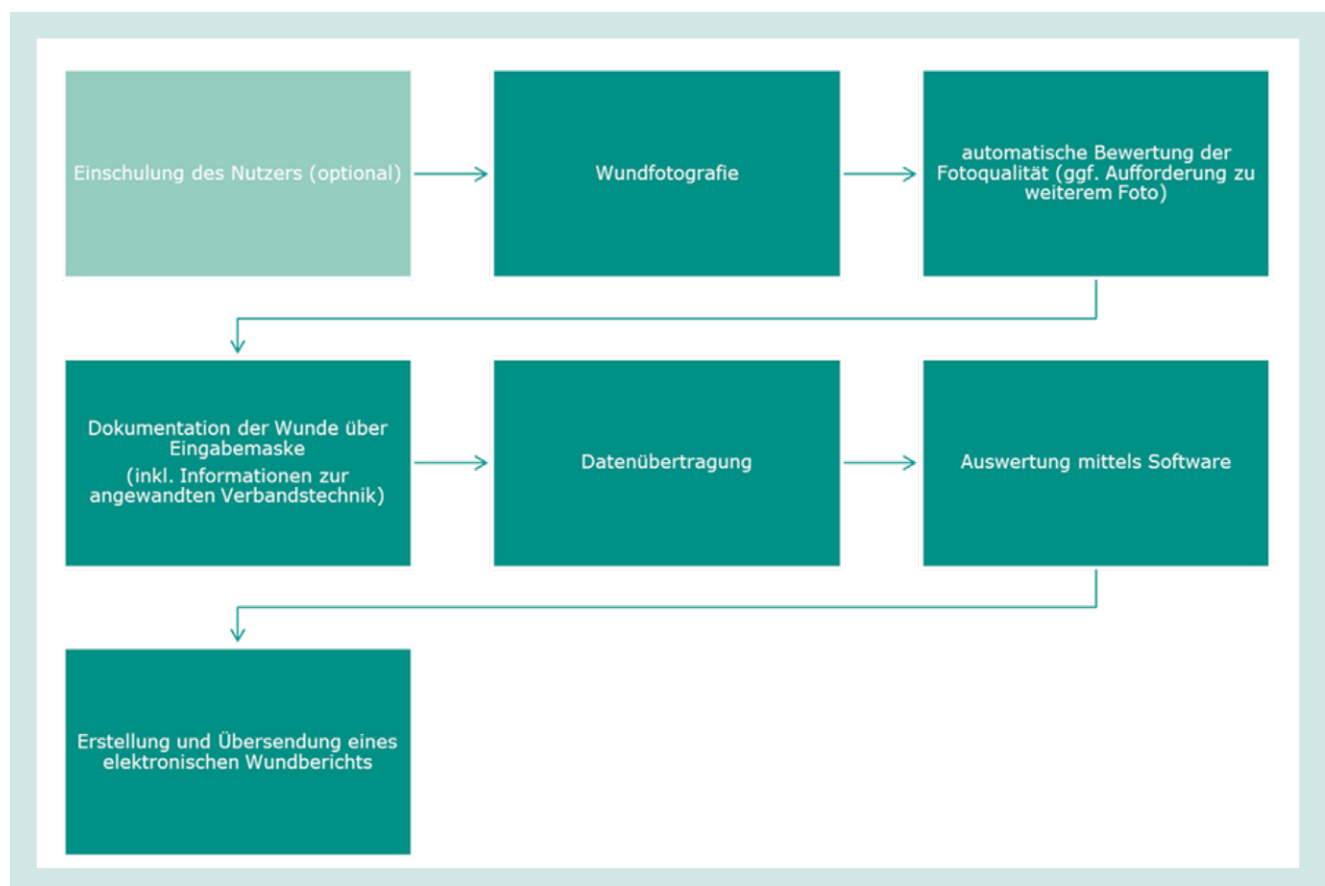
Umsetzung

Derzeit bestehen erhebliche Defizite bei der Dokumentation von akuten und chronischen Wunden. Das steht einer optimalen Wundversorgung im Wege. Zudem gibt es keine einheitliche Form des Wundmanagements. Verschiedene Methoden und ihr jeweiliger Behandlungserfolg konnten bislang nicht verglichen werden. Mit der strukturierten Wunddokumentation soll die Vorgehensweise der wundversorgenden Person einheitlich dokumentiert werden. So lässt sich die Versorgung optimieren – und den Patienten bleiben vermeidbare Schmerzen erspart.

Der Ablauf der strukturierten Wunddokumentation ist im Folgenden beschrieben: Nach Login in eine App / ein Webportal werden

Abbildung 1 – Elemente der strukturierten Wunddokumentation

Quelle: Eigene Darstellung.



Benutzerkennung und Patientennummer eingegeben. Diese Identifikationsnummer wird von jedem Arzt für jeden Patienten vergeben. Anschließend wird die Wunde fotografiert – das ist direkt im Rahmen der App möglich – oder ein bereits vorhandenes Foto wird hochgeladen. Das Bild wird an einen Server übertragen und die Bildqualität bezüglich der Eignung für die Wunddokumentation ausgewertet. Bei verwertbaren Aufnahmen erhält der Benutzer eine entsprechende Rückmeldung mit der Aufforderung, die Wundbeschreibung durchzuführen. In diesem Schritt werden auch Informationen zur angewandten Verbandstechnik erfasst. Über den Server wird die Wundgröße automatisiert vermessen und mit den bisherigen Aufnahmen des Patienten – soweit vorhanden – verglichen, sodass Wundveränderungen gegebenenfalls nachvollzogen werden können. Aus der Entwicklung der Wundgröße und der Behandlungsart sollen später Rückschlüsse auf die Effizienz der angewandten Methode gezogen werden. Die einzelnen Elemente der Anwendung sind in Abbildung 1 noch einmal zusammengefasst.

Die Fotos werden in einer Datenbank erfasst und bleiben den Patienten zugeordnet. Die elektronischen Ergebnisse der automatisierten Wunderkennung sowie die Größenberechnung werden ebenfalls in der Datenbank gespeichert. Der Anwender erhält einen abschließenden Wundbericht. Dies kann in Form eines Briefes und/oder elektronisch (PDF) geschehen. Der Datenschutz kann auf allen Ebenen gewahrt werden, da mit Pseudonymen gearbeitet wird.

Nächste Schritte

Derzeit wird die Auswertungssoftware in ein Dokumentationsprogramm integriert. Mit einer Fertigstellung des Tools und Beginn der Betaphase mit Vermessungsevaluation ist noch 2018 zu rechnen. Zum Projektende wird ein Vertragsabschluss im Rahmen des § 140a SGB V oder eines Modellprojekts angestrebt. Das Tool soll als Applikation ab 2019 dem freien Markt angeboten werden.

Ansprechpartner

Dr. med. Michael Bangemann

Vorsitzender
Praxisnetz Nürnberg Süd e. V.
Nibelungenstr. 19
90461 Nürnberg
Telefon: 0911 - 815 162 2
E-Mail: info@praxis-bangemann.de
www.pns-nbg.de

Birgitt Heinrich

Geschäftsführerin
Praxisnetz Nürnberg Süd e. V.
Nibelungenstr. 19
90461 Nürnberg
Telefon: 0911 - 815 162 2
E-Mail: info@pns-nbg.de
www.pns-nbg.de

Weltweiter Zugang zu exzellenter Augenheilkunde durch das Talkingeyes®-Collaboration-Network

TELE-AUGENKONSIL

Autoren: Sigfried Jedamzik, Georg Michelson

Management Summary

Das Tele-Augenkonsil hat zum Ziel, die augenärztliche Versorgung zu verbessern. Das geschieht zum einen über verbesserte Diagnosemöglichkeiten und zum anderen über neue Therapiewege, die jeweils über verschiedene webbasierte Applikationen zugänglich sind.

Georg Michelson, Geschäftsführer der Talkingeyes & More GmbH, legte den Grundstein für das Projekt bereits im Jahr 2001. Derzeit bestehen Kooperationen mit verschiedenen Partnern, unter anderem mit der technischen Fakultät der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, zur Weiter- und Neuentwicklung verschiedener Virtual Reality (VR) Applikationen. Das Tele-Augenkonsil finanziert sich über Beiträge medizinischer Einrichtungen und Ärzte, die das Angebot des Talkingeyes®-Collaboration-Network nutzen. Ein weiterer Teil der Finanzierung kommt über Werbeeinnahmen zu Stande. Die bayerische Staatsregierung unterstützt die Entwicklung neuer VR Applikationen finanziell.

Das Konsil wird deutschlandweit von Kliniken, niedergelassenen Ärzten, Betrieben und Altenheimen genutzt. Im Jahr 2017 wurden rund 4.500 Patienten tele-augenärztlich untersucht.

Umsetzung

Sowohl in Deutschland als auch in anderen Ländern weltweit besteht ein Mangel an augenärztlicher Expertise. Um vorhandenes Wissen leicht zugänglich zu machen und so die Qualität der

augenärztlichen Versorgung zu verbessern, stehen im Rahmen des Projektes verschiedene Anwendungen zur Verfügung. Das Angebot richtet sich an alle Ärzte sowie medizinische Einrichtungen, die Unterstützung bei der augenärztlichen Versorgung benötigen, sei es zur Diagnosesicherung oder im Rahmen der Therapie. Die einzelnen Applikationen des Projektes gruppieren sich um drei Säulen, die in Abbildung 1 dargestellt sind.

Das erste Instrument, das im Rahmen des Projektes angeboten wird, ist der "Atlas of Ophthalmology". Bei diesem Atlas handelt es sich um eine mehrsprachige, webbasierte Referenzbilderdatenbank des kompletten augenärztlichen Spektrums. Die Bilderdatenbank kann in beliebige elektronische Praxissysteme eingebettet werden, sodass ein plattformunabhängiger, barrierefreier Zugang und damit die Integration in den klinischen Alltag möglich wird. Der behandelnde Augenarzt kann relevante Bilder direkt am Untersuchungsplatz ansehen und seine Verdachtsdiagnose bestätigen. Im Rahmen des Atlas ist auch eine zertifizierte ärztliche Fortbildung möglich.

Der zweite Grundbaustein im Leistungsspektrum des Talkingeyes®-Collaboration-Network ist das Tele-Augenkonsil. Die bildgebenden Verfahren des Tele-Augenkonsil umfassen die Dokumentation des Auges mittels Kameras einerseits und der Sehfunktion (Gesichtsfeld) mittels VR-Brillen andererseits. Anamnese- und Bilddaten können in die elektronische Patientenakte des Talkingeyes®-Collaboration-Network hochgeladen werden. Eine weitere Applikation des Tele-Augenkonsil ermöglicht das Home-Monitoring der Augeninnendruckwerte. Anschließend erfolgen eine statistische Analyse sowie die tele-augenärztliche Bewertung.

