

# Erfolgreiche Versorgungsprojekte in der Praxis

Gemeinsam Versorgung gestalten



## 4. MSD Forum Gesundheits*PARTNER* MSD Gesundheitspreis 2014

V. E. Amelung, M. Göhl, R. Hess, R. Koschorrek, T. Lang,  
M. Mann, H. Quodt, F. W. Schwartz, P. C. Scriba



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

Die Publikation ist urheberrechtlich geschützt. Alle Rechte vorbehalten.

ISBN Buch: 978-3-927107-12-0

ISBN PDF: 978-3-927107-14-4

ISBN eBook: 978-3-927107-13-7

# Erfolgreiche Versorgungsprojekte in der Praxis

## Gemeinsam Versorgung gestalten

### 4. MSD Forum GesundheitsPARTNER

### MSD Gesundheitspreis 2014

*Herausgeber:*

*V. E. Amelung, M. Göhl, R. Hess, R. Koschorrek, T. Lang,  
M. Mann, H. Quodt, F. W. Schwartz, P. C. Scriba*

*Autoren:*

*V. E. Amelung, S. Angerhausen, E. Bader, S. Baumann, R. Böhringer, C. Brucks, H. Christiansen,  
A. Domscheit, R. Eckel, C. Flügel-Bleienheuft, J. Gabriel, H. Giesen, M. Göhl, C. Graf, H. Gröhe,  
A. Grosch, L. Hager, A. Hendrichke, H.-J. Helming, M. Hennrich, C. Herzmann, R. Hess, S. Hofmann,  
D. Holle, T. Husemann, C. Jäger, P.-K. Josenhans, G. Kantor, K. Kempf, B. Kielblock, M. Klemm,  
J. Klinghammer, M. Knöfler, S. König, R. Koschorrek, M. Kreft, S. Laag, T. Lang, M. Langer, V. Latz,  
B. Lehne, K. A. Leopoldt, K. Löbner, M. Mann, T. Mesenhöller, W. Meunier, H. Möhlmann, N. Mönter,  
M. Müller, T. Müller, S. Ozegowski, C. Petersen, F. Peters-Klimm, J. Pflaum, R. Pourie, F. Püschner,  
H. Quodt, H. Rebscher, A. Rühle, E. Salzsieder, M. Schäfer, C. Schiessl, J. Schildt, M. Schliffke,  
B. Schnor, K.-H. Schönbach, C. Schrewe, F. W. Schwartz, P. C. Scriba, E. Siegmund-Schultze,  
S. G. Spitzer, H.-D. Stahl, N. Staudt, D. Sunder Plaßmann, C. Traupe, J. Trinemeier, G. Urmonas,  
U. Vehling-Kaiser, M. Viapiano, K. Vogler, W. v. Ascheraden, S. v. Sengbusch, M. v. Wachter, C. Vössing,  
I. Waltering, V. Wambach, M. Weiß, E. Wille, I. Wolf, J. Wolf*

# INHALT

|  |    |
|--|----|
| Grußwort                                       | 5  |
| Vorwort  | 6  |
| aha! ab heute anders: „An einem Strang ziehen“ | 8  |
| 4. MSD Forum GesundheitsPARTNER                | 10 |
| Workshop Ergebnisse                            | 14 |

## Nominierte Projekte und Preisträger des MSD Gesundheitspreises 2014

|  |     |
|--|-----|
| AOK-Curaplan Herz Plus: Potsdam  | 34  |
| Das CHILT-Projekt: Köln  | 46  |
| Das Telemedizinische Lifestyle Programm TeLiPro  | 56  |
| Effizientes Bündel von Präventionsstrategien bei hoher MRSA-Inzidenz in einem Akutkrankenhaus                        | 64  |
| elektronische Behandlungsinformation (eBI)   | 73  |
| Integrierte Versorgung Kopfschmerz   | 83  |
| Integrierte Versorgung zur Verbesserung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung in Berlin und Brandenburg | 94  |
| IV-Vertrag   | 103 |
| KV RegioMed  | 110 |
| Palliativstützpunkt Ammerland-Uplengen: Oldenburg  | 119 |

## Weitere innovative Versorgungsprojekte zur Ausschreibung des MSD Gesundheitspreis 2014

|   |     |
|---|-----|
| 4sigma, Oberhaching   | 130 |
| Ambulantes-Palliativ-Zentrum (APZ): Leverkusen                                | 133 |
| AOK Hessen: INFO-TOUR ORGANSPENDE   | 136 |
| Apo-AMTS-Projekt: Westfalen-Lippe   | 138 |
| Bedarfsgerechte Versorgung von Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung | 141 |
| Best-AG: München  | 144 |
| BesTe Genesung zu Hause   | 147 |
| Das Diabetomobil  | 149 |
| Das ESYSTA®-S-T-A-R-T-Projekt: Potsdam  | 152 |
| Diabetes-Konsiliar Online   | 155 |
| Diabetesschulung ist Schulung für das Leben                                   | 157 |
| Digitale Arztvisite   | 160 |

|  |            |
|--|------------|
| Ein Dorf hilft sich selbst   | 163        |
| eMediPlan: Erlangen, Fürth   | 165        |
| Errichtung eines Mobilen Onkologischen Dienstes (MOD) in den Landkreisen Landshut und Dingolfing | 168        |
| ExplainTB: Borstel in Schleswig-Holstein   | 170        |
| Fit für Zuhause  | 172        |
| Fächendeckende Optimierung der Versorgung von Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz         | 175        |
| GenoGyn-Prävention-aktiv, Köln   | 178        |
| GKS  | 181        |
| GPS, Waiblingen  | 183        |
| Health Watchers  | 186        |
| Heidelberger praxisbasiertes Case Management für Patienten mit Herzinsuffizienz                  | 188        |
| Integrierte/Vernetzte Versorgung   | 191        |
| Integrierte Versorgung Diabetischer Fuß  | 193        |
| Integrierte Versorgung Essstörungen  | 195        |
| Kompass, ein Assistenzsystem für Senioren und betreuungsbedürftige Mitmenschen                   | 198        |
| Lippe in Form  | 201        |
| Pharmazeutisches Konsil – Krankenhausapotheker auf Station                                       | 203        |
| Polikum Psychotherapeutisches Zentrum (PZP)  | 205        |
| Psychologische Online-Beratung   | 208        |
| Rollende Arztpraxis  | 211        |
| Sozialmedizinische Nachsorge am Klinikum Westbrandenburg   | 213        |
| Spezialambulanz für ADHS   | 215        |
| Strukturiertes Arzneimittelmanagement  | 217        |
| Verbesserung der Versorgung bipolarer Patienten  | 220        |
| Verbesserung der Versorgung demenzkranker älterer Menschen im Krankenhaus                        | 222        |
| Versorgungsprojekt Comperto – Ein interaktives Expertensystem                                    | 225        |
| Zukunft für Kinder   | 227        |
| <b>Ausschreibung MSD Gesundheitspreis 2015</b>   | <b>229</b> |
| Herausgeber- und Autorenverzeichnis  | 231        |





Bundesregierung/Kugler

Hermann Gröhe

## Grußwort

Zu einem guten Gesundheitswesen gehört das stetige Bemühen aller Beteiligten, die gesundheitliche Versorgung der Menschen immer weiter zu verbessern.

Mit seinem Gesundheitspreis ehrt die MSD SHARP & DOHME GMBH (MSD) zum dritten Mal in Folge herausragende Projekte, die zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung in unserem Land beitragen.

Gerne habe ich daher die Schirmherrschaft über den Preis übernommen, der im Rahmen des vierten MSD Forum GesundheitsPARTNER verliehen wird. Denn der Ideenreichtum und das Engagement aller Nominierten und der Preisträger unterstützen Menschen, die auf Grund einer Krankheit oder Behinderung auf medizinischen Fortschritt angewiesen sind, um wieder gesund zu werden oder zumindest ein möglichst beschwerdefreies Leben führen zu können. Ihnen möchte ich meine besondere Anerkennung und Unterstützung mit auf dem Weg geben.

Die Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung ist auch ein wichtiges Anliegen dieser Bundesregierung. Wir werden dazu unter anderem einen Innovationsfonds schaffen, aus dem künftig innovative sektorenübergreifende Versorgungsformen und Versorgungsforschung gefördert werden sollen.

Ich bin überzeugt, dass die Auswahl der diesjährigen Preisträger keine leichte Aufgabe gewesen ist. Denn was alle zehn Nominierten gleichermaßen auszeichnet, ist eine großartige Leistung.

Wer auch immer am Ende zu den Preisträgern des diesjährigen MSD Gesundheitspreises zählen wird, eines steht für mich fest: Die Verleihung ist zugleich Bestätigung und Antrieb für alle, die mit ihren Ideen und durch ihren persönlichen Einsatz dabei helfen, die gesundheitliche Versorgung der Menschen immer weiter zu verbessern.

Ihnen wünsche ich für ihre zukünftige Arbeit weiterhin alles Gute und viel Erfolg



Hermann Gröhe

## Vorwort

Jahrzehntelang war die Forschungsförderung im deutschen Gesundheitswesen geprägt von der Überzeugung, dass sich Erkenntnisse für eine verbesserte gesundheitliche Versorgung für Patienten bestimmter Erkrankungsgruppen nur mittels pathophysiologischer oder technologischer Grundlagenforschung und über eng an deren Ergebnissen orientierter klinischer oder technischer Anwendungsforschung unter laborähnlich präzisierten Auswahl- und Kontrollkautelen gewinnen lassen.

Erst seit den 80er-Jahren wuchs zunehmend die Einsicht, dass dieses so gewonnene Wissen wichtigen Limitationen unterliegt:

- Es fehlen Erkenntnisse, ob dieses Wissen in der Realität der Versorgung zur richtigen Zeit, in der richtigen Weise und an den geeigneten Patienten angewendet wird.
- Falls es nicht oder falsch angewendet wird, bleibt unklar, ob dies am fehlenden Wissen der Beteiligten liegt, an fehlenden technischen oder personellen Ressourcen oder an fehlenden oder falschen finanziellen Anreizen, oder an organisatorischen und oft auch informationellen Brüchen einer an sich notwendigen ineinandergreifenden Versorgungskette.
- Offenkundig wurde ferner die Limitierung der bis dahin dominierenden monodiagnostischen Forschungsansätze angesichts des demographisch bedingten Vordringens chronifizierter, von Komorbiditäten geprägter Krankheitsbilder und -verläufe, in der Praxis der Versorgung.

Es gab also gewichtige Gründe, dass der Sozialgesetzgeber in der letzten SGB V-Novellierung die ausdrücklich auf den realen Versorgungsalltag bezogene „Versorgungsforschung“ neu nobilitiert hat. Sie ist ihm nunmehr viel Fördergeld aus Sozialkassen wert, sowie eine Neuordnung der Nutzbarkeit der Sozialdaten und die Einschaltung hochrangiger Steuerungsgremien: „Die Versorgungsforschung untersucht die Strukturen und Prozesse unseres Gesundheitssystems unter Alltagsbedingungen (...), die Versorgungsforschung dient der gesundheitspolitischen Steuerung und ermöglicht Entscheidungen über Versorgungsleistungen auf der Basis aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse.“ (vgl. BMG Pressemitteilung 22. und 23.5.2014).

Künftig können auch die Daten aus dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich für Zwecke der Versorgungsforschung genutzt werden. Die Daten werden von einer Datenaufbereitungsstelle pseudonymisiert gespeichert und aufbereitet (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information – DIMDI). Zugriff auf die Daten erhalten allerdings neben dem DIMDI nur die Partner der Selbstverwaltung, Organisationen der Leistungserbringer, der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA), das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), das Institut des Bewertungsausschusses und ein neu einzurichtendes Institut zur Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen.

Auch der von vielen innovationsorientierten Partnern und Stakeholdern im deutschen Gesundheitswesen geforderte Innovationsfonds gehört zu den gesetzlichen Neuerungen der Legislaturperiode. Der Fonds soll nach dem Willen der Großen Koalition 300 Millionen Euro umfassen und neben neuen Versorgungsformen explizit auch die Versorgungsforschung stärken. Der dazu vorgelegte Referentenentwurf sieht zur Steuerung der Mittelvergabe einen neu zu bildenden Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) vor, dessen Besetzung der Sitzverteilung im G-BA entspricht mit zusätzlichen Sitzen

für das Bundesministerium für Gesundheit. Die Ministerin eines großen Bundeslandes betonte vor wenigen Wochen, die Länder erwarteten insbesondere eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung in den ländlichen Regionen bei zugleich besserer Verzahnung der ambulanten und stationären Versorgung. Sie forderte ein Mitspracherecht der Länder beim Einsatz der Mittel. Der Bundesgesetzgeber oder die von ihm beauftragten Institutionen haben bislang weder die Länder noch die Industrie als Impulsgeber zur Mitwirkung aufgefordert.

Die Stoßrichtung dieser gesetzlichen Neuerung zielt damit zunächst auf die Stärkung des Einflusses öffentlich-rechtlicher Stellen und deren Organisationen auf Bundesebene. Dass dieser neue gesetzgeberische Impuls dennoch auch gänzlich neue konzeptionelle Versorgungsansätze ermuntern, stärken und evaluieren wird, bleibt zu hoffen.

Initiativen wie der MSD Gesundheitspreis werden also nicht überflüssig, sondern – im Gegenteil – immer wichtiger. Denn sie können zentrale Funktionen übernehmen: Die Entwicklung funktionsübergreifender Versorgungsketten zu fördern, neue versorgungskonzeptionelle Ansätze zu ermuntern – einschließlich ihrer im Idealfall gänzlich unabhängigen externen Evaluation –, und zugleich die Patientenperspektive im Gesundheitswesen zu stärken.

#### Für die Jury

Volker E. Amelung, Rainer Hess, Rolf Koschorrek, Thomas Lang, Mirjam Mann,  
Friedrich Wilhelm Schwartz, Peter C. Scriba

#### Für die Geschäftsführung von MSD Deutschland

Hanspeter Quodt

## „An einem Strang ziehen“

*Interview mit Hanspeter Quodt, Hauptgeschäftsführer MSD, und Dr. Carsten Petersen, Internist und Diabetologe sowie Initiator von „aha! – ab heute anders“.*

Vor zwei Jahren gehörte das Projekt „aha! – ab heute anders“ zu den Nominierten des MSD Gesundheitspreises. MSD hat das Projekt und seinen Initiator Carsten Petersen seitdem begleitet. Vor wenigen Wochen wurde das Programm nun vom Kreis Schleswig-Flensburg auf das gesamte Bundesland Schleswig-Holstein ausgeweitet. Wir haben mit Carsten Petersen und mit MSD-Hauptgeschäftsführer Hanspeter Quodt gesprochen – über das Projekt und über Fortschritte im Bemühen um eine bessere Versorgung in Deutschland.



*Herr Dr. Petersen, seit Juli können in ganz Schleswig-Holstein nun alle Versicherten der AOK-Nordwest, der BARMER GEK und der DAK-Gesundheit an dem von Ihnen initiierten Diabetes-Präventionsprogramm teilnehmen. Das sind über eine Million Menschen. Die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein hat mit den beteiligten Kassen einen Vertrag zur frühzeitigen Erkennung und Vermeidung der Krankheit abgeschlossen. Schirmherrin des Programms ist Landesgesundheitsministerin Kristin Alheit. Macht Sie das stolz?*

**Carsten Petersen:** Zu allererst bin ich froh, dass wir loslegen können. Schließlich haben wir im Kampf gegen die Volkskrankheit Diabetes und ihre zahlreichen Folgeerkrankungen schlicht und einfach keine Zeit zu verlieren.

*Haben Sie denn das Gefühl, Zeit verloren zu haben?*

**Carsten Petersen:** Jeder, der sich mit innovativen Versorgungslösungen beschäftigt, weiß ja, wie komplex die Materie ist. Wenn Sie ein solch großes Projekt umsetzen wollen, dann brauchen Sie einfach einen langen Atem – und die richtigen Partner.

*Und die haben Sie gehabt?*

**Carsten Petersen:** Ja: mit den beteiligten Krankenkassen, mit der Kassenärztlichen Vereinigung – aber auch mit MSD als Gesundheitspartner. Wir haben alle an einem Strang gezogen: die Voraussetzung für den Erfolg.

*Herr Quodt, wenn nun alle an einem Strang ziehen – warum ist die Umsetzung eines solchen Projekts noch immer so kompliziert?*

**Hanspeter Quodt:** Das ist in der Tat erstaunlich: Alle Beteiligten sind überzeugt von der Idee des Projekts, alle verfolgen das gleiche Ziel – und dennoch läuft es nicht von alleine. Die Rahmenbedingungen sind eben immer noch nicht so, wie sie sein sollten. Nach wie vor werden Idealisten gebraucht wie Herr Dr. Petersen, der sich auch von einer Unmenge an Regelungen und Vorschriften nicht abschrecken lässt, wenn es um seine Patienten geht.

*Mit dem MSD Forum GesundheitsPARTNER und dem MSD Gesundheitspreis wollten Sie doch genau gegen diese Problematik ankämpfen. Hat sich denn gar nichts geändert?*

**Hanspeter Quodt:** Die Überzeugung, dass wir im Gesundheitswesen nur gemeinsam erfolgreich sein können – die scheint sich doch langsam durchzusetzen. Das sehen Sie ja beim aha!-Programm, an dem die Ärzte, die Kassen, die KV und ein Pharmaunternehmen sehr kooperativ zusammengearbeitet haben. Und das sehen Sie

auch an den vielen Bewerbungen für den diesjährigen Gesundheitspreis – darunter sind jede Menge Belege, dass Großartiges entstehen kann, wenn alle den gemeinschaftlichen Erfolg wollen. Und gemeinsam müssen wir nun auch dafür kämpfen, die noch bestehenden Hindernisse zu beseitigen.

Herr Dr. Petersen, Sie wurden gerade als Idealist bezeichnet. Sehen Sie sich auch so?

**Carsten Petersen:** Ich bin seit fast 20 Jahren als Diabetologe tätig, ich kenne die Entwicklung der Krankheit und das enorme Risiko – für die Menschen wie für das Gesundheitssystem. Ich sehe es einfach als unsere Verpflichtung an, etwas gegen diese Entwicklung zu unternehmen. Leider gibt es in Deutschland kein konzentriertes Vorgehen. Andere Länder sind da weiter. In Finnland etwa gibt es einen nationalen Diabetes-Plan. Also müssen wir auf lokaler Ebene anfangen, gewissermaßen ein Leuchtturm-Projekt auf den Weg bringen. Global denken, lokal handeln – das ist das Motto.



Herr Quodt, sollte man nicht vielleicht auch global handeln? Wäre es nicht besser, solche Versorgungslösungen müssten nicht im Kleinen entstehen, sondern würden gleich national geplant?

**Hanspeter Quodt:** Ich bin der Meinung, wir sollten in beide Richtungen denken. Vom Großen zum Kleinen und vom Kleinen zum Großen. Natürlich brauchen wir künftig auch mehr gemeinsame langfristige Strategien, aus denen wir dann konkrete Maßnahmen ableiten. Ich glaube, dazu ist auch der Innovationsdialog ein guter Anfang, den Bundesgesundheitsminister Herrmann Gröhe jetzt angestoßen hat. Wir sollten aber auch weiterhin die Projekte fördern, die vor Ort entstehen – und sie dann in ihrem Wachstum unterstützen. Menschen wie Dr. Petersen sind einfach am nächsten dran an den Patienten vor Ort. Auf deren Initiative und deren Expertise sollten wir keinesfalls verzichten.

Eine Frage zum Schluss: Warum hat das aha!-Programm vor zwei Jahren denn eigentlich keinen Gesundheitspreis gewonnen?

**Hanspeter Quodt:** Das müssen Sie die unabhängige Jury fragen. Aber wer den Gesundheitspreis seit drei Jahren verfolgt, der weiß: Die Konkurrenz war und ist einfach verdammt stark.

## aha! – ab heute anders

Das aha!-Programm richtet sich vor allem an Menschen, bei denen Hinweise auf ein erhöhtes Risiko zum Diabetes mellitus Typ 2 vorliegen. Sie erhalten von Hausärzten und hausärztlichen Internisten, die an dem Programm teilnehmen, zunächst einen speziellen Fragebogen.

Mit Hilfe des Fragebogens wird das individuelle Risiko ermittelt, in den nächsten zehn Jahren an Diabetes zu erkranken. Erhärtet sich der Verdacht, kann der Versicherte an einem bis zu 15-monatigen Präventionsprogramm bei seinem behandelnden Arzt teilnehmen.

Ziel ist es, dass der Versicherte seine Lebens- und Essgewohnheiten langfristig umstellt, sich mehr bewegt – und damit das Diabetesrisiko sinkt. Dafür werden mit dem Versicherten individuelle Pläne aufgestellt: mit einfachen und effizienten Maßnahmen, die sofort und problemlos umgesetzt werden können.

Weitere Informationen im Internet unter [www.ab-heute-anders.de](http://www.ab-heute-anders.de).



## 4. MSD Forum GesundheitsPARTNER

### MSD Gesundheitspreis 2014

*Volker E. Amelung, Martin Göhl, Michael Hennrich, Tim Husemann, Sigrid König, Rolf Koschorrek, Kristian Löbner, Susanne Ozegowski, Claudia Schrewe, Eberhard Wille*

#### Management Summary

Mit dem MSD Forum GesundheitsPARTNER und dem MSD Gesundheitspreis setzen wir ein klares Zeichen, Versorgungsmanagement in Deutschland zu fördern und weiter auszubauen. Dies entspricht auch unserem erklärten Unternehmensziel „Versorgung aktiv MITgestalten“. Durch vernetztes Denken und Handeln aller Partner im Gesundheitswesen lässt sich Versorgung effizienter gestalten und die verfügbaren Mittel können patientenorientiert eingesetzt werden. Das ist unsere Überzeugung und das Ergebnis aus Diskussionsrunden und Workshops im Rahmen der MSD Foren GesundheitsPARTNER.



© MSD, Foto: Angelika Bandelitz, Aying

Podiumsdiskussion beim 4. MSD Forum GesundheitsPARTNER: Claudia Schrewe (Moderation), Prof. Dr. Herbert Rebscher (DAK-Gesundheit), Dr. Wolfgang-Axel Dryden (KVWL), Michael Hennrich, MdB (CDU), Dr. Veit Wambach (AdA), Hanspeter Quodt (MSD) (v.r.)



© MSD, Foto: Angelika Bardehle, Aying

Die Gewinner der MSD Gesundheitspreise 2014 (von links): Dagny Holle (2. Preis für Integrierte Versorgung Kopfschmerz), Hans-Joachim Helming (1. Preis für KV RegioMed), Bettina am Orde und Christiane Vössing (2. Preis für Elektronische Behandlungsinformation (eBI)), Paul Kathmann (Sonderpreis für Palliativstützpunkt), Hanspeter Quodt (MSD), Andreas Rühle (Sonderpreis für Palliativstützpunkt), Christian Traupe (1. Preis für AOK-Curaplan Herz Plus), Matthias Kreft (Sonderpreis für Palliativstützpunkt), Harald Möhlmann (1. Preis für AOK-Curaplan Herz Plus), Gabriele Kantor (2. Preis für Effizientes Bündel von Präventionsstrategien bei hoher MRSA-Inzidenz in einem Akutkrankenhaus)

**Das Ziel.** Jeder Euro lässt sich nur einmal ausgeben. Wenn es an Mitteln fehlt, muss Effizienzsteigerung das erklärte Ziel sein, um medizinische und / oder ökonomische Ergebnisverbesserungen herbeizuführen. So lassen sich im derzeitigen Versorgungsgeschehen ohne Qualitätseinbußen Milliarden sparen. Optimierte Schnittstellenmanagement, Compliance-Steigerung, konkrete Vereinbarungen von Therapiezielen sowie konsequente Evaluation UND der Wille, gemeinsam an konkreten Zielen zu arbeiten, sind klar erfolgsbestimmende Faktoren.

Das MSD Forum GesundheitsPARTNER möchte daher die an der Gesundheitsversorgung Beteiligten an einen Tisch bringen, um voneinander zu lernen, sich gegenseitig zu motivieren und gemeinsam für eine effiziente Versorgung einzutreten. Als Beschleuniger innovativen Denkens und Handelns dient der integrierte MSD Gesundheitspreis. Hier werden Wege aufgezeigt, wie eine sowohl ökonomisch als auch medizinische optimierte Versorgung aussehen kann.

**Die Plattform.** MSD will seinen Beitrag zum Erhalt der hohen Versorgungsqualität in Deutschland leisten und sich als akzeptierter und aktiver Partner im Gesundheitswesen durch Mitgestaltung an effektiven Versorgungsprogrammen positionieren. Dazu gehört als erstes, Hürden und Vorurteile bei denjenigen



Nominierte des Gesundheitspreis 2014 gemeinsam mit Jurymitgliedern

abzubauen, die die Gesundheitsversorgung *gemeinsam* gestalten könnten – und wollen. Es gilt Brücken zu bauen, um neue Wege zu gehen.

Bei dem seit 2011 jährlich stattfindenden Forum GesundheitsPARTNER kommen Vertreter aus Wissenschaft, Krankenversicherungen, Praxisnetzen, Managementgesellschaften, Berufsverbänden, Kassenärztlichen Vereinigungen sowie Apotheker und Politiker aus dem gesamten Bundesgebiet zusammen. Sie erhalten relevante Informationen, tauschen sich „sektorenübergreifend“ aus und bringen in ergebnisorientierten Workshops innovative Ideen zur Zusammenarbeit ein.

**Der MSD Gesundheitspreis.** Der in das MSD Forum integrierte MSD Gesundheitspreis dient als Beschleuniger, um innovatives, an Qualität *und* Ökonomie orientiertes Denken und Handeln zu fördern. Der allgegenwärtige Systemwandel betrifft alle, auch MSD.

**Die Ergebnisse.** Die Ergebnisse der Workshops und die Projekte der Nominierten und Preisträger des MSD Gesundheitspreises übertreffen alle Erwartungen. Zum vierten Mal in Folge fassen wir in diesem Buch die Ergebnisse zusammen. Diese ist auch als elektronische PDF-Datei und eBook auf [msd.de](http://www.msd.de) verfügbar.

<http://www.msd.de/verantwortung/versorgungsmanagement/msd-gesundheitspreis/archiv/>

In 2015 werden wir wieder das MSD Forum Gesundheits*PARTNER* durchführen. Es ist mittlerweile schon das fünfte Forum und natürlich wird wieder der MSD Gesundheitspreis ausgelobt. Erneut werden innovative, effektive und patientenorientierte Versorgungsprogramme identifiziert, der Öffentlichkeit vorgestellt und gewürdigt. Die bisherigen Foren, die Anzahl und die Qualität der eingereichten Versorgungsprojekte zeigen, wie viel Kreativität, Enthusiasmus und Optimierungswillen in Vielen steckt. Unverkennbar ist auch, dass keinesfalls immer das Geld die entscheidende Rolle spielt wenn es darum geht, Versorgung effektiver und patientenorientierter zu gestalten. Wie sagte Henry Ford treffend:

**Zusammenkunft ist ein Anfang,  
Zusammenhalt ist ein Fortschritt,  
Zusammenarbeit ist der Erfolg!**

# Workshop Ergebnisse

## Workshop 1

### AMNOG: Die Zukunft der Wirtschaftlichkeitsprüfung



*Workshop-Leitung: Michael Hennrich, MdB*      *Keynote-Speaker: Dr. T. Lang, K.-H. Schönbach, Dr. M. Viapiano*

Im ersten Workshop ging es um das Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) und um die Auswirkung auf die Verordnungspraxis der Ärzte. Das AMNOG verfolgt insbesondere folgende zentralen Ziele:

- den Menschen müssen im Krankheitsfall die besten und wirksamsten Arzneimittel zur Verfügung stehen,
- die Preise und Verordnungen von Arzneimitteln müssen wirtschaftlich und kosteneffizient sein,
- es müssen verlässliche Rahmenbedingungen für Innovationen, die Versorgung der Versicherten und die Sicherung von Arbeitsplätzen geschaffen werden.

Gerade die Wirtschaftlichkeitsprüfung wurde intensiv diskutiert. Die drei Referenten stellten unterschiedliche Perspektiven des Themas vor. Sie gingen auf die Probleme der derzeitigen Regelungen ein und skizzierten mögliche Lösungen.

Dr. Thomas Lang, Direktor Market Access bei MSD, informierte über die Zielsetzung des AMNOG für eine wirtschaftliche und kosteneffiziente Versorgung und die zentrale Bedeutung eines einheitlichen Erstattungsbetrages. Dieser basiert auf dem Zusatznutzen des Arzneimittels, ist also Zusatznutzen-adjustiert, und stellt aus seiner Sicht deshalb die Wirtschaftlichkeit der Verordnung über alle Anwendungsgebiete her, d.h. auch für Patientengruppen ohne Zusatznutzen.

Karl-Heinz Schönbach, Geschäftsführer Versorgung des AOK-Bundesverbandes in Berlin, beschäftigte sich vor allem mit dem Erfolg der Nutzenbewertung für die Marktdurchdringung neuer Arzneimittel und der Preisbildung im Rahmen des AMNOG. Er führte aus, dass die Hersteller den Rabatt bis zum erwarteten Erstattungspreis vorher meist einpreisen, so dass der Erstattungspreis aus Sicht der Krankenkassen zumindest rückwirkend ab Markteinführung gelten müsse. Zudem kritisierte er die Mischpreise. Sie führten zum Anschein von Wirtschaftlichkeit für Indikationen, für die ein Zusatznutzen gar nicht belegt sei.

Dr. Michael Viapiano von der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg sprach aus Sicht der niedergelassenen Ärzte. Er thematisierte hauptsächlich die Herausforderungen der derzeitigen Richtgrößenprüfung. Als Möglichkeiten einer Ablösung der Richtgröße nannte er unter anderem einen indikationsgewichteten Durchschnitt.

Die anschließende Diskussion hatte zwei Schwerpunkte:

- Wie kann die Wirtschaftlichkeit im Sinne des AMNOG bei der Vereinbarung von Erstattungsbeträgen, insbesondere bei der Bildung von Mischpreisen, gewährleistet werden?
- Wie kann die Wirtschaftlichkeit der Verordnung von Arzneimitteln, die das AMNOG durchlaufen haben, hergestellt werden?

Bevor die Fragen einzeln diskutiert wurden, stellten die Teilnehmer des Workshops übereinstimmend fest: Die Wirtschaftlichkeitsprüfung ist als Steuerungselement grundsätzlich sinnvoll und notwendig. Problematisch ist aber, dass Ärzte und Patienten zu wenig über die Prüfung und Bewertungsprozesse informiert sind. Man konnte sich darauf einigen, dass eine verbesserte Kommunikation insbesondere durch IT-Systeme erreicht werden kann. Zudem muss stärker zwischen folgenden beiden Aspekten differenziert werden – auch in der Öffentlichkeit:

- Wirtschaftlichkeit des Erstattungsbetrags für Arzneimittel, die das AMNOG durchlaufen haben
- Wirtschaftlichkeit bei der Richtgrößen- und Einzelfallprüfung

Durch die Unterscheidung können zielgerichteter Lösungen erarbeitet werden.

Im ersten Teil der Diskussion wurde über die Preisbildung bei Arzneimitteln debattiert. Die Erstattungsbeträge für neue Medikamente werden zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem Hersteller ausgehandelt. Sie orientieren sich am Zusatznutzen für Patienten. Dabei wird ein einheitlicher Erstattungsbetrag für ein Arzneimittel über alle Patientengruppen hinweg vereinbart. Der Zusatznutzen für verschiedene Patientengruppen kann aber unterschiedlich sein. Gerade wenn der Arzt ein Medikament in einer Subgruppe verordnet, für die kein Zusatznutzen festgestellt wurde, wird die Wirtschaftlichkeit der Verordnung von einzelnen Kassen und KVen zum Teil in Frage gestellt. Im Mittelpunkt der Diskussion stand deshalb der Aspekt: Wie soll mit Mischpreisen umgegangen werden und ist ein Mischpreis per se wirtschaftlich? Hier stimmte man überein, dass eine Klarstellung erforderlich ist. Uneinig war man sich hingegen, ob Mischpreise ein sinnvolles Instrument sind, um Wirtschaftlichkeit zu gewährleisten.

Beim zweiten Diskussionspunkt ging es um Richtgrößenprüfung und Einzelfallprüfung. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind verpflichtet, die Wirtschaftlichkeit der Behandlung in der vertragsärztlichen Versorgung zu überprüfen. Bei der sogenannten Wirtschaftlichkeitsprüfung wird kontrolliert, ob ein Arzt nur Leistungen erbracht hat, die notwendig, zweckmäßig und wirtschaftlich sind. Hat er zum Beispiel zu viele Arzneimittel im Vergleich zu anderen Ärzten seines Fachgebietes verordnet, und überschreitet er damit seine Richtgröße, droht ihm eine Strafzahlung (Regress). Ärzte fürchten diesen Regress und fühlen sich zudem zu wenig informiert. Um das Problem zu lösen, müssen Strukturen geändert werden. Dazu können auch internetbasierte Lösungen eingesetzt werden. Der einzelne Arzt kann zielgerichteter informiert werden und dadurch besser entscheiden, ob er bei einer Erkrankung ein bestimmtes Medikament verordnet. Die Verordnung von Arzneimitteln würde wirtschaftlicher werden.

## Workshop 2

### Mehr Spielraum für Kooperationsverträge



*Workshop-Leitung:*  
*Dr. Rolf Koschorrek*

*Keynote-Speaker:*  
*A. Domscheit, P. K. Josenhans, Prof. Dr. H. Rebscher*

Dieser Workshop thematisierte Kooperationsverträge im Gesundheitswesen, insbesondere Direktverträge zwischen einzelnen Krankenkassen und Leistungserbringern (Selektivverträge). Diese ermöglichen, Leistungen außerhalb der Regelversorgung anzubieten und zu vergüten. Ärzte, Fachärzte, Krankenhäuser und andere Einrichtungen können so verstärkt miteinander kommunizieren und die Versorgung wird verbessert.

Die drei Referenten stellten insbesondere gesetzliche Hürden und Probleme bei Selektivverträgen dar.

Antje Domscheit, Referatsleiterin im Bundesversicherungsamt (BVA), skizzierte die derzeitige Situation der Selektivverträge in Deutschland. Der Schwerpunkt liegt momentan darauf, die ambulante Versorgung zu stärken und dadurch stationäre Aufenthalte zu verkürzen oder zu vermeiden. Problematisch ist, dass Selektivverträge immer seltener in der Gesundheitsversorgung umgesetzt werden. Dafür könnten gesetzgeberische Hürden verantwortlich sein, wie zum Beispiel die methodisch komplizierte Bereinigungspflicht: Die Vergütung für Patienten, die im Rahmen von Selektivverträgen behandelt werden, werden aus der Gesamtvergütung herausgerechnet. Darüber hinaus werden die meisten Verträge in Ballungszentren abgeschlossen; in den neuen Bundesländern existieren dagegen kaum Kooperationen. Weiter demonstrierte Frau Domscheit exemplarisch einige Vertragsinhalte, die das BVA beanstandet hatte. In einigen beteiligten sich nicht zugelassene Leistungserbringer an den Verträgen, in anderen Fällen war der Datenschutz unzureichend, Sozialdaten wurden ohne Einwilligung der Versicherten ausgewertet. Abschließend zeigte Frau Domscheit noch mögliche Reformen auf.

Peter Kurt Josenhans von der AOK Bremen/Bremerhaven erläuterte, wodurch Selektivverträge und Innovationen gehemmt werden. Zum einen ist die kurzfristige Haushaltsführung der Kassen problematisch, der Erfolg der Versorgungsprojekte zeigt sich oft erst nach einigen Jahren. Anfangs können sie sogar zu höheren Kosten führen, was die Genehmigung verhindert. Zum anderen sind die zu engen gesetzlichen Rahmenbedingungen zu kritisieren sowie die komplizierten Mechanismen bei der Vertragsfindung. Darüber hinaus geben die sektoralen Strukturen falsche Anreize. Zum Beispiel scheitern Projekte daran, dass zu hohe Beteiligungen gefordert werden.

Prof. Dr. Herbert Rebscher erläuterte, wie Kooperationsverträge umgesetzt werden sollen. Derzeit werden Verträge vom Bundesversicherungsamt und von den Landesbehörden im Vorfeld inhaltlich geprüft. Er schlug vor, dass Verträge nur noch formal vom BVA begutachtet werden, verbunden mit einer verpflichtenden Evaluation aller Projekte.

Er hob hervor, dass sich in Zukunft Bedarf und Strukturen im Gesundheitswesen grundlegend verändern werden. Das Durchschnittsalter der Bevölkerung wird höher, Multimorbidität wird zur größten Herausforderung in der Versorgung. Parallel dazu wird sich die Medizin immer weiter spezialisieren. Ein einzelner Arzt kann nicht mehr alle Facetten der Erkrankungen abdecken. Verbesserte, engere Kooperation ist unabdingbar, um Qualität und Effizienz zu sichern und zu verbessern.

Die anschließende Diskussion hatte zwei Schwerpunkte:

- In welcher konkreten Vertragsform können die zu erwartenden neuen Spielräume sinnvoll genutzt werden?
- Erstellen Sie ein Ranking nach von Ihnen zusammengestellten Kriterien. Bedeutet die bisherige Prüfungspraxis des BVA das Ende der Selektivverträge?

Es bestand Einigkeit, dass die Vertragsfindung gesetzgeberisch vereinfacht werden muss. Es gibt zu viele bestehende Paragraphen im SGB V zu diesen Verträgen, die nicht zueinander passen, deren Regelungen verschiedene Restriktionen enthalten, sich zum Teil sogar widersprechen. Für die Zukunft sollte ein Absatz im Gesetz geschaffen werden, der eindeutig, einfach und möglichst weit geöffnet die Regeln definiert, nach denen Verträge möglich sind. Den Vertragspartnern muss es leichter gemacht werden, Vertragspartnerschaften zu bilden – gemäß dem Motto: „Wer kann, der darf“.

Insbesondere muss es rechtlich möglich sein, Verträge auch über die Grenzen des SGB V hinaus zu schließen. Die Beteiligung anderer Bereiche des Sozialrechts ist dringend erforderlich, vor allem der Renten- und Pflegeversicherung.

Der Gesetzgeber muss die Aufgaben des Bundesversicherungsamts klarer definieren. Das BVA sollte sich darauf beschränken, die Verträge formal zu prüfen.

Die finanzielle Beurteilung aller Verträge erfolgt durch verpflichtende Evaluation – auch der Verträge, die vorzeitig beendet werden. Nach Vertragslaufzeit der Projekte muss es verpflichtend sein, die Evaluationsergebnisse zu veröffentlichen. Davon versprachen sich die Teilnehmer des Workshops, dass erfolgreiche Projekte schneller in die Regelversorgung übernommen oder neue Vertragspartner gefunden werden.

## Workshop 3

# Nutzung von Routinedaten in der Versorgungsforschung, Chancen und Grenzen – heute und in Zukunft?



*Workshop-Leitung:*  
*Dr. Dr. Kristian Löbner*

*Keynote-Speaker:*  
*E. Bader, Dr. D. Sunder Plaßmann, Prof. Dr. Dr. P. Scriba*

Dieser Workshop thematisierte die Nutzung von Routinedaten in der Versorgungsforschung. Routinedaten (Sekundärdaten) sind administrative Daten, die bei den Krankenkassen erhoben werden. Sie bilden alle Leistungen ab, die bei der Krankenkasse abgerechnet werden. Die Daten sind dabei verschlüsselt. Sie können für die Versorgungsforschung genutzt werden, um zum Beispiel:

- anbieterunabhängige Qualitätskennzahlen abzuleiten (wie die Krankenhaussterblichkeit bei Herzinfarkt),
- stationäre Krankheitsbilder zu untersuchen und bei Bedarf mit anderen Ländern zu vergleichen,
- oder Krankheitsbilder über einen langen Zeitraum zu analysieren (wie die Haltbarkeit von Hüftgelenken nach einer Erstimplantation).

Die drei Referenten erläuterten in ihren Vorträgen, welche Chancen und Risiken bestehen, wenn Routinedaten für die Versorgungsforschung genutzt werden.

Prof. Dr. Peter Christian Scriba beleuchtete zunächst die akademisch-methodische Seite. Er erklärte eingehend, wie Routinedaten entstehen und wofür sie heute schon verwendet werden. Er hob besonders positiv hervor, dass die Daten flächendeckend verfügbar sind und ohne Zusatzaufwand genutzt werden können. Problematisch ist allerdings, dass nur Daten abgebildet sind, die codiert werden. Informationen darüber hinaus sind nicht erhältlich. Er bemängelte außerdem, dass die Daten bei den Krankenkassen teilweise schlecht zugänglich sind.

Erwin Bader und Dr. Dirk Sunder Plaßmann stellten jeweils ein Beispiel aus der Praxis vor, bei dem Routinedaten verwendet werden. Erwin Bader von der AOK Bayern präsentierte das QuATRo-Projekt (Qualität in Arztnetzen – Transparenz mit Routinedaten). QuATRo ist ein Indikatoren-System, um die Versorgungsqualität zu ermitteln auf Basis von Routinedaten der AOK. Dazu bilden über 30 Indikatoren verschiedene Aspekte der Versorgungsqualität ab. Damit lässt sich zum Beispiel überprüfen, ob die Qualität der Versorgung in Arztnetzen besser ist als die der Regelversorgung. Außerdem können Stärken und Schwächen der Versorgung identifiziert und Handlungsempfehlungen abgeleitet werden.

Dr. Dirk Sunder Plaßmann stellte das Projekt *CorBene* vor. Ziel des Programmes ist es, Patienten mit Herzinsuffizienz besser zu versorgen. Für die Erfolgsmessung von *CorBene* wurde Routinedaten der Programmteilnehmer untersucht und den Ergebnissen einer vergleichbaren Kontrollgruppe gegenüber gestellt. Dazu wurde die Leitliniennähe errechnet: Diese beschreibt das Verhältnis des Zeitraums medikamentös leitliniengerechter Behandlung zum Gesamtzeitraum der Behandlung. Die Auswertung der Verordnungsdaten zeigte, dass *CorBene*-Teilnehmer eher nach Leitlinien versorgt werden und damit eine höhere Leitlinientreue haben. Im Rahmen des Vertrages haben sich die Arzneimittelausgaben zwar erhöht, aber die Krankenhausausgaben im höheren Maße verringert.

Die anschließende Diskussion hatte zwei Schwerpunkte:

- Wo liegen die Stärken und Schwächen von Routinedaten und was kann die Auswertung der Daten bewirken?
- Wie könnte die Datenbasis noch verbessert werden?

Zu den Stärken zählt insbesondere, dass Routinedaten vollständig sind – im Gegensatz zu erhobenen Primärdaten. Außerdem werden die Daten überprüft durch die Kostenrechnungsabteilungen des Krankenhauses, den medizinischen Dienst oder durch Krankenkassen. Alle Teilnehmer waren sich einig, dass großes Potenzial in Routinedaten steckt – allein aufgrund der umfangreichen Informationen.

Allerdings sind die Daten nicht sektoren- und krankenkassenübergreifend vorhanden. Verlässt ein Patient eine Kasse, ist dies problematisch: Die Daten gehen dann für Langzeitanalysen verloren. Es wäre vorteilhaft, wenn die Patientendaten auch bei einem Kassenwechsel langfristig verfügbar wären.

Eine weitere Schwäche wird gerade im ambulanten Bereich deutlich: Die Hausärzte behandeln sehr viele verschiedene Erkrankungen. Daher ist es schwer für sie, das komplexe System der Diagnosekodierung detailliert zu beherrschen. Das kann die Qualität der Routinedaten beeinflussen. Dies wiederum erschwert es bei Studien, passende Vergleichsgruppen zur Studiengruppe zu finden (Matching).

Routinedaten sind ebenso leicht fehlzuinterpretieren. Um aussagekräftige Ergebnisse zu erhalten, ist bei der Analyse von Routinedaten ein methodisches Verständnis notwendig – vor allem bei der Bildung von Vergleichsgruppen.

Eingehend wurde darüber diskutiert, wie mit Auffälligkeiten bei Routinedaten umgegangen werden soll. Eine Auffälligkeit könnte beispielsweise sein, dass bei Patienten bestimmter Ärzte nach Operationen am Herzen eine überdurchschnittlich hohe Sterblichkeit auftritt. Sollten erfolgreiche Ärzte belohnt und weniger erfolgreiche Ärzte bestraft werden? Oder sollten Ärzte beraten werden, um Probleme zu identifizieren und gemeinsam Lösungen zu finden? Die Teilnehmer sprachen sich einhellig für eine kollegiale Beratung aus, da eine Interpretation der Daten ohne detaillierte Kenntnis des Patientenkollektivs zu Fehlinterpretationen führen könnten. Hat zum Beispiel ein Krankenhaus schlechtere Indikatoren bei Transplantationen, muss dies nicht unbedingt ein Zeichen schlechter Qualität sein. Die Ärzte können im Gegenteil einen überregionalen Ruf besitzen und viele besonders schwierige Fälle zugewiesen bekommen. Eine undifferenzierte Veröffentlichung könnte sogar zu Fehl-Anreizen führen und dazu, dass Krankenhäuser sich diesen Patienten verschließen.

Hinsichtlich des zweiten Diskussionspunktes stimmten die Workshopteilnehmer überein, dass die Datenbasis durchaus verbessert werden kann:

- Die Dokumentation der ambulanten Diagnosen sollte – sofern möglich – vorangetrieben werden.
- Die Routinedaten sollten sektoren- und krankenkassenübergreifend vorliegen.

- Die Daten sollten leichter zugänglich sein.
- Abhängig von der Fragestellung könnten Routinedaten auch durch Primärdaten ergänzt werden, um eine umfangreichere Analyse zu ermöglichen.

Insgesamt war man sich einig, dass die Auswertung von Routinedaten ein Problembewusstsein schafft und Anreize für eine bessere Versorgung bieten kann. Der Workshopleiter Dr. Kristian Löbner bezeichnete die Routinedaten in seinem Schlusswort als Goldschatz, der allerdings noch von Erz und Schlacke getrennt werden muss.

## Workshop 4

### Wie kommen Innovationen ins System?



*Workshop-Leitung: Prof. Dr. Volker E. Amelung*    *Keynote-Speaker: S. Baumann, Dr. C. Jäger, V. Latz*

In diesem Workshop ging es darum, wie Innovationen im deutschen Gesundheitswesen umgesetzt werden. Grundlegend lassen sich zwei Arten von Innovationen unterscheiden: Produkt- und Prozessinnovationen. Bei Prozessinnovationen geht es darum, bestehende Abläufe zu optimieren („wie wir etwas machen“). Dagegen spricht man von Produktinnovationen, wenn ein neues Produkt eingeführt oder ein bestehendes Produkt weiterentwickelt wird („was wir machen“).

Die drei Referenten äußerten sich zu Chancen und Risiken von Innovationen in Deutschland.

Dr. Carsten Jäger beschrieb in seinem Vortrag verschiedene innovative Projekte des Ärztenetzes Südbrandenburg. Das Netzwerk zählt deutschlandweit zu den innovativsten Versorgungskonzepten und wurde im vergangenen Jahr Erster beim MSD Gesundheitspreis. Die Region Südbrandenburg ist insbesondere dadurch gekennzeichnet, dass sie wirtschaftlich schwach ist und es zu wenige Ärzte gibt. Innovationen sind hier unabdingbar, um die Versorgung zu sichern. Innovationen entstehen dabei nicht aus wettbewerblichen Gründen („ich will besser sein als andere“) – es müssen stattdessen neue Wege gefunden werden, um die Versorgung überhaupt aufrecht zu erhalten. Dr. Jäger stellte detailliert dar, welche Programme entwickelt wurden und welche erfolgreich waren. Dabei handelt es sich nicht nur um typische Innovationen, die die bestehenden Strukturen verbessern; vielmehr wurden komplett neue Wege gegangen. Ein Beispiel für ein sehr zukunftsorientiertes Projekt ist die Wohngemeinschaft für Demenzerkrankte. Hier betrachtet man nicht nur die Gesundheitsversorgung, sondern bezieht andere Sozialbereiche wie das Wohnen mit ein. Fraglich ist allerdings, ob die genannten Projekte auch in anderen Regionen funktionieren würden.

Volker Latz von der pronova BKK stellte die Sichtweise der Krankenkassen dar. Er thematisierte insbesondere, wie sich die Krankenkassen verhalten könnten, wenn der Beitragssatz zum 1. Januar 2015 partiell freigegeben wird. Vor allem jene Krankenkassen, die einen hohen Zusatzbeitrag erheben werden müssen, werden eventuell weniger in innovative Projekte investieren. Dies liegt daran, dass bei Innovationen anfangs sehr viel investiert werden muss und erst später Erträge erzielt werden. Zudem erläuterte Herr Latz, wie der Innovationsfonds strukturiert ist und was er für die deutsche Gesundheitsversorgung bedeutet. Abschließend wies er auf die Chancen und Risiken von unterschiedlichen Innovationen hin.

Frau Silke Baumann beschäftigte sich mit der Frage, wie Innovationen ins System kommen und wie die derzeitige Situation in Deutschland zu bewerten ist. Sie zeichnete ein positives Bild. Aus ihrer Perspektive ist das deutsche Gesundheitssystem nicht innovationsfeindlich. In den letzten Jahren konnten sich sogar viele Innovationen durchsetzen. Das gilt sowohl für Produktinnovationen, z. B. Arzneimittel, als auch für Innovationen in anderen Versorgungsbereichen. Entscheidend ist, dass Innovationen auf Basis wissenschaftlicher Evidenz als solche identifiziert werden.

Die anschließende Diskussion hatte zwei Schwerpunkte:

- Warum setzen sich (Prozess-) Innovationen im Gesundheitswesen nicht von alleine durch?
- Was müssten wir ändern und wer ist besonders gefordert?

Zunächst wurde herausgestellt, dass sich Produkt- und Prozessinnovationen erheblich voneinander unterscheiden. Das deutsche Gesundheitswesen ist sehr stark auf Produktinnovationen fokussiert. Es mangelt hingegen an Prozessinnovationen. Ein Beispiel hierfür sind die Krankenhausstrukturen. Diese haben sich in den letzten 100 Jahren kaum verändert, obwohl sich die Medizin enorm weiterentwickelt hat.

In der Diskussion ging es vor allem um die Frage, warum sich Prozessinnovationen nur schwer durchsetzen. Es wurde argumentiert, dass der Evidenznachweis mitunter sehr kompliziert ist. Bei Produktinnovationen kann das neue Produkt häufig direkt mit einem bestehenden Produkt verglichen werden, um den Erfolg der Innovation zu beurteilen. Bei Prozessinnovationen gibt es allerdings meist kein gleichartiges Gegenstück, auf das man sich beziehen könnte.

Darüber hinaus gibt es zu wenig Anreize, die bestehenden Strukturen zu verbessern. Viele Akteure verspüren zudem nur einen geringen Handlungsdruck. Gerade Krankenkassen- oder Landesorganisationen sind wenig bereit für konkrete Veränderungen. Faszinierend ist auch, dass Patienten kaum Veränderungen einfordern, sondern anscheinend mit dem Gesundheitssystem sehr zufrieden sind. Die Workshopteilnehmer schlussfolgerten, dass momentan nur diejenigen die Innovationen durchsetzen wollen, die sie auch entwickeln.

Des Weiteren ist problematisch, dass jeder Bereich versucht, das jeweilige Budget zu schützen. Es ist daher extrem schwierig, sektorenübergreifende Programme durchzusetzen. Es bestand Konsens, dass viele Akteure zu sehr die eigenen Interessen verfolgen und zu wenig an den Nutzen für den Patienten denken.

Als letztes wurde der lange Zeithorizont von Innovationen hervorgehoben. Bei vielen Prozessinnovationen vergehen drei bis fünf Jahre, bis Erfolge sichtbar werden. Kurzfristig zeigen sie sich sogar oft als nachteilig und wenig effizient. Für viele Akteure wirkt es abschreckend, viel Zeit und anfangs auch viel Geld zu investieren.

Die zweite Fragestellung wurde nur sehr kurz diskutiert. Hierbei ging es darum, was sich ändern müsste, damit sich Innovationen besser durchsetzen. Die Teilnehmer des Workshops waren überzeugt, dass der Innovationsfonds durchaus einen interessanten Ansatz darstellt. Es ist aber entscheidend, dass er auch richtig umgesetzt wird. Darüber hinaus wurde betont, dass mehr Mut zu Innovationen notwendig ist. Außerdem sollte man immer wieder hinterfragen, ob neue Ideen überhaupt sinnvoll und notwendig sind. Dazu muss die Versorgungsforschung maßgeblich mehr genutzt werden.

## Workshop 5

### Zielorientiertes Versorgungsmanagement – wie geht's?



*Workshop-Leitung:*  
*Sigrid König*

*Keynote-Speaker:*  
*Dr. T. Husemann, Prof. Dr. J. Wolf, Prof. Dr. S. G. Spitzer*

In diesem Workshop beschäftigten sich die Teilnehmer mit den unterschiedlichsten Aspekten des Versorgungsmanagements. Insbesondere wurde darüber diskutiert, wie Versorgungsmanagement zielorientiert und effektiv umgesetzt werden kann.

Das grundsätzliche Ziel des Versorgungsmanagements ist es, die Patienten besser zu versorgen und gleichzeitig die Kosten zu reduzieren. Dazu werden Lösungsansätze zu identifizierten Problemen gesucht und in konkreten Versorgungsprojekten realisiert. Beispiele hierfür sind Behandlungsprogramme für chronisch Kranke (Disease Management Programme), Angebote zur Integrierten Versorgung oder Gesundheitsnetzwerke.

Prof. Dr. Stefan G. Spitzer von der Deutschen Gesellschaft für Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen e.V. (DGIV) thematisierte das Prinzip der Integrierten Versorgung als eine Grundlage des modernen Versorgungsmanagements. Als Selektivversorgungsform wird Integrierte Versorgung über Direktverträge zwischen Krankenkassen und ausgewählten Leistungserbringern vereinbart. Sie beinhaltet insbesondere eine verbesserte Versorgung durch Vernetzung der verschiedenen Sektoren, Fächer und Disziplinen. Prof. Spitzer erläuterte den Stand der Integrierten Versorgung und informierte über Vorschläge der DGIV zur Beseitigung der bestehenden Überregulierung in den Rahmenbedingungen. Insbesondere sprach er sich für folgende Veränderungen aus:

- Das System muss vereinfacht werden: Unter anderem sollte die Integrierte Versorgung nicht an die Beitragssatzstabilität und an eine Präventivkontrolle der Aufsicht gebunden sein. Integrierte Versorgungskonzepte könnten dadurch verstärkt entwickelt und verbreitet werden.
- Die Vertragsfreiheit muss vergrößert werden: Krankenkassen sollten u.a. Selektivverträge auch ausschließlich mit Add-on-Leistungen und/oder zweiseitig mit Krankenhäusern oder spezialisierten vertragsärztlichen Zentren schließen können.

Prof. Dr. Jürgen Wolf von der Uniklinik Köln stellte in seinem Vortrag ein Versorgungsnetzwerk für Lungenkrebspatienten vor. Das Netzwerk Genomische Medizin, das 2010 startete, therapiert personalisiert Lungenkrebspatienten mit Treibermutationen. Diese Therapie ist der Chemotherapie überlegen. Kranken-

häuser und niedergelassene Onkologen senden Tumorproben zur Multiplex-Diagnostik an die Uniklinik Köln. Anschließend nehmen die Patienten entsprechend ihrer Treibermutation an einer klinischen Studie teil. Am Ende wird die Therapie evaluiert. Seit 2014 besteht ein Vertrag mit der AOK Rheinland/Hamburg, dank dessen die Patienten die Therapie erstattet bekommen. Es ist geplant, das Programm bundesweit auszurollen.

Als letztes sprach Dr. Tim Husemann aus der Sicht von MSD. Er ging hauptsächlich auf die praktischen Schwierigkeiten ein, Versorgungsmanagementprojekte erfolgreich umzusetzen. Wunsch und Wirklichkeit gehen dabei oft auseinander, Erwartungshaltungen sind oft unterschiedlich, notwendige Aufgaben können häufig nicht vollständig umgesetzt werden. Besonders wichtig ist es daher, klare Ziele und Verantwortlichkeiten zu definieren, und Projekte konsequent zu evaluieren und darauf aufbauend zu optimieren. Des Weiteren hob Dr. Husemann hervor, wie wichtig ein vertrauensvolles Miteinander aller Beteiligten als Grundvoraussetzung für jedwedes Programm ist.

Die anschließende Diskussion hatte zwei Schwerpunkte:

- Wie funktioniert zielorientiertes Versorgungsmanagement und wie kann es die Gesundheitsversorgung für alle verbessern?
- Können Zielerreichung, Nutzen oder Erfolg von Versorgungsmanagement gemessen werden?

Zunächst lässt sich festhalten, dass alle Workshopteilnehmer vom Versorgungsmanagement überzeugt sind. Man war sich außerdem einig, dass der Erfolg insbesondere vom persönlichen Engagement der jeweiligen Beteiligten abhängt.

Damit zielorientiertes Versorgungsmanagement funktioniert, ist es essentiell, die Projektziele vorab zu definieren – was nicht immer selbstverständlich ist. Des Weiteren müssen auch Effizienz, Machbarkeit und Praktikabilität zuvor geklärt werden. Für den Erfolg eines Projekts ist es zudem notwendig, dass eine Vertrauensbasis zwischen den Beteiligten geschaffen wird. Dadurch können Ängste überwunden werden.

Versorgungsmanagementprojekte sind anfangs meist auf eine Region beschränkt. Es wurde diskutiert, wie erfolgreiche Projekte auf das gesamte Bundesgebiet ausgeweitet und in die Regelversorgung übernommen werden können. Zum einen könnten persönliche Netzwerke dabei helfen, das eigene Projekt flächendeckend einzuführen. Besser ist jedoch – hierin waren sich die Teilnehmer einig –, eine Aufbruchstimmung zu erzeugen, damit Versorgungsprojekte bundesweit mehr akzeptiert werden. Dies lässt sich zum Beispiel durch Gründermessen verwirklichen. Es könnte aber auch eine unabhängige Organisation geschaffen werden, die erfolgreiche Projekte aufgreift und versucht, diese deutschlandweit zu etablieren.

Zum zweiten Diskussionspunkt wurde diskutiert, ob der Erfolg von Versorgungsmanagement gemessen werden kann. Dies bejahten die Workshopteilnehmer einheitlich. Viel wurde darüber diskutiert, welchen Sinn Messbarkeit oder Gewichtung überhaupt haben. Man kam zu dem Ergebnis, dass gar nicht so viel gemessen werden muss. Es reicht meist, sich auf die Kernpunkte zu beschränken. Häufig ist es sinnvoller, Projekte schnell umzusetzen – wie zum Beispiel das Programm zur Lungenkrebsbehandlung, das Prof. Wolf in seinem Vortrag vorstellte. Alle waren der Meinung, dass hier ein nützliches Projekt entstanden ist, das einen großen Mehrwert für Patienten bietet. Es war der allgemeine Wunsch, dieses Projekt auf das gesamte Bundesgebiet auszuweiten.

Ebenfalls wurde hervorgehoben, dass Versorgungsprojekte kontinuierlich evaluiert werden müssen – und nicht erst am Ende der Projektlaufzeit. Darüber hinaus sollte bei jedem Projekt der Patientennutzen im Vordergrund stehen.

## Workshop 6

### Versorgungslösungen von morgen: Unterversorgung bei pflegebedürftigen Patienten interprofessionell beseitigen



*Workshop-Leitung:*

*Dr. Susanne Ozegowski*

*Keynote-Speaker:*

*Dr. Dr. H. Giesen, J. Gabriel/MBA, C. Vössing*

Dieser Workshop thematisierte die Unterversorgung bei pflegebedürftigen Patienten. Bis zum Jahr 2040 wird sich die Zahl der Pflegebedürftigen verdoppeln. Die Anzahl der Pflegekräfte wird allerdings nicht gleichermaßen zunehmen, die Zahl der Hausärzte wird sogar abnehmen. Dies führt dazu, dass es an Fachkräften mangelt und der Pflegebereich unterversorgt sein wird.

Schon jetzt ist die ambulante ärztliche Versorgung für Pflegebedürftige nicht mehr gesichert. Arztbesuche bei Patienten zu Hause oder in Pflegeheimen finden nur noch selten statt. Hinzu kommt, dass Arzt und Pflegepersonal oftmals nicht reibungslos miteinander kommunizieren. Die Folgen sind unnötige Krankenhauseinweisungen, die hohe Kosten verursachen.

Die drei Referenten stellten jeweils ein Projekt vor, das die Versorgung von Pflegebedürftigen sicherstellen und Krankenhauseinweisungen vermeiden soll.

Dr. Heinz Giesen von der Medcoo GmbH sprach über das Projekt „Der blaue Apfel“, das zusammen mit der TerraMed Consult GmbH durchgeführt wird. Im Rahmen des Projektes soll eine telemedizinische Plattform eingerichtet werden, über die der medizinische Betreuungsprozess der Pflegebedürftigen gesteuert wird. Für die Beurteilung des Gesundheits- und Pflegestatus relevante Befunde werden erfasst und mittels eines Software-Systems an die beteiligten Pflegekräfte und den koordinierenden IV-Arzt übermittelt. In Versorgungs- und Koordinierungsgesprächen erfolgt der Austausch mit dem Hausarzt. Da die Versorgungsprozesse digital abgebildet werden, arbeiten Arzt und Pflegekraft auf einer je Patient anpassbaren gemeinsamen Grundlage. In einem ersten Vertrag mit der Knappschaft Bahn See wird auf diese Weise die medizinische Versorgung vom ambulanten Pflegebedürftigen nach festgelegten Standards gewährleistet.

Jens Gabriel, Geschäftsführer des Ärztenetzwerkes MuM – „Medizin und Mehr eG“ in Bünde, stellte ein landesbezogenes Modellprojekt vor, das die ärztliche Versorgungs- und Betreuungsqualität in Pflegeheimen stärken soll. Es startete zum 01.07.2014 in den zunächst fünf ausgewählten Pilotregionen Bünde, Lippe, Marl, Münster und Unna. Das Projekt wurde gemeinsam zwischen den teilnehmenden Arztnet-

zen, der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe und den gesetzlichen Krankenkassen entwickelt. Niedergelassene Haus- und Fachärzte werden die am Projekt teilnehmenden Heimbewohner regelmäßig untersuchen, feste Sprechstunden in den Heimen anbieten und jeweils vor den Wochenenden den Gesundheitszustand der Bewohner gemeinsam mit dem Pflegepersonal erörtern. Dadurch sollen insbesondere Notfallsituationen an Wochenenden und Feiertagen möglichst verhindert und für die Bewohner belastende – häufig unnötige – Krankenhauseinweisungen künftig vermieden werden. Neben der daraus resultierenden Verbesserung der lokalen Versorgung steht insbesondere der in dieser Form bislang nicht dagewesene Kommunikationsaustausch zwischen Ärzten, Pflegepersonal, Management und Kostenträgern.

Christiane Vössing von der Knappschaft erläuterte in ihrem Vortrag, wie das Projekt zur elektronischen Behandlungsinformation (eBI) funktioniert und warum es gerade für Pflegebedürftige relevant ist. eBI soll hier vor allem die Arzneimitteltherapie verbessern. Zu diesem Zweck werden dem Arzt die zentralen Abrechnungsdaten zur Medikation eines Patienten zur Verfügung gestellt. Dadurch können Risiken – vor allem Neben- und Wechselwirkungen – verringert werden.

Die anschließende Diskussion hatte zwei Schwerpunkte:

- Was sind die Defizite in der gesundheitlichen Versorgung pflegebedürftiger Menschen?
- Was sind mögliche Lösungswege für die identifizierten Probleme?

Im Mittelpunkt der Diskussion standen drei Themen: Zugang, Qualität und Kosten.

Der Zugang zu einer angemessenen Versorgung wird durch mehrere Probleme erschwert. Insbesondere der Pflegeheimbau wurde als sehr kritisch beurteilt. Pflegeheime werden oft auf dem Land gebaut, weil dort die Grundstücks- und Immobilienpreise geringer sind. Problematisch ist aber, dass dort die Ärztedichte generell sehr niedrig ist – und somit Pflegebedürftige kaum angemessen versorgt werden können. Die Frage kam auf, ob es vor diesem Hintergrund fair ist, der KV in diesen Situationen den Sicherstellungsauftrag zu übertragen, da sie keinen Einfluss auf die Standortwahl von Pflegeheimen hat. Des Weiteren wurden die Bedarfsplanung kritisiert und die Herausforderungen durch den Fachkräftemangel hervorgehoben. In Pflegeheimen gibt es nicht genügend Ärzte, um Patienten ambulant zu behandeln. Im Bereich der Pflege fehlt geschultes Personal.

Hinsichtlich der Qualität der Versorgung zeigen sich Defizite – unter anderem bedingt durch die mitunter unzureichende Kommunikation zwischen Arzt und Pflegepersonal. Von Frau Vössing wurden zudem die Probleme der Polymedikation bei multimorbiden Patienten herausgestellt: Pflegebedürftige haben meist verschiedene Krankheiten gleichzeitig und erhalten daher viele unterschiedliche Medikamente. Für die Vielzahl der beteiligten Ärzte und anderen Leistungserbringer ist es teilweise schwierig, Transparenz über bisherige Verordnungen zu erhalten oder zu entscheiden, was der Patient braucht. Eine weitere Konsequenz der derzeit unzureichenden ambulanten Versorgungsstrukturen für Pflegebedürftigen äußert sich in den vermeidbaren Krankenhauseinweisungen.

Über die Kosten wurde nur kurz diskutiert. Die Teilnehmer betonten vor allem, dass die Pflege systematisch unterfinanziert ist und neue Wege der Finanzierung erarbeitet werden müssen.

Ein weiterer Schwerpunkt der Diskussionsrunde lag darauf, geeignete Lösungen für die vorher definierten Probleme zu finden. Beim Thema Zugang zur Versorgung wurde unter anderem erörtert, inwieweit man die Baugenehmigungen für Pflegeheime an die ärztliche Versorgungssituation koppeln könnte. Des Weiteren wurde insbesondere von Herrn Gabriel und Dr. Giesen angesprochen, dass eigene Heimärzte oder eine Heimsprechstunde zu fixen Zeiten sinnvoll wären. Optimal wäre hier die Anstellung eines pra-

xisübergreifenden Heimarztes innerhalb eines regionalen Versorgungsnetzes. Jedoch müsse hierfür der Gesetzgeber zunächst die dafür notwendigen Regularien erlassen und zertifizierten Arztnetzen den sog. Leistungserbringerstatus zusprechen. Darüber hinaus spielt der Einsatz von arztentlastenden Fachkräften eine wichtige Rolle.

Um die Qualität der Versorgung zu verbessern, empfahl Dr. Giesen, standardisierte Behandlungspfade einzurichten. Diese könnten als eine Art Frühwarnsystem dienen. Verschlechterungen könnten auf diese Weise schneller bemerkt und Gegenmaßnahmen frühzeitig ergriffen werden. Ein Medikationsplan könnte zudem für mehr Sicherheit bei der Arzneimitteltherapie sorgen.

Man stellte darüber hinaus übereinstimmend fest, dass die Pflicht zur Versorgung nicht nur auf Ärzten lasten soll, sondern auch auf anderen Berufsgruppen. Insbesondere Pflegekräfte müssen mehr Handlungsspielräume erhalten. Auch der Patientenwillen muss stärker mit einbezogen werden.

Die Kosten können verringert werden, indem frühzeitiger interveniert wird und somit Krisen abgewendet werden. Außerdem sollen die Behandlungen oder Verordnungen von Arzneimitteln transparenter werden. Dadurch lassen sich Doppeluntersuchungen oder unnötige Arzneimittelverordnungen vermeiden. Es wurde allerdings auch kritisch angemerkt, dass es sehr schwierig ist, die Höhe solcher Einsparungen zu messen.

## Workshop 7

### Nutzenaspekte regionaler, integrierter Versorgung und landesweiter Haus- und Facharztverträge



*Workshop-Leitung:* Prof. Dr. Eberhard Wille  
*Keynote-Speaker:* W. Meunier, Dr. V. Wambach, Dr. L. Hager

In diesem Workshop ging es um integrierte Versorgungsformen und wie sie verschiedenen Akteuren des Gesundheitswesens nutzen. Bei der integrierten Versorgung werden Patienten sektoren- und fachübergreifend behandelt. Dazu kooperieren Ärzte, Fachärzte, Krankenhäuser und andere Einrichtungen in Versorgungsnetzen miteinander. Krankenkassen schließen hierfür Direktverträge mit ausgewählten Leistungserbringern (Selektivverträge). Das Ziel der integrierten Versorgung ist es, die Patienten qualitativ besser und möglichst sektorenübergreifend zu versorgen – und gleichzeitig die Kosten zu reduzieren. Außerdem soll das Gesundheitssystem transparenter werden.

Die drei Referenten äußerten sich zu Chancen und Problemen von integrierten Versorgungsprogrammen.

Wolfgang Meunier vom Deutschen Hausärzteverband erläuterte die Selektivverträge im Hinblick auf ihre rechtlichen Grundlagen und ihr Potential in der Gesundheitsversorgung. Er verglich die Vor- und Nachteile von Selektiv- und Kollektivverträgen. Letztere werden traditionell zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Verbänden der Krankenkassen geschlossen und gelten dann für alle Vertragsärzte einer Region gleichermaßen. Sie bilden damit das Gegenstück zu Selektivverträgen. Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen favorisieren allerdings in der Regel die Kollektivverträge, weil sie bequem und einfach sind. Es gibt nur wenige Vertragspartner, es sind keine besonderen Innovationen gefordert, und Zahlungen der Krankenkassen erfolgen „mit befreiender Wirkung“, Nachverhandlungen sind somit für die Vertragsärzte nicht möglich. Diese kollektiven Vereinbarungen werden gerade von Ärzten allerdings oft kritisiert: Vergütungen werden sehr spät ausgezahlt, sind budgetiert und die Abrechnung der Leistungen ist im Laufe der Jahre immer intransparenter geworden.

Selektivverträge sind besonders für innovative Krankenkassen interessant. Des Weiteren können sich die Leistungserbringer mit Selektivverträgen in Bereich der Patientenversorgung profilieren. Selektivverträge machen zudem die Gesundheitsversorgung transparenter: Die Versorgungswege werden klarer und nachvollziehbarer.

Dr. Veit Wambach sprach aus der Sicht des Gesundheitsnetzes Qualität und Effizienz (QuE). Er betonte, dass integrierte Versorgungsformen und Ärztenetze eine wichtige Ergänzung des Kollektivvertrags bzw. Verträgen nach §73b sind. Die enormen lokalen Unterschiede hinsichtlich der Morbidität können nur durch die genaue Kenntnis der Verhältnisse vor Ort und in Kooperation der lokalen Beteiligten angegangen werden. Anhand von Qualitätsindikatoren zu medizinischen Outcome-Kriterien und Patientenbefragungen konnte gezeigt werden, dass Patienten in Gesundheitsnetzen eine bessere Versorgung erhalten und zufriedener sind als die jeweilige Vergleichsgruppe.

Dr. Lutz Hager vertrat als Geschäftsführer der IKK Südwest die Kostenseite. Erfolgreiche Versorgungsprojekte setzen ihm zufolge voraus, dass Kassen und Leistungserbringer sich gemeinsam in der Verantwortung für das Erreichen der Nutzenziele sehen, insbesondere hinsichtlich wirtschaftlichem, medizinischem und Patientennutzen. Dabei sieht er es als wesentliche Hürde an, dass die Leistungserbringer bereits unmittelbar vergütet werden wollen, der wirtschaftliche Erfolg eines Versorgungsprogrammes aber erst retrospektiv aus den Routinedaten gemessen werden kann. Ein möglicher Lösungsansatz sieht vor, zunächst eine leistungsbezogene Basisvergütung zu gewähren. Nach einiger Zeit werden die ersten Erfolge des Projektes anhand von Ergebnisparametern gemessen. Anschließend wird darüber entschieden, ob das Projekt fortgeführt wird. Am Ende werden die Programmergebnisse vollständig evaluiert und die Leistungserbringer erfolgsabhängig vergütet.

Die anschließende Diskussion hatte zwei Schwerpunkte:

- Welche Ziele sollen durch integrierte Versorgungsformen verwirklicht werden?
- Welche Ziele konnten bisher schon erreicht werden und wo gibt es noch Verbesserungsbedarf?

Integrierte Versorgungsformen fokussieren sich klar auf den Patienten. So ist es auch eines der wichtigsten Ziele, den Gesundheitszustand zu verbessern. Dazu zählen zum Beispiel Lebenserwartung, Lebensqualität oder Patientenzufriedenheit. Die Krankenkassen sind insbesondere daran interessiert, mit den verfügbaren Ressourcen ein besseres Ergebnis zu erreichen – oder ein vorgegebenes Ergebnis mit weniger Ressourcen. Es wird erwartet, dass auch Ärzte und nichtärztliches Personal zufriedener sind. Vor allem können sich die Krankenkassen im Wettbewerb mit anderen Krankenkassen dadurch abgrenzen, dass sie integrierte Versorgungsformen anbieten.

Im zweiten Diskussionspunkt wurde darüber beraten, welche Ziele bisher schon erreicht werden konnten. Als erstes wurde festgestellt, dass immer noch zu wenige sektorenübergreifende Versorgungsprojekte durchgeführt werden. Dies liegt zum einen daran, dass die finanziellen Anreize für die Krankenkassen fehlen. Zwischen 2004 und 2008 wurde eine Anschubfinanzierung in Höhe von einem Prozent der Gesamtvergütung gewährt. In diesen Jahren wurden sehr viel mehr Projekte initiiert.

Große und anspruchsvolle Versorgungsprojekte setzen zudem eine hinreichende Zahl an Patienten oder Versicherten voraus. Dies ist bei vielen Krankenkassen allerdings nicht gegeben. Kooperationen zwischen kleineren Kassen könnten sinnvoll sein, werden aber von vielen Kassen sehr skeptisch gesehen. Ein erfolgreiches Versorgungsmodell kann letztlich einen Wettbewerbsvorteil bedeuten. Dieser verschwindet, wenn man sich mit anderen verbündet.

Des Weiteren mindern methodische Schwierigkeiten in der Budgetbereinigung den Erfolg von integrierten Versorgungsformen. Bei der Budgetbereinigung wird die Vergütung für Patienten, die im Rahmen der integrierten Versorgung behandelt werden, aus der Gesamtvergütung herausgerechnet. Damit soll verhindert werden, dass sich durch Einzelverträge die Kosten für die ambulante Versorgung automatisch erhöhen. Allerdings erfolgt nur in gut zwei bis drei Prozent der Fälle eine Budgetbereinigung bei integrierten Versorgungsformen.

Ein weiteres Problem besteht darin, Erfolg und Qualität eines Projektes zu messen. Qualität kann erst zeitverzögert erfasst werden. Um den Erfolg zu beurteilen, muss eine zur Studiengruppe passende Vergleichsgruppe gefunden werden. Eine Vergleichsgruppe aus der gleichen Region kann allerdings die Ergebnisse verzerren. Denn dort werden höchstwahrscheinlich auch diejenigen Patienten, die nicht am Projekt teilnehmen, von den Ärzten nach dem neuen Wissensstand behandelt. Es ist daher essentiell, die Vergleichsgruppe aus einer anderen Region zu wählen, die aber eine ähnliche Bevölkerungsstruktur aufweisen sollte.

Im Workshop wurde zudem hervorgehoben, dass die Verantwortung für den Erfolg von integrierten Versorgungsprogrammen nicht nur bei den Leistungserbringern liegt, sondern auch bei den Patienten. Diese können mit ihrer Adherence (Therapietreue) erheblich zum Ergebnis mit beitragen.

Beklagt wurde letztlich auch, dass die einzelnen Sektoren des Gesundheitswesens immer noch zu stark voneinander getrennt operieren. Darüber hinaus sind die Versorgungsverträge zu strikt an die Budgetstabilität gebunden.

## Workshop 8

### Arztnetze – der Innovationstreiber im Gesundheitswesen?



*Workshop-Leitung:*  
*Claudia Schrewe*

*Keynote-Speaker:*  
*S. Laag, H. Möhlmann, Dr. M. Schliffke*

In diesem Workshop ging es um Arztnetze und die Frage, ob diese Innovationen fördern können. In Arztnetzen kooperieren verschiedene Leistungserbringer miteinander: Ärzte, Fachärzte, Krankenhäuser und andere Einrichtungen. Ziel ist es, die Versorgung zu verbessern und gleichzeitig Kosten zu reduzieren. Die drei Referenten äußerten sich vor allem zu den Problemen und Herausforderungen, die entstehen, wenn Arztnetze gebildet werden.

Harald Möhlmann von der AOK Nordost stellte „Mein AOK-Gesundheitsnetz“ vor, einen hausärztlich basierten Ansatz, in dem Ärzte in zwischenzeitlich 11 Ärztenetzen seit 2005 kooperieren. Der Hausarzt diagnostiziert und behandelt den Patienten und leitet ihn – wenn nötig – an Fachärzte im Netz weiter. Dadurch soll sich der Informationsaustausch zwischen Ärzten verbessern, Mehrfachbehandlungen sollen vermieden und der Versicherte die für ihn richtige Versorgung erhalten. Außerdem soll die Versorgung effizienter und qualitativ hochwertiger werden. Erreicht wird dies insbesondere durch ein Finanzierungs- und Vergütungsmodell, das die einzelnen Leistungssektoren miteinander verbindet und in diesem Rahmen die Verantwortung für die Organisation und Wirtschaftlichkeit auf die Ärztenetze überträgt. Zum Schluss hob Herr Möhlmann Rahmenbedingungen und Herausforderungen für Arztnetze hervor. Schwierig ist unter anderem, die komplexe Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Professionen zu koordinieren.

Sonja Laag von der Barmer GEK kritisierte zunächst den heutigen Behandlungsprozess: Die Organisation stammt noch aus den 1930er Jahren und ist längst überholt. Zudem wird die Versorgungsqualität zu wenig über Ergebnisqualität definiert. Insbesondere fehlt es auch an Kommunikation, Koordination und Innovationen. Frau Laag betonte, dass Innovationen durch Arztnetze und Kooperationen vorangetrieben werden können. Allerdings werden Innovationen vor allem dadurch verhindert, dass entsprechende Strukturen im „Klassiksystem“ fehlen, da der Sicherstellungsauftrag nach wie vor in rein ärztlicher Hand ist. Letzterer aber müsse neu gedacht werden. Gegenwärtig wird versucht, Netzstrukturen neben der normalen Regelversorgung aufzubauen. Solange Ärzte jedoch zwei Systeme gleichzeitig bedienen müssen, leidet ihr Netzengagement, da allein der administrative Aufwand einfach schon zu hoch ist. Ein Aufbau von Versorgungsnetzen kann nicht alleinig über beliebige Selektivverträge erfolgen. Netze müssten reguläre Leistungserbringer im System des Kollektivvertrages werden und folglich auch aus diesem finanziert werden. Ohne eine derartige Basisverankerung lässt sich eine Kultur der Kooperation in der Regelversorgung nicht etablieren.

Dr. Monika Schliffke, Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein, erklärte, professionelle Kooperation in Arztnetzen erfordere auch professionelle Strukturen. Dazu gehöre, dass ein gemeinsames Ziel definiert und Vertrauen zwischen den Beteiligten geschaffen werde. Außerdem müsse eine solide Finanzbasis vorhanden sein. Netzentwicklung dürfe nicht durch veraltetes Konkurrenzdenken behindert werden. Vielmehr sollten Prozessketten transparent und nachvollziehbar dargestellt werden, um Kooperation und auch Bereitschaft zu externem Controlling zu fördern. Kassenärztlichen Vereinigungen können zusätzlich zu finanzieller Unterstützung schwerpunktmäßig die Einrichtung professioneller Strukturen fördern, z. B. beim Vertragsmanagement oder im Bereich elektronischer Kommunikation.

Die anschließende Diskussion hatte zwei Schwerpunkte:

- Welche Mindestanforderungen müssen Arztnetze erfüllen, damit sie innovativ tätig sein können?
- In welchen Bereichen können Arztnetze innovativ tätig werden?

Alle Workshopteilnehmer waren sich einig, dass Arztnetze Innovationstreiber im Gesundheitswesen sind. Zu den Minimalanforderungen von Arztnetzen gehört es unter anderem, ein gemeinsames Ziel oder eine Vision zu verfolgen – wie zum Beispiel die, die Versorgung kontinuierlich zu verbessern. Der Arbeitsgruppe war besonders wichtig, dass alle Beteiligten auch mental auf das Netz eingeschworen sind. Eventuell müssen konkrete Anreize oder Sanktionen geschaffen werden, um dies zu verwirklichen.