Abbildung 1 - Säulen des Talkingeyes®-Collaboration-Network

Quelle: Eigene Darstellung.

Säule 1: Fortbildung durch den Atlas	Säule 2: Tele-Augenärztliche Untersuchungen	Säule 3: Digitale Therapie zur Sehverbesserung
fachliche Unterstützung von Ärzten zur sicheren Diagnose durch einen e-Referenzbilderatlas	telemedizinische Diagnosestellung durch augenärztliche Experten unter Einsatz mobiler bildgebende Verfahren	telemedizinische digitale Therapie zur Verbesserung des Sehens durch Monitor- und VR-gestütztes Perceptual Learning

Die dritte Säule des Talkingeyes®-Collaboration-Network stellen Applikationen zur digitalen Therapie der Sehfunktion dar. So gibt es beispielsweise einen „Digital Vision Trainer“, der das Stereosehen von Sportlern und Senioren misst und durch Sehübungen trainiert.

Nächste Schritte

Die hier dargestellten telemedizinischen Methoden sollen als Medizinprodukt zertifiziert werden. Weiterhin wird die Talkingeyes & More GmbH die Entwicklung neuer VR-gestützter Applikationen vorantreiben und die technologische Infrastruktur des Talkingeyes®-Collaboration-Network ausbauen.

Bereits entwickelte, aber noch nicht in der Praxis erprobte, Applikationen werden demnächst klinisch eingesetzt, zum Beispiel eine App, die ein Home Monitoring des Gesichtsfeldes bei Glaukom und Makula ermöglicht. So können akute Verschlechterungen früh erkannt und individuell therapiert werden.

Ansprechpartner

Prof. Dr. med. Georg Michelson

Geschäftsführender
Alleingesellschafter
Talkingeyes & More GmbH
Henkestr. 91
91052 Erlangen
Telefon: 0170 - 925 085 0
E-Mail: georgmichelson@
georgmichelson.de
www.talkingeyes.de

Prof. Dr. med. Sigfried Jedamzik

Geschäftsführer
Bayerische Telemed Allianz
Oberer Grasweg 50A
85055 Ingolstadt
Telefon: 0841 - 379 163 9
www.telemedallianz.de

TELEMEDIZINPROJEKT "ENURSE®"

Autoren: Alexandra Eichner, Andreas Plötzl

Management Summary

Das Projekt eNurse® soll die medizinische Versorgung aller Versicherten, die von der UGHO (Unternehmung Gesundheit Hochfranken GmbH & Co. KG) betreut werden, sicherstellen. Dies geschieht im Rahmen eines fach- und sektorenübergreifenden Versorgungskonzeptes mit telemedizinischen Elementen. Bei eNurse® führen nichtärztliche Praxisassistentinnen (NäPas) Hausbesuche durch und kommunizieren bei Bedarf direkt beim Patienten vor Ort digital mit einem Haus- oder Facharzt.

Das Projekt wurde in enger Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft der UGHO entwickelt, einem Ärztenetz, das die Landkreise Hof und Wunsiedel sowie die Stadt Hof umfasst. Zahlreiche weitere Kooperationspartner aus der Industrie, dem Gesundheitswesen, Regierung und Forschung beteiligen sich. Die Verwaltung, Planung und Durchführung aller für das Projekt und die Folgeprojekte notwendigen Maßnahmen erfolgen durch das UGHO-Netzbüro. Die Finanzierung erfolgt je zur Hälfte direkt über die UGHO und über Fördermittel des Bayerischen Landesamts für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit sowie aus dem Strukturfonds der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB). Im November 2017 konnte eNurse® mit den ersten Hausbesuchen starten.

Umsetzung

Hof und Umgebung leidet besonders unter dem Ärztemangel. In dieser strukturschwachen Region gilt es, nachhaltig die medizinische Versorgung aller dort ansässigen Bewohner zu sichern – insbesondere derer, deren Gesundheit einen Praxisbesuch nicht erlaubt.

Zu diesem Zweck werden im Rahmen des Projektes nichtärztliche Praxisassistentinnen (NäPas) eingesetzt und auch das zusätzliche Personal entsprechend weitergebildet. So können nichtärztliche Mitarbeiter Hausbesuche kompetent durchführen. Einige der Tätigkeitsfelder der NäPas sind in Abbildung 1 dargestellt.

Die Hausbesuche durch die eNurse® sollen nicht den Arzt-Patienten-Kontakt ersetzen. Sie dienen vielmehr der Unterstützung des Arztes, der nach wie vor für die Diagnostik verantwortlich ist. Jede der eNurses® verfügt über ein Notebook. Sie kann so direkt vor Ort Patientendaten abrufen und neu erfasste Werte ergänzen. Dafür stehen ihr verschiedene Messinstrumente zur Verfügung, die mittels Bluetooth oder USB Daten direkt auf das Notebook und in die jeweilige elektronische Patientenakte übertragen werden können, ohne dass eine händische Eingabe nötig wäre. Über die Praxissoftware kann der Arzt neue Befunde direkt auswerten und sich zeitgleich mit

Abbildung 1 – Aufgabenbereiche der NäPas im Projekt eNurse®

Quelle: Eigene Darstellung.



der eNurse® vor Ort beziehungsweise dem Patienten in Verbindung setzen. Bei Bedarf ist es auch möglich, über die Software Bilder zu verschicken oder eine Fallkonferenz per Video mit dem jeweils behandelnden Arzt zu veranlassen.

Nächste Schritte

In einem ersten Schritt gilt es, die Überführung des Projektes in die Regelversorgung zu gewährleisten und einen dementsprechenden Versorgungsvertrag mit der Krankenkasse abzustimmen. Die Pilotphase des Projektes wird spätestens bis Ende 2018 abgeschlossen sein. Danach sollen zusätzliche nichtärztliche Praxisassistentinnen eingestellt werden, sodass das Projekt auf alle UGHO-Praxen ausgeweitet werden kann.

Ein weiteres Ziel ist es, die Zusammenarbeit mit den Pflegediensten und den Angehörigen zu verbessern.

Ansprechpartner

Dr. med. Andreas Pötzl

Geschäftsführer
Unternehmung Gesundheit Hochfranken GmbH & Co. KG (UGHO)
Münch-Ferber-Straße 1
95028 Hof
Telefon: 09281 - 840 25 92
E-Mail: info@ugho.de
www.ugho.de

Alexandra Eichner

Prokuristin
Assistenz der Geschäftsführung
Unternehmung Gesundheit Hochfranken GmbH & Co. KG (UGHO)
Münch-Ferber-Straße 1
95028 Hof
Telefon: 09281 - 840 25 92
E-Mail: info@ugho.de
www.ugho.de

Telemedizinisches Lebensstilinterventions-Programm

TELIPRO

Autor: Bernd Altpeter

Management Summary

Bei TeLiPro handelt es sich um ein digitales Lebensstilinterventions-Programm, das die Versorgungsqualität bei Diabetes und anderen chronischen Erkrankungen optimieren und somit den Gesundheitszustand und die Lebensqualität der Patienten verbessern soll. Es handelt sich um ein modular aufgebautes Programm, das verschiedene Messinstrumente und Interventionspfade auf einer digitalen Plattform mit einem Gesundheitscoaching vereint.

Initiator ist das Deutsche Institut für Telemedizin und Gesundheitsförderung (DITG). Die Umsetzung erfolgt gemeinsam mit der zu diesem Zweck gegründeten Managementgesellschaft Best Care Solutions (BCS) und verschiedenen Krankenkassen. TeLiPro wurde von der medulife GmbH entwickelt und läuft bereits seit 2013. Jetzt wird TeLiPro auch im Rahmen eines Innovationsfondsprojektes mit der AOK RH/HH für drei Jahre gefördert. Durch das Schließen von integrierten Versorgungsverträgen nach § 140a SGB V mit Krankenkassen können Ärzte selbst die telemedizinische Betreuung anbieten und abrechnen.

Umsetzung

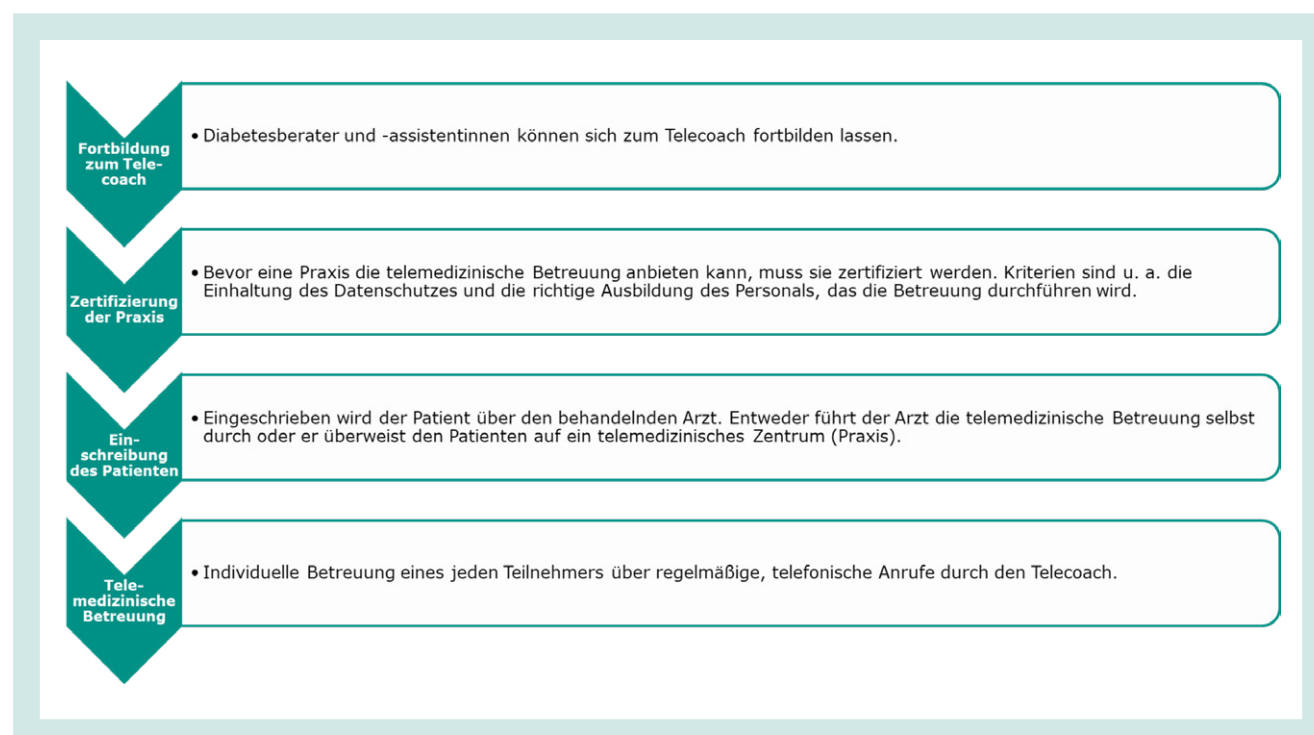
Die Fragmentierung unseres Gesundheitssystems ist unter anderem bei der Behandlung chronisch kranker Patienten ein Problem. Das übergreifende Ziel von TeLiPro ist, durch stärker integrierte Versorgungsstrukturen effizienter vorzugehen und Doppelbehandlungen zu vermeiden. Im Zuge dieser Versorgungsoptimierung konnten Gesundheitsoutcomes und Lebensqualität der Patienten bereits seit der Umsetzung in 2013 nachweislich verbessert werden.