Ebenso wurden grundlegende Aufgaben angesprochen, die grundlegend sind, um ein Arztnetz zu gründen: Man muss zum Beispiel eine geeignete Netzstruktur finden und über Rechtsform, Satzung und Geschäftsordnung des Netzes nachdenken. Ebenso wichtig ist es, ein Management zu implementieren, das das Netz erfolgreich anleitet. Hierbei muss geklärt werden, welche Aufgaben Ärzte übernehmen und welche Aufgaben von professionellen Vollzeitmanagern ausgeführt werden. Zudem sollte das Praxispersonal integriert werden.

Im Vorfeld muss auch die Finanzierung gesichert werden. Dazu gehören Personalkosten für Ärzte und Manager, aber auch die Kosten für die benötigte IT-Infrastruktur.

Zur zweiten Frage wurde diskutiert, in welchen Bereichen Arztnetze innovativ tätig werden könnten. Hierzu wurden verschiedene Arten von Innovationen genannt:

- Produktinnovationen: Ein neues Produkt wird eingeführt oder ein bestehendes Produkt wird weiterentwickelt.
- Prozessinnovationen: Prozesse, die für die Leistungserbringung notwendig sind, werden neugestaltet. Dies kann zum Beispiel der Fall sein, wenn neue Technologien eingesetzt werden.
- Strukturinnovationen: Grundsätzliche Strukturen des Gesundheitssystems werden verändert, wie beispielsweise Vergütungsregelungen.
- Aufgabeninnovationen: Die Aufgaben der Akteure im Gesundheitswesen werden neu definiert.
- Ergebnisqualitätsinnovationen: Die Ergebnisse der Gesundheitsversorgung werden qualitativ besser.

Eine wichtige Voraussetzung für solche Innovationen ist, dass das Netz ein regulärer Leistungserbringer mit Versorgungs-Auftrag ist.

Weitere Informationen zum MSD Forum GesundheitsPARTNER finden Sie unter: [http://www.msd.de/verantwortung/versorgungsmanagement/MSD\\_Forum-gesundheitspartner/](http://www.msd.de/verantwortung/versorgungsmanagement/MSD_Forum-gesundheitspartner/)

## Ansprechpartner

Martin Göhl

MSD Sharp & DOHME GmbH  
Health Care Concept Manager  
Lindenplatz 1  
85540 Haar  
martin.goehl@msd.de

Dr. med. Tim Husemann

MSD Sharp & Dohme GmbH  
Direktor Health Care Management & Contracting  
Lindenplatz 1  
85540 Haar  
tim.husemann@msd.de



© MSD, Foto: Angelika Bardschle, Aying

Christian Traupe, Harald Möhlmann mit Juror Peter C. Scriba (v.r.)

## 1. Preis

# AOK-Curaplan Herz Plus: Potsdam

*Autor: Christian Traupe*

## Management Summary

Ziel des Versorgungsprogramms „AOK-Curaplan Herz Plus“ ist es, bei Patienten mit einer chronischen Herzinsuffizienz der Verschlechterung der Erkrankung vorzubeugen bzw. diese Verschlechterung so frühzeitig zu erkennen, dass die Patienten noch in der regulären ambulanten Versorgung wieder stabilisiert werden und belastende Krankenhausbehandlungen vermieden werden können. Das Konzept des Programms „AOK-Curaplan Herz Plus“ wurde vor zehn Jahren entwickelt von der Gesellschaft für Patientenhilfe (DGP), dem Unfallkrankenhaus Berlin, der Charité-Universitätsmedizin Berlin, der Ludwigs-Maximilians-Universität München und dem Klinikum Augsburg. Seit 2006 besteht ein Integrierter Versorgungsvertrag nach den §§ 140ff. SGB V mit der AOK Nordost, an dem von Be-

ginn an das Unfallkrankenhaus Berlin sowie weitere niedergelassene Hausärzte und Kardiologen beteiligt waren.

Kernelement des Programms ist das Betreuungszentrum der DGP, das aktuell weitaus mehr als 3.000 Versicherte der AOK Nordost hinsichtlich des Umgangs mit ihrer Krankheit schult und berät. Wichtig ist dabei, das Selbstmanagement der Patienten durch Förderung ihrer eigenen Kompetenz zu verbessern. Zudem erhalten die meisten eingeschriebenen Patienten eine Waage und einen Monitor mit Sprachinterface zur telemetrischen Übertragung von Zeichen und Beschwerden der Herzinsuffizienz. Die Messwerte werden automatisch an das Betreuungszentrum der DGP übermittelt und anschließend ausgewertet. Anhand definierter Algorithmen kann das System eine drohende Verschlechterung des Gesundheitszustands sofort erkennen; es macht so eine frühzeitige Intervention möglich. Belastende Krankenhausaufenthalte bleiben den Patienten in vielen Fällen erspart. Das Programm trägt damit zu verbesserter Lebensqualität und höherer Compliance der Betroffenen bei. Die betreuenden Haus- und Fachärzte werden durch zusätzliche Informationen in der Behandlung ihrer Patienten unterstützt.

Die hohe Teilnehmerzahl und der langfristige Verlauf machte eine fundierte externe wissenschaftliche Evaluation möglich. Das Institut für Community Medizin der Universitätsmedizin Greifswald konnte positive Effekte nachweisen – sowohl auf die Gesamtkosten als auch auf die Überlebenschancen der Interventionsgruppe.

## Einleitung

Eine Herzschwäche führt typischerweise nicht nur zu einer schlechteren körperlichen Leistungsfähigkeit, sondern beeinträchtigt auch erheblich die Lebensqualität. Rasche Erschöpfung und Luftnot können bereits unter geringer körperlicher Belastung auftreten. Häufig sind die Patienten müde. Insbesondere in Phasen, wenn sich die Erkrankung verschlechtert, treten Schwellungen an den Beinen auf. Zudem kommt es auch zu Wasserablagerungen in der Brust- und Bauchhöhle. Luftnot bei flachem Liegen oder plötzliche nächtliche Luftnot sind möglich. Dadurch wird oft eine Todesangst hervorgerufen.

Die körperlichen Beschwerden werden also von bedeutenden seelischen Problemen begleitet. So klagen viele Patienten mit einer Herzschwäche über anhaltende depressive Störungen. Die Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit behindert zudem die regelmäßige Teilnahme am sozialen Leben, so dass sich Betroffene häufig einsam fühlen.

Eine plötzliche Verschlechterung der Krankheit führt zu einer notwendigen Krankenhausbehandlung. Diese Situation stellt nicht nur eine dramatische und lebensbedrohliche Episode im Leben des Betroffenen dar. Regelmäßig wird – auch nach einer zunächst erfolgreichen Krankenhausbehandlung – der ursprüngliche, bessere Gesundheitszustand nicht mehr erreicht und die Lebenserwartung kann dauerhaft vermindert bleiben.

Wird eine Verschlechterung frühzeitig erkannt – entweder durch den Betroffenen selbst im Rahmen eines guten Selbstmanagements oder durch ein telemetrisches Monitoring – können Patienten auch frühzeitig noch im ambulanten Bereich behandelt werden, statt einer Krankenhausbehandlung. Eine vermiedene Dekompensation verlangsamt zum einen das Fortschreiten der Erkrankung und verhindert eine weitere sinkende Lebenserwartung. Zum anderen bleiben den Betroffenen die dramatischen Erfahrungen einer plötzlichen Verschlechterung mit Krankenhausbehandlung erspart.

Das Gesundheitsprogramm „AOK-Curaplan Herz Plus“ hat sich konkret diesem Ziel verschrieben.

## Versorgungsherausforderung

Die chronische Herzinsuffizienz ist die häufigste Herz-Kreislauf-Erkrankung. In Deutschland leiden circa 1,8 Millionen Menschen unter der Erkrankung, jährlich erkranken 300.000 Menschen neu (Zugck, Müller et al. 2009). Die Häufigkeit der Herzschwäche ist abhängig vom Lebensalter. So liegt die Häufigkeit in der Gesamtbevölkerung zwischen 0,3 Prozent und 2,1 Prozent. Bei Menschen über 65 Lebensjahren berichten verschiedene europäische Untersuchungen eine Häufigkeit bis zu 17 Prozent (McMurray, Stewart, 2000). Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2006 zeigt außerdem für das Jahr 2002 die Herzschwäche bei Frauen auf Rang zwei und bei Männern auf Rang vier der häufigsten Todesursachen (Robert-Koch-Institut, 2006).

## Krankheitsverlauf

Die Herzschwäche ist eine langsam voranschreitende, in der Regel nicht heilbar chronische Krankheit. Sie kann grundsätzlich in vier verschiedene Schweregrade eingeteilt werden, die durch das NYHA-Stadium beschrieben werden (NYHA = New York Heart Association). Es wird unterschieden, ob die Beschwerden nur unter körperlicher Belastung auftreten oder auch in Ruhe.

**Tabelle 1** – Einteilung der Herzinsuffizienz der New York Heart Association (NYHA)

|                 |  |
|-----------------|--|
| <b>Grad I</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Herzranke ohne Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit.</li> <li>• Bei gewohnter körperlicher Betätigung kommt es nicht zum Auftreten von Schmerz.</li> </ul>   |
| <b>Grad II</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Patienten mit leichten Einschränkungen der körperlichen Leistung.</li> <li>• Diese Kranken fühlen sich in Ruhe und bei leichter Tätigkeit wohl.</li> <li>• Beschwerden machen sich erst bei stärkeren Graden der gewohnten Betätigung bemerkbar.</li> </ul> |
| <b>Grad III</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Patienten mit starker Einschränkung der körperlichen Leistung.</li> <li>• Diese Kranken fühlen sich in Ruhe wohl, haben aber schon bei leichten Graden der gewohnten Tätigkeit Beschwerden.</li> </ul>  |
| <b>Grad IV</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Patienten, die keine körperliche Tätigkeiten ausüben können, ohne dass Beschwerden auftreten.</li> <li>• Die Symptome der Herzinsuffizienz können sogar in Ruhe auftreten und werden durch körperliche Tätigkeit verstärkt.</li> </ul>                      |

Quelle: Eigene Darstellung.

Eine Herzschwäche ist immer die Folge verschiedener Grunderkrankungen des Herzens. Diese können sein:

- Koronare Herzerkrankung, Zustand nach Herzinfarkt
- Arterieller Hypertonus
- Herzmuskelerkrankungen
- Herzklappenerkrankungen
- Herzrhythmusstörungen
- Herzbeutelkrankungen
- Infektionskrankheiten

Dementsprechend gibt es verschiedene Formen einer Herzschwäche. Diese haben gemein, dass die Pumpleistung des Herzens vermindert ist: Das vom Herzen ausgeworfene Blutvolumen ist geringer als

der Bedarf des Körpers. Dabei können sowohl die Pumpkraft des Herzens vermindert, als auch der Blutstrom im Herzen behindert sein. Darüber hinaus kann auch die Füllung des Herzens mit Blut erschwert sein, sodass letztlich weniger Blut ausgeworfen werden kann.

Da der Blutkreislauf seiner Transportfunktion nicht mehr gerecht werden kann, tritt eine Minderdurchblutung lebenswichtiger Organe auf – wie zum Beispiel Gehirn, Niere und Leber. Diese Organe funktionieren nur ausreichend, wenn sie minimal durchblutet werden bzw. diese mit genügend Sauerstoff versorgt werden. Somit kann die Herzschwäche zu einer Funktionseinschränkung der genannten lebenswichtigen Organe führen bzw. typischerweise verantwortlich für eine ernsthafte Erkrankung dieser Organe sein.

Die Auslöser einer plötzlichen Verschlechterung der Herzschwäche wiederum können sehr vielfältig sein. So kann die Grunderkrankung, zum Beispiel eine koronare Herzerkrankung, voranschreiten. Eine Verschlechterung kann ebenso verursacht werden durch:

- Unkontrollierten Bluthochdruck
- Plötzliche Herzrhythmusstörungen
- Verschlechterung von Begleiterkrankungen (z.B. Nierenschwäche, Infektionskrankheiten, Lungenentzündung)
- Unzureichende Einnahme von Medikamenten
- Fehlerhafte Ernährung, insbesondere zu große Flüssigkeitsaufnahme

Die beiden letzten Punkte sind unmittelbar durch den Patienten verursacht. Sie können durch ein verbessertes Selbstmanagement direkt beeinflusst werden.

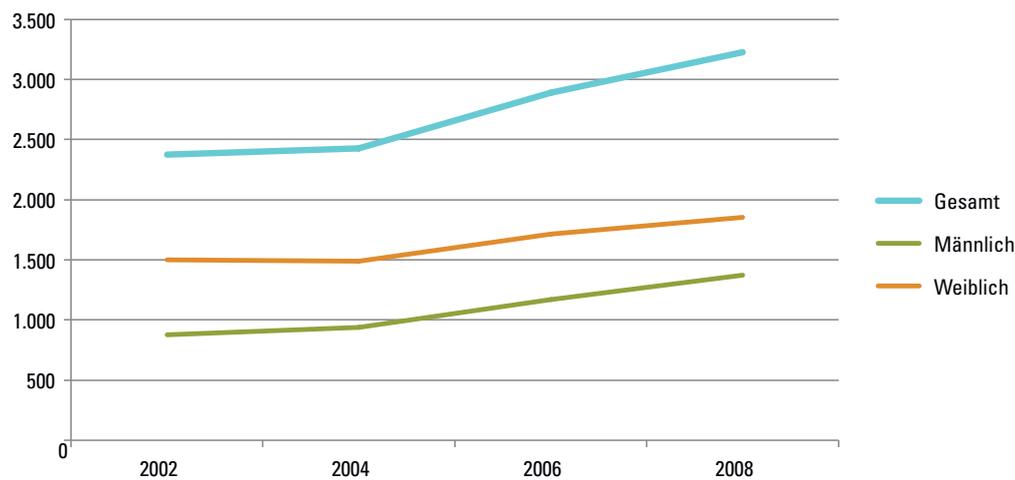
Die umfängliche Behandlung der Grunderkrankung, zum Beispiel durch Verbesserung der Herzdurchblutung bei koronarer Herzerkrankung, eine ausreichende medikamentöse Behandlung und gegebenenfalls eine apparative Behandlung, zum Beispiel durch spezielle Herzschrittmacher, stellen die Säulen der Behandlung einer Herzschwäche dar.

Mit Blick auf die bei Verschlechterung zunehmenden Beschwerden und die Auslöser einer plötzlichen Verschlechterung ist es jedoch der Patient selbst, der Wesentliches dazu beitragen kann, das Fortschreiten seiner Erkrankung zu verhindern. Hilfe zur Selbsthilfe, Selbstmanagement, gegebenenfalls unterstützt durch telemetrisches Monitoring, ist daher den genannten Säulen der Behandlung einer Herzschwäche hinzuzufügen (McMurray, Adamopoulos, Anker et al., 2012).

Das Auftreten einer Herzschwäche steigt mit zunehmendem Lebensalter. Daher ist anzunehmen, dass aufgrund des demographischen Wandels die Erkrankung noch häufiger auftritt.

Auf Deutschland weitgehend übertragbare Untersuchungen aus verschiedenen europäischen Ländern unterstreichen diese Annahme. So wird zum Beispiel ein Anstieg der Häufigkeit um fast ein Viertel vom Jahr 2000 bis zum Jahr 2020 prognostiziert. Dieser führt dazu, dass der Ressourcenverbrauch in der ambulanten und Krankenhausbehandlung deutlich steigt; damit auch die Krankheitskosten (Leening, Siregar, Vaartjes et al., 2014; Stewart, MacIntyre, Capewell et al., 2003).

Untersuchungen aus Deutschland, welche zeigen, dass die Krankheitskosten der Herzschwäche bereits in den letzten Jahren stark angestiegen sind, bekräftigen diese Prognose. Die Krankheitskosten beliefen sich 2008 auf 3,288 Milliarden Euro in Deutschland (Statistisches Bundesamt, 2014).

**Abbildung 1** – Krankheitskosten der Herzinsuffizienz (ICD10: I50) in Mio. Euro für Deutschland

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an das Statistische Bundesamt, 2014.

Wesentlicher Treiber der Krankheitskosten sind dabei Krankenhausaufenthalte. Diese verursachen bis zu drei Viertel der Kosten der Herzschwäche. Es ist darüber hinaus besonders, dass bis zu einem Viertel der Patienten in den ersten drei Monaten nach einem Krankenhausaufenthalt erneut im Krankenhaus behandelt werden müssen. Grundsätzlich vermeidbare Wiederaufnahmen in ein Krankenhaus stellen also ein Kernproblem dar und sind zugleich Ansatzpunkt für Gesundheitsprogramme wie „AOK-Curaplan Herz Plus“ (McMurray, Stewart, 2000); Cleland, Swedberg, Follath et al., 2003).

## Entstehungsgeschichte

Im Jahr 2011 wurde bei rund 38.000 Versicherten der AOK Nordost im Rahmen einer Krankenhausbehandlung eine Diagnose chronische Herzinsuffizienz im Krankenhaus festgestellt. Für eine Versorgerkassse stellt sich die Frage, wie sie insbesondere im dünn besiedelten ländlichen Raum ihre von Herzinsuffizienz betroffenen Versicherten unterstützen kann. Die AOK Nordost stellt sich bereits seit zehn Jahren dieser Herausforderung.

Das Konzept des Programms „AOK-Curaplan Herz Plus“ wurde durch die Partner DGP, Unfallkrankenhaus Berlin, Charité– Universitätsmedizin Berlin, Ludwig-Maximilians-Universität München und Klinikum Augsburg entwickelt. Im Jahr 2006 schloss die AOK (damalige AOK Berlin, heutige AOK Nordost) dann einen Integrierten Versorgungsvertrag nach §§ 140 a ff. SGB V mit der DGP. Partner waren von Beginn an das Unfallkrankenhaus Berlin sowie weitere 35 niedergelassene Haus- und Fachärzte. Mittlerweile nehmen insgesamt 80 Ärzte am Vertrag teil.

## Kernelemente

### Versorgungskonzept

Ziel des Gesundheitsprogramms „AOK-Curaplan Herz Plus“ ist es, der plötzlichen Verschlechterung einer chronischen Herzschwäche vorzubeugen oder diese Verschlechterung frühzeitig zu erkennen. Die Früherkennung erlaubt die rechtzeitige Einleitung einer ambulanten Behandlung.

Damit wird nicht nur eine Krankenhausbehandlung vermieden, sondern das Fortschreiten der Erkrankung verlangsamt und die Sterblichkeit, sowohl kurzfristig im Rahmen der aktuellen Verschlechterung, als auch darüber hinaus, vermindert.

Die wesentlichen Versorgungselemente des Gesundheitsprogramms sind:

1. Schulung und Beratung zum alltäglichen Leben mit einer Herzschwäche zur Stärkung des Selbstmanagements der Patienten
2. Telemetrisches Monitoring von Zeichen und Beschwerden der Herzschwäche zur Früherkennung einer Verschlechterung
3. Informationstechnische Vernetzung der an der Behandlung Beteiligten, insbesondere mit den ambulant behandelnden Ärzten

Mit einer Stärkung des Selbstmanagements ist auch eine Besserung der Compliance zu erwarten. Selbstkompetente Patienten stehen auch in einem intensiveren Dialog mit ihren behandelnden Ärzten. Diese Tatsache und der im Rahmen des Programms erleichterte Zugang zu den relevanten Leitlinien stärken nicht zuletzt auch die Aufmerksamkeit der ambulant behandelnden Ärzte gegenüber der Herzschwäche.

**Abbildung 2 – Kernziele des Versorgungsprogramms**

|   |  |
|---|--|
|   | Schulung und Beratung des Patienten zur Stärkung des Selbstmanagements auf Basis eigener Kompetenzen.  |
|  | Erhöhung der Compliance nicht nur in Bezug auf die Empfehlungen des Betreuungszentrums sondern insbesondere auch der betreuenden Ärzte des Patienten.  |
|  | Die Vermeidung einer vorhersehbaren Dekompensation der Herzinsuffizienz durch die telemetrische Überwachung von Zeichen und Beschwerden der Erkrankung sowie des Körpergewichts, damit Ermöglichung einer frühzeitigen Intervention. |
|  | Die Verhinderung von belastenden Krankenhausaufenthalten aufgrund einer dekompensierten Herzinsuffizienz.  |
|  | Die Verzögerung des Fortschreitens der Erkrankung und damit einer Zustandsverschlechterung des Patienten.  |

Quelle: Darstellung der AOK Nordost.

## Zielgruppe

AOK-Versicherte mit einer Diagnose chronische Linksherzinsuffizienz können am Programm teilnehmen. Die Linksherzinsuffizienz kann durch eine koronare Herzerkrankung, arterieller Hypertonus oder Herzmuskelerkrankungen verursacht sein. Regelhaft geht der Einschreibung unmittelbar ein Krankenhausaufenthalt voraus.

Neben diesen Einschlusskriterien bestehen auch Ausschlusskriterien. Diese sind unter anderem eine stationäre Behandlungspflege oder eine Nierenschwäche mit erforderlicher Nierenersatzbehandlung. Letztere Patienten werden ausgeschlossen, weil die Behandlung der Herzschwäche in diesem Fall nach

teilweise anderen Grundregeln erfolgt und Patienten im Rahmen der Nierenersatzbehandlung regelhaft mehrfach wöchentlich Kontakt mit ihrem behandelnden Arzt haben. Neben den genannten Ausschlussgründen sind fortgeschrittene psychiatrische Erkrankungen ein Ausschlussgrund.

Patienten können auf unterschiedlichen Wegen in das Versorgungsprogramm eingeschrieben werden. Ist der betreuende Haus- oder Facharzt teilnehmender Partnerarzt am Programm, kann der Patient die Teilnahme- und Einwilligungserklärung bei ihm unterzeichnen. Das Gleiche gilt auch für Patienten im Unfallkrankenhaus Berlin. Zudem können sich Versicherte mit einer Herzinsuffizienz auch direkt in das Versorgungsprogramm einschreiben.

### Versorgungselemente

Die DGP ist das zentrale Element des Versorgungskonzepts. In ihrem Betreuungszentrum arbeiten 65 Krankenschwestern und -pfleger, vier Psychologen und eine Soziologin.

Alle Versorgungselemente werden mit Hilfe einer speziellen IT-Plattform umgesetzt. Diese gestattet unter anderem die Umsetzung von Betreuungspfaden für Schulung und Beratung, sie ermöglicht die Konnektivität telemetrischer Geräte und die nachfolgende Analyse der eingegangenen Daten.

Nach Einschreibung des Patienten erfolgt ein erstes telefonisches Begrüßungsgespräch. Hier wird zum einen der Ablauf der Betreuung erläutert. Zum anderen werden neben klinischen (zum Beispiel Grund- und Begleiterkrankungen, stattgehabte medizinische Behandlung) vor allem auch psychosoziale Daten (Lebenslauf, soziales Netzwerk, Schulbildung, Krankheitsbewältigung, Schulbarkeit, Merkfähigkeit) erhoben. Diese individuellen Merkmale und weitere Verlaufsdaten aus den Folgegesprächen ermöglichen eine Personalisierung der Betreuung durch individuelle Betreuungspfade. So kann beispielsweise über den Inhalt und die Intensität von Schulung und Beratung entschieden werden. Es entstehen individuelle Kombinationen von Betreuungsmodulen.

Unter anderem werden folgende – den Empfehlungen der europäischen und deutschen kardiologischen Gesellschaften entsprechende – Schulungen angeboten:

- Ursachen einer Herzschwäche
- Behandlung einer Herzschwäche
- Beschwerden und Zeichen
- Begleiterkrankungen
- Körperliche Aktivität
- Medikamente
- Herzrhythmusstörungen
- Essen und Trinken
- Sexuelle Funktionsstörungen
- Frauen mit Herzschwäche.

Die Schulungen erfolgen telefonisch durch Krankenschwestern und -pfleger und werden durch Broschüren unterstützt. Grundsätzlich wird versucht, den Schulungsinhalt im Alltagsleben zu verankern – das heißt, mit persönlichen Zielen zu verknüpfen. So werden zum Beispiel persönliche Ziele für geschultes körperliches Training im konkreten Tagesablauf des Patienten verankert.

Das Betreuungszentrum bietet die Schulung und Beratung auf Deutsch, aber auch auf Türkisch, Polnisch, Kroatisch und Russisch an.

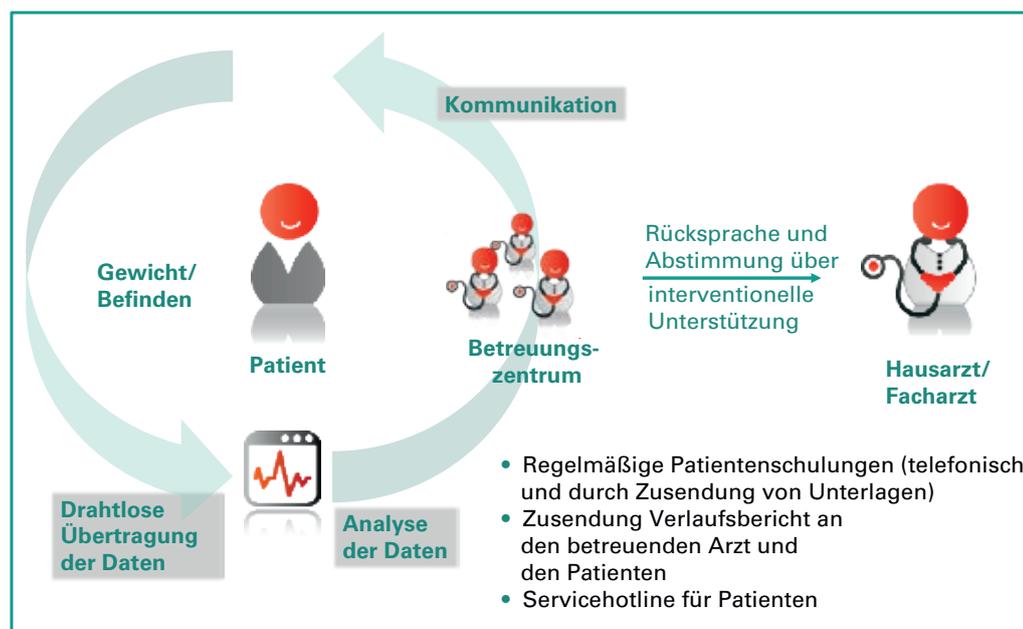
Das telemetrische Monitoring erfasst das Körpergewicht sowie die Zeichen und Beschwerden der Herzschwäche. Das Körpergewicht wird gemessen, weil bis zu 30 Tage vor einem drohenden Krankenhausaufenthalt im Rahmen einer Verschlechterung durch verminderte Natrium- und Wasserausscheidung vermehrt Flüssigkeit im Körper eingelagert wird. Dadurch steigt das Körpergewicht und die Früherkennung durch Messung des Körpergewichts wird möglich.

Der Patient wird angehalten, sich einmal täglich zu einer festgelegten Tageszeit, üblicherweise am Morgen, zu wiegen und die Fragen nach Beschwerden und Zeichen zu beantworten. Die Messprozedur dauert ungefähr 3 Minuten.

Beschwerden und Zeichen der Erkrankung werden mittels eines kleinen, altersgerecht gestalteten Monitors mit Sprachwiedergabe in Form von fünf Fragen im Vergleich zum Vortag abgefragt. Diese Fragen sind beispielsweise: ‚Haben Sie mehr Luftnot als am Vortag?‘ oder ‚Sind Ihre Schwellungen stärker ausgeprägt als gestern?‘

In der IT-Plattform werden die eingegangenen Daten automatisch regelbasiert analysiert. Bei Regelverletzungen wird ein Alarm generiert, welcher einen sofortigen Anruf durch eine Krankenschwester oder -pfleger initiiert. Im Rahmen dieses Anrufes wird der Gesundheitszustand erfragt und bei bestehendem Verdacht einer Verschlechterung wird mit dem Patienten die Kontaktaufnahme mit dem behandelnden Arzt organisiert. In jedem Fall erfolgt gleichzeitig, telefonisch oder über Telefax, eine separate Information des vom Patienten benannten ambulanten Arztes. Diese enthält neben dem Hinweis den Verdacht der Verschlechterung auch die aktuell gemessenen Daten. Zusätzlich werden Anrufe zur Verlaufskontrolle beim Patienten geplant.

**Abbildung 3** – Versorgungsablauf von AOK Curaplan Herz Plus



Quelle: Eigene Darstellung.

Die informationstechnische Vernetzung mit ambulant tätigen Ärzten erfolgt über ein in der Mehrzahl der Softwareprodukte zur Praxisverwaltung integriertes Softwaremodul. Dieses erleichtert das Auffinden für das Programm geeigneter Patienten und die notwendige Dokumentation. Zudem wird ein einfacher Zugriff auf die Leitlinien zur Diagnostik und Behandlung der Herzschwäche gewährt. Die Mehrzahl der beteiligten ambulanten Ärzte folgte den ihnen vertrauten Kommunikationswegen, das heißt Telefon, Telefax oder Schriftverkehr.

### Mehrwert

Die Teilnahme an diesem Versorgungsprogramm senkt die Notwendigkeit von Krankenhausaufenthalten wegen (akuter) Dekompensation („Verschlechterung“) der Herzinsuffizienz. Das ist doppelt wichtig, weil jede Dekompensation nicht nur potentiell lebensbedrohlich ist, sondern eine nachhaltige Verschlechterung des weiteren Krankheitsverlaufs verursacht. In der Regel erreicht der Patient nach einer Dekompensation den Ausgangszustand vor der Dekompensation nicht mehr. Die Vermeidung der Dekompensation und des Krankenhausaufenthaltes verzögert das Fortschreiten der Erkrankung und steigert die Lebensqualität des Patienten.

Die telefonische Betreuung bietet weiterhin insbesondere folgende positive Effekte für die Erkrankten:

- Besseres Verständnis der Erkrankung und ihre Behandlung
- Unterstützung und Motivation für einen gesünderen Lebensstil
- Praktische Tipps für den Alltag und den täglichen Umgang mit der Erkrankung
- Beratung zu sensiblen Themen wie zum Beispiel psychosoziale Einschränkungen oder sexuelle Funktionsstörungen, falls gewünscht
- „Positives Gefühl“ einen Ansprechpartner zu haben, mit dem alle Probleme des täglichen Lebens im Zusammenhang mit der Herzinsuffizienz besprochen werden können
- Patienten können bei Einschreibung ihren Hausarzt und/oder Kardiologen als „Arzt/Ärzte des Vertrauens“ benennen, der im Interventionsfall kontaktiert wird. Für die „Ärzte des Vertrauens“ eingeschriebener Patienten ergeben sich mehrere Vorteile durch das Programm:
- Der Arzt hat die Möglichkeit, den Patienten aktiv ein Betreuungsprogramm und damit auch eine Perspektive bei der Behandlung ihrer Erkrankung zu bieten.
- Bei kritischen Veränderungen werden seine Patienten umgehend informiert und gebeten, sich in die Behandlung ihres Arztes zu begeben. Dieser erhält dann von der
- DGP eine Information über die Details der eingetretenen Verschlechterung.
- Das Programm unterstützt also die Ärzte durch zusätzliche Informationen und Zuweisung der Patienten genau zum kritischen Zeitpunkt. Die Ärzte werden durch das Programm beim Monitoring ihrer Patienten entlastet.

### Finanzierung

Das Programm refinanziert sich durch vermiedene Krankenhausaufenthalte und hat einen positiven finanziellen Gesamteffekt.

## Management

Die Hauptakteure von AOK-Curaplan Herz Plus sind die Gesellschaft für Patientenhilfe (DGP), beteiligte Ärzte und Kliniken sowie die AOK Nordost. Das tragende Element des Versorgungskonzepts ist die DGP. Sie übernimmt die gesamte telemedizinische Betreuung im Programm.

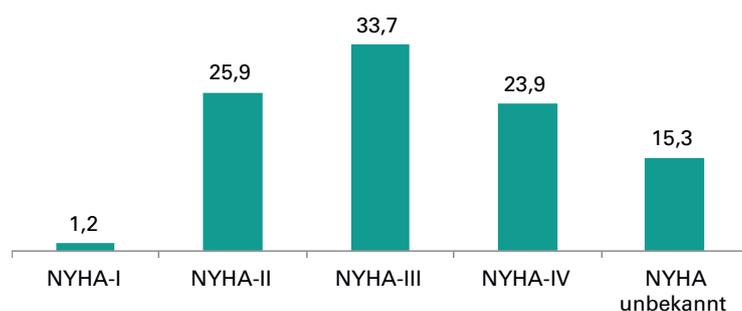
Der behandelnde Arzt der Patienten spielt neben dem Betreuungszentrum eine zentrale Rolle. Er behält zu jeder Zeit seine Therapiehoheit und bleibt der wichtigste Ansprechpartner für den Patienten. Hausarzt, Facharzt, Krankenhaus und die DGP arbeiten in der Betreuung zusammen. Die enge Führung des Arztes wird durch das Betreuungszentrum unterstützt. In einem Interventionsfall wird der behandelnde Arzt sofort benachrichtigt und erhält telefonisch oder per Fax einen Bericht über die wichtigsten Eckdaten. Zusätzlich kann der Arzt bei Freigabe durch den Patienten die von der DGP geführte elektronische Gesundheitsakte einsehen.

Das Vertragsmanagement sowie die Identifikation eines Teils der Versicherten wird im Wesentlichen durch die AOK Nordost in Zusammenarbeit mit der DGP vorgenommen. Für die stetige Weiterentwicklung des Programms wurde durch die AOK Nordost bereits zu Beginn des Vertrags ein Lenkungsgremium eingerichtet.

## Evaluation

AOK-Curaplan Herz Plus wurde sowohl intern als auch extern evaluiert. Die interne Evaluation führte die AOK Nordost gemeinsam mit der DGP durch. Dabei wurde das Konzept medizinisch und gesundheitsökonomisch bewertet. Zudem wurden die Patienten befragt, ob sie mit dem Versorgungsprogramm zufrieden sind. Die Befragung der Patienten im Juli 2013 ergab, dass 95 Prozent der Patienten mit dem Versorgungsprogramm sehr zufrieden beziehungsweise zufrieden waren.

**Abbildung 4** – Verteilung der Versicherten nach NYHA-Klassifikation (in Prozent)



Quelle: Eigene Darstellung.

Eine externe und unabhängige wissenschaftliche Evaluation führte die Universitätsmedizin Greifswald durch. Dafür wurden die Abrechnungsdaten von Versicherten der AOK Nordost ausgewertet. In die Analyse gingen Daten von 2.606 Versicherten ein, die in einem Zeitraum von 2006 bis 2012 in das Programm eingeschrieben waren. Die Versicherten waren im Mittel 74 Jahre alt (mit einer Standardabweichung von 9,6 Jahren). 55 Prozent der Versicherten waren männlich und 45 Prozent weiblich. Für die Evaluation wurden die Patienten in die NYHA-Stadien (siehe Abbildung 1) eingeteilt. Abbildung 5 zeigt, dass sich bereits

über die Hälfte der Patienten in einem weit fortgeschrittenen Krankheitsstadium befindet. Die Verteilung stellt sich wie folgt dar:

Die Überlebenszeit und die Gesamtkosten wurden analysiert. Diese wurden mit einer geeigneten Kontrollgruppe von 3.719 Versicherten der AOK verglichen, die nicht in dem Versorgungsprogramm eingeschrieben waren.

Die Evaluation der Universitätsmedizin Greifswald ergab, dass die Teilnehmer des Versorgungsprogramms im Vergleich zur Kontrollgruppe eine höhere Überlebenswahrscheinlichkeit ein und zwei Jahre nach Einschreibung in das Versorgungsprogramm haben (statistisch signifikante Ergebnisse). Es zeigten sich folgende konkrete Ergebnisse:

- Nach einem Jahr: 1,45-fach höhere Überlebenswahrscheinlichkeit als in der Kontrollgruppe
- Nach zwei Jahren: 1,49-fach höhere Überlebenswahrscheinlichkeit als in der Kontrollgruppe

Gesondert von der Gesamtgruppe wird auch die Subgruppe „Treated“ (Behandelt) betrachtet. Diese Patienten haben das Behandlungsprogramm zwei Jahren komplett durchlaufen. Bei der Subgruppe konnten folgende Überlebenswahrscheinlichkeiten berechnet werden:

1. Nach einem Jahr: 1,69-fach höhere Überlebenswahrscheinlichkeit als in der Kontrollgruppe
2. Zudem zeigte sich, dass Alter und Geschlecht die Überlebenswahrscheinlichkeit der Versicherten beeinflussen:
3. Frauen haben eine höhere Überlebenswahrscheinlichkeit als Männer nach einem und nach zwei Jahren (statistisch signifikantes Ergebnis).

Ein Patient mit einer stark ausgeprägten Herzinsuffizienz hat also durch das Versorgungskonzept AOK-Curaplan Herz Plus eine signifikant höhere Überlebenswahrscheinlichkeit ein und zwei Jahre nach Programmbeginn.

In einer gesundheitsökonomischen Evaluation zeigte sich, dass sich die Behandlungskosten zwischen städtischen und ländlichen Regionen stark unterscheiden. Dabei wurde unterschieden zwischen Versicherten, die in Berlin leben und Versicherten, die nicht in Berlin leben. Ein Jahr nach dem Beginn der Behandlung haben die in Berlin lebenden Versicherten durchschnittlich 1.069 Euro weniger Kosten im Jahr verursacht als die Kontrollgruppe; bei außerhalb Berlins lebenden Versicherten wurden durchschnittlich 2.204 Euro Kosten im Jahr eingespart.

Die medizinische und gesundheitsökonomische Evaluation des Versorgungsprogramms zeigt deutlich, dass sich das Versorgungskonzept von AOK-Curaplan Herz Plus positiv auf die Überlebenswahrscheinlichkeit der Versicherten auswirkt. Zudem werden insbesondere in ländlichen Regionen Behandlungskosten eingespart. Die deutliche Differenz der Behandlungskosten von den in Berlin lebenden und den nicht in Berlin lebenden Versicherten zeigt, wie nötig ein solches Versorgungskonzept für Patienten in ländlichen Regionen ist.

## Nächste Schritte

Damit das Programm kontinuierlich weiterentwickelt und angepasst werden kann, wurde ein wissenschaftlicher Beirat eingerichtet: Bestehend aus den Partnern der Charité-Universitätsmedizin Berlin und dem Unfallkrankenhaus.

Zurzeit übermitteln mehr als 3.000 Versicherte täglich ihre Messwerte an die DGP. Das Programm wird durch die Vertragspartner kontinuierlich weiterentwickelt. Ein Beispiel dafür ist die aktuelle Anpassung der Ein- und Ausschlusskriterien. In der Vergangenheit wurden alle psychischen Diagnosen ausgeschlossen. Die Erfahrungen haben jedoch gezeigt, dass in der Realität Patienten betreut wurden, die beispielsweise erst im Laufe der Betreuung eine Depression entwickelt haben. Wegen der hohen Korrelation zwischen beiden Erkrankungen war also eine Anpassung erforderlich. Aufgrund dieser Erkenntnis wurden die Ausschlusskriterien angepasst. Im Rahmen weiterer Evaluationen sollen Subgruppen identifiziert werden, die besonders von einer Betreuung profitieren oder ggf. auch keinen Vorteil durch das Programm haben. Ziel ist, das Programmangebot insbesondere denjenigen Versicherten anzubieten, die davon besonders profitieren. In diesem Sinne werden auch zukünftig weitere Anpassungen der Ein- und Ausschlusskriterien erforderlich werden. Die AOK Nordost profitiert hier von der Tatsache, dass weit höhere Zahlen von Patienten eingeschrieben sind als in vergleichbaren Studien. Die darin liegenden Möglichkeiten zur Evaluation und Weiterentwicklung sollen auch in Zukunft intensiv genutzt werden.

## Ansprechpartner

Christian Traupe

Leiter Unternehmensbereich Versorgung, Strategie und Programme

AOK Nordost

Wilhelmstr. 1

10963 Berlin

Telefon: 0800 265 080 222 63

E-Mail: christian.traupe@nordost.aok.de

www.aok.de/nordost

## Literatur

- Cleland, J.G.F., Swedberg, K., Follath, F., Komajda, M., Cohen-Solal, A., Aguilar, J.C. et al. (2003). The EuroHeart Failure survey programme – a survey on the quality of care among patients with heart failure in Europe. Part 1: patient characteristics and diagnosis. *Eur Heart J*, 24 (5): 442–463.
- Leening, M.J.G., Siregar, S., Vaartjes, I., Bots, M.L., Versteegh, M.I.M., van Geuns, R.-J. M., Koolen, J.J., Deckers, J.W. (2014). Heart disease in the Netherlands: a quantitative update. *Neth Heart J*, 22 (1): 3–10.
- McMurray, J.J.V., Adamopoulos, S., Anker, S.D., Auricchio, A., Bohm, M., Dickstein, K. et al. (2012). ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012: The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2012 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *European Heart Journal*, 33: 1787–1847.
- McMurray, J.J.V., Stewart, S. (2000). Epidemiology, aetiology, and prognosis of heart failure. *Heart*, 83 (5): 596–602.
- Robert-Koch-Institut. (2006): Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung 2006. Unter Mitarbeit von Cornelia Lange und Thomas Ziese. Berlin: Robert-Koch-Institut.
- Statistisches Bundesamt. (2014). Krankheitskostenrechnung. zweijährlich. Bonn, Gesundheitsberichterstattung des Bundes.
- Stewart, S., MacIntyre, K., Capewell, S., McMurray, J.J.V. (2003). Heart failure and the aging population: an increasing burden in the 21st century? *Heart* 89, 1: 49–53.
- Zugck, C., A. Müller, et al. (2009). Gesundheitsökonomische Bedeutung der Herzinsuffizienz. *Dtsch Med Wochenschr*, 135: 633-638.12

# Das CHILT-Projekt: Köln

## Children's-Health-Interventional Trial

*Autorin: Christine Graf*

### Management Summary

Das CHILT-Projekt sucht Lösungen für den zunehmenden Bewegungsmangel von Kindern und Jugendlichen bzw. für die Entwicklung von Übergewicht durch die Verbindung des sitzenden Lebensstils mit einer eher hochkalorischen Ernährung. Ziele sind damit die Senkung der Zahl adipöser und übergewichtiger Kinder und Jugendlicher, die Förderung der motorischen Leistungsfähigkeit sowie eine Steigerung der Bewegungszeiten durch einen Abbau unnötiger Sitzzeiten (Inaktivität).

CHILT steht für Children's Health Interventional Trial. Die Stufe I entstand bereits im Jahr 2000 in Köln und ist seit 2011 Teil des Forschungsverbandes Kölner Zentrum für Prävention im Kindes- und Jugendalter. Die Inhalte des CHILT-Programms wurden evidenzbasiert entwickelt von mehreren Instituten der Deutschen Sporthochschule Köln, dem Schul- und Gesundheitsamt, der AOK Rheinland Hamburg sowie dem Verein der Freunde und Förderer des Herzzentrum Kölns.

Gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen werden durch qualifiziertes Lehrpersonal in den Unterricht und die Pausen integriert. Sie umfassen die Bereiche Ernährung, Bewegungsförderung/Freizeitverhalten, Stressregulierung und Elternarbeit. Die Maßnahmen werden kontinuierlich weiterentwickelt und kommuniziert.

Eine Evaluation des Programms startete im Jahr 2000/01 und dauerte vier Jahre. Die Ergebnisse zeigten, dass bei der Interventionsgruppe sowohl das Neuauftreten wie auch die Zahl der adipösen und übergewichtigen Kinder zurückgingen. Allerdings waren diese Ergebnisse nicht eindeutig; signifikant war jedoch eine geringere Zunahme des Body-Mass-Index in Schulen, die das Programm regelmäßig und kontinuierlich durchführten, im Vergleich zu Schulen, die nur unregelmäßig Gesundheitsförderung in den Schulalltag integrierten. Außerdem wiesen die Kinder und Jugendlichen der Interventionsschulen eine verbesserte Koordination auf.

### Einleitung

Kinder verbringen immer mehr Zeit mit audiovisuellen Medien. Dadurch bewegen sie sich täglich weniger – sie werden schneller übergewichtig. Neben der Gewichtszunahme hat das Verhalten noch weitreichendere Folgen: Die Fitness der Kinder sinkt, das Risiko für Nachfolgeerkrankungen steigt.

Um diesem Trend präventiv entgegenzuwirken, gibt es zahlreiche Programme, die die Gesundheit der Kinder fördern. Leider werden nur wenige der Maßnahmen wissenschaftlich evaluiert und publiziert.

Das CHILT Projekt Stufe I möchte die Gesundheit der Kinder durch Bewegungs- und Gesundheitsunterricht positiv beeinflussen. Das Programm wurde systematisch aufgebaut und in einem Pilotprojekt über vier Jahre in einigen Schulen durchgeführt. Zahlreiche Ergebnisse wurden bereits publiziert.

## Versorgungsherausforderung

Der kindliche Lebensstil hat sich in den letzten Jahrzehnten deutlich verändert. Die Kinder sitzen vermehrt und bewegen sich über den Tag deutlich weniger als früher. Nur 15,3 Prozent der Kinder zwischen sieben und 14 Jahren bewegen sich die von der WHO empfohlenen 60 Minuten pro Tag. Zudem beschäftigen sich die Kinder zunehmend mit Medien wie Computer, Fernseher und Mobiltelefon. 50 Prozent der Elfjährigen verbringen mehr als zwei Stunden pro Tag vor dem Fernseher, 25 Prozent spielen mehr als zwei Stunden pro Tag am Computer.

In Deutschland sind etwa 15 Prozent aller Kinder und Jugendlichen übergewichtig; sechs Prozent sind bereits adipös. Jungen und Mädchen sind gleichermaßen betroffen. Ein Drittel der adipösen Kinder und Jugendlichen stammt aus sozial benachteiligten Familien. Die Folgen dieser Entwicklung sind weitreichend: Durch Übergewicht oder Adipositas sinkt die körperliche und motorische Leistungsfähigkeit. Übergewichtige oder adipöse Kinder entwickeln sich dadurch emotional, sozial und kognitiv schlechter als Kinder mit normalem Gewicht.

Es besteht die Gefahr, bereits im Kindesalter übergewichtig zu werden und eine Adipositas zu entwickeln (juvenile Adipositas). Ein Prozent der Kinder mit einer juvenilen Adipositas haben bereits einen Diabetes mellitus Typ 2 entwickelt und sechs Prozent weisen eine Glukosetoleranzstörung auf. Ein Drittel der Kinder hat bereits Bluthochdruck oder ein metabolisches Syndrom. Das führt zu einem signifikant höherem Risiko, eine kardiovaskuläre Krankheit zu entwickeln oder frühzeitig zu sterben (Harring, Palentien, Heyer, 2012).

Übergewicht und Adipositas können durch mehr Bewegung und durch gesünderes Essverhalten verhindert werden (AGA, 2012). Es gibt viele Präventionsprogramme, die durch gezielte Maßnahmen versuchen, gesundheitliche Schädigungen zu verhindern. Dadurch soll die Zahl der Neuerkrankungen und früher Todesfälle reduziert werden (Walter, Robra, Schwartz, 2012). Eine gesundheitsfördernde oder präventive Maßnahme ist zunächst meist kostenintensiv. Der gesellschaftliche Nutzen lässt sich häufig erst nach mehreren Jahren abschätzen. Dadurch ist es schwer, die Effizienz einer solchen Maßnahme zu bestimmen und sie gegenüber den Krankenkassen zu rechtfertigen. Das führt dazu, dass die Daten von gesundheitsfördernden Maßnahmen oder Präventivprogrammen nicht ausreichend dokumentiert werden. Wenige Interventionen werden überhaupt wissenschaftlich untersucht; Ergebnisse werden selten publiziert. Deshalb gibt es noch immer keinen Goldstandard über schulische gesundheitsfördernde oder präventive Programme.

Damit ein Präventionsprogramm erfolgreich ist, muss es niedrigschwellig sein und sich leicht in den Alltag integrieren lassen. Dadurch können der Aufwand und die Kosten der Maßnahme möglichst gering gehalten werden.

## Entstehungsgeschichte

Im Jahr 1999 startete an ausgewählten Grundschulen im Raum Köln ein Kölner Kinderprojekt. Auf Basis dieses Projekts begann die Deutsche Sporthochschule Köln im Jahr 2000 das CHILT-Projekt wissenschaftlich aufzubauen. Dies erfolgte gemeinsam mit drei Instituten:

- Institut für Kreislaufforschung und Sportmedizin
- Institut für Schulsport und Schulentwicklung
- Institut für Bewegungs- und Neurowissenschaften

Neben der Deutschen Sporthochschule Köln und seinen Instituten waren bei der Entwicklung des Projekts das Schul- und Gesundheitsamt beteiligt, der Stadtsportbund Köln, die AOK Rheinland/Hamburg sowie der Verein der Freunde und Förderer des Herzzentrums Köln.

Die Partner führten eine systematische Literaturrecherche durch über die Vorgehensweise, die Testverfahren und die inhaltlichen Schwerpunkte von CHILT. Das Ergebnis war ein passgenaues Konzept für Grundschulen. Das CHILT-Projekt besteht aus drei Teilen (vgl. Abbildung 5). Ein Teil des Projektes ist CHILT Stufe I – dieser Teil hat sich für den Gesundheitspreis beworben. Das Konzept wurde an Grundschulen in Köln über vier Jahre hinweg durchgeführt und parallel dazu evaluiert.

### Umsetzung des Pilotprojekts

In dem Pilotprojekt wurden Kinder über ihre gesamte Grundschulzeit betreut – von der ersten bis zur vierten Klasse. Die Schulen lagen im Raum Köln. Der Unterricht wurde von den Lehrern und von Erziehern der anschließenden Ganztagsbetreuung durchgeführt (öffentlicher Ganzttag). Dafür wurden folgende Kernbotschaften entwickelt:

- Bedeutung der körperlichen Aktivität (mindestens 60 Minuten am Tag, besser 120 Minuten am Tag Bewegung)
- Inaktivität vermeiden bzw. abbauen (Fernsehzeit/Zeit vor dem Bildschirm zwischen 30 und 60 Minuten am Tag)
- Ausgewogene Ernährung, Meidung von Süßgetränken
- „Du bist gut so, wie Du bist!“

Um die Inhalte des CHILT-Programms zu vermitteln, wurden Stundenbilder für den Unterricht entwickelt. Diese Karteikarten zeigten den organisatorischen Ablauf der jeweiligen Einheiten, methodisch-didaktische Hinweise und inhaltliche Schwerpunkte. Die Stundenbilder waren in zwei verschiedene Einheiten gegliedert:

- CHILT-B: Bewegungsunterricht
- CHILT-G: Gesundheitsunterricht

Die Einheiten variierten zwischen fünf Minuten (Bewegungspause) und 45 Minuten (gesundes Frühstück, Sportstunden, etc.). Es wurden praktische Beispiele gegeben, wie die jeweiligen Einheiten ausgestaltet und in den Schulalltag eingegliedert werden können. Dabei umfasste der Gesundheitsunterricht folgende Themen:

- Biologische Themen (Körper, Zähne, Ernährung)
- Selbst-Management
- Förderung eines aktiven Freizeitverhaltens
- Reduktion von Inaktivitäten (Screen-Time: Fernsehen und Computer)

Damit die Schulen den Gesundheitsunterricht vermitteln konnten, erhielten sie folgende Materialien:

- Eigens entwickelte Rückenschule
- Auswahl an Vorschlägen für eine aktivierende und entspannende Bewegungspause für den Regelunterricht
- Spiele auf dem Pausenhof und am Nachmittag
- Stundenbilder für den Sportunterricht

Zu Beginn des Projekts wurden die Materialien in Fortbildungen vorgestellt; im weiteren Verlauf des Projekts fanden diese Vorstellungen einmal pro Jahr statt. Zudem boten die Projektmitarbeiter Supervisionen an und gaben weitere Anleitungen in den Schulen. Ziel war, die Umsetzung zu begleiten und zu dokumentieren. Später wurden die Maßnahmen von den Schulen in Eigenverantwortung durchgeführt.

Die Eltern wurden in den ersten zwei Jahren mit Flyern informiert und integriert. Die Flyer legten die Kernbotschaften des Projekts dar. Zudem konnten die Eltern an Elternabenden und Schulkonferenzen teilnehmen. Dieses Angebot wurde jedoch nur wenig genutzt.

Die entwickelten Materialien wurden intern und extern begutachtet und sind jetzt frei verfügbar. Die Strukturen und die unterschiedlichen Prozesse des Projekts wurden zusammengefasst und veröffentlicht. Daraus ist beispielsweise die Gesundheitspyramide für Kinder entstanden, die 2010 publiziert wurde.

Im Jahr 2000 entstand das Projekt. Seither wird es maßgeblich durch den Verein der Freunde und Förderer des Herzzentrums finanziert. Zudem konnten Spenden, Sponsorengelder und Gelder aus kooperativen Forschungsprojekten generiert werden, um das Projekt zu finanzieren. Der Druck und die Gestaltung der Materialien wurde von der AOK Rheinland/Hamburg finanziell unterstützt. Die umfangreiche Evaluation des Programms wurde maßgeblich aus Eigenmitteln der involvierten Institute der Deutschen Sporthochschule Köln finanziert.

Aufgrund des Erfolges von CHILT Stufe I wird das Projekt seitdem fortgeführt.

## Kernelemente

### Versorgungskonzept

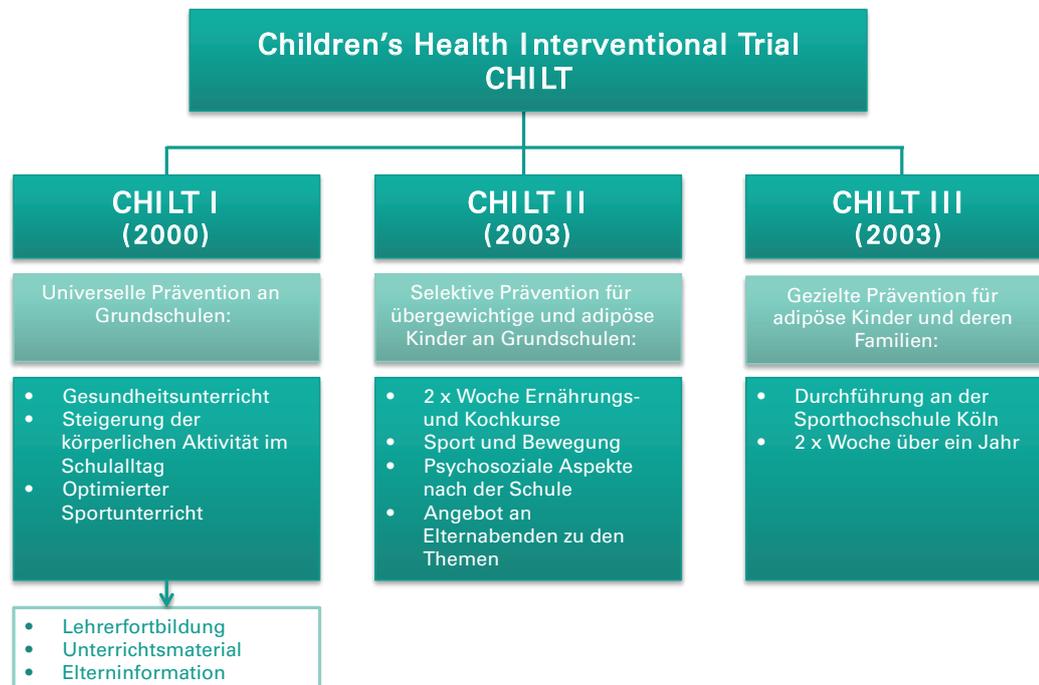
Das CHILT-Projekt ist stufenförmig aufgebaut: Es basiert auf drei unterschiedlichen Präventionsprogrammen. CHILT Stufe I zielt darauf ab, einer Adipositas durch Gesundheits- und Bewegungsunterricht vorzubeugen. Dieses Projekt hat sich für den Gesundheitspreis beworben. CHILT Stufe II und III hingegen konzentrieren sich auf Kinder und Jugendliche, die bereits übergewichtig oder adipös sind (vgl. Abbildung 5). CHILT Stufe II führt dazu ein Programm an Grundschulen durch. CHILT Stufe III ist ein Präventionsangebot, das an der Sporthochschule Köln selbst durchgeführt wird – und zwar für Kinder und Eltern.

Im CHILT-Projekt Stufe I sollen Kinder motiviert werden, sich sportlich zu betätigen und gesund zu ernähren. Das Konzept wurde in einer umfangreichen Studie überprüft. Aufgrund des Erfolgs wurde CHILT Stufe I in das „Kölner Zentrum für Prävention im Kindes- und Jugendalter“ eingebettet – ein Forschungsverbund an der Klinik- und Poliklinik für Kinderkardiologie. Die Ziele des Versorgungskonzepts sind:

- Senkung der Prävalenz von Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter
- Förderung der motorischen Leistungsfähigkeit bzw. Bewegungszeit

- Entwicklung eines gesundheitsförderlichen Lebensumfeldes der Kinder in der Schule unter Einbeziehung des Lehrpersonals, der Mitarbeiter und der Eltern
- Stärkung von Gesundheitsressourcen und -potentialen

**Abbildung 5** – Gesamtkonzept des CHILT-Projekts



Quelle: Eigene Darstellung.

Das Projekt wurde systematisch aufgebaut. Die publizierte Evaluation des CHILT-Projekts konnte zum ersten Mal nachweisen, dass eine schlechte motorische Leistung und ein hoher Body-Mass-Index (BMI) zusammenhängen.

Durch die Unterstützung der Partner wurde eine Einbettung in kommunale Netzwerke realisiert, das Material für den Schulunterricht grafisch aufgearbeitet und Fortbildungsmaßnahmen konzipiert.

## Zielgruppe

Das CHILT-Projekt Stufe I wurde für Kinder im Grundschulalter entwickelt (erste bis vierte Klasse). Für die Umsetzung werden Lehrer und Betreuer des offenen Ganztags geschult.

Das Programm hat sich in den letzten Jahren weiterentwickelt. Mit einer „Fortbildung zum/zur Präventions-Trainer/in“ legt das Konzept den Schwerpunkt auf Projekt- und Qualitätsmanagementaspekte, damit sich Präventionsprogramme erfolgreich umsetzen lassen. Die Zielgruppe wurde daher erweitert:

- Ärzte – speziell Kinder- und Jugendärzte
- Sportwissenschaftler
- Übungsleiter
- Ökotrophologen
- Diätassistenten

- Psychologen und Pädagogen
- Sonderpädagogen und Sozialpädagogen
- Sonstige Akteure, zum Beispiel Physiotherapeuten

## Versorgungselemente

Schulen können sich für das CHILT-Projekt Stufe I deutschlandweit anmelden. Zunächst wird der Bestand der Schule aufgenommen und analysiert durch einen Koordinator des Kölner Zentrums für Prävention. Auf Basis dessen wird der Ist-Zustand bewertet, damit die vorhandenen Ressourcen der Schule optimal genutzt werden können.

Eine Fortbildung umfasst etwa sieben Stunden und findet vor Ort in den Schulen statt. Die Fortbildung wird für Lehrer und Mitarbeiter des offenen Ganztags angeboten, damit das Vor- und Nachmittagsangebot für die Kinder optimal verzahnt wird. Inhaltlich werden die Kernbotschaften des Projekts erarbeitet:

### Abbildung 6 – Entwickelte Kernbotschaften aus dem CHILT-Projekt Stufe I

| Kernbotschaften des CHILT I-Projekts   |
|--|
| • Körperliche Aktivität stellt eine wesentliche Voraussetzung für eine gesunde Entwicklung von Kindern dar; dies betrifft die motorische, kognitive, psychosoziale und emotionale Entwicklung. |
| • Bewegungsmangel und Fehlernährung haben einen negativen Einfluss auf die gesunde und psychosoziale Entwicklung.  |
| • Eine ausgeglichene Energiebilanz unterstützt eine gesunde Gewichtsentwicklung bei Kindern und Jugendlichen und beugt der Entstehung von Übergewicht vor.                                     |
| • Insbesondere Softdrinks sollten reduziert werden.  |
| • Es gibt keine Verbote, sondern Empfehlungen für eine ausgewogene Ernährung; zur Orientierung kann die Kinder-Ernährungspyramide ( <a href="http://www.aid.de">www.aid.de</a> ) dienen.       |
| • Zur Orientierung hinsichtlich körperlicher Aktivität dient die Kinder-Bewegungspyramide ( <a href="http://www.aid.de">www.aid.de</a> ).  |
| • Insgesamt sollten sich Kinder mindestens ein bis zwei Stunden täglich bewegen.   |
| • Die Bildschirmzeit (TV, PC) sollte reduziert werden und nicht mehr als eine Stunde täglich betragen.   |

Quelle: Graf und Dordel (2011).

Das Fortbildungsprogramm der Sporthochschule Köln hat sich in den letzten Jahren weiterentwickelt. Der Fokus liegt seitdem darauf, den Mitarbeitern an den Schulen Managementtechniken zu vermitteln. Neben Themenbereichen wie Ernährung, Bewegung und Stressregulierung werden jetzt auch Grundlagen vermittelt zum Projekt- und Qualitätsmanagement und zur Moderation und Beratung. Daraus ergeben sich folgende Themenkomplexe:

- Definition und Epidemiologie von Übergewicht
- Ursachen und Folgen von Übergewicht
- Positive und negative Einflussfaktoren
- Definition des Präventionsbegriffes
- Präventive Ansätze in Theorie und Praxis
- Kindliche Entwicklung bzw. Besonderheiten des Jugendalters

- Verhältnis- und Verhaltensprävention
- Motivierende Aspekte und Beratungskompetenz
- Kommunikation
- Projektmanagement
- Netzwerkarbeit
- Nachhaltigkeit

Das Wissen wird in 45 Unterrichtseinheiten innerhalb von fünf Tagen vermittelt. Die maximale Gruppengröße umfasst 15 Teilnehmer.

### Mehrwert

Nur wenig gesundheitsfördernde Maßnahmen oder präventive Programme überprüfen ihre Arbeit wissenschaftlich – insbesondere im Bereich Kinder und Jugendliche. Das CHILT-Projekt Stufe I wurde systematisch entwickelt und die Umsetzung genau dokumentiert. Dies vereinfachte die Evaluation. Dadurch war es möglich, eine Verbindung zwischen Wissenschaft und Forschung herzustellen. Die wissenschaftlichen Resultate belegten den Erfolg des Projekts und wurden bereits zahlreich publiziert. Die entwickelten Materialien, um Übergewicht bei Kindern vorzubeugen und sie motorisch leistungsfähiger zu machen, sind gewinnbringend für die Forschung, Praxis und auch für die Politik.

Durch das Projekt werden Kinder dazu motiviert, sich mehr zu bewegen und gesünder zu ernähren. Das CHILT-Projekt Stufe I wird mit Grundschulklassen durchgeführt. Dadurch werden alle Kinder einer Klasse mit einbezogen, unabhängig von ihrem sozialen Umfeld. Um Übergewicht vorzubeugen, ist es wichtig, das Verhalten der Kinder frühzeitig zu beeinflussen. Durch den Gesundheitsunterricht lernen die Kinder, welche Lebensmittel gesund sind. Dabei werden keine Verbote für Lebensmittel ausgesprochen. Das richtige Maß ist an dieser Stelle entscheidend.

Der Unterricht will die Kinder motivieren, sich in der Freizeit mehr zu bewegen. Aber auch in den Unterrichtspausen werden kleine Bewegungseinheiten durchgeführt – auch wenn diese manchmal nur fünf Minuten dauern.

Im CHILT-Projekt geht es nicht nur darum, die Kinder zu beeinflussen, sondern:

1. Es werden Vorschläge geliefert, um den Pausenhof bewegungsfreundlicher zu gestalten,
2. Elternabende werden durchgeführt und
3. Lehrer werden durch Schulungen und Fortbildung für das Thema sensibilisiert.

### Finanzierung

Wird das CHILT-Projekt Stufe I an einer Schule etabliert, fallen Kosten in Höhe von 525 Euro an. Darin sind Fortbildungen des Lehrpersonals, Supervision und Unterrichtsmaterialien enthalten. Das fünftägige Fortbildungsprogramm zum Präventionstrainer kostet 550 Euro.

Um die Koordination des CHILT-Projekts im Kölner Zentrum für Prävention kümmern sich drei Mitarbeiter: eine wissenschaftliche Mitarbeiterin, eine wissenschaftliche Hilfskraft und ein Ökotrophologe/Sportwissenschaftler. Die Kosten für die drei Mitarbeiter liegen bei 84.000 Euro pro Jahr.

Der Verein für Freunde und Förderer des Herzzentrums Köln unterstützt das Projekt weiterhin finanziell.

## Management

Im Kölner Zentrum für Prävention im Kindes- und Jugendalter erfolgt die Koordinierung des Projekts. Dafür sind folgende Mitarbeiter eingestellt:

1. Wissenschaftlicher Mitarbeiter in Vollzeit
2. Wissenschaftliche Hilfskraft für 17 Stunden pro Woche
3. Ökotrophologe/Sportwissenschaftler für sieben Stunden pro Woche

Der wissenschaftliche Mitarbeiter und die Hilfskraft kümmern sich um Bedarfsanalyse und Bestandsaufnahme an den Schulen, sie planen Schulungen und führen sie durch, und sie organisieren die Supervisionen. Stundenweise wird der Ökotrophologe/Sportwissenschaftler für die Multiplikatoren-Schulung eingesetzt.

Informationen zum CHILT-Projekt werden über die Homepage sowie durch Öffentlichkeitsarbeit verbreitet.

## Evaluation

Das Pilotprojekt CHILT Stufe I wurde von Beginn an parallel evaluiert. Es wurden Erstklässler in die Untersuchung einbezogen aus Grundschulen in Köln, Frechen, Rhein-Erft- und dem Rhein-Siegkreis. Zwölf Klassen befanden sich in der Interventionsgruppe und fünf Klassen in der Kontrollgruppe. Das CHILT-Projekt Stufe I lief vier Jahre. Es wurden nur die Kinder untersucht, deren Eltern informiert waren bzw. bei denen kein Ausschlusskriterium vorlag, wie akute oder chronische Erkrankungen (Graf, Dordel, 2011). Eine unabhängige Ethikkommission der Deutschen Sporthochschule Köln genehmigte die Studie.

Die primären Endpunkte der Studie waren:

1. Senkung der Prävalenz von Übergewicht und Adipositas
2. Förderung der motorischen Leistungsfähigkeit bzw. der Bewegungszeit

An der Untersuchung nahmen 615 Kinder (48,9 Prozent weiblich) teil, die sowohl die Eingangs- als auch Ausgangsuntersuchung absolvierten hatten. Zwischen der Kontroll- und der Interventionsgruppe konnten keine signifikanten Unterschiede ermittelt werden hinsichtlich Nationalität und dem höchsten Schulabschluss der Eltern.

Es wurden die Körpergröße und das Gewicht der Kinder bestimmt (antropometrische Daten). Die motorische Leistungsfähigkeit der Kinder wurde anhand eines Sechs-Minuten-Laufs und eines Körperkoordinationstests durchgeführt, welcher sich in vier Teile gliedert:

1. Balancieren rückwärts
2. monopedaless Überhüpfen (einbeiniges Überspringen von Schaumplatten)
3. seitliches Hin- und Herspringen
4. seitliches Umsetzen

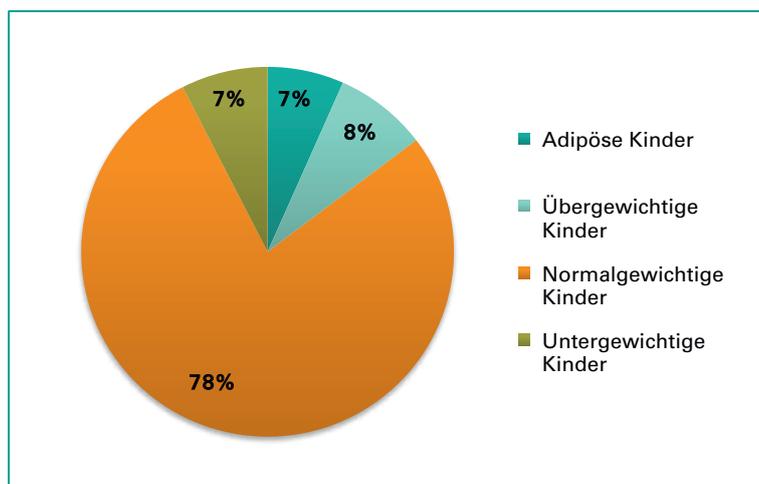
**Abbildung 7** – Zeitstrahl der Untersuchung mit erhobenen Untersuchungsparametern



Quelle: Eigene Darstellung.

Insgesamt wurden 558 Kinder untersucht. Die ermittelten Werte der Kinder hinsichtlich des Gewichts bzw. des BMI in der Eingangsuntersuchung sind der Abbildung 8 zu entnehmen.

**Abbildung 8** – Verteilung der Kinder nach ihrem Gewicht zur Eingangsuntersuchung



Quelle: Graf und Dordel (2011).

Von den adipösen und übergewichtigen Kindern konnten in der Interventionsgruppe 23 Prozent ein Normalgewicht erreichen. In der Kontrollgruppe waren es 19 Prozent. Dabei wurden die übergewichtigen Kinder (acht Prozent) und die adipösen Kinder (sieben Prozent) zusammengefasst. Die Unterschiede waren nicht signifikant.

Nach Ende des Projekts war die Ausdauerleistung der Kinder in der Interventionsgruppe höher als in der Kontrollgruppe. Für die Teile „Balancieren rückwärts“ und „seitliches Hin- und Herspringen“ waren die Ergebnisse der Interventionsgruppe signifikant besser im Vergleich zur Kontrollgruppe.

In einer Subgruppenanalyse wurde analysiert, wie sich der BMI entwickelt hat zwischen:

1. Adipösen und übergewichtigen Kindern und
2. Normalen und untergewichtigen Kindern

In der Interventionsgruppe konnte signifikant gezeigt werden, dass der BMI langsamer angestiegen ist.

## Nächste Schritte

Der Schwerpunkt des Konzepts soll zukünftig darauf liegen, den Schulen Managementstrategien zu vermitteln, damit die Präventionsmaßnahmen langfristig erfolgreich sind.

Zudem möchte sich das Programm darauf konzentrieren, die erforderlichen Maßnahmen der Schulen an den individuellen Bedarf anzupassen und in den schulischen Alltag zu integrieren. Die Maßnahmen müssen regelmäßig und konsequent durchgeführt werden, sodass gesunde Lebensräume für die Kinder entstehen können. Wichtig ist dabei, dass übergewichtige und adipöse Kinder zukünftig intensiver betreut und behandelt werden, damit sie das Programm auch erfolgreich zu Ende führen.

## Ansprechpartner

Prof. Dr. med. Dr. Sportwiss. Christine Graf  
 Institut für Bewegungs- und Neurowissenschaft  
 Abteilung III für Bewegungs- und Gesundheitsförderung  
 Deutsche Sporthochschule Köln  
 Am Sportpark Müngersdorf 6  
 50933 Köln  
 Telefon: 0221 498 252 90  
 E-Mail: c.graf@dshs-koeln.de  
 www.chilt.de

## Literatur

- Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) (2012). Leitlinien. Verabschiedet auf der Konsensus-Konferenz der AGA am 04.10.2012. Online unter: [http://www.adipositas-gesellschaft.de/fileadmin/PDF/Leitlinien/AGA\\_S2\\_Leitlinie.pdf](http://www.adipositas-gesellschaft.de/fileadmin/PDF/Leitlinien/AGA_S2_Leitlinie.pdf) [abgerufen am: 23.10.2014].
- Graf, C., Dordel, S. (2011). Das CHILT-I-Projekt (Childrens's Health Interventional Trial). Bundesgesundheitsblatt, 54:313-321.
- Harring, M., Palentien, C., Heyer, R. (2012). Kinder und Jugendliche. In: F. W. Schwartz, U. Walter, J. Siegrist, P. Kolip, R. Leidl, M. L. Dierks, R. Busse, N. Schneider (Hrsg.), Public Health Gesundheit und Gesundheitswesen (Vol. 3., S. 661–680). München: Elsevier Urban&Fischer.
- Walter, U., Robra, B.-P., Schwartz, F. W. (2012). Prävention. In: F. W. Schwartz, U. Walter, J. Siegrist, P. Kolip, R. Leidl, M. L. Dierks, R. Busse, N. Schneider (Hrsg.), Public Health Gesundheit und Gesundheitswesen (Vol. 3., S. 196–222). München: Elsevier Urban&Fischer.

# Das Telemedizinische Lifestyle Programm TeLiPro

## Zur Unterstützung der Lebensstiländerung bei Übergewicht und Typ-2-Diabetes

*Autorin: Kerstin Kempf*

### Management Summary

Ziel des Telemedizinischen Lifestyle Programms TeLiPro ist es, übergewichtige Patienten mit Typ-2-Diabetes mellitus bei der Gewichtsreduktion zu unterstützen und ihre Stoffwechseleinstellung zu verbessern. Je nach Bedarf können einzelne Komponenten des Programms im Baukastensystem zusammengestellt werden: Telemonitoring, Formuladiät, Blutzuckerselbstkontrolle, Telefoncoaching durch medizinisch geschulte Coaches oder ein medizinisch mentales Motivationstraining.

Neben einer verbesserten Lebensqualität und verstärktem Selbstmanagement der Patienten werden Antidiabetika eingespart, Faktoren, die ein kardiovaskuläres Risiko darstellen, verbessert, möglicherweise Folgeerkrankungen, krankheitsbedingte Arbeitsausfälle und Frühverrentung reduziert – und somit Kosten für das Gesundheitssystem vermieden.

Am Projekt beteiligt sind das Deutsche Institut für Telemedizin und Gesundheitsförderung (DITG) und das Westdeutsche Diabetes- und Gesundheitszentrum (WDGZ) in Düsseldorf.

Das Interesse an TeLiPro ist groß: TeLiPro wird bereits von Krankenkassen genutzt, um Versicherte mit besonderem Versorgungsbedarf intensiv begleiten zu lassen. Große Unternehmen nutzen TeLiPro für die betriebliche Gesundheitsfürsorge. Auch international besteht großes Interesse an telemedizinischer Versorgung, sodass ein internationaler Rollout für 2014/15 geplant ist.

### Einleitung

Die meisten chronischen Krankheiten – vor allem auch Typ-2-Diabetes – sind zumindest teilweise durch den Lebensstil bedingt. Eine Änderung des Lebensstils kann daher die Krankheit vermeiden oder zumindest den Verlauf verlangsamen. Das Telemedizinische Lifestyle Programm will diese Lebensstilveränderung unterstützen und so Diabetes und Übergewicht bekämpfen. Die Kombination einzelner Module des Konzepts erleichtert die nachhaltige Änderung des Lebensstils.

### Versorgungsherausforderung

Der demographische Wandel stellt nicht nur Deutschland vor eine große Herausforderung. Durch die steigende Zahl an chronisch Kranken wird die Versorgung zunehmend erschwert. Patienten werden vor allem in den Ländern schlecht versorgt, die wenig medizinisches Wissen sowie eine mangelhafte Versorgungsstruktur haben. Auch in diesen Ländern würden Patienten mit Typ-2-Diabetes von TeLiPro profitieren.

Der Typ-2-Diabetes ist eine der häufigsten chronischen Krankheiten in Deutschland. Etwa acht Prozent der deutschen Bevölkerung, das sind rund sechs Millionen Menschen, leiden unter dieser Krankheit (Robert Koch-Institut, 2014). Weil die Betroffenen oftmals keinerlei Symptome verspüren und die Krankheit sich langsam entwickelt, wird geschätzt, dass die Dunkelziffer ungefähr genauso hoch ist.

Übergewicht, hochkalorische Ernährung und Bewegungsmangel sind häufige Ursachen für Typ-2-Diabetes. Bei der Erkrankung kann der Körper Insulin zwar noch selbst produzieren, aber nicht mehr richtig verwenden. Somit verbleibt der aufgenommene Zucker in der Blutbahn und erhöht die Blutzuckerwerte dauerhaft. Bei einer unzureichenden Blutzuckereinstellung steigt das Risiko für Folgeerkrankungen, beispielsweise Herzkreislauf-Erkrankungen, Fußulzera oder Augen- und Nierenschäden (Robert Koch-Institut, 2014).

Eine Diagnose bedeutet für den Betroffenen, dass er sein bisheriges tägliches Leben stark an die Krankheit anpassen muss (DiabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe, 2014). Die Lebensqualität der Patienten sinkt mit zunehmendem Verlauf der Krankheit; viele Patienten werden depressiv. Auch die Stoffwechseleinstellung verschlechtert sich in der Regel im Laufe der Zeit, da der Körper immer weniger Insulin produziert. Deswegen muss im Anfangsstadium der Krankheit versucht werden, den Blutzucker richtig einzustellen.

Bei einem neu diagnostizierten Typ-2-Diabetes sollte laut internationalen Leitlinien eine Lebensstiländerung erfolgen. Häufig schaffen es jedoch die Patienten nicht, diese selbständig und langfristig umzusetzen. Zudem beginnen viele Ärzte stattdessen frühzeitig eine antidiabetische Therapie mit oralen Antidiabetika bzw. Insulin, da sie eine intensive Betreuung ihrer Patienten zeitlich wie finanziell gar nicht leisten können. Innerhalb der Regelversorgung können die Ärzte den Patienten bei einer Lebensstiländerung also kaum helfen. Die medikamentöse Diabetestherapie, die darauf abzielt den Blutzuckerspiegel und den HbA1c-Wert zu verbessern, führt jedoch häufig zu einer weiteren Gewichtszunahme, so dass die Grundproblematik sich noch verstärkt und die Dosierung der Antidiabetika weiter gesteigert werden muss. Um diese Spirale zu durchbrechen, ist eine nachhaltige Änderung des Lebensstils notwendig.

Diese Änderung des Lebensstils ist den Patienten ohne externe Unterstützung kaum möglich. Ihnen fällt es auch schwer, Therapiemaßnahmen richtig umzusetzen, da sie oft die Symptome ihrer Erkrankung gar nicht spüren und bei langfristigen Maßnahmen ohne Möglichkeit der direkten Erfolgskontrolle oft die Motivation verlorenght. Bei Patienten mit bereits vorhandenen Folgeerkrankungen werden die Leitlinien oft nicht angewandt; die Patienten selbst nehmen Versorgungsangebote nicht konsequent wahr. Dies führt zu hohen Kosten für das Gesundheitssystem und zu einer Belastung des Patienten.

## Entstehungsgeschichte

Das Deutsche Institut für Telemedizin und Gesundheitsförderung wurde 2013 gegründet, um e-Health als Bestandteil ganzheitlicher Therapieoptimierung zu etablieren. Dabei ist die Telemedizin eines der wichtigsten Werkzeuge. Unterschiedliche Betreuungsansätze, wie die Komponenten von TeLiPro, wurden miteinander vernetzt und angewendet. Bei der Entwicklung von Interventionssystemen nutzt das DITG die Erfahrung des WDGZ im Bereich Telemedizin sowie seine medizinische Expertise. Im WDGZ wurde die Telemedizin bereits im stationären Sektor angewendet. Hier wurden sämtliche Patientendaten in einer elektronische Patientenakte gespeichert. Auf diese Akte kann der Diabetologe jederzeit zugreifen. Er überprüft die Daten zur Stoffwechseleinstellung und kann die Therapieänderung elektronisch eintragen. So kann auf Station zeitnah die Therapie angepasst werden und der Blutzucker des Patienten stellt sich optimal ein. Diese Erkenntnisse des WDGZ werden außerhalb des stationären Bereichs genutzt, um Systeme im DITG zu entwickeln. Für das Projekt TeliPro kooperiert das DITG daher mit dem WDGZ.

## Kernelemente

### Versorgungskonzept

Das Ziel des Projekts ist es, das Programm bei folgenden Versorgungsproblemen zu etablieren:

- Wenn der Patient die Lebensstiländerung nicht selbstständig vornehmen kann.
- Wenn die Regelversorgung nicht ausreicht, um eine gute Stoffwechseleinstellung zu erreichen.
- In besonderen Phasen des Lebens, bei denen eine intensive Betreuung notwendig ist.

Viele Patienten mit Typ-2-Diabetes müssen dabei unterstützt werden, ihren Lebensstil nachhaltig zu ändern, um nicht nach einiger Zeit wieder in alte Muster zu verfallen. Mit Hilfe der Einzelkomponenten soll die Unterstützung gewährleistet werden. Durch die gezielte Hilfe kann sich die Stoffwechseleinstellung nachhaltig verbessern und die Lebensqualität der Betroffenen steigen. Zudem können die Kosten für das Gesundheitssystem gesenkt werden, wenn langfristig die Versorgung von Diabetespatienten verbessert wird. Die einfache Skalierbarkeit von TeLiPro bietet Antworten für die Herausforderungen und Mängel in der Versorgungsstruktur bezogen auf Effizienz und Effektivität.

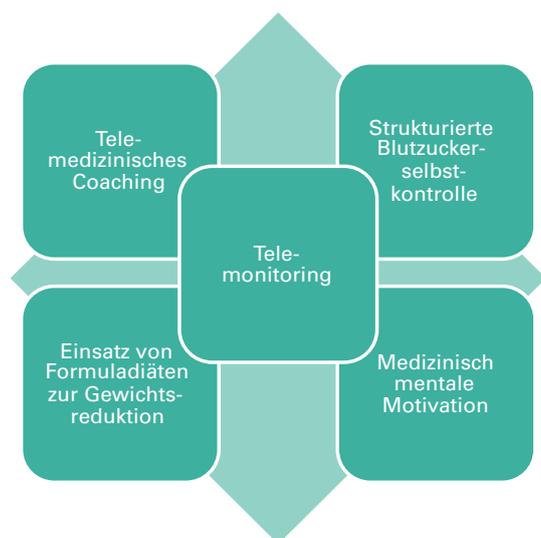
### Zielgruppe

Das Telemedizinische Lifestyle Programm hilft vor allem den Diabetespatienten, bei denen konventionelle Therapien nicht zu einer guten Stoffwechseleinstellung führen. Die Patienten können in der konventionellen Therapie aus Zeit- und Geldgründen nicht intensiv betreut werden; TeLiPro kann diese Unterstützung liefern.

### Versorgungselemente

Das Telemedizinische Lifestyle Programm besteht aus fünf Elementen, die alle positive Effekte auf das Leben von Diabetespatienten haben (vgl. Abbildung 9).

**Abbildung 9** – Die fünf Einzelkomponenten des Telemedizinischen Lifestyle Programms



Quelle: Eigene Darstellung.

Nachdem die Teilnehmer sich in das Telemedizinische Lifestyle Programm eingeschrieben haben, kontaktiert sie zunächst der Gesundheitsberater, der die Krankengeschichte aufnimmt. Die Daten werden anschließend von einem Arzt im telemedizinischen Zentrum überprüft. Daraufhin erhalten die Teilnehmer die telemedizinischen Geräte.

Telematische Waagen, Schrittzähler, Blutzucker- und Blutdruckmessgeräte übertragen die gemessenen Werte über eine eingebaute SIM-Karte in ein Onlineportal. Dies geschieht in Echtzeit und automatisch. Der behandelnde Arzt kann so jederzeit auf die Werte zugreifen und erhält dafür ebenfalls eine Monatsübersicht. Nur der Patient selbst und die Gesundheitsberater können die Werte einsehen. Die Daten sind die Basis für ein regelmäßiges telefonisches Coaching. Dieses Coaching wird an individuell vereinbarten Telefonterminen über einen Zeitraum von einem Jahr durchgeführt und beinhaltet nach einem wissenschaftlich evaluierten Curriculum die Wissensvermittlung zu:

- Typ-2-Diabetes
- Gesunder Ernährung
- Integration von Bewegung in den Alltag
- Gewichtsreduktion
- Blutzuckerselbstkontrolle
- Motivationselemente
- Sowie praktische Tipps und Hilfestellungen

Am Anfang des Coachings vereinbaren Arzt und Patient Ziele; anhand der gemessenen Werte werden diese regelmäßig überprüft, reflektiert und in Zusammenarbeit mit dem behandelnden Hausarzt bzw. Diabetologen die Diabetesmedikation angepasst. Durch die regelmäßigen Telefonate werden die Patienten an diese Ziele sowie die notwendigen Kontrolluntersuchungen erinnert. Die Patienten erfahren einen starken Rückhalt während ihrer Therapie – die Compliance steigt.

Individuelle Schulungen sollen zudem das Verständnis der Patienten für ihre Krankheit und deren Verlauf verbessern. Bei technischen Problemen der Geräte stehen die Gesundheitsberater ebenfalls zur Verfügung.

Neben den telemedizinischen Geräten wird zusätzlich ein Beginnerpaket der Formuladiät übersandt. Dafür vereinbaren Arzt und Patient ein Termin, zu dem die Diät angefangen werden soll. Anfangs werden alle Mahlzeiten einige Tage durch die Formuladiät ersetzt. Anschließend wird die normale Kost sukzessiv aufgebaut. Durch eine schnelle Gewichtsabnahme soll der Teilnehmer motiviert werden, das Programm langfristig durchzuhalten und den Lebensstil nachhaltig zu ändern.

Zusätzlich sollen die Teilnehmer lernen, ihren Blutzucker regelmäßig selbst zu kontrollieren, um so ein optimales Ergebnis zu erzielen. Die strukturierte Blutzuckerselbstkontrolle hilft dabei, zu zeigen, wie unterschiedliche Nahrungsmittel auf den Blutzucker wirken. So verstehen die Teilnehmer besser, welche Lebensmittel sich positiv und welche sich negativ auf den Blutzuckerspiegel auswirken; sie können so den Verlauf aktiv steuern. Die Daten zum Gewicht und zur Bewegung werden im Detail während des Telefonats besprochen.

Das integrierte mentale Motivationstraining soll die Gesundheitseinstellung der Teilnehmer langfristig verändern, indem Motivationshemmnisse erkannt und beseitigt werden und die innere Einstellung der Teilnehmer langfristig verändert wird.

## Mehrwert

Verschiedene Studien haben gezeigt, dass eine bessere Versorgungsqualität auch ohne Vor-Ort-Betreuung möglich ist – etwa, wenn die Patienten internet-basiert begleitet werden und ihre Blutzuckerwerte selbst kontrollieren. Die Telemedizin ist dabei nicht nur günstiger als die Vor-Ort-Versorgung, sie leistet sogar mehr. Ein geschultes Team überprüft die übermittelten Daten regelmäßig. Durch Telemedizin reduziert sich die Anzahl der Krankenhauseinweisungen und -tage, es werden weniger Medikamente verschrieben. Dadurch entsteht ein Mehrwert für alle Beteiligten: Krankenkassen, Leistungserbringer und Patient (Dienstl, Kempf, Schulz et al., 2011).

Neben dem telemedizinischen Ansatz profitieren die Patienten auch von den anderen Komponenten von TeLiPro. Der besondere Vorteil des Konzepts ist aber die Skalierbarkeit, d.h., dass die einzelnen Komponenten je nach Patient und Bedarf individuell kombiniert werden können.

## Finanzierung

Die Krankenkassen und die Betriebe, die das Programm aktuell nutzen, kommen selbst für die Versorgung ihrer Mitarbeiter/Versicherten auf. Deshalb ist das DITG nicht fremdfinanziert und arbeitet kostendeckend. Durch die Nutzung des Programms werden langfristig Kosten eingespart. Somit entstehen zwar für die Betriebe und Krankenkassen Kosten für die Nutzung des Telemedizinischen Lifestyle Programms, allerdings können sie sich aus den positiven Effekten des Programms refinanzieren.

## Management

Die Hauptakteure des Telemedizinischen Lifestyle Programms sind das Deutsche Institut für Telemedizin und Gesundheitsförderung (DITG) und das Westdeutsche Diabetes- und Gesundheitszentrum (WDGZ) in Düsseldorf, die das Projekt gemeinsam entwickelt haben. Dabei unterstützt das WDGZ das DITG bei der Validierung der Systeme, beispielsweise durch wissenschaftliche Studien. Das DITG bietet hierfür ein eigenes Callcenter mit medizinischen Gesundheitsberatern wie Sportwissenschaftlern, Diabetes- und Ernährungsberaterinnen. Diese werten die Daten der Patienten regelmäßig aus und kontaktieren die Patienten telefonisch. Bei den Telefonaten besprechen sie die aktuelle Lage der Erkrankung, die nächsten Schritte und helfen den Patienten, ein besseres Verständnis für den Umgang mit ihrer Erkrankung zu entwickeln.

## Evaluation

Die Komponenten wurden in wissenschaftlichen Studien einzeln evaluiert. Hierbei wurde der medizinische bzw. gesundheitliche Mehrnutzen untersucht.

Die Studie zur telemedizinischen Betreuung lief über sechs Monate; die Studie zur Blutzuckerselbstkontrolle wurde innerhalb der zwölfwöchigen Intervention durchgeführt. Die Nachbeobachtung zu dieser Studie lief über einen Zeitraum von insgesamt zwei Jahren. Die Teilnehmer, die die Formuladiät zur Gewichtsreduktion nutzten, wurden während der zwölfwöchigen Intervention beobachtet. Auch zu dieser Studie gab es eine Nachbeobachtung nach einem Jahr. Das Programm zum medizinisch mentalen Training lief drei Monate, die Werte wurden ebenfalls nach zwölf Monaten verglichen. Die zweite Studie zu diesem Thema wurde auch drei Monate durchgeführt, wobei jeweils drei und sechs Monate nach Programmende nachbeobachtet wurden.

Die telemedizinische Beratung hat dazu geführt, dass sich bei allen Teilnehmern der HbA1c-Wert signifikant verbessert hat. Auch weitere Risikofaktoren wurden signifikant besser, das Risiko für Folgeerkrankungen ging zurück. Die Beratung hat ebenfalls bewirkt, dass die Krankheit die Patienten weniger belastet. Die Lebensqualität von den Teilnehmern wurde erheblich verbessert. Besonders depressive Patienten profitierten besonders davon, telemedizinisch unterstützt zu werden.

Innerhalb einer Studie zu übergewichtigen Angestellten mit einem Diabetesrisiko konnte TeLiPro erfolgreich angewendet werden. Hier wurden drei Gruppen hinsichtlich ihrer Gewichtsreduktion und der Risikofaktoren verglichen:

- Personen, die bei der Regelversorgung blieben
- Personen, die telemedizinische Unterstützung erhielten
- Personen, die telemedizinische Unterstützung und zusätzlich Coaching erhielten

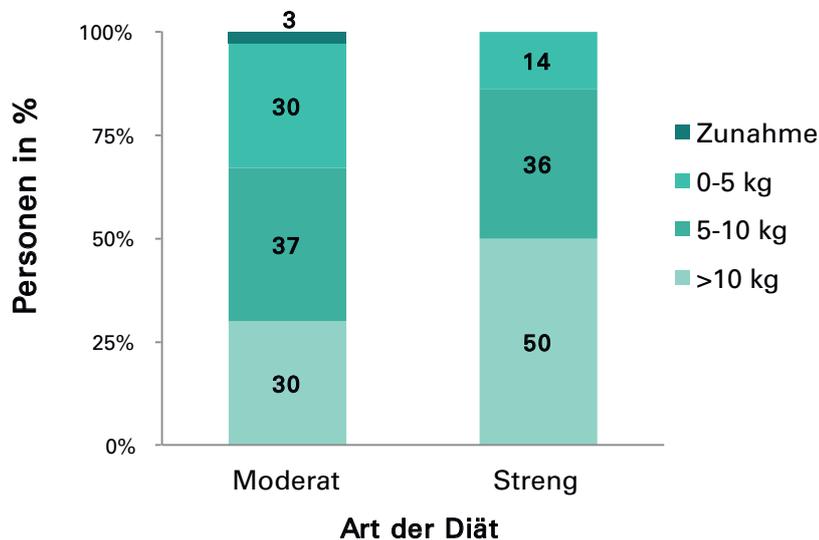
Die Teilnehmer erhielten für die telemedizinische Unterstützung elektronische Waagen und Schrittzähler. Die Teilnehmer der letzten Gruppe wurden zusätzlich wöchentlich von den Coaches angerufen. Die Teilnehmer der Regelversorgung haben nur marginal an Gewicht verloren. Im Vergleich dazu verloren die Teilnehmer der anderen beiden Gruppen deutlich mehr an Gewicht. Die Gruppe mit dem Coaching hat im Vergleich zur ersten Gruppe signifikant an Gewicht verloren. Auch die Risikofaktoren wurden in den beiden Gruppen mit telemedizinischer Unterstützung verbessert. Beim Vergleich der letzten beiden Gruppen zeigt sich, dass es mehr bringt, die Telemedizin mit dem Coaching zu kombinieren: In dieser Gruppe wurden fünf Risikofaktoren verbessert, in der ohne Coaching lediglich zwei. Die Telemedizin ist also geeignet, Übergewichtige mit einem Risiko für Diabetes zu motivieren, ihren Lebensstil zu verändern. Kombiniert man die Telemedizin mit einem Telefon-Coaching, sind die erzielten Ergebnisse sogar noch größer.

Bei der zwölfwöchigen Studie zur strukturierten Blutzuckerselbstkontrolle wurde der Einfluss dieser Selbstkontrolle untersucht. 81 Prozent der Teilnehmer haben das Programm beendet. Bei allen wurde die Stoffwechseleinstellung besser. Weitere Risikofaktoren – wie der Blutdruck, der HbA1c-Wert und das Gewicht – wurden ebenfalls besser. Auch die Lebensqualität stieg an (Kempf, Kruse, Martin, 2010). In einer Nachbeobachtung konnte gezeigt werden, dass die Teilnehmer auch nach zwei Jahren ihr Gewicht noch weiter reduzieren konnten. Die Lebensqualität der Patienten war nach den zwei Jahren immer noch besser als vor der Intervention. Die Verbesserung des HbA1c-Wertes hängt jedoch von der strukturierten Blutzuckerselbstkontrolle ab. Die Studie zeigt, dass Patienten mit einer täglichen Kontrolle den Wert verbessern konnten. Bei den Patienten, die in der Nachbeobachtung nicht mehr selbst kontrollierten, hat sich der Wert wieder verschlechtert. Dies zeigt, dass es sehr wichtig ist, dass die Patienten regelmäßig und strukturiert ihren Blutzucker selbst kontrollieren. Dies kann nachweislich auch über einen langen Zeitraum den HbA1c-Wert verbessern und damit die Lebensqualität steigern (Kempf, Kruse, Martin, 2012).

Auch der Einsatz von Formuladiäten wurde wissenschaftlich evaluiert. Bei der zwölfwöchigen Anwendung der Formuladiät wurden zwei unterschiedliche Gruppen miteinander verglichen: eine mit einer moderaten Diät und eine mit einer strengen Diät. Bei der moderaten Diät wurden während der ersten fünf Wochen Frühstück und Abendessen durch die Formuladiät ersetzt. Während der letzten sieben Wochen der Untersuchung wurde nur noch das Abendessen ersetzt. Bei der strengen Diät wurden in der ersten Woche alle drei Mahlzeiten ersetzt, in Woche zwei bis vier nur noch zwei Mahlzeiten. Die letzten Wochen wieder nur noch das Abendessen. So konnte bei einigen Patienten bereits nach ein paar Tagen die Insulintherapie halbiert werden. Dies geschah sogar noch, bevor diese Teilnehmer überhaupt signifikant Gewicht verloren hatten. Durch diese Intervention sanken bei beiden Gruppen der HbA1c, das Gewicht und auch die antidiabetische Medikation. Die Patienten mit der strengen Diät konnten dabei mehr Gewicht

verlieren als jene mit der moderaten Diät. Bei einigen konnte die Insulintherapie in der Nachbeobachtung über 18 Monaten sogar komplett abgesetzt werden. Die Langzeiteffekte auf Insulintherapie und Gewichtsreduktion waren also bei beiden Diäten erfolgreich, bei der strengen jedoch stärker. Das genaue Ergebnis wird in Abbildung 10 dargestellt.

**Abbildung 10** – Prozentualer Anteil der Teilnehmer mit anhaltender Gewichtsreduktion nach 1 Jahr



Quelle: Eigene Darstellung.

Eine weitere Komponente ist das medizinisch mentale Training. Dies wurde vom WDGZ entwickelt und basiert auf neurolinguistischer Programmierung. Ein interaktives Computerprogramm soll die Teilnehmer motivieren. Dabei war das Ziel, die innere Einstellung der Teilnehmer zur Lebensführung zu ändern. Dafür mussten Motivationshemmnisse identifiziert und anschließend überwunden werden (Kempf, Dirk, Kolb et al., 2012). Dies wurde innerhalb der Studie bestätigt. Sämtliche Patienten haben kritische Punkte ihrer Lebensführung und ihrer inneren Einstellung erkannt und somit geändert. Durch diese Änderung des Lebensstils hat sich die Stoffwechseleinstellung signifikant verbessert. Auch das Gewicht bzw. der BMI konnte sich signifikant reduzieren. In der Nachbeobachtung von 12 Monaten setzten sich diese positiven Veränderungen weiter fort. Die Ergebnisse sind vergleichbar mit Resultaten einer Therapie durch Medikation (Martin, Kempf, Dirk et al., 2009).

## Nächste Schritte

Derzeit wird das Programm von Krankenkassen für Patienten genutzt, die besonders versorgt werden müssen. Diese werden intensiv begleitet. Unternehmen nutzen TeLiPro für die betriebliche Gesundheitsfürsorge. Zusätzlich interessiert sich die pharmazeutische Industrie dafür. Sie will zusammen mit dem DITG Interventionssysteme auf Basis der Einzelkomponenten des Telemedizinischen Lifestyle Programms entwickeln. Diese sollen dann im Markt weiter validiert und neue Ansätze für integrierte Versorgung sollen entwickelt werden. Mit Hilfe von TeLiPro kann die Therapie auch für weitere Krankheitsbilder optimiert werden.

Um telemedizinische Interventionen fest im Gesundheitssystem zu integrieren, müssen Vergütungsmodelle und Verträge mit Krankenkassen vereinfacht und anerkannt werden. Elementar ist es dazu, die Erstattung von e-Health Lösungen rechtlich weiter zu entwickeln.

Das Projekt soll 2014 international ausgerollt werden: im arabischen Golfstaat ist ein nationales Projekt zur Diabetesversorgung geplant, ebenfalls in Kasachstan. Der Budgetplan wird zurzeit noch bearbeitet.

## Ansprechpartner

Dr. Kerstin Kempf

Wissenschaftliche Projektkoordinatorin und Leitung des Studienzentrums des Deutschen Instituts für Telemedizin und Gesundheitsförderung (DITG)

Westdeutsches Diabetes- und Gesundheitszentrum (WDGZ)

Verbund Katholischer Kliniken Düsseldorf (VKKD)

Hohensandweg 37

40591 Düsseldorf

Telefon: 0211 – 566 036 016

E-Mail: kerstin.kempf@wdgz.de

## Literatur

DiabetesDE – Deutsche Diabetes Hilfe (2014). Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2014. Online unter: <http://www.diabetesde.org> [abgerufen am: 05.09.2014].

Dienstl, M., Kempf, K., Schulz, C., Kruse, J., Martin, S. (2011). Einfluss von telemedizinischer Betreuung auf Stoffwechseleinstellung und Lebensqualität bei Patienten mit Typ-2-Diabetes mellitus. *Diabetes* 2011, 6:164-169.

Kempf, K., Dirk, M., Kolb, H., Hebestreit, A., Bittner, G., Martin, S. (2012). Medizinisch-mentales Motivationstraining Da Vinci zur Unterstützung einer Lebensstilumstellung bei Typ-2-Diabetes. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 137:362-367.

Kempf, K., Kruse, J., Martin, S. (2010). ROSSO-in-praxi: A Self-Monitoring of Blood Glucose-Structured 12-Week Lifestyle Intervention Significantly Improves Glucometabolic Control of Patients with Type 2 Diabetes Mellitus. *Diabetes Technology & Therapeutics*, 12(7):547-553.

Kempf, K., Kruse, J., Martin, S. (2012). ROSSO-in-Praxi Follow-Up: Long-Term Effects of Self-Monitoring of Blood Glucose on Weight, Hemoglobin A1c, and Quality of Life in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus. *Diabetes Technology & Therapeutics*, 14(1):59-64.

Martin, S., Kempf, K., Dirk, M., Kolb, H., Hebestreit, A., Bittner, G. (2009). Kognitive Verhaltenstherapie bei Typ-2-Diabetes: Ergebnisse einer Pilotstudie mit dem strukturierten Programm DaVinci Diabetes. *Diabetologie* 2009, 4:370-373.

Robert Koch Institut (2014). Diabetes Mellitus. Online unter: <http://rki.de> [abgerufen am: 05.09.2014].



© MSD, Foto: Angelika Bartsche, Aying

Gabriele Kantor mit Juror Rolf Koschorrek

## 2. Preis:

# Effizientes Bündel von Präventionsstrategien bei hoher MRSA-Inzidenz in einem Akutkrankenhaus

## Patientensicherheit und ökonomische Aspekte im Fokus des Hygienemanagements

*Autor: Gabriele Kantor*

### Management Summary

Das Evangelische Krankenhaus Mülheim (EKM) verfolgte das Ziel, die nosokomiale MRSA-Rate in der Klinik dauerhaft zu senken und initiierte daher im Jahr 2009 das Projekt „Effizientes Bündel von Präventionsmaßnahmen bei hoher MRSA-Inzidenz in einem Akutkrankenhaus“. Die Methicillin-resisten-

ten *Staphylococcus aureus* (MRSA)-Bakterien und andere Multiresistente Erreger (MRE) sind aktuell die zentralen Herausforderungen im Bereich der Krankenhaushygiene.

Mit den Maßnahmen sollte die Patientensicherheit nachhaltig erhöht werden; die Kosten sollten sinken. Einzelstrategien wurden optimiert und gebündelt, eine umfassende MRSA-Multibarrierenstrategie wurde konzipiert.

Die im August 2010 eingeführte MRSA-Strategie zeigte schon nach vier Monaten effektive Ergebnisse: Die nosokomialen MRSA-Fälle gingen um 82 Prozent zurück, die Kosten sanken ebenfalls – während gleichzeitig die Patientensicherheit stieg. Die aktuellen Ergebnisse der Evaluierungen zeigen eine weitere kontinuierliche Senkung der nosokomialen MRSA Rate, die im nationalen Benchmarking mustergültig ist. Das angestrebte Ziel „Null-Infektionen“ ist erreicht.

Das EKM baut seine Aktivitäten zur Erhöhung der Patientensicherheit mit verschiedenen Projekten und Initiativen weiter aus.

## Einleitung

Die Anzahl der im Krankenhaus erworbenen Infektionserreger mit besonderen Resistenzen ist in den letzten Jahren stetig gestiegen. Dies fordert alle Einrichtungen des gesamten Gesundheitswesens heraus. Besonders MRSA spielt eine wichtige Rolle unter den antibiotikaresistenten Infektionserregern. Der Anteil von MRSA an allen Isolaten ist in den letzten Jahren auf über 23 Prozent gestiegen. Diese Entwicklungen sind ökonomisch und therapeutisch ein großes Problem. Das EKM verfolgte mit seinem Projekt das Ziel, die Anzahl der im Krankenhaus erworbenen MRSA-Fälle dauerhaft zu senken. Dazu werden verschiedene Präventionsstrategien gebündelt; dazu gehören Screening, Hygienemaßnahmen, Sanierung und kontrollierter Antibiotikaeinsatz.

## Versorgungsherausforderung

MRSA sind Keime, die beim Menschen unter anderem Wundinfektionen, Entzündungen der Atemwege oder auch Blutvergiftungen hervorrufen können. Die MRSA-Keime sind gegen bestimmte Antibiotika resistent, die Antibiotika wirken bei der Behandlung also nicht mehr. Dies schränkt die Therapieoptionen des Patienten gravierend ein, da die Standard-Antibiotika nicht genutzt werden können. Deshalb müssen Ärzte auf weniger verträgliche oder weniger wirksame Alternativtherapien ausweichen. Dadurch kann eine MRSA-Infektion dazu führen, dass der Patient länger im Krankenhaus bleiben muss und das Sterberisiko erhöht ist.

MRSA wird hauptsächlich übertragen durch unzureichende Händehygiene, unmittelbaren Kontakt mit MRSA-tragenden Personen und indirekten Kontakt über gemeinsam genutzte Gegenstände. Auch Nutztiere und Lebensmittel können eine Infektionsquelle für den Menschen sein. Besonders Menschen, die chronisch krank sind, ein geschwächtes Immunsystem haben oder Antibiotika einnehmen müssen, haben ein erhöhtes Risiko, sich mit MRSA zu infizieren (Bundesinstitut für Risikobewertung, 2014).

2008 wurde die Zahl der MRSA-Fälle in deutschen Krankenhäusern auf etwa 132.000 geschätzt; die Zahl der im Krankenhaus erworbenen Fälle auf 34.000 (Mielke, Bölt, Geffers, 2010). 79 Prozent der MRSA-Infektionen waren also bereits bei Krankenhausaufnahme vorhanden; etwa 21 Prozent der Patienten infizierten sich im Krankenhaus (Köck, 2011). MRSA ist auch wirtschaftlich relevant: Ein Patient mit

nosokomialer MRSA-Infektion verursacht unter DRG-Bedingungen einen Verlust in Höhe von 8.000 Euro pro Krankenhausaufenthalt (Mielke, Exner, 2014).

Nationale Richtlinien des Robert Koch-Instituts sollen helfen, MRSA vorzubeugen und zu kontrollieren. Die Richtlinien sind allerdings nicht strikt, in der Praxis schwer umzusetzen und sie werden zu selten konsequent verfolgt. Dies ist zurückzuführen auf fehlende strukturelle, organisatorische, personelle und finanzielle Ressourcen. Im Falle eines positiven MRSA-Status werden zwar die Richtlinien bundesweit umgesetzt, MRSA wird jedoch trotzdem häufig übertragen. Dies stellt die Effizienz der Maßnahmen und des internen MRSA-Managements in Frage.

In der Regelversorgung wird – wie in den Richtlinien vorgeschrieben – generell ein MRSA-Screening durchgeführt, wenn ein risikoreicher Patient aufgenommen wird. Bei MRSA-positiven Patienten wird weiter kontrolliert. Finanziell und zeitlich ist ein wöchentliches Screening jedoch generell schwer umsetzbar. Das Screening für MRSA erfolgt dabei mikrobiologisch im jeweiligen Krankenhaus und ist deshalb sehr zeitaufwendig. Aufgrund dieser Methode dauert es in der Regel 48 Stunden, bis ein Ergebnis vorliegt. Erst mit dem Vorliegen eines positiven Ergebnisses werden folgende Maßnahmen eingeleitet:

- Der Patient wird isoliert.
- Der Patient und die Räumlichkeiten bzw. Gegenstände werden saniert und desinfiziert.
- Die elektronische Patientenakte des Patienten wird alarmgekennzeichnet.

Eine frühere Isolation ist aufgrund fehlender Betten oft nicht möglich. Je länger aber ein Patient ohne Isolation auf der Station liegt, desto wahrscheinlicher ist eine Übertragung von MRSA. Alle Maßnahmen sollten daher möglichst schnell umgesetzt werden. Auch sollte zwischen Entnahme der Probe und dem Ergebnis des Screenings möglichst wenig Zeit vergehen.

Wird ein Patient entlassen, so erhält er einen Entlassungsbrief mit dem MRSA-Status. Der Brief liefert aber keine weiteren Informationen zur Art der Sanierung oder der MRSA-infizierten Stelle. Damit der weiterbehandelnde Arzt die Sanierungsmaßnahmen adäquat fortsetzen kann, wären diese Details aber wichtig.

Im EKM wurden die Mitarbeiter vor der Einführung des Projekts einmal jährlich innerbetrieblich fortgebildet. Dieses Angebot nahmen jedoch nur 15 Prozent des Personals im EKM tatsächlich wahr. Die hausinternen Leitlinien zur Antibiotikatherapie wurden bisher alle zwei Jahre revidiert.

Besonders in stationären Einrichtungen ist MRSA ein Problem. Wegen MRSA werden zusätzliche Ressourcen benötigt – aufgrund der längeren Liegedauer, höherer Behandlungskosten und der Sperrung von Betten wegen Isolationsmaßnahmen. Das DRG-Entgeltsystem deckt diese Zusatzkosten eines MRSA-Falles allerdings nur unzureichend ab. Trotz der oben genannten Maßnahmen konnte die Infektionsrate bisher nicht gesenkt werden – sie stieg sogar an. Die Eindämmung von MRSA und anderer resistenter Infektionserreger ist aber nicht nur aus ökonomischen, sondern auch aus ethischen und medizinischen Gründen wichtig. Ein effizientes MRSA-Management ist also unentbehrlich.

Beeinflussen kann ein Krankenhaus natürlich nur diejenigen MRSA-Infektionen, die während des Krankenhausaufenthalts erworben werden. Die Zahl dieser Fälle kann aber durch geeignete Maßnahmen deutlich sinken. Hierzu müssen die Einzelstrategien optimiert und gebündelt werden zu einer Multibarrierenstrategie.

## Entstehungsgeschichte

Das EKM hat Maßnahmen ergriffen, um das Problem der steigenden Zahl von MRSA-Infektionen dauerhaft zu lösen. Es reichte nicht aus, die etablierten Maßnahmen regelmäßig zu überprüfen und zu intensivieren – es waren auch völlig neue Präventionsstrategien nötig, die sinnvoll gebündelt werden müssen, um das Problem wirkungsvoll und nachhaltig lösen zu können. Dabei musste das Krankenhausmanagement auch ökonomische Aspekte berücksichtigen. Die Sicherheitsbedürfnisse von Patienten und Mitarbeitern können nur garantiert werden, wenn die notwendigen finanziellen, personellen und organisatorischen Voraussetzungen vorliegen – das EKM hat genau das im Rahmen des Projekts erreicht.

Vorab wurden zunächst einzelne Präventionsmaßnahmen analysiert und Defizite und Probleme bei Schnittstellen erörtert. Strukturen und Prozesse wurden evaluiert, Probleme erkannt und Lösungsstrategien entwickelt.

Daraufhin haben die Verantwortlichen des Hygienemanagements der Klinik das Projekt „Effizientes Bündel von Präventionsstrategien bei hoher MRSA-Inzidenz in einem Akutkrankenhaus“ entwickelt und im Krankenhaus implementiert. Das Projekt und seine Strategien sind genau auf das Krankenhaus abgestimmt.

## Kernelemente

### Versorgungskonzept

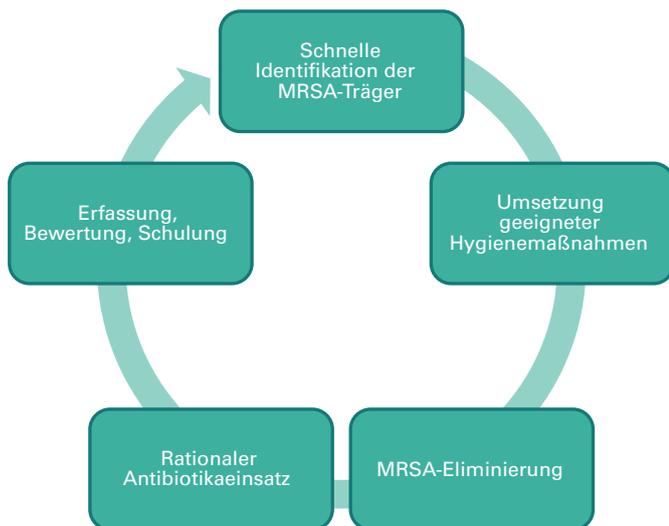
Die bisherigen Maßnahmen, um die nosokomiale MRSA-Rate in der Klinik dauerhaft zu senken, erwiesen sich als nicht effektiv genug. Problematisch war vor allem der Zeitraum zwischen der MRSA-Probeentnahme und dem Vorliegen des Ergebnisses. Dieser Zeitraum sollte möglichst kurz gehalten werden. Daher hat das EKM ein effizienteres Verfahren eingeführt, um MRSA schneller nachweisen zu können. Die Zeit, die Risikopatienten zusätzlich vorbeugend isoliert werden müssen, kann durch die neuen Verfahren verkürzt werden. Dadurch ist es weniger wahrscheinlich, dass ein Patient mit MRSA angesteckt wird. Zusätzlich bündelt das EKM verschiedene Präventionsstrategien – es ergibt sich somit eine Multi-barrierenstrategie. Diese individuelle, krankenhauserne Strategie soll nosokomiale MRSA-Infektionen reduzieren, die Patienten- und Mitarbeitersicherheit nachhaltig erhöhen und die Kosten senken.

### Zielgruppe

Das Projekt „Effizientes Bündel von MRSA-Präventionsmaßnahmen bei hoher MRSA-Inzidenz in einem Akutkrankenhaus“ hat das EKM speziell für seine Patienten entwickelt. Ein Teil der Maßnahmen betrifft direkt die MRSA-Risikopatienten oder MRSA-positive Patienten. Andere Maßnahmen richten sich speziell an das Krankenhauspersonal, etwa die Fortbildungen. Das EKM kooperiert dabei mit den Hausärzten und anderen Institutionen des Gesundheitswesens.

### Versorgungselemente

Einzelne bereits vorhandene Präventionsstrategien wurden für das Projekt optimiert und anschließend mit weiteren, neu entwickelten Strategien zusammen innerhalb des „Effizienten Bündels“ umgesetzt. Hierzu haben die Verantwortlichen die einzelnen notwendigen Maßnahmen definiert (vgl. Abbildung 11). Das effiziente MRSA-Management besteht aus mehreren Screenings, Hygienemaßnahmen, Sanierung und kontrolliertem Antibiotikaeinsatz. Zusätzliche Fortbildungen, der MRSA-Überleitungsbogen und das MRE-Netzwerk runden das Projekt ab.

**Abbildung 11** – Die MRSA-Strategie auf einen Blick

Quelle: Eigene Darstellung.

### Schnelle Identifikation der MRSA-Träger

Um einen Patienten mit MRSA schnell zu identifizieren, muss der Arzt/Pfleger bei der Aufnahmeanamnese verpflichtend das MRSA-Trägerschaftsrisiko des Patienten in die digitale Patientenakte aufnehmen. Hierbei erhält der Patient einen Risikoscore, sobald eines der folgenden Merkmale zutrifft:

- Er wurde bereits als MRSA-Träger identifiziert.
- Er ist aus einer Region oder Einrichtung mit bekannt hoher MRSA-Prävalenz.
- Er hat sich in den letzten zwölf Monaten länger als sieben Tage in einem Krankenhaus aufgehalten.
- Er hat beruflichen Kontakt zur landwirtschaftlichen Tiermast.
- Er hat große Wunden oder Hautläsionen.
- Er muss chronisch gepflegt werden.
- Er wurde in den letzten sechs Monaten mit Antibiotika therapiert.
- Er hat einen liegenden Katheter.

Es werden generell – wie bisher – alle Risikopatienten auf MRSA untersucht. Im Rahmen des „effizienten Bündels“ soll die Risikogruppe jedoch erweitert werden, etwa um intensivpflichtige Patienten. Bis zum Vorliegen des Screening-Ergebnisses werden alle Patienten vorsorglich isoliert. Bei Risikopatienten, die ihren Krankenhausaufenthalt planen können, wird bereits drei bis fünf Tage vor Krankenhausaufenthalt ein Screening durchgeführt. Bei einem positiven MRSA-Befund muss vor dem Eingriff entsprechend saniert werden. Da bei geplanten Eingriffen prästationär gescreent wird, reduziert sich die Zahl der präventiven Isolationen. Somit werden Kosten gespart. Zusätzlich wird einmal in der Woche der aktuelle Status kontrolliert. Wird der Patient entlassen oder verlegt, wird noch einmal untersucht.

Um die effizienteste MRSA-Diagnostik zu finden, wurden zwei unterschiedliche Verfahren nach Kosten und Nutzen analysiert. Dabei wurde die bisherige mikrobiologische Diagnostik mit der Polymerase-Ketten-Reaktion-Diagnostik verglichen (PCR-Diagnostik). Aufgrund der Ergebnisse dieser Analyse hat das

EKM die PCR-Diagnostik eingeführt. Hierbei wird der MRSA-Status direkt an der entnommenen Probe untersucht (MRSA-Schnelltests). Das Testergebnis liegt in kürzerer Zeit vor – und nicht erst nach durchschnittlich 48 Stunden. Um die Ergebnisse möglichst schnell anzufordern und zu übermitteln, werden folgende Maßnahmen durchgeführt: Der Informationstransfer zwischen Labor und Zieleinrichtung wird optimiert, die Anforderungsscheine werden direkt im EDV-System hinterlegt, die mikrobiologischen Befunde werden elektronisch übermittelt und das Kommunikationswesen Labor-Station-Labor wird festgelegt.

### Umsetzung geeigneter Hygienemaßnahmen

Um MRSA nicht weiter zu verbreiten, muss besonders auf Hygiene geachtet werden. Die Hygienemaßnahmen müssen strikt eingehalten werden. Besonders die Händehygiene ist hier sehr wichtig. Zudem müssen die strengen Isolationsmaßnahmen konsequent umgesetzt werden.

### MRSA-Eliminierung

Die MRSA-Eliminierungsmaßnahmen müssen individuell an die Patientenrisiken angepasst werden. Hierzu gibt es einen Sanierungszyklus von fünf oder sieben Tagen. Gegebenenfalls wird zusätzlich eine Aromapflege durchgeführt. Bei Patienten mit geplantem Krankenhausaufenthalt werden vor dem Eingriff Eliminierungsmaßnahmen ambulant durchgeführt, um das Risiko zu senken, dass sich eine Wunde nach Operation infiziert.

### Rationaler Antibiotikaeinsatz

Um Antibiotika rational einzusetzen, werden verschiedene Maßnahmen ergriffen. Die sogenannte „SARI“-Studie bietet hierfür geeignete Daten. Die Daten beinhalten Informationen zu Antibiotikaverbrauch, Resistenzraten und -dichten. Mit diesen Daten können Trends und Hochrechnungen erstellt werden. Diese geben Auskunft, wie Antibiotika angewendet werden und wie die Resistenzsituation in Deutschland aktuell aussieht. Die Arzneimittelkommission des EKM wertet regelmäßig den Antibiotikaverbrauch aus und analysiert die Daten. Mit Hilfe der Daten kann die Qualität der Krankenhaushygiene optimiert und die Weiterverbreitung von MRE bekämpft werden. Dies ist vor allem relevant für das Management der Intensivstation. Ebenso bedeutsam sind die klinikbezogenen Leitlinien zum Einsatz von Antibiotika. Sie müssen auf Basis eigener Resistenzdaten entwickelt werden. Diese Leitlinien werden seit 2010 einmal im Jahr revidiert, um sich der aktuellen Situation anzupassen. Zusätzlich müssen sich die Ärzte in Bezug auf antimikrobielle Therapie weiterbilden.

### Erfassung, Bewertung, Schulung

Die Maßnahme „Erfassung, Bewertung, Schulung“ soll allen Akteuren des Gesundheitswesens ermöglichen, sektorenübergreifend und unterstützend zusammenarbeiten. Dazu wurde ein MRSA-Überleitungsbogen erstellt und implementiert. Dieser geht in die elektronische Patientenakte ein; die Daten werden automatisch an die weiterbehandelnde Einrichtung übermittelt. So wird der weiterbehandelnde Arzt über den Stand des MRSA-Status informiert. Zusätzlich erfährt er, wie er die Sanierung und Hygienemaßnahmen fortsetzen soll. Außerdem hat das EKM dazu beigetragen, 2010 ein MRE-Netzwerk aufzubauen – ebenfalls mit dem Ziel einer besseren Kommunikation zwischen den Sektoren. Des Weiteren werden die Mitarbeiter des EKM intensiver fortgebildet als bisher. Fortbildungen werden nun zweimal im Jahr angeboten anstatt nur einmal. Zudem sind die Fortbildungen für alle Mitarbeiter verpflichtend. So wird die Hygienekompetenz nachhaltig gesichert. Zuletzt sollen die Ergebnisse des „effektiven Bündels“ pro Quartal evaluiert werden, um so die Strategie zu verifizieren und weiterzuentwickeln.

### Mehrwert

Um MRSA-Fälle im Krankenhaus vorzubeugen und ihre Zunahme zu vermeiden, waren Einzelstrategien bisher nicht erfolgreich genug. Daher hat das EKM jede einzelne Maßnahme verbessert oder neu entwickelt – und die Maßnahmen gebündelt zu einer modifizierten MRSA-Strategie, die erfolgreich als Multi-barrierenstrategie implementiert wurde. Der Vorteil: Durch die Kumulation der vielen einzelnen Barriere-maßnahmen wird deren Effizienz enorm erhöht. So wird gesichert, dass Gesundheitsrisiken und Infektionen vermieden bzw. kontrolliert werden können. Einzelne und Allgemeinheit werden so gering wie möglich belastet, Patienten und Mitarbeiter besser abgesichert. Auch die Anzahl der im Krankenhaus erworbenen Infektionen sinkt deutlich. Die Investitionen amortisieren sich schnell – letztendlich werden Kosten gespart. Durch die MRSA-Schnelltests wird der Zeitraum zwischen Test und Testergebnis verkürzt, wodurch Patienten kürzer vorsorglich isoliert werden müssen. Dies spart Geld, denn die Isolierung ist teuer. Ebenso sinken die Kosten, wenn Eliminierungsmaßnahmen bei bekannt MRSA-positiven Patienten bereits ambulant vor dem Eingriff durchgeführt werden. Hinzu kommt der Image-Gewinn beim EKM. Alle Akteure im Gesundheitswesen profitieren also von dem Projekt. Zudem können die Ergebnisse dieser Strategie jederzeit evaluiert werden, wodurch sie kontinuierlich verbessert werden können. Da die Strategie individuell auf das EKM ausgerichtet wurde und krankenhausintern umgesetzt wird, ist sie so am effizientesten.

### Finanzierung

Das EKM hat das Projekt „Effizientes Bündel von Präventionsstrategien bei hoher MRSA-Inzidenz in einem Akutkrankenhaus“ aus eigenen Mitteln finanziert. Reduziert sich die im Krankenhaus erworbene MRSA-Rate beispielsweise um 30 Prozent, so würden die zusätzlichen Investitionskosten von 130.000 bis 200.000 Euro (je nach Screeninggröße) dadurch abgedeckt werden. Dies bedeutet, dass das Projekt langfristig Einsparungen für das EKM ermöglicht.

### Management

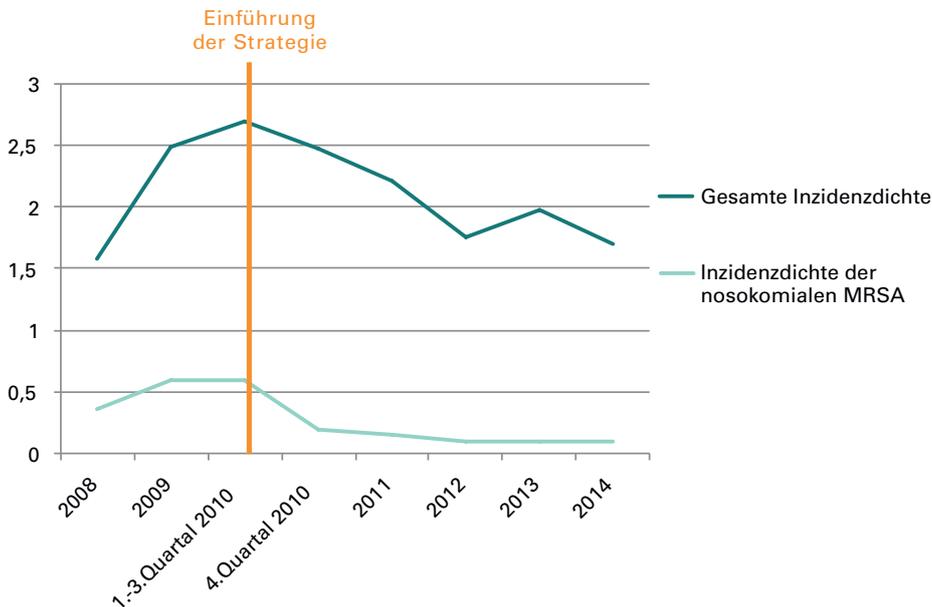
Die Verantwortlichen des EKM-Hygienemanagements haben das Projekt selbstständig durchgeführt. Dazu haben sie analysiert, welche Defizite vorliegen – und für diese Defizite Lösungen entwickelt. Im Rahmen des Projekts arbeitet das EKM mit Hausärzten und anderen Institutionen zusammen, um gemeinsam die Versorgung zu verbessern. Um die Fortbildungen für das Personal zu erweitern, arbeitet das EKM zusammen mit der Ärztekammer und einem Weiterbildungsinstitut. Das EKM hat nicht nur das Projekt im Krankenhaus selbst eingeführt, sondern zusätzlich noch ein MRE-Netzwerk in Mülheim gegründet – gemeinsam mit dem Gesundheitsamt. Dieses Netzwerk sollte ermöglichen, dass alle Akteure in medizinischen Einrichtungen abgestimmt handeln. Das MRE-Netzwerk ist ein assoziiertes Mitglied des Netzwerkes Nordwest. Im Rahmen des Netzwerkes ist es Akutkrankenhäusern möglich, ein MRSA-Qualitätssiegel zu erwerben, wenn sie definierte Qualitätsziele erreichen.

### Evaluation

Die einzelnen Strategien des effizienten Bündels wurden evaluiert. Hierzu hat das professionelle MRSA-Management Kosten und Nutzen des Projektes kalkuliert. Die Ergebnisse unterstreichen, wie effektiv das 2010 eingeführte Projekt ist. Innerhalb von vier Monaten konnte das EKM die Anzahl der nosokomialen MRSA-Fälle um 82 Prozent reduzieren. Aktuell liegt die Anzahl der nosokomialen Infektionen im nationalen Vergleich auf dem niedrigsten Niveau. Das Ziel „Null Infektionen“ wurde nachhaltig erreicht.

Die Abbildung 12 zeigt, dass die gesamte Inzidenzrate sowie die Inzidenzrate der nosokomialen MRSA deutlich abgenommen haben seit der Einführung des „effizienten Bündels“.

**Abbildung 12** – Die Entwicklung der Inzidenzdichte von MRSA und der nosokomialen MRSA



Quelle: Eigene Darstellung.

Durch das Projekt konnten insgesamt signifikant Kosten eingespart werden; die zusätzlichen Screening-Kosten haben sich schnell amortisiert, da sich die Gesamtkosten deutlich reduziert haben. Die zusätzlichen Aufwendungen, um die Patienten zu untersuchen und zu kontrollieren, sind also kosteneffektiv. Verschiedene Evaluationen haben ergeben, dass vor allem die Strategien vorteilhaft sind, bei denen ein PCR-Test durchgeführt wird und Risikopatienten präventiv isoliert werden. Diese Strategien sind am meisten dafür verantwortlich, dass die nosokomiale MRSA-Rate gesunken ist. Dadurch, dass MRSA-Träger schnell identifiziert und isoliert werden, ist das Übertragungsrisiko minimiert. Somit sinken die Kosten. Vor allem in Fällen, bei denen viele Patienten MRSA haben, bringt diese Strategie sehr viel. Somit soll das Projekt – medizinisch und wirtschaftlich betrachtet – auf jeden Fall aufrechterhalten bleiben.

## Nächste Schritte

Das Projekt soll unbefristet weiterlaufen, um die im Krankenhaus erworbenen MRSA-Fälle dauerhaft zu senken. Das EKM plant, das effiziente Bündel von Präventionsstrategien weiterhin pro Quartal zu evaluieren, um das Projekt ständig weiterzuentwickeln und weitere Lösungsansätze zu finden. Dies veranlassen zudem auch die erhöhten Diagnostikkosten, die dadurch entstehen, dass die MRSA-Schnelltests vermehrt eingesetzt werden. Die Leitlinien werden zusätzlich einmal im Jahr revidiert. Des Weiteren konnte gezeigt werden, dass erfolgreiche Strategien exakt an das jeweilige Setting anpassen sind. Auch das MRE-Netzwerk soll weiter ausgebaut werden. So kann die Neuerkrankungsrate von im Krankenhaus erworbenen MRSA dauerhaft gesenkt und auf einem sehr niedrigen Niveau gehalten werden.

## Ansprechpartner

Gabriele Kantor

Leitung Hygienemanagement  
Evangelisches Krankenhaus Mülheim  
Wertgasse 30  
45468 Mülheim  
Telefon: 0208 309 430 4  
E-Mail: gabriele.kantor@evkmh.de

## Literatur

- Bundesinstitut für Risikobewertung (2014). Fragen und Antworten zu Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA). Online unter: <http://www.bfr.bunde.de> [abgerufen am: 08.09.2014].
- Köck, R., Mellmann, A., Schaumburg, F., Friedrich, A., Kipp, F., Becker, K. (2011). Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus in Deutschland: Epidemiologie. Das Deutsche Ärzteblatt, 108(45): 761–767. Online unter: <http://www.aerzteblatt.de> [abgerufen am: 08.09.2014].
- Mielke, M., Bölt, U., Geffers, C. (2010). Basisdaten der stationären Krankenversorgung in Deutschland – nosokomiale Infektionen. Epidemiologisches Bulletin, 36:359–368.
- Mielke, M., Exner, M. (2014). Ökonomische Aspekte nosokomialer Infektionen und ihrer Prävention. Robert Koch-Institut. Online unter: <http://www.ihph.de> [abgerufen am: 09.09.2014].



Christiane Vössing, Bettina am Orde mit Juror Volker E. Amelung (v. r.)

## 2. Preis:

# elektronische Behandlungsinformation (eBI)

## Intersektorale Kommunikation und Arzneimitteltherapiesicherheit

*Autor: Markus Weiß*

### Management Summary

Eine ganzheitliche medizinische Versorgung zu gewährleisten ist für Leistungserbringer schwierig. Wegen des demographischen Wandels, komplexer Behandlungsprozesse sowie einer Vielzahl vorhandener Schnittstellen innerhalb der Versorgung wird eine umfassende Abstimmung der Therapien häufig systemisch verhindert.

Die elektronische Behandlungsinformation (eBI) stellt sektorenübergreifend Patienteninformationen bereit, die auf Krankenkassendaten basieren. Dabei handelt es sich beispielsweise um Daten zu verordneten

Medikamenten, Diagnosen, Krankenhausaufenthalten oder den behandelnden Ärzten. Eingeschriebene Qualitätspartnerkrankenhäuser erhalten die Informationen zum Zeitpunkt einer stationären Aufnahme. Die Daten unterstützen die Anamnese, die Diagnose- sowie die Therapieentscheidung hinsichtlich der Medikation. Die gelieferten medizinischen Daten machen nach der Validierung durch den Arzt einen umfassenden Arzneimitteltherapiesicherheitscheck möglich. Effizienz und Qualität steigen genauso wie die Patientensicherheit.

Durch die Qualitätspartnerschaft zwischen Krankenkasse und Krankenhaus wird eine neue Ebene des Vertrauens geschaffen. In einem Umfeld, das in der Regel durch Kostendruck, Kürzungen und Budgetverhandlungen geprägt ist, schafft eBI den Brückenschlag zu gemeinsamen Versorgungsansätzen – zum Wohl des Patienten. Akzeptiert wird eBI vor allem, weil es auch mit wenigen Anwendern und minimalem Dokumentationsaufwand anwendbar und vollständig nutzbar ist.

## Einleitung

Da die stationär behandelten Versicherten häufig besonders schwere und teilweise auch mehrere Erkrankungen gleichzeitig haben, ist ihre Behandlung oft besonders herausfordernd. Diese Patienten nehmen eine Vielzahl verschiedener Arzneimittel ein – ein Risiko für die Arzneimittelsicherheit. Da eine sektorenübergreifende, digitale Kommunikation nicht zur Verfügung steht, gehen wichtige Informationen verloren. Die Folgen können fehlerhafte Anamnesen sein, falsche Diagnosen oder Medikationsfehler.

Um dies zu vermeiden, setzt die Knappschaft die elektronische Behandlungsinformation (eBI) ein. eBI wurde zunächst für die stationäre Versorgung entwickelt. Aus Sicht der Knappschaft ist das Krankenhaus der ideale Ort für eine sektorenübergreifende Abstimmung der Behandlung. Hier stehen die schweren Behandlungsfälle im Fokus. Die Kliniken erhalten Informationen über die Vorerkrankungen der Patienten, die aktuelle und frühere Arzneimitteltherapie, die stationär und ambulant erhobenen Diagnosen sowie zu den betreuenden Ärzten und Institutionen. Alle Beteiligten können so koordiniert zusammenarbeiten und ihr Wissen austauschen.

Ziel ist es, die Arzneimitteltherapiesicherheit und die Patientensicherheit zu steigern und die Versorgungsqualität zu optimieren, indem strukturelle Kommunikationsdefizite aufgehoben werden.

## Versorgungsherausforderung

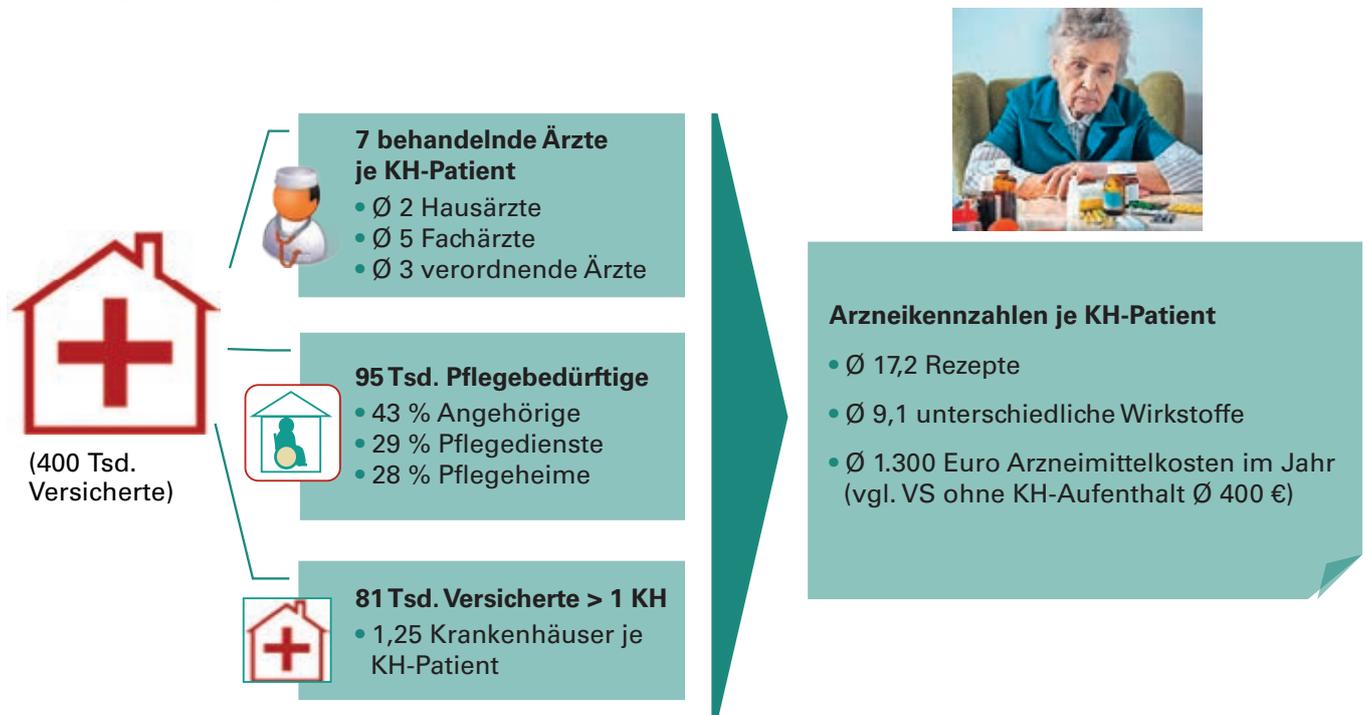
Patienten mit mehreren Erkrankungen, insbesondere Ältere, nehmen meist viele Arzneimittel gleichzeitig ein. So erhält zum Beispiel jeder stationär behandelte Versicherte der Knappschaft im Durchschnitt neun verschiedene Wirkstoffe pro Tag (vgl. Abbildung 13).

Dies birgt Risiken: Medikationsfehler, unerwünschte Wechselwirkungen, Doppelverordnungen, etc.

Häufig führt eine fehlerhafte Anamnese zu Medikationsfehlern; sie ist Ursache für mehr als 25 Prozent der Medikationsfehler in deutschen Krankenhäusern sowie für jede zweite unbeabsichtigte Änderung der Medikation im Entlassungsbrief (Tam, Knowles et al., 2005; Cornu, Steurbaut et al., 2012). Die Fehler in der Anamnese entstehen, weil Patienten häufig nicht benennen können, welche Medikamente, Dosierungen und Wirkstärken sie einnehmen. Für medizinische Laien sind allein die Wirkstoffnamen oftmals herausfordernd: Nur 30 Prozent der Versicherten, die bis zu acht Wirkstoffe einnehmen, können diese auch benennen; und nur zehn Prozent der Versicherten, die neun und mehr Arzneimittel erhalten, können vollständige Angaben machen (Leal Hernández, Abellán Alemán et al., 2004). Auch die von den Patienten

geführten Medikationspläne sind häufig unvollständig oder nicht aktuell (Green, Burgul et al., 2010; Balon, Thomas, 2011). Ebenso können viele Patienten die eigenen Diagnosen oder Laborwerte nur schwer wiedergeben; meist aufgrund fehlender medizinischer Kenntnisse. Der behandelnde Arzt erhält somit falsche oder unvollständige Informationen, auf Basis derer er eine Diagnose stellen soll und eine Behandlung oder eine Arzneimitteltherapie verordnen muss.

**Abbildung 13** – Versorgungsschnittstellen bei Krankenhauspatienten



Quelle: Eigene Darstellung.

Ohne ein koordinierendes Instrument wie eBI kann eine umfassende Kommunikation zwischen ambulantem und stationärem Sektor nicht hinreichend erfüllt werden. Jeder stationär behandelte Versicherte der Knappschaft wird im Durchschnitt von sieben niedergelassenen Ärzten ambulant betreut. Jeder Arzt pflegt die Behandlungsdaten des Versicherten in der Regel in ein eigenes, lokal verfügbares Praxisverwaltungssystem (PVS) ein. Die PVS der einzelnen Ärzte sind nicht miteinander vernetzt. Eine Arzt-zu-Arzt-Kommunikation ist daher ausschließlich über den klassischen Arztbrief möglich. Häufig entstehen dadurch entscheidende Lücken. Auf dem Einweisungsschein in ein Krankenhaus steht praktisch nie die aktuelle Medikation (Ommen, Ullrich et al., 2007) welche sich darüber hinaus auf die Verordnung sämtlicher Ärzte beziehen müsste.

Eine Studie aus Dänemark konnte zeigen, dass eine Medikationsanamnese – unterstützt durch Krankenkassendaten – die Ergebnisqualität erheblich verbesserte. Es wurden im Vergleich zu einer normalen Anamnese etwa zehn Prozent mehr Medikamente erfasst (Glintborg, Andersen et al., 2010). Durch eine elektronische Verordnungsunterstützung können 80 Prozent der Medikationsfehler verhindert werden; darüber hinaus sinken die Verweildauer im Krankenhaus sowie die Kosten, während die Versorgungsqualität steigt (Glassman, Simon et al., 2002; Hug, Witkowski et al., 2010).

Die Herausforderung besteht darin, dem Krankenhaus bei Aufnahme des Versicherten sofort die vorhandenen Informationen zu übermitteln – über einen sicheren Datenaustausch. Ferner müssen die Daten so

aufbereitet sein, dass sie für den Arzt maximal nutzbar sind. eBI ist ein Instrument, welches die richtigen und möglichst vollständigen Informationen zum benötigten Zeitpunkt zur Verfügung stellt. Dadurch kann der Arzt die richtigen Fragen stellen und medizinische Sachverhalte korrekt bewerten. Dies führt zu einer qualitativ hochwertigen und sicheren Behandlung – die Arzneimitteltherapiesicherheit steigt.

## Entstehungsgeschichte

Mit einer deutschlandweit einmaligen Technik – der elektronischen Behandlungsinformation (eBI) – startete die Knappschaft zusammen mit der Firma RpDoc Solutions GmbH im Juli 2013 ein Versorgungsprojekt. Dadurch sollen Patienten vor möglichen Risiken durch Arzneimitteltherapien effektiv geschützt sowie eine sektorenübergreifende Koordination der Versorger ermöglicht werden.

Zum einen hat der faktisch schon vollzogene demographische Wandel im knappschaftlichen Versichertenbestand die Knappschaft zur Umsetzung des Projektes bewogen (die Versicherten der Knappschaft sind im Durchschnitt 15 Jahre älter als die der gesetzlichen Krankenkassen). Darüber hinaus wollte man den rechtlichen und politischen Maßgaben gerecht werden. So entsprechen die Ziele von eBI denen unterschiedlicher Akteure im Gesundheitswesen, etwa des Aktionsplans Arzneimitteltherapiesicherheit für Deutschland oder der Empfehlungen des Sachverständigenrates im Gesundheitswesen im Sondergutachten 2012. Ferner setzt eBI die Vorgaben des § 11 Abs. 4 SGB V um: Jeder Versicherte hat Anspruch auf Versorgungsmanagement – insbesondere beim Übergang in verschiedene Versorgungsbereiche. Damit verpflichtet der Gesetzgeber die Krankenkassen, die Leistungserbringer dabei zu unterstützen, die Behandlung sektorenübergreifend zu koordinieren. Darüber hinaus sind die Leistungserbringer laut § 38 Abs. 1 des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes zu einem sektorenübergreifenden Entlassmanagement verpflichtet. Nicht zuletzt haben auch die medizinische Notwendigkeit und der zunehmende Kostendruck im Gesundheitswesen die Knappschaft dazu bewogen, mit eBI einen neuen Qualitätsstandard in der Versichertenbetreuung zu positionieren.

## Kernelemente

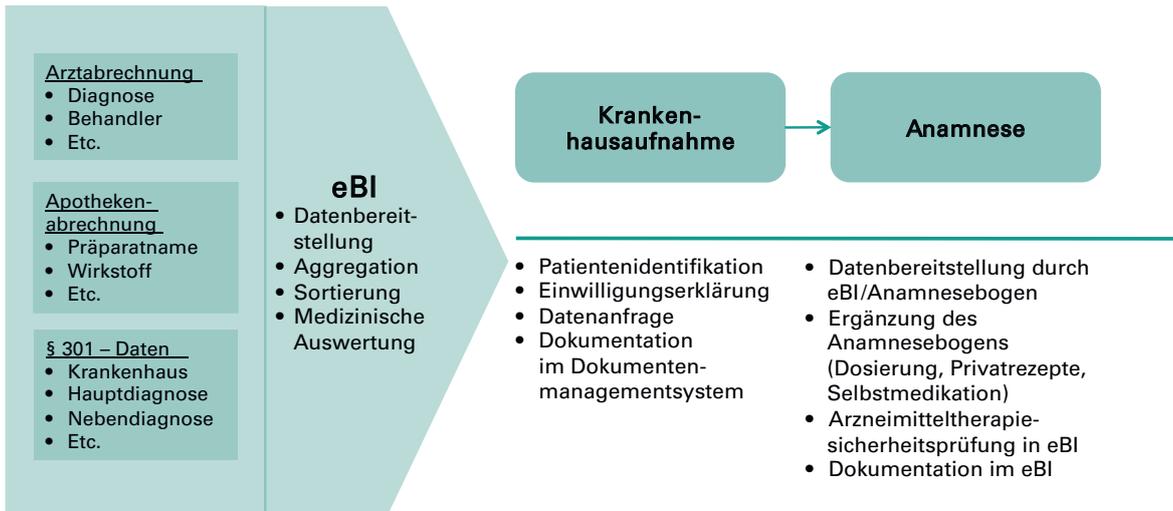
### Versorgungskonzept

Die elektronische Behandlungsinformation soll die Versorgungsqualität für knappschaftlich Versicherte optimieren. eBI liefert dem aufnehmenden Arzt im Krankenhaus detaillierte und sektorenübergreifende Informationen über den Patienten. Diese umfassen Daten zur Diagnose, zu Krankenhausaufenthalten, zu behandelnden Ärzten oder Arzneimitteltherapien. Daneben bietet eBI einen Risiko-Check der Aufnahme-medikation an (vgl. Abbildung 14).

Die Informationen können beim ersten stationären Kontakt zwischen Versichertem und Arzt abgerufen werden. Der Arzt wird bei der Anamnese unterstützt sowie bei einer qualitativ hochwertigen, sicheren und zugleich effizienten Arzneimittelversorgung. Die ärztliche Therapiehoheit im Krankenhaus bleibt dabei erhalten.

### Zielgruppe

Die elektronische Behandlungsinformation richtet sich grundsätzlich an die etwa 1,7 Millionen knappschaftlich Versicherten bundesweit. Da die Versicherten regional unterschiedlich stark vertreten sind, wird eBI aber schwerpunktmäßig in Nordrhein-Westfalen, im Saarland und in der Lausitz umgesetzt.

**Abbildung 14** – Datenstrom und Prozesse der elektronischen Behandlungsinformation (eBI)

Quelle: Eigene Darstellung.

Dabei richtet sich das Projekt besonders an Versicherte mit Dauermedikation und/oder Polymedikation sowie Patienten mit multimorbiden Erkrankungen. Meist sind dies ältere bis sehr alte Patienten. Neben weiblichen Patienten haben gerade Ältere ein hohes Risiko, Medikationsfehler zu erleiden (Thürmann, 2005; Arzneimittelbrief, 2009). Unterstützt man die Patienten nicht, führt dies zu schlechteren Behandlungsergebnissen (Berkman, Sheridan et al., 2011). Diese werden verstärkt durch die problematische Selbstmedikation, das hohe Alter bzw. die multiplen Erkrankungen (Taylor, Price et al., 2010; An, Muturi, 2011). Über alle Personengruppen hinweg kompensiert eBI letztlich viele Behandlungsnachteile und stärkt die Patientenrechte.

## Versorgungselemente

Die elektronische Behandlungsinformation eBI umfasst technische und medizinische Elemente. Beide sollen die Anamnese unterstützen und eine sichere, effiziente Arzneimittelversorgung ermöglichen.

### Technische Elemente

Mit eBI kann das teilnehmende Krankenhaus die behandlungsrelevanten Informationen des Versicherten elektronisch abrufen. Es muss dafür eine serverbasierte Software – den RpDoc-Konnektor – im Krankenhausinformationssystem (KIS) installieren. Das Krankenhaus fordert die Behandlungsinformation eines Versicherten über die zentrale Kommunikationsplattform der Knappschaft an. Die Anfrage wird doppelt verschlüsselt und erhält eine eindeutige Kennung. Sämtliche Zugriffe auf eBI werden protokolliert. Ein Webservice überträgt die Versichertendaten gesichert. Alle datenschutzrechtlichen Aspekte werden dabei beachtet. Aufgrund der marktüblichen Verschlüsselung, Schnittstellen und Authentisierungsprozesse kann der RpDoc-Konnektor technisch mit minimalem Aufwand bundesweit flächendeckend in Krankenhäusern eingebunden werden – unabhängig vom jeweils vorhandenen Krankenhausinformationssystem.

### Medizinische Elemente

Um die Anamnese zu unterstützen, bietet eBI zahlreiche behandlungsrelevante Informationen an. Der behandelnde Arzt kann sich über den individuellen Gesundheitszustand des Versicherten erkundigen. Gesondert als Alarmkennzeichen hervorgehoben sind solche Gesundheitsmerkmale, die bei der ärztli-

chen Behandlung besondere Berücksichtigung erfordern: zum Beispiel Dialysepflicht, Niereninsuffizienz, Organtransplantationen oder Pflegestufen. Ebenso vermerkt sind die Teilnahme an Disease Management Programmen (DMP) und der MRSA-Status. Die Daten beinhalten darüber hinaus Informationen über die bisherige und aktuelle Medikation sowie Diagnosen des Patienten. Abgebildet werden Wirkstoffe, Stärken und Verordnungszeiträume sowie die Diagnosen der letzten zwölf bzw. 36 Monate. Auch Daten zu stationären Behandlungen werden dargestellt: Behandlungszeiträume, Hauptdiagnosen, Hauptfachabteilung, Krankenhausadress- und Kontaktdaten. Gleiches gilt für an der Behandlung beteiligte niedergelassene Ärzte.

eBI generiert im Arzneimitteltherapie-Risikoreport per Knopfdruck einen Arzneimitteltherapiesicherheits-(AMTS)-Check. Dieser zeigt die potenziellen Gefahren der individuellen Medikation des Versicherten zum Zeitpunkt der Krankenhausaufnahme. Dabei werden beispielsweise potentielle Wechselwirkungen angezeigt. Darüber hinaus berücksichtigt die Analyse auch die Dosierungen und die individuellen Besonderheiten des Patienten (etwa Laborwerte, Geschlecht, Alter, Größe, Gewicht, Erkrankung). Besteht ein Risiko, werden geeignete Behandlungsalternativen empfohlen. Die Risikohinweise und Behandlungsalternativen sind wissenschaftlich belegt, werden laufend aktualisiert und beinhalten folgende Risikodimensionen:

- Interaktionen
- Rote-Hand-Briefe
- PRISCUS-Liste (altersinadäquate Wirkstoffe)
- Nierenfunktionsabhängige Arzneimittel
- Arzneimittel, die nicht plötzlich pausiert oder abgesetzt werden dürfen
- Dosierungen unter Berücksichtigung der Indikationen und Laborwerte (GFR)
- OTC-Präparate (rezeptfreie Medikamente).

### Mehrwert

Die Knappschaft setzt – als eine der ersten Krankenkassen – die elektronische Arzneimitteltherapiesicherheitsprüfung ein, um die Sicherheit der Medikamententherapie ihrer Versicherten zu verbessern. Erstmals für Deutschland wird sichergestellt, dass die behandlungsnotwendigen Informationen bei stationärer Aufnahme umgehend und sicher verfügbar sind: Zu verordneten Arzneimitteln, bekannten Erkrankungen sowie ambulanten und stationären Vorbehandlungen. Der behandelnde Arzt im Krankenhaus kann sich direkt über den Gesundheitszustand des eingewiesenen Patienten informieren – auch bei einer Notfalleinweisung, wenn der Patient etwa komatös oder nicht ansprechbar ist.

Niedergelassene Ärzte und Krankenhausärzte werden unterstützt bei der Kommunikation und der Abstimmung bezüglich der Arzneimitteltherapie. Der nachbehandelnde Arzt erhält neben einem Medikationsplan ein weiteres Dokument, in dem die individuellen Risiken des entlassenen Patienten aufgezeigt werden. Zusätzlich wird die Therapieentwicklung während des Krankenhausaufenthaltes transparent gemacht. Der Nachbehandler kann damit nachvollziehen, warum Medikamente umgestellt, verordnet oder abgesetzt wurden. Ergänzend werden dem niedergelassenen Arzt Präparate vorgeschlagen, die für ihn wirtschaftlich effizient sind und die in sein Medikationsbudget passen.

Die Arzneimitteltherapiesicherheit verbessert sich, indem systemisch induzierte Risiken transparent werden: etwa beim Wechsel von ambulanter zu stationärer Behandlung oder hinsichtlich der ambulanten Medikation sowie der Selbstmedikation. Somit können Versicherte vor vermeidbaren Risiken effektiv geschützt werden.

Zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus erhalten Versicherte zudem einen Medikationsplan. Dies unterstützt sie dabei, ihre Rechte gemäß dem Patientenrechtegesetz wahrzunehmen. Der Patient ist dadurch autonomer und selbstbestimmter.

Zusammenfassend lassen sich die Vorteile des eBI-Versorgungskonzeptes wie folgt darstellen:

1. Ein vom Behandler unabhängiger Medikationsplan verbessert die Arzneimitteltherapiesicherheit für Versicherte der Knappschaft.
2. Relevante Informationen zu Medikation und Behandlung der Versicherten sind zum Behandlungszeitpunkt besser verfügbar.
3. Eine elektronische Prüfung der Arzneimitteltherapiesicherheit kann potentielle und vermeidbare Risiken der Arzneimitteltherapie identifizieren.
4. Die Risiken der Selbstmedikation werden weniger, indem Versicherte über die verordnete Medikation und über frei verkäufliche Arzneimittel informiert werden.
5. Die Kommunikationsbeziehung zwischen Arzt und Versicherten ist professionalisiert und standardisiert.
6. Die Versorgungsqualität und -sicherheit entlang der Behandlungskette steigt sektorenübergreifend.
7. Die Ärzte werden bei anstehenden Therapieentscheidungen unterstützt zum Beispiel durch ein Expertensystem zur Arzneimitteltherapiesicherheit, strukturell begründete Intransparenzen werden minimiert.
8. Eine qualitativ hochwertige, umfassende Anamnese (vorausgefüllte Dokumente, Lesbarkeit, Vollständigkeit etc.) im Krankenhaus wird erleichtert (Prozesseffizienz).
9. Die an der Behandlung beteiligten Ärzte und Institutionen werden verlässlich identifiziert, zum Beispiel für das Entlassmanagement.
10. Die Sicherheit bei der Therapie- und Behandlungsauswahl steigt; dies wird gewährleistet durch die historisch belegten Krankheitsverläufe – im Vergleich zu lückenhaften, akuten Momentaufnahmen des individuellen Gesundheitszustandes eines Versicherten zum Aufnahmezeitpunkt.

### Finanzierung

Der geschätzte Aufwand des Versorgungsprojektes beträgt für die Softwareentwicklung bis dato etwa 1,5 Millionen Euro. Zusätzlich sind Aufwendungen für die Konzeptionierung, wissenschaftliche Beratung sowie die notwendige IT-Infrastruktur und die Pilotierung zu nennen. Die gesamte Finanzierung erfolgt aus Eigenmitteln der Knappschaft.

Die kontinuierliche Pflege der medizinischen Datenbanken – beispielsweise zur Arzneimitteltherapiesicherheit – sowie Betrieb und Support der zentralen Infrastruktur übernimmt ebenfalls die Knappschaft. Die Handlungslegitimation für die Knappschaft folgt aus § 1 SGB V. Der Paragraph regelt die Verpflichtung von Krankenkassen, geeignete Maßnahmen zu ergreifen, um vermeidbare Risiken des Arzneimitteltherapieprozesses adäquat zu kontrollieren. Ziel ist es, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, den Gesundheitszustand wiederherzustellen bzw. diesen zu verbessern. Zusätzlich regelt § 11 Abs. 4 SGB V, dass Versicherte einen Anspruch auf ein Versorgungsmanagement beim Übergang in verschiedene Versorgungsbereiche haben. Krankenkassen sind wiederum verpflichtet, Leistungserbringer bei der sektorenübergreifenden Koordination der Behandlung zu unterstützen.

Versicherte können den Service freiwillig nutzen. Dieser ist für Partnerkrankenhäuser und Versicherte kostenfrei.

Die Kosten für die benötigte krankenhauserinterne IT tragen die kooperierenden Institutionen. Hierbei handelt es sich vornehmlich um einmalige Aufwendungen – für Schnittstellen, Lizenzen und eine initiale Soft- und Hardwarebereitstellung. Durchschnittlich kostet eine Krankenhausanbindung etwa 10.000 Euro.

## Management

Alle etwa 1,7 Millionen knappschaftlich Versicherten können sich über ein teilnehmendes Krankenhaus für eBI einschreiben. Des Weiteren informiert die Knappschaft mittels großflächig angelegter Mailing-Aktionen ihre Versicherten über eBI. Das Programm wird erläutert, Partnerkrankenhäuser genannt; der Versicherte kann sich prospektiv bereit erklären, an eBI teilzunehmen.

Aufnehmende Verwaltungsmitarbeiter der teilnehmenden Qualitätspartnerkrankenhäuser übernehmen weitestgehend die notwendigen administrativen Aufgaben: Sie stellen die eBI-Anamnesedaten bereit. Sämtliche Informationen werden an dieser Stelle der papiergebundenen Patientenakte angehängt oder dem aktuellen Krankenhausfall des Versicherten digital zugeordnet.

Initiiert wurde das Projekt durch die Geschäftsführung der Knappschaft. Die Umsetzung, Koordination und Kommunikation wird durch die Fachabteilung Versorgungsmanagement innerhalb der Knappschaft realisiert.

Die Knappschaft bereitet gerade inhaltlich und technisch ein medizinisches Controlling vor. Bisher beschränkt sich das eBI-Controlling auf quantitative Parameter (etwa aufgerufene eBI-Dokumente, durchgeführte Risikochecks, Verbreitung des Instrumenteneinsatzes im Krankenhaus). Darüber hinaus sollen medizinische Veränderungen im stationären Behandlungsablauf auf Institutions- sowie Versicherten-ebene transparent gemacht und bewertet werden. Dadurch lassen sich Rückschlüsse auf die Behandlungsqualität ableiten. Bereits jetzt sind Veränderungen der Arzneimitteltherapie transparent (bestehende Risiken, Polymedikation, Dosierungen etc.) – und damit messbar und auswertbar.

Drei Beteiligungsgesellschaften und Eigenbetriebe der Knappschaft und der F&E-Partner RpDoc Solutions GmbH entwickelten und pilotierten eBI. Herr Prof. Dr. med. Grandt (unter anderem Chefarzt im Klinikum Saarbrücken, Vorstandsmitglied der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft AkdÄ und Mitglied der WHO) sowie laufende Dissertationen begleiten das Projekt wissenschaftlich. Die Teilnahme der Versicherten ist freiwillig und wird mittels Einwilligungserklärung dokumentiert. Des Weiteren verpflichten sich die teilnehmenden Krankenhäuser vertraglich zur Zusammenarbeit und insbesondere zur Einhaltung festgelegter Pflichten. Hier spielen die Datensicherheit und der Datenschutz eine wichtige Rolle.

## Evaluation

Seit Beginn des Projektes am 1. Juli 2013 haben sich etwa 90.000 Versicherte für das Projekt eingeschrieben. Zusammen mit dem Klinikum Vest GmbH evaluierte die Knappschaft eBI.

Mehr als 90 Prozent der angesprochenen Versicherten entscheiden sich für eine Teilnahme an eBI zum Zeitpunkt der Krankenhausaufnahme. Zusätzlich konnte durch Mailing-Aktionen in den Einzugsgebieten der teilnehmenden Krankenhäuser eine positive Rücklaufquote von mehr als 35 Prozent erreicht werden. Durch minimale Vertriebsanstrengungen nehmen bereits 30 Krankenhäuser an eBI teil. Das Programm wird demnach von den Patienten, aber auch von Leistungserbringern sehr akzeptiert.

Im Zeitraum vom 1. Juli 2013 bis zum 1. April 2014 unterstützte eBI im Klinikum Vest den Anamneseprozess von 3.215 Versicherten. Es zeigte sich, dass mehr als 66 Prozent der Versicherten mehr als acht Wirkstoffe gleichzeitig erhielten. Die Alters- und Geschlechterverteilung war in der betrachteten Versichertengruppe statistisch unauffällig. eBI ermittelte die Medikationsrisiken sämtlicher Risikodimensionen bei den aufgenommenen Patienten: Insgesamt kam es zu 1.335 Wechselwirkungen, davon etwa 300 schwerwiegende. Über 100 Versicherte wiesen mehr als fünf Wechselwirkungen in ihrer akuten Medikationstherapie auf.

Im Bereich der Doppelverordnungen nahmen 2.196 Versicherte verschiedene Präparate gleichzeitig ein, deren Wirkstoffe mindestens in zwei Präparaten parallel vorhanden waren. Als weitere Dimension wurden altersinadäquate Wirkstoffe nach Priscus-Liste untersucht. Insgesamt 677 Versicherte über 65 Jahre nahmen mindestens einen Priscus-Wirkstoff zu sich. Auch im Bereich der Über- und Unterdosierung wiesen 2.036 Versicherte eine potentielle Über- bzw. Unterdosierung auf. Des Weiteren konnten 871 Versicherte identifiziert werden, die mindestens ein Präparat eingenommen hatten, zu dem ein Roter-Hand-Brief und damit ein relevanter Risikohinweis vorlagen. Abschließend wurden die nierenfunktionsabhängigen Wirkstoffe betrachtet. Hier nahmen 2.635 Versicherte nierenfunktionsabhängige Wirkstoffe ein. Diese stellen bei falscher Dosierung ein potentielles Risiko dar. Inwieweit die aufgedeckten Risiken medizinisch oder klinisch relevant sind und ob sich dadurch die Therapie oder der Gesundheitszustand der betroffenen Versicherten verändern, kann abschließend nicht geklärt werden. Dennoch ist davon auszugehen, dass durch eBI die Therapiesicherheit relevant gestiegen ist. Denn laut Studien werden 50 Prozent der Medikationsfehler ohne technische Unterstützung nicht erkannt und 50 Prozent der Anamnesen nicht vollständig erhoben – was ein erhebliches Risikopotential bedeutet (Cornu, Steurbaut et al., 2012; Hellström, Bonnesson et al., 2012).