Das Programm richtet sich zunächst an Menschen mit Diabetes mellitus Typ 2. Über ein Gesundheitscoaching soll der Patient im Krankheitsmanagement unterstützt werden, sich adhärenter verhalten und zu einem gesünderen Lebensstil motiviert werden. Einzelne Projektbestandteile sind aus Abbildung 1 ersichtlich.

Für die Projektteilnahme müssen sich Praxen vorab zertifizieren lassen. Das bedeutet auch, dass entsprechend zum Tele-Coach weitergebildetes Personal für die Durchführung des Programmes zu Verfügung stehen muss. Sobald der Patient eingeschrieben ist,

Abbildung 1 – Projektablauf TeLiPro

Quelle: Eigene Darstellung.



beginnt die individuelle Begleitung. Die Rolle des Gesundheitscoachs ist es, den Patienten in krankheits- und lebensstilrelevanten Fragestellungen zu unterstützen. Dies geschieht im Rahmen regelmäßiger Telefonkontakte, die Themen wie Ernährung, Bewegung, Motivation, Medikation und Krankheitsaufklärung abdecken. Außerdem werden Therapieziele gemeinsam mit dem Patienten gesetzt und angegangen – über kleinere Zielvereinbarungen soll der Teilnehmer Schritt für Schritt zu einem übergeordneten Ziel hingeführt werden.

Zusätzlich zum telefonischen Coaching erhält jeder Patient technische Geräte wie Schrittzähler, Waage, Blutzuckermessgerät und optional Insulinpens. Diese Geräte übertragen automatisch die gemessenen Werte über einen Daten-Hub an das Online-Portal des Projektes und bilden dadurch eine wichtige Grundlage für das Gesundheitscoaching. Grundsätzlich erhalten sowohl der Patient als auch der Gesundheitscoach und der Arzt alle wichtigen Informationen im Online-Portal: Der Patient kann dort seine übertragenen Daten einsehen, neue Gesundheitsdaten eingeben, Ernährungs- und Bewegungstagebücher führen, eLearning-Module durchführen und Wissenstexte lesen.

Die digitale Plattform als „Herzstück“ der telemedizinischen Anwendung und als Kommunikationstool zwischen Tele-Coach und Patient steht zertifizierten Leistungserbringern wie Arztpraxen als Service-Produkt zu Verfügung. So können Patienten an dem Programm teilnehmen und weiterhin von ihnen bereits vertrauten Ärzten betreut werden.

Nächste Schritte

In einem nächsten Schritt soll die Umsetzung in Praxen mit Versicherten der BKK Deutschen Bank und der BKK BBraun beginnen. Zusätzlich sollen weitere Krankenkassen für das Projekt gewonnen werden und damit die telemedizinische Betreuung in Arztpraxen erstattet werden.

Außerdem sollen zukünftig neben Diabetes mellitus Typ 2 weitere Indikationen nach demselben Prinzip in die Praxen gebracht werden: Das DITG hat beispielsweise bereits Konzepte für das Cardiorenale Syndrom entwickelt, die ebenfalls im Rahmen von integrierten Versorgungsverträgen nach § 140 a SGB V umgesetzt werden können.

Ansprechpartner

Bernd Altpeter

Geschäftsführer
Deutsches Institut für Telemedizin
und Gesundheitsförderung (DITG)
Kölner Landstraße 11
40591 Düsseldorf
Telefon: 0211 - 909 817 0
E-Mail: bernd.altpeter@ditg.de
www.ditg.de

Digitale Gesundheitsstruktur zur Verbesserung der wohnortnahen Versorgung

TELNET@NRW

Autoren: Robert Deisz, Annette Hempen*

Management Summary

Durch TELnet@NRW soll die regionale Versorgung in den Bereichen Infektiologie und Intensivmedizin verbessert werden. Ziel ist unter anderem die Senkung der Sepsissterblichkeit. Zu diesem Zweck wird mit dem Projekt ein sektorübergreifendes Netzwerk ins Leben gerufen, das rund um die Uhr und bedarfsorientiert Telekonsile zum Expertenaustausch ermöglicht.

Konsortialführer des Projektes ist die Universitätsklinik RWTH Aachen. Weitere Kooperationspartner sind mehrere Kliniken in Nordrhein-Westfalen (NRW) sowie eine Vielzahl niedergelassener

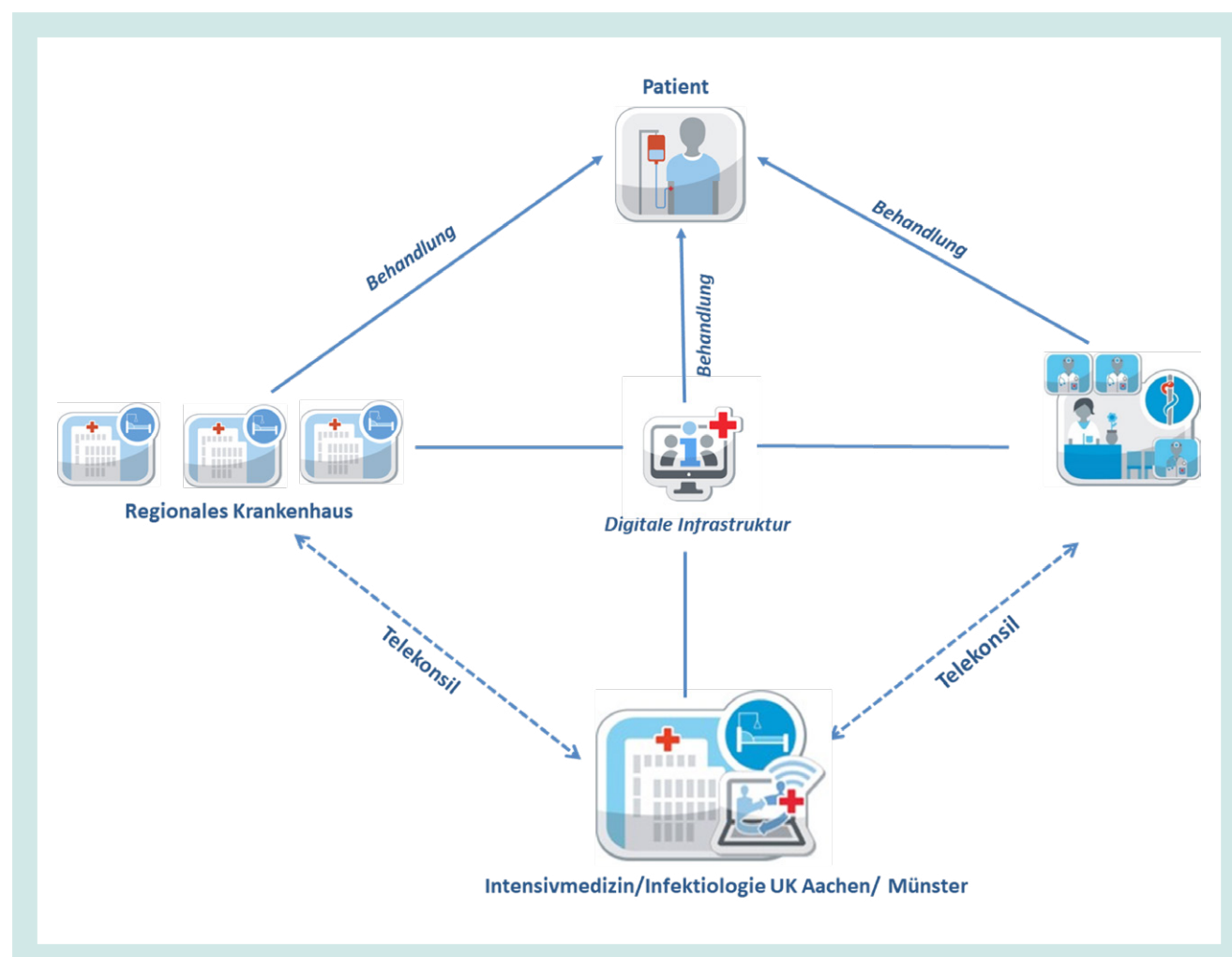
Ärzte, die in den beiden Ärztenetzen MuM eG und GKS e. V. organisiert sind. Das Projekt ist über eine Laufzeit von drei Jahren im Rahmen des Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) finanziert. Der Projektstart erfolgte im Februar 2017. Bis zum 1.3.2018 konnten insgesamt mehr als 40.000 Patienten eingeschlossen werden.

Umsetzung

Der Ärztemangel ist auch in der Infektiologie spürbar. Gerade im ambulanten Bereich fehlt häufig die beratende Expertise eines

Abbildung 1 – Struktur des TELnet@NRW

Quelle: TELnet@NRW.



spezialisierten Facharztes. Infektionen können für Betroffene fatale Folgen haben. So liegt beispielsweise die Sterblichkeit bei Patienten mit schwerer Sepsis und septischem Schock bislang bei etwa 40 Prozent. Frühzeitige Interventionen und interdisziplinäre Zusammenarbeit beeinflussen die Überlebenschancen positiv.