Die Prozesse bei der Aufnahme des Patienten konnten ebenfalls signifikant verbessert werden. Da eBI den Arzt bei der Anamnese unterstützt, werden durchschnittlich 15 Prozent Zeit gespart – gleichzeitig steigt die Qualität im Anamnesegespräch. Mehr als kompensiert wird die Zeit, um Patienten aufzuklären sowie um die Anamneseinformationen für die Patientenakte bereitzustellen (durchschnittlich zwei bis drei Minuten). Die Krankenhausärzte können darüber hinaus leichter den Hausarzt oder den einweisenden Arzt identifizieren – entscheidend insbesondere für das Entlassmanagement. Medizinische Informationen sind nicht einmalig in der papiergebundenen Patientenakte vorhanden (Arztbriefe, externe Befunde etc.), sondern können von allen Krankenhausterminalen mit entsprechender Zugangsbefugnis zeitgleich und von mehreren Bereichen parallel verwendet werden.

## Nächste Schritte

Die elektrische Behandlungsinformation wurde zunächst für die stationäre Versorgung entwickelt. Damit eBI flächendeckend in der Krankenhauslandschaft akzeptiert wird, wird die Knappschaft künftig sicherstellen, dass verschiedene Systeme zusammenarbeiten können, beispielsweise zur geplanten Telematikinfrastruktur. Aktuell eruiert Pilotprojekte, welche technischen, prozessualen und inhaltlichen Anforderungen an sektorenübergreifende Informationen für niedergelassene Ärzte bestehen.

Darüber hinaus hat das Entlassmanagement eine wichtige Lotsenfunktion zum ambulanten Sektor. Ein eBI-gestütztes Entlassmanagement befindet sich nach abgeschlossener Konzeptionsphase bereits in der Umsetzung. Das zunächst papierbasierte eBI-Entlassmanagement wird im Anschluss auf eine digitale Variante der eBI-Kommunikationsplattform umgestellt. Es sollen weitere Dienste implementiert werden und zusätzliche Qualitätspartner folgen. Das schließt auch weitere Leistungserbringerbereiche wie niedergelassene Ärzte, Pflegedienste, Pflegeheime, Apotheken, Rehaeinrichtungen, etc. mit ein.

Die Knappschaft arbeitet parallel an einem Internetportal für Versicherte: Der Versicherte soll hier selbst auf medizinische Inhalte zugreifen (Behandlungsdaten, Medikationsplan etc.). Darüber hinaus erhält er auch weitergehende Informationen zur Patientensicherheit. Beispielsweise könnten nicht verschreibungspflichtige Präparate auf Arzneimitteltherapiesicherheit geprüft werden.

Mittelfristig wird eBI auch für weitere Kostenträger als offener Standard innerhalb einer prospektiven Partnerschaft propagiert. Auf diese Weise hofft die Knappschaft, letztendlich weitere Versicherte anderer Kassen bzw. Institutionen zu bündeln und weitere Synergien zu heben.

## Ansprechpartner

Markus Weiß

Referent

DRV Knappschaft-Bahn-See

Pieperstr 14–28

44781 Bochum

Telefon: 0234 304 872 06

E-Mail: markus.weiss@kbs.de

www.knappschaft.de

## Literatur

- An, S., Muturi, N. (2011). Subjective health literacy and older adults' assessment of direct-to-consumer prescription drug ads. *J Health Commun* 16 Suppl(3): 242–255.
- Arzneimittelbrief (2009). Erwünschte und unerwünschte Arzneimittelwirkungen sind bei Frauen und Männern unterschiedlich. 43(41).
- Balon, J., Thomas, S. A. (2011). Comparison of hospital admission medication lists with primary care physician and outpatient pharmacy lists. *J Nurs Scholarsh* 43(3): 292–300.
- Cornu, P., Steurbaut, S. et al. (2012). Effect of medication reconciliation at hospital admission on medication discrepancies during hospitalization and at discharge for geriatric patients. *Ann Pharmacother*. 46: 484–494.
- Glassman, P. A., Simon, B. et al. (2002). Improving recognition of drug interactions: benefits and barriers to using automated drug alerts. *Med Care* 40 (12 ): 1161–1171.
- Glintborg, B., Andersen, S.-K. et al. (2010). Prescription data improve the medication history in primary care. *Qual Saf Health Care* 19(3): 164–168.
- Green, C. F., Burgul, K. et al. (2010). A study of the use of medicine lists in medicines reconciliation: please remember this, a list is just a list. *Int J Pharm Pract* 18(2 ): 116–121.
- Hellström, L. M., Bondesson, Å. et al. (2012). Errors in medication history at hospital admission: prevalence and predicting factors. *BMC.Clin.Pharmacol* 12(9): 1–9.
- Hug, B. L., Witkowski, D. J. et al. (2010). Adverse drug event rates in six community hospitals and the potential impact of computerized physician order entry for prevention. *J Gen Intern Med* 25 (1 ): 31–38.
- Knappschaft-Bahn-See, D. (2014). Versorgungsanalyse intern.
- Leal Hernández, M., Abellán Alemán, J. et al. (2004). Patients on multiple medication: do they know the right doses? Do they take their medications correctly? *Aten Primaria* 33(8 ): 451–456.
- Ommen, O., Ullrich, B. et al. (2007). The ambulatory-stationary interface in medical health care: problems, model of explanation, and possible solutions. *Med Klin (Munich)* 102(11): 913–917.
- Tam, V. C., Knowles, S. R. et al. (2005). Frequency, type and clinical importance of medication history errors at admission to hospital: a systematic review. *CMAJ* 173(5): 510–515.
- Taylor, A. W., Price, K. et al. (2010). Multimorbidity – not just an older person's issue. Results from an Australian biomedical study. *BMC Public Health* 10(718).
- Thürmann, P. A. (2005). Gender-related differences in pharmacokinetics and pharmacodynamics. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 48(5): 536–540.



© MSD, Foto: Angelika Bardehle, Aying

Dagny Holle mit Juror Friedrich Wilhelm Schwartz

## 2. Preis

# Integrierte Versorgung Kopfschmerz

*Autor: Dagny Holle*

## Management Summary

Das Versorgungsprogramm „Integrierte Versorgung Kopfschmerz“ bietet Kopfschmerzpatienten eine sektorenübergreifende Behandlung – mit dem Ziel, die Versorgung der Patienten zu verbessern und gleichzeitig die Kosten der Behandlung zu reduzieren.

Das Versorgungsmodell wurde vom Westdeutschen Kopfschmerzzentrum in Essen nach § 140a SGB V entwickelt und basiert auf der Zusammenarbeit mit über 70 gesetzlichen Krankenkassen. Seit 2005 arbeitet das Kopfschmerzzentrum zudem mit über 60 Neurologen und Schmerztherapeuten in Nordrhein-Westfalen zusammen, die dem integrierten Versorgungskonzept Patienten zuweisen, vor allem aber die Nachbetreuung übernehmen.

Im Westdeutschen Kopfschmerzzentrum stimmen Ärzte, Psychologen und Physiotherapeuten die Anamnese und Therapie ab (horizontale Schnittstellen). Hierbei stehen zwei Behandlungsmodule zur Verfügung. Modul 1 beinhaltet eine einmalige Vorstellung im Westdeutschen Kopfschmerzzentrum mit ärztlicher, psychologischer und physiotherapeutischer Behandlung. Modul 2 stellt eine Behandlungsoption für schwerer betroffene Patienten mit zumeist zusätzlichen Komorbiditäten dar. Die Weiterbehandlung erfolgt durch kooperierende Fachärzte, die über den Integrierten Versorgungsvertrag eingebunden sind (vertikale Schnittstellen).

Durch das Versorgungsprogramm reduzieren sich Haus- und Facharztbesuche sowie Arbeitsunfähigkeitstage, was bereits in zahlreichen Publikationen belegt werden konnte. Außerdem werden Kosten minimiert, die häufig durch unnötige Diagnostik, Behandlung und stationäre Aufenthalte entstehen. Im Vergleich zur Regelversorgung sind die Gesamtkosten im Versorgungsmodell daher deutlich niedriger.

## Einleitung

Kopfschmerzerkrankungen stellen die Medizin vor große Herausforderungen. Es existieren sehr unterschiedliche Formen und Ausprägungen von Kopfschmerzen. Nach wie vor lässt sich schwer vorhersagen, welche Ursachen der Erkrankung zu Grunde liegen, wie genau sie bei einzelnen Personen verläuft und durch welche Therapiemöglichkeiten den betroffenen Patienten schnell geholfen werden kann.

Das Projekt will daher hauptsächlich:

- Die Versorgung von Kopfschmerzpatienten durch fach- und sektorenübergreifende Betreuung verbessern
- Eine Chronifizierung der Erkrankung verhindern
- Dem Kopfschmerz präventiv vorbeugen und somit einen Übergebrauch von Schmerzmitteln vermeiden
- Die Kosten für das Gesundheitswesen reduzieren
- Die kopfschmerzbedingten Ausfälle am Arbeitsplatz und in der Gesellschaft reduzieren
- Hilfe zur Selbsthilfe bieten
- Zusätzliche psychische Erkrankungen als Folge permanenter Kopfschmerzen (Komorbidität) erkennen und gezielt behandeln

Die integrierte Versorgung wurde mit der KKH begründet. Mittlerweile nehmen auch andere Kassen am Projekt teil. Zusammen wurden die oben genannten Ziele im Rahmen eines interdisziplinären und sektorenübergreifendem Behandlungsmodells umgesetzt. Die betroffenen Kopfschmerzpatienten werden hier auf Grundlage der Integrierten Versorgung behandelt.

## Versorgungsherausforderung

Die Wahrscheinlichkeit, mindestens einmal im Leben an einem Kopfschmerz vom Spannungstyp zu erkranken, liegt bei 70 Prozent; die Wahrscheinlichkeit für Migräne bei 15 Prozent (Evers, Frese et al., 2006). In Deutschland leiden etwa acht Millionen Menschen an starken und regelmäßig wiederkehrenden Kopfschmerzen (Migräne) (Obermann, Katsarava, 2008).

Darüber hinaus leiden auch immer mehr Kinder und Jugendliche unter chronischen Kopfschmerzen. Gerade bei Kindern und jungen Erwachsenen können andauernde Kopfschmerzen das spätere Leben sehr beeinflussen. Viele Kinder und Jugendliche können aufgrund starker Kopfschmerzen nicht mehr regelmäßig am Schulunterricht teilnehmen; langfristig entstehen Probleme in der weiteren Ausbildung.

Weiterhin ist es schwierig, den Verlauf von Kopfschmerzerkrankungen bei einzelnen Patienten vorauszusagen. Besondere Herausforderungen bestehen hierbei vor allem darin, im Voraus zu bestimmen:

- Inwiefern die betroffenen Patienten auf bestimmte Medikamente reagieren
- Inwiefern Nebenwirkungen bei den Patienten auftreten können
- Inwiefern sich die Kopfschmerzfrequenz und -intensität bei den Patienten verändern

Medikamentenübergebrauch und psychische Begleiterkrankungen erschweren den Krankheitsverlauf. Allerdings erklären diese Risikofaktoren in der medizinischen Praxis nur einen Teil des individuellen Krankheitsverlaufs. Behandelnde Ärzte stellen zunehmend fest, dass Kopfschmerzpatienten in vielen Fällen eigentlich besser auf die begonnene Therapie ansprechen müssten. Erfreulicherweise gibt es aber auch immer wieder Patienten, die trotz schlechter Voraussetzungen unerwartet gut auf die eingeleitete Therapie reagieren.

Noch immer aber sind Kopfschmerzerkrankungen sowohl in der Bevölkerung als auch bei Hausärzten und Neurologen ein unterschätztes Krankheitsbild. Die Ursachen für die Erkrankung sind sehr vielseitig. Als mögliche Ursachen des Kopfschmerzes können unter anderem in Frage kommen:

- Orthopädische Ursachen
- Internistische Ursachen
- Neurologische Ursachen
- Psychogene Ursachen

Betroffene Patienten suchen meist mehrere Fachärzte auf, zum Teil wiederholt und nicht koordiniert, weil sie nach den Ursachen ihrer Kopfschmerzen suchen (Hals-Nasen-Ohren-Ärzte, Orthopäden, Augenärzte, Zahnärzte, Schmerztherapeuten und Neurologen). Aufgrund der vielseitigen Ursachen sind viele Allgemeinmediziner oder niedergelassene Neurologen zu unsicher, um eine genaue Diagnose zu stellen. Häufig sind die entsprechenden Ärzte zu unerfahren in der Behandlung von Kopfschmerzpatienten (Gaul, Brömstrup et al., 2011). Viele Patienten erhalten daher keine vorbeugende Kopfschmerztherapie, sondern werden behandelt, wenn der Kopfschmerz akut auftritt. Ein Großteil der Patienten verzichtet inzwischen sogar vollständig auf Arztbesuche, weil sie die Erfahrung gemacht haben, dass ihnen nicht geholfen werden kann. Haben sie diese Haltung erst einmal angenommen, beginnt ein Teufelskreis: Die Patienten beginnen ihre Schmerzen selbst zu behandeln. Diese Selbstbehandlung geht einher mit einem Medikamentenübergebrauch von Schmerzmitteln, der wiederum häufig darin endet, dass sich die Kopfschmerzen zu chronischen Schmerzen entwickeln.

Auch aus gesundheitsökonomischer Sicht sind Kopfschmerzerkrankungen relevant: Die direkten Kosten der Migräne allein werden auf 450 Millionen Euro pro Jahr geschätzt. Da sich die meisten Migränepatienten selbst mit freiverkäuflichen Medikamenten behandeln, entstehen Kosten von rund 500 Millionen Euro im Jahr. Hinzu kommen die indirekten Kosten, beispielsweise bedingt durch Arbeitsunfähigkeitstage. Insgesamt liegen die Kosten für alle Formen von Kopfschmerzen bei etwa zwei Milliarden Euro im Jahr, die indirekten Kosten bei etwa sieben Milliarden Euro (Evers, Frese et al., 2006).

## Entstehungsgeschichte

Patienten mit häufigen und schwer zu behandelnden Kopfschmerzen sind in vielen Regionen in Deutschland unzureichend versorgt. Gemeinsam mit den gesetzlichen Krankenkassen und niedergelassenen Neurologen entwickelte das Westdeutsche Kopfschmerzzentrum Essen ein innovatives Behandlungsmodell, das speziell auf die Bedürfnisse von Kopfschmerzpatienten ausgerichtet ist. Das Neuartige des Behandlungsmodells ist, dass Ärzte interdisziplinär und sektorenübergreifend zusammen arbeiten.

Bei dem vorgestellten Behandlungskonzept handelt es sich um das erste bundesweite Integrierte Versorgungsmodell für chronische Kopfschmerzen und Migräne. Die gesetzliche Grundlage bildet § 140a SGB V.

Integrierte Versorgung bedeutet in diesem Zusammenhang, dass alle an der Behandlung Beteiligten ein gemeinsames Ziel verfolgen – Patienten, Ärzte, Krankenhäuser und Therapeuten. Den Patienten wird am Westdeutschen Kopfschmerzzentrum eine Behandlung aus einem Guss angeboten: durch Neurologen, Psychologen und Physiotherapeuten. Unterstützt wird dieses Projekt von niedergelassenen Neurologen, Schmerztherapeuten und den teilnehmenden Krankenkassen.

## Kernelemente

### Versorgungskonzept

Das Projekt „Integrierte Versorgung Kopfschmerz“ bietet im Vergleich zur bisherigen Behandlungspraxis von Kopfschmerzpatienten eine neue und ganzheitliche Versorgung. Dabei sollen die unterschiedlichen Erwartungen aller Beteiligten gleichermaßen erfüllt werden: der Patienten, der Leistungserbringer (zum Beispiel Allgemeinmediziner, Fachärzte und Krankenhäuser) sowie der Kostenträger (etwa Krankenkassen).

Patienten erwarten, dass sich ihre Kopfschmerzen durch eine entsprechende Therapie schnell bessern. Von einer Besserung im Zusammenhang mit akuten und andauernden Kopfschmerzen wird gesprochen, wenn sich die Kopfschmerztagel der betroffenen Patienten deutlich verringern, d.h. um mehr als 50%. Darüber hinaus erwarten die Patienten vom behandelnden Arzt eine wirksame Akuttherapie, die keine oder nur geringe Nebenwirkungen verursacht. Zum anderen soll mit vorbeugenden Maßnahmen begonnen werden. Weiterhin erhoffen sich die Patienten, dass mit Hilfe entsprechender Medikamente und verhaltenstherapeutischer Maßnahmen die Kopfschmerzen weniger werden. Auch diese präventiven Maßnahmen sollen keine oder nur sehr geringe Nebenwirkungen aufweisen.

Sowohl betroffene Patienten als auch behandelnde Ärzte sind der Meinung, dass sie in der konventionellen Regelversorgung nicht ausreichend Zeit haben für den Arzt-Patienten-Kontakt. Die in der Regelversorgung vorgesehene Zeit, um über die Erkrankung ausreichend aufzuklären, ist viel zu kurz kalkuliert. Um nachhaltige Erfolge einer begonnenen Therapie zu gewährleisten, muss der betroffene Patient vorab ausreichend informiert und motiviert werden.

Die Kostenträger erwarten auf der einen Seite eine Reduktion der Behandlungs- und Folgekosten und auf der anderen Seite eine schnelle Verbesserung der Beschwerden ihrer Versicherten.

Das Westdeutsche Kopfschmerzzentrum in Essen arbeitet mit über 60 niedergelassenen Neurologen und Schmerztherapeuten zusammen. Um die oben genannten Erwartungen bestmöglich zu erfüllen, müssen gerade Fachärzte entsprechende Voraussetzungen für die Behandlung von Kopfschmerzpatienten erfüllen:

- Insbesondere Neurologen und Schmerztherapeuten sollen sich durch spezielle Qualifizierungsmaßnahmen bei der Behandlung von Kopfschmerzpatienten auszeichnen;
- Fachärzte müssen jährlich 100 Kopfschmerzpatienten behandeln;
- Fachärzte müssen regelmäßig an fachlichen Fortbildungen zum Thema „Kopfschmerz“ am Westdeutschen Kopfschmerzzentrum in Essen teilnehmen.

## Zielgruppe

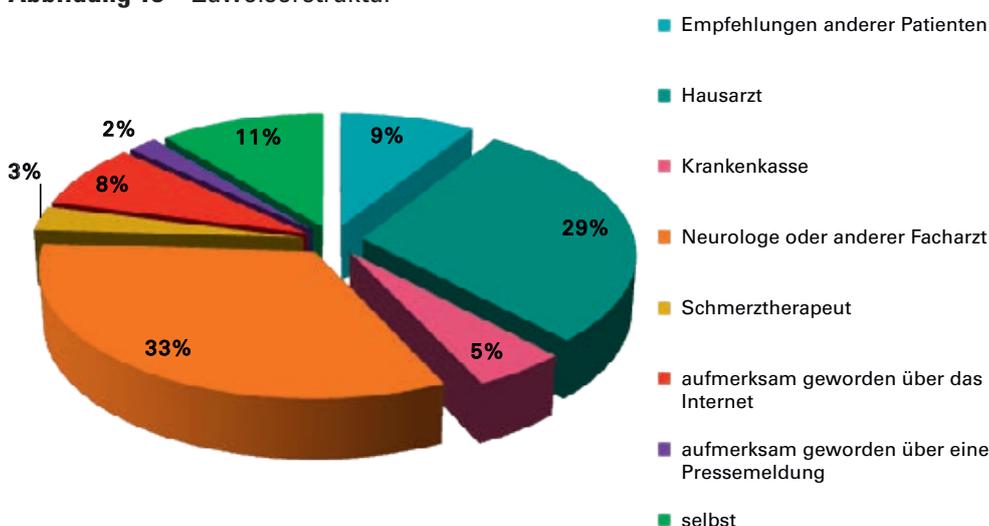
Das Projekt „Integrierte Versorgung Kopfschmerz“ richtet sich hauptsächlich an Menschen, die die Voraussetzungen für die Behandlung am Westdeutschen Kopfschmerzzentrum Essen erfüllen:

- Patienten, die entweder ambulant oder stationär die Diagnose Migräne (G43), Kopfschmerz vom Spannungstyp (G44.2) oder Kopfschmerzen (G44) erhalten haben
- Patienten mit folgenden stationären Entlassungsdiagnosen: Trigeminusneuralgie (G50.0), atypischer Gesichtsschmerz (G50.1), Zervikalneuralgie (M54.2), Clusterkopfschmerz (G44.0) oder andere trigeminoautonome Kopfschmerzen sowie anhaltende somatische Schmerzstörung (F45.4)
- Betroffene Patienten müssen mindestens vier Verordnungen (pro Jahr) von Arzneimitteln aus den ATC-Klassen N02C (Migränemittel) oder N02B (Analgetika) erhalten haben
- Betroffene Patienten sind bei einer der folgenden Krankenkassen versichert: AOK Rheinland/Hamburg, Innungskrankenkasse (IKK) Nordrhein sowie Kaufmännische Krankenkasse-Allianz (KKH), DAK, Knappschaft, BKK (genauere und aktuelle Angaben zu den teilnehmende Krankenkassen finden sich auf der Homepage des Westdeutschen Kopfschmerzzentrums)

## Versorgungselemente

Für die Behandlung im Westdeutschen Kopfschmerzzentrum Essen ist eine ärztliche Überweisung nicht zwingend erforderlich. In der Regel informiert der niedergelassene Neurologe (33 Prozent der Fälle) oder der behandelnde Hausarzt (29 Prozent) über das Versorgungsprogramm (vgl. Abbildung 15). Häufig kommt der Patient auch von selbst (11 Prozent).

Abbildung 15 – Zuweiserstruktur

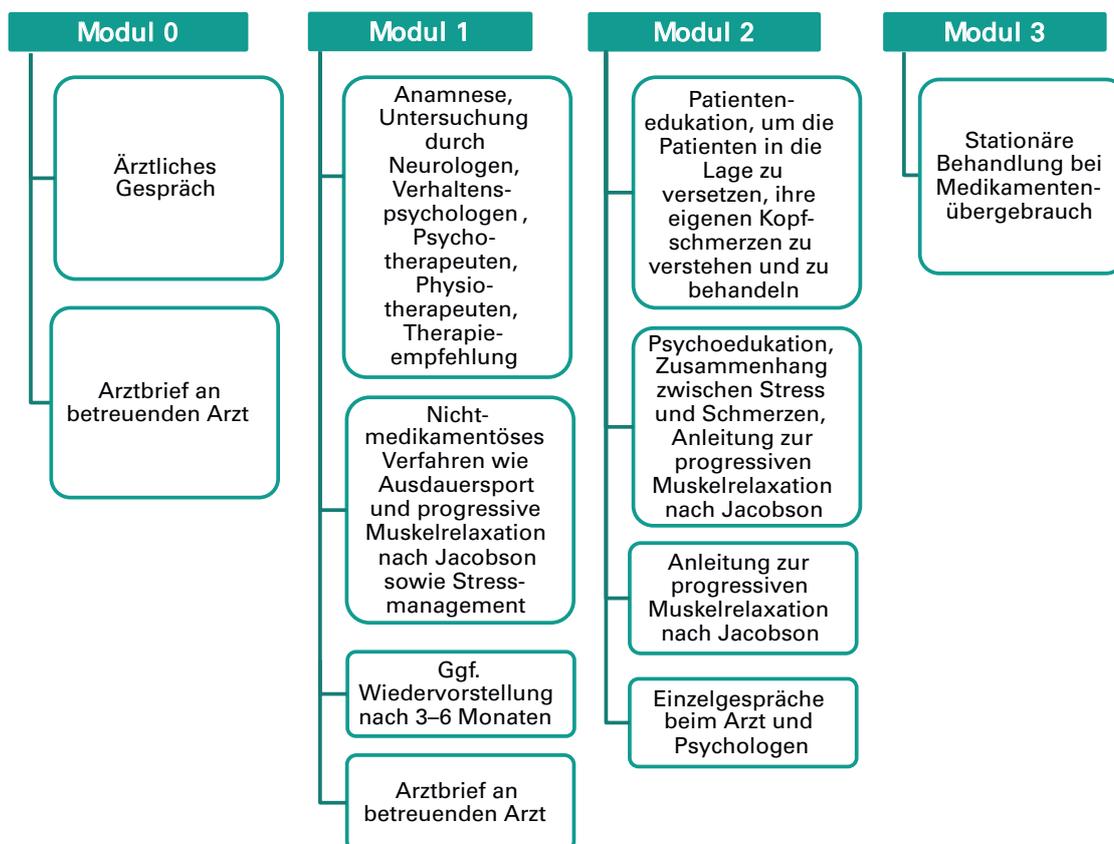


Quelle: Eigene Darstellung.

Die Termine werden telefonisch vergeben. Bereits am Telefon erkundigen sich die geschulten Arzthelferinnen über den aktuellen Gesundheitszustand der betroffenen Patienten. Sie ermitteln somit, wie eilig der Patient untersucht und behandelt werden muss. Patienten mit sehr schweren Kopfschmerzerkrankungen (zum Beispiel Clusterkopfschmerzen oder Trigeminusneuralgien) sowie Patienten mit kurzer Krankheitsanamnese und Jugendliche (ab 16 Jahre) erhalten innerhalb weniger Tage einen Termin. Patienten, die bereits langjährig Kopfschmerzen haben (etwa Migräne oder Spannungskopfschmerzen), warten auf einen ambulanten Behandlungstermin in der Regel ein bis zwei Monate.

Das Behandlungskonzept des Westdeutschen Kopfschmerzzentrums in Essen überwindet durch verschiedene Behandlungsmodule horizontale und vertikale Schnittstellen (vgl. Abbildung 16).

**Abbildung 16** – Behandlungsmodule im Westdeutschen Kopfschmerzzentrum



Quelle: Eigene Darstellung (in Anlehnung an Vauth and Gaul (2011)).

Das **Modul 0** umfasst ein rein ärztliches Gespräch im Westdeutschen Kopfschmerzzentrum.

Die Behandlung erfolgt entsprechend der Beschwerden, wobei meist die Module 1 und 2 angewandt werden. Vor dem Vorstellungstermin der Patienten füllen die betroffenen Patienten in **Modul 1** internetbasierte Fragebögen aus und führen entsprechende Kopfschmerztagebücher. Sofern sich die betroffenen Patienten erstmals vorstellen, können sie einen Kombinationstermin erhalten. Während dieses ausführlichen Vorstellungstermins werden die Patienten durch erfahrene Neurologen, Verhaltenspsychologen und Physiotherapeuten untersucht. Auf Wunsch der Patienten und um besonders stark betroffenen Patienten einen möglichst schnellen Termin zu ermöglichen, kann der Vorstellungstermin an zwei aufeinanderfolgenden Tagen stattfinden.

Geschulte Arzthelferinnen koordinieren die Termine bei den unterschiedlichen Fachgruppen. Dabei planen die Arzthelferinnen bei der Vergabe der Termine für jede Patienten-Arzt-Unterhaltung jeweils eine Stunde Gesprächszeit ein. Dementsprechend werden die Patienten gebeten, für ihren erstmaligen Besuch mindestens drei Stunden einzuplanen. Ärzte, Psychologen und Physiotherapeuten stimmen sich interdisziplinär hinsichtlich der Anamnese und Therapie ab. Sowohl die behandelnden Ärzte als auch die Patienten selbst erhalten innerhalb einer Woche einen schriftlichen Bericht über die entsprechenden Untersuchungsergebnisse und die weitere Therapieempfehlung bzw. die konkrete Therapieplanung. Ferner werden regelmäßig Spezialsprechstunden angeboten – für Jugendliche oder Patienten mit seltenen Kopfschmerzerkrankungen (beispielsweise Clusterkopfschmerzen).

Bei **Modul 2** verbleibt der Patient fünf Tage in einer Tagesklinik, die speziell auf die Bedürfnisse von Patienten mit gleichzeitig verschiedenen Erkrankungen ausgerichtet ist. Darüber hinaus werden die Patienten in der Tagesklinik ärztlich und psychologisch betreut und bei einer sogenannten Medikamentenpause unterstützt (Entzug). Gerade Kopfschmerzpatienten nehmen häufig zu viel Schmerzmittel oder Triptane, um ihre Schmerzen zu lindern. Die Tagesklinik informiert zudem kontinuierlich mit Veranstaltungen über Kopfschmerzerkrankungen. Termine für die Tagesklinik werden innerhalb von zwei Wochen vergeben. In der Regel werden die Patienten zunächst zu einem ambulanten Vorstellungstermin eingeladen. Hier wird eingeschätzt, ob ein Aufenthalt in der Tagesklinik sinnvoll ist. Ziel dieser Voruntersuchung ist es auch, stark betroffene Patienten mit ähnlichen Kopfschmerzsymptomen optimal in der Tagesklinik zu versorgen.

Nimmt der Patient mehr Medikamente als vorgesehen, wird er stationär behandelt (**Modul 3**).

Eine Besonderheit bei der Behandlung im Westdeutschen Kopfschmerzzentrum Essen besteht darin, dass die behandelnden Fachärzte in regelmäßigen Abständen zu fächerübergreifenden Gesprächen zusammentreffen. In diesen interdisziplinären Gesprächen tauschen sie sich über die Therapiemöglichkeiten und Behandlungsverläufe einzelner Patienten aus, um die Behandlung nachhaltig und effektiv abzustimmen. Jeder Patientenkontakt wird zudem von den behandelnden Fachärzten in einer entsprechenden elektronischen Patientenakte dokumentiert. Dieses Vorgehen bietet unter anderem den Vorteil, dass die unterschiedlichen Therapeuten und Ärzte sofort schriftlich über den aktuellen Gesundheitszustand der betroffenen Patienten informiert sind. Darüber hinaus dokumentiert die elektronische Patientenakte den Krankheitsverlauf der Patienten lückenlos.

Die Patienten werden abschließend durch kooperierende Neurologen, Schmerztherapeuten sowie durch die einweisenden Hausärzte weiter betreut und behandelt.

Um Kopfschmerzpatienten auch in anderen Regionen Deutschlands nachhaltig besser zu behandeln, bietet das Westdeutsche Kopfschmerzzentrum in Essen spezielle Weiterbildungen für Arzthelferinnen, die in Kopfschmerz-Schwerpunktpraxen tätig sind.

### Mehrwert

Von dem Versorgungsprogramm des Westdeutschen Kopfschmerzzentrums in Essen sollen betroffene Kopfschmerzpatienten in mehrfacher Hinsicht profitieren: Sie erfahren nicht selten zum ersten Mal, dass ihre Erkrankung ernst genommen wird und behandelbar ist, sie werden umfangreich informiert und sie werden bei der Selbsthilfe unterstützt.

Hierbei wird besonderer Wert darauf gelegt, dass die Patienten verstärkt mit Hilfe nicht-medikamentöser Therapiemaßnahmen behandelt werden. Das Neuartige der Behandlungsmethode am Westdeutschen Kopfschmerzzentrum ist, dass die Patienten neben neurologischen Untersuchungen auch auf einer psychologischen Ebene untersucht und betreut werden.

Die bereits nach dem ersten ambulanten Termin häufig ausreichend informierten Patienten können die Symptome ihrer Erkrankung nun besser einschätzen und behandeln. Viele Patienten müssen in der Folgezeit seltener ihre behandelnden Ärzte aufsuchen oder sich nur noch vereinzelt in stationäre Behandlung begeben. Chronifizierte Krankheitsverläufe können durch die Behandlung im Westdeutschen Kopfschmerzzentrum in Essen verhindert oder sogar rückgängig gemacht werden.

Die innovative Kombination von neurologischer, psychologischer und physiotherapeutischer Betreuung am Westdeutschen Kopfschmerzzentrum in Essen führt dazu, dass die Lebensqualität der betroffenen Patienten und ihrer Familien nachhaltig verbessert werden konnte.

### Finanzierung

Das Projekt „Integrierte Versorgung Kopfschmerz“ wird über die kooperierenden Krankenkassen finanziert. Für die Patienten, die im Rahmen dieses Projektes behandelt werden, zahlen die Krankenkassen für die einjährige Behandlung einen höheren Betrag als die Poliklinikpauschale des Universitätsklinikums.

Da die eingeschriebenen Patienten intensiv betreut werden und ihre entsprechende Schmerzentwicklung genauestens dokumentiert wird, erhalten die teilnehmenden niedergelassenen Ärzte pro Patient eine Quartalspauschale.

Darüber hinaus handelt es sich bei dem vorgestellten Projekt um eine sogenannte „Follow up-Studie“. Regelmäßig wird überprüft, ob sich die Untersuchungs- und Behandlungsmethoden wirksam und nachhaltig auf den Gesundheitszustand der betroffenen Patienten auswirken. Diese Form der Studie wird von den kooperierenden Krankenkassen im Besonderen finanziell gefördert.

### Management

Das Westdeutsche Kopfschmerzzentrum Essen entwickelte zusammen mit der KKH das interdisziplinäre und sektorübergreifende Behandlungsmodell. Bisher haben über 70 gesetzliche Krankenkassen mit dem Kopfschmerzzentrum Verträge nach § 140a SGB V abgeschlossen. Zudem kooperiert man mit 60 Neurologen und Schmerztherapeuten in Nordrhein-Westfalen.

### Evaluation

#### Interne Evaluationsergebnisse

Im Westdeutschen Kopfschmerzzentrum in Essen wurden im Rahmen des Projektes „Integrierte Versorgung Kopfschmerz“ seit 2005 jährlich 3.000 neue Patienten betreut. Nach sechs und zwölf Monaten erfolgt eine Qualitätssicherung, um auch die langfristigen Ergebnisse der entsprechenden Behandlungen zu sichern.

Die Ergebnisse für das Jahr 2013 zeigen, dass die Anzahl der monatlichen Kopfschmerztagen bei den betroffenen Patienten deutlich reduziert werden konnte. Durchschnittlich litt jeder Patient an 16 Tagen im Monat unter starken Kopfschmerzen. Nach einer individuellen Behandlung am Westdeutschen Kopfschmerzzentrum konnten die durchschnittlichen Kopfschmerztagen im Monat auf zehn Tage gesenkt werden. Die Häufigkeit einer Arbeitsunfähigkeit aufgrund von Kopfschmerzen reduzierte sich von 42 Prozent auf 31 Prozent. Reduziert wurde auch die Zahl der kopfschmerzbedingten Fehltagen. Während viele Patienten vor einer Behandlung am Westdeutschen Kopfschmerzzentrum an durchschnittlich sieben Ta-

gen im Monat krankheitsbedingt bei der Arbeit oder in der Schule fehlten, sank die Zahl der Fehltage nach der Behandlung auf zwei pro Monat.

Insgesamt geben 86 Prozent der Patienten an, dass sie zufrieden oder sehr zufrieden seien mit ihrer Behandlung am Westdeutschen Kopfschmerzzentrum in Essen und diese weiterempfehlen würden.

Darüber hinaus konnten durch das Projekt „Integrierte Versorgung Kopfschmerz“ die Behandlungskosten von Kopfschmerzpatienten deutlich gesenkt werden: Vor der ersten Vorstellung suchten noch 67 Prozent der Patienten ihren Hausarzt regelmäßig wegen starker Kopfschmerzen auf. Bereits nach sechsmonatiger Behandlung am Westdeutschen Kopfschmerzzentrum konsultierten nur noch 40 Prozent der Patienten ihren Hausarzt. Auch die Anzahl der Patienten, die in regelmäßigen Abständen einen Facharzt aufsuchten, konnte mit Hilfe der Kombinationstherapie am Westdeutschen Kopfschmerzzentrum gesenkt werden (Facharztbesuche verringerten sich von 65 Prozent auf 38 Prozent).

Während elf Prozent der Kopfschmerzpatienten vor der Vorstellung am Westdeutschen Kopfschmerzzentrum auf Grund ihrer starken Schmerzen regelmäßig stationär behandelt werden mussten, sank die Zahl nach einer entsprechenden sechsmonatigen Behandlung auf unter fünf Prozent.

Insgesamt zeigt sich: Bereits durch die umfangreichen Patienteninformationen und die verbesserten Therapiemöglichkeiten am Westdeutschen Kopfschmerzzentrum in Essen können weitere ambulante sowie stationäre Arztkontakte in der Folgezeit vermieden werden (unnötige Doppeluntersuchungen durch verschiedene Fachärzte entfallen).

### Externe Evaluationsergebnisse

Eine durch die KKH durchgeführte Studie brachte folgende Ergebnisse:

- Die Anzahl der Kopfschmerztage konnte bei den betroffenen Patienten um 60 Prozent gesenkt werden.
- Die Kosten für die Behandlung von Kopfschmerzpatienten konnte im Rahmen der Integrierten Versorgung deutlich reduziert werden.

Diese Kostenreduktion ergibt sich vor allem daraus,

- dass bei den betroffenen Patienten seltener eine weiterführende Diagnostik durchgeführt werden muss,
- dass die Patienten seltener ihren Hausarzt und unterschiedliche Fachärzte auf Grund ihrer Erkrankung aufsuchen müssen,
- dass deutlich weniger Kopfschmerzpatienten stationär behandelt werden müssen.

Trotz des erhöhten Aufwandes durch höhere Vergütungen und im Durchschnitt teurere Medikamente fallen die Gesamtkosten pro Jahr gegenüber der Regelversorgung um 25 Prozent niedriger aus. Der wichtigste Faktor für die deutliche Kostensenkung ist hier vor allem in der Reduktion der stationären Aufnahmen der betroffenen Patienten zu sehen (im Durchschnitt weniger als 30 Prozent).

Im Jahr 2009 erfolgte im Auftrag der AOK eine weitere Studie. Für den Zeitraum von 2005 bis 2008 wurden dabei alle zu Lasten der Gesetzlichen Krankenkassen (GKV) abgerechneten Kosten erfasst. Vergleichsgrundlage bildeten zum einen die Patienten, die an der Integrierten Versorgung teilnahmen und zum anderen Patienten, die gemäß der Regelversorgung behandelt wurden. Von der Studie nicht erfasst wurden Patienten mit relevanten Komorbiditäten. Analysiert wurden 945 Patientendaten im Rahmen der

Integrierten Versorgung und 68.824 Patientendaten der Regelversorgung. Die Jahreskosten waren bei Patienten der Integrierten Versorgung um durchschnittlich 1.200 bis 1.400 Euro niedriger. Der Grund für die erheblichen Kosteneinsparungen lag überwiegend an der signifikant niedrigeren Rate an stationären Krankenhausaufenthalten nach der Behandlung im Rahmen der Integrierten Versorgung.

Das am Westdeutschen Kopfschmerzzentrum in Essen praktizierte Therapiemodell wird inzwischen international nachgefragt. Das Konzept wurde vom Bundesverband Managed Care e. V. (BMC) als beispielhaftes Leuchtturmprojekt ausgezeichnet und ist inzwischen als eines der drei weltweit besten Versorgungskonzepte fester Bestandteil im Lehrplan der Harvard Business School in Boston/USA.

## Nächste Schritte

Auf Grundlage des § 140 a SGB V ist das vorgestellte Projekt das erste bundesweite integrierte Versorgungsmodell für chronische Kopfschmerzen und Migräne. Eine zeitliche Begrenzung des Projektes ist zurzeit nicht vorgesehen.

Im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit sollen auf lange Sicht weitere Krankenkassen für das Projekt „Integrierte Versorgung Kopfschmerz“ gewonnen werden. Dadurch soll das Projekt in Nordrhein-Westfalen und überregional bekannt werden. Um dieses Ziel kurzfristig zu erreichen, veranstaltet das Westdeutsche Kopfschmerzzentrum in Essen kontinuierlich Informationsveranstaltungen für Interessierte. Regelmäßig werden Berichte in lokalen und überregionalen Zeitungen, Zeitschriften und im Fernsehen veröffentlicht.

Im Bereich der finanziellen Nachhaltigkeit müssen langfristig die aktuellen Pauschalen an die steigenden Gehälter der Mediziner angepasst werden.

Inhaltlich sollen die weiteren Therapiestrategien verbessert werden. Dazu soll die bestehende Datenbank des Westdeutschen Kopfschmerzzentrums verstärkt ausgewertet werden. Ziel ist es, ein Prädiktionsmodell zu erstellen, um die Therapie und Prognose der behandelten Patienten intensiv zu evaluieren. In dem klinischen Prädiktionsmodell sollen unterschiedliche Daten aufgenommen und ausgewertet werden:

- Epidemiologische Daten – es sollen Kenntnisse über die Verbreitung sowie die Ursachen und die Folgen von Kopfschmerzerkrankungen in der Bevölkerung gewonnen werden
- Psychische Komorbiditäten
- Medikamentengebrauch
- Therapieerfahrungen

Für die unterschiedlichen Kopfschmerzerkrankungen sollen somit spezielle Behandlungsmodelle entwickelt werden – Patienten sollen so individueller und effektiver behandelt werden. Unwirksame Behandlungen oder Nebenwirkungen können den Patienten dann möglicherweise im Vorhinein erspart werden. Ist das Prädiktionsmodell entwickelt, soll es in der medizinischen Praxis angewendet werden – um seinen Vorhersagewert zu bestätigen bzw. einzelne Faktoren des Modells anzupassen.

## Ansprechpartner

PD Dr. med. Dagny Holle

Leiterin des Westdeutschen Kopfschmerzzentrum Essen

Westdeutsches Kopfschmerzzentrum Essen

Hufelandstraße 6

45147 Essen

Telefon: 0201 436 960

E-Mail: [dagny.holle@uk-essen.de](mailto:dagny.holle@uk-essen.de)

[www.uni-due.de/neurologie/WKZ/](http://www.uni-due.de/neurologie/WKZ/)

## Literatur

- Evers, S., Frese, A. et al. (2006). Differenzialdiagnose von Kopfschmerzen. Deutsches Ärzteblatt 103(45): A3040-A3048.
- Gaul, C., Brömstrup, J. et al. (2011). Evaluating integrated headache care: a one-year follow-up observational study in patients treated at the Essen headache centre. BMC Neurology 11(124).
- Obermann, M., Katsarava, Z. (2008). Epidemiology of unilateral headaches. Expert Rev Neurother 8(9): 1313–1320.
- Vauth, C., Gaul, C. (2011). Vernetzt gegen Kopfschmerzen. Care Management 4: 19–22.

# Integrierte Versorgung zur Verbesserung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung in Berlin und Brandenburg

*Autor: Norbert Mönter*

## Management Summary

Das Versorgungsnetzwerk der „PIBB – Psychiatrie Initiative Berlin Brandenburg“ hat zum Ziel, die Versorgung vor allem psychisch schwer Kranker zu verbessern. Definierte Behandlungspfade und eine gezielte Ressourcenallokation sollen Patienten in ihrem Lebensumfeld psychisch stabilisieren und somit stationäre Behandlungen minimieren. Dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ folgend, bietet das entwickelte Kooperationsnetz eine intensivierete ambulante Komplexbehandlung.

Der 2003 gegründete sektoren- und berufsgruppenübergreifende Verein für Psychiatrie und seelische Gesundheit (VPsG) bildet mit seinem breiten sozialpsychiatrischen Engagement die Basis für das Versorgungsnetzwerk der PIBB. Der Verein zählt aktuell 230 Mitglieder aus allen Bereichen der Psychiatrie. Erste Verträge zur Integrierten Versorgung nach §§ 140ff. SGB V wurden bereits im Jahre 2006 für das Land Berlin geschlossen; 2008 erfolgte die Ausweitung auf Brandenburg. Das Netz wurde im Juni 2014 als bundesweit erstes Ärztenetz in der Psychiatrie von der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin zertifiziert.

An dem Versorgungsnetzwerk beteiligt sind neben Nervenärzten und Psychiatern auch Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Fachärzte für Psychosomatik, Hausärzte, psychologische Psychotherapeuten, Ergotherapeuten, Soziotherapeuten, psychiatrische Fachpfleger, Reha-Sporteinrichtungen und Kliniken.

Indikationsbezogene Verträge wurden mit der DAK-Gesundheit und der BKK VBU für psychisch schwer Kranke sowie für chronisch Erkrankte abgeschlossen (derzeit rund 700 eingeschriebene Patienten). Ende 2011 wurde populationsbezogen ein Budgetmitverantwortungsvertrag mit der AOK Nordost geschlossen (derzeit 1.500 Patienten). Fokussiert auf die Frühbehandlung bei psychisch bedingter Arbeitsunfähigkeit wurde ein weiterer Vertrag mit der DAK-Gesundheit geschlossen (bislang etwa 400 Patienten). Am 26. Juni 2014 wurde das PIBB-Versorgungsnetz von der KV Berlin als bundesweit erstes in der Psychiatrie aktive Ärztenetz nach § 87 b SGBV zertifiziert.

## Einleitung

Die psychiatrische Versorgung in Deutschland ist vor allem dadurch gekennzeichnet, dass der ambulante und der stationäre Bereich voneinander getrennt sind – eine vernetzte, sektorenübergreifende Versorgung ist erschwert. Diese ist aber gerade für psychisch Kranke mit einem intensiven Behandlungsbedarf notwendig (Becker, Hoffmann, Puschner, 2008).

Mit den Verträgen zur Integrierten Versorgung soll die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung verbessert werden – durch eine ambulante Komplexbehandlung. Dies soll ermöglicht werden, indem die beteiligten Netzteilnehmer (Psychiater, Psychotherapeuten, Pflegekräfte, Sozio- und Ergotherapeuten) mit Hausärzten und dem stationären Bereich besser kooperieren und integriert behandeln.

## Versorgungsherausforderung

Psychiatrische Erkrankungen sind gesellschaftspolitisch und gesundheitsökonomisch bedeutend. Etwa 40 Prozent aller Menschen leiden mindestens einmal im Laufe ihres Lebens an einer psychischen Erkrankung. Am häufigsten tritt eine Depression auf, gefolgt von bipolaren oder schizophrenen Störungen (Bundesministerium für Bildung und Forschung, 2014). Psychische Erkrankungen sind gekennzeichnet durch hohe Komorbiditäts- und Mortalitätsraten; die Erkrankung verläuft oftmals chronisch. Häufig führt eine mangelnde Compliance der Patienten zu Krankheitsrückfällen oder stationären Aufenthalten. Insbesondere schwerkranke Patienten mit schizophrenen und affektiven Psychosen haben ein hohes Suizidrisiko (DGPPN, BÄK, KBV et al., 2009).

Darüber hinaus verursachen psychiatrische Erkrankungen hohe Kosten für das Gesundheitswesen: Im Jahr 2008 betrugen sie 28,7 Milliarden Euro. Die Kosten für psychiatrische Erkrankungen stehen damit an dritter Stelle aller Krankheitskosten (Statistisches Bundesamt, 2010). Die hohen direkten Kosten werden verursacht durch die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen und medikamentösen Therapien sowie durch eine Unter- und Fehlversorgung (Statistisches Bundesamt, 2010; DGPPN, BÄK, KBV et al., 2009). Vor allem Arbeitsunfähigkeiten oder verminderte Erwerbsfähigkeiten führen zu sehr hohen indirekten Kosten.

Um psychisch Erkrankte optimal zu versorgen, müssen diese kontinuierlich und sektorenübergreifend behandelt werden. Dies ist in Deutschland problematisch, da die Versorgung in unterschiedlichen Settings erfolgt: im stationären, teilstationären, ambulanten sowie im komplementären Bereich. Die Leistungserbringer kommunizieren und koordinieren zu wenig über die Schnittstellen hinweg. Gerade psychisch schwer erkrankte Patienten sind auf eine umfassende, integrierte Komplexbehandlung angewiesen. Diese ist im ambulanten Bereich aber häufig unzureichend; in akuten Fällen ist sie zeitlich begrenzt oder meist vollstationär – was dem Prinzip „ambulant vor stationär“ nicht entspricht (Fischer, Hoffmann, Mönter et al., 2014).

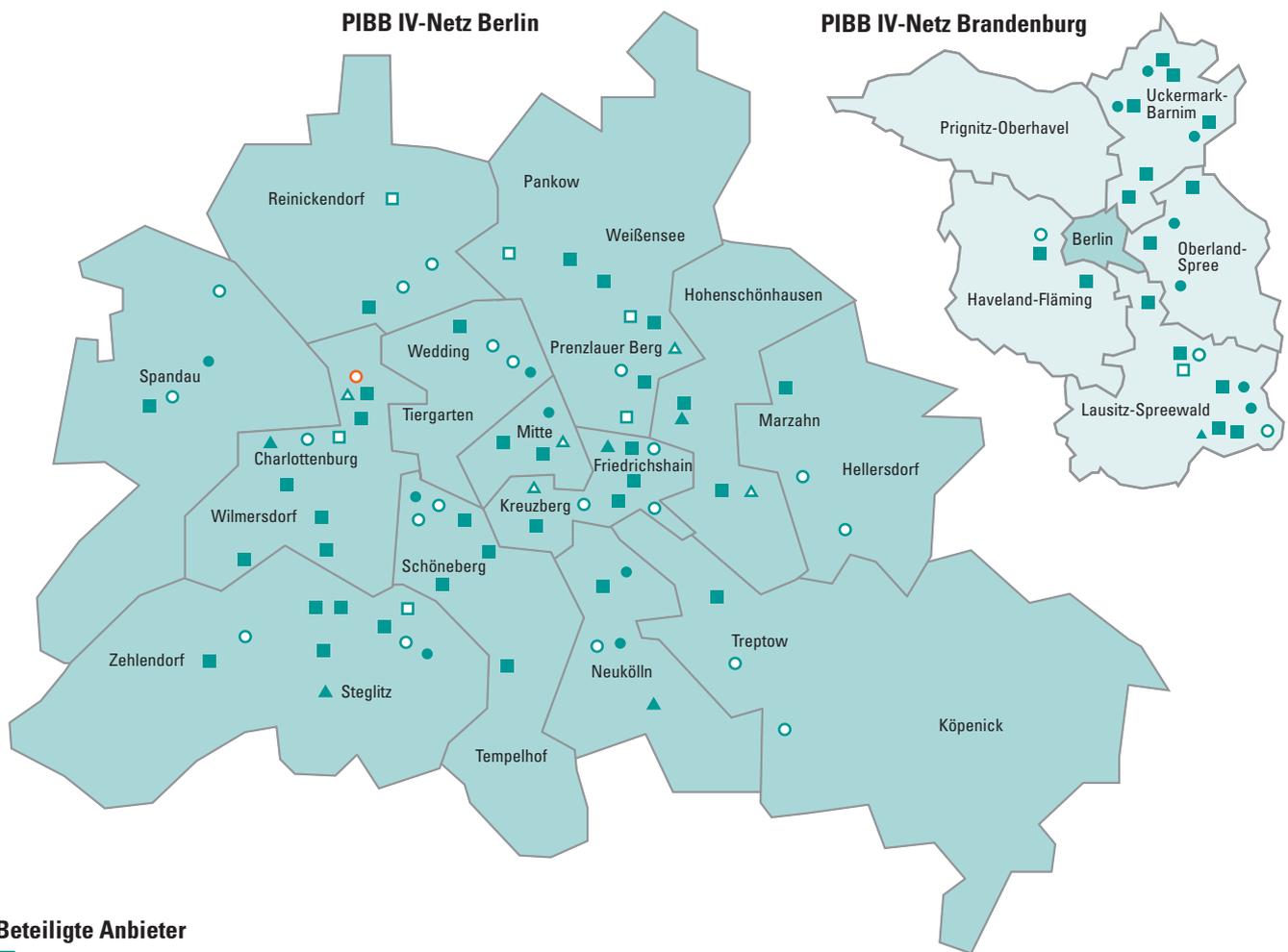
## Entstehungsgeschichte

Die ideelle Basis des psychiatrischen Versorgungsnetzwerkes der PIBB bildet der 2003 gegründete gemeinnützige Verein für Psychiatrie und seelische Gesundheit (VPsG). Mittlerweile zählt der Verein 230 Mitglieder (Berlin und Brandenburg), davon ca. 120 niedergelassene Ärzte, über 15 leitende Klinik-Psychiater sowie 20 Psychotherapeuten, mehrere Ergotherapeuten, 8 MVZ, 35 psychosoziale Trägervereine und Pflegedienste. Der Austausch mit den von psychischer Erkrankung Betroffenen und ihrer Angehörigen (Dialog) stellt einen Schwerpunkt der Vereinsarbeit dar.

Als jüngstes VPsG-Projekt ist im Oktober 2013 eine Veranstaltungsreihe „Psychiatrie-Info in der Moschee“ angelaufen (unter der Schirmherrschaft der Staatssekretärin E. Demirbüken Wegener). Regelmäßig am letzten Montag des Monats präsentieren niedergelassene Psychiater unterstützt durch türkische Kollegen in der Shetelik-Moschee in Neukölln Informationen zu einzelnen Krankheitsbildern.

Der gemeinnützige Verein gründete 2008 eine Managementgesellschaft: die Psychiatrie Initiative Berlin Brandenburg (PIBB). Der erste Integrierte Versorgungsvertrag nach §§ 140ff. SGB V für psychisch Erkrankte wurde 2006 mit der DAK in Charlottenburg geschlossen und kurzfristig auf alle Berliner Bezirke ausgedehnt. Auf Wunsch der Krankenkassen und der in Brandenburg niedergelassenen Nervenärzte wurde dieser Vertrag 2008 auch auf Brandenburg ausgedehnt. Dies war das Startsignal, um mehrere psychiatrische Fachpflegedienste in Brandenburg einzurichten. In den zurückliegenden acht Jahren hat die PIBB somit ein differenziertes und umfangreiches psychiatrisches Versorgungsnetz in Berlin und Brandenburg geschaffen (vgl. Abbildung 17).

**Abbildung 17 – Leistungserbringer und Kooperationspartner**



**Beteiligte Anbieter**

- Einzel- und Gemeinschaftspraxen, sowie MVZ der beteiligten Psychiater und Nervenärzte
- Psychologische und Ärztliche Psychotherapeuten
- Soziotherapie
- Psychiatrische Hauskrankenpflege
- ▲ Rehasport
- △ Kooperierende Klinik
- PIBB

*Die angegebenen Standorte stehen vielfach für mehrere IV-Leistungserbringer*

*Quelle: Eigene Darstellung.*

## Kernelemente

### Versorgungskonzept

Die PIBB entwickelte eine ambulante, bezugstherapeutisch konzeptionierte Komplexbehandlung. Dadurch wird eine intensivierete Behandlung für psychisch Erkrankte ermöglicht – orientiert am Grundsatz „ambulant vor stationär“.

Angewandt wird unter anderem das Shared-decision-making-Prinzip: Gerade für psychisch Erkrankte ist es wichtig, über das Krankheitsgeschehen informiert zu sein und gemeinsam mit dem Arzt zu entscheiden. Beides ist elementar für die Therapietreue.

Eine web-basierte IT-Plattform (PIBBnet) vernetzt die teilnehmenden Versorger untereinander und mit definierten, selektiven Zugriffsrechten auch die Krankenkassen mit der PIBB und den Leistungserbringern. Mittels einer sicheren Verbindung werden verschiedene Informationen untereinander ausgetauscht – von der Terminzuweisung bis hin zur vollständig papierlosen Abrechnung aller Leistungen.

Darüber hinaus wird die Versorgungsqualität durch verschiedene Maßnahmen gesichert, die mehrmals im Jahr umgesetzt werden. Jeweils ein Facharzt übernimmt regional die Aufgabe eines Koordinators. Er ist insbesondere für die regionalen fachlichen Gremien zuständig:

- Die Leistungserbringer besprechen in regionalen Behandlerkonferenzen die Fälle der Patienten.
- Es wurden fachpsychiatrische Arbeitskreise/Qualitätszirkel etabliert – unter Beteiligung der Hausärzte, der regionalen Kliniken, des Krisendienstes und des Sozialpsychiatrischen Dienstes.

Auch auf überregionaler Ebene werden Informationen mehrfach im Jahr ausgetauscht:

- Aktuelle Informationen, beispielsweise über neue Netzteilnehmer oder veränderte Vertragsmodalitäten, werden an alle beteiligten Akteure übermittelt.
- Mit den teilnehmenden Krankenkassen finden Sitzungen des Lenkungsgremiums statt. Hier werden aktuelle Daten, Entwicklungen und Problemfälle besprochen.

Grundsätzlich existieren drei verschiedene Arten von Versorgungsverträgen nach §§ 140 ff. SGB V (Typ A bis Typ C): Je nach Krankheitsbild des Patienten, spezieller Therapie-Programme und der beteiligten Akteure werden die Patienten den Verträgen zugeordnet. Jeder Vertrag verfolgt eigene Ziele.

### Zielgruppe

Schwer sowie chronisch psychisch Kranke werden in die Typ-A-Verträge eingeordnet (beispielsweise schizophrene, bipolare oder depressive Patienten). Psychisch Erkrankte mit affektiven Erkrankungen oder Angst-, Zwangs- und Belastungsstörungen können sich in den Typ-B-Vertrag einschreiben. Alle Patienten, bei denen eine psychische Störung oder eine Verhaltensstörung diagnostiziert wurde, nehmen am Typ-C-Vertrag teil.

## Versorgungselemente

### Typ-A Verträge

Schwer bzw. chronisch psychisch Kranke (Patienten mit Schizophrenie, bipolarer oder depressiver Störung u.a.)

Um an den Typ-A-Verträgen teilnehmen zu können, muss der Patient deutlich krank sein, d.h. auf der Clinical Global Impression-Skala (CGI) einen Wert zwischen 5 und 7 aufweisen. Um die psychischen, sozialen und beruflichen Funktionen des Patienten einzuschätzen, wird die Global-Assessment-of-Functioning-Skala (GAF) eingesetzt. Die Werte können zwischen 0 und 100 liegen. Um sich in den Vertrag A einzuschreiben, darf der Wert des Patienten nicht höher als 50 sein, d.h. es muss eine ernsthafte Beeinträchtigung der sozialen und beruflichen Leistungsfähigkeit vorliegen.

Die Leistungserbringer koordinieren berufsgruppenübergreifend aufsuchende Hilfen (psychiatrische Pflege oder Soziotherapie). Diese können kurzfristig beginnen und sind im Umfang und Einsatz flexibel. Der Patient wird im Lebensumfeld erstmals behandelt und es wird versucht, Rückfälle zu vermeiden. Die angebotene ambulante Komplexbehandlung soll stationäre Aufenthalte ersetzen oder zumindest verkürzen. Der Patient hat neben seinem Psychiater einen weiteren Bezugstherapeuten als Ansprechpartner, der ihn kontinuierlich betreut und im Krisenfall schnell unterstützt. Dieser steht auch im Kontakt zum Versorgungsmanagement der Krankenkassen.

Das Programm läuft seit 2006. Teilnehmende Krankenkassen sind die DAK-Gesundheit sowie die BKK VBU. Zum 10. April 2014 sind über 700 Patienten in diesen Vertrag eingeschrieben; seit 2006 haben mehr als 1.200 Patienten an diesem Vertrag teilgenommen.

### Typ-B Vertrag

Psychisch Erkrankte mit affektiven Erkrankungen oder Angst-, Zwangs- und Belastungsstörungen bei bestehender Arbeitsunfähigkeit bzw. bei Indikation zu entlastender kurzfristiger stationärer Behandlung bei Belastungsstörungen

Im Typ-B-Vertrag wird die sektorenübergreifende ambulante Versorgung von psychisch und psychosomatisch Erkrankten durch ein multimodales ambulantes Angebot verbessert. Der Vertrag ist für Patienten ausgelegt, die bereits seit mindestens drei Wochen oder aber während des vergangenen Jahres häufig arbeitsunfähig gewesen sind – oder wenn eine erstmalige stationäre Behandlung nötig ist. Grundsätzlich wurden die Patienten vorher noch nicht psychiatrisch fachärztlich behandelt.

Die Erkrankten werden über das Terminportal der PIBBnet von der Krankenkasse eingesteuert. Der Facharzt stellt anhand eines Erst- und Zweit-Assessments zunächst die Diagnose. Als Behandlungsmodule werden neben der medikamentösen Behandlung weitere ambulante Therapien angeboten – mit der Möglichkeit einer ambulanten Komplexbehandlung:

- Kurzzeit-Psychotherapie (maximal 15 Stunden)
- Gruppenpsychotherapie (15 Sitzungen)
- Reha-Sportprogramme (maximal 50 Einheiten)
- Soziotherapie
- Ergotherapie

Wichtig für den Patienten ist es, Stressfaktoren zu identifizieren und angemessene Stressbewältigungsstrategien und Entspannungsmethoden zu erlernen.

Das Programm läuft seit März 2012. Teilnehmende Krankenkasse ist die DAK-Gesundheit. Bis zum 10. April 2014 nahmen über 400 Patienten an dem Vertrag teil.

### Typ-C Vertrag

Alle Patienten mit einer psychiatrischen Diagnose

Im Gegensatz zu den anderen beiden Verträgen ist der Typ-C-Vertrag populationsorientiert, da er alle psychisch erkrankten Patienten miteinschließt.

Das Integrierte Versorgungskonzept zielt darauf ab, den Patienten ganzheitlich zu behandeln. Der Facharzt – als Lotse für den Patienten – koordiniert die Behandlung und kooperiert unter anderem eng mit dem Hausarzt. So können auch körperliche Erkrankungen berücksichtigt werden. Der Arzt monitoriert die medikamentöse Therapie; Wechselwirkungen durch die Einnahme mehrerer Medikamente können vermieden werden. Der Patient kann bei Bedarf schnell und unkompliziert aufsuchende Hilfen beanspruchen – so auch eine ambulante Komplexbehandlung.

Das Versorgungsprogramm läuft seit Dezember 2011. Partner ist die AOK Nordost. Bis zum 10. April 2014 wurden über 1.300 Patienten behandelt.

### Mehrwert

Die eingeschriebenen Patienten profitieren von der Integrierten Versorgung: Ein Case Management ermöglicht eine patientenorientierte, koordinierte und kontinuierliche Behandlung über die Sektoren hinweg. Versorgungsleistungen können flexibler und leichter beansprucht werden, etwa aufsuchende Hilfen oder eine ambulante Komplexbehandlung. Somatische Erkrankungen werden mit berücksichtigt, die Medikamentensicherheit wird überwacht und eine Chronifizierung der Erkrankung vermieden. Die Patienten werden in ihren alltäglichen Fähigkeiten geschult und unterstützt. Durch schnelle Interventionen sollen Arbeitsunfähigkeitstage, frühzeitige Berentungen sowie stationäre Aufenthalte reduziert werden. Letztendlich werden somit auch die Kosten im Gesundheitswesen gesenkt.

### Finanzierung

Der gemeinnützige Verein finanziert sich über Mitgliedsbeiträge und ist damit wirtschaftlich unabhängig. Durch die finanziellen Einlagen der Gesellschafter der GmbH und der Kommanditisten konnte das psychiatrische Versorgungsnetz ausgebaut werden.

Die geschilderten Vertragstypen zur Integrierten Versorgung werden je nach Krankenkasse und Vertragsart unterschiedlich finanziert: etwa durch Einzelleistungsvergütungen, patientenbezogene oder patientenunabhängige Quartalspauschalen. Auch Bonuszahlungen können erfolgen, wenn vereinbarte Vertragsziele erreicht wurden. So wurde für das Jahr 2011 seitens der DAK Gesundheit ein Bonus gezahlt, da die Versicherten in der IV der PIBB weniger als ein Drittel Krankenhaustage in Anspruch nehmen mussten als die Versicherten einer krankenkasseninternen, morbiditätsadjustierten Vergleichsgruppe. Die regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen honorieren die Einzelleistungen nach dem EBM für ambulant vertragsärztliche Behandlungen (einheitlicher Bewertungsmaßstab).

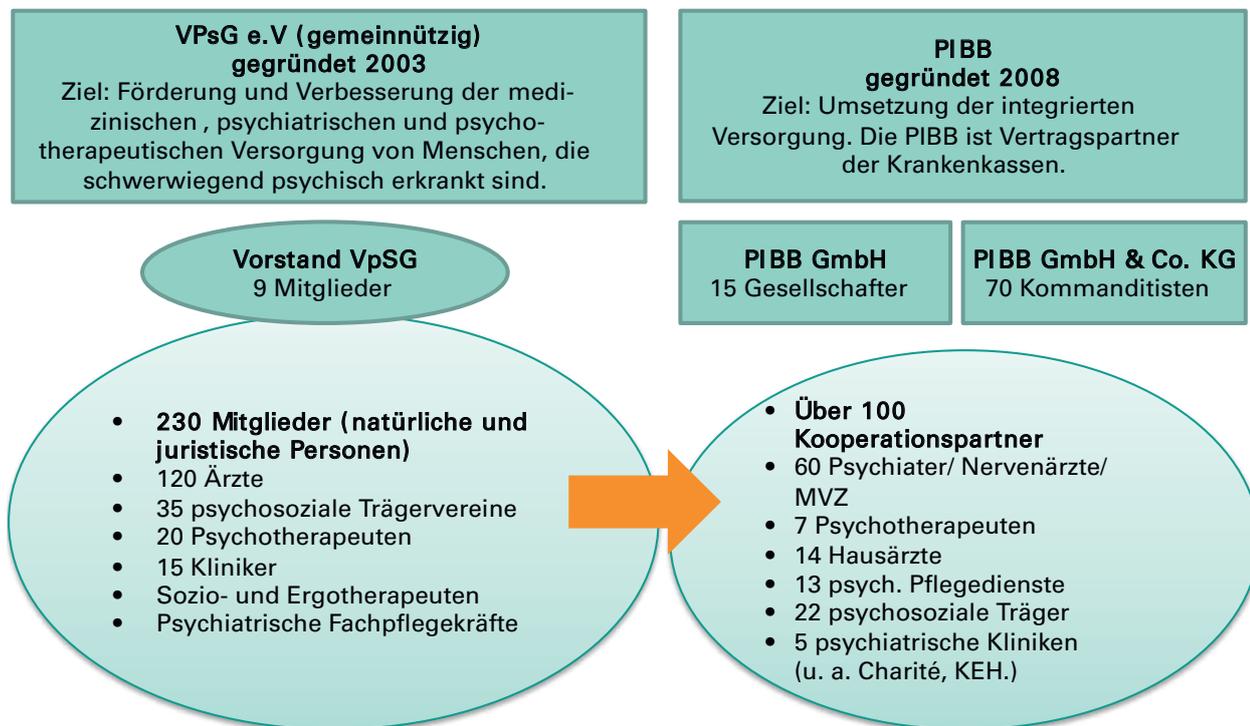
Es gibt keine externe Finanzierung.

## Management

Der Verein für Psychiatrie und seelische Gesundheit (VPsG) wurde 2003 gegründet. Mittlerweile zählt der Verein 230 Mitglieder in Berlin und Brandenburg: etwa 120 niedergelassene Ärzte, über 15 leitende Klinik-Psychiater sowie 20 Psychotherapeuten, mehrere Ergotherapeuten, acht medizinische Versorgungszentren, 35 psychosoziale Trägervereine und Pflegedienste als korporative Mitglieder mit zahlreichen Soziotherapeuten, psychiatrischen Fachpflegern und nicht zuletzt auch einige Vertreter des öffentlichen Gesundheitswesens. Der Verein führt jährlich mehrere Fachveranstaltungen/-tagungen durch.

Die Managementgesellschaft Psychiatrie Initiative Berlin Brandenburg (PIBB) bündelt in einer Geschäftsstelle personelle Ressourcen: Geschäftsführer, ärztliche Leitung, Netzwerkmanager, Teamassistenz und externe Qualitätsbeauftragte. Sie stellt die gesamte Infrastruktur und den Service für die Netzteilnehmer zur Verfügung. PIBB ist Vertragspartner der Krankenkassen für die Selektivverträge zur Integrierten Versorgung und zugleich Komplementär der PIBB GmbH & Co KG. In der Kommandit-Gesellschaft können alle an der Integrierten Versorgung interessierten Leistungserbringer Mitglied werden (Kommanditist). Um sich an der Integrierten Versorgung zu beteiligen, ist es aber auch ausreichend, nur Mitglied in im VPsG zu sein und einen Kooperationsvertrag mit der PIBB abzuschließen. Zusammen mit dem PIBB-Sekretariat und dem Netzmanagement übernimmt seit 2008 die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Charité das interne und externe Qualitätsmanagement. PIBB kooperiert zudem mit zahlreichen psychiatrischen Kliniken. Diese werden in die konkret ambulant ausgerichteten Leistungsangebote mit einbezogen.

**Abbildung 18** – Verein für Psychiatrie und seelische Gesundheit und Psychiatrie Initiative Berlin Brandenburg



Quelle: Eigene Darstellung.

## Evaluation

Das Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie der Charité Campus Mitte evaluierte von 2008 bis 2011 das Integrierte Versorgungskonzept gesundheitsökonomisch – aus Sicht der Gesetzlichen Krankenversicherung.

Das Ergebnis zeigt, dass das Modell insgesamt ökonomisch sinnvoll ist. Über einen Zeitraum von 18 Monaten konnten stationäre Behandlungskosten signifikant reduziert werden, da auch die Anzahl an Krankenhaustagen durchschnittlich um die Hälfte sank. Den Einsparungen standen allerdings erhöhte Ausgaben für Medikamente und ambulante Komplexleistungen gegenüber. Dadurch verringerten sich die Gesamtkosten für die Gesetzliche Krankenversicherung nicht signifikant. Insgesamt aber zeigt sich die Tendenz: Die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung konnte verbessert werden, ohne dass die Kosten aus Sicht der Gesetzlichen Krankenkassen gestiegen sind.

## Nächste Schritte

Aktuell finden Gespräche mit mehreren Krankenkassen statt, um weitere Integrierte Versorgungsverträge zu vereinbaren. Zeitnah sollen die Behandlungsangebote ausgeweitet werden. Gemeinsam mit einer Krankenkasse wird exemplarisch das Entlassmanagement modellhaft verbessert. 2014 startete ein Integrierter Versorgungsvertrag mit der AOK Nordost, um Patienten aus gerontopsychiatrischen Heimen mit einzubeziehen. Des Weiteren sollen Hausärzte mehr integriert werden: Sie sollen vor allem rasch Termine über das elektronische Terminportal der PIBBnet vereinbaren können sowie intensiver an regionalen Arbeitskreisen teilnehmen. Auch ist davon auszugehen, dass die im Juni 2014 erfolgte Zertifizierung durch die KV Berlin nach § 87b den Ausbau des Netzes befördern und zur inhaltlichen Verstetigung beitragen wird.

Perspektivisch erhofft sich die PIBB, dass vertragliche Elemente der Integrierten Versorgung mittel- bis langfristig auch in die Regelversorgung übernommen werden.

Auf Basis der Evaluationsergebnisse wollen die beteiligten Akteure das Versorgungsmodell kontinuierlich weiter entwickeln.

## Ansprechpartner

Dr. med. Norbert Mönter

Ärztlicher Leiter und Geschäftsführer

PIBB GmbH & Co. KG – Psychiatrie Initiative Berlin Brandenburg

Tegeler Weg 4

10589 Berlin

Telefon: 030 221 931 08

E-Mail: [iv@pi-bb.de](mailto:iv@pi-bb.de)

## Literatur

Becker, T., Hoffmann, H., Puschner, B. (2008). Versorgungsmodelle in Psychiatrie und Psychotherapie. Stuttgart: Kohlhammer.

Bundesministerium für Bildung und Forschung (2014). Seelische Leiden besser verstehen. Online unter: <http://www.bmbf.de> [abgerufen am: 18.09.2014].

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN), Bundesärztekammer (BÄK), Kassen-

ärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ), Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker (BApK), Bundespsychotherapeutenkammer (beratend) (BPtK), Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen (DAGSHG), Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM), Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM), Deutsche Gesellschaft für Psychologie (DGPs), Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW) (Hrsg.) (2009). S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie. Unipolare Depression. Langfassung, Version 1.1.

Fischer, F., Hoffmann, K., Mönter, N., Walle, M., Beneke, R., Negenborn, S., et al. (2014). Kostenevaluation eines Modells der Integrierten Versorgung für schwer psychisch Kranke. *Gesundheitswesen* 2014, 76:86–95.

Statistisches Bundesamt. (2010). Krankheitskosten in Mio. € für Deutschland. Gliederungsmerkmale: Jahre, Alter, Geschlecht, ICD10. Jahre 2002, 2004, 2006, 2008. Online unter: <https://www.gbe-bund.de/stichworte/Krankheitskosten.html> [abgerufen am 06.10.2014].

# IV-Vertrag

## „Früherkennung von Vorhofflimmern – Dem Schlaganfall vorbeugen“ der KKH

*Autoren: Birgit Kielblock und Elisabeth Siegmund-Schultze*

### Management Summary

Es ist das Ziel des Projekts „Früherkennung von Vorhofflimmern – Dem Schlaganfall vorbeugen“, Patienten mit Vorhofflimmern durch ein innovatives Elektrokardiogramm frühzeitig zu erkennen und so das Schlaganfallrisiko signifikant zu senken.

Die Kaufmännische Krankenkasse (KKH) initiierte 2008 den Integrierten Versorgungsvertrag nach § 140 a–d SGB V. Das Konzept erarbeitete sie gemeinsam mit dem Münsteraner Kompetenznetz Vorhofflimmern. Im Rahmen des Vertrags kooperiert die KKH bundesweit mit 430 Hausärzten und 171 Fachärzten sowie dem Gerätehersteller apoplex medical technologies GmbH.

Das Vorhofflimmern wird mit Hilfe der sogenannten Schlaganfall-Risiko-Analyse (SRA) frühzeitig erkannt. Der Patient kann so zeitnah leitliniengerecht behandelt werden, das Schlaganfallrisiko sinkt um bis zu 70 Prozent. Damit steigt nicht nur die Lebensqualität der Patienten; auch die Sterblichkeit geht zurück, es sinken die Folgekosten für das Gesundheitssystem.

Bis Ende 2013 wurden über 5.000 Screenings durchgeführt. Aktuell sind rund 4.000 Patienten eingeschrieben.

Auf Basis der Evaluationsergebnisse wird derzeit an einer Optimierung des IV-Vertrages gearbeitet.

### Einleitung

Die Ursachen des Schlaganfalls sind sehr vielfältig. Die bekanntesten Risikofaktoren für einen Schlaganfall sind Bluthochdruck, Übergewicht und Rauchen. Diese Faktoren können von den Menschen selbstständig beeinflusst werden, indem sie sich für eine entsprechend gesunde Lebensweise entscheiden. Es existieren aber auch weitestgehend unbekannte Risikofaktoren für Schlaganfall, die die betroffenen Patienten nicht eigenständig beeinflussen können. Zu diesen Faktoren zählt das Vorhofflimmern des Herzens. Diese Herzrhythmusstörung ließ sich bisher nur dann diagnostizieren, wenn sie genau während des Elektrokardiogramms auftrat.

Das Ziel des Projektes „Vorhofflimmern des Herzens – Dem Schlaganfall vorbeugen“ ist es, Patienten mit Vorhofflimmern durch ein innovatives Elektrokardiogramm frühzeitig zu erkennen und so das Schlaganfallrisiko signifikant zu senken.

Das neuartige Versorgungskonzept ermöglicht es, betroffene Patienten frühzeitig individuell zu behandeln sowie ihre Lebensqualität und Sicherheit zu steigern.

## Versorgungsherausforderung

In Deutschland leiden rund 800.000 Menschen unter Vorhofflimmern (Schuchert, Gerth et al. 2005). Das Vorhofflimmern ist ein bedeutender Risikofaktor für Schlaganfälle. In Deutschland erleiden jährlich rund 196.000 Menschen einen erstmaligen Schlaganfall, 66.000 Menschen einen wiederholten (Stand 2008). Der Schlaganfall ist die dritthäufigste Todesursache (Heuschmann, Busse et al. 2010). Folgen können lebenslange Behinderungen sein bis hin zur Pflegebedürftigkeit (Schuchert, Gerth et al. 2005; Khaw and Kessler 2006; Lopez, Mathers et al. 2006). Ebenso wirkt sich die Erkrankung gesundheitsökonomisch aus: Die gesamten direkten medizinischen Kosten liegen im Jahr bei etwa 7,1 Milliarden Euro (Kolominisky-Rabas, Heuschmann et al. 2006).

Viele Schlaganfälle sind vermeidbar, indem man gesund lebt und die Risikofaktoren frühzeitig erkennt. So gehören zu den Risikofaktoren etwa Übergewicht, Rauchen und Bluthochdruck. Diese Risikofaktoren kann jeder selbst durch den eigenen Lebensstil beeinflussen. Durch eine frühzeitige Erkennung des Vorhofflimmerns könnte auch dieser Risikofaktor entschärft werden; schwerwiegende Komplikationen ließen sich vermeiden (Schuchert, Gerth et al. 2005).

Wird der Patient rechtzeitig behandelt, kann das Risiko für einen Schlaganfall um bis zu 70 Prozent gesenkt werden. In der Regel besteht die leitliniengerechte Behandlung aus der Gabe gerinnungshemmender Medikamente (Antikoagulantien).

Das Tückische am Vorhofflimmern ist allerdings, dass diese Herzrhythmusstörung von den Betroffenen häufig nicht selbst bemerkt wird. Suchen die Patienten auf Grund unspezifischer Herzbeschwerden doch einen Arzt auf, kann in einem normalen Elektrokardiogramm (EKG) das Vorhofflimmern des Herzens nur dann diagnostiziert werden, wenn es genau im Moment der Aufzeichnung auftritt.

## Entstehungsgeschichte

Der Gerätehersteller und Kooperationspartner apoplex medical technologies GmbH entwickelte eine innovative Untersuchungsmethode, um ein Vorhofflimmern des Herzens zu diagnostizieren. Diese zeichnete die KKH 2007 mit dem Innovationspreis der Kasse aus. Aufgrund dessen entwickelte die KKH das Projekt „Früherkennung von Vorhofflimmern – Dem Schlaganfall vorbeugen“ und bietet es seither ihren Versicherten an.

## Kernelemente

### Versorgungskonzept

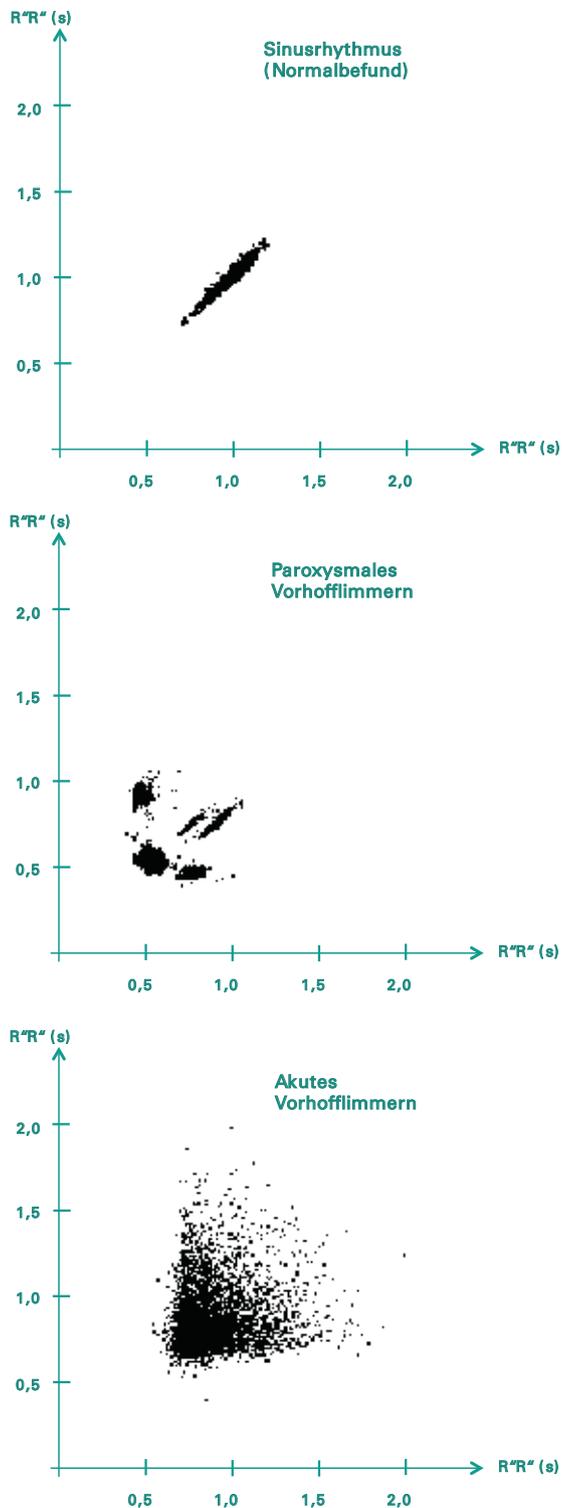
Die KKH erarbeitete gemeinsam mit der apoplex medical technologies GmbH, Hausärzten und Kardiologen ein Versorgungskonzept, um Vorhofflimmern frühzeitig zu erkennen, zu diagnostizieren und leitliniengerecht zu therapieren. Die Umsetzung erfolgte über einen Vertrag nach § 140 a-d SGB V, in dem über 600 Ärzte fachübergreifend eng zusammenarbeiten (Hausärzte, Kardiologen und Neurologen).