Im Rahmen des Projektes TELnet@NRW werden nun verschiedene Kliniken und Arztpraxen miteinander vernetzt. Insbesondere können so die teilnehmenden Universitätskliniken mit ihrem breiteren Erfahrungspool und Expertenwissen im Bereich der Infektiologie kleineren Kliniken und Praxen bei Bedarf beratend zur Seite stehen. Hierbei sollen allerdings keine hierarchischen Strukturen entstehen – es geht um den gleichberechtigten interdisziplinären Austausch von Vorgehensweisen und Erfahrungswerten. Durch regelmäßige Expertencharts und „Telekonsile“ zwischen den Mitgliedern des Netzwerkes können sich die behandelnden Ärzte jederzeit untereinander austauschen, ohne am gleichen Ort zu sein. Die Vernetzung der TELnet@NRW Kooperationspartner ist aus Abbildung 1 ersichtlich.

Die teilnehmenden Krankenhäuser setzen für die Televisiten mobile Audio-Video-Übertragungseinheiten ein (sogenannte Tele-ICU-Mobile), die zum jeweiligen Patientenbett gefahren werden können. Über eine hochauflösende Audio-Videokonferenz-Schaltung können die Kollegen Laborwerte, Röntgenaufnahmen und Vitaldatenmonitore in Echtzeit einsehen, sich ein konkretes Bild vom Erkrankten machen und gegebenenfalls direkt mit ihm sprechen. Für die gesamte Kommunikations- und Vernetzungsstruktur stehen eine datenschutzkonforme und verschlüsselte technische Infrastruktur sowie eine gemeinsame Datenaustauschplattform bereit.

Ein weiterer Bestandteil des Projektes sind regelmäßige Fortbildungen zur leitliniengerechten Behandlung beziehungsweise zur effektiven Implementierung von Leitlinien im medizinischen Alltag. Auch zu anderen wichtigen medizinischen Themen im Bereich der Infektiologie und Intensivmedizin gibt es Fortbildungsveranstaltungen.

Nächste Schritte

Nach Abschluss der Interventionsphase folgt ab Oktober 2019 die Auswertung der Evaluationsergebnisse. Ziel ist es, unter Einbeziehung der Krankenkassen ein Vergütungsmodell zu erarbeiten, um erstmalig Konsile, Tele-Konsile und Tele-Visiten zu vergüten und so die intersektoralen und finanziellen Grundlagen für die Verstetigung zu schaffen.

Ansprechpartner

* Korrespondierende Autoren für das TELnet Konsortium

MHBA Annette Hennen

Geschäftsführerin
MuM-Medizin und Mehr eG
E-Mail: hennen@mum-buende.de

Dr. med. Robert Deisz

Oberarzt
Klinik für Operative Intensivmedizin
und Intermediate Care
Uniklinik RWTH Aachen
E-Mail: rdeisz@ukaachen.de

Konsortialführung:

Univ. Prof. Gernot Marx, FRCA
Uniklinik RWTH Aachen

Projektpartner:

Uniklinik RWTH Aachen, Uniklinik
Münster, 17 Krankenhäuser in
NRW, Ärztenetze GKS und MuM,
Ärztekammer Nordrhein (ÄkNo),
Ärztekammer Westfalen-Lippe
(ÄKWL), GKVen NRW, Krankenhaus-
gesellschaft NRW e. V. (KGNW),
Techniker Krankenkasse, Universität
Bielefeld, ZTG GmbH
www.telnet.nrw

Ambulantes Ärztenetzwerk zur Versorgung entzündlich rheumatischer Früherkrankungen

TRIAGE RHEUMATOLOGIE

Autoren: Annekatriin Georgi, Holger Schwenke, Reiner Schwenke

Management Summary

Das Projekt Triage Rheumatologie hat zum Ziel, die Wartezeiten auf einen Behandlungstermin beim Rheumatologen deutlich zu verkürzen. Im Ergebnis der Triage gelingt die Selektion entzündlich rheumatischer Erkrankungen deutlich besser, als dies mit alternativen Methoden (Telefonat, Anmeldefax) der Fall ist. Durch eine Netzwerkbildung und Kooperation verschiedener Rheumatologen in Teilen Sachsens wurde die flächendeckende, bedarfsgerechte und wohnortnahe fachärztliche Versorgung von Patienten mit entzündlich rheumatischen Erkrankungen ermöglicht. Im Rahmen dieser Kooperation wird ganzjährig ein Triage Dienst angeboten: Über eine Notfallnummer können zuweisende Ärzte schneller auf einen Rheumatologen zugreifen.

Das Projekt wurde 2009 zunächst für eine einjährige Pilotphase von der Rheumatologischen MVZ Dresden GmbH initiiert. Die Finanzierung des Projekts erfolgt über die gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen der Patienten. Für die anfallenden Kosten der Schulungsmaßnahmen für die zuweisenden Ärzte wurden Sponsoren aus der Arzneimittelindustrie gefunden.

Bislang konnten mehr als 3.500 Patienten im Rahmen des Projektes an einen Rheumatologen vermittelt werden.

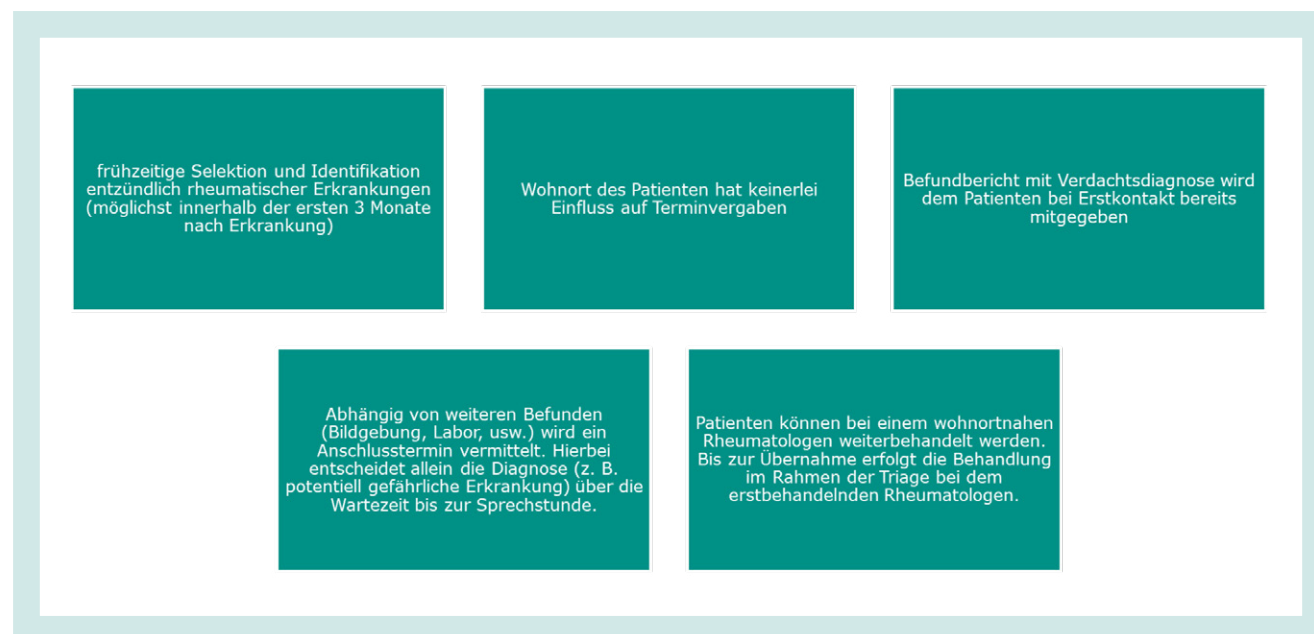
Umsetzung

Patienten mit entzündlichen rheumatischen Erkrankungen müssen oft inakzeptabel lange auf einen Facharzttermin warten. Häufig vergeht zu viel Zeit, bis überhaupt erst eine Diagnose gestellt und die Behandlung eingeleitet wird. Triage Rheumatologie ermöglicht zuweisenden Ärzten in Sachsen, ihre Patienten bei Verdacht auf eine rheumatische Erkrankung schnell an einen Facharzt zu überweisen. Die wichtigsten Eckpunkte des Projektes sind in Abbildung 1 zusammenfassend dargestellt.

Der zuweisende Arzt soll hierbei die Dringlichkeit einer Behandlung zunächst selbst feststellen und die Triage-Hotline, die ganzjährig verfügbar ist, für die Terminvereinbarung nutzen. Auch die Patienten selbst können die Hotline nutzen. Die Anmeldungen werden von qualifiziertem rheumatologischem Fachassistentenpersonal entgegengenommen und koordiniert.

Abbildung 1 – Eckpunkte des Projektes Triage Rheumatologie

Quelle: Eigene Darstellung.



Im Rahmen der Triage durch den Rheumatologen werden mitgeführte Vorbefunde gesichtet und einige klinische Tests durchgeführt. So kann eine erste Arbeitsdiagnose erstellt werden. Der vorläufige Befundbericht geht dann auch an den zuweisenden Arzt. Sobald alle Befunde vollständig vorhanden und durch die rheumatologische Fachassistenz aufbereitet wurden, wird ein Folgetermin beim Rheumatologen vereinbart – entsprechend der jeweiligen Dringlichkeit mehr oder weniger zeitnah. Der Patient wird im Rahmen dieses Folgetermins auf eine passende Basistherapie eingestellt.

Zusätzlich sieht Triage Rheumatologie regelmäßige Schulungen für zuweisende Ärzte vor. Sie informieren über die wichtigsten Symptome entzündlich rheumatischer Grunderkrankungen und helfen den Ärzten einzuschätzen, welche Patienten über Triage Rheumatologie versorgt werden sollten.

Nächste Schritte

Das Projekt besitzt standardisierte Module und kann damit auch auf andere räumliche Versorgungsgebiete übertragen werden.

Ansprechpartner

Dr. med. Holger Schwenke

Ärztlicher Leiter
Rheumatologisches
MVZ Dresden GmbH
Königsbrücker Landstraße 98
01109 Dresden
Telefon: 0351 - 888 869 52
E-Mail: dr.hsch@web.de
www.rheuma-dd.de

Dr. med. Reiner Schwenke

Facharzt für Rheumatologie
Rheumatologisches
MVZ Dresden GmbH
Königsbrücker Landstraße 98
01109 Dresden
Telefon: 0351 - 888 869 0
E-Mail: schwerpunkt@rheuma-dd.de
www.rheuma-dd.de

Dr. med. Annekatrin Georgi

Fachärztin für Rheumatologie
Rheumatologisches
MVZ Dresden GmbH
Oststrasse 11
01917 Kamenz
Telefon: 03578 - 309 450
E-Mail: schwerpunkt@rheuma-dd.de
www.rheuma-dd.de

VITATEL NOTRUFSYSTEM – MOBIL UND PROAKTIV

Autoren: Anne Browa, Alexander Deimunt, Achim Hager

Management Summary

Das Vitatel Notrufsystem soll dazu beitragen, dass sich Personen mit einem erhöhten Sicherheitsbedürfnis und einem größeren Risiko von Stürzen oder anderen Notfallsituationen innerhalb und außerhalb der eigenen vier Wände uneingeschränkt sicher fühlen. Dazu sorgt das System dafür, dass ein Ernstfall schnell erkannt und entsprechende Hilfsmaßnahmen eingeleitet werden. Über eine Uhr, die an eine App sowie einen Notruf-Service gekoppelt ist, wird bei auffälligen Änderungen der Vitalwerte des Trägers automatisch ein Alarm ausgelöst.