Das Screeningprogramm wurde entwickelt, um ein Vorhofflimmern des Herzens zu diagnostizieren. An dieser Behandlungsweise ist neu, dass sie die Diagnostik sowohl für den Patienten als auch für den Arzt zugleich vereinfacht und sicherer macht.

Das Versorgungskonzept ist klar strukturiert und sieht folgende Behandlungsschritte bei einer akuten Verdachtsdiagnose vor: Für Risikopatienten ordnet der behandelnde Arzt ein einstündiges EKG an. Die

aufgezeichneten Herzströme des Patienten werden anschließend mit Hilfe eines speziellen Verfahrens aus der nicht-linearen Mathematik analysiert. Aus den Ergebnissen dieses einstündigen EKGs kann der behandelnde Arzt ermitteln, ob bei dem betroffenen Patienten in der Vergangenheit bereits ein Vorhofflimmern aufgetreten ist.

**Abbildung 19** – Darstellung des Herzrhythmus nach der Schlaganfall-Risiko-Analyse (SRA)



Quelle: Eigene Darstellung.

Diese Untersuchungsmethode hat große Vorteile gegenüber den konventionellen Methoden: Mit hoher Wahrscheinlichkeit wird ein bereits aufgetretenes Vorhofflimmern diagnostiziert, obwohl das Herz während der EKG-Aufzeichnung im normalen Rhythmus schlägt. Der Patient erhält abschließend eine auf ihn zugeschnittene Therapie. Das individuelle Schlaganfallrisiko jedes Patienten kann auf diese Weise vorbeugend vermindert werden.

### Zielgruppe

An der Integrierten Versorgung können KKH-Versicherte im Alter ab 50 Jahren teilnehmen. Darüber hinaus sollten die Teilnehmer mindestens einen weiteren Risikofaktor aufweisen, der das Herz und das Gefäßsystem betrifft, zum Beispiel:

- Medikamentös behandelter Bluthochdruck
- Koronare Herzkrankheit (KHK)
- Herzinsuffizienz
- Diabetes mellitus
- Übergewicht (BMI >27)
- Schlafapnoesyndrom

Auch Leistungssportler – unabhängig vom Alter – können an dem Versorgungsprogramm teilnehmen.

### Versorgungselemente

Die Organisation des Projektes „Früherkennung von Vorhofflimmern – Dem Schlaganfall vorbeugen“ ist klar strukturiert und sowohl für die Patienten und die Ärzte transparent gestaltet (vgl. Abbildung 20).

#### 1. Modul Screening:

Zunächst führt ein teilnehmender Hausarzt die Schlaganfall-Risiko-Analyse (SRA) durch. Die entsprechende Untersuchung ist für den Patienten gut planbar und zugleich völlig schmerzfrei. Für die Dauer von einer Stunde trägt der betroffene Patient ein EKG-Gerät. Während dieser Zeit kann der Patient seinen gewohnten Tätigkeiten nachgehen.

Anschließend werden die EKG-Daten von der Arztpraxis an den Analyseserver der apoplex medical technologies GmbH übermittelt – aus Datenschutzgründen pseudonymisiert und verschlüsselt. Dort werden die Daten vollständig automatisiert analysiert. Die Arztpraxis erhält die Ergebnisse innerhalb weniger Minuten per E-Mail.

Der Hausarzt kann nun gemeinsam mit dem Patienten den weiteren Behandlungsweg in einem Beratungsgespräch erörtern.

#### 2. Modul Diagnostik:

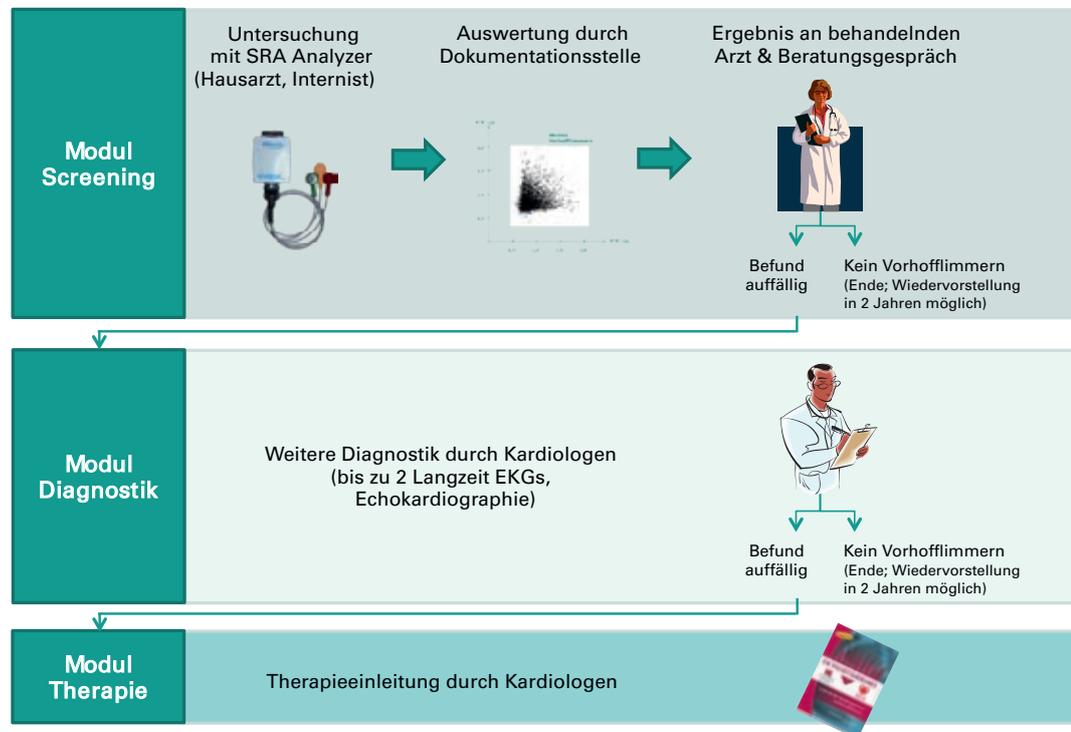
Leidet der Patient akut unter Vorhofflimmern des Herzens oder besteht der Verdacht darauf, überweist der behandelnde Arzt seinen Patienten zur weiteren Diagnostik und Behandlung an einen Kardiologen.

In diesem Fall führt der Kardiologe weitere Untersuchungen durch, etwa ein Langzeit-EKG und eine Ultraschalluntersuchung des Herzens. Diese weiterführenden Untersuchungen dienen dazu, die Verdachtsdiagnose Vorhofflimmern des Herzens gegebenenfalls zu verwerfen oder zu bestätigen.

### 3. Modul Therapie:

Wird die Verdachtsdiagnose bestätigt, erhält der betroffene Patient eine entsprechende, auf ihn zugeschnittene Therapie.

**Abbildung 20** – Prozess der Integrierten Gesundheitsversorgung



Quelle: Eigene Darstellung.

### Mehrwert

Von dem Projekt IV-Vertrag „Früherkennung von Vorhofflimmern – Dem Schlaganfall vorbeugen“ profitieren zwei Ebenen:

#### 1. Die Patienten

Mit Hilfe der Schlaganfall-Risiko-Analyse (SRA) kann ein bisher unbekanntes Vorhofflimmern bei betroffenen Patienten erkannt werden. Das Schlaganfallrisiko sinkt somit nachhaltig. Die Patienten können auf Grund der verbesserten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden ihre Lebensqualität deutlich steigern und gewinnen Sicherheit in Bezug auf ihre Gesundheit.

#### 2. Die Gesellschaft

Die vorgestellte Versorgungsstruktur des IV-Vertrages „Früherkennung von Vorhofflimmern – Dem Schlaganfall vorbeugen“ ermöglicht darüber hinaus, die gesamtgesellschaftlichen Kosten bei Schlaganfällen deutlich zu senken. Jeder Schlaganfall kostet allein im ersten Jahr rund 43.000 Euro. Schlaganfälle, die durch Vorhofflimmern des Herzens bedingt sind, verlaufen in den meisten Fällen schwer und sind dadurch in der Therapie wesentlich kostenintensiver.

## Finanzierung

Die Finanzierung des Versorgungsprogrammes übernimmt die Kaufmännische Krankenkasse.

## Management

Die Kaufmännische Krankenkasse bietet ihren Versicherten das Screening an; die am Vertrag teilnehmenden Ärzte führen das Screening durch.

## Evaluation

Das innovative Schlaganfall-Risiko-Analyse-Verfahren wurde bereits in mehreren wissenschaftlichen Studien untersucht und evaluiert. Die Ergebnisse dieser Evaluationsstudien machen eines deutlich: Die neuartige Untersuchungsmethode des vorgestellten IV-Vertrages ist gegenüber dem konventionellen Langzeit-EKG sichtbar überlegen hinsichtlich der frühzeitigen Erkennung von Vorhofflimmern des Herzens.

Unabhängig von den externen Studien zur Schlaganfall-Risiko-Analyse-Methode hat die KKH folgende Aspekte im Rahmen des Projektes untersucht:

- Inwieweit wurde bei den Teilnehmern der Integrierten Versorgung nach dem Screening durch den Hausarzt die Diagnose Vorhofflimmern dokumentiert?
- Sind die betroffenen Patienten anschließend medikamentös behandelt worden?

Bis Ende 2013 wurden über 5.000 Screenings durchgeführt. Bei rund zehn Prozent der Teilnehmer wurde im Anschluss an die Untersuchung die Diagnose Vorhofflimmern des Herzens dokumentiert. Auffällig ist jedoch, dass nur jeder zweite Patient, bei dem die Diagnose des Vorhofflimmerns des Herzens erstmals festgestellt wurde, in die kardiologische Behandlung überwiesen wurde. Die Überweisung zu einem Kardiologen ist in diesen Fällen aber unabdingbar, um festzustellen, ob die im Screening ersichtlichen Hinweise auf Vorhofflimmern des Herzens auch tatsächlich bestätigt werden können.

In Bezug auf die medikamentöse Behandlung zeigte sich, dass nach dem Screening rund 40 Prozent der Patienten mit Vorhofflimmern mit Antikoagulantien therapiert werden. Wird der Kardiologe zusätzlich hinzugezogen, werden noch mehr Patienten medikamentös behandelt. Dieses Ergebnis der internen KKH-Studie bestätigt den Erfolg des Konzeptes, wenn – wie es das Versorgungskonzept vorsieht – ein Kardiologe in den weiteren Behandlungsprozess eingebunden ist.

## Nächste Schritte

Auf der Grundlage dieser Evaluationsergebnisse wird derzeit daran gearbeitet, den IV-Vertrag zu optimieren. Im Mittelpunkt steht dabei in erster Linie, dass die betroffenen Patienten in ihrem weiteren Behandlungsprozess von einem Kardiologen betreut werden. Dieses Patienten-Facharzt-Verhältnis muss sowohl auf einer vertraglichen als auch auf einer prozessualen Ebene weiter stärker unterstützt werden.

Damit einhergehend soll die auf den einzelnen Patienten individuell zugeschnittene Behandlung weiter verbessert werden.

Eine zusätzliche Herausforderung besteht aufgrund der Neuentwicklung von Medikamenten. In den letzten drei Jahren sind verbesserte Arzneimittel auf den Markt gekommen, die für den Patienten leichter zu

handhaben sind als das herkömmliche Medikament „Marcumar“. Allerdings verursachen diese sogenannten NOAK (neue orale Antikoagulantien) 16-mal höhere Ausgaben.

Für die KKH ist das Screening auf Vorhofflimmern des Herzens bereits jetzt ein innovatives Erfolgsmodell – und damit ein weiterer wichtiger Meilenstein auf dem Weg hin zu einer noch stärker an der Qualität ausgerichteten Versorgung ihrer Versicherten.

## **Ansprechpartner**

### **Birgit Kielblock**

Leistungs- und Versorgungsmanagement  
KKH Kaufmännische Krankenkasse  
Karl-Wiechert-Allee 61  
30625 Hannover  
Telefon: 0511 280 236 71  
E-Mail: birgit.kielblock@kkh.de

### **Dr. med. Elisabeth Siegmund-Schultze**

Abteilungsleiterin Leistungs- und Versorgungsmanagement  
KKH Kaufmännische Krankenkasse  
Karl-Wiechert-Allee 61  
30625 Hannover  
Telefon: 0511 280 236 01  
E-Mail: elisabeth.siegmund-schultze@kkh.de

## **Literatur**

- Heuschmann, P. U., Busse, O. et al. (2010). Schlaganfallhäufigkeit und Versorgung von Schlaganfallpatienten in Deutschland. *Akt Neurol* 37: 333–340.
- Khaw, A. V., Kessler, C. (2006). Schlaganfall. *Epidemiologie, Risikofaktoren und Genetik. Hämostaseologie* 4: 287–297.
- Kolominsky-Rabas, P. L., Heuschmann, P. U. et al. (2006). Lifetime cost of ischemic stroke in Germany: results and national projections from a population-based stroke registry: the Erlangen stroke project. *Stroke* 37: 1179–1183.
- Lopez, A. D., Mathers, C. D. et al. (2006). Global and regional burden of disease and risk factors 2001: systematic analysis of population health data. *Lancet* 367: 1747–1757.
- Schuchert, A., Gerth, A. et al. (2005). Vorhofflimmern. *Epidemiologie, Klinik und Prognose. Med Welt* 9: 361–365.



Hans-Joachim Helming mit Juror Rainer Hess (v.r.)

## 1. Preis:

# KV RegioMed

## Ein Baukasten für die Zukunft

*Autor: Hans-Joachim Helming*

### Management Summary

Das Projekt verfolgt das Ziel, die ambulante Versorgung im ländlichen Raum Brandenburgs zu sichern und nachhaltig zu gestalten. KV RegioMed wurde 2010 von der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg (KVBB) konzipiert; es besteht aus einzelnen Modulen, die entsprechend der regionalen Versorgungsbedürfnisse miteinander verknüpft werden können (funktionale Kompatibilität). Die KVBB suchte weiterführende Lösungen und Konzepte, um die Versorgung in Brandenburg trotz problematischer Aus-

gangslage und dynamischer Veränderungen sicherzustellen – eine Forderung, die auch explizit von der Politik formuliert wurde.

Das Versorgungsstrukturkonzept bezieht sektorenübergreifend alle medizinischen Ressourcen einer Region ein. In aktuell sechs Modulen unterstützt KV RegioMed niedergelassene Ärzte bei der Versorgung einer Patientenpopulation mit zunehmender Morbiditätslast und ermöglicht den Patienten eine stabile, ambulante, wohnortnahe Versorgung.

Die **agnes<sup>zwei</sup>** (Fallmanagerin) unterstützt und entlastet die Ärzte; diese können sich so auf das rein Medizinische konzentrieren. In **KV RegioMed Zentren** sind Ärzte aus Krankenhaus und Praxis intersektoral und interdisziplinär tätig. Immobiler Patienten werden mit dem **KV RegioMed Patientenbus** dorthin gebracht. **KV RegioMed Praxen** geben Ärzten, die unternehmerische Risiken scheuen, die Möglichkeit der ambulanten Tätigkeit (spätere Übernahme der Praxis ist leicht möglich). Studenten und Ärzte in Weiterbildung werden in **KV RegioMed Lehrpraxen** durch ärztliche Mentoren betreut. **KV RegioMed Bereitschaftspraxen** verringern Fehlallokationen von ambulant zu behandelnden Patienten in Rettungsstellen zu sprechstundenfreien Zeiten.

## Einleitung

Die ambulante Versorgung in strukturschwachen, ländlichen Regionen sicherzustellen, stellt eine große Herausforderung dar. Es droht eine Unterversorgung in diesen Regionen – unter anderem bedingt durch den Generationswechsel, den Nachwuchsmangel oder die weniger vorhandene Infrastruktur. Darüber hinaus greift insbesondere hier der demografische Wandel: Die Bevölkerung ist älter, weniger mobil und der Anteil an multimorbiden Patienten vergleichsweise erhöht (AOK-Bundesverband, 2011). Um eine wohnortnahe, ambulante Versorgung sicherzustellen, müssen daher innovative Konzepte entwickelt werden.

## Versorgungsherausforderung

Ländliche Regionen sind im besonderen Maße von der demografischen Veränderung betroffen. Ein großer Anteil der Bevölkerung wandert in städtische Gebiete ab. In Brandenburg zum Beispiel wird die Bevölkerung in den nächsten 20 Jahren schätzungsweise um rund 380.000 Einwohner schrumpfen. Die verbleibenden Einwohner sind deutlich älter als im bundesweiten Durchschnitt (Statistisches Bundesamt, 2012). Auch der Anteil an chronisch Kranken und Multimorbiden ist überdurchschnittlich hoch – mit steigender Tendenz. Vor allem diese Patienten haben einen hohen Behandlungsaufwand, der meist ambulant und wohnortnah koordiniert werden muss (Jacobs, Schulze, 2011).

In den strukturschwachen Regionen fehlt es wiederum an Ärzten. Zum einen sind die noch praktizierenden Ärzte überdurchschnittlich alt. Zum anderen sind die jungen Mediziner immer weniger niederlassungswillig. Gerade in den dünn besiedelten Regionen muss der Arzt häufig Bereitschaftsdienste leisten oder Hausbesuche mit teilweise langen Anfahrtswegen fahren. Zudem haben junge Mediziner ein anderes Freizeitverständnis als vor 40 Jahren. Sie bevorzugen eine soziale und kulturelle Infrastruktur, die sie eher in städtischen Gebieten vorfinden. Die Familie spielt ebenso eine besonders wichtige Rolle. Fehlende Einrichtungen zur Kinderbetreuung, Schulen oder Berufsmöglichkeiten für den Partner erhöhen nicht den Wunsch, sich niederzulassen – auch nicht durch finanzielle Anreize gefördert. Frei werdende Arztsitze werden nicht besetzt, die Arztdichte sinkt (Jacobs, Schulze, 2011). So hat Brandenburg seit Jahren die niedrigste Vertragsarztdichte bundesweit (ZI, 2014). Dies gilt sowohl für Haus- als auch für Fachärzte. Die

wenigen Ärzte können ihrem Versorgungsauftrag nur mit überproportionalem Einsatz nachkommen, was die hohen Fallzahlen in Brandenburg belegen. Für die Patienten bedeutet dies volle Praxen, längere Wege und Wartezeiten.

Die verschiedenen Akteure im Gesundheitswesen suchen daher nachhaltige Lösungen, um die Versorgung in ländlichen Regionen sicherzustellen. Viele innovative Lösungsansätze u. a. aus Brandenburg sind in der Folge im Rahmen der Gesetzgebung berücksichtigt worden (Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG) oder durch das Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) (Bundesgesetzblatt, 2011; Osterloh, Rieser, 2014)). Die heutige Ärztegeneration braucht neue Anreize und Rahmenbedingungen, um sich in diesen Regionen niederzulassen. Neue und regional angepasste Versorgungsstrukturen sind nötig. Diese müssen möglichst viele Akteure und alle Versorgungsebenen der medizinischen Versorgung einbeziehen.

Mit KV RegioMed hat die KVBB einen Baukasten entwickelt, um die Versorgung der Patienten in Brandenburg zu gewährleisten und an die veränderte Versorgungssituation anzupassen. Den Anforderungen an eine flächendeckende, wohnortnahe Versorgung entsprechend wurden verschiedene Versorgungsmodule entwickelt, die regional passgenaue Lösungen bereithalten und je nach Bedarf kombiniert werden können.

### Entstehungsgeschichte

Die politischen Vorgaben des Sicherstellungsauftrags der Kassenärztlichen Vereinigung aus dem Jahr 2003 reichen seit langem nicht mehr aus, um die Probleme in Brandenburg zu bewältigen. § 75 SGB V und § 105 SGB V geben vor, dass die KV die Versorgung sicherstellen und hierfür alle geeigneten Maßnahmen ergreifen muss. Hierfür genügt es nicht, Geld zu verteilen und Arztsitze auszuschreiben und zu besetzen. Vielmehr bedarf es Versorgungsstrukturen, in die möglichst viele medizinische Kapazitäten in einer Region einbezogen werden. Die medizinische Vollversorgung in jedem Dorf kann trotz aller Bemühungen weder finanziert noch gewährleistet werden. Der Ärztemangel konnte in den letzten 20 Jahren nicht beseitigt werden – trotz zahlreicher Maßnahmen. Bisherige Instrumente, um Ärzten Anreize zu setzen, müssen überdacht und flexibler sowie individueller ausgestaltet werden. Aus diesem Grund sucht die KVBB schon seit langer Zeit proaktiv nach Lösungen für die verändernde Versorgungssituation. Seit 2010 wird das KV RegioMed-Programm von der KVBB entwickelt, zudem entstehen Konzepte für unterschiedliche Ebenen und Zielgruppen. Mit dem KV RegioMed-Programm verfolgt die KVBB einen subsidiären Ansatz: Es ist ein Angebot für Ärzte und Partner vor Ort, gemeinsam Versorgungsstrukturdefizite abzubauen. Die Mitglieder können die erprobten Module regionalspezifisch umsetzen.

### Kernelemente

#### Versorgungskonzept

Das Versorgungsprogramm KV RegioMed besteht aus verschiedenen Modulen. Diese können je nach regionalen Erfordernissen passgenau eingesetzt werden, ergänzend zum bereits bestehenden ambulanten Versorgungsspektrum. Das Konzept verzahnt ärztliche und nichtärztliche Kapazitäten. Kompetenzen und Ressourcen sollen zudem gebündelt werden, indem ambulante und stationäre Bereiche sektorenübergreifend verflochten werden.

Um das KV RegioMed-Programm in einer Region umzusetzen, müssen zunächst fünf Grundfragen positiv beantwortet werden:

- Gibt es einen Bedarf?
- Wird damit eine Verbesserung erzielt?
- Ist es regional gewollt?
- Sind Partner vorhanden, die es unterstützen?
- Kann das Modul wirtschaftlich umgesetzt werden?

Auf Basis der Bedarfsplanungsrichtlinie erfolgt eine gründliche Analyse zur medizinischen Versorgung (unter anderem ambulante und stationäre Kapazitäten, Spezialisierungen), dem Versichertenklientel, der Infrastruktur, der Wirtschaftlichkeit sowie zur Verlässlichkeit der Partner (Bereitschaft, eigene Angebote, Fördermöglichkeiten).

Der Bedarf für die KV RegioMed-Standorte und Leistungsbereiche wird ermittelt, indem zwei Aspekte untersucht werden: der Versorgungsbedarf und die Versorgungsverbesserung.

Eine **Versorgungsverbesserung** liegt vor, wenn

- Vor Ort bzw. im näheren Einzugsgebiet Kollegen der Arztgruppe oder Vertragsärzte anderer Fachgruppen, die betreffende Leistungen anbieten, zugelassen sind.
- Vor Ort bzw. im näheren Einzugsgebiet die Versorgung zwar durch Vertragsärzte sichergestellt wird, es aber vertragsärztliche Leistungen angeboten werden sollen, die bislang nicht oder nicht ausreichend angeboten werden.
- Die wohnortnahe Versorgung der Versicherten erleichtert sich erheblich und die unzumutbare Wartezeit wird verkürzt.

Um den **Versorgungsbedarf** zu ermitteln, werden Daten erhoben, welche die Versorgungssituation darstellen. Darüber hinaus betrachtet werden zum Beispiel die Verkehrsanbindung, die Erreichbarkeit und die Entfernung zu benachbarten Angeboten. Es wird analysiert, unter welchen Bedingungen ein Betrieb wirtschaftlich sein kann. Zudem bewerten die Situation die KVBB, die Kreisbeiratsmitglieder, die Berufsverbände und die Bereitschaftsdienstbeauftragten.

Nach einer abgeschlossenen Analyse werden die Initiativen und Bedürfnisse der Ärzte vor Ort bewertet. Ist eine Unterstützung gewünscht und sind die herkömmlichen Verfahren (Niederlassung, Zweigpraxis, Ermächtigung) nicht ausreichend, wird das KV RegioMed-Programm umgesetzt.

## Zielgruppe

Das Konzept ist besonders für den ländlichen Raum im Bundesland Brandenburg konzipiert. Davon sollen vor allem Regionen mit defizitären Versorgungsstrukturen sowie die dort tätigen Vertragsärzte profitieren. Die Patienten in den ländlichen Regionen sollen ambulant und wohnortnah qualitativ besser versorgt werden und die Patientenzufriedenheit soll steigen.

## Versorgungselemente

Das RegioMed-Konzept ist eine Art Baukasten (vgl. Abbildung 21). Die Module können je nach Bedarf kombiniert werden.

Abbildung 21 – Der Baukasten mit den einzelnen Modulen



Quelle: KVBB.



Die KV RegioMed Zentren kooperieren am jeweiligen Standort mit den dortigen Krankenhäusern. Durch gemeinsame Raum-, Personal- und Techniknutzung können Synergien erschlossen werden. Hier behandeln angestellte Ärzte aus Klinik und Praxis mehrerer Fachrichtungen eigenverantwortlich ambulante Patienten. Die ambulant und stationär vorhandenen Ressourcen werden so verzahnt genutzt, um die wohnortnahe Versorgungsstruktur bedarfsgerecht und regionalspezifisch zu ergänzen.

Derzeit existieren drei Zentren: In Bad Belzig, Guben und Templin. Alle Zentren sind abhängig von den regionalen Versorgungserfordernissen gestaltet. Das KV RegioMed Zentrum in Bad Belzig wurde 2010 als Pilotprojekt gegründet und etabliert. Das Zentrum bietet eine spezielle Sprechstunde für Magen- und Darmkrebspatienten an, zur Diagnose von Magen- und Darmerkrankungen und für weibliche Krebspatienten.

Seit 2013 bietet das KV RegioMed Zentrum in Guben eine hausärztliche Versorgung sowie eine Sprechstunde im Bereich Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde im spezifischen Spannungsfeld der medizinischen Versorgung im grenznahen Raum an.

Das ebenfalls in 2013 errichtete Zentrum in Templin fokussiert sich auf die Versorgung älterer Patienten. Hierzu kooperiert das Zentrum mit dem regionalen Krankenhaus und niedergelassenen Ärzten verschiedener Fachrichtungen. Die in der Region ambulant oder stationär geriatrisch tätigen Ärzte haben hier eine besondere Stellung: Der jeweils „diensthabende Arzt“ führt die Erstuntersuchung, die Eingangs- und

Abschlussevaluation durch und erstellt den Therapieplan. Er informiert Patienten und Angehörige. Zudem ist er Ansprechpartner für die ambulant tätigen Ärzte – insbesondere Hausärzte – der zu betreuenden Patienten. Darüber hinaus werden derzeit Trainings-, Schulungs-, und Beratungsangebote etabliert – je nach Bedarf und Kapazität. Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie runden das Angebot im nichtärztlichen Therapiezentrum ab.

In allen Zentren unterstützt eine agneszwei-Fachkraft die Patientenversorgung als Case Manager.



Eine agnes<sup>zwei</sup> ist eine nichtärztliche Fachkraft, die insbesondere für das Fallmanagement betreuungsintensiver Patienten zuständig ist. Dabei stimmt sie sich stets eng mit dem behandelnden Arzt ab und wird in seinem Auftrag tätig.

Sie koordiniert die Termine intersektoral zwischen Fach- und Hausärzten und weiteren Akteuren im Gesundheitswesen, wie beispielsweise den Pflegediensten.

- Sie unterstützt strukturierte Behandlungsprogramme.
- Sie kontrolliert die häusliche Pflege und Medikation (delegierbare Leistungen).
- Sie unterstützt die Angehörigen.
- Sie vermittelt soziale Dienste.
- Sie führt notwendige Hausbesuche durch.

Somit entlastet agneszwei den Arzt von logistischem und bürokratischem Aufwand.

Heute sind bereits 90 agneszwei in Brandenburg tätig. Eine Besonderheit in Brandenburg ist, dass eine agneszwei für mehrere Praxen tätig werden kann – sowohl bei Haus- als auch bei Fachärzten.



Die KV RegioMed Praxis wurde als Sicherstellungs-, aber auch als „Start-up-Praxis“ von der KV etabliert. Sie bietet potentiellen Praxisnachfolgern oder Neueinsteigern die Möglichkeit, ambulant tätig zu sein – ohne die Risiken der Selbständigkeit. Die Ärzte können die Praxis später übernehmen. Anfang 2013 eröffnete die erste KV RegioMed Praxis.



Der Patientenbus ist insbesondere in das KV RegioMed Konzept des Zentrums Templin integriert – in Kooperation mit regionalen Anbietern der Personenbeförderung ermöglicht er auch immobilen Patienten, die KV RegioMed-Angebote wahrzunehmen. Die Fahrzeiten werden an die Öffnungs- und Behandlungszeiten des KV RegioMed Zentrums und die Sprechstunden der Praxen angepasst. Sie sind mit dem Erinnerungs- und Terminmanagement des Patienten verzahnt.

Das Modul wurde in einem Vorprojekt 2013 in Müncheberg/Straußberg getestet. Die Finanzierung erfolgte analog dem ÖPNV.



Die KV RegioMed Bereitschaftspraxis gewährleistet eine ambulante Versorgung außerhalb der Sprechzeiten. Sie entlastet somit den fahrenden Bereitschaftsdienst. Ärzte aus anderen Regionen können eingesetzt werden, um Ärzte in unterversorgten Regionen zu entlasten sowie die Anzahl an Bereitschaftsdiensten im akzeptablen Bereich zu halten. Die Bereitschaftspraxen sollen dabei möglichst an regionale Krankenhäuser angesiedelt sein: die medizinische Infrastruktur kann genutzt und besser mit ambulanten Angeboten vernetzt werden. Die Bereitschaftspraxis entlastet somit auch deutlich die Rettungsstellen, da in der Praxis am Abend und an Wochenenden Patienten mit ambulant zu behandelnden Krankheitsbildern versorgt werden.

Die erste allgemeinärztliche Bereitschaftspraxis eröffnete Anfang 2012 direkt neben der Rettungsstelle des St. Josefs-Krankenhauses in Potsdam. Die Praxis ergänzt das bestehende ambulante medizinische Angebot. Zwischenzeitlich ist dieses erfolgreiche Modul auf dem Weg in die Regelversorgung. So eröffneten eine allgemeinärztliche und eine kinderärztliche KV RegioMed Bereitschaftspraxis am Carl-Thiem-Klinikum Cottbus, eine weitere in Eberswalde, Brandenburg an der Havel sowie in Rüdersdorf.



Mit Hilfe der Lehrpraxen sollen langfristig ambulant tätige Ärzte für die Region gewonnen werden – durch die aktive Begleitung von praxisorientierten Studiengängen und Weiterbildungen in Brandenburg. Während der Ausbildung soll so eine regionale Verbundenheit entstehen. Hierbei sollten sich die niedergelassenen Ärzte möglichst in die Studienplanung einbringen und – bei entsprechender Eignung – selbst unterrichten, im Rahmen der Facharztweiterbildung wirken, bei den ersten Schritten in die ambulante Medizin unterstützen.

Das Konzept der Lehrpraxis beruht wesentlich auf drei Säulen:

- Lehrpraxis im Rahmen der „studentischen Ausbildung“ – für Studenten aus praxisorientierten Studiengängen
- Weiterbildungspraxis für den „Arzt in Weiterbildung“ – sowohl für Haus- als auch für Fachärzte
- Mentorenprogramm: Ein ärztlicher Kollege als Mentor begleitet den Studenten und den Arzt in Weiterbildung während der gesamten Aus- und Weiterbildung in einer zertifizierten KV RegioMed Lehrpraxis und darüber hinaus auch bei der eigenen Niederlassung.

## Mehrwert

Der große Vorteil des Projekts ist, dass verschiedene Module je nach Situation dank des Baukastensystems kombiniert werden können. Jedes Modul enthält passgenaue Lösungsansätze. Es wurde Transparenz geschaffen, indem verschiedene Tätigkeiten und Einrichtungen beim Aufbau der Module einbezogen wurden. Zusätzlich können Probleme an den Schnittstellen zu nichtärztlichen Tätigkeiten vermieden werden.

Die Module schaffen Anreize, um sich als Arzt an der Versorgung in strukturschwachen, ländlichen Regionen Brandenburgs zu beteiligen – auch ohne das finanzielle Risiko einzugehen, sich vor Ort niederzulassen. Dazu werden sehr gute Bedingungen geschaffen: eine sachliche und personelle Infrastruktur, flexible Arbeitszeitmodelle oder der fach- und sektorenübergreifende Austausch.

Die Patienten werden wohnortnah ambulant versorgt. Regional vorhandene medizinische Kapazitäten werden gebündelt und um spezielle Versorgungsangebote ergänzt. Dadurch reduzieren sich Wartezeiten auf Termine und die Wege zu den versorgenden Ärzten verkürzen sich.

## Finanzierung

Eine Anschubfinanzierung ist in der Anlauf- und Projektphase unerlässlich. Effizient gestaltet werden kann sie dann, wenn die Partner kooperieren und sich die Kosten teilen. Dennoch lässt sich die Anschubfinanzierung nicht verhindern. Die Finanzierung erfolgt:

- Über bilaterale Verträge mit den projektbeteiligten Krankenkassen oder
- Im Rahmen des Strukturfonds der KVBB mit hälftiger finanzieller Beteiligung aller gesetzlicher Krankenkassen in Brandenburg sowie über das Sicherstellungsstatut der KVBB.

Die einzelnen Projekte müssen sich nach der Anfangsphase wirtschaftlich bewähren und sich dauerhaft selbst tragen. Im Vergleich zur Regelversorgung ist keiner der beteiligten Akteure finanziell bessergestellt.

## Management

Das KV RegioMed-Programm wurde von der KVBB entwickelt und wird auch von ihr gemanagt. Alle Akteure der medizinischen Versorgung auf allen Versorgungsebenen werden einbezogen: Ärzte, stationäre Einrichtungen, Krankenkassen, Kommunen und das Land. Sowohl arztentlastende Tätigkeiten, Heil- und Hilfsmittelerbringer als auch Pflegeeinrichtungen und -dienste wurden beim Aufbau der einzelnen Module berücksichtigt. Die KV RegioMed Zentren und die KV RegioMed Praxis wurden von der KVBB selbst eingerichtet. Für die Ausbildung zur agneszwei erhält diese eine Bescheinigung von der IGiB GbR (Innovative Gesundheitsversorgung in Brandenburg) sowie ein DGCC-Zertifikat. Ärzte aus anderen Regionen können in der Bereitschaftspraxis eingesetzt werden. Regionale Anbieter, die Personen befördern, kooperieren für das Patientenbussystem mit den KV RegioMed Zentren.

## Evaluation

Als die Projektidee formuliert wurde, stand der Nutzen im Vordergrund. In jeder Phase des Projektes wird überprüft, ob die formulierten Ziele und der avisierte Nutzen erreicht wurden. Auch nach der Projektphase werden die Module fortlaufend kontrolliert und gegebenenfalls weiterführend evaluiert.

Beispielhaft wurden bei den Bereitschaftspraxen folgende Parameter analysiert: Fallzahlen, Einfluss auf den ärztlichen Rufbereitschaftsdienst, Patientenströme der Rettungsstellen, Praxisauslastung nach Tages- und Wochenzeiten sowie Krankheitsbilder. Auch die Zufriedenheit der Patienten wird im Rahmen einer fortlaufenden Patientenbefragung ermittelt.

Externe Partner wurden einbezogen, um die Module zu evaluieren. Beispielsweise wurde agneszwei im Rahmen einer Masterarbeit an der Berlin School of Public Health der Charité begleitet. Die qualitative Akzeptanzanalyse ist auf der Homepage [www.arge-igib.de](http://www.arge-igib.de) veröffentlicht.

Zusammen mit der KVBB und Vertretern der Krankenkassen beschäftigt sich eine spezielle Arbeitsgruppe mit der Gesamthematik von Evaluation, Dokumentation und Controlling. Grundsätzlich lassen sich folgende Evaluationsziele beschreiben:

- Entlastung der niedergelassenen Ärzte

- Akzeptanz bei den Hauptakteuren
- Verbesserung der medizinischen Versorgung, gemessen anhand direkter und indirekter Kostenparameter

Die Evaluationen dienen dem Nachweis, dass die strategischen Ziele des Projekts erreicht werden. Zudem lassen sich durch die Evaluation geeignete Maßnahmen ableiten, um die Module und Prozesse weiterzuentwickeln. Dabei sollen auch nicht-finanzielle Indikatoren berücksichtigt werden.

### Nächste Schritte

Da das Programm durch den modularen Aufbau vielfältig erweiterbar ist, sucht die KVBB ständig nach weiteren sinnvollen Ideen, um das Programm zu ergänzen. Bei einigen Modulen ist eine Erweiterung geplant.

Um das geriatrische Konzept im KV RegioMed Zentrum Templin zu evaluieren, wird derzeit ein universitärer Partner gesucht.

In Bad Belzig ist zwischenzeitlich zusätzlich ein orthopädisches und ein neurologisches Angebot geschaffen worden; darüber hinaus wurde ein Diabetes-Dispensaire (komplexe Methode der ambulanten Behandlung) wieder eingeführt. Im Grenzort Guben sind weitere Angebote im Bereich der Augenheilkunde und Dermatologie geplant. Das KV RegioMed Zentrum in Templin wird derzeit ebenfalls durch spezielle fachärztlich-internistische Fachrichtungen erweitert. Hierzu werden bevorzugt niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten aus umliegenden Bereichen sowie bislang nur stationär tätige Ärzte einbezogen. Dieser Ansatz vermeidet Konkurrenzsituationen. Zudem werden in den nächsten Jahren weitere KV RegioMed Bereitschaftspraxen eröffnet. Weitere Agneszwei sind bereits in der Ausbildung. Dieser zukunftsweisende Ansatz ist somit auf dem besten Weg, in die Regelversorgung integriert zu werden.

### Ansprechpartner

Dr. med. Hans-Joachim Helming

Vorsitzender des Vorstandes der KV Brandenburg

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg

Gregor-Mendel-Straße 10/11

14469 Potsdam

Telefon: 0331 286 810 0

E-Mail: [hhelming@kvbb.de](mailto:hhelming@kvbb.de)

### Literatur

AOK-Bundesverband (2011). Sicherstellung der Versorgung in Regionen mit geringer Bevölkerungsdichte. Ein Expertengespräch. Online unter: <https://www.aok-gesundheitspartner.de/> [abgerufen am: 20.10.2014].

Bundesgesetzblatt (2011). Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VSG). Teil I Nr. 70.

Jacobs, K., Schulze, S. (Hrsg.) (2011). Sicherstellung der Gesundheitsversorgung. Neue Konzepte für Stadt und Land. KomPart Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Berlin.

Osterloh, F., Rieser, S. (2014). Versorgungsstärkungsgesetz: Der erste Aufschlag ist gemacht. Dtsch Arztebl; 111(42): A-1775 / B-1527 / C-1459.

Statistisches Bundesamt (2012). Bevölkerung und Erwerbstätigkeit: Bevölkerungsfortschreibung. 1(1.3): 28–38. Online unter: <http://www.destatis.de> [abgerufen am: 11.09.2014].

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (ZI) (2014). Versorgungsatlas.de. Die medizinische Versorgung – regional betrachtet. Online unter: <http://www.versorgungsatlas.de/der-versorgungsatlas/> [abgerufen am: 20.10.2014].



© MSD, Foto: Angelika Barchhle, Aving

Jurorin Mirjam Mann mit Andreas Rühle, Paul Kathmann, Matthias Kreft (v.l.)

## Sonderpreis:

# Palliativstützpunkt Ammerland-Uplengen: Oldenburg

**Ganzheitliche spezialisierte ambulante Palliativversorgung im ländlichen Gebiet, getragen durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte im Ärztenetz.**

*Autoren: Matthias Kreft und Andreas Rühle*

## Management Summary

Der Palliativstützpunkt Ammerland-Uplengen verfolgt das Ziel, Palliativ-Patienten und deren Angehörige ganzheitlich und individuell zu betreuen und den Patienten so ein würdevolles Sterben in den eigenen vier Wänden zu ermöglichen.

Der Stützpunkt wird getragen von der pleXxon GbR, einem Netz niedergelassener Ärzte in der Region Ammerland/Ostfriesland, das 2007 gegründet wurde. Das Arztnetz besteht aus 73 Ärzten in 46 Praxen und vereint zehn unterschiedliche medizinische Fachrichtungen. Durch großes Engagement der Kooperationspartner gelang es, die Region Ammerland als Palliativstützpunkt anerkennen zu lassen. Die damit verbundenen Fördermittel des Landes Niedersachsen für fünf Jahre ermöglichten es, die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) gemäß § 37b SGB V initial aufzubauen und die darüber hinausgehende Arbeit des Palliativstützpunktes zu finanzieren.

Zentraler Erfolgsfaktor ist, dass die Einschreibung der Patienten in die SAPV immer durch den Hausarzt erfolgt. Die Palliativmediziner werden additiv tätig. Jeder aufgenommene Patient wird persönlich durch eine Koordinatorin besucht. Sie führt ein umfangreiches Eingangsassessment durch, stimmt die erforderlichen Maßnahmen mit dem Palliativmediziner ab und sorgt für deren Umsetzung. Die Koordinatorin begleitet und unterstützt den Patienten und seine Angehörigen während des gesamten Versorgungszeitraumes.

Im Jahr 2013 wurden über 359 Patienten über den Palliativstützpunkt versorgt und vom SAPV-Team unterstützt.

## Einleitung

Vor der Gründung des Ärztenetzes pleXxon GbR existierte in der Region Ammerland/Uplengen weder eine allgemeine ambulante noch eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung. Palliativmedizin wurde nur in ärztlichen Praxen oder im Krankenhaus geleistet.

Palliativpatienten benötigen eine umfassende und koordinierte Versorgung. Nur so kann die Lebensqualität in den letzten Lebenstagen aufrechterhalten werden. Die Patienten sind häufig körperlich nicht mehr in der Lage, die organisatorische Leistung einer sektorenübergreifenden Versorgung selbst zu erbringen; sie brauchen dazu einen Koordinator.

Das Ärztenetz pleXxon hatte es sich schon zu seiner Gründung im Jahr 2007 zum Ziel gesetzt, im Land Niedersachsen als Palliativstützpunkt anerkannt zu werden; dieses Ziel wurde 2009 erreicht. Damit wurde es möglich, eine flächendeckende Versorgung in der Region aufzubauen. Seit dem Mustervertrag nach § 132d Abs. 1 SGB V können die Leistungen der spezialärztlichen ambulanten Leistungen nach § 37b SGB V in Niedersachsen abrechnet werden. Eine Finanzierung des Palliativstützpunktes ist damit sichergestellt.

## Versorgungsherausforderung

In der Palliativmedizin werden Patienten betreut, die unter einer nicht mehr heilbaren und immer weiter fortschreitenden Krankheit leiden. Daraus ergibt sich eine begrenzte Lebenserwartung der Patienten. Das Ziel bei der Versorgung dieser Patienten ist eine bestmögliche Lebensqualität der Patienten – und ihrer Angehörigen. Das erfordert eine aktive und ganzheitliche Versorgung (Schleger, Mertz et al. 2012).

In Deutschland leben 103 Palliativpatienten pro 100.000 Einwohner. Zehn Prozent der Palliativpatienten benötigen ein spezialisiertes palliatives Unterstützungsangebot. 95 Prozent der Palliativpatienten sind Krebspatienten. Die übrigen fünf Prozent leiden unter Leber- oder Nierenerkrankungen, kardiologischen oder neurologischen Krankheiten.

Palliativpatienten sind durch ihre schwere Erkrankung nur selten in der Lage, ihre Versorgung selbst zu koordinieren. Umso wichtiger ist für diese Patienten eine sektorenübergreifende und multidisziplinäre Versorgung. Das oberste Ziel bei der Versorgung von Palliativpatienten ist, die Beschwerden der Patienten zu lindern und die Lebensqualität zu verbessern. Dies wird durch eine symptomorientierte Behandlung möglich. Zudem müssen die Patienten emotional, psychisch und spirituell unterstützt werden. Ein weiterer wichtiger Bestandteil der Palliativversorgung ist zudem, die Angehörigen zu unterstützen – besonders im Trauerfall (Andersen, Abrahams et al. 2012).

Durch das Palliativ Care Team wird der Versorgungsablauf koordiniert; so werden unnötige Doppeluntersuchungen und Krankenhauseinweisungen verhindert. Es trägt somit zu einer effizienten Gesundheitsversorgung bei.

Um eine aktive und ganzheitliche Versorgung der Patienten zu ermöglichen, hat der Gesetzgeber 2007 die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) ins SGB V aufgenommen. Nach § 37b SGB V kann die SAPV von Patienten mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung in Anspruch genommen werden – „bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung, die eine besonders aufwändige Versorgung benötigen.“

Die SAPV verfolgt das Ziel, die Patienten in ihrem Zuhause und in stationären Pflegeeinrichtungen besser zu versorgen und Krankenhauseinweisungen zu reduzieren. In der Versorgungspraxis wird die SAPV leider nur sehr langsam umgesetzt: Mitte 2011 gab es in Deutschland nur 100 abgeschlossene Verträge; 330 Verträge wären nötig.

Schwerstkranke Patienten müssen in der Palliativversorgung zeit- und personalintensiv betreut werden. Damit die Versorgung diesen Qualitätsanforderungen gerecht wird, muss die Struktur- und Prozessqualität der Versorgung reguliert sein. Die SAPV ist jedoch strukturell nur unzureichend von der etablierten ambulanten Versorgung abgegrenzt. Es ist unklar, wie die SAPV finanziell zu realisieren ist. Zudem fehlt es an Rahmenbedingungen zur Qualifikation von Palliativversorgern und zur Abgrenzung zur allgemeinen Palliativversorgung durch Hausärzte oder andere Primärversorger (Schwartz, Schneider et al. 2012).

Diese Herausforderungen bei der Umsetzung der SAPV erfordern den Einsatz eines organisierten Ärztenetzes. Bevor das Ärztenetz pleXxon GbR eine SAPV in der Region Ammerland/Uplengen aufbaute, existierte weder eine allgemeine ambulante noch eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung. Palliativmedizin konnte nur in ärztlichen Praxen oder im Krankenhaus geleistet werden – eine koordinierte Versorgung erfolgte nicht. Zudem gab es keine finanzielle Grundlage mit den Krankenkassen.

In Niedersachsen hat das niedersächsische Sozialministerium Palliativstützpunkte festgelegt – auf Basis eines Gutachtens der medizinischen Hochschule Hannover von 2006: „Palliativstützpunkte sind virtuelle Organisationen, unter deren Dach die unterschiedlichen Leistungserbringer in unterschiedlicher Form kooperieren“. Sie stellen eine zentrale Anlaufstelle für Patienten dar, die besondere Hilfe benötigen. Die Kooperationspartner werden vertraglich fest eingebunden, über einen festgelegten Mindestzeitraum. Die Einrichtung von Palliativstützpunkten ist verbunden mit Fördermitteln für fünf Jahre – für die Arbeit des Palliativstützpunktes und der SAPV in dieser Region. Für die Region Ammerland wurde im Zuge des Gutachtens kein Stützpunkt ermittelt.

Im Jahr 2007 hätten insgesamt 115 Personen in der Region Ammerland eine SAPV benötigt (vgl. Tabelle 2). Unerwähnt bleiben an dieser Stelle jedoch die Patienten der angrenzenden Region Uplengen.

**Tabelle 2** – Berechnung des SAPV-Potentials für die Region Ammerland im Jahr 2007

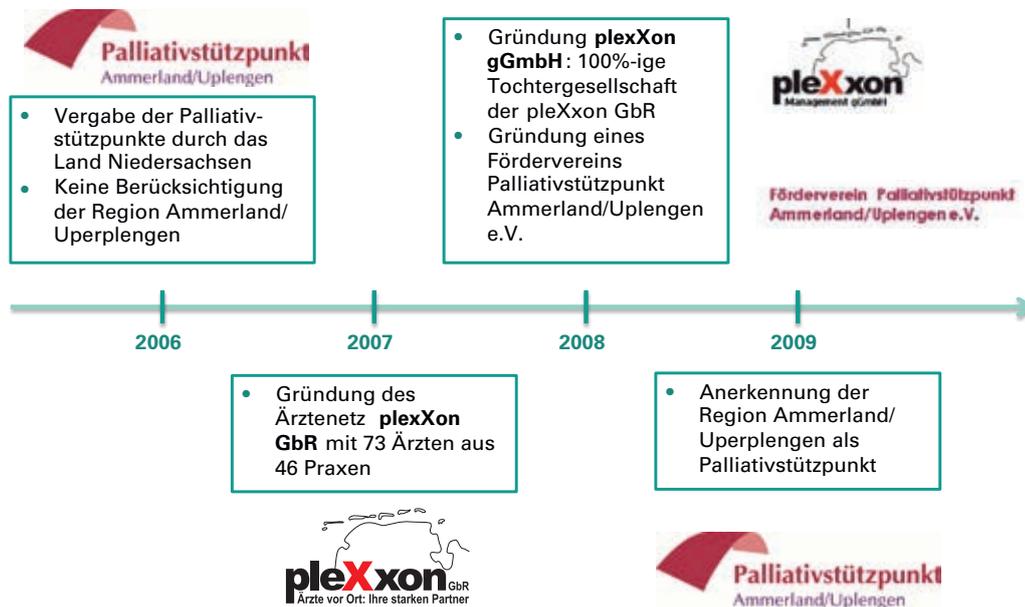
|                                  |                |
|----------------------------------|----------------|
| <b>Anzahl Einwohner</b>          | <b>117.000</b> |
| Sterbefälle (im Jahr 2007):      |                |
| • insgesamt                      | 1.014          |
| • aufgrund einer Krebserkrankung | 254            |
| Im Rahmen einer SAPV versorgbar: |                |
| • Krebspatienten                 | 64             |
| • weitere Erkrankungen           | 51             |
| <b>Gesamtes SAPV-Potential</b>   | <b>115</b>     |

Quelle: Eigene Darstellung.

## Entstehungsgeschichte

Das Ärztenetz pleXxon GbR wurde 2007 gegründet von 73 Ärzten aus 46 Praxen, aus dem Landkreis Ammerland und den angrenzenden ostfriesischen Gemeinden. Im Ärztenetz sind damit zehn unterschiedliche Fachrichtungen vertreten, mit dem Ziel, eine flächendeckende Palliativversorgung in der Region zu leisten und als Palliativstützpunkt anerkannt zu werden.

**Abbildung 22** – Schematische Darstellung zur Entwicklung einer flächendeckenden SAPV



Quelle: Eigene Darstellung.

Im Herbst 2008 begann pleXxon mit dem Aufbau einer spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV). Für den Aufbau und die Trägerschaft einer Palliativversorgung hat das Ärztenetz pleXxon GbR im Jahr 2008 eine hundertprozentige gemeinnützige Tochtergesellschaft gegründet: die pleXxon Management gGmbH.

Anfang 2009 konnten die Region Ammerland und die angrenzende ostfriesische Gemeinde Uplengen nachträglich in einem Antragsverfahren durchsetzen, als Palliativstützpunkt anerkannt zu werden. Am 1. Mai 2009 begann der Stützpunkt, eine flächendeckende SAPV in der Region zu etablieren. Dafür trafen sich Ende des Jahres 2008 zahlreiche Kooperationspartner, um einen gemeinsamen Kooperationsvertrag zu unterzeichnen. Die Kooperationspartner entschieden sich, dass sie die Kosten einer Palliativversorgung so lange selber tragen, bis eine SAPV-Vereinbarung mit den Krankenkassen besteht.

Seit 2010 besteht in Niedersachsen mit den Krankenkassen ein Mustervertrag nach § 132d Abs. 1 SGB V für die Abrechnung der SAPV nach § 37b SGB V. Diesem Mustervertrag schloss sich die plexXon Management gGmbH an, wodurch eine Sicherstellung der SAPV für die Region gewährleistet wird.

## Kernelemente

### Versorgungskonzept

Die plexXon GbR hat es sich zum Ziel gemacht, die Qualität der flächendeckenden Versorgung für die Region zu verbessern und als Palliativstützpunkt anerkannt zu werden. Hintergrund war, dass in der Region bis dahin weder eine allgemeine noch eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung existierte.

Mittlerweile hat die plexXon GbR ihr Ziel erreicht:

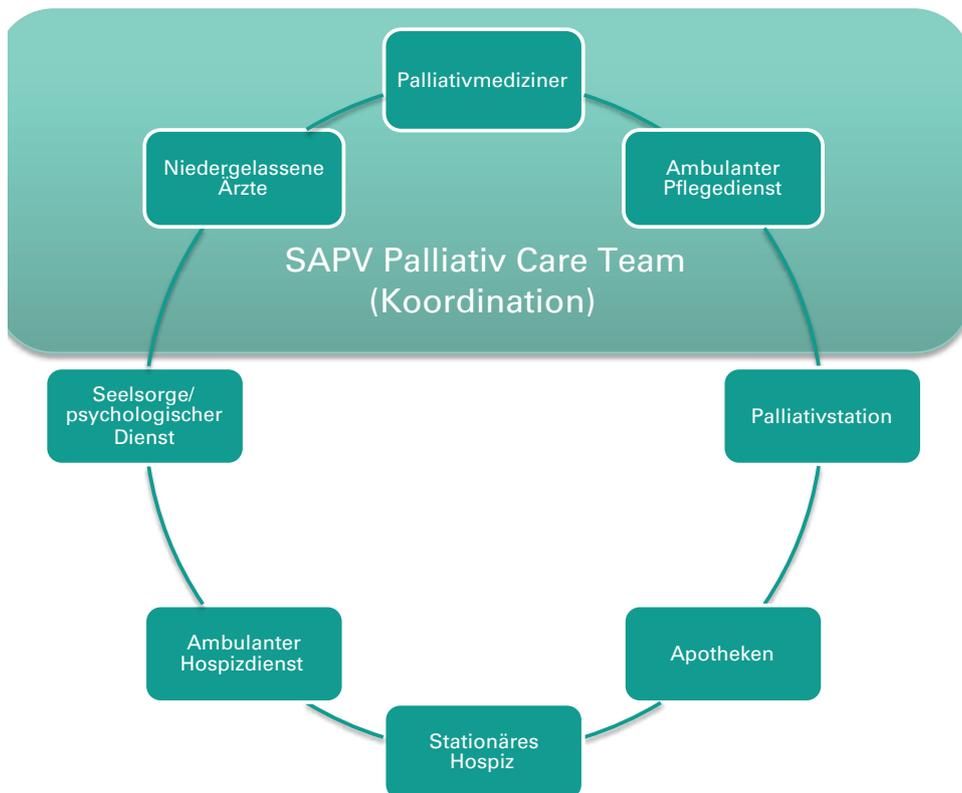
- Die Region Ammerland/Uplengen wurde als Palliativstützpunkt anerkannt.
- Es wurde eine flächendeckende Palliativversorgung in der Region aufgebaut.
- Der Mustervertrag des Landes Niedersachsen ermöglicht es, die erbrachten Leistungen der SAPV mit den Krankenkassen abzurechnen.

Zahlreiche Kooperationspartner haben einen Vertrag mit dem Ärztenetz abgeschlossen. Darin wurde festgelegt, dass die Projektkoordination vollständig in die Hand des Ärztenetzes gelegt wird. Durch die Einbindung der Koordinationspartner ist es möglich, eine durchgehende Koordination des Versorgungskonzepts für den Patienten zu leisten (vgl. Abbildung 23). Damit kann für die Palliativpatienten eine sektorübergreifende und interdisziplinäre Versorgung gewährleistet werden – und zwar in der häuslichen Umgebung des Patienten. Die Versorgung kann individuell an die Bedürfnisse des Patienten und seine spezielle Lebenssituation angepasst werden. Auch Angehörige werden in dem Versorgungskonzept berücksichtigt.

Ziel des Versorgungskonzepts ist die Symptomkontrolle des Patienten: Körperliche Beschwerden des Patienten sollen verringert werden – durch medikamentöse Therapien und eine Heil- und Hilfsmittelversorgung. Auch die psychosoziale Betreuung stellt ein wesentliches Element des Versorgungskonzepts dar.

Das palliative Versorgungsteam (Palliatives Care Team) ist die „Kerntruppe“ für die Versorgung. Sie besteht aus palliativmedizinisch ausgebildeten Ärzten und Fachkräften, die in der Palliativpflege arbeiten. Der Hausarzt bleibt neben dem Palliativen Care Team der Primärversorger des Patienten. Dies ist das Kernelement des Versorgungskonzepts, da es eine flächendeckende Versorgung in der Region erst möglich macht. Das Palliative Care Team des Palliativstützpunkts koordiniert die Versorgung des Palliativpatienten und wird nur additiv tätig.

**Abbildung 23** – Kooperationspartner der pleXxon GbR für den Aufbau einer flächendeckenden Palliativversorgung in der Region



Quelle: Eigene Darstellung.

Ziele des Palliativstützpunktes:

- Schaffung einer flächendeckenden Versorgung für Palliativpatienten in der Region
- Qualitativ hochwertige und zeitnahe Versorgung des Palliativpatienten
- Beratung der Patienten zur medizinischen Versorgung, zu pflegerischen Möglichkeiten und Hilfsmitteln
- Vernetzung aller involvierter Kooperationspartner
- Kontinuierlicher Austausch zwischen dem Hausarzt und dem Palliativmediziner
- Aufbau eines Vertrauensverhältnisses zwischen Palliativpatient und dem Palliativstützpunkt durch verlässliche Strukturen.

Der Förderverein des Palliativstützpunktes Ammerland/Uplengen e. V. unterstützt die Arbeit des Palliativstützpunktes, begleitet aber auch viele Aktivitäten, wie beispielsweise die Trauerarbeit mit Kindern.

Der Palliativstützpunkt Ammerland/Uplengen kann dem Patienten eine SAPV in häuslicher Umgebung oder in stationären Einrichtungen bieten. Innerhalb des Palliativstützpunktes sind aller Leistungserbringer miteinander vernetzt und können so den Versorgungsherausforderungen zeitnah begegnen. Durch die gesellschaftliche Form der pleXxon Management gGmbH können alle Kooperationspartner des Palliativstützpunktes vertraglich eingebunden werden. Dadurch ist es dem Palliativstützpunkt möglich, eine hohe Struktur- und Prozessqualität zu erreichen.

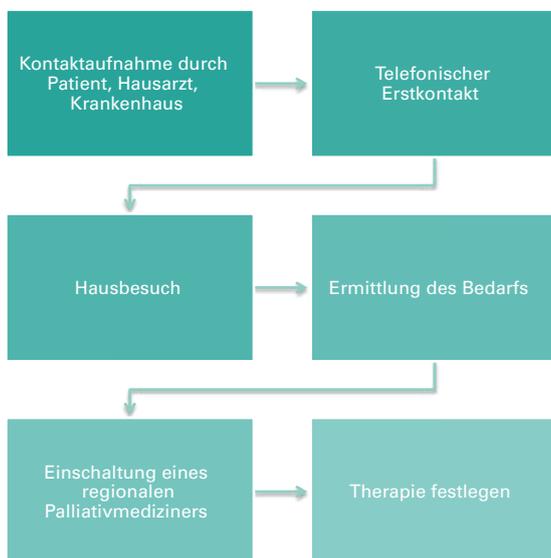
## Zielgruppe

Palliativpatienten sind Menschen mit unheilbaren Krankheiten, deren Gesundheitszustand sich immer weiter verschlechtert (Schwartz, Schneider, et al., 2012). Die überwiegende Zahl der Palliativpatienten leidet an einer Krebserkrankung. Aber auch eine Erkrankung der inneren Organe (Leber, Niere) und kardiologische oder neurologische Krankheiten können eine palliative Versorgung der Patienten notwendig machen. Der Palliativstützpunkt Ammerland/Uplengen richtet sich an Palliativpatienten des Landkreises Ammerland und der angrenzenden ostfriesischen Gemeinden.

## Versorgungselemente

Möchte sich ein Palliativpatient über den Palliativstützpunkt versorgen lassen, kann er selbst anfragen oder sich über den Haus- oder Krankenhausarzt an den Palliativstützpunkt wenden. Anschließend wird der Patient in die Versorgung des Palliativstützpunktes aufgenommen (vgl. Abbildung 24).

**Abbildung 24** – Eingangsassessment durch das Palliative Care Team



Quelle: Eigene Darstellung.

Es folgt ein telefonischer Erstkontakt mit dem Palliativ Care Team des Palliativstützpunktes. Der Koordinator des Palliativ Care Team besucht den Patienten dann zu Hause. Der Hausbesuch stellt ein wesentliches Element der Versorgung dar und wird als Eingangsassessment bezeichnet. Dabei können auch Angehörige oder Freunde des Patienten anwesend sein. Durch das Eingangsassessment wird dem Patienten eine individuelle und bedarfsorientierte Hilfe geboten, ohne zeitlichen Druck. Es ist wichtig, dass das Palliativ Care Team möglichst früh mit dem Patienten in Kontakt tritt, damit der Patient während des gesamten Behandlungsprozesses einen festen Ansprechpartner hat. Der Bedarf des Patienten wird vor Ort durch das Palliativ Care Team ermittelt, um eine optimale Kontrolle seiner Symptome zu erreichen. Zudem wird auf die Wünsche, Bedürfnisse und Erwartungen des Patienten und seiner Angehörigen eingegangen. Dafür stellt der Koordinator den Kontakt her zu entsprechenden Fachärzten, Psychologen, Apotheken, Sozialarbeitern, Sanitätshäusern und ehrenamtlich arbeitenden Hospizdiensten. Er wird durch das Palliativ Care Team beraten hinsichtlich medizinischer und unterstützender Versorgungsleistungen sowie der Pflegemöglichkeiten. Das Palliativ Care Team ermittelt vor Ort, welche Hilfsmittel der Patient benötigt.

Durch die sehr gute Vernetzung der pleXxon gGmbH mit den umliegenden Lieferanten ist eine Lieferung der Hilfsmittel noch am selben Tag möglich. Anschließend stellt der Koordinator den Kontakt zwischen Hausarzt und zuständigem Palliativmediziner her. Der Hausarzt nimmt an dieser Stelle eine wichtige Position ein. Eine flächendeckende Versorgung ist in einem Flächenkreis wie Ammerland und dem angrenzenden Ostfriesland ohne den Hausarzt nicht denkbar.

Nach Abschluss des Eingangsassessments wird der Patient einem zuständigen Palliativmediziner des Palliativ Care Teams zugewiesen. Die Basisversorgung erfolgt jedoch weiter über den Hausarzt und das vertraute Pflegepersonal des Patienten. Die Hausärzte kooperieren mit dem Palliativstützpunkt und dem Palliativmedizinern. Sie bleiben für die Patienten weiterhin der erste Ansprechpartner und leisten die Grundversorgung des Patienten. Das Palliativ Care Team nimmt somit bei der Patientenversorgung nur eine ergänzende Rolle ein.

Das Team der Palliativmediziner besteht aus derzeit zwölf Ärzten. Zudem stehen innerhalb der Region zehn basisqualifizierte Hausärzte (40 Stunden Kurs) zur Verfügung. So ist eine 24-Stunden-Rufbereitschaft für die Patienten möglich.

In einem Qualitätsmanagement-Handbuch sind alle Prozesse und Abläufe von Versorgung und Administration geregelt. Es wird regelmäßig aktualisiert und angepasst.

In dem internetbasierten Dokumentationssystem HOPE werden die eingeleiteten Versorgungsmaßnahmen gespeichert. In einer patientenbezogenen Akte werden Aktivitäten und Maßnahmen dokumentiert. 2014 wurde das System durch Pallidoc abgelöst.

Um die fachliche Qualität der Patientenversorgung zu erhöhen, findet regelmäßig ein „runder Tisch“ mit allen Kooperationspartnern statt. Zudem finden – in einem Intervall von zwei Monaten – Fallbesprechungen der Ärzte statt. Dabei können Probleme bei der Versorgung des Patienten aufgedeckt werden. Ziel ist es, die Qualität der Versorgung kontinuierlich zu verbessern. Parallel zu den Fallbesprechungen der Ärzte finden Fallbesprechungen der Pfleger statt. Ihr Ziel ist es, die Kommunikation und Koordination ihrer Leistungen zu verbessern. Der Palliativstützpunkt initiiert, organisiert und finanziert regelmäßige Supervisionen für alle Beteiligten.

Der Palliativstützpunkt Ammerland/Uplengen hat Mitte 2013 ein ambulantes Komitee zur ethischen Fallbesprechung gegründet. Es soll ein Pendant bieten zu den in vielen Kliniken etablierten Ethikkomitees. Entstanden ist das Komitee auf Wunsch von Angehörigen und Ärzten. Es besteht aus 20 Mitgliedern unterschiedlicher Berufsgruppen. Darunter befinden sich auch zwei Mitarbeiter des stationären Ethikkomitees der Ammerland Klinik. Mitglieder des ambulanten Ethikkomitees haben dafür eine 80-stündige Weiterbildung erhalten.

Das Ethikkomitee soll Entscheidungen in ethisch schwierigen Fragen erleichtern, wie etwa in den Bereichen:

- Patientenverfügung
- Anpassung der Therapie an die Lebenssituation des Patienten
- Überprüfung der Therapieziele
- Beginn, Fortsetzung, Beendigung einer künstlichen Ernährungs- und/oder Beatmungstherapie.

Neben dem ambulanten Ethikkomitee wurde vor zwei Jahren auch „Pelle“ – eine Trauergruppe für Kinder und Jugendliche – gegründet. Sie wird finanziert vom Hospizdienst Ammerland e. V. und dem Förderverein Palliativstützpunkt Ammerland/Uplengen e. V., um Kinder und Jugendliche in ihrer Trauer zu begleiten. Es werden Einzelstunden angeboten, aber auch Gruppenkurse mit jeweils acht Teilnehmern.

## Mehrwert

Durch den Palliativstützpunkt werden die Patienten von einem Palliativ Care Team sektorenübergreifend betreut. Durch die Kooperation mit zahlreichen Leistungserbringern erhalten die Patienten eine umfassende, interdisziplinäre Versorgung (vgl. Tabelle 3).

**Tabelle 3 – Mehrwert durch die unterschiedlichen Kooperationspartner von der pleXxon GbR**

|   |
|---|
| <p><b>Seelsorge/ psychologische Betreuung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ambulanter Hospizdienst, Notfallseelsorge, Pastoren, Psychologen</li> <li>• Soziale, psychische und spirituelle Bedürfnisse des Patienten erfüllen</li> </ul>   |
| <p><b>Stationäre Weiterbetreuung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Palliativstation der Ammerland Klinik</li> <li>• Übergang in die stationäre Betreuung, wenn ambulante Versorgung nicht mehr möglich ist</li> </ul>   |
| <p><b>Medikamentenversorgung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Regionales Apothekennetzwerk</li> <li>• Stellen einen Vorrat an Notfallmedikation</li> <li>• Spezialisiert auf Leistungen für Langzeitbeatmung und -ernährung und Schmerztherapie (führen auch Schulungen und Einweisungen durch)</li> </ul> |
| <p><b>Pflege- und Hilfsmittel:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Regionales Sanitätshaus</li> <li>• Liefern auf kurzem und unbürokratischen Wege noch am selben Tag</li> </ul>   |

Quelle: Eigene Darstellung.

Das Versorgungsprogramm des Palliativstützpunktes leistet eine individuelle, auf den Patienten und seine Angehörigen abgestimmte Versorgung. Der Patient profitiert in vielerlei Hinsicht von dem Konzept:

1. Erhöhung der Lebensqualität des Patienten
2. Beratung und Hilfestellung für den Patienten in Bezug auf medizinisch-pflegerische Tätigkeiten, psychosoziale Begleitung von Patienten und Angehörigen, Bewältigung des Krankheits- und Sterbeprozesses
3. 24-Stunden-Rufbereitschaft für den Patienten und seine Angehörigen

Durch die Gründung des ambulanten Ethikkomitees können Patienten und Angehörige bei schwerwiegenden Entscheidungen Hilfe bekommen. Auch Kinder und Jugendliche werden durch die Trauergruppe „Pelle“ in dem Versorgungskonzept betreut.

## Finanzierung

Im Sommer 2009 lagen keine SAPV-Versorgungsverträge mit Krankenkassen vor. Die Leistungen des Palliativ Care Teams des Palliativstützpunktes der SAPV wurden den Krankenkassen in Rechnung gestellt, jedoch nicht von allen übernommen. Das Ärztenetz pleXxon GbR und die Kooperationspartner haben sich Ende 2009 darauf geeinigt, anfallende Kosten selbst zu tragen, die nicht von der Krankenkasse übernommen werden.

2010 wurde mit den Krankenkassen ein in ganz Niedersachsen gültiger Mustervertrag geschlossen nach § 132d Abs. 1 SGB V für die SAPV nach § 37b SGB V. Zudem konnten die pleXxon GbR mit den Kooperationspartnern erreichen, als Palliativstützpunkt anerkannt zu werden. Damit einher ging eine Förderung vom Land Niedersachsen für fünf Jahre. Seit 2012 ist die Förderung jedoch ausgelaufen.

Um sich effizient zu finanzieren, hat die pleXxon Management gGmbH das Unternehmen ägnw eg Ärztegenossenschaft Niedersachsen Bremen beauftragt. Das Unternehmen rechnet unter anderem für die plexXon Management gGmbH die erbrachten SAPV-Leistung mit den Krankenkassen ab und hat die zentrale Geschäftsstellenfunktion übernommen.

## Management

Das Ärztenetz pleXxon ist eine GbR und besteht aus 73 Ärzten und 46 Praxen. Die Gesellschafterversammlung der pleXxon GbR beschloss, für den Aufbau und die Trägerschaft der Palliativversorgung eine 100-prozentige Tochtergesellschaft zu gründen, die plexXon Management gGmbH. Dabei handelt es sich um eine gemeinnützige GmbH; erzielte Gewinne können dadurch in den Aufbau der SAPV in der Region reinvestiert werden. Die Geschäftsführung der pleXxon Management gGmbH setzt sich zusammen aus Herrn Dr. oec. Rühle als Verantwortlichen für den kaufmännischen Bereich, und den Ärzten Herrn Dr. med. Kreft, verantwortlicher Palliativmediziner für den Palliativstützpunkt und den Hausärzten Paul Kathmann und Sigfried Scholz.

Am Palliativstützpunkt arbeiten zwei Koordinatoren. Sie haben jeweils die Ausbildung „palliativ-care“ absolviert und sind ausgebildete Ethikberaterinnen.

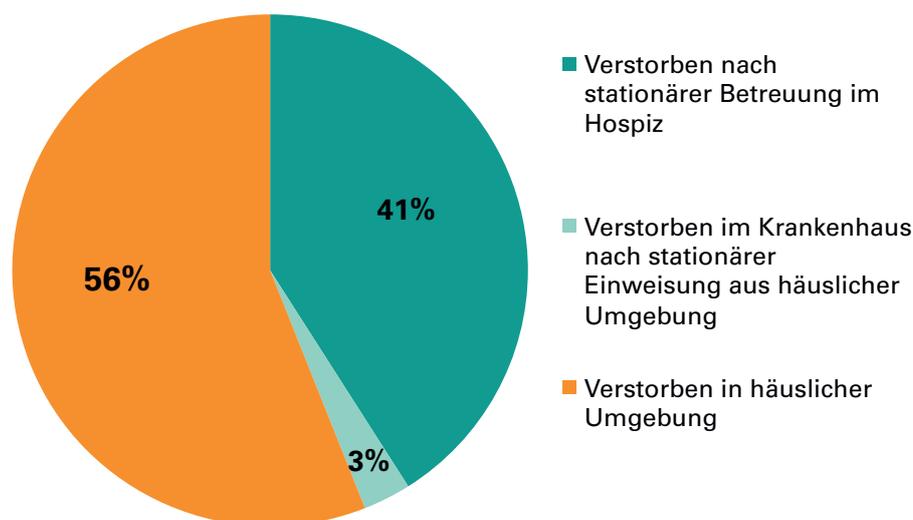
## Evaluation

Seit 2009 wurden bereits mehr als 90 Patienten über den Palliativstützpunkt versorgt. Im Jahr 2013 waren es insgesamt 359 Patienten, von denen etwa 41 Prozent in einer stationären Hospizeinrichtung betreut wurden. Die übrigen 59 Prozent wurden ambulant betreut, von denen 13,7 Prozent während ihrer Betreuung stationär eingewiesen werden mussten – ein Wert weit unter Bundesdurchschnitt.

Insgesamt konnten 56 Prozent der Patienten in ihrem Zuhause sterben – dank des Versorgungskonzepts des Palliativstützpunktes. Im Mittel wurden die Patienten 27 Tage durch den Palliativstützpunkt betreut.

Eine externe Evaluation des Konzepts wurde nicht durchgeführt.

**Abbildung 25** – Anteil der verstorbenen Patienten nach stationärer und ambulanter Betreuung



Quelle: Eigene Darstellung.

## Nächste Schritte

Voraussetzung für den Erfolg des SAPV in ländlichen Regionen ist nicht zuletzt, dass Angehörige und Nachbarn intensiv in die Versorgung der Palliativpatienten eingebunden werden. Daher sollen die Angehörigen zukünftig gezielt gefördert und begleitet werden, um diese spezielle Lebenssituation besser bewältigen zu können.

Zudem soll sich das Versorgungsprojekt in Zukunft auch der palliativmedizinischen Betreuung in Pflegeheimen widmen. In diesem Bereich sind immer noch große Defizite zu beobachten.

## Ansprechpartner

**Dr. med. Matthias Kreft**

Geschäftsführer

Palliativstützpunkt Ammerland-Uplengen

pleXxon Management gGmbH

Ofener Straße 7

26121 Oldenburg

[www.palliativ-stuetzpunkt.de](http://www.palliativ-stuetzpunkt.de)

**Dr. rer. oec. Andreas Rühle**

Kaufmännischer Geschäftsführer

Palliativstützpunkt Ammerland-Uplengen

pleXxon Management gGmbH

Ofener Straße 7

26121 Oldenburg

Telefon: 0441 219 706 23

E-Mail: [ruehle@aegnw.de](mailto:ruehle@aegnw.de)

[www.palliativ-stuetzpunkt.de](http://www.palliativ-stuetzpunkt.de)

## Literatur

Andersen, P. M., Abrahams, S. et al. (2012). EFNS guidelines on the Clinical Management of Amyotrophic Lateral Sclerosis (MALS) – revised report of an EFNS task force. *Eur J Neurol*. 19(3): 360–375.

Schleger, A., Mertz, M. et al. (2012). *Klinische Ethik- METAP, Leitlinien für Entscheidung am Krankenbett*. Berlin Heidelberg, Springer-Verlag.

Schwartz, F. W., Schneider, N. et al. (2012). *Ärztliche Versorgung*. Public Health. F. W. Schwartz, U. Walter, J. Siegristet al. Elsevier Urban & Fischer: 310–330.

# 4sigma, Oberhaching

## Projekt „ReNaTe – COPD“: Rehabilitation, Nachsorge, Telecare bei Chronisch Obstruktiver Lungenerkrankung

*Autor: Ralf Pourie*

### Management Summary

„ReNaTe – COPD“ steht für Rehabilitation, Nachsorge, Telecare bei Chronisch Obstruktiver Lungenerkrankung. Die 4sigma GmbH entwickelte in Zusammenarbeit mit der Krankenkasse Knappschaft Bahn See und der Ostseeklinik Schönberg-Holm ein zweijähriges Pilotprojekt zur bereichsübergreifenden Betreuung von Patienten mit einer chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD).

Das Projekt ReNaTe untersucht, ob Patientencoaching in Kombination mit Telemonitoring den positiven Effekt der Rehabilitation stabilisieren und dauerhaft festigen kann und wie sich das Konzept auf den Krankheitsverlauf auswirkt. Nachdem die Patienten aus der Rehabilitation entlassen werden, unterstützt sie das anschließende Patientencoaching unter anderem darin, weiterhin auf das Rauchen zu verzichten und das Krankheitsverständnis zu erhöhen. Zusätzlich sollen die Patienten mithilfe der Telemetrie lernen, Zeichen einer Verschlechterung der Erkrankung frühzeitig zu erkennen. Dadurch können rechtzeitig entsprechende Maßnahmen eingeleitet werden, die den Patienten vor einer weiteren Verschlechterung und damit auch einem Krankenhausaufenthalt schützen können.

Seit dem Start im Januar 2014 nehmen bereits drei Patienten an dem Projekt teil.

### Umsetzung

Die COPD steht an vierter Stelle der Todesursachen in Deutschland und hat eine Prävalenz von 10 bis 15 Prozent. Sozioökonomisch ist die Erkrankung von großer Bedeutung: Sie hat innerhalb der chronischen Erkrankungen die meisten Arbeitsunfähigkeitstage. Durch eine COPD sinkt die Leistungsfähigkeit der Patienten. Die Lebensqualität der Patienten nimmt ab, was in Depressionen münden kann und den Verlauf der Krankheit weiter verschlechtert.

Etwa 90 Prozent der COPD-Patienten sind Raucher und ohne Rauchverzicht zeigt die Erkrankung einen chronisch fortschreitenden Verlauf, an deren Ende Arbeitsunfähigkeit bzw. stärkste Einschränkung der Lebensqualität steht. Somit stellt der Rauchverzicht einen der wichtigsten Bausteine in der Therapie der COPD dar. In der Rehabilitation schaffen es einige Patienten erfolgreich, auf das Rauchen zu verzichten. Ein wichtiges Ziel für einen therapeutischen Langzeiterfolg ist, dass die Patienten auch nach der Rehabilitation auf Nikotin verzichten. Zudem ist es für den Krankheitsverlauf entscheidend, dass der Patient über seine Krankheit informiert ist. Dadurch kann er frühzeitig erkennen, wenn sich die Symptome der COPD verschlechtern und entsprechend geschulte Anordnungen befolgen. Erreicht der Patient diese Ziele, geht

die krankheitsbedingte Morbidität und Mortalität zurück. Es steigt die Lebensqualität und darüber hinaus werden Behandlungskosten reduziert.

Im vorliegenden Projekt will 4sigma diese Ziele mit telefonbasiertem Patientencoaching und telemedizinischer Unterstützung erreichen. Versicherte der Knappschaft Bahn See können sich während ihrer stationären Rehabilitation in der Ostseeklinik Schönberg-Holm in das Versorgungsprojekt von 4sigma einschreiben. Nach Abschluss der Rehabilitation erhalten die Patienten ein 12-monatiges telefonbasiertes Patientencoaching und werden zur telemedizinischen Kontrolle mit einem elektronischen Gerät zur Messung des Atemflusses (Spirometer) und einem Schrittzähler versorgt. Alle Messwerte des Patienten werden elektronisch an 4sigma übermittelt (vgl. Abbildung 26).

Das Patientencoaching gliedert sich in eine Aufnahme-, Stabilisierungs- und Selbstmanagementphase. In der Aufnahmephase erstellt der persönliche Berater einen individuellen Programmplan. Danach erfolgt eine Einweisung in die telemetrische Technik. Die persönlichen telemetrischen Zielwerte werden festgelegt und die Alarmierungsgrenzen werden eingestellt. Werden diese Zielparameter überschritten, erhält der Berater eine Alarmmeldung. In einem solchen Fall wird der Patient umgehend telefonisch kontaktiert und es werden die nächsten Schritte besprochen. In der Coachingphase werden die Patienten monatlich beraten. Bei Alarmauslösung durch die telemetrischen Geräte werden Krisen- oder Kurzinterventionsgespräche geführt. Beratungsinhalte sind unter anderem: Schulungen zum Medikationsplan (inklusive Notfallmedikation), Krankheitsverständnis, Lebensstil (inklusive Rauchverhalten), Erkennen von Krankheitsverschlechterung und Handlungsschritte bei Verschlechterung. In der abschließenden Selbstmanagementphase lernt der Patient den langfristigen eigenverantwortlichen Umgang mit seiner Erkrankung.

**Abbildung 26** – Pilotprojekt zur Betreuung von COPD-Patienten

### 1. Aufnahmephase (1. Monat)

### 2. Stabilisierungsphase (2. bis 8. Monat):

- Telemonitoring der Lungenfunktion (Spirometer)
- Telemonitoring der körperlichen Aktivität (Schrittzähler)
- Telefonbasierte Krisen- oder Kurzintervention mit koordiniertem Facharztbesuch
- Telefonbasiertes Gesundheitscoaching

### 3. Selbstmanagementphase (9. bis 12. Monat):

- Telemonitoring der Lungenfunktion
- Telemonitoring der körperlichen Aktivität
- Telefonbasierte Krisen- oder Kurzintervention
- Motivationsgespräche
- Abschlussgespräch

Quelle: Eigene Darstellung.