Die Vivago Care Watch wurde bereits 2010 in Finnland entwickelt und unter anderem auch in Deutschland eingeführt. Die Vitatel GmbH hat das System weiterentwickelt, sodass es durch Einbindung von Bluetooth- und Mobilfunktechnologie bundesweit in Deutschland funktionsfähig ist und auch, wenn der Träger nicht bei sich zu Hause oder in einem Pflegeheim ist, bedarfsgerechte Notfallmaßnahmen gewährleistet sind. Das Produkt ist seit 2018 auf dem Markt; die Finanzierung erfolgt über Nutzungsgebühren für das System. Bei Bedarf kann auch ein Mobilfunkvertrag abgeschlossen werden, falls beispielsweise ein Anbieterwechsel gewünscht ist.

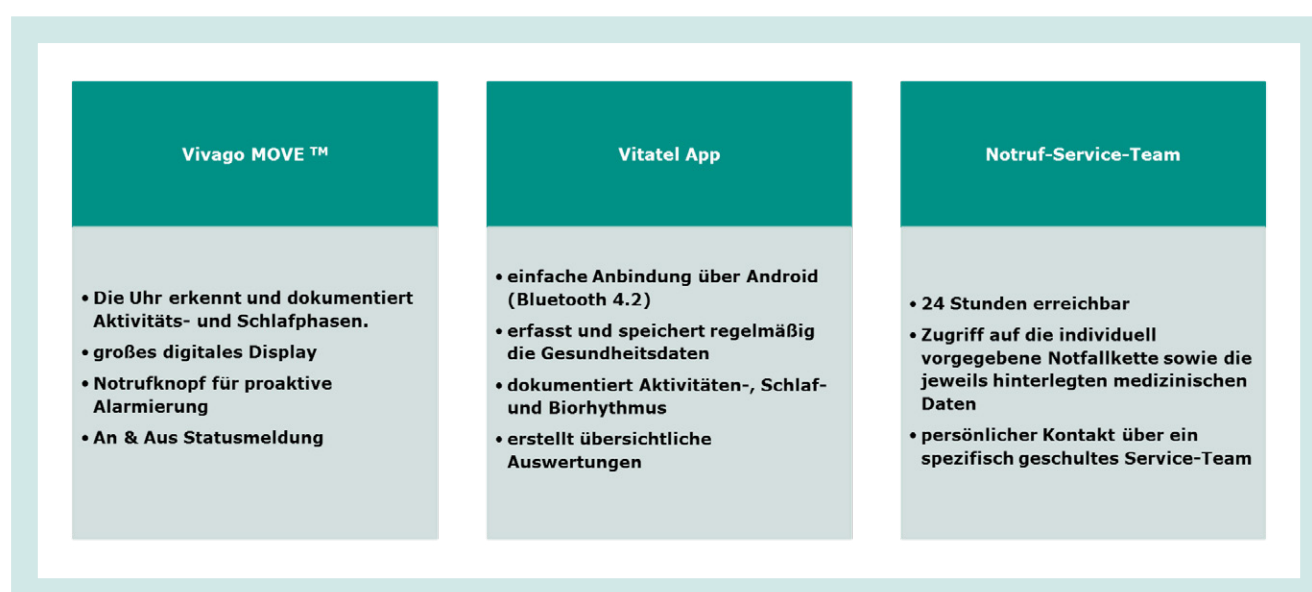
Umsetzung

Senioren mit und ohne Pflegegrad, chronisch Kranke und Menschen mit einer Behinderung haben häufig ein erhöhtes Sicherheitsbedürfnis. Bestehende Notfallsysteme sind größtenteils an die häusliche Umgebung gebunden und schränken die Nutzer in ihrer Mobilität und damit auch den Möglichkeiten sozialer Kontakte ein. Das Vitatel Notrufsystem beinhaltet drei verschiedene Elemente: Die Uhr Vivago MOVE™, eine App für Android Smartphones und einen 24-Stunden-Notfall-Service (siehe Abbildung 1). Das System funktioniert über Bluetooth und besitzt eine Anbindung über das Mobilfunknetz, sodass der Nutzer sich auch unterwegs sicher fühlen kann.

Vivago MOVE™ erfasst Mikro- und Makrobewegungen der Haut und erstellt daraus ein Nutzerprofil mit den jeweils individuellen Normalwerten. Die aktuellen Werte des Trägers der Uhr werden fortlaufend erfasst und über die Vitatel Smartphone App an einen Vista Server übermittelt. Der Server analysiert die eingehenden Daten automatisch und vergleicht sie mit dem Normalzustand. Weicht der aktuelle Zustand erheblich vom Normalzustand ab, wird ein Alarm ausgelöst und zuerst an den Nutzer der Uhr übermittelt. Auf der Uhr und am Smartphone ist die Alarmmeldung sichtbar und über das

Abbildung 1 – Elemente des Vitatel Notrufsystems

Quelle: Eigene Darstellung.



Smartphone auch akustisch wahrnehmbar. Die Meldung kann binnen 60 Sekunden vom Nutzer wieder deaktiviert werden, um Fehlalarme zu vermeiden.

Wird der Alarm nicht deaktiviert, geht die Meldung über den Vista Server, gemeinsam mit einer eindeutigen Identifikationsnummer und Standortinformationen (GPS), an einen weiteren Server und damit zu einem Hausnotruf-Service. Der Hausnotruf-Service ruft zunächst den Absender des Alarms an. Kommt eine Sprechverbindung zu Stande, können mit dem Absender weitere Maßnahmen besprochen werden. Wird der Alarm als „ernst“ eingestuft, wird entsprechend der GPS Daten der Rettungsdienst beauftragt. Im Hausnotruf-Service sind mit dem Kundenauftrag mehrere Ansprechpartner für eine Rufkette hinterlegt, die dann bedarfsgerecht informiert werden.

Mit entsprechenden Zugangsdaten und gegebenenfalls unterschiedlichen Berechtigungen können weitere Personen, wie beispielsweise Ärzte, auf die von der Uhr und der App erfassten Gesundheitsdaten zugreifen.

Nächste Schritte

Zum einen wird in der nächsten Zukunft verstärkt an der Vermarktung des Produktes gearbeitet. Zum anderen soll das Angebot erweitert werden. Erste Schritte zur Ergänzung sind eine Auswahl von geeigneten Smartphones für Senioren und ein passender Mobilfunkvertrag. Darüber hinaus wird derzeit an einer „Betreuungs-App“ programmiert, die ohne Sensorik in definierten Zeitabständen ein aktives Feedback vom „Behüteten“ einfordert. Der „Behüter“ erhält also Rückmeldung und kann gegebenenfalls entsprechend reagieren.

Ansprechpartner

Anne Browa

Prokuristin
Vital GmbH
Ziegeleistr. 2
95145 Oberkotzau
Telefon: 09286 - 940 435 0
E-Mail: anne.browa@my-vital.de
www.my-vital.de

Dipl.-Kfm. Achim Hager

Geschäftsführer
Vital GmbH
Ziegeleistr. 2
95145 Oberkotzau
Telefon: 09286 - 940 411 1
E-Mail: achim.hager@my-vital.de
www.my-vital.de

Alexander Deimunt

Produktmanagement
Vital GmbH
Ziegeleistr. 2
95145 Oberkotzau
Telefon: 09286 - 940 435 0
E-Mail: alexander.deimunt@my-vital.de
www.my-vital.de

VIV-ARTE® Trainingskonzept (VAT®) bei Polyneuropathien und Lähmungen

WENN DIE THERAPIE AUF DIE NERVEN GEHT

Autoren: Heidi Bauder Mißbach, Elisabeth Kirchner und Stefan Schönsteiner

Management Summary

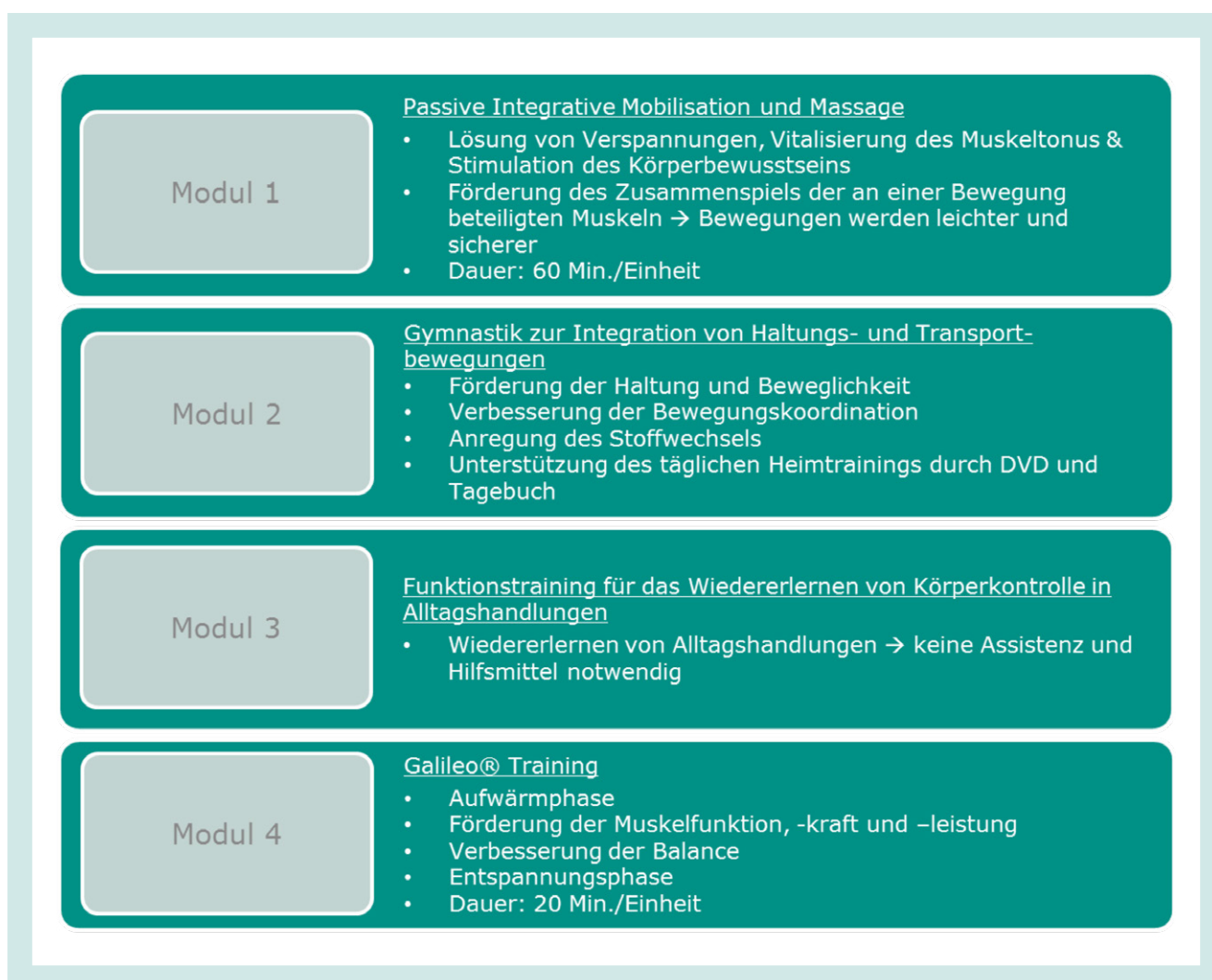
Mit der Therapie in Verbindung stehende Neuropathien und Lähmungen stellen für die betroffenen Patienten eine erhebliche Einschränkung der Lebensqualität dar. Das Projekt Wenn die Therapie auf die Nerven geht soll Symptome lindern und schrittweise das Zurückerlangen von Alltagskompetenzen unterstützen. Bestandteil des Projekts ist das VIV-ARTE® Trainingskonzept. Dieses basiert auf einem Lernmodell mit ganzheitlichem Ansatz: So sind