Neben den automatisch erhobenen Daten der Telemetrie werden Lebensqualität und Patientenzufriedenheit mit einem indikationsspezifischen Fragebogen regelmäßig erfasst. Erste Untersuchungsergebnisse werden nach der Behandlung der ersten zehn Patienten erwartet.

## Nächste Schritte

4sigma startete im Januar 2014 mit einer Laufzeit von zwei Jahren. Das Pilotprojekt plant die Rekrutierung von 50 Patienten. Um die großen Volkskrankheiten wie COPD, Diabetes mellitus Typ 2 und Herz-Kreislaufkrankungen zu behandeln, ist es wichtig, die Lebensführung der Patienten zu verändern. Ein Patientenmonitoring kann dem Patienten helfen, auch in Krisensituationen an den Therapiezielen festzuhalten.

Das Pilotprojekt basiert auf einem Patientencoaching. Der positive Einfluss eines Patientencoachings bei Patienten mit chronischen Krankheiten wurde bereits in zahlreichen Studien publiziert. Dieser evaluierte Prototyp kann jederzeit auf andere Erkrankungen angewendet werden kann.

## Ansprechpartner

Ralf Pourie

Geschäftsführer

4sigma GmbH

Bajuwarenring 19

82041 Oberhaching

Telefon: 089 950 084 460

E-Mail: ralf.pourie@4sigma.de

# Ambulantes-Palliativ-Zentrum (APZ): Leverkusen

## Spezialisierte Ambulante Palliativ Versorgung (SAPV) im Gesundheitsnetz Leverkusen

*Autor: Manfred Klemm*

### Management Summary

Das Ambulante Palliativzentrum (APZ) verfolgt das Ziel, die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) in Nordrhein Westfalen flächendeckend umzusetzen. Die SAPV ist seit 2007 in § 37b SGB V gesetzlich festgeschrieben.

Damit soll künftig dem Wunsch der Patienten leichter entsprochen werden können, in ihrem eigenen Zuhause zu versterben. Das APZ arbeitet sektorenübergreifend und verwendet dafür eine elektronische Patientenakte. Das Palliative-Care-Team des APZ steuert die qualifizierte Schmerz- und Symptomkontrolle und leitet so den Therapieverlauf. Die koordinierte Versorgung der palliativen Patienten durch das APZ birgt zahlreiche Potenziale: Stationäre Krankenhausaufenthalte werden reduziert, die Lebensqualität der Patienten am Ende des Lebens wird aufrechterhalten und Angehörige werden in der Verantwortung bei Entscheidungen zum Patienten begleitet und entlastet. Starben im Jahr 2011 nur 47 Prozent der Palliativpatienten zu Hause, sind es heute bereits 79 Prozent.

Das Projekt wird seit 2012 vom Regionalen Gesundheitsnetz Leverkusen eG umgesetzt.

### Umsetzung

Über zwei Drittel schwer kranker Patienten wünscht sich, das Lebensende würdevoll zu Hause und im Beisein der Angehörigen zu verbringen; das war 2008 auch in Leverkusen jedoch nur bei 19 Prozent der Patienten möglich. Fehlende Kommunikationsstrukturen zwischen den ambulanten und stationären Versorgungssektoren, Personalengpässe und eine veränderte Gesellschaftsstruktur waren die Gründe.

Der Gesetzgeber reagierte auf diese Fehlversorgung und rief im Jahr 2007 die spezialisierte ambulante Palliativversorgung ins Leben (SAPV – § 37b SGB V). Die SAPV wird jedoch nur zögerlich umgesetzt. Um sie weiterzuentwickeln, hat das Regionale Gesundheitsnetz Leverkusen eG das Pilotprojekt Ambulantes-Palliativ-Zentrum (APZ) gegründet – mit einem Einzugsgebiet von 300.000 Menschen im Kassenärztlichen Versorgungsbereich Nordrhein und Nordrhein-Westfalen (NRW).

Das APZ arbeitet gemeinsam mit mehreren Partnern (siehe Abbildung 27). Damit die Partner sektorenübergreifend kommunizieren können, hat das APZ eine elektronische Patientenakte eingeführt. Die involvierten Leistungserbringer können sich darüber zu jeder Zeit zu Versorgungsform und -zustand des Patienten informieren und so ungewollte Krankenhauseinweisungen verhindern.

Der behandelnde Arzt verordnet dem Patienten bei Bedarf eine koordinierte, spezialärztliche ambulante Palliativversorgung (SAPV) durch das KV-Formular Muster 63. Das APZ prüft die Verordnung und koordiniert dann alle nötigen Leistungserbringer. Anschließend besucht das Palliative-Care-Team des APZ den Patienten und klärt den individuellen Bedarf ab. Der Patient erhält eine schmerz- und symptomkontrollierte Therapie durch das Palliative-Care-Team. Das Palliative-Care-Team koordiniert die involvierten Leistungserbringer und ist durchgehend für Patienten und Angehörige erreichbar. Der Patient wird zum Teil mehrmals am Tag betreut. Dabei ist das Team zentral verantwortlich für die Versorgung des Patienten und trifft alle fachlichen Entscheidungen.

Indem das APZ den Patienten versorgt, wird den schwer Kranken ein würdevolles Lebensende im heimischen Umfeld ermöglicht. Unnötige Transporte und notfallmäßige stationäre Einweisungen werden verhindert bzw. reduziert. Dadurch erhofft man sich eine verbesserte Lebensqualität des Patienten in seinem letzten Lebensabschnitt. Auch für die Angehörigen bietet das Konzept großes Potenzial: Sie werden bei allen Aspekten qualifiziert und verantwortungsvoll beraten und begleitet. Oft sind es die Ängste vor Fehlentscheidungen, bei denen die Angehörigen Begleitung benötigen.

**Abbildung 27** – Aufbau des Ambulanten-Palliativen-Zentrums



Quelle: Eigene Darstellung.

Zudem möchte das APZ kontinuierlich die Qualität der Versorgung steigern und Ärzte, qualifiziertes Pflegepersonal und ehrenamtliche Helfer weiterbilden. Das Projekt soll finanziert werden, indem die Krankenhauseinweisungen sinken. Die ambulanten Ärzte werden für die Leistung einer SAPV extrabudgetär vergütet – zusätzlich zum EBM (der ambulanten Vergütungsform). Das Programm wurde erst vor wenigen Jahren implementiert. Eine flächendeckende Versorgung in NRW konnte noch nicht erreicht werden, weshalb das Konzept bisher nicht evaluiert ist.

## Nächste Schritte

Seit 2011 stieg der Anteil der Patienten, die im häuslichen Umfeld starben, von 47 auf 79 Prozent. Ziel des APZ ist es, die Rate auf etwa 90 Prozent zu erhöhen – sofern der Wunsch von Seiten der Patienten und Angehörigen besteht und er ethisch umsetzbar ist. Zudem soll die Öffentlichkeitsarbeit weiter ausgedehnt werden, um mehrere Einzugsgebiete zu erreichen.

Im Regionalen Gesundheitsnetz Leverkusen wurde seit dem Jahr 2013 auch die Allgemeine Ambulante Palliativversorgung (AAPV) in die Koordination mit einbezogen. Die AAPV ist eine Vorstufe der spezialärztlichen ambulanten Palliativversorgung und soll zukünftig auch vom APZ koordiniert werden

## **Ansprechpartner**

Dr. Manfred Klemm

Geschäftsführer

Regionales Gesundheitsnetz Leverkusen eG

Dhünnberg 25

51375 Leverkusen

Telefon: 0214 404 999 19

E-Mail: [klemm@gesundheitsnetz-leverkusen.de](mailto:klemm@gesundheitsnetz-leverkusen.de)

# AOK Hessen: INFO-TOUR ORGANSPENDE

## Management Summary

Ziel des Projekts ist es, über das Thema Organspende zu informieren und somit zu einer überlegten Haltung bei den Menschen beizutragen. Der AOK Hessen ist es wichtig, die Öffentlichkeit mit Fakten und Informationen bei ihrer Entscheidung für oder gegen die Organspende zu unterstützen.

Dazu tourte die AOK Hessen im Sommer 2013 mit einem umgebauten amerikanischen Schulbus durch sieben hessische Städte und platzierte Informationsstände an zentralen Stellen. In Gesprächen mit Passanten machte sie auf die Bedeutung des Themas aufmerksam.

Die Informationskampagne ist ein Kooperationsprojekt zwischen der AOK Hessen und der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) Region Mitte. Beteiligt waren außerdem die lokale Presse und Organtransplantierte aus örtlichen Selbsthilfegruppen.

In diesem Jahr wurde eine ähnliche Informationskampagne in Kooperation mit hessischen Krankenhäusern durchgeführt.

## Umsetzung

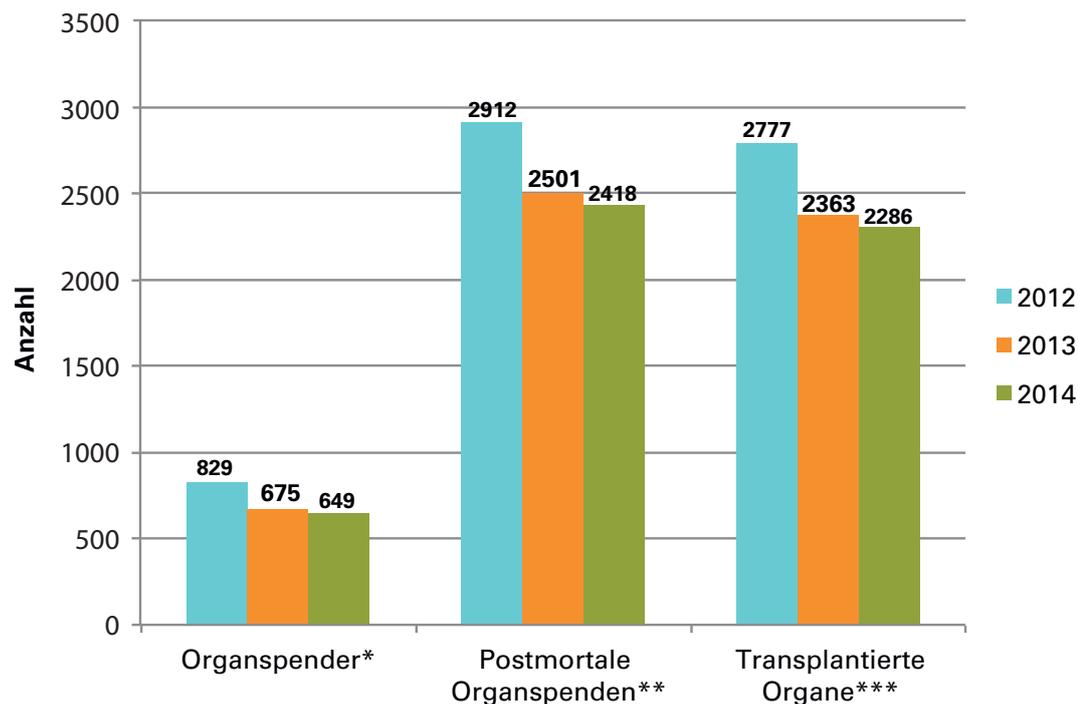
Die Anzahl an Organspendern in Deutschland sinkt stetig. Allein in den letzten drei Jahren ist die Anzahl an postmortalen Organspenden von 2.912 auf 2.418 gesunken. Die AOK Hessen startete daher ihre Informationskampagne, um auf das Thema Organspende aufmerksam zu machen. Ziel der Aktion war es, möglichst viele Bürger über das Thema Organspende fundiert zu informieren und zu einer persönlichen Entscheidung anzuregen.

Die Informationskampagne verlief in drei Phasen.

Zunächst machte die Presse auf die jeweilige Aktion aufmerksam. Dazu wurde in den Printmedien, wie zum Beispiel in der Fuldaer Zeitung, über die Organspende informiert und diskutiert. Die Presse teilte außerdem Termin und Ort der Bustour mit.

In der zweiten Phase bekamen interessierte Leser die Möglichkeit, im Rahmen einer **Telefonaktion** mit Experten Kontakt aufzunehmen. Am Telefon waren jeweils ein Arzt der AOK, ein Transplantationskoordinator der DSO sowie ein Transplantierte. Leser hatten nun die Möglichkeit, all ihre Fragen rund um die Organspende zu stellen und fachkundige Antworten zu bekommen. Dabei stellten die Leser Fragen bezüglich der Gültigkeit ihrer Ausweise, über eventuelle Altersgrenzen bei der Spende oder über die medizinischen Details hinsichtlich des Hirntodes.

Die **Bustour** stellte die dritte Phase dar. Ein umgestalteter amerikanischer Schulbus steuerte die Innenstädte von Frankfurt, Wiesbaden, Darmstadt, Gießen, Marburg, Kassel und Fulda an. Passanten konnten dort mit Experten der Deutschen Stiftung Organtransplantation sowie der AOK Hessen sprechen und Fragen stellen. Auch Transplantierte aus Selbsthilfegruppen waren vor Ort, um von ihren Erfahrungen zu berichten. Im Bus selbst gab es Sitzcken, in denen sich Interessierte mit Hilfe von iPads Kurzfilme und Berichte von Betroffenen ansehen konnten.

**Abbildung 28** – Anzahl Organspender, postmortale Organspenden und transplantierte Organe, 2012–2014

\* Ohne Lebendspender; vorläufige Zahlen für 2014.

\*\* Organe in Deutschland entnommen und in Deutschland sowie im Ausland transplantiert; ohne Lebendspenden. Vorläufige Zahlen für 2014.

\*\*\* Ohne Transplantationen nach Lebendspende, ohne Dominotransplantationen. Vorläufige Zahlen für 2014.

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Deutsche Stiftung Organtransplantation, 2014.

Insgesamt verteilte die AOK Hessen sehr viele Organspenderausweise. Nach der Aktion wurde eine Reportage im AOK-Gesundheitsmagazin ausgestrahlt und das Thema unter [www.aok.de/organspende](http://www.aok.de/organspende) weiter aufgearbeitet. Hier finden Interessierte sowohl ein interaktives Tool als auch einen gedruckten Fragebogen zur persönlichen Entscheidungsfindung.

## Nächste Schritte

Im Herbst 2014 wurde die Informationskampagne in Kooperation mit hessischen Krankenhäusern fortgesetzt.

## Ansprechpartner

Norbert Staudt

Hauptabteilung Unternehmenspolitik, Kommunikation & Marketing

Öffentlichkeitsarbeit und politische Grundsatzfragen

AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen

Basler Straße 2

61352 Bad Homburg

Telefon: 06172 272 162

E-Mail: [norbert.staudt@he.aok.de](mailto:norbert.staudt@he.aok.de)

# Apo-AMTS – Projekt: Westfalen-Lippe

## Ein Aus- und Fortbildungsprogramm für Pharmazeuten im Praktikum und Approbierte zur Optimierung der Arzneimitteltherapiesicherheit

*Autor: Isabel Waltering*

### Management Summary

Apo-AMTS ist ein 2012 gestartetes Projekt der Apothekerkammer Westfalen-Lippe und der Westfälischen Wilhelm-Universität Münster. Ziel des Projekts ist es, die Arzneimittelsicherheit (AMTS) zu erhöhen und ein strukturiertes Medikationsmanagement in die tägliche Praxis zu implementieren. Das Projekt untersucht, inwieweit die Einbeziehung des Apothekers die Patientensicherheit und die AMTS beeinflusst. Dafür soll das Wissen von Studenten im Praktikum und praktisch tätigen Pharmazeuten kombiniert werden, um die daraus resultierenden Synergieeffekte zu nutzen. Im ersten Schritt werden die Ausbildungsapotheken durch die Apothekerkammer Westfalen-Lippe anerkannt. Im zweiten Schritt erfolgen regelmäßige Schulungen von Pharmazeuten im Praktikum und von Apothekern. Im Raum Westfalen-Lippe sollen innerhalb der nächsten Jahre 20 bis 30 Prozent der Apotheken mindestens einen Ausbilder bekommen.

### Umsetzung

Der Gesetzgeber sieht im Bereich der Patientensicherheit ein Medikationsmanagement vor; inhaltlich gibt es dazu jedoch keine Angaben. Apo-AMTS hat es sich zum Ziel gemacht, diese Lücke zu schließen durch die Entwicklung einer strukturierten Medikationsanalyse. Teilnehmer des Projekts sind Pharmaziestudenten ab dem dritten Ausbildungsabschnitt sowie niedergelassene Apotheker im Raum Westfalen-Lippe. Die Westfälische Wilhelms-Universität Münster ist verantwortlich für die Betreuung, die inhaltliche Gestaltung und die wissenschaftliche Begleitung in Form einer Evaluation. Die Finanzierung des Projekts erfolgt durch die Apothekerkammer Westfalen-Lippe. Sie unterstützt die Universität finanziell mit jährlich 60.000 Euro. Die Zusammenarbeit der beiden Partner ermöglicht es, das AMTS-Konzept zielgenau zu entwickeln und zu evaluieren. Die Teilnahme für Praktikanten und Apotheker ist kostenlos.

Das Konzept besteht aus drei Schritten – zwei verbindlichen und einem optionalen (vgl. Abbildung 29). Im ersten Schritt werden Ausbildungsapotheken eingerichtet, die sich durch eine vorbildliche Ausbildung des Nachwuchses auszeichnen und gut organisiert sind. Diesbezüglich wurde ein Anforderungskatalog erstellt, unter anderem mit folgenden Kriterien: ausbildende Apotheker mit gültigem Fortbildungszertifikat, Screening (Blutzucker, Blutdruck) und Bezahlung nach Tarifvertrag. Die Apothekerkammer prüft die Apotheken, ob sie als Ausbildungsapotheke zugelassen werden können. Im zweiten Schritt besuchen Praktikanten und Apotheker Basisschulungen, für welche im Rahmen des Konzeptes ein Aus-

bildungsplan entwickelt wurde. Der dritte Schritt ist optional: Die Teilnehmer können an einem strukturierten Ausbildungsprogramm teilnehmen.

Während der drei Aufbauschulungen werden die Kenntnisse aus der Basisschulung weiter vertieft; es werden die Systematiken einer erweiterten Medikationsanalyse vorgestellt sowie typische Problemstellungen an Patientenbeispielen aufgeführt. In dem praktischen Teil führen die Teilnehmer fünf Medikationsanalysen durch, in deren Rahmen ein Medikationsplan erstellt wird. Der Plan wird anschließend dem praktischen Arzt vorlegt. Während eines Abschluss Symposiums werden ausgewählte Fallbeispiele vorgestellt. Auf einer für die Teilnehmer extra eingerichteten Stelle können Praktikanten und Pharmazeuten Fragen zur AMTS und zum Medikationsmanagement stellen.

**Abbildung 29** – Ablauf der Akkreditierung durch Apothekerkammer Westfalen-Lippe



Quelle: Eigene Darstellung.

Die Patienten profitieren von dem Medikationsplan: Ihre Eigenverantwortung wird gestärkt, die Sicherheit erhöht, Informationsasymmetrien abgebaut und übermäßiger oder schädlicher Medikamentenkonsum kann verhindert werden. Besonders ist auch, dass der Apotheker als Ansprechpartner schnell erreichbar ist und Lebensstiländerungen anstoßen kann. Die Westfälische Wilhelms-Universität übernimmt die wissenschaftliche Begleitung des Projekts. Dabei wird überprüft, inwieweit die Einbindung des Apothekers die Patientensicherheit verbessert. Die Evaluation ist noch nicht abgeschlossen. Die bisherigen Ergebnisse zeigen, dass ein Medikationsplan eine der wichtigsten Komponenten der Patientensicherheit ist.

## Nächste Schritte

Apo-AMTS ist ein langfristig angelegtes Projekt und verfolgt das Ziel, noch im Jahr 2014 140 AMTS-Apotheken zu umfassen. Das entspricht einem Anteil von 20 bis 30 Prozent der Apotheken im Raum Westfalen-Lippe. Durch ein standardisiertes Arzneimittelsicherheitskonzept kann die Qualität der Medikamentenversorgung gemessen und weiterentwickelt werden. Zudem soll auf der Webseite der Apothekerkammer Westfalen-Lippe ein Bereich entstehen, der den Austausch zwischen Pharmazeuten im Praktikum, Apothekern und bereits ausgebildeten AMTS-Managern und Apothekern erleichtert.

## **Ansprechpartner**

Isabel Waltering

AMTS-Koordinatorin

Pharmacampus, AK Klinische Pharmazie

Corrensstrasse 48

48149 Münster

Telefon: 0251 833 214 1

E-Mail: [AMTS@uni-muenster.de](mailto:AMTS@uni-muenster.de)

# Bedarfsgerechte Versorgung von Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung

## medi-owl ärzte und psychologen gbr: Bielefeld und Gütersloh

*Autor: Bernd Lehne*

### Management Summary

Das Praxisnetz medi-owl ärzte und psychologen gbr verfolgt das Ziel, die Versorgung von Borderline-Patienten im Raum Bielefeld und Gütersloh zu verbessern. In Kooperation mit dem Netz der psychologischen Psychotherapeuten app entstand daraus 2007 ein Integrierter Versorgungsvertrag nach den §§ 140a ff. SGB V – in Zusammenarbeit mit den regionalen Betriebskrankenkassen und den psychiatrischen Kliniken in Bielefeld und Gütersloh.

Borderline-Patienten haben eine tiefgreifende, emotionale Störung und neigen zu einer impulsiven und instabilen Stimmung im Erleben menschlicher Beziehungen. Es ist daher wichtig, die Patienten flexibel und nachhaltig zu versorgen. Da sich sowohl der psychische Gesundheitszustand der Patienten signifikant verbesserte als auch positive gesundheitsökonomische Effekte erzielt wurden, wird der Vertrag unbefristet fortgesetzt.

### Umsetzung

Das Borderlinesyndrom ist eine Persönlichkeitsstörung (BPS), bei der die Patienten dauerhaft emotional angespannt sind. Sie leiden unter starken Stimmungsschwankungen, einem gestörten Selbstbild und einem impulsiven Verhalten. Das mündet häufig in selbstschädigenden Handlungen, etwa Substanzmissbrauch, wiederkehrenden oder angedrohten Suizidversuchen oder problematischen interpersonellen Beziehungen. Die Punktprävalenz wird mit zwei Prozent angegeben; die Kosten der Behandlung belaufen sich jährlich auf 3,5 Milliarden Euro. Das macht die BPS zu einer der kostenintensivsten psychischen Erkrankungen.

Ziel des Versorgungsprojekts ist, im Raum Bielefeld und Gütersloh die Behandlung von Borderline-Patienten zu optimieren. Dafür haben sich unterschiedliche Kooperationspartner in einem Integrierten Versorgungsvertrag zusammengeschlossen: medi-owl ärzte und psychologen gbr, einige BKK Krankenkassen, das Evangelische Krankenhaus Bielefeld und die Kliniken des Landschaftsverband Westfalen-Lippe.

Das komplexe Krankheitsbild erfordert flexible Interventionen, die durch eine vernetzte und multimodale Behandlung gegeben werden. Der Patient soll innerhalb von weniger als neun Tagen eine ambulante Psychotherapie erhalten. Die Patienten können ihre Krankheit häufig nur schwer akzeptieren, weshalb die Inanspruchnahme eines Therapietermins oftmals eine große Hürde darstellt. Diesbezüglich sind lange

Wartezeiten kontraproduktiv. Jeder Patient wird – während der maximal fünfjährigen Behandlungszeit – in 150 therapeutischen Einzelsitzungen betreut. Die Psychotherapeuten sind auf Patienten mit BPS spezialisiert. Dabei ist eine flexible Sitzungsfrequenz besonders wichtig, da BPS-Patienten phasenweise einen unterschiedlichen Bedarf an Therapiesitzungen aufweisen. Das Besondere des IV-Vertrages ist, dass eine bedarfsadaptierte ambulante Betreuung und Behandlung – in Form auch von Kurzkontakten, zusätzlichen Gruppentherapien, telefonischen Kontakten mit Patienten sowie anderen Helfern – angeboten (und vergütet) wird, um so zu vermeiden, dass eine Klinikeinweisung erforderlich wird. Daneben wird die Behandlung durch interdisziplinäre Fallkonferenzen gesteuert.

**Abbildung 43** – BSP-Versorgungskonzept der medi-owl ärzte und psychologen gbr



Quelle: Eigene Darstellung.

Zur Qualitätssicherung wird bei jedem Patienten eine Verlaufsdokumentation erstellt. Verbindliche Qualitätszirkel (monatlich), Plenumssitzungen (halbjährlich) und Fortbildungsveranstaltungen finden für die Psychotherapeuten statt. Das fachübergreifende Praxisnetz hat den IV-Vertrag evaluiert. In den Jahren von 2007 bis 2011 nahmen 33 Therapeuten und 84 Patienten teil. Die psychischen Fähigkeiten der Patienten haben sich signifikant verbessert, die psychischen, sozialkommunikativen und körperlichen Beeinträchtigungen nahmen ab. Zudem gaben die Patienten in einer Borderline-Symptomliste an, dass sich die subjektiv empfundenen Symptome im Behandlungsverlauf verringert haben.

Eine Kosten-Nutzen-Analyse konnte zeigen, dass die Krankenhaustage nach einer Behandlung im IV-Programm abgenommen haben: Nach drei Jahren wurden bei 24 der 52 eingeschriebenen Patienten 866 bis 893 Tage eingespart – was einer Kostenersparnis von 337.000 Euro entspricht.

## Nächste Schritte

Die guten therapeutischen und gesundheitsökonomischen Ergebnisse der Evaluation haben dazu geführt, dass der IV-Vertrag unbefristet fortgeführt wird. Das Projekt sieht vor, langfristig nachzuverfolgen, wie sich die Patienten nach Abschluss der Behandlung entwickeln (Katamnese).

Die teilnehmenden Psychotherapeuten sehen in der Praxis den Bedarf dieses Borderline spezifischen Behandlungsangebots, auch bei Patienten der Krankenkassen, die bisher nicht am IV-Vertrag teilnehmen. Um in diesen Fällen auch bedarfsgerechter behandeln zu können, wäre eine Übernahme des IV-Vertrags von weiteren Krankenkassen sinnvoll. Das ist jedoch bisher nur in wenigen Einzelfällen erfolgt.

## **Ansprechpartner**

Dr. med. Bernd Lehne

Mitglied der Geschäftsführung

Praxisnetz medi-owl gbr

Klemensstraße 6 A

33649 Bielefeld

Telefon: 0521 914 650 1

E-Mail: [praxis-lehne@online.de](mailto:praxis-lehne@online.de)

## Best-AG: München

### Vernetzung von SGB II und SGB V: Patientencoaching an der Schnittstelle von Arbeitsmarkt und Gesundheitsförderung

*Autor: Christine Schiessl*

#### Management Summary

Die Beratungsstelle für Arbeit und Gesundheit – BEST-AG – wurde Ende des Jahres 2013 gegründet und ist eine Kooperation der Algesiologikum GmbH und des Referats für Arbeit und Wirtschaft der Landeshauptstadt München. Ziel ist es, den Gesundheitszustand von Langzeitarbeitslosen zu verbessern. Sie sind – im Vergleich zur Gesamtbevölkerung – häufiger physisch oder psychisch krank, was eine Rückkehr in den Arbeitsmarkt zusätzlich erschwert. Die BEST-AG berät Langzeitarbeitslose über ihren Gesundheitszustand. Zudem möchte sie ein Netzwerk aufbauen von Ärzten, Therapeuten und Beratungsstellen, um die Betroffenen besser an die entsprechenden Leistungserbringer innerhalb des Netzwerkes zu vermitteln. Die Hemmschelle, Gesundheitsleistungen innerhalb der Regelversorgung zu beziehen, soll dadurch gesenkt werden. Damit funktioniert die BEST-AG als Lotse zwischen Leistungserbringern des SGB II (Grundsicherung Arbeitssuchende) und des SGB V (Sozialgesetzbuch – GKV). Noch in diesem Jahr soll die Evaluation des Konzepts veröffentlicht werden. Bei positiven Ergebnissen soll die BEST-AG verstetigt werden.

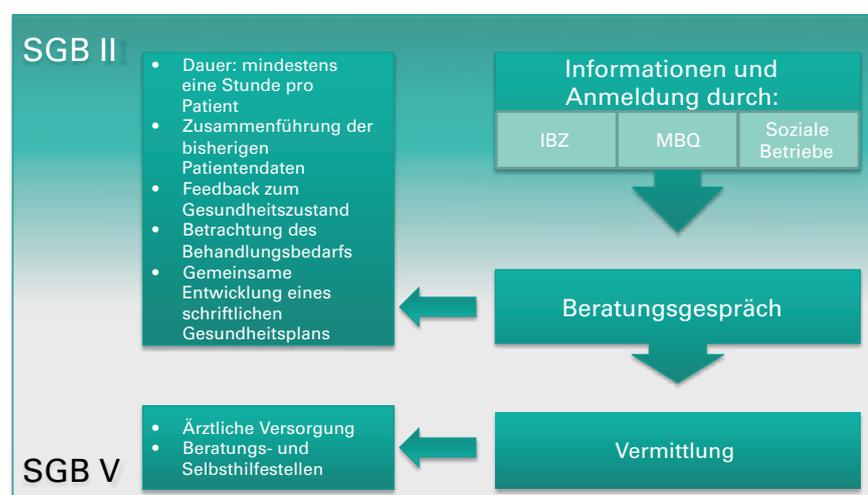
#### Umsetzung

Depressionen und Angststörungen sind bei Langzeitarbeitslosen im Vergleich zur Gesamtbevölkerung häufiger vertreten. Diese psychischen aber auch physischen Einschränkungen mindern die Lebensqualität und machen es den Betroffenen schwer, in den Arbeitsmarkt zurückzukehren. Das SGB II – Grundsicherung von Arbeitssuchenden – unterstützt Arbeitssuchende bei sprachlichen Barrieren und Minderqualifizierungen. Die Beratung zur Gesundheitsversorgung ist jedoch unzureichend. Die teilweise komplexen Krankheitsbilder der Langzeitarbeitslosen erfordern einen Gesamtbehandlungsplan, was in der Regelversorgung nur schwer zu realisieren ist. Zudem werden Langzeitarbeitslose teilweise aufgrund ihres niedrigen Sozialstatus diskriminiert, weshalb sie Arztbesuche meiden.

Die BEST-AG sieht sich als Lotse, das SGB II mit dem SGB V zu vernetzen. Damit die Leistungen der Regelversorgung von Langzeitarbeitslosen mehr in Anspruch genommen werden, berät, begleitet und vermittelt die BEST-AG die Nutzer auf dem Weg zu einem verbesserten Gesundheitszustand (vgl. Abbildung 30). Die BEST-AG wird gefördert durch das Münchner Beschäftigungs- und Qualifizierungsprogramm (MBQ). Kooperationspartner des MBQ sind die Integrations- und Beratungszentren (IBZ) und sozialen Betriebe. Für die Beratung und das Coaching hat die BEST-AG ein Konzept entwickelt, mit Hilfe dessen eine fundierte Ist-Analyse des individuellen Gesundheitszustandes durchgeführt wird.

In den Einrichtungen – Teile des SGB II – können sich Langzeitarbeitslose über die BEST-AG informieren. Sind sie an der BEST-AG interessiert, wird ein kostenloser Termin vereinbart. Im nächsten Schritt verschaffen sich Allgemeinmediziner, Psychotherapeuten oder Psychiater anhand bisheriger Patientendaten einen Überblick über den Gesundheitszustand des Teilnehmers – und erstellen einen schriftlichen Gesamtbehandlungsplan. Dabei wollen sie keine parallele Versorgungsstruktur zum SGB V schaffen. Es erfolgt keine Behandlung von Erkrankungen oder die Erstellung von offiziellen Gutachten. Anschließend vermitteln die Therapeuten der BEST-AG die Arbeitslosen zu Behandlern innerhalb der Regelversorgung des SGB V. Dafür baut die BEST-AG ein Netz aus Ärzten, Therapeuten und Beratungsstellen auf, um den Teilnehmern im Anschluss an die Beratung einen entsprechenden Ansprechpartner anzubieten und bei Bedarf einen Termin für die Patienten zu vereinbaren.

**Abbildung 30** – Ablaufmodell des Beratungs- und Vermittlungskonzepts der BEST-AG



Quelle: Eigene Darstellung.

Das Konzept soll dazu führen, dass Langzeitarbeitslose ihren Gesundheitszustand eigenständig langfristig verbessern. Anschließend ist es für die Arbeitslosen leichter, in den Arbeitsmarkt zurückzukehren. Darüber hinaus evaluiert die BEST-AG den Gesundheitszustand und die Versorgungssituation von Langzeitarbeitslosen in München sowie den Einfluss des Konzepts darauf. Finanziert wird das Konzept überwiegend durch das Referat für Arbeit und Wirtschaft der Landeshauptstadt München mit der Übernahme der Personal- und Sachkosten. Die Investitionskosten übernimmt die Algesiologikum GmbH.

Das Programm wird deskriptiv evaluiert. In die Evaluation eingeschlossen werden Daten der Beratung, soziodemographische Daten und die Ergebnisse der Beratung sowie der Beratungsanlass. Zusätzlich werden die Ergebnisse um eine telefonische Nachevaluation ergänzt, die nach sechs Wochen erfolgt. Ein Zwischenbericht erfolgte im Juli 2014.

## Nächste Schritte

Die BEST-AG ist dabei, ein Ärztenetz aufzubauen, um Langzeitarbeitslose zur Behandlung ihrer Erkrankungen an einen entsprechenden Therapeuten zu vermitteln. Die Hemmschwelle, Gesundheitsleistungen zu beanspruchen, wird für die Nutzer verringert. Das Netz soll in den kommenden Jahren weiter ausgebaut werden.

Die Evaluation des Programms ist noch nicht abgeschlossen. Zeigen sich positive Ergebnisse – wie ein verbesserter Gesundheitszustand von Langzeitarbeitslosen oder die erfolgreiche Vermittlung in den Arbeitsmarkt – soll das Programm verstetigt werden.

## **Ansprechpartner**

Priv.-Doz. Dr. Christine Schiessl

Medizinische Direktorin, Leitung BEST-AG

Algesiologikum GmbH

Karlstraße 96

80335 München

Telefon: 089 890 517 23

E-Mail: [schiessl@algesiologikum.de](mailto:schiessl@algesiologikum.de)

# BesTe Genesung zu Hause

## Ein Brückenschlag aus der Klinik in den Alltag

*Autor: Roland Böhringer*

### Management Summary

Das Projekt „BesTe Genesung zu Hause, ein Brückenschlag aus der Klinik in den Alltag“, hat zum Ziel, alleinlebenden Patienten den Übergang von einem Klinikaufenthalt in die häusliche Umgebung zu vereinfachen. Ins Leben gerufen wurde das Begleitangebot im April 2013 von der Stadt Kirchheim unter Teck (Amt für Familie und Soziales) und dem Klinikum Kirchheim unter Teck. Als Kooperationspartner sind mit dabei der Altenhilfeverein buefet e.V., die Diakoniestation Teck und die Agentur „Pflege engagiert“. Das Projekt ist Teil des Modellverbunds BesT (Bürgerengagement sichert Teilhabe), welches bis September 2015 finanziert wird durch das Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden Württemberg sowie aus Mitteln der sozialen und privaten Pflegeversicherung nach § 45d SGB XI.

Seit Ende 2013 können alleinlebende Patienten in Kirchheim unter Teck im Anschluss an einen Klinikaufenthalt in ihrem eigenen Zuhause von ehrenamtlichen Begleiterinnen und Begleitern betreut werden. Für zwei bis vier Wochen erleichtern diese den Alltag und stellen ärztliche und pflegerische Anordnungen sicher.

Nach Ablauf der Modellphase im September 2015 soll das Begleitprogramm im Versorgungsnetz der Stadt Kirchheim unter Teck etabliert sein. Ziel ist es, mittelfristig weitere Kreiskliniken in der Region sowie ambulante Versorgungszentren in das Versorgungssystem zu integrieren.

Bereits 29 Patienten wurden durch das Projekt versorgt. Es gibt derzeit 13 Begleiter, weitere sollen im Herbst qualifiziert werden.

### Umsetzung

Nach einer stationären Behandlung haben vor allem ältere Menschen oft einen erhöhten Versorgungsbedarf, der nicht immer von Familie und Freunden geleistet werden kann. Unterdessen geraten Krankenhäuser unter Kosteneinsparungsdruck, weswegen die stationäre Behandlung häufig nur von kurzer Dauer ist. Nach der Entlassung fällt es einer Vielzahl alleinlebender Patienten schwer, alleine zuhause zurecht zu kommen und sich vollkommen auf ihre Genesung zu konzentrieren. In Folge dessen tritt häufig ein „Drehtüreffekt“ ein, bei dem Patienten eine weitere stationäre Behandlung benötigen. Das Begleitangebot zielt demnach darauf ab, die ganzheitliche Versorgung zu erweitern und den Genesungsprozess zu Hause zu beschleunigen; ein Rückfall soll somit vermieden werden.

Das Projekt sieht vor, die Patienten bereits während des Klinikaufenthalts mit ihren Begleitern vertraut zu machen – im Rahmen eines Erstgesprächs. Im Falle einer Operation findet das Gespräch bevorzugt schon vor der Operation statt; so können sich Patient und Begleiter aufeinander einstellen. Ein Steuerungskreis aus Fachkräften der beteiligten Träger steuert das Projekt „BesTe Genesung zu Hause“, wel-

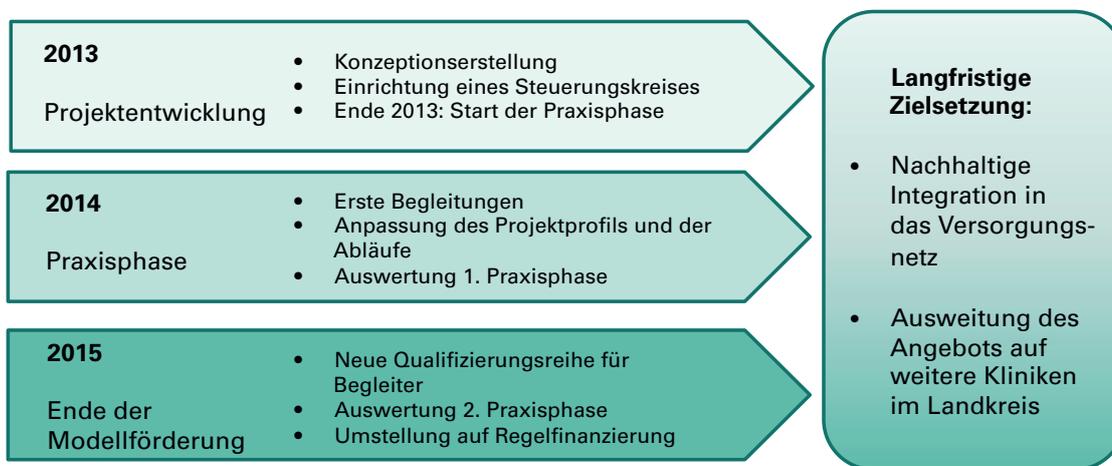
ches seit Ende 2013 Teil des Entlassungsmanagements der Kreiskliniken Esslingen gGmbH und des Klinikum Kirchheim ist. Normalerweise stehen dabei professionelle wie auch organisatorische Fragen im Vordergrund.

Im April 2013 begann die konzeptionelle Phase des Begleitangebots, seit Ende 2013 wird es nun auch umgesetzt. Zu Beginn der Praxisphase nahmen 16 ehrenamtliche Begleiterinnen und Begleiter an einer Fortbildung in fünf Nachmittagseinheiten teil. Ziel dieser Fortbildung war es, die Begleiter nicht nur für die Unterstützung der Patienten im Alltag zu schulen, sondern auch Fachwissen zu vermitteln: etwa Klinikabläufe, das ambulante Versorgungsnetz in Kirchheim unter Teck oder Gesundheits- und Versicherungsfragen.

## Nächste Schritte

Nun, inmitten der Projektphase, gilt es, weitere Begleiter zu finden und zu schulen. Zu diesem Zweck stehen zunächst Öffentlichkeitsarbeit und Vernetzung im Vordergrund. Außerdem soll die Ausweitung des Projektes noch in diesem Jahr beginnen. Hierfür plant Kirchheim unter Teck eine Kooperation mit dem Klinikum Nürtingen ab Herbst 2014. Da im September 2015 die Modellförderung ausläuft, muss das Projekt bis dahin auf Regelfinanzierung umgestellt werden. Dazu wird der Kooperationspartner Altenhilfeverein buefet e. V. Trägerschaft und Verantwortung übernehmen. Das langfristige Ziel des Projektes „BesTe Genesung zu Hause“ ist es, das Begleitangebot dauerhaft und nachhaltig in das Versorgungsnetz der Stadt Kirchheim unter Teck sowie des Landkreises zu integrieren.

**Abbildung 31** – Projektverlauf BesTe Genesung zu Hause (2013–2015)



Quelle: Eigene Darstellung.

## Ansprechpartner

Roland Böhringer

Amtsleitung

Stadt Kirchheim unter Teck

Amt für Familie und Soziales

Telefon: 07021 502 344

E-Mail: r.boehringer@kirchheim-teck.de

# Das Diabetomobil

## ... die fachärztliche Diabetesversorgung zu Hause

*Autor: Michael Müller*

### Management Summary

Ziel des Projektes „Das Diabetomobil ... die fachärztliche Diabetesversorgung zu Hause“ ist es, Patienten mit Diabetes mellitus zu Hause und in Pflegeeinrichtungen fachärztlich zu betreuen. Projektträger ist das Diabetes- und Hormonzentrum „Fünf Höfe“ in München unter der Leitung von Dr. med. Michael Müller. Das Projekt existiert seit Februar 2014 im Raum München. Bisher erfolgten etwa 25 Diabetomobil-Besuche.

Die Leitidee des Projektes ist, die Versorgungslücke zu schließen zwischen der ambulanten und der stationären Behandlung. Durch die zeitgerechte und kontinuierliche fachärztliche Versorgung können kosten-trächtige stationäre Aufenthalte vermieden werden, genauso wie diabetesspezifische Folgeerkrankungen und Komplikationen. Dabei besteht eine enge Kooperation mit betreuenden Hausärzten, die die Patienten an das Diabetes- und Hormonzentrum „Fünf Höfe“ verweisen.

Das Versorgungskonzept bietet umfassendes fachärztlich-diabetologisches Know-how:

- Alle Diagnostik- und Therapiestrukturen einer diabetologischen Schwerpunktpraxis stehen mobil im Auto zur Verfügung.
- Die Betreuung umfasst alle diabetologischen Therapieoptionen inklusive komplexer Insulintherapien und die Versorgung von einem Diabetischen Fußsyndrom zu Hause und in den Heimen.
- Das Personal schult Patienten und Angehörigen zu Hause, gegebenenfalls auch das Pflegepersonal.

Geplant ist eine ambulante fachärztliche konsiliarische Betreuung von Patienten mit Diabetischen-Fuß-Syndrom. Dazu soll eine Kooperation mit dem „Fußnetz Bayern“ entstehen.

### Umsetzung

Das Diabetomobil besteht aus einer Vielzahl von Versorgungsangeboten, durch welche der Patient besser betreut wird.

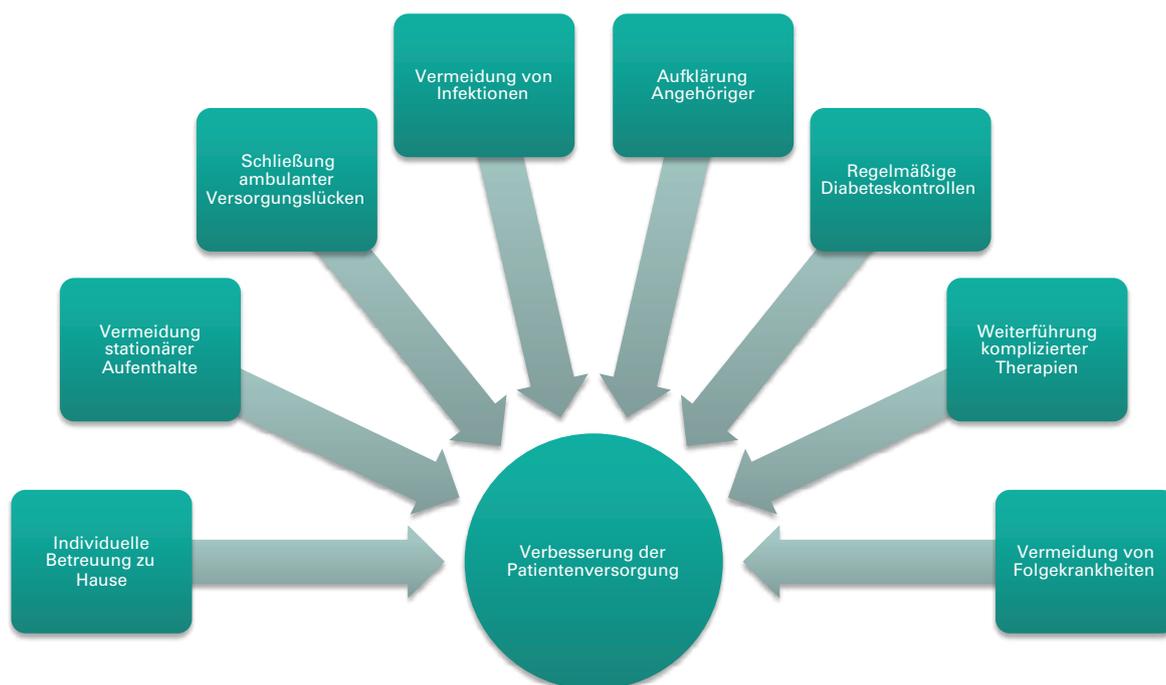
- Durch **Schulungen** werden nicht nur Patienten über Verhaltens- und Ernährungsmaßnahmen informiert; auch Angehörige und Mitarbeiter von Pflegeeinrichtungen können von den Schulungen profitieren.
- Die Praxis stellt ein **Telemedizin-konzept** zur Verfügung: der Patient misst ohne Mehraufwand zu Hause seinen Blutzucker. Die Werte werden automatisch via Smartphone auf den Server der Praxis übertragen, wo der Arzt diese sofort einsieht. Auch therapiebezogene Nachrichten können unmittelbar verschickt und so die Therapie angepasst werden, ohne dass der Patient die Wohnung verlassen muss.

Das „Diabetomobil“ ist mit allem notwendigen medizinischen (Notfall-)Equipment ausgestattet. So kann die **Diagnostik** von diabetesspezifischen Folgeerkrankungen vor Ort erfolgen; notwendige Schritte können sofort eingeleitet werden.

Das Personal hat durch ein iPad direkten Zugriff auf den Praxisserver mit allen Behandlungsdaten und bisherigen Befunden. Diese Art der **Kommunikation** (Bilder oder Video-Telefonate) mit dem Diabetes- und Hormonzentrum macht kurzfristige Entscheidungen über die weitere Therapie vor Ort möglich.

Die umfangreiche Versorgung führt zu einer Rundum-Verbesserung der Versorgung von Patienten mit Diabetes mellitus.

**Abbildung 32** – Vorteile des „Diabetomobils“



Quelle: Eigene Darstellung.

Das Diabetomobil schließt also die Lücke im Übergang zwischen der ambulanten und stationären Behandlung. Kostenträchtige stationäre Aufenthalte werden vermieden, genauso wie Folgeerkrankungen – während die Patienten zu Hause besser versorgt werden.

## Nächste Schritte

Neben einer Etablierung der Versorgungsstruktur in München ist eine Kooperation mit dem „Fußnetz Bayern“ für eine ambulante konsiliarische Betreuung von Patienten mit diabetischem Fußsyndrom geplant. Außerdem besteht das Versorgungsangebot bisher nur für die Stadt München; eine geographische Ausweitung des Versorgungsangebots ist geplant.

## **Ansprechpartner**

Dr. med. Michael Müller

Facharzt für Innere Medizin, Diabetologie und Endokrinologie

Diabetes- und Hormonzentrum Fünf Höfe

Akademische Lehrpraxis der Ludwig-Maximilians-Universität

Theatinerstrasse 14 (in den Fünf Höfen)

80333 München

Telefon: 089 242 176 66

E-Mail: [mm@diabetes-muenchen.de](mailto:mm@diabetes-muenchen.de)

# Das ESYSTA®-S-T-A-R-T-Projekt: Potsdam

## Systematic Trial with Analysis of Results in Telemedicine

*Autor: Janko Schildt*

### Management Summary

Das „AOK S-T-A-R-T-Projekt – Systematic Trial with Analysis of Results in Telemedicine“ ist eine 2013 gestartete Projektkooperation des Start-Up-Unternehmens Emperra GmbH E-Health Technologies und der AOK Nordost, um Patienten mit Diabetes zu betreuen.

Schreibt sich der Patient in den Versorgungsvertrag ein, wird er mit einem weltweit einmaligen und für alle gängigen Insulinampullen verschiedener Hersteller geeigneten Insulin-Pen und einem Blutzuckermessgerät des Produktsystems ESYSTA® ausgestattet. Über eine Basisstation zu Hause werden die Diabetes-Monitoring-Daten automatisch und drahtlos an das ESYSTA® Onlineportal verschlüsselt übermittelt. Patienten und autorisierte Ärzte können diese unverfälschten, lückenlosen Daten (Blutzuckermesswerte, Proteineinheiten, Insulinapplikationen) einsehen. Dadurch kann die Diabetes-Therapie gezielter und direkter als bisher angepasst werden. So könnten direkte und indirekte Betreuungskosten dieser gesundheitsökonomisch und gesellschaftlich dominierenden chronischen Erkrankung gespart werden.

Die Emperra GmbH hat ESYSTA® komplett selbst entwickelt. Die AOK Nordost und die Emperra GmbH haben einen Integrierten Versorgungsvertrag nach §§ 140a ff. SGB V abgeschlossen, um den Erfolg des Produktsystems ESYSTA® zu erproben. Die Technische Universität Dresden und die Fachhochschule Bielefeld sowie auch die AOK Nordost selber evaluieren das S-T-A-R-T-Projekt. Drei Zwischenberichte mit aktuell mehr als 200 Patienten zeigen bereits vielversprechende positive Ergebnisse des Projekts.

### Umsetzung

Mit 6,5 Millionen Patienten in Deutschland hat sich Diabetes mellitus in den letzten Jahrzehnten zu einer Volkskrankheit entwickelt, etwa 30 Prozent der Betroffenen spritzen dauerhaft Insulin. In Kombination mit den durch Diabetes mellitus ausgelösten Komplikationen wird diese Erkrankung somit zu einer der teuersten chronischen Erkrankungen.

Die Emperra GmbH hat das telemedizinische Produktsystem ESYSTA® entwickelt. Blutzuckerwerte, Kohlenhydrateinheiten und Insulinwerte werden automatisch und drahtlos an den Server von ESYSTA® übertragen. Bisher weltweit einmalig ist ein innovativer datentransferierender Insulinpen für alle handelsüblichen Insulinpräparate. Dadurch ist es Patienten und behandelnden Ärzten möglich, digital auf die vollständige Chronik der relevanten Diabetes-Therapie-Daten zu zugreifen.

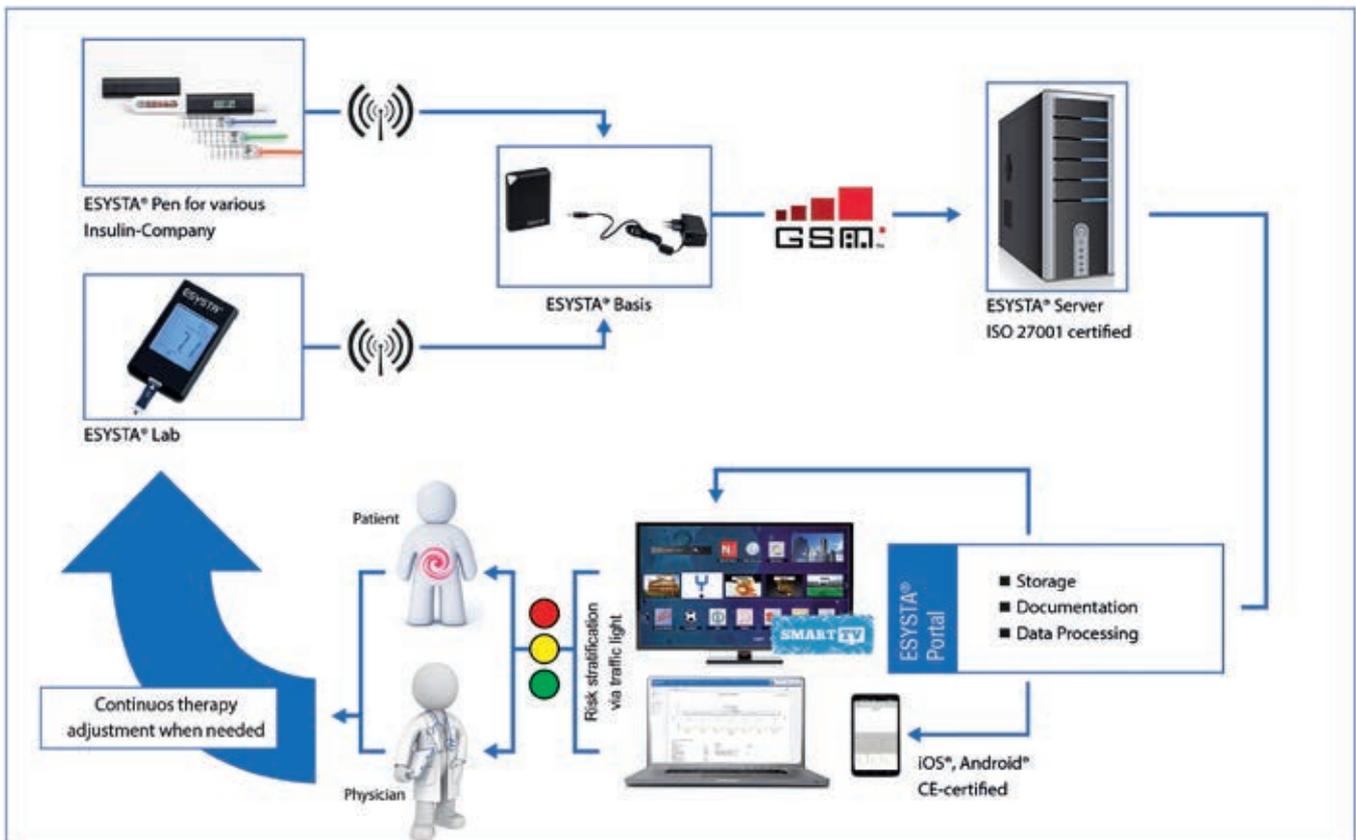
Für eine Behandlungsdauer von einem Jahr untersuchen die Vertragspartner, wie sich die telemedizinische Betreuung mit ESYSTA® auf den Gesundheitszustand der Patienten auswirkt. Der Vertrag kann derzeit von maximal 280 Versicherten der AOK Nordost mit Diabetes mellitus Typ 1 und 2 genutzt werden,

die in das Disease Management Programm (DMP) eingeschrieben sind. Das AOK S-T-A-R-T-Projekt wird extern von der TU Dresden und der FH Bielefeld evaluiert.

Das telemedizinische Produktsystem ESYSTA® besteht aus drei Hardware-Komponenten:

- ESYSTA® Lab (Blutzuckermessgerät)
- ESYSTA® Pen (Insulin-Pen)
- ESYSTA® Basis (Übertragungsstation)

**Abbildung 33** – Das integrierte diabetologische Telemonitoringsystem ESYSTA®



Quelle: Emperra GmbH E-Health Technologies.

Die ESYSTA® Basis wird beim Patienten zu Hause aufgestellt und an eine Steckdose angeschlossen. Das Blutzuckermessgerät ESYSTA® Lab arbeitet mit handelsüblichen Blutzuckerstreifen; es lassen sich manuell Brot- bzw. Kohlenhydrateinheiten einstellen und speichern. Der Insulin-Pen ESYSTA® Pen ist mit Insulinpräparaten aller Hersteller kompatibel. Die beiden Geräte können jeweils bis zu tausend Datensätze speichern. Wenn sich die ESYSTA® Behandlungsgeräte (Insulinpens bzw. Blutzuckermessgerät) im Bereich der ESYSTA® Basis befinden, werden die Werte über das Mobilfunknetz mindestens einmal täglich an den ESYSTA® Server versendet. Die Daten liegen somit automatisch, lückenlos und unverfälscht vor. Auch bei längerer Abwesenheit des Patienten, zum Beispiel im Urlaub, sind die Geräte in der Lage, alle zwischenzeitlich gesammelten Werte zu speichern und gebündelt zu versenden. Mit der ESYSTA®-Server-Technologie werden alle Daten dokumentiert und aufbereitet. Patienten und autorisierte Ärzte können auf diese Daten zugreifen: Über ein Internetportal und eine kostenlose Smartphone-App und

mittlerweile auch auf ausgewählten Fernsehgeräten als Smart-TV-App. Dafür werden die Daten grafisch aufbereitet, beispielsweise in Form einer Ampelbewertung der Stoffwechsellage. Finanziert wird das Projekt anteilig von der Emperra GmbH und der AOK Nordost.

Das S-T-A-R-T-Projekt wurde extern evaluiert vom Institut für Medizinische Informatik und Biometrie der Technischen Universität Dresden und dem Fachbereich Gesundheitsökonomie der FH Bielefeld. In drei Zwischenberichten werteten sie die Daten von mittlerweile über 200 Patienten aus, die das ESYSTA® System zum Teil schon bis zu zwölf Monaten und länger verwendet haben. Unter anderem konnten folgende Ergebnisse erzielt werden:

- Dauerhafte Reduktion des HbA1c-Wertes (im Mittel z. T. mit über einem Prozent) ohne Erhöhung des Risikos für Unterzuckerungen
- Geringerer Insulinverbrauch
- Verbesserung der Lebensqualität
- Große Akzeptanz und Zufriedenheit auch bei älteren Patienten

## Nächste Schritte

2015 werden die letzten Patienten den einjährigen Beobachtungszeitraum durchlaufen haben. Bis dahin sollen die Verbesserungsvorschläge von Ärzten und Patienten umgesetzt werden. Zudem wird aktuell beraten, wie zukünftig weitere Patienten an dem Projekt teilnehmen: Patienten aus ländlichen Regionen, Pflegeheimen und Kinder mit Diabetes mellitus. Ob das Programm diesbezüglich weiter ausgeweitet werden soll, hängt auch von der gesundheitsökonomischen Bewertung ab, die aber bisher von allen Partnern optimistisch gesehen wird. Diese wird nach Ende des einjährigen Beobachtungszeitraums valide u. a. anhand von DMP-Vergleichsdaten bzw. Vergleichskohorten der AOK Nordost – abgeschlossen sein.

Mittlerweile konnte in Kooperation mit einer deutschen Versandapotheke und dem Vorliegen aller relevanten Hilfsmittelpositionsnummern für die ESYSTA®-Hardware-Komponenten und ESYSTA®-Verbrauchsmaterialien eine für die Patienten nahezu kostenfreie Lösung mittels Hilfsmittelrezept-Verordnung etabliert werden.

## Ansprechpartner

Dr. med. Janko Schildt (CTO / CSO)

Geschäftsführer

Emperra GmbH E-Health Technologies

Friedrich-Ebert-Straße 33

14469 Potsdam

Telefon: 0331 979 348 023

E-Mail: [j.schildt@emperra.com](mailto:j.schildt@emperra.com)

[www.emperra.com](http://www.emperra.com)

# Diabetes-Konsiliar Online

*Autor: Eckhard Salzsieder*

## Management Summary

Das Projekt „Diabetes-Konsiliar Online“ unterstützt Ärzte dabei, Patienten mit einer risikoreichen Stoffwechselführung patientenorientiert zu behandeln. Die telemedizinisch unterstützten Gesundheitsberatungsdienstleistungen sollen eine transparente, qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Diabetesversorgung gewährleisten.

Ein einjähriges Pilotprojekt testete die Praxistauglichkeit des Kernbausteins: das KADIS®-Programm. Dieses Programm wurde nach der Pilotphase von der BKK Taunus bundesweit gestartet und lief sehr erfolgreich über drei Jahre (Integrierter Versorgungsvertrag gemäß §§ 140 ff. SGB V). Zum Ende des Programms hatten sich 853 Patienten in das Programm eingeschrieben.

In das Projekt „Diabetes-Konsiliar Online“ sind folgende Akteure eingebunden: das Institut für Diabetes „Gerhardt Katsch“ e. V. (IDK), das Diabetes Service Center Karlsburg GmbH (DCC), die Diabetes orientiertes Zentrum Karlsburg GmbH (DioZ) und die KADIS Projektmanagement und Beratungsagentur GmbH (KADIS-PMBA).

## Umsetzung

Das Projekt „Diabetes-Konsiliar Online“ soll bestehende Disease Management Programme (DMP) ergänzen. Diabetiker mit risikoreicher Stoffwechselführung werden zunächst von ihrer Krankenkasse über das Programm informiert – und darüber, dass die Kassen das Programm finanzieren.

Vor einem geplanten Arztbesuch führt der Patient ein strukturiertes pre-visit Home Monitoring durch (vgl. Abbildung 34). Dazu misst er an drei Tagen die Glukosewerte und führt Buch über Medikation, Mahlzeiten und sportliche Aktivitäten. Ebenso dokumentiert der Patient Basisdaten, etwa Körpergewicht und Körpergröße, Alter und Diabetestyp. Ein geschultes Team von zertifizierten Krankenschwestern begleitet und unterstützt ihn dabei. Zudem bietet das DDC während der Monitoringphase eine 24-Stunden-Telefon-Hotline an.

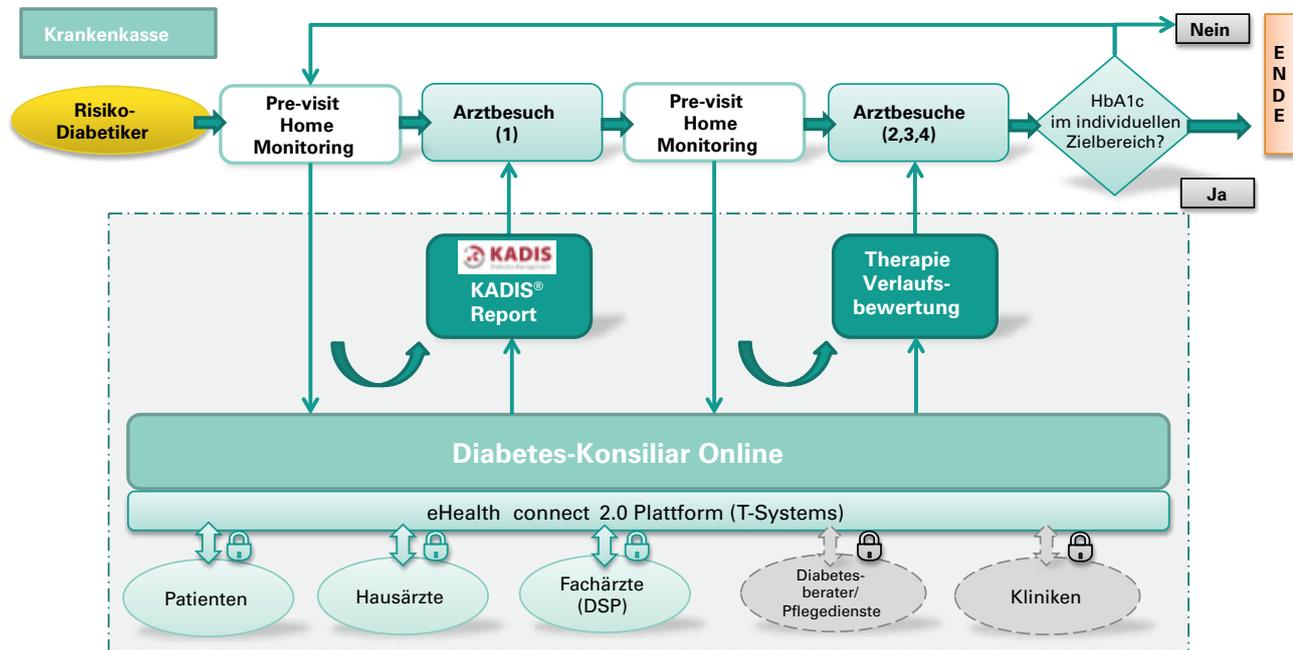
Die erhobenen Daten werden an das Diabetes Service Center Karlsburg übertragen und anschließend mit dem KADIS®-Programm ausgewertet. Dieses Programm berechnet individuell für jeden Patienten ein Glukosetagesprofil. Im Vergleich zum sonst erforderlichen kontinuierlichen Glukosemonitoring (CGM) sind die Kosten deutlich niedriger: 15 Euro statt 140 Euro.

Das DCC wertet diese Profile aus und empfiehlt dem Arzt verschiedene personalisierte Therapieoptionen. Der KADIS®-Report enthält auf einer einzigen DIN-A4-Seite alle relevanten Informationen; er wird dem behandelnden Arzt zugeleitet, bevor der Patient zur Visite erscheint. Der behandelnde Arzt wird so bei Entscheidungen hinsichtlich der Therapie unterstützt.

Nach jeweils drei Monaten erfolgt ein erneutes pre-visit Home Monitoring, um den Erfolg des Programms zu kontrollieren. Zudem erhält der behandelnde Arzt wieder einen Bericht. Ist das Therapieziel nach der dritten Erfolgskontrolle erreicht, scheidet der Patient aus dem Programm aus. Ist dies nicht der Fall,

entscheiden Arzt, Disease Management Gesellschaft und Krankenkasse, ob es sich lohnt, den Patienten das Programm erneut durchlaufen zu lassen.

**Abbildung 34** – Behandlungspfad des Projektes Diabetes-Konsiliar Online



Quelle: Eigene Darstellung.

Durch das Programm wird die Stoffwechselführung von Diabetespatienten optimiert, diabetesbedingte Spätkomplikationen oder unnötige Krankenhausaufenthalte werden vermieden, die Lebensqualität steigt. Ferner sinken die Versorgungskosten. Die einheitliche Informations- und Kommunikationsplattform des Konzeptes ermöglicht es, dass alle Beteiligten einfacher Informationen austauschen können.

## Nächste Schritte

Zunächst wird das innovative Versorgungsmodell außerhalb der Regelversorgung im ambulanten Sektor angeboten – im Rahmen kassenfinanzierter Pilotprojekte. Verlaufen diese erfolgreich, sollen auch zukünftig die stationären und pflegerischen Sektoren einbezogen werden. Bei einer erfolgreichen Evaluation des Programms soll es mittel- bis längerfristig eine entsprechende Abrechnungsziffer innerhalb der Regelversorgung erhalten.

## Ansprechpartner

Dr. Eckhard Salzsieder  
 Institutsdirektor IDK  
 Institut für Diabetes „Gerhardt Katsch“ Karlsburg e. V.  
 Greifswalder-Straße 11e  
 17495 Karlsburg  
 Telefon: 038355 684 00  
 E-Mail: salzsied@diabetes-karlsburg.de

# Diabetesschulung ist Schulung für das Leben

## Flächendeckende Schulung und ergänzende, innovative Versorgungsangebote für diabeteserkrankte Kinder durch die Mobile Diabetesschulung Schleswig-Holstein (MDSH) und den Förderverein der MDSH

*Autor: Simone von Sengbusch*

### Management Summary

Für komplexe Erkrankungen wie der Typ-1-Diabetes, welcher eine fachlich versierte diabetologisch-pädiatrische Behandlung erfordert, bietet ein mobiles Versorgungskonzept für unterversorgte Regionen eine Lösung. Diese geht weit über ein Schulungsangebot für Kinder hinaus. In Kombination mit der Ausbildung von Fachkräften kann so eine Arbeit auf lange Sicht die Versorgungs- und Behandlungsqualität positiv beeinflussen. In diesem Falle leistet ein Förderverein zudem einen erheblichen Anteil zur Verbesserung der Lebenssituation und Inklusion der Kinder, die sonst von keiner Stelle übernommen und finanziert werden.

### Umsetzung

Schleswig-Holstein ist ein relativ dünn besiedelter Flächenstaat. Kinder mit einer chronischen Erkrankung wie Typ-1-Diabetes konnten noch vor 15 Jahren zumeist nicht wohnortnah durch ein spezialisiertes Team versorgt werden. Dies war und ist aber für ihre gesundheitliche Prognose von entscheidender Bedeutung. Spezialisierte Kinderdiabetesambulanzen an Kinderkliniken sind nur dann rentabel, wenn die Kosten für das notwendige spezialisierte Personal refinanziert werden können und eine ausreichende Anzahl von Patienten betreut werden. Der Zugang zu einer Spezialambulanz hängt letztlich dann auch noch von der Mobilität der Eltern ab. 1999 gab es nur ein spezialisiertes Kinderdiabeteszentrum im Bundesland (Lübeck), welches für die meisten Familien nicht erreichbar war. Entsprechend unterschiedlich waren auch der Behandlungsstandard und die Erfahrung in moderner Kinderdiabetologie in den Kliniken.

Um diese Versorgungssituation zu verbessern, initiierten 1999 das Sozialministerium Kiel und die leitenden Kinderärzte das Modell-Versorgungsprojekt „Mobile Diabetesschulung Schleswig-Holstein“.

Die „Mobile Diabetesschulung Schleswig-Holstein“ (MDSH) ist ein mobiles Team, bestehend aus einer Diabetesberaterin und einer Kinderdiabetologin, die beide dem Kinderdiabetesteam des UKSH Lübeck angehören. Je nach Bedarf bietet das Team zusammen oder die Kinderdiabetologin allein 24 Mal pro Jahr fünf-tägige Diabetesgruppenschulungen in Kooperationskinderkliniken des Landes an. Die Kinder werden ihrem Alter entsprechend in einer Gruppe mit modernen Medien in Theorie und Praxis der Insulintherapie geschult. Zudem wird durch erlebnispädagogische Anteile und psychologische Unterstützung die Moti-

vation gestärkt. Die Eltern werden gleichzeitig zu sozialrechtlichen Themen und im Insulinmanagement bei akuten Erkrankungen nachgeschult. Das Personal der Kinderabteilungen wird zu praktischen Fragestellungen der modernen Kinderdiabetologie vor Ort bei den Schulungen weitergebildet.

Über die letzten 15 Jahre wurden so circa 360 Gruppenschulungen mit 2200 Schulungsplätzen angeboten. Über die Jahre qualifizierten sich an fast jeder Kinderklinik Kinderärzte wie Pflegepersonal, so dass es fast flächendeckend an den Schleswig-Holsteiner Kinderkliniken Spezialambulanzen für Kinder mit Typ-1-Diabetes gibt.

Die Evaluation dieser mobilen Schulungs- und Ausbildungsform in einem Flächenstaat konnte zeigen, dass die betroffenen Kinder besser mit der Krankheit im Alltag umgehen können und sich die Stoffwechsellkontrolle derjenigen signifikant und dauerhaft verbesserte, die vor der Schulung schlecht eingestellt waren. Zusätzlich wurde ein Rückgang stationärer Behandlungen beobachtet, was mit der Schulung der Eltern und Klinikärzte zur Anpassung der komplexen Insulintherapie bei fieberhaften Infektionen zu erklären war. Seit dem Jahr 1999 existiert die MDSH als Modellprojekt und ist inzwischen in die Regelversorgung übergegangen.

Seit 2000 existiert der MDSH-Förderverein und unterstützt die Arbeit der MDSH. Im Fördervereinsvorstand arbeiten Kinderdiabetologen und Diabetesberater der MDSH-Schulungskliniken sowie Eltern betroffener Kinder. Anfangs ermöglichte der Förderverein in erster Linie die Finanzierung des gesamten Schulungsmaterials; mittlerweile hat sich das Angebot des Vereins aber deutlich ausgeweitet. Zum Beispiel bietet der Verein zweimal jährlich erlebnispädagogisch ausgerichtete Sommerferiencamps an. Diese Camps sind wahre „Rüstzeiten“ und unterstützen die Kinder auf vielfältige Weise bei ihrer Erkrankungsbewältigung. Außerdem finanziert und organisiert der Förderverein mehrstündige Schulungen für das Personal in Kindergärten, Schulen und Kitas direkt vor Ort, durchgeführt von Diabetesberaterinnen aus der Region. Diese Schulungen erreichen durch das Angebot vor Ort eine große Anzahl von Mitarbeitern, nehmen ihnen durch Information die Angst vor der Insulintherapie und erhöhen die Bereitschaft von Lehrkräften und Kindergartenpersonal, dem Kind bei seiner Therapieführung zu helfen.

## Next Steps

In der Kinderdiabetologie wird eine Zentrumsversorgung angestrebt. Diese setzt sich auch mehr und mehr durch. Eine Übertragung des MDSH-Konzepts auf andere Bundesländer hat sich daher nie ergeben, da hier ein dezentrales Versorgungskonzept unterstützt wird.

In ländlichen Regionen mit ärztlicher Unterversorgung und außerdem immer weniger öffentlichen Nahverkehrsverbindungen wird es aber vor allem für ältere Menschen und Familien ohne eigenen PKW immer schwerer, überhaupt einen Haus- oder Facharzt aufzusuchen. Mobile Versorgungskonzepte für bestimmte Regionen oder für bestimmte Erkrankungsbilder sind eine durchaus bedenkenswerte medizinische Versorgungsoption.

## Ansprechpartner

Dr. Simone von Sengbusch

Universitätsklinikum Schleswig Holstein, Campus Lübeck

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin

Mobile Diabetes Schulung Schleswig Holstein (MDSH)

Ratzeburger Allee 160

23538 Lübeck

Telefon: 0451 500 2597

E-Mail: [simone.vonsengbusch@uksh.de](mailto:simone.vonsengbusch@uksh.de)

[www.uksh.de/kinderhormonzentrum-luebeck/Diabetes/Mobile+Diabetesschulung.html](http://www.uksh.de/kinderhormonzentrum-luebeck/Diabetes/Mobile+Diabetesschulung.html)

[www.fmdsh.de](http://www.fmdsh.de)

# Digitale Arztvisite

## Elektronische Unterstützung im Praxisalltag

*Autor: Jens Gabriel*

### Management Summary

Seit 2007 setzt das Ärztenetzwerk MuM – Medizin und Mehr eG in enger Zusammenarbeit mit dem Systemhersteller LaWell auf den Einsatz von digitalen Medien zur Unterstützung der Arzt-Patienten-Kommunikation.

Die neueste Entwicklung ist eine elektronische Arztvisite, welche aktuell in der Versorgungsregion Bünde, Rödinghausen und Kirchlengern im Rahmen einer Pilotinstallation zum Einsatz kommt. Hierbei handelt es sich nicht um ein arztersetzendes, sondern um ein arztunterstützendes System, welches vor dem Hintergrund eines ansteigenden Ärzte- und Pflegekräftemangels gerade in ländlichen Regionen einen entscheidenden Mehrwert in der Patientenversorgung bietet.

Ziel ist es, Ärzten und Pflegekräften im Praxisalltag mittels eines Video-Conferencing-Systems den Gesundheitszustand des jeweiligen Patienten schnell und präzise einzuschätzen. Nicht zuletzt können so organisatorische Behandlungsprozesse patientenorientiert, ressourceneffizient und distanzunabhängig gestaltet werden.

### Umsetzung

Das Ärztenetz MuM eG möchte der Problematik des demographischen Wandels aktiv entgegenwirken. Dafür hat MuM in Kooperation mit dem Systemhersteller LaWell GmbH eine Software entwickelt, um eine so genannte elektronische Arztvisite durchzuführen. Diese ist sektorenübergreifend, so dass ein reibungsloser Kommunikationsaustausch zwischen allen an der Versorgung beteiligten Partnern gewährleistet wird. Maßgeblich hierfür ist die vorliegende Einverständniserklärung des Patienten.

Um die elektronische Arztvisite nutzen zu können, benötigen die Leistungserbringer lediglich einen handelsüblichen Laptop, eine Webcam zur Videoübertragung, ein Mikrofon und eine entsprechende Internetverbindung. Die Internetverbindung wird aus Gründen der Absicherung über einen eigens dafür vorgesehenen VPN-Tunnel hergestellt.

Verschlechtert sich der Gesundheitszustand eines Heimbewohners, meldet sich die Pflegekraft über die Software auf ihrem Laptop an. Die Pflegekraft kann bei dem zuständigen Bereitschaftsdienst eine digitale Visite anfordern. Der Arzt wird über die Anfrage per SMS oder E-Mail informiert. Der diensthabende Arzt meldet sich ebenfalls über das Softwareprogramm an. Über die abgesicherte Internetverbindung befinden sich beide Leistungserbringer nun in einem virtuellen Visiteraum. Innerhalb dieses Raumes findet dann unter Einbezug des Patienten eine entsprechende Behandlungskonferenz mittels der angeschlossenen Webcams statt.

Über die bestehende Verbindung können zugleich auch Texte und Dokumente übertragen werden. Der Arzt kann sich direkt über den Gesundheitszustand des Patienten informieren. Er entscheidet im Anschluss je nach Situation über die medizinische Notwendigkeit eines sofortigen, persönlichen Arztbesuches, die weitere Versorgung durch das Pflegepersonal oder eine direkte Einweisung ins Krankenhaus. Darüber hinaus können bei Bedarf weitere Fachärzte in den privaten Visiteraum hinzugezogen werden.

Das System bietet zusätzlich ein sogenanntes elektronisches Sprechzimmer (Webseminar-System). Hier wird der Arzt nicht über SMS oder E-Mail informiert, sondern er steht zu festen Zeiten mit einem anderen Leistungserbringer in Kontakt. Zudem lassen sich hierüber auch interne Fortbildungsveranstaltungen organisieren.

Durch die elektronische Arztvisite können Patienten interdisziplinär und sektorenübergreifend versorgt werden. Folgende Vorteile lassen sich für Patienten, Leistungserbringer und für das Versorgungssystem generieren:

1. Rasche ärztliche Stellungnahme in kritischen Situationen
2. Reduktion anstrengender und belastender Transportwege
3. Verhinderung unnötiger Krankenhauseinweisungen – gerade zu „Unzeiten“
4. Erhöhung der Diagnose- und Behandlungsqualität sowie der Patientensicherheit
5. Interdisziplinäre Leistungserbringung: Zuschaltung mehrerer Fachärzte zur gemeinsamen Entscheidungsfindung
6. Erhöhung der Rechtssicherheit für Arzt und Pflegepersonal
7. Unterstützt langfristig die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung (auch in peripher ländlichen Strukturen)

Festzuhalten ist, dass die erbrachten ärztlichen Leistungen keine Ferndiagnose im Sinne der Musterberufsordnung-Ärzte darstellen. Das bedeutet, dass Arzt und Patient bereits vor der ersten digitalen Visite einen persönlichen Kontakt hatten.

Die Kosten für den Aufbau des Systems wurden in der Pilotphase bislang vollständig aus Eigenmitteln finanziert.

## Nächste Schritte

Es wird angestrebt, das System der elektronischen Arztvisite mit dem Datenübertragungsprogramm KV-SafeNet® der Kassenärztlichen Vereinigung zu kombinieren. Die hieraus entstehenden Vorteile bieten einen komparativen Mehrwert zur Anwendung beider Systeme im Arbeitsalltag.

Für die Weiterentwicklung und den flächendeckenden Ausbau des Systems ist die Aufnahme von Fördermitteln geplant.

Des Weiteren sollen auch Vitalparameter (zum Beispiel EKG-Aufnahmen, Blutdruck- und Temperaturmessungen) des Patienten durch die digitale Arztvisite mit übertragen werden können. Dadurch kann die Einschätzung des Gesundheitszustandes des Patienten nochmals qualitativ verbessert werden.

## **Ansprechpartner**

Jens Gabriel, MBA

(Gesundheitsökonom ebs)

Geschäftsführer

MuM – Medizin und Mehr eG

Viktoriastraße 19

32257 Bünde

Telefon: 05223 985 620

E-Mail: [gabriel@mum-buende.de](mailto:gabriel@mum-buende.de)

[www.mum-buende.de](http://www.mum-buende.de)

# Ein Dorf hilft sich selbst

## SoNO – Quartiershaus in geteilter Verantwortung

*Autor: Wilhelm v. Ascheraden*

### Management Summary

Ziel des Projekts ist, altersbedingt hilfsbedürftigen Bewohnern des Dorfes Ortenberg zu ermöglichen, in ihrer gewohnten Umgebung zu bleiben.

Dazu möchte das Soziale Netzwerk Ortenberg e. V. (SoNO) die seit 2010 bestehenden ambulanten Dienste (Alltagsbegleitung) um ein Quartiershaus ergänzen, das zentral liegen und somit einfach und schnell erreichbar sein soll. Im Quartiershaus soll eine Cafeteria untergebracht werden, inklusive offenem Mittagstisch, eine Tagesbetreuung sowie zwei ambulant betreute Wohngruppen. Partner sind Politik und Kirche in der Gemeinde sowie soziale Einrichtungen der Region.