sowohl körperliche als auch psychische und soziale Aspekte in das Konzept integriert und die betroffenen Patienten werden aktiv in den Pflegeprozess miteingebunden.

Das Trainingskonzept wurde durch Heidi Bauder Mißbach über einen langjährigen Zeitraum entwickelt. Sie ist zusammen mit Elisabeth Kirchner, Prof. Schlenk und Dr. Stefan Schönsteiner für die wissenschaftliche Konzeption verantwortlich. Die Firma NOVOTEC Medical GmbH trägt zur finanziellen Realisierung des Projekts bei. Außerdem

Abbildung 1 – VIV-ARTE® Trainingskonzept

Quelle: Eigene Darstellung.



werden Patientenbehandlungen außerhalb von Studien durch Exklusivverträge zwischen der Uniklinik Ulm und der AOK Ulm/Biberach ermöglicht. Als weitere Finanzierungsquelle dienen ein Spendenkonto, Preisgelder sowie Eigenleistungen. Seit dem Jahr 2007 findet das Versorgungsprogramm Anwendung bei der Behandlung von Patienten mit Chemotherapie-assoziierten Neuropathien und Lähmungen. Die Uniklinik Ulm, die VIV-ARTE® Bewegungsschule sowie das Triemli Spital Zürich setzen das Trainingskonzept ein. Dabei wurden bereits über 1.000 Patienten behandelt.

Umsetzung

Das Versorgungsprogramm Wenn die Therapie auf die Nerven geht basiert auf dem VIV-ARTE® Pflegekonzept und –Trainingskonzept. Es zielt auf erwachsene Patienten mit onkologischen und hämatologischen Neubildungen und therapieassoziiierter Neuropathie ab. Ziel der Maßnahme ist es, die Patienten wieder in die Lage zu versetzen, sich selbst zu pflegen und sich im Alltag besser zurecht zu finden. Dies steigert die Lebensqualität für die Betroffenen und kann eine Pflegeabhängigkeit auf lange Sicht verhindern. Das Konzept integriert Komponenten der Bewegungswissenschaften, Pflegetheorien und gesetzliche Grundlagen und ermöglicht eine bewegungsfördernde Pflege durch die enge Zusammenarbeit von Pflegekräften und Ärzten. Somit soll zu einer verbesserten Versorgungsqualität beigetragen werden. Zu Beginn erhalten die betroffenen Patienten eine klinische Eignungsuntersuchung und der Schweregrad der Neuropathie wird festgestellt; ebenso werden mögliche Kontraindikationen für das Trainingskonzept (z. B. frisches thromboembolisches Ereignis, implantierter Defibrillator) geprüft. Das Training umfasst insgesamt fünfzehn Therapieeinheiten und unterteilt sich in vier Module (s. Abbildung 1). Dabei besteht die unmittelbare Behandlung aus Modul 1 und – sofern keine Kontraindikationen zutreffen – ebenfalls aus Modul 4. Im Rahmen des zweiten Moduls wird der Patient angeleitet, sodass er seine Übungen zu Hause selbstständig durchführen kann. Schwer beeinträchtigte Patienten erhalten zudem Modul 3. Die Therapieeinheiten finden ein bis zweimal wöchentlich statt und werden von speziell ausgebildeten Pflegefachkräften der Onkologie durchgeführt.

Nächste Schritte

Aktuell wird ein Projekt zur Bewegungsförderung und Verbesserung der Selbstpflegekompetenz mit dem VIV-ARTE® Trainingskonzept bei Polyneuropathien und Lähmungen auf der Palliativstation geplant.

Ansprechpartner

Elisabeth Kirchner

Fachkrankenschwester Onkologie
VAT® Therapist
Universitätsklinikum Ulm, Klinik für
Innere Medizin III
Albert Einstein Allee 23
89081 Ulm
Telefon: 0731 - 500 430 55
E-Mail: elisabeth.kirchner@uniklinik-ulm.de
<https://www.uniklinik-ulm.de/innere-medizin-iii.html>

Heidi Bauder Mißbach

Inhaberin VIV-ARTE® Bewegungsschule, Konzeptentwicklung
VIV-ARTE® Bewegungsschule
Gartenweg 13
89176 Asselfingen
Telefon: 07345 - 921 315
E-Mail: info@viv-arte.com
www.kinästhetik-plus.de/konzepte/vat/

Dr. med. Stefan Schönsteiner M.Sc.

Facharzt für Innere Medizin und
Hämatologie und Onkologie,
Palliativmedizin
Universitätsklinikum Ulm, Klinik für
Innere Medizin III
Albert Einstein Allee 23
89081 Ulm
Telefon: 0731 - 500 45521
E-Mail: stefan.schoensteiner@uniklinik-ulm.de
<https://www.uniklinik-ulm.de/innere-medizin-iii.html>



AUSSCHREIBUNG 2019

MSD GESUNDHEITSPREIS 2019

VERSORGUNG NEU DENKEN



Der MSD Gesundheitspreis würdigt und fördert innovative und nachhaltige Versorgung in Deutschland.

Bewerbungen zu konkreten Versorgungsprojekten, die eine nachhaltige Verbesserung der medizinischen und / oder ökonomischen Ergebnisqualität gezeigt haben, sind herzlich willkommen.

Der MSD Gesundheitspreis ist mit einer Gesamtsumme von 115.000 € dotiert. Damit werden zweckgebundene Versorgungsprojekte gefördert. Prämiert werden bis zu sieben Projekte, darunter bis zu vier Sonderpreise, und ein Publikumspreis. Sonderpreise können z.B. zu folgenden Themen vergeben werden:

- Arztnetze / Community Medicine
- Lösung von Versorgungsproblemen durch Digitalisierung
- Verbesserung der konkreten Versorgung auf Ergebnis- und Prozessebene durch Patientenbeteiligung
- Medizinische oder organisatorische Breakthrough Innovation / Leuchtturmprojekt

Der Publikumspreis (5.000 €) wird über eine öffentliche Abstimmung aus dem Kreis der von der Jury nominierten Projekte vergeben.



MSD Gesundheitspreis
www.msd.de/gesundheitspreis



MSD Gesundheit
PARTNER | FORUM | PREIS



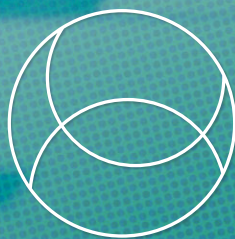
FÜNF KRITERIEN

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, sowie die Prävention und Therapie von 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.

ABLAUF DER BEWERBUNG

Unter den angegebenen Links können Sie das Bewerbungsformular herunterladen, digital ausfüllen und sich bis zum **13.03.2019** online bewerben. Hier finden Sie zudem alle notwendigen Informationen sowie formale Vorgaben zu Ihrer Bewerbung. Bei Rückfragen stehen wir Ihnen gerne auch unter **gesundheitspreis@msd.de** zur Verfügung.





HERAUSGEBER- & AUTORENVERZEICHNIS

HERAUSGEBER- UND AUTORENVERZEICHNIS

Bernd Altpeter

Deutsches Institut für Telemedizin und Gesundheitsförderung (DITG)
Gründer und Geschäftsführer

Prof. Dr. Volker E. Amelung

Medizinische Hochschule Hannover
Schwerpunktprofessur für Internationale Gesundheitssystemforschung,
Bundesverband Managed Care e. V.
Vorstandsvorsitzender

Andrea Amelung

Institut für angewandte Versorgungsforschung (inav) Berlin
Gesundheitsökonomin
PR und Öffentlichkeitsarbeit

Jörg Bahls

Deutsche Post AG, NL BRIEF Mainz
Niederlassungsleiter

Dr. Thomas Bahr

UG-MaS GmbH
Geschäftsführer

Dr. med. Michael Bangemann

Praxisnetz Nürnberg Süd e. V.
Vorsitzender

Rüdiger Barth

Kinder- und Jugendhospiz Balthasar
Leiter

Heidi Bauder Mißbach

VIV-ARTE® KINÄSTHEIK-PLUS
Bewegungsschule
Inhaberin und Geschäftsleitung

Christian Baudis

My Digital
Gründer und Geschäftsführer

Dr. Jürgen Bausch

KV Hessen
Ehrenvorsitzender

Fritz Becker

Landesapothekerverband Baden-Württemberg e. V.
Präsident

Dr. med. Hans-Jürgen Beckmann

MuM – Medizin und Mehr eG
Vorstand

Prof. Dr. Andreas Beivers

Hochschule Fresenius für Management, Wirtschaft und Medien GmbH
Management und Ökonomie im Gesundheitswesen
Studiendekan