Viele Angehörige alter und hilfsbedürftiger Menschen sind einerseits mit der Pflege überfordert, andererseits geben sie ungern die komplette Verantwortung ab. Daher setzt SoNO auf geteilte Verantwortung. Die Mitglieder der Wohngruppen bzw. deren Angehörige und Betreuer bestimmen mit: Sie wählen beispielsweise den Pflegedienst aus, planen den zeitlichen Umfang der Nachtbereitschaft oder organisieren Feste und Veranstaltungen. Außerdem vertreten sie ihre Interessen in einem Kuratorium.

Im Mai 2014 startete mit 20 Teilnehmern ein anderthalbjähriger Ausbildungskurs für Alltagsbegleiter.

### Umsetzung

Das geplante Quartiershaus in Ortenberg ermöglicht SoNO die Realisierung der fehlenden Glieder in der Versorgungskette.

In der **Cafeteria** sollen sich Haus- und Dorfbewohner begegnen. Sie ist behindertengerecht erreichbar, bietet eine entspannte Atmosphäre und liefert einen ersten Eindruck vom Haus. Der **offene Mittagstisch** für Bewohner wie Gäste soll verbinden und möglicherweise den Entschluss erleichtern, später in eine betreute Wohngruppe zu ziehen.

Die **Tagesbetreuung** unterstützt körperlich, psychisch oder geistig beeinträchtigte Menschen, für die eine häusliche Pflege zu wenig und eine Unterbringung im Pflegeheim zu viel wäre. Alltagsbegleiter strukturieren den Tagesablauf, fahren bzw. begleiten die Senioren zu Terminen und kümmern sich um Menschen mit Demenz. Dadurch werden die Angehörigen entlastet.

In zwei selbstständigen, **ambulant betreuten Wohngruppen** leben jeweils acht Senioren in familiärer Atmosphäre. Sie können die Räume dabei selbst einrichten. Um den Tagesablauf so gewohnt wie möglich zu gestalten, bereiten beispielsweise die Bewohner – entsprechend ihrer Möglichkeiten – das Essen selbst zu oder beteiligen sich am Einkauf. Im Gemeinschaftsraum können die Bewohner etwa Gymnastikübungen machen, singen, Karten spielen und vieles mehr.

**Abbildung 35** – Leistungsstruktur Ortenberger Quartiershaus

| Bezeichnung              | Bestimmt durch   | Zusammensetzung  | Aufgaben  | Personenzahl |
|--------------------------|--|--|---|--------------|
| SoNO                     | Mitgliederversammlung  | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Mitglieder</li> <li>– Bürgermeister</li> <li>– 1 Vertreter je Pfarrgemeinde</li> </ul>                      | Gesamtverantwortung für Vereinsarbeit   | mind. 10     |
| Auftraggebergemeinschaft | Zugehörigkeit durch Unterschreiben des Betreuungsvertrages   | Alle Wohngruppenmitglieder oder verantwortliche Angehörige/Vertreter   | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Entsendung 3 Vertreter in Kuratorium</li> <li>– Auswahl von Pflegedienst</li> <li>– Bestimmung Personenschlüssel</li> <li>– Bestimmung von Zeitumfang der Nachtbereitschaft</li> </ul> |              |
| Verwaltungsrat           | Vom Vorstand bestimmt  | <ul style="list-style-type: none"> <li>– 3 Vorstandsmitglieder</li> <li>– 3 weitere wählbar</li> <li>– 1 Hausleitung (bestimmt durch VWR)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Personalentscheidungen</li> <li>– Anschaffungen bis zum Vorstandlimit</li> <li>– Betriebswirtschaftliche Entscheidungen/Kontrolle</li> </ul>   | bis zu 7     |
| Kuratorium               | <ul style="list-style-type: none"> <li>– SoNO-Vorstand</li> <li>– Auftraggebergemeinschaft</li> <li>– Gemeinde</li> <li>– Vinzentiushaus GmbH</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>– 3 Verwaltungsrat</li> <li>– 3 Auftraggeber</li> <li>– 1 Gemeinderat</li> <li>– 1 Vinzentiushaus</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Öffentlichkeitsarbeit</li> <li>– Qualitätskontrolle</li> <li>– Beschwerdemanagement</li> <li>– Fortschreibung von Betreuungskonzept</li> </ul>   | 8            |

Quelle: Eigene Darstellung.

Für Menschen, die durch diese ambulante Wohngruppe nicht ausreichend versorgt werden können, stellt die **Pflegeabteilung** das letzte Glied der Versorgungskette dar. Sie wird von einer professionellen Pflegeeinrichtung geführt, allerdings können auch hier SoNO-Alltagsbegleiter mitwirken. Dadurch wird sichergestellt, dass sich niemand abgeschoben fühlt. Wann jemand auf die Pflegestation verlegt wird, wird einvernehmlich mit den Betroffenen bzw. den Angehörigen entschieden.

## Nächste Schritte

Zunächst wurde im Mai 2014 begonnen, alle rechtlichen Voraussetzungen zu prüfen. 2015 soll eine Baugenehmigung vorliegen, so dass der Bau planmäßig im April 2015 begonnen werden kann. Ende 2016 bzw. im Frühjahr 2017 soll das Quartiershaus eröffnet werden.

## Ansprechpartner

Wilhelm v. Ascheraden

Vorsitzender

Soziales Netzwerk Ortenberg e. V.

Im Weizenfeld 1

77799 Ortenberg

Telefon: 0781 967 1801

E-Mail: wilhelm.v.ascheraden@gmail.com

# eMediPlan: Erlangen, Fürth

## Ein digitales Infrastrukturprojekt zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit

*Autor: Michael Langer*

### Management Summary

eMediPlan ist der dritte Teil eines Projekts, welches die Patientensicherheit bei der Arzneimitteltherapie verbessern soll. Das Projekt ist Teil der „digitalen Modellregion Franken“ und wurde realisiert durch die Partner ASTRUM IT, die Ärztegenossenschaft Mittelfranken, das Klinikum Fürth, den Lehrstuhl für klinische Pharmakologie der Friedrich-Alexander Universität Erlangen-Nürnberg (FAU) und HellmannConsult.

Für die Schnittstelle zwischen der ambulanten und stationären Versorgung hat das Projekt eine Softwareplattform entwickelt, um einen standardisierten Austausch von Medikationsplänen zu realisieren. Die Software soll stufenweise in die klinische Routineversorgung überführt werden. Hintergrund ist, dass es in der deutschen Versorgungslandschaft nur unzureichende Prozesse gibt, um Patientendaten zur Medikation und die therapie relevanten Diagnosen zu übertragen. Durch die sektorenübergreifende Kommunikation der Software können unerwünschte Arzneimittelereignisse und Medikationsfehler verhindert werden, was ein Leiden der Patienten und hohe gesellschaftliche Kosten vermeiden kann.

### Umsetzung

Unerwünschte Arzneimittelereignisse sind weltweit die häufigste Ursache für Mortalität und Morbidität. Besonders gefährdet sind multimorbide Patienten, die mehrere Medikamente einnehmen müssen. Fehlerhafte Arzneimittelaufnahmen, Doppelverordnungen und Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten (Kontraindikationen) sind möglich. Diese Gefahren können jedoch durch ein standardisiertes Übertragen der Medikationspläne zwischen den ambulanten und stationären Sektoren verhindert werden – ein Beitrag zur Arzneimittelsicherheit (AMTS).

Eine interdisziplinäre Forschergruppe beschäftigt sich mit dem Thema der AMTS auf Basis des „Aktionsplans 2010–2012 zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) in Deutschland“, initiiert vom Bundesgesundheitsministerium. Das Projekt ist Teil der „digitalen Modellregion Franken“ und wurde bisher in drei Teilen umgesetzt. Das Versorgungsforschungsprojekt wird durch das Bayerische Wirtschaftsministerium gefördert und von der Gesundheitswirtschaft Bayern als Projektträger begleitet.

#### 1. Teilprojekt

- „Ist-Analyse“ der Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)
- Schaffung einer IT-Infrastruktur im Krankenhaus

Im Rahmen des ersten Teilprojekts wurde eine Infrastruktur geschaffen, um die AMTS zu erfassen. Auf Grundlage dessen wurde die AMTS analysiert; standardisierte Kriterien wurden abgeleitet, um zukünftig

Medikationsfehler aufzudecken und unerwünschte Arzneimittelergbnisse zu verhindern. Ziel war es, den Medikationsprozess im Krankenhaus zu verbessern und die Sicherheit für die Patienten zu erhöhen. Abgeleitet von den Ergebnissen wurden papier- und IT-basierte Maßnahmen entwickelt, um die AMTS im Klinikalltag zu verbessern.

### 2. Teilprojekt

- Studie zu digitalem Medikationsplantransfer zwischen einer ambulanten und stationären Gesundheitseinrichtung

Elektronische Datensätze zum Medikationsplan sind grundlegend, um Therapiesicherheitssysteme systematisch anzuwenden. Damit sich dieses System umsetzen lässt, hat das Wirtschaftsministerium Bayern ein Pilotprojekt gefördert. Das Projekt erprobte den digitalen Austausch von Medikationsdaten zwischen ambulanten Praxen und einer Klinik.

### 3. Teilprojekt

- „eMediPlan“: sektorenübergreifender Austausch von Medikationsdaten



Bewerbung für den  
Gesundheitspreis 2014

Hintergrund des dritten Teilprojekts war, dass Patienten sich oft kurze Zeit nach der Entlassung aus der Klinik beim Arzt vorstellen. Zu diesem Zeitpunkt liegen häufig noch keine Informationen über den Medikationsplan und die Diagnose vor. Die Behandlung beim niedergelassenen Arzt wird somit erschwert. ASTRUM IT hat eine Softwareplattform entwickelt, mit der standardisierte Medikationspläne und diagnoserelevante Indikationen sektorenübergreifend ausgetauscht werden können – und die unabhängig von Softwareanbietern ist. Sie vernetzt zahlreiche Gesundheitsdienstleister: Arztpraxen und verschiedene Stationen des Klinikums Fürth sowie zukünftig Apotheken und Pflegeheime. Es wurde ein ausgereiftes Datensicherheits- und Datenschutzkonzept verwendet, um die Softwareplattform zu entwickeln. eMediPlan birgt folgendes Potenzial bei der Patientenbehandlung:

1. Die Krankheitsgeschichte des Patienten bei einer Krankenhauseinweisung kann sofort überblickt werden, genauso wie die verordneten Medikamente.
2. Der weiterbehandelnde niedergelassene Arzt wird frühzeitig und vollständig über die Krankenhausbehandlung informiert.
3. Das Programm ist patientenorientiert: Nach jedem Datenaustausch erhält der Patient automatisch Informationen in einer für den Laien verständlichen Form. Davon verspricht man sich eine erhöhte Compliance des Patienten.

Die Forschungsgruppe hat Strategien entwickelt und teilweise evaluiert, um frühzeitig Ereignisse zu erkennen und zu vermeiden. Dabei fand man heraus, dass eine digitale Kommunikation der Patientendaten die Zeit für die Diagnose und Arzneimittelanamnese erheblich reduziert. Bei 40.000 Notfallaufnahmen entspricht das 1,5 Arztstellen im Jahr.

## Nächste Schritte

Zurzeit wird eine Analyse durchgeführt, um die Interessen potenzieller Nutzer kennenzulernen: Von Apothekern, Pflegeheimen und weiteren ambulanten Gesundheitsdienstleistern. Auf Basis dessen kann die Softwareplattform zukünftig weiter ausgedehnt werden; auch auf nationaler Ebene. Wirtschaftliche Interessen wie Zeitersparnisse sollen dabei als Anreize für die Nutzer dienen. Zudem wird das Softwareprogramm vereinfacht, um zukünftig auch außerhalb von Forschungsprojekten akzeptiert zu werden.

## **Ansprechpartner**

Michael Langer

Leiter Strategie Gesundheitswesen

ASTRUM IT GmbH

Am Wolfsmantel 2

91058 Erlangen

Telefon: 09131 940 839 1

E-Mail: [michael.langer@astrum-it.de](mailto:michael.langer@astrum-it.de)

# Errichtung eines Mobilten Onkologischen Dienstes (MOD) in den Landkreisen Landshut und Dingolfing

*Autor: Ursula Vehling-Kaiser*

## Management Summary

Ziel des Mobilten Onkologischen Dienstes (MOD) in den Landkreisen Landshut und Dingolfing ist es, im ländlichen Raum die Versorgung von Krebspatienten zu optimieren. Der Dienst richtet sich vorrangig an Patienten, denen es schwer fällt, Spezialisten zu erreichen. Der MOD verlagert delegationsfähige ärztliche Leistungen in das private Umfeld des Patienten: Indem qualifiziertes, medizinisches, nicht-ärztliches Personal die Therapie mit neuen oralen und subkutanen Medikamenten kontrolliert. Es geht vor allem darum, Nebenwirkungen und gravierende Komplikationen zu verhindern. Die Patienten auf dem Land profitieren von dem Mobilten Onkologischen Dienst, der sie zu Hause behandelt: Nicht nur werden so lange Anfahrtswege und Krankentransporte vermieden, auch anstrengende Arztbesuche mit langen Wartezeiten entfallen.

Das Projekt entstand 2013 in Zusammenarbeit des Onkologisch-Palliativmedizinischen Netzwerkes Landshut mit der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern. Die Evaluation des Förderprojektes ist fortlaufend, verspricht aber bereits positive Ergebnisse für Patienten und Angehörige.

## Umsetzung

Indem moderne orale oder subkutane Medikamente eingesetzt werden, erspart dies Patienten stundenlange intravenöse Therapien. Der Therapieerfolg hängt stark davon ab, ob Patienten richtig mit der Medikation umgehen und compliant sind. Zu einer adäquaten Versorgung gehören sorgfältige und regelmäßige Betreuungsmaßnahmen wie beispielsweise Blutbildkontrollen. Gerade in ländlichen Gebieten belasten lange Fahrten zu Therapiezentren Tumorpatienten und ihre Angehörigen, da öffentliche Anbindungen sowie die Fahrt mit dem PKW (zum Beispiel Taxi) langwierig und kostenintensiv sind.

Die Grundidee des MOD ist es, ärztliche Leistungen an nicht-ärztliches Personal zu delegieren und somit jeden Tumorpatienten im ländlichen Bereich optimal und modern zu versorgen. Der MOD betreut den Patienten zu Hause und tauscht sich zu jeder Zeit eng mit dem Arzt aus. Der Behandlungsverlauf wird lückenlos kontrolliert: Durch Besuchsbögen sowie Dokumentationen über Beschwerden, Nebenwirkungen, Vitalparameter und durchgeführte Maßnahmen.

Der Arzt in der Praxis oder Klinik untersucht dennoch regelmäßig (zum Beispiel alle vier Wochen) den Patienten. Er trifft weiterhin sämtliche Therapieentscheidungen gemeinsam mit dem Patienten.

Der Projektträger prüft, ob der MOD sich künftig um den Patienten kümmern sollte. Dies geschieht, wenn ein onkologischer Patient einen reduzierten Allgemeinzustand, körperliche Gebrechen und eine erhöhte Infektionsgefahr aufweist, ihm Fahrtmöglichkeiten fehlen und er außerdem Schwierigkeiten mit der Compliance hat (vgl. Tabelle 4).

Zum 1. August 2013 startete ein Förderprojekt des Bayerischen Landesamts für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit mit einer Laufzeit von drei Jahren.

**Tabelle 4 – Einschlusskriterien für die Aufnahme in den MOD**

| Einschlusskriterien (mind. 4 müssen erfüllt sein zur Aufnahme in den MOD)   | Ja | Nein |
|---|----|------|
| Krebserkrankung (muss immer erfüllt sein)   |    |      |
| Bestimmte Maßnahmen sind mehr als 1 Mal pro Monat notwendig <b>(muss immer erfüllt sein)</b>  |    |      |
| Patient kann aus körperlichen Gründen nicht selbstständig in die Praxis kommen und die Anfahrt zur Praxis mittels Taxi oder Krankentransport kann nicht finanziert werden |    |      |
| Praxisbesuch stellt aufgrund der Anfahrt (Dauer, Anstrengung) eine erhebliche Belastung des Patienten dar   |    |      |
| Keine Versorgung der angeordneten parenteralen Ernährung über Pflege- oder anderen Dienst möglich   |    |      |
| Patient kommt regelmäßig mindestens 1 Mal pro Monat in die Praxis zum Arztbesuch <i>(muss immer erfüllt sein)</i>   |    |      |

*Quelle: Eigene Darstellung.*

Das Pilotprojekt untersuchte gesundheitsökonomische Aspekte, die Zufriedenheit der Patienten und ihrer Angehörigen mit dem MOD sowie die Auswirkungen des MOD auf die Lebensqualität. Im Untersuchungszeitraum vom 1. August 2013 bis 14. Februar 2014 haben die MOD-Assistentinnen insgesamt 43 Patienten 231 Mal besucht und betreut: Jeden Patienten im Durchschnitt fünf Mal pro Monat (je durchschnittlich 120 Minuten). Durch Kettenfahrten fiel eine durchschnittliche Fahrstrecke von 91 Kilometer je Patient im Quartal an. Die kalkulierten Gesamtkosten des MOD belaufen sich auf rund 50 Euro pro Stunde. Im Schnitt fallen pro Quartal und Patient 4,75 Stunden an – inklusive Fahrzeit, Besuchszeit, Dokumentation und ärztlicher Rücksprache. Die Gesamtkosten von rund 237 Euro pro Quartal und Patient sind zwischen zehn bis 60 Prozent niedriger verglichen mit alternativen Transportvarianten (Taxi, Fahrdienst, Krankentransport).

Die Patienten akzeptieren den MOD und bewerten ihn in Fragebögen mit gut bis sehr gut. Mittlerweile existiert eine Warteliste für die Aufnahme der Patienten in den MOD.

## Nächste Schritte

Künftig könnten weitere Bundesländer, die ähnliche Strukturen und Versorgungsprobleme haben, den MOD unproblematisch in ihr Versorgungskonzept aufnehmen. Zurzeit schließt der MOD die Evaluation für das erste Jahr ab. Im Anschluss will der MOD Krankenkassen kontaktieren, um das Konzept bundesweit mit entsprechender Abrechnungsziffer einzusetzen.

## Ansprechpartner

Ursula Vehling-Kaiser

Leiterin

Onkologisch-Palliativmedizinisches Netzwerk Landshut

Ländgasse 132–135

84028 Landshut

Telefon: 0871 275 381

E-Mail: [info@vehling-kaiser.de](mailto:info@vehling-kaiser.de)

# ExplainTB: Borstel in Schleswig-Holstein

## Smartphone-basierte Aufklärung für fremdsprachige Tuberkulosepatienten

*Autor: Christian Herzmann*

### Management Summary

ExplainTB ist ein Projekt des klinischen Forschungszentrums Borstel in Schleswig-Holstein. Über die Hälfte der Tuberkulose (TB)-Patienten in Deutschland versteht nur wenig oder gar kein Deutsch. Das hat den Pneumologen Christian Herzmann dazu veranlasst, audiovisuelle Kurzfilme für TB-Patienten zu produzieren. Mit diesen Filmen werden die Betroffenen in 32 Sprachen aufgeklärt – in einer auch für Kinder und Analphabeten verständlichen Form. Gemeinsam mit zahlreichen Kooperationspartnern hat er seit November 2013 bereits 23 Kurzfilme produziert, die in Deutschland und weiteren 80 Ländern – in 32 Sprachen – verfügbar sind. Mittels eines QR-Codes, einer App oder eines Links auf der Webseite können die Filme herunter geladen werden. Das Projekt wird ausschließlich über Spendengelder finanziert und konnte nur dank der Initiative 300 freiwilliger Mitarbeiter realisiert werden. Innerhalb der ersten fünf Monate hatte die Webseite bereits 10.000 Klicks. Zukünftig soll sich ExplainTB von einem Aufklärungsinstrument zu einer Therapieüberwachungshilfe weiterentwickeln.

### Umsetzung

Tuberkulose (TB) ist eine der am weitest verbreiteten Infektionskrankheiten mit weltweit neun Millionen Kranken und jährlich einer Million Toten. 450.000 Tuberkulosepatienten leben in Europa, 4.300 davon in Deutschland. Bei 50 Prozent der Europäischen TB-Patienten handelt es sich um Migranten, die häufig die Aufklärungsangebote in der Landessprache nicht oder nur schwer verstehen können.

Das Studienzentrum Borstel in Schleswig-Holstein – initiiert von einem Oberarzt und Pneumologen – besteht aus Mitarbeitern unterschiedlicher Segmente: Einem Filmproduzenten, Sprachwissenschaftlern und Betroffenen. Um Patienten und Angehörige zu unterstützen, hat das Studienzentrum Borstel 23 Kurzfilme produziert. Das Projekt wird seit November 2013 umgesetzt – gemeinsam von den Kooperationspartnern Deutsches Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose, Tuberculosis Network European Trials Group und weiteren Gesundheitsinstitutionen (RKI, BMG, BZgA, etc.)

Die Kurzfilme klären über die Folgen einer TB auf und überwinden sprachliche Barrieren. Sie helfen aber auch Kindern und Analphabeten, ihre Krankheit besser zu verstehen. Denn die Folgen sind für den Patienten sehr schwerwiegend: Aufgrund der hohen Infektionsgefahr werden die TB-Patienten im Krankenhaus isoliert behandelt. Zudem kommt es vor, dass Betroffene durch ihre Familien stigmatisiert werden. Dadurch fühlen sich die Patienten sozial benachteiligt.

Die Kurzfilme sind über einen QR-Code mit der entsprechenden Landesflagge, eine mobile App und auf der Webseite [www.explaintb.org](http://www.explaintb.org) verfügbar. Der Patient, seine Angehörigen und Mitarbeiter im Gesundheitswesen finden dort wesentliche Informationen über die Erkrankung. Zudem können die Filme auch als Präventionsmaßnahme genutzt werden. ExplainTB kann Isolation und Stigmatisierung der Patienten verhindern. Zudem erhofft man sich, dass die Patienten zukünftig besser mit den Gesundheitsämtern und Ärzten zusammenarbeiten.

ExplainTB ist seit November 2013 verfügbar, weshalb noch keine externen Evaluationsergebnisse vorliegen. Sobald es finanziell möglich ist, wird eine externe Evaluation durchgeführt. Das Projekt ist bereits Preisträger des DeutschenIdeenPreises 2013 und des Aspirin Sozialpreises 2014. Dass die Patienten von dem kostenlosen Angebot des Projekts profitieren, zeigt sich bereits in einer Analyse der Nutzungszahlen des Versorgungsangebots: Das Projekt wurde nicht über einen Etat beworben, hatte aber bereits in den ersten fünf Monaten 10.000 Klicks auf der Webseite (7.500 aus Deutschland); die Filme wurden bisher 1.500 Mal heruntergeladen.

Das Projekt wurde vollständig über Spendengelder finanziert. Unter der Mitarbeit von weltweit 300 Freiwilligen – von denen 20 Prozent ehemals betroffen waren – wurde das Projekt für weniger als 40.000 Euro realisiert. Das Projekt besteht aus mehreren Modulen und kann – je nach finanziellen Möglichkeiten – stufenweise ausgebaut werden.

### Nächste Schritte

Das Studienzentrum Borstel versucht, ExplainTB inhaltlich und technisch weiter zu entwickeln. Die Kurzfilme sollen in weiteren asiatischen und afrikanischen Sprachen verfügbar sein. Es soll von einem Aufklärungsinstrument zu einer Therapieüberwachungshilfe ausgebaut werden. Zudem hat sich herausgestellt, dass die Filme besser aufgenommen werden, wenn die Darsteller in den Filmen der gleichen Ethnie angehören. Deshalb wird es zukünftig einen Kurzfilm mit asiatischen und indo-pakistanischen Frauen geben.

Das Konzept von ExplainTB lässt sich auf viele weitere Krankheiten ausdehnen. Zukünftig verfolgt das Studienzentrum Borstel das Ziel, das Thema HIV stärker aufzugreifen. Da zahlreiche Institute zur Tuberkuloseversorgung und Gesundheitsbehörden an dem Konzept beteiligt sind, kann das Projekt langfristig etabliert werden.

### Ansprechpartner

[Dr. Christian Herzmann](#)

Leiter Klinisches Studienzentrum

Forschungszentrum Borstel

Parkallee 35

23845 Borstel

Telefon: 04537 188 8080

E-Mail: [contact@explaintb.org](mailto:contact@explaintb.org)

# Fit für Zuhause

## Ein pflegerisch-rehabilitatives Angebot zur Unterstützung der häuslichen Pflege

*Autor: Tassilo Mesenhöller*

### Management Summary

Ziel des Projektes „Fit für Zuhause – Ein pflegerisch-rehabilitatives Angebot zur Unterstützung der häuslichen Pflege“ ist es, eine angemessene Versorgung und Pflege von älteren Patienten sicher zu stellen – und sie vor allem in der Rehabilitation nach einer stationären Behandlung zu unterstützen.

„Fit für Zuhause“ bietet Mobilitäts-, Ernährungs-, und Alltagstraining für Betroffene, um den Übergang von einem Krankenhausaufenthalt in das eigene Zuhause zu vereinfachen. Dazu werden eine umfassende Beratung sowie ergänzend Schulungen angeboten, um die häusliche Pflege zu unterstützen. Das Projekt gewährleistet außerdem einen kontinuierlichen Informationsaustausch zwischen den verantwortlichen Hausärzten: Es findet ein Austausch zur Behandlungspflege, Medikation und Therapie statt.

Der Friedrichshof Solingen e. V. bietet eine Kurzzeitpflege an. Ergänzend wird die häusliche Versorgung gesichert. Teilnehmer und Partner des Projektes ist die Stadt Solingen unter Einbeziehung des städtischen Klinikums Solingen, des Ärztenetzwerks Solimed und des Pflegeverbundes Solingen. .

Das Projekt startete am 01.03.2014 und endet am 31.05.2015. Bis zum August 2014 durchliefen 80 Patienten das Programm.

### Umsetzung

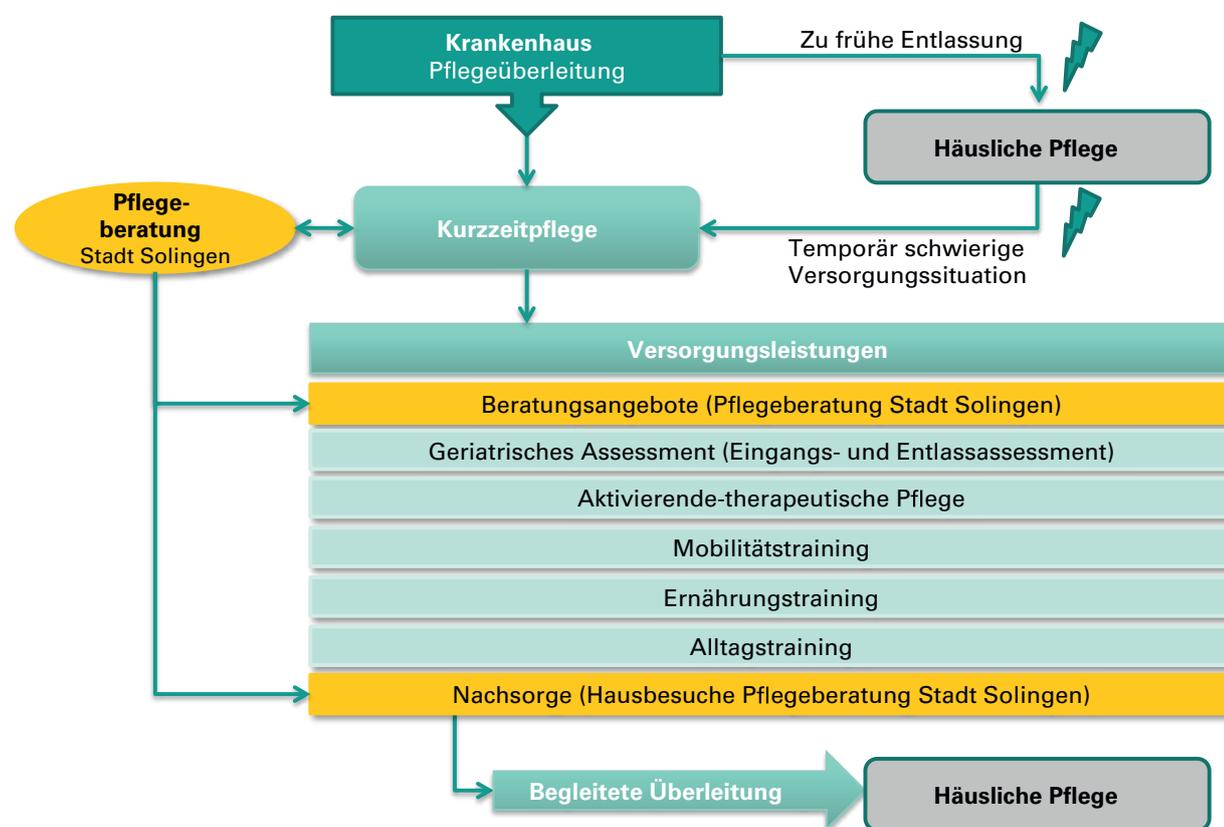
Für ältere Patienten gilt der Wechsel von einem stationären Krankenhausaufenthalt in das häusliche Umfeld zurück als problematisch. Die sinkende Verweildauer von stationären Aufenthalten führt dazu, dass Patienten zu wenig Zeit haben, um sich von der Behandlung zu erholen: Die Patienten sind zwar medizinisch austherapiert, aber körperlich und psychisch noch nicht in der Lage, in die häusliche Pflege zurück zu kehren. Daher ist es notwendig, nach dem stationären Aufenthalt eine Kurzzeitpflege anzubieten. Hier können sich die Patienten erholen.

Von dem Versorgungskonzept profitieren nicht nur Patienten nach einem stationären Aufenthalt. Auch im häuslichen Umfeld versorgte Patienten, die sich in einer temporär schwierigen Versorgungssituation befinden. Diese werden in der Kurzzeitpflege wieder für die Selbstversorgung „Fit für Zuhause“ gemacht.

Um den individuellen Versorgungsbedarf zu ermitteln, wird bei Aufnahme ein Eingangsassessment durchgeführt (vgl. Abbildung 36). Dieses Assessment umfasst neben der gängigen Anamnese auch verschiedene geriatrische Tests: Mobilitäts-, Ernährungs- und Demenztests. Anhand der erhobenen Daten des Assessments legt die Kurzzeitpflege nun die notwendigen Pflegemaßnahmen fest.

Neben der pflegerischen Grundversorgung werden die Patienten während ihres Aufenthalts in der zeitlich begrenzten Kurzzeitpflegeeinrichtung aktiviert (zum Beispiel selbstständige Körperpflege), mobilisiert, beraten sowie geistig angeregt. Zudem können Angehörige geschult werden, damit sie die Patienten unterstützen und sich gegebenenfalls auf die Rolle als Pflegeperson vorbereiten können.

**Abbildung 36** – Ablauf beim Übergang vom Krankenhaus in die häusliche Umgebung



Quelle: Eigene Darstellung.

Am Ende des Aufenthalts wird ein Entlassungsassessment durchgeführt: So kann die gesundheitliche Situation mit der vor dem Aufenthalt verglichen werden. Nach dem Entlassungsassessment wird entschieden, welche weiterführenden pflegerischen Maßnahmen notwendig sind. Die Kurzzeitpflegeeinrichtung leitet diese Informationen nun an den betreuenden Hausarzt oder Pflegedienst weiter. Die Stadt Solingen führt mit ihren Pflegeeinrichtungen nach dem Kurzzeitpflegeaufenthalt innerhalb bestimmter Fristen zwei Nachsorgen im häuslichen Umfeld des Patienten durch.

## Nächste Schritte

Das Projekt ist in drei Phasen gegliedert. Die Konzeptionsphase, in der das Projekt entwickelt und implementiert wurde, ist beendet. Seit 1. April 2014 befindet sich „Fit für Zuhause“ in der Evaluationsphase, die auf anderthalb Jahre angesetzt ist. In dieser Phase soll die Wirksamkeit des Versorgungskonzeptes geprüft werden. In der dritten und letzten Phase, der Nachhaltigkeitsphase, soll das Projekt vollkommen in der Kurzzeitpflege etabliert werden.

## **Ansprechpartner**

Tassilo Mesenhöller

Geschäftsführer

Friedrichshof Solingen e. V.

Friedrichstraße 1–3

42655 Solingen Ort

Telefon: 0122 233 650

E-Mail: [t.mesenhoeller@hauspflegeverein-solingen.de](mailto:t.mesenhoeller@hauspflegeverein-solingen.de)

# Fächendeckende Optimierung der Versorgung von Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz

Autoren: Christof Heun-Letsch und Jörg Trinemeier

## Management Summary

Durch das Versorgungsprojekt „Optimierung der Versorgung von Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz“ werden die Prognose, Compliance und Lebensqualität von Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz verbessert; somit auch die Gesamtkosten der Erkrankung reduziert. Um dies zu erreichen, wird der Patient zum einen geschult, insbesondere um die Krankheit kennen zu lernen und Bewältigungsstrategien zu entwickeln. Zum anderen wird er individuell abgestimmt und leitliniengerecht von multiprofessionellen Teams betreut. Dazu wurde das erfolgreiche Würzburger Versorgungskonzept HeartNetCare-HF für den ambulanten Bereich angepasst.

Folgende Akteure schlossen einen Integrierten Versorgungsvertrag gemäß §§ 140 ff. SGB V: Die Ärztenetze GO-LU und PRAVO für die Regionen Ludwigshafen und Speyer, die Vertragsarbeitsgemeinschaft des BKK-Landesverbandes Mitte, die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland (ehemalige LKK) sowie die IKK Südwest.

Mittlerweile haben sich mehr als 1.600 Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz in das Programm eingeschrieben.

## Umsetzung

Wesentlicher Bestandteil des Projektes ist das strukturierte Versorgungsmanagement: Alle an der ambulanten und stationären Behandlung beteiligten medizinischen Akteure arbeiten zusammen. Abbildung 37 zeigt den Ablauf des Versorgungsmanagements.

Abbildung 37 – Prozessmodell: Versorgungsmanagement Herzinsuffizienz



Quelle: Eigene Darstellung.

Die Versorgung ist individuell auf den Patienten abgestimmt. Dazu wird dieser zunächst in eine der New York Heart Association (NYHA)-Klassen I bis IV eingestuft. Daraufhin wird ein Summenscore gebildet. Dieser berücksichtigt die Komorbiditäten und kardiovaskulären Risikofaktoren sowie die Lebensumstände des Patienten. Auf Basis dessen wird die Betreuungsintensität ermittelt. Nach dieser richtet sich, wie häufig und intensiv die ärztlichen Wiedervorstellungen und kontinuierlichen Visiten durch die Herzinsuffizienz (HI)-Nurses erfolgen.

Eine verbesserte Versorgungsqualität von Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz wird zudem vor allem dadurch erreicht, dass:

- die Behandlungsverläufe der eingeschriebenen Patienten organisatorisch überwacht werden,
- spezialisierte Care & Disease Manager die Versorgungsziele steuern und das Terminmanagement übernehmen,
- ein elektronisches Datenmanagement aufgebaut wird – mit einer Plattformlösung für die Administration, Steuerung und Abrechnung des Integrierten Versorgungsvertrages,
- spezialisierte Herzinsuffizienz-Nurses ausgebildet werden, um die Patienten in Ärztenetzen individuell medizinisch betreuen. Sie überwachen bis zu täglich die medizinischen Parameter, die auf eine medizinische Dekompensation hinweisen; damit zu einem unnötigen Krankenhausaufenthalt führen können.

Die zusätzliche ärztliche Arbeitszeit wird für den Hausarzt extrabudgetär vergütet. Zudem werden strukturierte, regelmäßige Facharzttermine angeboten; dafür werden Fachärzte ebenso extrabudgetär vergütet. Ferner wurden spezielle Sprechstunden eingerichtet, durch die bevorzugt sehr kurzfristige Termine angeboten werden können.

Mittlerweile werden über 1600 Patienten teilweise schon über zwei Jahre betreut. Folgende Erfolge lassen sich nachweisen:

- Verringerung der Krankenhausbehandlungen
- Höhere Rate an leitliniengerechter Behandlung, dabei Kostenersparnis bei Medikamenten durch hohe Rate von Verschreibungen aus Rabattverträgen
- Schnellere Intervention bei klinischer Verschlechterung
- Höhere Patientenzufriedenheit
- Bessere Krankheitsdokumentation (im Durchschnitt über zwölf ICD-Diagnosen aus dem Bereich der Begleiterkrankungen als gesicherte Diagnosen an die KV und damit an die Krankenkassen gemeldet)
- Hohe Rate an Detektion von komplikationsträchtigen Begleiterkrankungen (namentlich Niereninsuffizienz, die Rate der bekannten und dokumentierten Niereninsuffizienz ist im Kollektiv der eingeschriebenen Patienten circa 4x höher als im Gesamtkollektiv)

Mittlerweile sind Patienten aus den Regionen Ludwigshafen, Speyer, Worms, Alzey, Kaiserslautern, Pirmasens, Neustadt und Trier eingeschrieben, der Vertrag umfasst damit die halbe Fläche des Bundeslandes.

## Nächste Schritte

Weitere Krankenkassen wollen in 2015 dem Vertrag beitreten und weitere Erkrankungen sollen durch analoge Verträge abgedeckt werden. Ein analoger Onkologie-Vertrag ist bereits etabliert, Modellprojekte aus den Bereichen Rheumatologie, Schmerz, psychische Erkrankungen und Parkinson laufen bereits.

## Ansprechpartner

Jörg Trinemeier

PRAVO Versorgungsmanagement

PRAVO Praxisnetz Vorderpfalz

Diakonissenstr. 29

67346 Speyer

Telefon: 0178 78 549 61

E-Mail: trinemeier@pravo.de

Dr. Christof Heun-Letsch

Vorstandsvorsitzender GO-LU

Gesundheitsorganisation Ludwigshafen eG

Paul-Klee-Str. 1

67061 Ludwigshafen

Telefon: 0175 20 79 515

E-Mail: dr.heun-letsch@go-lu.de

# GenoGyn-Prävention-aktiv, Köln

## Versorgungsinitiative zur erweiterten Präventionsmedizin in der Frauenheilkunde

*Autor: Jürgen Klinghammer*

### Management Summary

GenoGyn Rheinland hat 2008 im Rahmen ihrer Versorgungsinitiative zur erweiterten Primärprävention in der Frauenheilkunde („GenoGyn-Prävention-aktiv“) ein zertifiziertes Fortbildungsprogramm entwickelt, um Gynäkologen auf dem Gebiet der Präventionsmedizin zusätzlich zu qualifizieren. GenoGyn ist ein unabhängiges Gemeinschaftsunternehmen von rund 600 niedergelassenen Frauenärzten, das seit dem Jahr 1999 besteht. Hintergrund der Initiative ist der zumeist intensive Kontakt zwischen Patientinnen und Frauenärzten, wodurch Gynäkologen eine besondere Rolle bei der Primärprävention einnehmen. Durch ein zertifiziertes Ausbildungsprogramm ist es den niedergelassenen Ärzten möglich, ihr Präventionsspektrum zu erweitern und die Qualität der Präventionsleistung zu optimieren. Das unabhängige Gemeinschaftsunternehmen niedergelassener Frauenärzte und Frauenärztinnen konnte bereits 300 frauenärztliche Praxen in das zertifizierte Ausbildungsprogramm einbinden.

### Umsetzung

Gynäkologen spielen eine besondere Rolle in der Präventionsmedizin: Frauen jeden Alters suchen Gynäkologen in regelmäßigen Abständen auf. Dabei handelt es sich bei 90 Prozent um Vorsorgeuntersuchungen. Die Ärzte können ihre Patientinnen aufklären und ihnen wichtige Maßnahmen nennen zur Vorbeugung von Erkrankungen. Zum Beispiel kann die Vermeidung von Adipositas die Gesundheit kommender Generationen positiv beeinflussen, denn Kinder übergewichtiger Schwangerer haben ein erhöhtes Risiko für Übergewicht und Diabetes schon im Jugendalter (fetale Programmierung). Frauen haben darüber hinaus einen positiven Einfluss auf das Gesundheitsverhalten ihrer Familien und sind damit eine optimale Zielgruppe. Darin sieht GenoGyn die Chance, eine nachhaltige Primärprävention zu leisten – auch in Bezug auf das Gesundheitsbewusstsein nachwachsender Generationen.

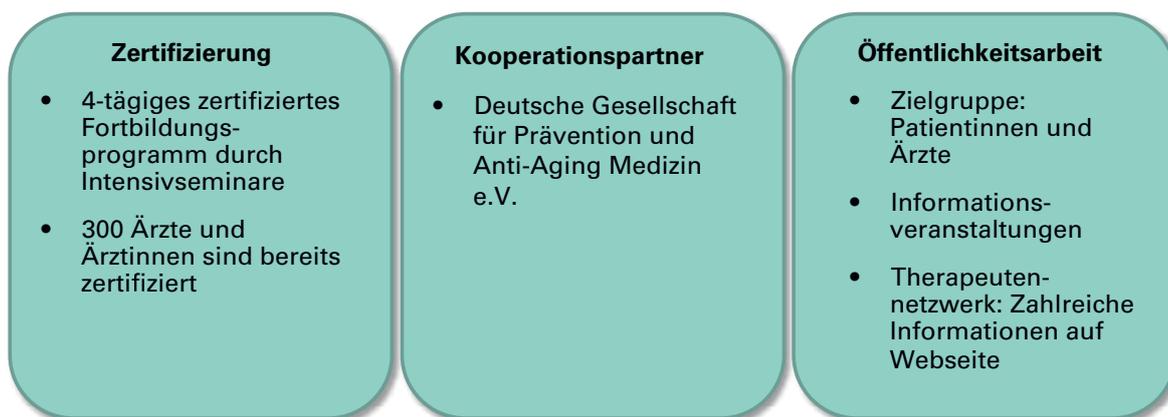
Folgende Bereiche sind besonders relevant:

- Altersgemäßes Impfprogramm von HPV-Impfungen bis Gripeschutz
- Risiko-adaptierte Krebsfrüherkennung
- Gesunde Ernährung
- Gewichtsreduktionsmaßnahmen – Programme zur körperlichen Aktivität
- Depression- bzw. Burn-Out-Problematiken

- Herz-Kreislauferkrankungen
- Osteoporose Screening
- Inkontinenzprävention
- Schilddrüsenerkrankungen
- Alzheimerprävention
- Altersgesundheit

Um Gynäkologen im Bereich der Präventionsmedizin fortzubilden, hat GenoGyn das zertifizierte Ausbildungsprogramm vor sieben Jahren ins Leben gerufen. Durch eine Zertifizierung werden die Ärzte zusätzlich qualifiziert, um Primärprävention an der Basis zu leisten. Realisiert wird das Programm durch eine viertägige Fortbildung (vgl. Abbildung 38). Diese wird in regelmäßigen Abständen bundesweit angeboten. Qualifizierte Referenten der jeweiligen Fachgruppen präsentieren die interdisziplinären Themenbereiche. Sie vermitteln Inhalte primärpräventiver Untersuchungen und deren Umsetzung in der Praxis. Die Seminare wurden zunächst durchgeführt in Kooperation mit der Akademie für Gesundheitsförderung und Prävention e.V. – und seit 2010 mit der Deutschen Gesellschaft für Prävention und Anti-Aging Medizin e.V.

**Abbildung 38** – Erweiterte Primärprävention in der gynäkologischen Praxis



Quelle: Eigene Darstellung.

Im Rahmen ihrer Initiative initiierte GenoGyn bereits 2009 in Zusammenarbeit mit den Diabetologen im Raum Köln das Versorgungskonzept „GestDiabGyn“, ein Netzwerk zur Verbesserung der Versorgung des Schwangerschaftsdiabetes, der die Gesundheit von Mutter und Kind lebenslang bedroht. Das entsprechende Screening wurde erst 2012 in der gesetzlichen Krankenversicherung verankert.

Ein weiterer wichtiger Bestandteil der Versorgungsinitiative ist eine wirksame Presse- und Öffentlichkeitsarbeit. Dadurch sollen sowohl Patienten als auch Mediziner für die Notwendigkeit präventiver Maßnahmen sensibilisiert werden. Unter anderem werden kostenlose Veranstaltungen angeboten; seit 2013 ist auch auf der Webseite ([www.praevention-online.net](http://www.praevention-online.net)) umfangreiches Informationsmaterial verfügbar.

## Nächste Schritte

GenoGyn sieht sich zunehmend als berufspolitischer Mandatsträger und hat es sich zur Aufgabe gemacht, eine aktive Gesunderhaltung in der Gesellschaft zu ermöglichen. Der Vorstand hält die Prävention – zum Schutz des Einzelnen und der Solidargemeinschaft aller Krankenversicherten – für eine der wichtigsten Aufgaben der Genossenschaft und wird auch in Zukunft weiterhin daran arbeiten, die Primärprävention in frauenärztlichen Praxen zu verankern. Selektivverträge mit den Krankenkassen könnten ein weiterer Schritt dahin sein.

## Ansprechpartner

Dr. Jürgen Klinghammer

Vorstandsmitglied der GenoGyn

An der Kemperwiese 5

51069 Köln

Telefon: 0221 687 010

E-Mail: [dr.klinghammer@t-online.de](mailto:dr.klinghammer@t-online.de)

# GKS

## Gesundheitsnetz Köln-Süd e. V.

*Autor: Christian Flügel-Bleienheuft*

### Management Summary

Ziel des Projekts ist es, eine Versorgungsstruktur im Gesundheits- und Sozialbereich zu entwickeln, die sich an den regionalen Bedürfnissen orientiert – getreu dem Leitgedanken „Versorgen – Begleiten – ein Leben lang“.

Dazu ist im Jahr 2007 das Gesundheitsnetz Köln-Süd e. V. (GKS) gegründet worden, dem mittlerweile 72 Ärzte verschiedenster Fachrichtungen angehören. Darüber hinaus haben sich unter anderem Physiotherapeuten, ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen und ein Unternehmen für Krankentransporte angeschlossen. Die Basis sämtlicher Aktivitäten des Netzwerkes bilden Versorgungsanalysen; sie sollen helfen, sich optimal auf die regionalen Gegebenheiten einstellen zu können. Hilfreich sind hierbei die Daten der gesetzlichen Krankenversicherungen. Allerdings werden auch die Einwohner der Region selbst befragt. Bei internen Leistungstests kooperiert das GKS mit der Techniker Krankenkasse und der BAR-MER GEK. Bei der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein wurde bereits ein Antrag gestellt, das GKS als Praxisnetz gemäß § 87b Abs. 4 SGB V anzuerkennen. Die Bewilligung steht aus.

Eine Krankenkasse evaluierte die Ergebnisse ihrer rund 2.260 Versicherten im GKS. Daneben gibt es eigene Erhebungen des GKS.

### Umsetzung

Das GKS verwendet folgende Instrumente, um seine Ziele zu erreichen: GKS-Wertekodex-, Bevölkerungs- und Patientenbefragung, GKS-Dialogpartnerinnen, interne Leistungstests sowie Projekte.

Der **Wertekodex** stellt sicher, dass Menschen patientenorientiert versorgt werden. Die Versorgung orientiert sich an medizinisch-ethischen Werten wie beispielweise Fürsorge, Nicht-Schaden, Gerechtigkeit oder Selbstbestimmung. Sie unterliegt nicht einzelnen Interessen. Um das sicherzustellen, arbeiten die Mitglieder im GKS loyal und kollegial miteinander und kommunizieren Kritik offen. Der von den ärztlichen Mitgliedern entwickelte Kodex ist auf der Homepage öffentlich zugänglich und wurde von jedem Mitglied per Unterschrift bestätigt. Neumitglieder müssen dies ebenfalls tun.

Das GKS will Patienten wohnortnah und lebenslang versorgen. Dazu sind **Bevölkerungs- und Patientenbefragungen** elementar. Eine erste Befragung führte das GKS 2012 durch – zusammen mit der Hochschule Fresenius. Die Befragung ergab einen regionalen ganzheitlichen Überblick über Projekte, die für die Bevölkerung zielführend und nutzbringend sind.

Das GKS setzt in jeder Praxis eine Medizinische Fachangestellte als **Dialogpartnerin** sowie eine Stellvertreterin ein. Diese sind neben dem Arzt für sämtliche Fragen bezüglich des GKS zuständig. Sie sorgen

dafür, dass Projekte in den Praxen umgesetzt werden: beispielsweise beim „Praxisnetzwerk-Vertrag“ mit der Techniker Krankenkasse oder beim „Impfmonat Februar 2014“. Bei letzterem stellten sie den Impfstatus fest und initiierten die erforderlichen Auffrischungen. Sie gewinnen Patienten für das Praxisnetzwerk und koordinieren interdisziplinäre diagnostische Abläufe. Damit sorgen sie dafür, dass das GKS als erkennbare Marke regional erheblich gestärkt wird.

Die **internen Leistungstests** dienen als vertrauensbildende Maßnahme untereinander und haben sich als solche bewährt. Sie beinhalten beispielsweise Kennzahlen zur Anzahl behandelter Patienten, Unter- bzw. Überschreitung der praxisbezogenen Patientenmenge oder zu Arzneimittelverordnungen. Diese Tests beruhen auf den Daten der Techniker Krankenkasse und der BARMER GEK. Sie werden monatlich durchgeführt. Die Ergebnisse werden persönlich besprochen, was den Wettbewerb untereinander fördert und einen offenen Dialog sicherstellt. Mithilfe der BARMER GEK können die Leistungsdaten verglichen werden: Mit nicht vernetzten Praxen vor Ort sowie anderen Netzen bundesweit.

Die **Projekte** im GKS beginnen mit einer Arbeitsgruppe von bis zu fünf Personen. Es muss innerhalb von drei Monaten ein Ergebnis vorlegen, welches den Nutzen des Projektes widerspiegelt. Wird dieser vom Vorstand positiv eingeschätzt, kann das Projekt flächendeckend umgesetzt werden. Das GKS führte so beispielsweise Projekte zu den Themen Vorsorge, stationäre Pflegebetreuung oder Diabetes durch.

## Nächste Schritte

Da das GKS auf einen unbegrenzten Zeitraum ausgerichtet ist, soll der eingeschlagene Weg eines Versorgungszyklus weiter konsequent verfolgt werden. Die strukturellen Voraussetzungen sollen ebenso erweitert werden. Als Gründungsmitglied der Agentur Deutscher Arztnetze setzt sich das GKS auch bundespolitisch für eine stärkere patientenorientierte Versorgung ein.

## Ansprechpartner

Dr. med. Christian Flügel-Bleienheuft

Vorstandsvorsitzender

Gesundheitsnetz Köln-Süd (GKS) e. V.

Kaiser-Wilhelm-Ring 50

50672 Köln

Telefon: 0221 – 139 836 58

E-Mail: [c.fluegel-bleienheuft@gks-gesundheitsnetz.de](mailto:c.fluegel-bleienheuft@gks-gesundheitsnetz.de)

# GPS, Waiblingen

## GPS Grosch Patienten Service – Adherence Coaching in der Psychiatrie

*Autor: Arnd Grosch*

### Management Summary

„Grosch Patienten Service (GPS) Adherence Coaching“ ist ein flächendeckendes Versorgungskonzept, um schwerkranke psychiatrische Patienten zu betreuen. Seit 2012 existieren Versorgungsverträge mit Krankenkassen. Der GPS Adherence Coach begleitet Patienten zum Beispiel nach einem Klinikaufenthalt für maximal zwei Jahre. Leitliniengerecht wird der Weg durch die Versorgungslandschaft gebahnt. Ein Kernelement des Adherence Coachings ist die Psychoedukation für schizophrene, depressive und andere psychiatrische Patienten. Das Ziel ist, die Lebensqualität der Patienten zu erhöhen, die soziale Teilhabe zu steigern und im Idealfall die Integration in den Arbeitsmarkt zu ermöglichen. Das GPS-Konzept konnte innerhalb von zwölf Monaten refinanziert werden, indem eine erneute Krankenhauseinweisungen verhindert wurden. Intern evaluiert wurde das Konzept durch den QLIS (Quality-of-Life-in-Schizophrenia)-Fragebogen. Die Ergebnisse zeigen eine kontinuierlich verbesserte Lebensqualität der Patienten. Eine externe Evaluierung steht noch aus.

### Umsetzung

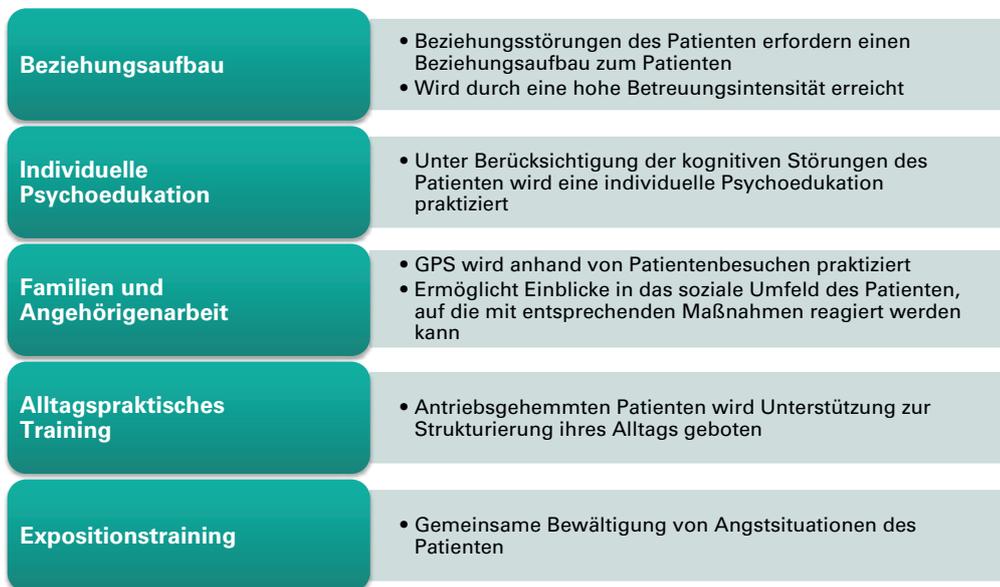
Die ambulante Behandlung und Nachsorge psychiatrischer Patienten ist in der deutschen Versorgungslandschaft nicht ausreichend gewährleistet. GPS ermöglicht ein patientenzentriertes Versorgungsmanagement, insbesondere in versorgungsschwachen Regionen. Dabei werden die Patienten durch das Versorgungssystem geleitet. Zielgruppe des Versorgungskonzepts sind schwer psychiatrisch erkrankte Patienten mit den Diagnosen Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F2), Affektive Störungen (F3), Neurotische Belastungs- und somatoformen Störungen (F4), Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F5) sowie Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F6).

Dabei muss es bei den Patienten zu einer stationären Behandlung gekommen sein oder zu auffällig hohen Gesamtbehandlungskosten. Anhand des PUMA-Scale® wird der Schweregrad der Erkrankung definiert. Der PUMA-Scale® wurde an der Charité entwickelt und ermöglicht, die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen vorherzusagen.

GPS verfolgt das Ziel, die Patienten innerhalb eines multidisziplinären Versorgungskonzepts mit den nötigen Leistungserbringern zu vernetzen. Eine stationäre Versorgung kann dadurch in den ambulanten Sektor verlagert werden. Die Patienten werden in Anlehnung an die S3-Leitlinien betreut, mit einer evidenzbasierten Psychoedukation. Abbildung 39 stellt den Mehrwert einer erfolgreichen Betreuung des Patienten durch einen GPS-Adherence Coach dar.

GPS arbeitet qualitätsorientiert, mit zertifizierten Prozessen, einer Steuerungs- und Dokumentationssoftware, Patienten-Risiko-Managementsystemen und regelmäßigen Fortbildungen der Adherence Coaches.

**Abbildung 39** – Versorgungsmehrwert durch GP Adherence Coaching



Quelle: Eigene Darstellung.

Das Programm wurde intern bereits quantitativ evaluiert. Zu Beginn der Betreuung wurde die Lebensqualität der Patienten erhoben – mit dem QLIS der Universität Gießen. Im weiteren Verlauf wurde die Befragung alle sechs Monate durchgeführt. Die Lebensqualität stieg in dem Zeitraum kontinuierlich. Eine ambulante Nachsorge psychisch kranker Patienten ist auch aus ökonomischer Perspektive sinnvoll. Kostenintensive stationäre Behandlungstage werden reduziert, indem erneute Krankenhauseinweisungen vermieden werden. Eine Betreuung durch einen GPS Adherence Coach kann über unterschiedliche Wege finanziert werden:

- Entlassmanagement (§ 39 Abs. 1 SGB V)
- Versorgungsmanagement (§ 11 Abs. 4 SGB V)
- Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation (§ 43 SGB V)
- Integrierte Versorgungsverträge ( §§ 140ff. SGB V)
- Modellvorhaben nach § 64b SGB V

Zum anderen können gesetzlich Versicherte Einzelfallanträge stellen. Selbstzahler können das Konzept beanspruchen oder es kann durch persönliche Budgets nach § 17 SGB IX finanziert werden.

## Nächste Schritte

GPS verfolgt das Ziel, mit 250 Versorgungsmanagern der größte psychiatrische Dienst in der ambulanten Behandlungspflege zu werden. In den nächsten drei bis fünf Jahren soll eine bundesweit flächendeckende Versorgung erfolgen von circa 5.000 bis 8.000 psychisch schwer erkrankter Patienten. Dabei wird

neben Integrierten Versorgungsverträgen insbesondere eine Finanzierung über Selbstzahler und persönliche Budgets angestrebt.

## **Ansprechpartner**

Dr. med. Arnd Grosch

Geschäftsführender Gesellschafter

GPS Grosch Patienten Service

Eine Business Unit der Dr. Grosch Consulting GmbH

Fronackerstr. 14

71332 Waiblingen

Telefon: 07151 205 848 50

E-Mail: [arnd.grosch@prosch-ps.de](mailto:arnd.grosch@prosch-ps.de)

# Health Watchers

## Ein hausarztbasiertes Präventionsprogramm unter Nutzung von „Mobile Health“ Technologien

*Autor: Hans-Detlev Stahl*

### Management Summary

Das Projekt will erreichen, dass sich übergewichtige Erwachsene langfristig mehr bewegen und gesünder ernähren, um so ihr Gewicht zu senken. Dabei sollen moderne technische Geräte wie iPods oder Smartphones eingesetzt werden.

Dazu hat die AmBeNet GmbH (Das Ambulante BehandlungsNetz) ein einjähriges Schulungsprogramm entwickelt, welches sie seit 2013 durchführt. Es beinhaltet folgende Bausteine: Intensive ärztliche Betreuung, Ernährungsempfehlungen, ein angeleitetes Bewegungsprogramm sowie den Einsatz mobiler Technologien. Diese machen es möglich, Patientendaten wie Blutdruck und Gewicht zu Hause eigenständig zu messen. Anschließend können Patienten dem Arzt die Daten online übermitteln. Dies ist besonders vorteilhaft für Menschen, die viel reisen oder in ländlicheren Regionen leben.

Dazu kooperiert die AmBeNet GmbH auf vertraglicher Basis mit der AOK PLUS. Weitere Vertragspartner des Modellprojektes sind die Hausarztpraxis Drs. Stahl und Wilhelm, der Patient selbst und regionale Unternehmen. Bislang schrieben sich 35 Patienten in das Programm ein, von denen 20 bei der AOK PLUS versichert sind. Externe Evaluationsdaten sollen im April 2015 vorliegen, wenn das Modellprojekt beendet ist.

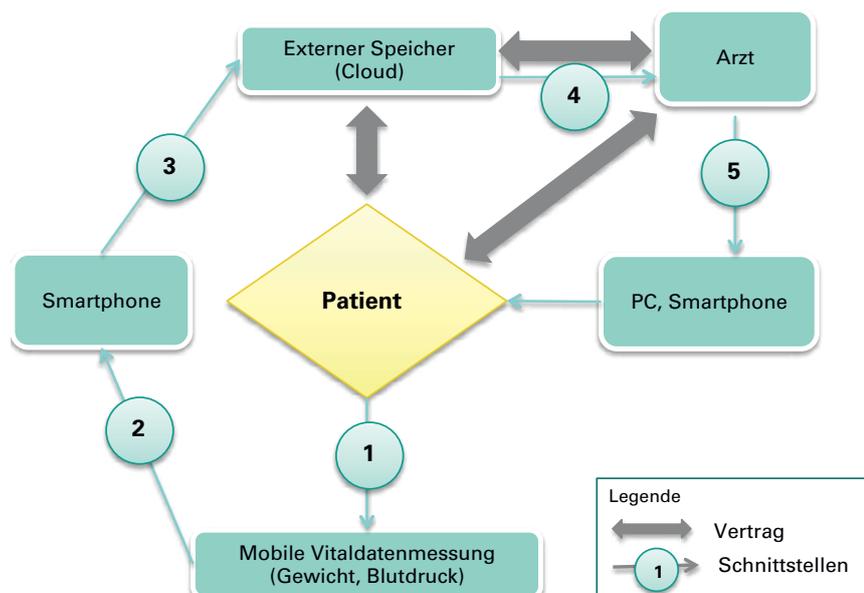
### Umsetzung

Zunächst findet ein Eingangsgespräch mit dem Patienten statt, in dem die persönlichen Ziele der Gewichtsreduktion besprochen werden. Daneben wird eine Eingangsuntersuchung durchgeführt. Dabei wird unter anderem ein Elektrokardiogramm (EKG) erstellt, der Blutzucker gemessen sowie das Risiko eines Schlaganfall und Herzinfarkts bestimmt. Um eine **intensive ärztliche Betreuung** sicherzustellen, finden insgesamt zwölf persönliche Gespräche mit dem Hausarzt statt. Darin wird gemeinsam auf einen eigenverantwortlichen, positiven Lebensstil hingearbeitet.

Die Essgewohnheiten der Patienten werden gemeinsam analysiert. Empfehlungen machen auf eine gesundheitsfördernde und bewusste Ernährung aufmerksam – orientiert an den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Ernährung. Um ein langfristiges Bewusstsein zu schaffen, werden die Empfehlungen vom Arzt wiederholt thematisiert.

Das **Bewegungsprogramm** umfasst ein 90-minütiges Gruppentraining, welches mindestens zwei Mal wöchentlich im Freien stattfindet. Dabei werden Ausdauer und Kräftigungsübungen praktiziert und die Koordination und Beweglichkeit verbessert. So wird der Energieverbrauch gesteigert. Langfristig entwickelt sich ein Bedürfnis nach mehr Bewegung im alltäglichen Leben.

Abbildung 40 – Datenfluss bei Health Watchers



Quelle: Eigene Darstellung.

Mittels der mobilen Health-**Technologien** (iPod- und Smartphone-Zusatzgeräte) misst der Patient täglich seinen Blutdruck und das Gewicht. Diese Daten werden in einer App abgelegt und über eine sichere Verbindung auf einen Server der Deutschen Telekom AG kopiert. Nachdem der Patient die Daten für den Hausarzt freigegeben hat, kann dieser die elektronische Patientenakte kopieren. Die AOK PLUS und die Deutsche Telekom AG bestätigten, dass der Datenschutz hierbei gewährleistet ist. Der Sächsische Datenschutzbeauftragte wurde über das Projekt informiert und es wurden keine Einwände erhoben.

Nach den zwölf Monaten finden zwei Nachkontrollen statt: Einmal im 15. Monat nach Projektende, einmal im 24. Monat. Die Kontrollen sollen den langfristigen Erfolg überprüfen.

## Nächste Schritte

Als strategisches Ziel möchte die AmBeNet GmbH einen neuen Typ Hausarzt-Praxis etablieren, ergänzend zum bisherigen Hausarzt. Dieser soll verstärkt mit Mobile Health Technologien arbeiten, also mit iPod und Smartphone Vitaldaten erfassen. Damit können gesundheitsbewusste wie technisch interessierte Patienten angesprochen werden.

## Ansprechpartner

Dr. Dr. med. Hans-Detlev Stahl

Geschäftsführer

AmBeNet GmbH Das Ambulante BehandlungsNetz

Wilhelm-Leuschner Platz 12

04107 Leipzig

Telefon: 0341 355 820 0

E-Mail: ds@ambenet.de

# HICMan – Heidelberg Integrated Case Management

## Heidelberger praxisbasiertes Case Management für Patienten mit Herzinsuffizienz

*Autor: Frank Peters-Klimm*

### Management Summary

Das Projekt HICMan (Heidelberg Integrated Case Management) zielt darauf ab, Patienten mit chronischer systolischer Herzinsuffizienz hausärztlich besser zu versorgen. Dazu delegieren Hausärzte in einem praxisbasierten Case Management bestimmte Versorgungselemente an Medizinische Fachangestellte (MFA).

31 MFA aus 29 Hausarztpraxen in Nord- und Mittelbaden führten 2007 über zwölf Monate ein komplexes Case Management durch – bestehend aus Praxiskontakten, Telefonmonitoring und Hausbesuchen mit zusätzlichem Screening. Die Ergebnisse wurden regelmäßig an den behandelnden Hausarzt zurückgemeldet. Verschlechterte sich der Zustand des Patienten, konnte der Arzt somit schnell reagieren und entsprechende Maßnahmen einleiten.

Das Projekt war eingebunden in das Kompetenznetz Herzinsuffizienz, finanziell unterstützt durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung.

### Umsetzung

Im Rahmen des 12-monatigen Versorgungsprogramms führten die MFA das komplexe Case Management bei hausärztlich betreuten Patienten mit Herzinsuffizienz durch. Dazu wurden ihnen von Hausärzten gewisse Aufgaben delegiert. Durch ein regelmäßiges Monitoring sollte schnell erkannt werden, ob sich der Zustand der Patienten lebensbedrohlich verschlechtert. Dementsprechend konnte der Arzt Gegenmaßnahmen einleiten, um den Patienten zu stabilisieren. Zusätzlich sollte das krankheitsspezifische Selbstsorgeverhalten, also Krankheitsverständnis und die Selbstkompetenz, mit der Erkrankung umzugehen, verbessert werden. Das krankheitsspezifische Selbstsorgeverhalten wird als Schlüssel für bessere Ergebnisse angesehen.

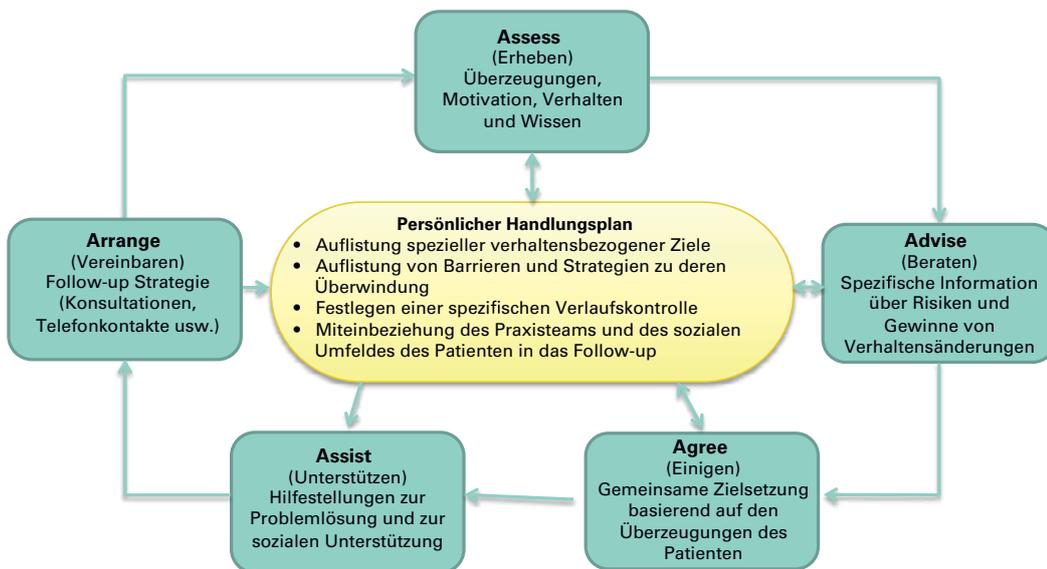
Beim Erstkontakt klärte die MFA den Patienten zunächst über die Erkrankung auf – mit Hilfe der DEGAM-Patienten-Leitlinie zur Herzinsuffizienz. Zusätzlich erhielt er ein Patiententagebuch, um verschiedene medizinische Parameter selbst zu dokumentieren, beispielsweise Luftnot, Belastbarkeit, periphere Ödeme, Gewicht, Blutdruck, Herzfrequenz. Ferner erhob die MFA standardisiert, in wie weit der Patient bereit war, sein Gesundheitsverhalten zu ändern. Der Hausarzt wertete die erhobenen Daten aus. Im folgenden Arzt-Patienten-Kontakt beriet der Hausarzt den Patienten nach dem 5A-Konzept hinsichtlich möglicher Verhaltensänderungen (vgl. Abbildung 41). Diese bezogen sich auf die Bereiche „Selbstbeobachtung“,

„Körperliche Aktivität“ und „Rauchen“. Gemeinsam mit dem Patienten wurden persönliche Ziele definiert und im Tagebuch dokumentiert.

Die zuvor geschulten MFA kontaktierten den Patienten anschließend regelmäßig **telefonisch**. Dabei erhoben sie die verschiedenen medizinischen Parameter mittels standardisierter Instrumente. Ebenfalls wurden die Therapietreue sowie Probleme mit der Medikamenteneinnahme erfragt. Die Werte leitete die MFA erneut an den behandelnden Arzt weiter, der sie auswertete und gegebenenfalls Maßnahmen einleitete.

Zusätzlich besuchte die MFA den Patienten innerhalb der zwölf Monate drei Mal **zu Hause**. Dort kontrollierte sie das Patiententagebuch, erfasste ebenfalls die medizinischen Parameter sowie die Bereitschaft des Patienten zur Lebensstiländerung. Bei dem ersten und dritten Hausbesuch wurden zusätzliche Parameter erhoben: Ein Depressions- und Angstscreening, ein geriatrisches Basis Assessment, ein Demenzscreening, eine Erhebung der Sturzgefahr sowie die Erhebung der Hilfs-/Pflegebedürftigkeit. Auch hier wertete der Arzt die erhobenen Daten aus. Diese besprach er mit dem Patienten in der Praxis oder er führte erneut ein Beratungsgespräch nach dem 5A-Modell durch.

**Abbildung 41** – Gesundheitsberatung nach dem 5 A-Modell



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Goldstein, Whitlock, DePue (2004).

Im Vergleich zu einer Kontrollgruppe zeigte die Evaluation, dass sich das krankheitsspezifische Selbstsorgeverhalten der Patienten signifikant verbesserte (Kontrolle der medizinischen Parameter). Ebenso verbesserten sich Aspekte der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (Vitalität, soziale Einschränkung, Selbstwirksamkeit). Die Patienten fühlten sich insgesamt signifikant besser versorgt. Die MFA und die delegierenden Ärzte akzeptierten die neue Rolle der MFA als Case Managerin.

## Next Steps

Auf Basis der Studie wurde das Pilot-Projekt zur „Praxis-Professionalisierung am Beispiel der Herzinsuffizienz“ initiiert. Dies wird seit Juni 2007 im „Gesunden Kinzigtal“ umgesetzt. Das Case Management

Modell wurde in der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung in Heidelberg in Kooperation mit den allgemeinmedizinischen Instituten Frankfurt und Jena weiterentwickelt und auf Patienten mit Diabetes mellitus und/oder chronisch obstruktiver Lungenerkrankung und/oder Herzinsuffizienz mit statistisch hohem Risiko einer Krankenhausaufnahme übertragen. Die Ergebnisse der Evaluationsstudie „PraCMan“ (Praxisbasiertes Case Management) werden erwartet. Das erfolgreiche Modell wird im Rahmen eines Selektivvertrags nach § 73b SGB V mit der AOK Baden-Württemberg seit dem 3. Quartal 2014 implementiert. Eine Voraussetzung ist die zusätzlich spezifisch geschulte VERAH (Übernahme des professionellen Wundmanagements). Die Dokumentation des Case Managements erfolgt softwaregestützt in der Praxis.

## Ansprechpartner

PD Dr. med. Frank Peters-Klimm

Koordination

Medizinische Universitätsklinik Heidelberg

Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung

Voßstrasse 2

69115 Heidelberg

Telefon: 06221 566 206

E-Mail: [Frank.Peters-Klimm@med.uni-heidelberg.de](mailto:Frank.Peters-Klimm@med.uni-heidelberg.de)

# Integrierte/Vernetzte Versorgung

## Münchener Ärzte – Praxisnetz West und Umgebung e. V.

*Autor: Christian Brucks*

### Management Summary

Das Projekt möchte die Behandlungsprozesse im haus- und fachärztlichen Bereich effizienter gestalten und deren Qualität erhöhen. Daneben sollen regionale Versorgungsstrukturen aufgebaut und die Übergänge zwischen ambulanter und stationärer Versorgung verbessert werden.

Dazu hat sich 2006 das Praxisnetz Münchner Ärzte – Praxisnetz West und Umgebung e.V. gegründet. Diesem gehören 270 Ärzte aus 114 Praxen an, womit es zu den größten Praxisnetzen in Bayern zählt. Grundlagen der integrierten und vernetzten Versorgung sind einheitliche, elektronische Programme, um die Praxen zu verwalten und miteinander zu vernetzen. Dadurch können beispielsweise Behandlungsdaten sofort ausgetauscht oder Termine schneller vergeben werden. 2013 wurden entsprechende Programme erstmals eingeführt – mittlerweile werden diese in 46 Praxen angewandt. Derzeit besteht ein Integrierter Versorgungsvertrag mit der AOK-Bayern. Teilnehmen können nur AOK-Versicherte, wohingegen die vernetzte Versorgung im Praxisnetz für jeden zugänglich ist.

Die externe Evaluierung des Projektes startete im Sommer 2014, so dass derzeit noch keine Ergebnisse vorliegen. Intern konnten jedoch positive Erfahrungen beim Austausch der Behandlungsdaten gemacht werden.

### Umsetzung

Kernstück der integrierten und vernetzten Versorgung ist das elektronische Vernetzungskonzept (vgl. Abbildung 42). Dabei werden zwei Programme einheitlich von allen teilnehmenden Praxen verwendet. Eines um die Praxis zu verwalten, ein zweites, um sie mit anderen zu vernetzen. So werden beispielsweise Behandlungsdaten in den Bereichen Diagnose, Medikamente oder abschließende Beurteilung automatisch untereinander ausgetauscht. Manuell können weitere Informationen aus der elektronischen Patientenakte an Kollegen versandt werden. So können doppelte Untersuchungen genauso wie mehrfache Verordnungen von Medikamenten vermieden werden. Termine beim Facharzt werden außerdem zeitnah vergeben. Sollte ein Patient in eine Klinik eingewiesen werden, kann zügig ein Notfalldatenaustausch stattfinden – falls mit der Klinik kooperiert wird. All das führte dazu, dass die Behandlungsqualität verbessert und der Praxisablauf effektiver wurde. Dies belegt eine Zeitersparnis von 30 Prozent. Durch diese Ersparnis kann der Patient wieder persönlicher betreut werden. Daneben schätzen die teilnehmenden Praxen vor allem die Möglichkeit, bei Aktualisierungen (Updates) kostenlos geschult zu werden. Zudem kann die wirtschaftliche Situation ihrer Praxis überprüft werden – das Verwaltungsprogramm ermöglicht dies. Ein weiterer Vorteil liegt darin, dass Medizinische Fachangestellte innerhalb des Praxisnetzes ausgetauscht werden können, ohne dass sie extra eingearbeitet werden müssen. Termine, die über die Inter-

netseite der jeweiligen Praxis vergeben werden, sind dank der elektronischen Vernetzung ebenfalls möglich und bieten dem Patienten weiteren Komfort.

**Abbildung 42** – Bestandteile der Integrierten/Vernetzten Versorgung



Quelle: Eigene Darstellung.

Da das Thema Datenschutz eine wichtige Rolle spielt, werden die Daten nur ausgetauscht, wenn eine entsprechende Erklärung des Patienten vorliegt. Darüber hinaus muss diese Erklärung in jeder Praxis, die vom Patienten aufgesucht wird, abgegeben werden. Dadurch ist gewährleistet, dass der Patient entscheiden kann, welche Ärzte seine Daten austauschen. Die Erklärung kann jederzeit widerrufen werden.

## Nächste Schritte

Zunächst sollen die Gespräche mit dem Helios Klinikum München West fortgesetzt werden, um diese in das Projekt zu integrieren. Hierbei spielen vor allem das Notfalldaten- sowie das Entlassungsmanagement eine Rolle. Diese können die Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung verbessern. Gespräche mit weiteren Kliniken sind ebenfalls geplant. Außerdem sollen die derzeit 46 vernetzten Praxen auf 75 erhöht werden. Der Dialog mit dem Patienten soll ebenso wie die Öffentlichkeitsarbeit intensiviert werden. Zudem wird eine Förderung nach § 87b SGB V geprüft.

## Ansprechpartner

Christian Brucks

Dipl. Betriebswirt (FH)

Gesundheitsökonom

Münchner Ärzte e. V.

August-Exter-Straße 4

81245 München

Telefon: 089 – 820 797 34

E-Mail: brucks@muenchner-aerzte.eu

# Integrierte Versorgung Diabetischer Fuß

## Vertrag gemäß § 140 SGB V zwischen der AOK Schleswig-Holstein und dem Praxisnetz Herzogtum Lauenburg e. V.

*Autor: Markus Knöfler*

### Management Summary

Ziel des Projektes ist es, die Behandlung des Diabetischen Fußsyndroms (DFS) bei Diabetes-Patienten qualitativ zu verbessern und Behandlungsdauern in der Region Herzogtum Lauenburg in Schleswig-Holstein zu verkürzen.

Das Projekt „Integrierte Versorgung Diabetischer Fuß“ versucht, Patienten frühzeitig interdisziplinär zu diagnostizieren und zu behandeln. Hausärzte arbeiten dazu zusammen mit Schwerpunktpraxen und Fußambulanzen, die bei Bedarf weitere Maßnahmen im fachärztlichen oder stationären Bereich einleiten. Durch eine verbesserte Behandlungsqualität lassen sich Amputationen und somit stationäre Aufenthalte vermeiden. Ist ein DFS-Patient in den IV-Vertrag eingeschrieben (Voraussetzung hierfür war die Teilnahme an einem Disease Management Programm (DMP) für Diabetes mellitus), können bei einer Akutbehandlung mindestens 4.320 Euro eingespart werden – gemäß des Qualitätsberichts 2006 des Netzwerkes Köln. Auch unter diesem Aspekt, soll die Versorgung effizienter gestaltet werden.

Das Projekt „Integrierte Versorgung Diabetischer Fuß“ ist ein Vertrag gemäß § 140 SGB V zwischen der AOK NordWest (ehemals AOK Schleswig-Holstein) und dem Praxisnetz Herzogtum Lauenburg e. V..

### Umsetzung

Etwa sechs Millionen Deutsche sind Diabetiker. 15 Prozent davon erleiden im Laufe ihres Lebens ein Diabetisches Fußsyndrom. In vielen Fällen muss der Fuß des Patienten amputiert werden. Ist die Kontrolle des Fußes auffällig, fordert das DMP Diabetes bereits eine gewisse Struktur- und Prozessqualität – allerdings werden evidenzbasierte Behandlungsstrategien nicht vorgeschrieben. Vor diesem Hintergrund entwickelte das Praxisnetz Herzogtum Lauenburg gemeinsam mit der AOK NordWest einen IV-Vertrag nach §§ 140 a-d SGB V, um die Behandlungsqualität bei ausgewiesenen Versorgungsträgern zu verbessern.

Das Projekt „Integrierte Versorgung Diabetischer Fuß“ richtet sich an Versicherte der AOK NordWest mit der Diagnose Diabetes mellitus. Die Projektpartner streben an, dass weniger Diabetes-Patienten ein diabetisches Fußsyndrom entwickeln bzw. den Schweregrad der Krankheit zu reduzieren.

An dem interdisziplinären Versorgungsprogramm beteiligt sind folgende Versorgungsebenen: Die hausärztliche und fachärztliche Ebene, die Diabetes-Schwerpunktpraxen, die Fußambulanzen und die Fußstation Klinik für Geriatrie Ratzeburg.

Zunächst identifiziert der Hausarzt den Patienten mit einem auffälligen Fuß und überweist ihn an eine Schwerpunktpraxis oder eine Fußambulanz. Dort wird das Risikopotential abgeklärt und gegebenenfalls

entlastende Maßnahmen eingeleitet: Einlagen- oder Schuhversorgung, Stoffwechseloptimierung oder medizinische Fußpflege. Ab Wagner Stadium 1, einer üblichen Klassifizierung der Stärke des Fußsyndroms, wird der Patient in die Integrierte Versorgung eingeschrieben. Es erfolgen eine Fotodokumentation sowie die Ausstellung eines Fußpasses.