Julia Berg

AOK Bremen/Bremerhaven
Versorgungsmanagement
Beraterin

Prof. Dr. Astrid Bertsche

Universitätsklinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin Leipzig
Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie

Prof. Dr. Thilo Bertsche

Universität Leipzig
Fachapotheker für Arzneimittelinformation,
Fachapotheker für Klinische Pharmazie,
Professur Klinische Pharmazie

Corinna Beutel

KKH Kaufmännische Krankenkasse
Leistungs- und Versorgungsmanagement
Abteilungsleiterin

Barbara Bitzer

Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)
Geschäftsführerin

Markus Bönig

Qonsilus GmbH
Geschäftsführer

Karina Breiling

Projekt Ankommen e. V.
Vorstand

Christine Bronner

Stiftung Ambulantes Kinderhospiz München
Stifterin und geschäftsführender Vorstand

Anne Browa

Vitatel GmbH
Prokuristin

Elvan Cetinkaya, M.Sc. Psychologie

Neuro-Psychiatrisches Zentrum Riem
Psychotherapiebehandlung
Koordinatorin

Detlef Chruscz

CONVEMA Versorgungsmanagement GmbH
Geschäftsbereich Versorgungsteuerung
Produktentwicklung
Leiter

Dr. med. Elif Cindik-Herbrüggen

Neuro-Psychiatrisches Zentrum Riem
Geschäftsführerin

Dr. rer. pol. Hans-Joachim Conrad

PriMa Ärztegenossenschaft e. V. Marburg
Geschäftsführer

Annegret Corsing

die erfahrungsexperten
Initiatorin



Dr. med. Aynur Damli-Huber

Kinderzentrum München
Projektkoordinatorin

Dr. Martin Danner

Bundesarbeitsgemeinschaft
SELBSTHILFE e. V.
Bundesgeschäftsführer

Alexander Deimunt

Vitatel GmbH
Produktmanager

Dr. med. Robert Deisz

Klinik für Operative Intensivmedizin
und Intermediate Care
Oberarzt

Dr. Barthold Deiters

GWQ ServicePlus AG
Arzneimittel
Leiter

Birgit Dembski

Mukoviszidose e. V.
Fachbereich Gesundheitspolitik
Leiterin

Prof. Dr. med. Norbert Donner-Banzhoff

Philipps-Universität Marburg
Prävention und Rehabilitative Medizin
Stv. Abteilungsleiter Allgemeinmedizin

Gregor Drogies

DAK-Gesundheit
Gesundheits- und Versorgungsmanagement
Referatsleiter

**Henriette Karoline Dumeier,
Dipl. Pharm.**

Klinische Pharmazie Universität Leipzig
Fachapothekerin für Arzneimittelinformation

Prof. Dr. Stefan Eber

BVKJ Bayern
Landesvorstandsmitglied

Alexandra Eichner

Unternehmung Gesundheit Hochfranken
GmbH & Co. KG (UGHO)
Prokuristin, Assistenz der Geschäftsführung

Frank Eickmann

Landesapothekerverband Baden-
Württemberg e. V.
Kommunikation
Leiter

Dr. Susanne Fiedler

MSD SHARP & DOHME GmbH
Senior Vice President and
Managing Director

Dr. Jürgen Flohr

Leipziger Gesundheitsnetz e. V.
Vorstandsvorsitzender

Dr. Christian Flügel-Bleienheuft

Agentur Deutscher Ärztenetze
Vorstandsmitglied

Marion Förster

Evangelisches Krankenhaus Alsterdorf
gGmbH
Unternehmenskommunikation

Dr. Lutz Freiberg

Innovative Gesundheitsversorgung in
Brandenburg – IGIB GbR
Geschäftsführer

Sofie Fröhlich

Rose-Fröhlich – Praxis für Ernährung mit
Kassenzulassung
Kommunikation und Marketing

Dr. med. Christian Fuchs

Universitätsmedizin Greifswald
Klinik für Anästhesiologie
Facharzt

Johannes Fuchs

Selbsthilfekontaktstelle Landkreis Konstanz
Stabstelle Gesundheits- und Sozialplanung
Leiter

Dr. Florian Fuhrmann

KV Telematik GmbH
Geschäftsführer

Prof. Dr. med. Jochen Gensichen

Ludwig-Maximilians-Universität München
Institut für Allgemeinmedizin
Direktor

Dr. med. Annetraut Georgi

Fachärztin für Rheumatologie
Rheumatologisches MVZ Dresden GmbH

Martin Göhl

MSD SHARP & DOHME GmbH
Versorgungsprogramme & Kooperationen
Manager

Philipp Goller

Philipp Goller – Redaktion und Moderation
Moderator

Axel Goßner

Landratsamt Konstanz
Sozialdezernat
Leiter

Dr. Christian Graf

BARMER Hauptverwaltung
Abteilung Produktentwicklung
Versorgungsmanagement und Prävention
Leiter

PD Dr. med. habil. Matthias Gründling

Universitätsmedizin Greifswald
Klinik für Anästhesiologie
Oberarzt

Dr. Daniela Gunz

healthbank Genossenschaft
Director of Research Partnerships

Julia Hagen

Bitkom e. V.
Bereich Health & Pharma
Leiterin

Achim Hager, Dipl.-Kfm.

Vitatel GmbH
Geschäftsführer

Dr. Lutz Hager

IKK Südwest
Geschäftsführer

Manuel Hahn

Praxisnetz GO IN e. V.
Technische Projektassistenz

Reinhard Hammerschmidt

Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe
AdAM
Projektleiter

Bastian Hauck

dedoc labs GmbH
Geschäftsführer

Birgitt Heinrich

Praxisnetz Nürnberg Süd e. V.
Geschäftsführerin

Annette Hemen, MHBA

MuM – Medizin und Mehr eG
Geschäftsführerin

Joachim Henkel

AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen
Integratives Versorgungsmanagement
Hauptabteilungsleiter

Prof. Dr. med. Hans-Werner Hense

Westfälische Wilhelms-Universität Münster
Epidemiologie und Sozialmedizin
Stv. Institutsleiter

Dr. med. Sebastian Hentsch

Frauenklinik der Städtischen Kliniken
Solingen
Chefarzt

Dr. Sandra Héroult

KV Bayerns
Referat Versorgungskonzepte &
Zusatzverträge
Projektmanagerin

Julia Herold

BIG direkt gesund
Versorgungsmanagerin

Dr. Rainer Hess

Rechtsanwalt
Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)
Ehemaliger unparteiischer Vorsitzender

Dr. Hartmut Hesse

PriMa Ärztegenossenschaft e. V. Marburg
Vorstandsvorsitzender

Dr. h.c. Helmut Hildebrandt

OptiMedis AG
Vorstandsvorsitzender

Dr. Norbert Hödebeck-Stuntebeck

Diakonische Stiftung Wittekindshof
Koordinator

Andrea Holte, Dipl.-Ing.

Emschergenossenschaft/Lippeverband
Projektmanagerin

Dr. Carsten Jäger

Agentur deutscher Arztnetze e. V.
Stv. Vorstandsvorsitzender

Prof. Dr. med. Siegfried Jedamzik

Praxisnetz GO IN e. V.
1. Vorsitzender
Bayerische Telemed Allianz
Geschäftsführer

Peter Kurt Josenhans

AOK Bremen/Bremerhaven
Direktor und Leiter Geschäftsbereich
Versorgung

Katharina Jünger

TeleClinic GmbH
Geschäftsführerin

Prof. Dr. Dr. Harald Kaemmerer

Deutsches Herzzentrum München
Klinik an der TUM
Ambulanz für Erwachsene mit
angeborenen Herzfehlern
Leitender Arzt

Dr. Max Kaplan

Bundesärztekammer
Vizepräsident

Dr. Barbara Keck

BAGSO Service GmbH
Geschäftsführerin

Petra Kellermann-Mühlhoff

BARMER
Gesamt-Projektleiterin AdAM

Christiane Kemper

Caritasverband Hannover e. V.
Öffentlichkeitsarbeit und Kommunikation
Referentin

Elisabeth Kirchner

Universitätsklinikum Ulm
Klinik für Innere Medizin III
Fachkrankenschwester Onkologie
VAT® Therapist

Lydia Kleisinger

Deutsche Post AG, NL BRIEF Mainz
Kommunikation, Teamentwicklung, Fort-
und Weiterbildung
Sachbearbeiterin

Winfried Klimm

Zentrum für Psychiatrie Reichenau
Abteilung Therapie und Kultur
Leiter



Markus Knöfler

Praxisnetz Herzogtum Lauenburg e. V.
Geschäftsführer

Dr. Carola Koch

Gesundheitsnetz Frankfurt am Main eG
Vorstandsvorsitzende
Vertreterversammlung der KV Hessen
Mitglied

Dr. med. Ralph-Detlef Köhn

KVNO Kreisstelle Essen
Vorsitzender

Dr. med. Ulrich Kohns

Stiftung Kind und Jugend des
Berufsverbands der Kinder- und Jugendärzte
Vorstandsvorsitzender

Dr. med. Kai Kolpatzik

AOK Bundesverband
Abteilung Prävention
Leiter

Dr. Rolf Koschorrek

Mittelstands- und Wirtschaftsvereinigung
der CDU/CSU
Stv. Bundesvorsitzender

Sabine Kramer

AOK Nordost
Versorgungsmanagement-Programme und
Verträge
Mitarbeiterin

Dr. med. Wilfried Kratzsch

Stiftung Deutsches Forum Kinderzukunft
c/o Sana Kliniken Düsseldorf
Vorstandsvorsitzender

Dr. Jens Kröger

Zentrum für Diabetologie Hamburg
Bergedorf
Internist und Diabetologe DDG
Deutsche Diabetes Hilfe
Vorstandsvorsitzender

PD Dr. Christian Kügler

Evangelisches Krankenhaus Alsterdorf
gGmbH
Geriatric und Innere Medizin
Chefarzt

Prof. Dr. Clarissa Kurscheid

FiGuS GmbH
Geschäftsführerin

Mark Kuypers, Dipl.-Ges. oec.

solimed – Unternehmen
Gesundheit GmbH & Co. KG
Geschäftsführer

Frank Ladendorf, Dipl. Ing.

CompuGroup Medical
Managementgesellschaft mbH
Geschäftsführer

Dr. med. Wolfgang Landendörfer

PaedNetz Bayern e. V.
2. Vorsitzender

Dr. med. Irmgard Landgraf

Hausarztpraxis am Agaplesion Bethanien
Praxisinhaberin und Internistin

Dr. med. Martin Lang

BVKJ Bayern, Berufsverband der Kinder-
und Jugendärzte e. V.
Landesverbandsvorsitzender

Volker Latz

Pronova BKK
Ressort Gesundheit
Leiter

Matthias Leu

CompuGroup Medical Deutschland AG
Vice President

Dr. Dr. Kristian Löbner

MSD SHARP & DOHME GmbH
Medical Director

Martina Löher

CompuGroup Medical
Managementgesellschaft mbH
Projektleiter

Ulrike Lupke, Dipl.-Psych.

Verhaltenstherapie Falkenried MVZ GmbH
Entwicklung und Forschung

Prof. Volker Mall

Kinderzentrum München
Ärztlicher Direktor

Katja Mann, Dipl. Gesundheitswirtin

Gefö Aktiv GbR
Gesellschafterin

Prof. Dr. Georg Marckmann

Ludwig-Maximilians-Universität München
Medizinethiker

Wenke Marquardt

KV Consult- und Management-
gesellschaft mbH
Projektleiterin

Univ. Prof. Gernot Marx

Uniklinik RWTH Aachen
Konsortialführer

Christian Mävers

GWQ ServicePlus AG
Versorgung & Region Mitte
Leiter

Dr. Ulf Maywald

AOK PLUS
Arzneimittel/Heilmittel
Geschäftsbereichsleiter

Dr. Joachim Meiser

Kassenärztliche Vereinigung Saarland (KVS)
Vorstand

Prof. Dr. med. Peter R. Mertens

Universitätsklinik für Nieren- und
Hochdruckkrankheiten
Direktor

Prof. Dr. med. Patrick Meybohm

Universitätsklinikum Frankfurt
Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin
und Schmerztherapie
Stv. Direktor

Prof. Dr. med. Georg Michelson

Talkingeyes&More GmbH
Geschäftsführender Alleingesellschafter

Ramona Mignon

Flutees Verwaltungsgesellschaft mbH
Geschäftsführerin

Harald Möhlmann

AOK Nordost
Berater des Vorstands

Christina Möllmann

Praxisnetz Herzogtum Lauenburg e. V.
Projektleiterin

Dr. med. Wolfgang Mondorf

Verein zur Förderung der Telemedizin in der
Hämostaseologie (VFTH e. V.)
Vorsitzender des Vorstands

Sean Monks, Dipl.-Biol.

Monks Ärzte-im-Netz GmbH
Geschäftsführer

Dr. Oliver Müller

Pharma & Healthcare bei Detecon
International GmbH
Partner

Hardy Müller

Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V.
Geschäftsführer

Dr. med. Christiane Muth

Goethe-Universität Frankfurt/ Main
Institut für Allgemeinmedizin (IfA)
Kordinatorin der Evaluation

Dr. Issa Nafo

Emschergenossenschaft/Lippeverband
Abteilung Entwicklung und Management
von Förderprojekten
Leiter

Dr. med. Monica Naujoks

KIZ Kinderarzt-Zentrum Düsseldorf Nord
Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin

Dr. phil. Rhoia Neidenbach

Deutsches Herzzentrum München
Klinik an der TUM
Wissenschaftliche Mitarbeiterin

Dr. Holger Neye

KV Nordrhein
Pharmakotherapieberatung
Leiter

Thomas Oeben

Dein Nachbar e. V.
Vorstandsvorsitzender

Dr. Marc Oppermann

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)
Abteilung Arzneimittel
Referent

Maximilian Ostmann Freitag

Bundesverband Deutscher Pathologen e. V.
Referent

Prof. Dr. Helmut Peter

Verhaltenstherapie Falkenried MVZ GmbH
Ärztlicher Direktor und Geschäftsführer

Dipl.-Psych. Ulrike Peter

Entwicklung und Forschung
Verhaltenstherapie Falkenried MVZ GmbH

Dr. Georg Poppele

Evangelisches Krankenhaus
Alsterdorf gGmbH, Station DAVID
Chefarzt

Dr. med. Andreas Pötzl

Unternehmung Gesundheit
Hochfranken GmbH & Co. KG (UGHO)
Geschäftsführer

Ralf Pourie

4sigma GmbH
Geschäftsführer

Frank Preugschat

AOK – Die Gesundheitskasse für
Niedersachsen
Bereich Versorgung
Leiter

Michael Radomsky

GWQ ServicePlus AG
Versorgung & Region Mitte
Referent

Thomas Rampoldt

Ärztegenossenschaft Nord eG
Geschäftsführer

Dennis Riehle

Selbsthilfenetzwerk Landkreis Konstanz
Sprecherrat der Selbsthilfegruppen
Mitglied

Dr.-Ing. Andreas Rösch M.S.

Rösch & Associates GmbH
Geschäftsführer

Sandra Rose-Fröhlich

Rose-Fröhlich – Praxis für Ernährung mit
Kassenzulassung
Geschäftsführerin

Dr. med. Klaus Rösing

Ärzteneitz Eitorf e. V.
1. Vorsitzender

Christoph Rupprecht

AOK Rheinland/Hamburg
Politik, Gesundheitsökonomie und Presse
Stabsbereichsleiter



Dr. rer. nat. Linda Sanftenberg

Klinikum der Universität München
Institut für Allgemeinmedizin
Wissenschaftliche Mitarbeiterin

Dr. med. Monica Scheele Pescheny

Frauenärztin Düsseldorf
Fachärztin für Frauenheilkunde und
Geburtshilfe

Dr. med. Christian Scheer

Universitätsmedizin Greifswald
Klinik für Anästhesiologie
Facharzt

Prof. Dr. med. Jörg Schelling

Hausärztliche Gemeinschaftspraxis
Martinsried
Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin
Leitender Arzt

Maryan Schemken

AOK PLUS
Geschäftsbereich Versorgungsmanagement
Leiter

Prof. Dr. Timo Schinköthe

CANKADO Service
Geschäftsführer

Dr. med. Elmar Schmid

GMZ GesundheitsManagement
Zentral GmbH
Geschäftsführer

Dr. med. Konrad Schmidt

Universitätsklinikum Jena
Institut für Allgemeinmedizin
Erweiterter Institutsleiter

Dr. med. Guido Schmiemann

Universität Bremen
Abteilung für Versorgungsforschung
Stv. Leiter

Dr. med. Stefan Schönsteiner, M.Sc.

Universitätsklinikum Ulm
Klinik für Innere Medizin III
Facharzt für Innere Medizin und
Hämatologie und Onkologie, Palliativmedizin

Nikolaus Schorr

Christliche Hospizhilfe im
Landkreis St. Wendel e. V.
Vorsitzender

Prof. Dr. med. Mark Schrader

Helios Klinikum Berlin-Buch
Chefarzt

Dr. med. Armin Schuster

Medis Münster GbR
Vorstand

Prof. Dr. Friedrich Wilhelm Schwartz

Sachverständigenrat Gesundheit
Ehemaliger Vorsitzender

Gabi Schweitzer

Deutsche Post AG, NL BRIEF Mainz
Abteilung Personal
Leiterin

Dr. med. Holger Schwenke

Rheumatologisches MVZ Dresden GmbH
Ärztlicher Leiter

Dr. med. Reiner Schwenke

Rheumatologisches MVZ Dresden GmbH
Facharzt für Rheumatologie

Prof. Dr. Dr. h.c. Peter C. Scriba

Klinikum der Universität München
Medizinische Klinik Innenstadt
Ehemaliger Direktor

Prof. Dr. med. Axel Semjonow

Prostatazentrum am UKM
Universitätsklinikum Münster
Ärztlicher Leiter

Dr. Jörg Simon

Hessenmed e. V. – Verbund hessischer
Ärztetzetz
Vorstandsvorsitzender

Dr. med. Volker Soditt

Kinderklinik der Städtischen Kliniken
Sölingen
Chefarzt

Michael Steinhaus

MedicBrain Healthcare
Netzbüro von Medis Münster
Inhaber

Ina Stellmacher

BKK VBU
Fachbereich Versorgung und Verträge
Leiterin

Dipl. Oec. Ute Stern

solimed – Unternehmen
Gesundheit GmbH & Co. KG
Projektkoordinatorin

Dr. Ralf Stroop

Mobile Retter e. V.
Ehrevorsitzender

Dr. Gabriele Stumm

4sigma GmbH
Ärztliche Leiterin

Pramono Supantia

AOK Nordost
Unternehmensbereich
Versorgungsmanagement –
Programme und Verträge
Leiter

Uwe Thünemann

Diakonische Stiftung Wittekindshof
Ressortleiter

Dr. med. Uschi Traub

Landratsamt Ludwigsburg
Dezernat Gesundheit und Verbraucherschutz
Gesundheitsförderung/Prävention
Leiterin

Silke Utz

KV Schleswig-Holstein
Sonderverträge
Teamleiterin

Wolfgang van den Bergh

Ärzte Zeitung
Chefredakteur

Hartmut Emme von der Ahe

PariSozial Minden-Lübbecke/Herford
Fachbereichsleiter
DemenzNetz
Koordinator

Dr. med. Isabell Walter

Universitätsklinik für Nieren- und
Hochdruckkrankheiten
Assistenzärztin

Diane Weber

KV Westfalen-Lippe
Praxisnetze und kooperative
Versorgungsmodelle
Stabsbereichsleiterin

Marcel Weigand

Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V.
Beisitzer Vorstand

Julian Weinert

Ada Health
Senior Consultant

Saskia Weiß

Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V.
Selbsthilfe Demenz
Projektkoordinatorin
Demenz Partner
Stv. Geschäftsführerin

Dr. Jutta Wendel-Schrief

MSD SHARP & DOHME GmbH
Director Market Access

Dr. Carol Wildhagen

Ariana Digital Health Solutions GmbH
CEO und Mitgründerin

Dr. Roland Windt

AOK Bremen/Bremerhaven
Apotheker

Dr. Claudia Wöhler

BARMER, Landesvertretung Bayern
Landesgeschäftsführerin

Dr. med. Ursula Wolf

Universitätsklinikum Halle
Pharmakotherapie-Management
Fachärztin für Innere Medizin

Prof. Dr. Bernhard Wörmann

DGHO e. V.
Medizinischer Leiter

Univ.-Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Kai Zacharowski

Universitätsklinikum Frankfurt
Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin
und Schmerztherapie
Direktor

Dr. med. Friedemann Zengerling

Universitätsklinik Ulm
Bereichsoberarzt





© 2018 · MSD SHARP & DOHME GMBH · Lindenplatz 1 · 85540 Haar · www.msd.de

ISBN: 978-3-927107-22-9
NOND-1000653-0048