Der Hausarzt führt die Wundversorgung fort – entsprechend der Therapieempfehlung der Schwerpunktpraxis oder der Fußambulanz. Zudem monitoriert er den weiteren Behandlungsverlauf des Patienten. Sollten weitere Maßnahmen (zum Beispiel ambulante Pflege, psychosoziale Maßnahmen) notwendig sein, koordiniert der Hausarzt diese.

Je nach Stadium oder Verschlechterung des Zustands, kann die Fußambulanz den Patienten an einen entsprechenden Facharzt (zum Beispiel der Orthopädie, Dermatologie, Chirurgie, Angiologie/Phlebologie, Radiologie) überweisen. Sollten chirurgische Eingriffe oder stationäre Aufenthalte notwendig sein, leitet die Fußambulanz diese ein.

Interne und externe Evaluationen über ein, drei und fünf Jahre hinweg verdeutlichen den Erfolg des Projekts:

- Risikofüße werden frühzeitig durch den Hausarzt identifiziert
- Doppeluntersuchungen bei den Fachärzten entfallen und senken insgesamt die Anzahl der Arztbesuche
- Amputationsraten konnten insgesamt um 6 Prozentpunkte gesenkt werden
- Anzahl der Krankenhaustage, Krankheitsrückfälle und Wundheilungszeiten wurden reduziert

Die durch die Fußambulanz angebotenen Fußschulungen sensibilisieren und aktivieren die Patienten, um eigenverantwortlich mit der Krankheit und ihren Gefahren umzugehen.

Die AOK NordWest finanzierte Material- und Strukturkosten gemäß der Angaben des EBM und der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein. Als direkter Vertragspartner war das Praxisnetz Herzogtum Lauenburg verantwortlich für sämtliche Abrechnungen und die Zuteilung der Vergütung an die Projektpartner. Im Jahr 2011 wurde der IV-Vertrag seitens des Praxisnetzes beendet, da für eine erfolgreiche Weiterführung ein elektronisches Abrechnungssystem notwendig war. Zu diesem Zeitpunkt konnte dieses nicht finanziert werden, da zu wenig Patienten an dem Programm teilnahmen.

## Nächste Schritte

Das Praxisnetz modifizierte die Vertragsinhalte und führte Gespräche mit der AOK NordWest. Ziel ist es, den Vertrag im Laufe des Jahres 2014 in seiner ursprünglichen Form erneut einzugehen, aber die Verwaltung anders zu gestalten. Eine Software-Lösung kann das gesamte Vertragsgeschehen (Einschreibung der Patienten, Dokumentation, Behandlungspfadsteuerung, Leistungsabrechnung) im Sinne einer elektronischen Fallakte realisieren.

## Ansprechpartner

Markus Knöfler

Geschäftsführung

Praxisnetz Herzogtum Lauenburg e.V.

Dechower Weg 4

23909 Ratzeburg

Telefon: 04541 879 091 1

E-Mail: markus.knoefler@praxisnetz-lauenburg.de

# Integrierte Versorgung im Netzwerk Essstörungen Ostalbkreis NEO

*Autoren: Dr. med Askan Hendrichke und Martin von Wachter*

## Management Summary

Das Netzwerk Essstörungen Ostalbkreis (NEO) verfolgt das Ziel, Patientinnen mit Essstörungen zu therapieren und präventiv zu wirken. NEO besteht aus ambulanten und stationären Ärzten, Psychologen und Sozialarbeitern und wurde 2002 gegründet.

Essstörungen sind ein verbreitetes Krankheitsbild: In Baden-Württemberg sind circa 17.000 Frauen betroffen. Seit 2007 besteht ein Integrierter Versorgungsvertrag nach §§ 140ff. SGB V zwischen der AOK Baden-Württemberg und NEO. Den Therapeuten von NEO ist es dadurch möglich, einen Gesamtbehandlungsplan für die Patientinnen zu realisieren – in Form von gemeinsamen Fallkonferenzen, vergüteten Schnittstellen und Kooperationsvereinbarungen. Der Behandlungsprozess wird in einem dreistufigen Phasenmodell durchgeführt. Dadurch soll es den Patienten erleichtert werden, sich in jedem Erkrankungsstadium an NEO zu wenden – über alle sektoralen Ebenen.

Von 2007 bis 2010 wurde das Behandlungsprogramm von NEO extern evaluiert. 145 Patientinnen mit Essstörungen nahmen an der Studie teil. Davon absolvierten 27 Prozent das komplette Phasenmodell. Die Ergebnisse zeigten, dass die psychischen Belastungen signifikant zurück gingen; bei 36 Prozent stieg der BMI signifikant an.

## Umsetzung

Essstörungen werden nach drei Haupterkrankungen differenziert: Anorexie (Magersucht (AN), Bulimie (Ess-Brech-Sucht (BN)) und Binge-Eating-Disorder (Fressanfälle (BED)). Mit einer Prävalenz von einem Prozent bei Anorexie und zwei Prozent bei Bulimie sind in Baden-Württemberg circa 17.000 Frauen betroffen. Pro Patient fallen für die Leistungs-finanzierer jährlich Kosten in Höhe von 20.000 bis 30.000 Euro an. Patienten mit Essstörungen zu behandeln, ist sehr schwierig. Zum einem sind sie nur schwer für eine Behandlung zu motivieren. Zum anderen läuft die ambulante Nachbehandlung nach einem Krankenhausaufenthalt unkoordiniert ab. Das führt zu hohen Rückfallraten der Patienten.

Das Netzwerk NEO gibt es seit 2002. Es besteht aus 21 Therapeuten: Ambulanten und stationären Ärzten, Psychologen und Sozialarbeitern. Seit 2007 hat sich NEO mit der AOK Baden-Württemberg zusammengeschlossen. Durch einen Integrierten Versorgungsvertrag nach §§ 140ff. SGB V kann das Projekt nachhaltig finanziert werden. Ziel des IV-Vertrages ist es, einen strukturierten Gesamtbehandlungsplan zu entwickeln, wie er in den S3 Leitlinien 2011 gefordert wird.

Der Behandlungsprozess ist in drei Phasen gegliedert (vgl. Tabelle 6). Die Struktur- und Prozessqualität des Versorgungskonzepts wird gewährleistet durch vergütete Qualitätszirkel, Supervisionen und Fortbildungsveranstaltungen. In einem vierwöchigen Rhythmus finden gemeinsame Fallkonferenzen aller am-

bulant und klinisch tätigen Therapeuten statt. Dabei wird der Behandlungsprozess anhand individueller Indikationsentscheidungen koordiniert.

**Tabelle 6 – Behandlungsprozess in drei Phasen**

| Motivationsphase   | Therapiephase  | Nachsorgephase   |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dauer: 3-6 Monate</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dauer: 12-18 Monate</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dauer: 6-12 Monate</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Motivation und Vorbereitung auf die Psychotherapie</li> </ul>                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eigentlicher Inhalt der Psychotherapie</li> </ul>                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nachsorge und Rückfallprophylaxe</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Einzelgespräche und Motivationsgruppen alle 14 Tage</li> </ul>                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wöchentliche Teilnahme an Gruppenpsychotherapien</li> </ul>               | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Teilnahme an Gruppentherapien alle drei Wochen</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ernährungsberatung durch die AOK</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zusätzliches Angebot an Einzeltherapien</li> </ul>                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bei Bedarf Einzel-, Gruppen-, Paar- oder Familiengespräche</li> </ul>                                   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bei Bedarf: Paar- und Familiengespräche durch Sozialpädagogen der Suchtberatungsstelle</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fortführung der Ernährungsberatung</li> </ul>                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ein Jahr nach Beendigung der Nachsorgephase: Einladung zur Abschlussuntersuchung (Katamnese)</li> </ul> |
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Abnahme der therapeutischen Angebotsdichte je nach Erfordernis</li> </ul> |  |

Quelle: Eigene Darstellung.

Das Projekt wurde extern durch die Universität Ulm evaluiert. Die Ergebnisse zeigen, dass die psychischen Belastungen signifikant zurückgingen. 35 Patientinnen wurden nach der Zufriedenheit befragt; 83 Prozent von ihnen waren sehr zufrieden. Es wurde die Symptomatik der Patienten evaluiert, die Veränderung der sozialen Funktionen sowie die Patientenzufriedenheit. 39 Patienten haben alle drei Therapiestufen abgeschlossen (vgl. Tabelle 7).

**Tabelle 7 – Behandlungsergebnisse im Netzwerk Essstörungen**

| Anorexie   | Bulimie  | Binge-Eating-Disorder  |
|--|--|--|
| 14 Patienten (36,8%)   | 18 Patienten (47,4%)   | 6 Patienten (15,8%)  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nachweis einer hochsignifikanten Zunahme des BMI von 17,0 auf 19,0 kg/m<sup>2</sup>.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bei 50% der Patientinnen keine bulimische Symptomatik mehr vorhanden.</li> <li>• Nur 17% erfüllten noch die Kriterien einer Bulimie.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 33% der Patientinnen haben keine „Essanfälle“ mehr.</li> <li>• Die übrigen Patientinnen konnten ihre Essanfälle deutlich reduzieren.</li> </ul> |

Quelle: Eigene Darstellung.

## Nächste Schritte

Jährlich werden 20 bis 25 neue Patientinnen in das Programm aufgenommen. Die Finanzierung durch die AOK sichert das Programm langfristig. Zehn Prozent der Kostenzusagen erfolgen bereits von anderen Krankenkassen. Aufgrund des großen Interesses an dem IV-Projekt wäre es also denkbar, den Vertrag auf andere Krankenkassen auszuweiten.

## Ansprechpartner

Dr. med. Askan Hendrichke

Klinik für Psychosomatik

Ostalb-Klinikum Aalen

Im Kälblesrain 1

73430 Aalen

Telefon: 07361 551 801

E-Mail: [askan.hendrichke@ostalbklinikum.de](mailto:askan.hendrichke@ostalbklinikum.de)

Dr. med. Martin von Wachter

stellv. Vorstandsvorsitzender

Netzwerk Essstörungen Ostalbkreis e. V.

Im Kälblesrain 1

73430 Aalen

Telefon: 07361 551 801

E-Mail: [von.wachter@ostalbklinikum.de](mailto:von.wachter@ostalbklinikum.de)

# Kompass, ein Assistenzsystem für Senioren und betreuungsbedürftige Mitmenschen

*Autor: Bettina Schnor*

## Management Summary

Das Assistenzprogramm „Kompass“ erhöht die Sicherheit alter oder betreuungsbedürftiger Menschen und unterstützt deren Selbstständigkeit. Es vereint zahlreiche Funktionen. So erkennt es beispielsweise Stürze und setzt automatisch einen Notruf ab – inklusive genauer Ortsangabe. Der Notruf und damit eine schnelle Hilfe sind also auch dann gewährleistet, wenn die gestürzte Person schwerer verletzt oder gar ohnmächtig ist. Darüber hinaus erinnert das Programm auch an Termine für Arztbesuche und Medikamenteneinnahmen. Ebenso kann es den Pfleger informieren, sobald eine Person ein bestimmtes Gebäude verlässt. Dies bietet sich insbesondere für Demenzkranke an.

Nutzer des Kompass-Systems sind sowohl die betreuten Personen selbst als auch das Pflegepersonal. Der Einsatz in Pflegeeinrichtungen gibt nicht nur den Patienten, sondern auch dem Pflegepersonal und den Angehörigen mehr Sicherheit, da sie über Gefahrensituationen früher informiert werden. Der Kompass-Assistent läuft ohne Zusatzkosten auf handelsüblichen Smartphones – es ist keine weitere Hardware notwendig.

Entwickelt wurde das Programm (seit 2011) am Institut für „Informatik und Computational Science“ an der Universität Potsdam in Kooperation mit dem Pflegeheim Florencehort in Stahnsdorf, einer Einrichtung des Landesausschuss für Innere Mission (LAFIM). Dank dieser Zusammenarbeit können Prototypen zeitnah mit Endnutzern evaluiert und die Ergebnisse in der Weiterentwicklung berücksichtigt werden.

## Umsetzung

Die sturzgefährdete Person wird mit einem Smartphone ausgestattet, das in einer Bauchtasche in Hüfthöhe getragen wird.

Das Programm ermöglicht:

- Eine automatische Sturzerkennung bei Stürzen mit Bewusstlosigkeit
- Einen automatischen Hilferuf auf das Handy des Pflegers oder des Angehörigen
- Die Lokalisierung des Sturzortes und die Angabe des Sturzortes im Hilferuf entweder über WLAN oder Mobilfunk. Kompass generiert eine Nachricht, die mittels synthetisierter Sprache erzeugt wird, etwa: „Frau Meier ist im Garten gestürzt.“

Die Kompass-Lokalisierung arbeitet innerhalb von Gebäuden WLAN-basiert. Der frei konfigurierbare Notruf kann zu Nachbarn, Verwandten oder auch zum Pflegepersonal gesendet werden, um gegebenenfalls entsprechende Schritte einzuleiten. Für den Patienten entfällt die Hemmschwelle, einen Notarzt anzuru-

fen. Dank der Lokalisierungsfunktion gewinnt der Patient zusätzliche Freiheit; er kann sein zu Hause verlassen, ohne die Absicherung zu verlieren.

Mit dem Kompass-Assistenten werden Möglichkeiten erschlossen, die im bisherigen Pflegealltag gar nicht oder nicht hinreichend unterstützt werden. Das Diensthandy des Pflegers ist dabei Teil des Kompass-Systems, denn alle Notrufe bekommt dieser direkt auf sein Diensthandy. Im Büro der Pflegeleitung werden Termine am PC eingetragen und von dort auf die mobilen Geräte einfach per Mausklick übertragen. Der Pfleger wird also nicht belastet, sondern vielmehr entlastet.

Ziel des Kompass-Projekts ist es, möglichst kostengünstige Lösungen anzubieten. Daher werden handelsübliche Smartphones genutzt. Moderne Smartphones besitzen einen 3-Achsen-Beschleunigungssensor, der üblicherweise zur Orientierung des Displays benutzt wird, der aber auch erfolgreich zur Sturzerkennung eingesetzt werden kann.

Für die Entwicklung des Systems wurden 84 Stürze junger Probanden aufgezeichnet. Dazu gehörten Stolperstürze (nach vorn/hinten/seitwärts), aus der Beuge, nach dem Aufstehen sowie einige Treppenstufen hinab. Wäre die Sturzerkennung zu empfindlich oder zu viele Fehlalarme ausgelöst, wäre sie für den täglichen Einsatz nicht brauchbar. Deshalb wurden zusätzlich Activities of Daily Life von Senioren (ADLs) aufgezeichnet, also normale Bewegungen ohne Sturz, und in einen Simulator eingespielt. Die Simulationsergebnisse belegen die Qualität der Kompass-Sturzerkennung (vgl. Tabelle 5), da 83 von 84 Stürzen und sämtliche „normalen“ Bewegungen als solche erkannt wurden.

**Tabelle 5 – Übersicht der Kompass-Sturzerkennung**

| Erkennungsprogramm              | Erkannt als Sturz | Erkannt als ADL |
|---------------------------------|-------------------|-----------------|
| Stürze                          | 83                | 1               |
| Activities of Daily Life (ADLs) | 0                 | alle            |

Quelle: Eigene Darstellung.

Im Gegensatz zur Sturzerkennung mit intelligenten Kameras, die auf bestimmte Wohnbereiche beschränkt bleiben, kann der Kompass-Assistent überall genutzt werden. Mittlerweile gibt es auch Sturzerkennungs-Apps im Google Android Market, die sich jedoch in ersten Tests als viel zu empfindlich herausgestellt haben. In einer mit Psychologen der Universität Jena durchgeführten Nutzerakzeptanzstudie wurden zehn Bewohner sowie zehn Pflegekräfte interviewt. Auch wenn die Bewohner selbst keine Handys oder Smartphones benutzten, waren sie dem Assistenzsystem gegenüber aufgeschlossen und erwarteten einen offensichtlichen Nutzen für sich selbst.

## Nächste Schritte

Derzeit wird ein weiterer überwachter kontinuierlicher Testbetrieb beim Landesausschuss für Innere Mission (LAFIM) vorbereitet. Damit sollen potentielle Schwachstellen des Systems identifiziert werden. Zudem soll der Kompass-Assistent um eine Sturzklassifikation erweitert werden (Sturz nach vorn/hinten/seitwärts). Ein automatisch erstelltes Sturzprotokoll kann dann durch einen Mediziner ausgewertet werden. Außerdem soll die Lokalisierung mittels GPS integriert werden.

## **Ansprechpartner**

Prof. Dr. habil. Bettina Schnor

Professur Betriebssysteme und Verteilte Systeme

Universität Potsdam, Institut für Informatik und Computational Science

August-Bebel-Straße 89

14482 Potsdam

Telefon: 0331 977 312 0

E-Mail: [schnor@cs.uni-potsdam.de](mailto:schnor@cs.uni-potsdam.de)

# Lippe in Form

## Ein multimodales Patientenschulungsprogramm für adipöse Erwachsene der Ärztenetz Lippe GmbH

*Autor: Regina Eckel*

### Management Summary

Ziel des Projektes ist es, krankhaftes Übergewicht (Adipositas) wirkungsvoll zu senken und damit einhergehende Erkrankungen zu vermeiden. Außerdem soll erreicht werden, dass sich der Lebensstil verändert – hin zu einer gesünderen Lebensweise.

„Lippe in Form“ bietet dafür seit Mai 2011 ein 12-monatiges Schulungsprogramm, welches aus drei Modulen besteht: Verhaltens-, Bewegungs- und Ernährungstraining.

Dabei ist es wichtig, die einzelnen Module eng miteinander zu verbinden, denn nur so können sie ihre Wirkung entfalten. Hierzu arbeiten die Therapeuten der Ärztenetz Lippe GmbH Hand in Hand: Sie gewähren sich gegenseitig Einblicke, führen regelmäßige Teambesprechungen durch oder bilden sich fort.

Das Projekt im Kreis Lippe hatte bisher 70 Teilnehmer. Partner waren unter anderem die AOK Nordwest, die ihren Versicherten die Kurskosten zu 80 Prozent erstattete, sowie weitere Krankenkassen. Von 40 der 70 Teilnehmer liegen bereits Evaluationsergebnisse vor.

Das Projekt wird von einer Arbeitsgruppe innerhalb der Ärztenetz Lippe GmbH initiiert. Die in der Arbeitsgruppe organisierten Ärzte arbeiten hauptsächlich im Bereich Ernährungsmedizin und Diabetes.

### Umsetzung

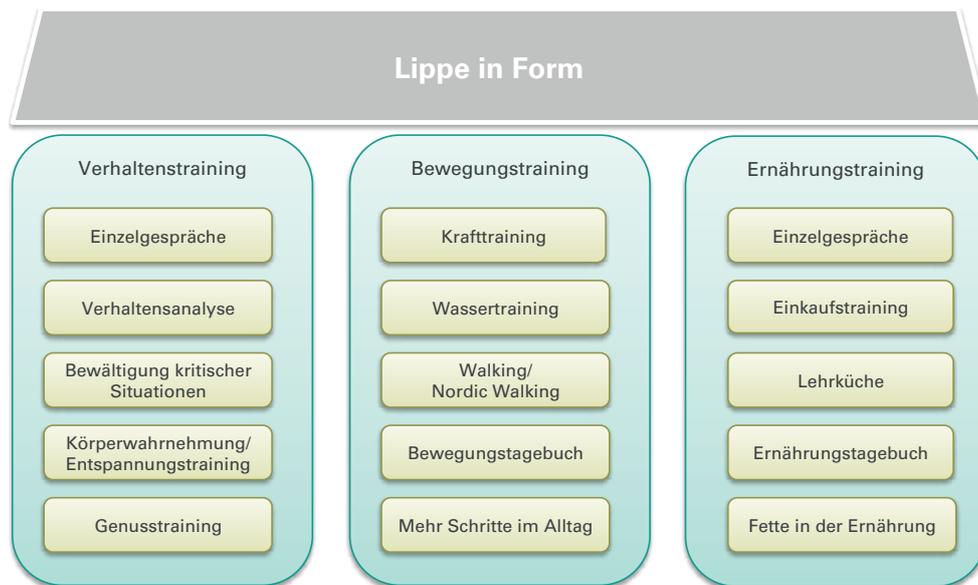
Die Grundlage von „Lippe in Form“ bilden die drei Säulen Verhaltenstraining, Bewegungstraining und Ernährungstraining (vgl. Abbildung 43).

Das **Verhaltenstraining** besteht aus sieben Gruppensitzungen von je 90 Minuten, welche inhaltlich aufeinander aufbauen. Ergänzend werden Kursunterlagen bereitgestellt, die auch Übungsaufgaben für zu Hause enthalten. Diese fördern die alltägliche Routine des Teilnehmers – was mit Blick auf die Zeit nach dem Programm wichtig ist. Daneben gibt es zwei Einzelgespräche: Ein persönliches Gespräch von etwa 30 Minuten sowie eine Telefonsprechzeit von 10 Minuten. Dadurch wird der Patient individuell betreut.

Beim **Bewegungstraining** wird die besondere körperliche Verfassung der Teilnehmer berücksichtigt und die Übungseinheiten werden entsprechend gestaltet. Somit können die Beteiligten die Inhalte ohne großen Aufwand zu Hause umsetzen. Der theoretische Teil der jeweiligen Übungseinheit wird anfangs vermittelt und sofort mit dem Trainingspartner praktisch umgesetzt. Der Trainingspartner ist neben dem Bewegungstherapeuten ein wichtiger Baustein: Er motiviert und unterstützt.

Ebenso helfen die Therapeuten den Teilnehmern, ihr Bewegungsverhalten nachhaltig zu verändern.

**Abbildung 43** – Konzept Lippe in Form



Quelle: Eigene Darstellung.

Das Ziel des **Ernährungstrainings** ist es, die Essgewohnheiten langfristig zu verändern. Das Gewicht soll sich dauerhaft stabilisieren. Grundlage dafür ist die energiereduzierte Mischkost, also eine Ernährung aus überwiegend pflanzlichen Lebensmitteln. Das Modul besteht aus sechs theoretischen und zwei praktischen Einheiten. Es wird darüber hinaus durch zwei individuelle Beratungsgespräche ergänzt. Hierbei wird besonders darauf geachtet, den Zusammenhang zwischen Verhalten, Bewegung und Ernährung deutlich zu machen.

## Nächste Schritte

Im Mai 2011 startete die Pilotphase von „Lippe in Form“. Gut zwei Jahre später, im Juli 2013, wurde ein Schulungsplan beim Medizinischen Dienst der Krankenkassen eingereicht und das Projekt somit erfolgreich beendet.

## Ansprechpartner

Regina Eckel

Projektleitung Ärztenetz Lippe GmbH

Gildestraße 1

32760 Detmold

Telefon: 05231 458 250

E-Mail: eckel@aerztenetz-lippe.de

# Pharmazeutisches Konsil – Krankenhausapotheker auf Station

## Ein Projekt in einem Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung

*Autor: Helga Giraud*

### Management Summary

Das Projekt „Pharmazeutisches Konsil“ will die Sicherheit der Arzneimitteltherapie im Krankenhaus verbessern, indem ein Apotheker auf Station die Medikation jedes Patienten überprüft, um unerwünschte Arzneimittelereignisse zu vermeiden. Das Projekt wurde initiiert von der Fürst-Stirum-Klinik in Bruchsal.

Der Fortschritt in der Arzneimitteltherapie und der fast unüberschaubare Generikamarkt machen die Arzneimitteltherapie immer komplexer. Ein Risiko für Patienten besteht beispielsweise, wenn die Arzneimitteltherapie zwischen ambulant und stationär nicht lückenlos organisiert wird. Hier kann der Apotheker als Arzneimittelfachmann dem Arzt und dem Pflegedienst im Krankenhaus hilfreich zur Seite stehen. Durch die kaufmännische Sicht und den täglichen Umgang mit betriebswirtschaftlichen Aufgaben besitzt das Apothekenpersonal auch die Fachkompetenz für die Arzneimittellogistik.

Seit Oktober 2007 arbeitet ein Apotheker auf verschiedenen Stationen der Fürst-Stirum-Klinik in Bruchsal. Er überprüft regelmäßig die Medikation der neu aufgenommenen Patienten und berät die Ärzte und das Pflegepersonal. Nach dem Erfolg des Projekts auf den chirurgischen Stationen beraten die Apotheker nun auch in der urologischen und gynäkologischen Klinik.

### Umsetzung

Patienten leiden häufig unter unerwünschten Arzneimittelwirkungen, Wechselwirkungen und Dosierungsfehlern, weil ihre medikamentöse Therapie nicht richtig eingestellt ist. Eine Arbeitsgruppe des Klinikums Bruchsal mit Ärzten, Pflege und Apothekern definierte in der Vorbereitungsphase des Projekts den Aufgabenbereich des pharmazeutischen Konsils sowie den Ablauf des Projekts. Das übergeordnete Ziel des Stationsapothekers ist es, die Sicherheit der Arzneimitteltherapie im Krankenhaus zu verbessern. Unter anderem umfasst sein Tätigkeitsbereich die folgenden Aufgaben:

- Maßnahmen entwickeln, besonders in Bezug auf unerwünschte Arzneimittelwirkungen, Wechselwirkungen und Dosierungsfehler
- Medikation auf Vollständigkeit überprüfen
- Übergang von ambulanter zu stationärer Arzneimitteltherapie optimieren (lückenlose Medikation)

Auf dem speziell entwickelten Formular „Pharmazeutisches Konsil“ tragen Ärzte die vom Hausarzt verschriebene Medikation ein. Dies geschieht entweder während des Vorgesprächs mit dem Patienten (bei der geplanten Aufnahme) oder direkt bei der stationären Aufnahme. Der Stationsapotheker ergänzt das Formular vor Ort mit den substituierten Arzneimitteln der Hausliste (aut idem und aut simile), überprüft

die Medikation auf Interaktionen, Dosierungen und Indikationen (insbesondere für Antibiotika) und gibt bei Bedarf Hinweise für die behandelnden Ärzte. Bei Unklarheiten befragt er den Hausarzt oder den Patienten. Eventuelle Auffälligkeiten werden direkt mit dem Stationsarzt besprochen. Die Arbeitsgruppe entwickelte außerdem Tabellen, die die Aut-Simile-Substitution mit Dosisäquivalenzen anderer Medikamente übersichtlich darstellen.

**Tabelle 8** – Klassifikation der arzneimittelbezogenen Interventionen im Zeitraum Januar-Februar 2014

| Arzneimittelbezogene Intervention                                | Prozent |
|--|---------|
| Abklärung von Wechselwirkungen                                   | 2,80%   |
| Hinweise zur Anwendung   | 6,23%   |
| Dosierungshinweise und Korrekturen                               | 6,93%   |
| Aut-Simile-Substitutionen und Vermeidung von Sonderanforderungen | 8,33%   |
| Arzneimittelsicherheit allgemein                                 | 12,92%  |
| Aut-Idem-Substitutionen (inkl. anderer Darreichungsformen)       | 62,80%  |

Quelle: Eigene Darstellung.

Das unterschriebene Formular dient gleichzeitig als Anforderungsbeleg, sodass die Krankenhausapotheke nicht vorrätige Arzneimittel umgehend nachbestellen kann. Gleichzeitig unterstützt der Apotheker das Pflegepersonal beim Bedarfsmanagement, insbesondere bei Sonderanforderungen und der Beurteilung von Arzneimitteln, die der Patient mitgebracht hat. Der Stationsapotheker kennt sämtliche Alternativtherapien und kann somit auf preiswertere Alternativen hinweisen oder aber Arzneimittel zeitgerecht absetzen lassen. Die Evaluation des Projekts „Der Krankenhausapotheker auf Station“ erfolgte bisher intern. Von Januar bis Februar 2014 wurde Art und Anzahl der Beratungsinterventionen untersucht. Bei rund 35 Prozent aller Arzneimittelverordnungen war eine Intervention durch den Apotheker erforderlich (entspricht 1.285 Fällen). Die Art und der Anteil der Interventionen sind in der Tabelle 8 dargestellt.

## Nächste Schritte

Die Akzeptanz des Projektes war sowohl auf Seiten der Patienten als auch der Leistungserbringer groß. Ferner ist der Nutzen – auch beiderseits – offensichtlich. Der zunächst befristet angestellte Apotheker konnte somit dauerhaft auf Station arbeiten. Auch andere Krankenhäuser etablierten inzwischen Stationsapotheker. Der Klinikverbund beabsichtigt, diesen Service in allen Kliniken der Regionalen Kliniken Holding einzuführen. Das Aufgabenspektrum des „Pharmazeutischen Konsils“ soll sich in Zukunft auf das Entlassmanagement ausweiten: Der Stationsapotheker kann Arzneimittel für den Patienten bereitstellen und über die Einnahme von Medikamenten zu Hause beraten.

## Ansprechpartner

Helga Giraud

Leiterin Zentralapotheke der Kliniken des Landkreises Karlsruhe gGmbH

Gutleutstraße 1–14

76646 Bruchsal

Telefon: 07251 708 584 50

E-Mail: helga.giraud@kliniken-lk.de

# Psychotherapeutisches Zentrum POLIKUM (PZP)

## Alles Leben ist Problemlösung

*Autor: Kim Aline Leopoldt*

### Management Summary

Das Psychotherapeutische Zentrum POLIKUM (PZP) hat sich zum Ziel gemacht, die individuelle Versorgungssituation von psychisch und psychosomatisch kranken Menschen zu verbessern. Individuell auf den Patienten zugeschnittene Therapieansätze bilden die Arbeitsgrundlage des PZP. Ein besonderes Augenmerk liegt auf der Gruppentherapie – der Anteil dieser Therapie soll erhöht sowie deren Ausbildung gefördert werden.

Das PZP wurde 2008 gegründet. Heute arbeiten dort mehr als 20 ärztliche und psychologische Psychotherapeuten, Fachärzte für psychosomatische Medizin und Psychotherapie und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie. An den drei Berliner Standorten behandeln sie insgesamt weit mehr als 8.000 Fälle pro Jahr. Das Zentrum ist für Patienten telefonisch sehr gut erreichbar, was in herkömmlichen Praxen oftmals problematisch ist. Außerdem profitieren Patienten von der Patientenakte, in der die Behandler des PZP zusammen mit anderen Fachbereichen des POLIKUM arbeiten (insbesondere dem Hausarztbereich, der Diabetologie, der Orthopädie, der Urologie und der Gynäkologie).

Diese Zusammenarbeit ermöglicht eine zeitnahe und fachübergreifende Versorgung der Patienten. Die POLIKUM Holding wurde 2004 gegründet und ist spezialisiert auf die integrierte ambulante Versorgung. Mit vier medizinischen Versorgungszentren in Berlin und Leipzig ist sie einer der größten ambulanten Leistungserbringer in Deutschland: Bis zu 40 Haus- und Fachärzten und etwa 100 weitere Mitarbeitern arbeiten jeweils an einem Standort.

### Umsetzung

Im internationalen Vergleich sind in Deutschland Menschen mit psychischen und psychosomatischen Störungen eher gut versorgt. Jeder gesetzlich versicherte Patient hat Anrecht auf eine ambulante psychotherapeutische Behandlung, die zu 100 Prozent finanziert wird.

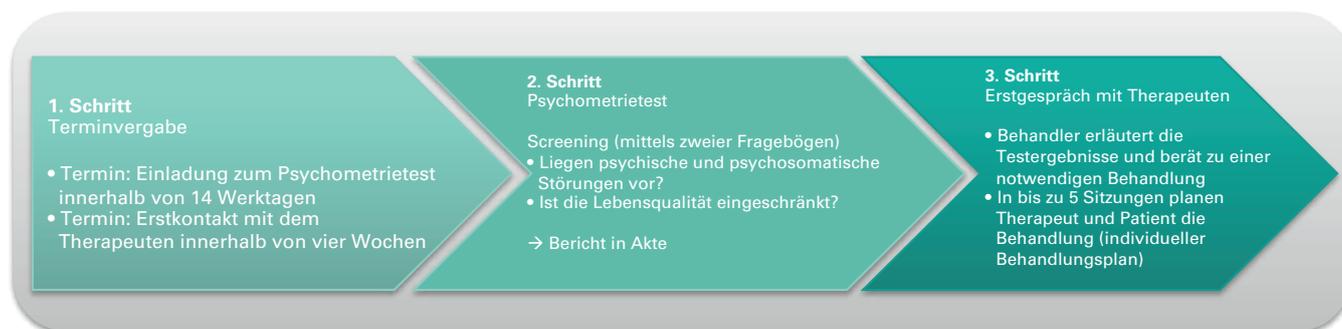
Der ambulante Behandlungsbedarf wird aus den unterschiedlichsten Gründen jedes Jahrzehnt größer, nur ein geringer Anteil der Betroffenen wird sachgemäß behandelt. Die Wartezeiten für Psychotherapieplätze werden immer länger, während Behandler viel Zeit für Bürokratie (Antrag stellen, Gutachten) aufwenden. Die Arbeitsunfähigkeitszeiten steigen aus den unterschiedlichsten Gründen immer weiter an. Ebenso die Zahl der Menschen, die wegen psychischer und psychosomatischer Erkrankungen frühzeitig aus dem Erwerbsleben aussteigen.

Das PZP kombiniert einzelne Elemente des Versorgungssystems sinnvoll miteinander und stimmt das Angebot auf Problemgruppen ab. Zum anderen begleiten Versorgungsforschungsprojekte das PZP, um

nachzuweisen, dass dieses Konzept effektiv ist. Chroniker und Patienten mit somatischen Krankheiten erfahren den gezielten Mehrwert vor allem, weil weitere Fachärzte im POLIKUM mitbehandeln.

Im PZP werden unterschiedliche Therapiemethoden angewandt, zum Beispiel Akut- und Krisenbehandlung, Einzel- und Gruppentherapie, Verhaltenstherapie, Tiefenpsychologische Therapie. Ein ausgeprägter Behandlungsschwerpunkt besteht in der Gruppentherapie.

**Abbildung 44** – Diagnostik, Beratung und Information im PZP in drei Schritten



Quelle: Eigene Darstellung.

Die psychotherapeutischen Angebote stellen sich auf die Bedürfnisse moderner Klienten und Patienten ein. Im PZP bekommen Patienten möglichst rasch Zugang zu niedrigschwelligen, zeitnahen und zeitlich begrenzten Angeboten zur Identifikation (Diagnostik) von persönlichen Entwicklungsproblemen, die symptomatisch werden (Angst und Depression und andere mehr) können. Auch integrierte Versorgungsverträge mit Krankenkassen, die weit über die Angebote der Richtlinienpsychotherapien hinausgehen, unterstreichen den innovativen Charakter des PZP:

- Vereinfachtes Antragsverfahren für den Patienten
- Psychosoziale Interventionsgespräche und/oder Bewegungstherapie
- Ambulante Weiterbehandlung nach stationärem Aufenthalt
- Fach- und sektorenübergreifende Zusammenarbeit

Im Jahr 2013 wurden im PZP 1.090 Patienten psychotherapeutisch behandelt. Eine aktuelle Auswertung zeigt, dass Patienten des PZP im Vergleich zu Zahlen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ihre Therapie mit fünf bis zehn Sitzungen weniger und ein bis zwei Quartale früher abschließen konnten.

## Nächste Schritte

Nicht mehr desselben ist vonnöten, sondern moderne flexible und vor allem unbürokratische Konzepte und Modelle der ambulanten Versorgung, aufbauend auf den vorhandenen Möglichkeiten. Ziel ist, das Versorgungsangebot in den nächsten Jahren weiter auszurollen und neue Kooperations- und Behandlungsstrategien zu etablieren. Ein weiterer Fokus wird auf dem Bereich der Versorgungsforschung liegen. Die vielversprechenden Evaluationsergebnisse sollen durch weitere Versorgungsforschungsprojekte bestätigt werden.

## **Ansprechpartner**

Kim Aline Leopoldt

Leitung Vertragsmanagement

Psychotherapeutisches Zentrum POLIKUM (PZP)

Marburger Straße 12–13

10789 Berlin

Telefon: 030 897 950 0

E-Mail: [kim-aline.leopoldt@polikum.de](mailto:kim-aline.leopoldt@polikum.de)

# Psychologische Online-Beratung

## pflegen-und-leben.de

*Autor: Imke Wolf*

### Management Summary

Das Projekt „pflegen-und-leben.de“ hat zum Ziel, die Rahmenbedingungen für pflegende Angehörige zu optimieren. Dazu bietet die Initiative bundesweit eine kostenfreie psychologische Online-Beratung, die eine emotionale Entlastung ermöglicht. Die professionelle Beratung zeigt Hilfesuchenden geeignete Problemlösungsstrategien auf und unterstützt, eigene Lösungswege in der Stressbewältigung zu finden. Pflegende können das Angebot jederzeit wahrnehmen – kostenfrei und anonym.

Träger des Projekts ist die Catania gemeinnützige GmbH. Sie ist Mitglied im Paritätischen Wohlfahrtsverband sowie Unterzeichner der Initiative Transparente Zivilgesellschaft. Das Modellprojekt lief von 2010 bis 2013 und wurde vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend gefördert. Aufgrund der positiven Erfahrungen wurde im April 2014 eine Kooperation geschlossen mit den drei Pflegekassen Barmer GEK Pflegekasse, TK-Pflegeversicherung und DAK-Gesundheit-Pflegekasse. Diese Kooperation ermöglicht es allen gesetzlich versicherten pflegenden Angehörigen, die individuelle Online-Beratung zu nutzen. „pflegen-und-leben.de“ ist bundesweit mit einer Vielzahl von Einrichtungen, Institutionen und Initiativen vernetzt.

### Umsetzung

In Deutschland leben heute rund 2,4 Millionen pflegebedürftige Menschen. Aufgrund des demografischen Wandels wird sich diese Zahl bis zum Jahr 2030 drastisch erhöhen.

Mehr als die Hälfte der Pflegebedürftigen werden ausschließlich durch Angehörige betreut. Pflegende Angehörige sind oftmals psychisch belastet und fühlen sich erschöpft – nur Wenige beanspruchen eine professionelle und persönliche Beratung. Das Projekt „pflegen-und-leben.de“ ist das erste psychologische Online-Beratungsangebot für pflegende Angehörige in Deutschland – seit 2010 wurde dieses erfolgreich implementiert.

Pflegende Angehörige richten sich ein anonymes Benutzerkonto auf der Internetplattform ein. Sie wenden sich schriftlich mit ihren Fragen und Anliegen direkt und datensicher an ein Team diplomierter Psychologen, die alle über eine therapeutische Zusatzqualifikation in einem wissenschaftlich anerkannten Verfahren verfügen und die in der Methode der Online-Beratung gesondert geschult wurden. Durch dieses professionelle „Online-Coaching“ erarbeiten sich Ratsuchende gemeinsam mit ihren Beratern Handlungspotentiale neu, fördern individuelle und soziale Ressourcen und bauen bei Bedarf ein professionelles Hilfe-Netzwerk auf (vgl. Abbildung 45). Allerdings ersetzt die Online-Beratung keine Krisen-Begleitung und auch keine Psychotherapie.

Pflegende Angehörige finden darüber hinaus ein breites Informationsangebot auf der Homepage, beispielsweise können elf mp3-Dateien heruntergeladen werden, welche zu Entspannungs- und Achtsamkeitsübungen sowie zu Traumreisen einladen.

Aus dem Angebot ergeben sich die folgenden Vorteile für Ratsuchende:

Flexibilität: Keine speziellen Öffnungs-, Beratungs- oder Sprechzeiten

Unabhängigkeit: Das Online-Angebot ist überall verfügbar, auch bei schlechter psychosozialer Infrastruktur wie etwa in ländlichen Regionen

Anonymität: Pflegende nähern sich leichter schambesetzten oder tabuisierten Themen an

**Abbildung 45** – Beratungskonzept pflegen-und-leben.de



Quelle: Eigene Darstellung

Die Freie Universität Berlin führte zwischen Juni 2012 und September 2013 eine externe Evaluation durch. Hierzu füllten die Teilnehmer der Online-Beratung an zwei Messzeitpunkten (vor und nach der Beratung) wissenschaftlich anerkannte Fragebögen zum persönlichen Belastungserleben aus. Daten von 114 Teilnehmern konnten in die Auswertung einfließen. Das pflegebedingte Belastungserleben konnte zum Post-Messzeitpunkt signifikant reduziert werden. Die Teilnehmer wiesen ebenso reduzierte Stress-, Angst- und depressive Symptomaten auf. Die Selbstwirksamkeit sowie die wahrgenommene pflegebedingte persönliche Reifung stiegen signifikant. Die Teilnehmer empfanden die Arbeitsbeziehung zwischen ihrem Berater und ihnen als sehr stabil und vertrauensvoll – insgesamt waren sie mit der Online-Beratung sehr zufrieden.

## Nächste Schritte

Die Kooperation zwischen der Barmer GEK Pflegekasse, der DAK-Gesundheit-Pflegekasse und der TK-Pflegeversicherung dauert bis zum 31. März 2015 an (Probezeitraum). Ziel ist es, die Online-Beratung „pflegen-und-leben.de“ dauerhaft für pflegende Angehörige zu ermöglichen. Sämtliche Erkenntnisse aus der Evaluation gehen in die weiteren Vertragsgespräche mit den Kassen ein.

## Ansprechpartner

Dipl.-Psych. Imke Wolf

Projektleiterin

Catania gemeinnützige GmbH – Hilfe für Helfer

Turmstraße 21

10559 Berlin

Telefon: 030 303 906 70

E-Mail: [i.wolf@pflegen-und-leben.de](mailto:i.wolf@pflegen-und-leben.de)

# Rollende Arztpraxis

## Mobile Versorgung in ländlichen Regionen

*Autor: Stefan Hofmann*

### Management Summary

Ziel des Projekts „Rollende Arztpraxis Mobile Versorgung in ländlichen Regionen“ ist es, die ambulante vertragsärztliche Versorgung von älteren, meist chronisch kranken und immobilen Versicherten im Landkreis Wolfenbüttel in Niedersachsen zu ergänzen. Die Patienten werden in einem medizintechnisch ausgestatteten VW Crafter durch Ärzte betreut, die typische hausärztliche Leistungen erbringen. Das Projekt dient auch dazu, herauszufinden, wie in Zukunft und in Zeiten des demographischen Wandels die vertragsärztliche Versorgung in ländlichen Regionen sichergestellt werden kann. Entwickelt wurde das Projekt von der Arbeitsgruppe „Mobilität und Infrastruktur“. Um das Projekt in dieser Form umsetzen zu können, schlossen die Projektbeteiligten einen Rahmenvertrag, der die operative Umsetzung der rollenden Arztpraxis (zum Beispiel Haltung, Ausstattung, Wartung des Fahrzeugs) regelt. Ein Strukturvertrag nach § 73a SGB V zwischen den gesetzlichen Primärkassen, der Barmer GEK sowie der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN) vereinbart die mobile Versorgung losgelöst von den bisherigen Regeln der vertragsärztlichen Versorgung. Dieser Vertrag beschreibt die Teilnahme der Ärzte und der Versicherten, und legt den Einsatzplan sowie die Abrechnung der erbrachten medizinischen Leistungen fest. Seit 6. August 2013 und noch bis Ende 2014 läuft die Projektphase.

### Umsetzung

Der demografische Wandel stellt die medizinische Versorgung im ländlichen Niedersachsen vor große Herausforderungen: Immer mehr älteren Menschen steht eine sinkende Zahl niedergelassener Ärzte gegenüber – die ihrerseits immer älter werden. Um Lösungen für dieses Problem zu finden, hat das Niedersächsische Gesundheitsministerium das Landesprojekt „Gesundheitsregionen Niedersachsen“ ins Leben gerufen (ehemals „Zukunftsregion Gesundheit“).

Nach der Prognose zur Entwicklung der Arztzahlen für das Jahr 2020 der KVN könnte zukünftig auch der Landkreis Wolfenbüttel im hausärztlichen Sektor von einer Unterversorgung bedroht sein. Auch wenn bezogen auf den gesamten Landkreis die aktuellen Zahlen noch eine gesicherte Versorgung belegen, ist zumindest in ländlichen Teilregionen eine Unterversorgung bereits zu einem früheren Zeitpunkt zu befürchten.

Um auf diese drohende Unterversorgung im Landkreis Wolfenbüttel zu reagieren, hat die Arbeitsgruppe „Mobilität und Infrastruktur“ das Projekt „Rollende Arztpraxis“ entwickelt. Bereits heute kann erprobt werden, ob sich so künftig die Behandlung chronisch kranker, älterer und wenig mobiler Patienten im ländlichen Raum verbessern lässt. Die „Rollende Arztpraxis“ ist ein umgebauter VW Crafter, der wie eine Hausarztpraxis ausgestattet ist. Der Kofferaufbau wurde individuell nach den Bedürfnissen der „Roll-

den Arztpraxis“ konstruiert. Die mobile Praxis fährt im Zwei-Wochen-Rhythmus zu festen Zeiten zentrale Plätze in Gemeinden an, in deren unmittelbarer Umgebung kein Hausarzt niedergelassen ist. Die notwendigen Warteräume stellen die Gemeinden zur Verfügung. Die Patienten werden in dem Fahrzeug von einem der drei mobilen Ärzte medizinisch versorgt und mit notwendigen Arznei- und Heilmittelverordnungen ausgestattet.

Ferner unterstützt die „Rollende Arztpraxis“ auch die niedergelassenen Hausärzte, indem die mobilen Ärzte einen Teil der Hausbesuche der Kollegen übernehmen. Der dazu notwendige Datenaustausch zwischen Hausarzt und mobilem Arzt wird durch die technische Ausstattung des Fahrzeugs gewährleistet. Ziel dieser Idee ist es, in den Hausarztpraxen Zeitkapazitäten für jene Patienten zu schaffen, die noch eigenständig in die Praxis kommen können. Nachwuchsärzte sind dadurch möglicherweise auch eher bereit, sich auf dem Land niederzulassen, wenn sie zeitlich spürbar entlastet werden. Von mehr niedergelassenen Ärzten wiederum profitieren die Gemeinden des Landkreises: Eine gute ärztliche Versorgung erhöht die Lebensqualität und gestaltet den Landkreis für Neubürger attraktiver.

Durch die „Rollende Arztpraxis“ wird den morbidem und immobilen Patienten auch in Zeiten des Ärztemangels der Zugang zu einer bedarfsgerechten medizinischen Versorgung wohnortnah ermöglicht. Die oft umständliche Anfahrt zum eigenen Hausarzt kann den Patienten zumindest alle zwei Wochen erspart werden. Nichtsdestotrotz ist zu betonen, dass die „Rollende Arztpraxis“ nicht den Hausarzt ersetzt, sondern die medizinische Betreuung unterstützt. Aus diesem Grund wird der jeweilige Hausarzt nach der Untersuchung über das Ergebnis und die gegebenenfalls verordneten Arznei-, Heil- und Hilfsmittel informiert. Ältere, oft sozial isolierte Patienten erfahren eine leicht zugängliche medizinische Versorgung und können beim gemeinsamen Warten in den Gemeinderäumen bei einer Tasse Kaffee soziale Kontakte aufbauen.

Die „Rollende Arztpraxis“ wurde mittels mündlicher und schriftlicher Befragungen von Patienten sowie niedergelassenen und mobilen Hausärzten extern evaluiert. Seit August bis Ende des Jahres 2013 wurden an insgesamt 43 Tagen folgende Gemeinden angefahren: Flöthe, Cramme, Roklum, Hedeper, Dahlum und Winigstedt. In dieser Anlaufphase nahmen insgesamt 41 Patienten im verkürzten dritten Quartal 2013 und 79 Patienten im vierten Quartal 2013 Leistungen der „Rollenden Arztpraxis“ in Anspruch. Dabei haben vor allem die älteren Patienten über 76 Jahre die mobile Versorgung genutzt. Zu den häufigsten Diagnosen gehörten Hypertension, Fettstoffwechselstörungen, Koronare Herzkrankheit, Diabetes sowie grippale Infekte.

## Nächste Schritte

Durch dieses Projekt ist es erstmalig gelungen, älteren immobilen Patienten in einer strukturschwachen Region eine mobile vertragsärztliche Versorgung anzubieten. Das Projekt läuft bis Ende 2014.

## Ansprechpartner

Stefan Hofmann

Geschäftsführer

KV Niedersachsen

An der Petrikerkirche 1

38100 Braunschweig

Telefon: 0531 241 411 4

E-Mail: stefan.hofmann@kvn.de

# Sozialmedizinische Nachsorge am Klinikum Westbrandenburg

## Begleitung und Unterstützung von Familien mit frühgeborenen und schwerkranken Kindern und Jugendlichen in der Region Potsdam und Brandenburg

*Autor: Kathrin Vogler*

### Management Summary

Mit Hilfe der „Sozialmedizinischen Nachsorge am Klinikum Westbrandenburg“ gelingt es, die Überleitung aus der Kinderklinik in das häusliche Umfeld für extrem Frühgeborene oder kranke Neugeborene sowie für Kinder und Jugendliche mit schweren und chronischen Erkrankungen gut zu strukturieren und zu optimieren. Hier übernimmt das interdisziplinäre Nachsorgeteam eine Art entlastende Brückenfunktion für das kranke Kind und seine Familie. Die schwere Erkrankung des eigenen Kindes verbunden mit oft langwierigen ambulanten Weiterbehandlungen ist für die gesamte Familie eine Herausforderung – und oftmals auch psychosozial belastend. Zum einen sollen die Familien alle notwendigen Therapien und Hilfen organisieren, zum anderen müssen sie lernen, mit der Krankheit ihres Kindes im eigenen Alltag umzugehen. Die Nachsorgeeinrichtung am Klinikum Westbrandenburg stellt den Familien ein aufsuchend arbeitendes interdisziplinäres Nachsorgeteam zur Seite, welches die Familie frühzeitig und bedürfnisgerecht bei der Überleitung des kranken Kindes aus der Kinderklinik nach Hause unterstützt und nach dem Handlungskonzept „Case Management“ Hilfe zur Selbsthilfe gibt. Im Team sind alle für die Versorgung eines schwer kranken Kindes notwendigen Professionen vertreten: Kinderärzte, Kinderkrankenschwestern, Sozialarbeiter, Psychologen und Case Manager.

Die Case Manager des Nachsorgeteams vernetzen die für die Versorgung des Kindes notwendigen Dienstleister, um eine stabile häusliche Versorgung zu gewährleisten und relevante Informationen zu erfassen und mit Zustimmung der Eltern weiterzuleiten.

Auf Systemebene ist die Nachsorgeeinrichtung (Bunter Kreis Potsdam) seit Januar 2012 assoziiertes Mitglied im Bundesverband Bunter Kreis e.V. sowie in regionalen Netzwerken organisiert (beispielsweise Kinderschutzgruppe oder Gesunde Kinder in Potsdam). Als erste zugelassene Nachsorgeeinrichtung im Land Brandenburg ist die Einrichtung am Klinikum Westbrandenburg Leistungserbringer nach § 132c SGB V.

### Umsetzung

Im Rahmen der Überleitung des Kindes aus der Kinderklinik nach Hause baut der Case Manager das formelle Versorgungsnetz der Familie auf, abgestimmt auf den individuellen Versorgungsbedarf des Kindes

und seiner Familie. Voraus geht ein umfangreiches Assessment, um die informellen Ressourcen der Familie und ihre speziellen Bedarfe zu ermitteln. Sie informieren weiterversorgende Einrichtungen über den Gesundheitszustand des Kindes sowie über notwendige Leistungen für eine sichere häusliche Versorgungssituation. Die Familie und alle Bezugspersonen des kranken Kindes (zum Beispiel Kita) werden durch das Nachsorgeteam angeleitet und beraten, um Sicherheit im Umgang mit den besonderen Anforderungen in der Versorgung des kranken Kindes sowie ein besseres Krankheitsverständnis im individuellen Verlauf des Kindes zu erlangen. Die Eltern verstehen die Funktion und Aufgaben der Leistungserbringer im Gesundheits- und Sozialsystem besser, werden kontinuierlich beraten und in ihrer Selbständigkeit in Bezug auf die Versorgung des Kindes ermutigt. Ängste können so abgebaut werden und Krisen medizinischer oder psychosozialer Natur können minimiert oder vermieden werden.

Nach der Stabilisierung der Situation zu Hause und nach viel „Hilfe zur Selbsthilfe“ zieht sich das Nachsorgeteam nach ca. drei Monaten unterstützender Leistungen aus der Familie zurück.

Das Konzept der Nachsorgeeinrichtung basiert auf dem Care-Service-Science-Konzept in Anlehnung an bereits entwickelte Konzepte (Bunter Kreis Augsburg und beta-Institut):

- Care: Bestmögliches Wissen aus Wissenschaft und Praxis wird angewendet.
- Service: Sicherstellen, dass das „Richtige“ auch richtig getan wird.
- Science: Strukturen, Prozesse und Ergebnisse des zertifizierten Unterstützungsangebots werden evaluiert und leisten somit ihren Beitrag zur lokalen Versorgungsforschung. Die Erfassung der anonymisierten Daten dient gleichzeitig zur überregionalen Evaluation in der Nachsorgeforschung.

Die Nachsorgeeinrichtung befragt nach Ende der Nachsorge mittels Evaluationsbögen Eltern und Mitarbeiter zu ihrer Zufriedenheit. Eine Vielzahl an Indikatoren erfasst fortlaufend die Ergebnisqualität (zum Beispiel ungeplante Wiederaufnahmerate in die Kinderklinik, Anzahl der Kinderarztbesuche, Informationsgrad der Eltern).

## Nächste Schritte

Durch den Zusammenschluss zweier Kinderkliniken im Klinikum Westbrandenburg (aus dem Klinikum Ernst von Bergmann und aus dem Städtischen Klinikum Brandenburg) kann am Standort Stadt Brandenburg ein weiteres Nachsorgeteam die Arbeit aufnehmen und so weitere Kinder und ihre Familien mit Hilfebedarf erreichen. Perspektivisch soll außerdem ein spezialisiertes Nachsorgeteam in Potsdam größere schwerstkranken oder chronisch kranken Kinder und Jugendliche betreuen.

## Ansprechpartner

Kathrin Vogler

Case Managerin (DGCC), Leitung Sozialmedizinische Nachsorge

Klinikum Westbrandenburg GmbH

Charlottenstraße 72

14467 Potsdam

Telefon: 0331 241 592 1

E-Mail: kvogler@klinikumwb.de

# Spezialambulanz für ADHS

## Spezialambulanz für Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen vom Kindes- bis in das Erwachsenenalter

*Autor: Hanna Christiansen*

### Management Summary

In der Spezialambulanz werden Kinder und Erwachsene mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) diagnostiziert und leitliniengerecht behandelt. Außerdem sollen Vorurteile über ADHS abgebaut werden. Die Patienten sollen lernen, die Erkrankung zu verstehen und damit umzugehen. Langfristig soll ein Konzept zur Schulung von Lehrkräften im Umgang mit Kindern und Jugendlichen mit ADHS wissenschaftlich erprobt und angewendet werden.

2011 errichtete die Philipps-Universität Marburg die ADHS-Spezialambulanz, in der erstmals Kinder wie auch Erwachsene unter einem Dach versorgt werden. Die Spezialambulanz kooperiert kontinuierlich mit Schulen und Kindergärten. Darüber hinaus gibt es eine Zusammenarbeit mit dem Kinderschutzbund Marburg. Dabei berichten ADHS-Betroffene selbst; die Schüler können gezielt Fragen stellen.

Bis zum April 2014 konnten 50 Kinder und ihre Eltern an einer Therapiestudie teilnehmen. Zwischenergebnisse hierzu liegen bereits vor.

### Umsetzung

In der Regelversorgung werden an ADHS erkrankte Kinder und Jugendliche getrennt von den Erwachsenen behandelt. Ab dem 18. Lebensjahr werden die Patienten an Einrichtungen zur Erwachsenenversorgung überwiesen. Dies geht oftmals mit längeren Wartezeiten einher. Hinzu kommt, dass ADHS im Erwachsenenalter weniger bekannt ist und oftmals nicht speziell behandelt wird. Dies kann zu einem Bruch in der Versorgung führen.

Hier setzt die Spezialambulanz an: Die Psychotherapieambulanz Marburg (PAM e.V.) bietet sowohl eine Erwachsenenpsychotherapie als auch Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie. Beide sind eng vernetzt, sodass ein breites Behandlungsspektrum angeboten werden kann. Die Kernbereiche der Spezialambulanz bestehen aus:

- Der Diagnostik der jugendlichen und erwachsenen ADHS-Erkrankung
- Der multimodalen, leitliniengerechten, bereichsübergreifenden und individuellen Therapie

Um **ADHS bei Kindern und Jugendlichen zu diagnostizieren**, werden Patienten sowie Eltern und Lehrer ausführlich befragt, unter anderem mit standardisierten Fragebögen. Damit wird eine möglichst große Informationsbasis geschaffen. Die Fragebögen haben den Vorteil, dass sie auch Nebenerkrankungen wie Angststörungen erfassen. Diese treten oft gemeinsam mit ADHS auf. Ein neurowissenschaftlicher Test erfasst zudem die drei Kernsymptome: Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität.

Bei der **multimodalen Therapiestudie** für Kinder setzen die Therapeuten entweder ein Training zum Selbstmanagement oder eine Neurofeedback-Behandlung ein. Beim Selbstmanagement lernen die Kinder, wie sie Aufgaben und Probleme eigenständig und aktiv bewältigen können. Neurofeedback ist eine computergestützte Trainingsmethode: Patienten erkennen ausgewählte Parameter der eigenen Gehirnaktivität (Gehirnstromkurven), die man gewöhnlich nicht wahrnimmt. Dadurch lernen Patienten, ihre Gehirnaktivität besser zu regulieren. Dies ist wichtig, weil viele Krankheiten, Störungen oder Verhaltensmuster zurückzuführen sind auf eine fehlerhafte Regulierung der Gehirnaktivität. Teilnehmen können Kinder zwischen sechs und elf Jahren sowie ihre Eltern. Sie erhalten insgesamt 30 Sitzungen mit Selbstmanagement oder Neurofeedback; darüber hinaus werden in sechs weiteren Sitzungen begleitende Störungen behandelt. Die Eltern lernen während fünf Doppelstunden den grundlegenden Umgang mit ADHS. Am Ende der Therapie sowie nach sechs und zwölf Monaten wird der Erfolg der Therapie evaluiert.

Da ADHS lange als „Kinderkrankheit“ galt, wurde die **Diagnostik bei Erwachsenen** vernachlässigt – und das, obwohl sich die Krankheit bei 20 bis 80 Prozent mit zunehmendem Alter fortsetzt und insgesamt vier bis fünf Prozent der Erwachsenen betroffen sind. Insbesondere in Deutschland liegen kaum standardisierte Verfahren vor, sodass die Spezialambulanz zunächst englischsprachige Tests übersetzte. Die Diagnostik erfolgt analog zu der im Kindes- und Jugendalter, d. h. neben einem klinischen Interview, Selbst- und Fremdbeurteilungsverfahren wird eine computergestützte Diagnostik eingesetzt.

Seit April 2012 bietet die Spezialambulanz eine ambulante Spezialsprechstunde für erwachsene Patienten mit ADHS an. Je nach Diagnose und Bedarf wird den Patienten die Teilnahme an einer Gruppentherapie angeboten oder es erfolgt eine Überweisung für eine medikamentöse Therapie.

**Abbildung 46** – Behandlungsablauf in der Spezialambulanz Marburg



Quelle: Eigene Darstellung.

## Nächste Schritte

Die Ambulanz wird dauerhaft fortgeführt als fester Bestandteil der Philipps-Universität Marburg. Daneben soll das Neurofeedback fester Bestandteil der Therapie sein. Um gezielt Vorurteile abzubauen, soll außerdem noch stärker über die Erkrankung aufgeklärt und dazu mit entsprechenden Partnern kooperiert werden.

## Ansprechpartner

Prof. Dr. Hanna Christiansen

Leiterin Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie-Ambulanz Marburg

Gutenbergstraße 18

35037 Marburg

Telefon: 06421 282 370 6

E-Mail: christih@staff.uni-marburg.de

# Strukturiertes Arzneimittelmanagement

## Strukturiertes Arzneimittelmanagement in der Gesundheitsregion Siegerland

*Autor: Thomas Müller*

### Management Summary

Das im August 2013 gestartete Pilotprojekt richtet sich an multimorbide Patienten, die fünf oder mehr Medikamente gleichzeitig einnehmen. Die Risiken bei der Einnahme mehrerer Medikamente sind unter anderem unerwünschte Neben- bzw. Wechselwirkungen, Aufenthalte im Krankenhaus oder gar Todesfälle. Die Schnittstellen im Gesundheitssystem sind Teil des Problems, da sich Leistungserbringer meist nicht sektorenübergreifend über die bestehende Medikation austauschen.

Das möchte die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL) ändern – mit arztübergreifenden Medikationslisten sowie besser vernetzten Haus- und Fachärzten. Dabei kooperiert sie in der Region Siegerland mit der BARMER GEK und der Techniker Krankenkasse sowie einem Praxisnetz, das aus 80 Haus- und Fachärzten besteht.

Bisher schrieben sich 110 Patienten der BARMER GEK in das Projekt ein. Intern wurde das Projekt mittels Ärzte- und Patientenbefragungen evaluiert. Geplant ist außerdem, anhand der in der KVWL verfügbaren Rezeptabrechnungsdaten eine interne Evaluation durchzuführen.

### Umsetzung

Häufige Krankenhausaufenthalte und Facharztbesuche führen oft zu einer Vielzahl verordneter Medikamente, über die der betreuende Hausarzt jedoch nicht immer vollständig informiert ist. Falls der Patient eine Liste der Medikamente besitzt, ist sie nicht standardisiert und nicht elektronisch verfügbar. Vielmehr muss sich der Arzt den Überblick mühsam selbst zusammensuchen und in der Arztsoftware aufwendig manuell dokumentieren.

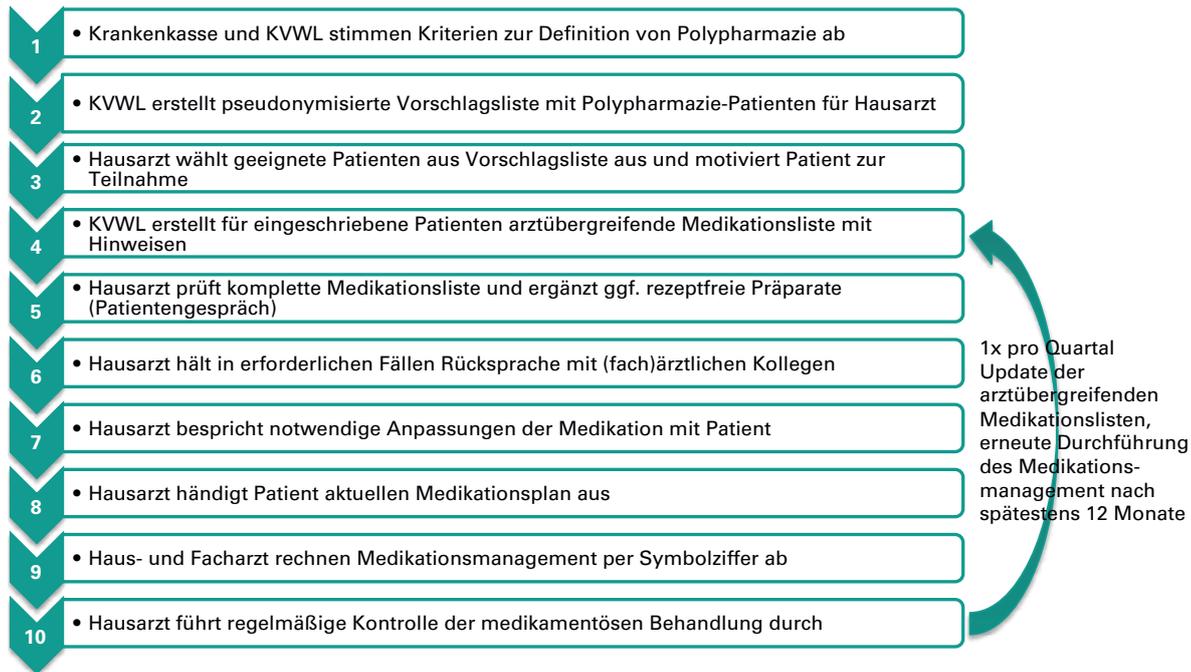
Durch ein strukturiertes Arzneimittelmanagement soll die Compliance der Patienten sowie die Arzneimitteltherapiesicherheit verbessert werden. Zudem soll die medikamentöse Therapie optimiert bzw. eine Unter-, Über- oder Fehlversorgung mit Medikamenten vermieden werden – etwa mit netzinternen, evidenzbasierten Verordnungsempfehlungen und Behandlungspfaden.

Für das strukturierte Arzneimittelmanagement werden die Daten der Rezeptabrechnungen verwendet. Die KVWL erhält gemäß Sozialgesetzbuch V die monatlichen Verordnungsdaten von den Apothekenrechenzentren. Sofern der Patient einverstanden ist, werden diese Daten von der KVWL aufbereitet und einmal pro Quartal an den Hausarzt übermittelt. Die arztübergreifende Medikationsliste zeigt ausreichend detailliert die aktuelle Medikation sowie die Verordnungen der letzten 12 Monate. Darüber hinaus sieht

der Arzt, wie lange die verordneten Medikamente ausreichen. Im Falle von unerwünschten Wechselwirkungen der verordneten Medikamente erhält der Arzt ergänzende Hinweise.

Es ist bekannt, dass übermäßig häufige Warnungen ignoriert werden. Daher priorisieren die Mitglieder der AG Polypharmazie vorab potenzielle Meldungen. Abhängig von der klinischen Relevanz wurden gewisse Warnhinweise ausgewählt. Ergänzend werden vor Ort Pharmakotherapiekreise durchgeführt. Die dort erarbeiteten Therapieempfehlungen können wirkstoff- oder diagnosebezogen verwendet werden. Auch die Warnhinweise werden angepasst.

**Abbildung 47** – Workflow für die Umsetzung des strukturierten Arzneimittelmanagements



Quelle: Eigene Darstellung.

Erste interne Evaluationsergebnisse zeigen, dass die Mehrheit der teilnehmenden Ärzte und Patienten das Projekt sehr positiv bewerten. Eine Zwischenauswertung zählte darüber hinaus die verschiedenen Wirkstoffe je Patient und Quartal: In der Interventionsgruppe sank die Anzahl verordneter Wirkstoffe signifikant; während sich in der Kontrollgruppe keine Veränderung ergab. Auch die Verordnungsmenge, gemessen in Tagesdosen (DDD), wie auch die Verordnungskosten konnten durch das strukturierte Arzneimittelmanagement signifikant gesenkt werden.

## Nächste Schritte

Die Techniker Krankenkasse ist seit dem 1.10.2014 dem Projekt beigetreten, mit weiteren Krankenkassen wird derzeit verhandelt. Außerdem sollen die Praxisnetzmitglieder elektronisch vernetzt werden, damit die Medikationspläne elektronisch ausgetauscht werden können. Später kann dies auf Krankenhäuser oder Pflegeeinrichtungen ausgeweitet werden. Weitere interne Analysen folgen, wenn die Interventionsgruppe über mindestens 12 Monate beobachtet werden konnte.

## **Ansprechpartner**

Thomas Müller

Geschäftsführer

Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe

Robert-Schimrigk-Str. 4–6

44141 Dortmund

Telefon: 0231 943 232 06

E-Mail: [thomas.mueller@kvwl.de](mailto:thomas.mueller@kvwl.de)

# Verbesserung der Versorgung bipolarer Patienten

## Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen e. V.

*Autor: Grazina Urmonas*

### Management Summary

Die Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen (DGBS) möchte die Versorgung bipolar Erkrankter fördern. Dazu hat der Vorstand der DGBS ein Gütesiegel geschaffen. Es wird verliehen, wenn eine qualitativ hochwertige Behandlung für bipolare Patienten sichergestellt ist. Dies soll stationäre und teilstationäre Einrichtungen motivieren, ihr Angebot zu überprüfen und gegebenenfalls zu erweitern.

Dazu werden Kooperationsverträge zwischen der DGBS und der jeweiligen Einrichtung geschlossen. Im Dezember 2013 wurden insgesamt zwölf Kliniken mit dem DGBS-Gütesiegel ausgezeichnet.

### Umsetzung

Stationäre oder teilstationäre Einrichtungen, die das Gütesiegel der DGBS erwerben wollen, müssen bestimmte Qualitätskriterien erfüllen (vgl. Abbildung 48). Diese sind auf der Grundlage eines Kooperationsvertrages mit der DGBS verpflichtend umzusetzen.

Dazu zählen unter anderem, dass Patienten über die bipolare Erkrankung und deren Therapie informiert und aufgeklärt werden. Zudem soll der Patient gemäß der deutschen S3-Leitlinie zu Bipolaren Störungen behandelt werden. Kliniken müssen über eine eigene Ambulanz mit Spezialsprechstunde Bipolar verfügen. Psychoedukationen müssen stationär, teilstationär oder ambulant angeboten werden.

Die folgenden Kriterien sind derzeit noch fakultativ:

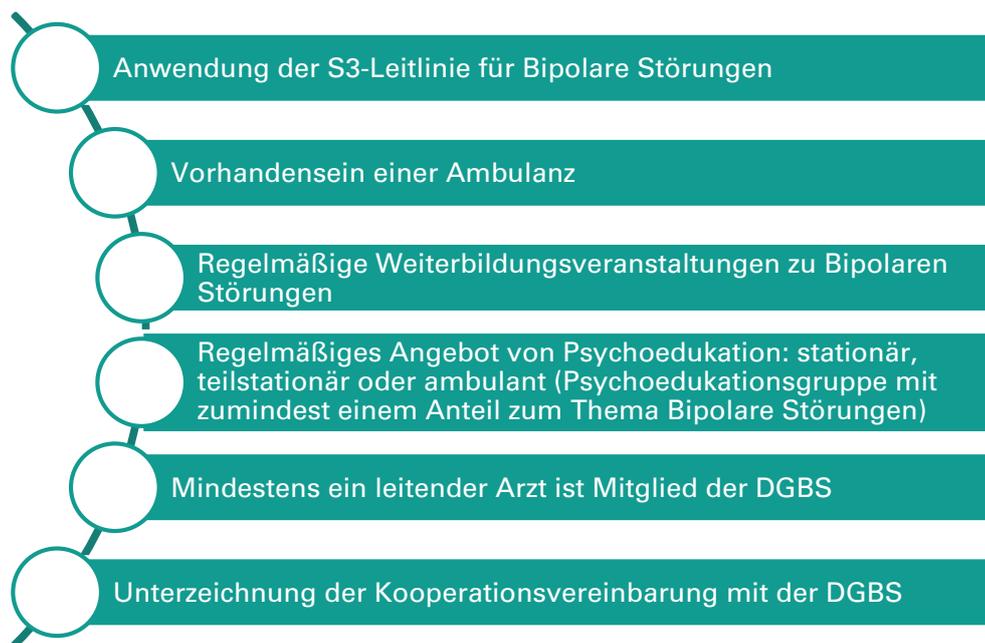
- Regelmäßige Angehörigenseminare (mit zumindest einem Anteil zum Thema Bipolare Störungen)
- Auf- und Ausbau eines trialogischen Netzwerkes (Haus-, Fachärzte, Klinik, Betroffene, Angehörige und deren Selbsthilfegruppen)
- Kontinuierliche Zusammenarbeit mit den örtlichen Selbsthilfegruppen oder Unterstützung bei deren Gründung

Finanziert wird das Projekt derzeit ausschließlich von der DGBS und maßgeblich über Mitgliedsbeiträge und Spenden.

Mit dem eigens entwickelten Gütesiegel verfolgt die DGBS folgende wesentliche Ziele:

- Verbesserung der Versorgung bipolarer Patienten auf höchstem Niveau
- Gewinnung von weiteren Gütesiegelkliniken
- Vernetzung der Kliniken
- Zusammenarbeit mit Angehörigen und Patienten mittels Schulungen und Ausbildung

**Abbildung 48** – Vergabekriterien der DGBS für das Gütesiegel



Quelle: Eigene Darstellung.

## Nächste Schritte

Alle drei Jahre sollen die ausgezeichneten Kliniken überprüft werden. Darüber hinaus bewertet die DGBS regelmäßig die Einhaltung der Vergabekriterien neu. Ergänzend sollen Patientenbefragungen umgesetzt werden und Evaluationen der Kliniken folgen.

Das Konzept der DGBS soll regional weiter verbreitet und vor Ort mit Leben gefüllt werden.

Bisher wurden 73 Kliniken in Nordrhein-Westfalen angeschrieben. Davon haben sich bisher zwölf für ein Gütesiegel interessiert. Bis 2015 werden alle nationalen Kliniken angeschrieben.

## Ansprechpartner

Grazina Urmonas

Geschäftsführerin

Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen e. V.

Geschäftsstelle

Postfach 800 130

Telefon: 040 854 088 85

E-Mail: [g.urmonas@dgbs.de](mailto:g.urmonas@dgbs.de)

[www.dgbs.de](http://www.dgbs.de)

# Verbesserung der Versorgung demenzkranker älterer Menschen im Krankenhaus

## Teilprojekt „Entwicklung und Evaluation eines tagesbetreuenden Angebots für Menschen mit einer Demenz im Akutkrankenhaus“ – „Blickwechsel Demenz“

*Autor: Susanne Angerhausen*

### Management Summary

Ziel des Versorgungsprojektes „Blickwechsel Demenz“ ist es, demenzkranke Patienten vor einer Verschlechterung ihres Zustandes durch einen Krankenhausaufenthalt zu bewahren. Patienten mit einer kognitiven Störung erleiden während eines Krankenhausaufenthaltes zusätzliche Schäden – unabhängig von ihrer akuten Krankheit. Durch ein betreuendes und tagesstrukturierendes Angebot werden die Risiken reduziert, die ein Krankenhausaufenthalt für diese Patientengruppe mit sich bringt.

Projektträger ist die Gemeinnützige Gesellschaft für soziale Projekte mbH (GSP). Die GSP ist die Projektgesellschaft des Paritätischen in Nordrhein-Westfalen, ein Netzwerk von rund 3.000 sozialen Initiativen, Diensten und Einrichtungen. Kooperationspartner des Versorgungsprojektes ist das Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke in Nordrhein-Westfalen.

Seit 2009 besteht im Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke die „Tagesbetreuung Teekesselchen“. Dieses Betreuungsangebot bietet Patienten mit Orientierungsstörungen einen Rückzugsort im Krankenhaus, um sich dort an einen strukturierten Tagesablauf zu gewöhnen. Altenpflegekräfte betreuen und beschäftigen zwei bis sieben Patienten in geregelten Zeiten, sodass diese keinen Fähigkeitsverlust erleiden.

Das Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld evaluierte das Versorgungsprojekt über den Zeitraum von mehr als einem Jahr. Ergebnisse dieser Evaluation verdeutlichen, dass Patienten durch den Aufenthalt in der Tagesbetreuung „Teekesselchen“ ihren Gesundheitsstand stabilisieren können – und ihre Kompetenzen teilweise sogar ansteigen. Aber auch Mitarbeiter und Angehörige werden durch die Versorgungsstruktur entlastet.

Seit Dezember 2012 gilt es, im Rahmen des Projektes „Blickwechsel Demenz. NRW.“ auch andere Krankenhäuser dabei zu unterstützen, demenzsensible Versorgungskonzepte zu entwickeln und einzuführen.

### Umsetzung

In den vergangenen Jahrzehnten erhöhte sich die Anzahl der Patienten in stationärer Behandlung zwischen 75 und 84 Jahren um fast 80 Prozent. Dadurch weisen erheblich mehr Patienten neben ihrer behandlungsbedürftigen Erkrankung eine demenzielle oder andere psychische Störung auf. Schätzungen

gehen davon aus, dass mittlerweile 20 bis 30 Prozent der Patienten in Akutkrankenhäusern eine kognitive Einschränkung haben.

Unterdessen verdichtet sich der Arbeitsalltag in Krankenhäusern; eine kurze Verweildauer, der Abbau von Pflegestellen und der zugleich zunehmende Arbeitsumfang belasten die Prozesse in Krankenhäusern. Patienten in Akutkrankenhäusern brauchen mehr Begleitung und Betreuung, die von weniger (meist ausgelasteten) Mitarbeitern erbracht werden sollen.

Patienten mit Orientierungsstörung laufen Gefahr, während eines Krankenhausaufenthaltes über ihre akute Erkrankung hinaus Schaden zu erleiden; allein schon der Umgebungswechsel führt bei dieser Patientengruppe häufig zu einer Verschlechterung des kognitiven Status, also zu einem weiteren Orientierungsverlust. Dabei können auch physische Fähigkeiten abnehmen, wie zum Beispiel die Sicherheit beim Gehen.

Im Rahmen des Projektes „Blickwechsel. Nebendiagnose Demenz im Krankenhaus“ ergriff die GSP im Jahre 2005 die Initiative, um die Versorgung von demenzkranken Patienten im Krankenhaus zu verbessern. Bis 2008 kooperierte der Projektträger mit vier Krankenhäusern in NRW; die Partner entwickelten Unterstützungsangebote und passten Versorgungsstrukturen auf demenzkranke Patienten an. Angeregt durch Beispiele aus dem Ausland, sammelte das Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke erste Erfahrungen mit einem gruppenbezogenen und tagesstrukturierenden Angebot.

„Blickwechsel Demenz. Regional“ folgte als weiteres Projekt der GSP von 2009–2012 im Ennepe-Ruhr-Kreis. In diesem Rahmen führte das Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke die „Tagesbetreuung Teekesselchen“ ein. Patienten mit einer kognitiven Störung stoßen hier auf ein Betreuungsmodell, das auf ihre Bedürfnisse angepasst ist; so beschäftigen sich die Patienten in Gruppen von zwei bis sieben Personen miteinander und essen mittags und abends gemeinsam. Dadurch werden nicht nur Nahrungsaufnahme und Trinkmenge erhöht, auch der Tag-Nacht-Rhythmus wird durch die Anregung am Tag unterstützt.

Das Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW) evaluierte die Tagesbetreuung über den Zeitraum eines Jahres. Im November 2012 veröffentlichte das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter (MGEPA NRW) die Evaluation unter dem Titel „Die Tagesbetreuung kognitiv beeinträchtigter Krankenhauspatientinnen und -patienten“. Das IPW wertete Fragebögen zu Beginn und Ende des Krankenhausaufenthaltes aus. Folgende Parameter wurden vor und nach der Behandlung verglichen: Veränderungen der Mobilität, Kognition und das Verhalten der Patienten.

Die Evaluation ergab folgende positive Ergebnisse:

- Zwischen ambulanter und stationärer Versorgung passieren weniger Versorgungsbrüche; statt eines Fähigkeitsverlustes stabilisiert oder verbessert sich der Zustand der Patienten.
- Pfleger werden in der Betreuung von Patienten entlastet: Vor allem unterstützt die Tagesbetreuung die Patienten bei ihrer Nahrungsaufnahme mit einem Aufwand, der auf der Station nicht geleistet werden kann.

Das tagesstrukturierende Angebot ist mittlerweile in die Regelversorgung des Krankenhauses eingegangen.

### Nächste Schritte

Die GSP und das Gesundheitsministerium NRW entwickelten im Rahmen des Projekts das Netzwerk „Menschen mit Demenz im Krankenhaus NRW“. In diesem Netzwerk treffen sich Vertreter aus Ärzte-

kammern, Krankenhäusern und Gesellschaften, um die demenzsensible Versorgung weiterhin und kontinuierlich zu verbessern. Im Rahmen eines weiteren Projektes der GSP „Blickwechsel Demenz. NRW.“ werden Krankenhäuser bei der Entwicklung und Einführung entsprechender Versorgungskonzepte unterstützt.

## **Ansprechpartner**

Dr. Susanne Angerhausen

Projektleitung

Der Paritätische – Gesellschaft für soziale Projekte

Telefon: 0202 282 237 0

E-Mail: [angerhausen@sozialeprojekte.de](mailto:angerhausen@sozialeprojekte.de)

# Versorgungsprojekt Comperto – Ein interaktives Expertensystem

## GO-LU, Ärztenetzwerk Ludwigshafen eG

*Autoren: Christof Heun-Letsch und Jürgen Pflaum*

### Management Summary

Die Zahl der Versorgungsangebote für chronische Krankheiten ist in den letzten Jahren stark gestiegen. Um die zusätzlichen Angebote nutzen zu können, sind Informationen darüber notwendig. Ziel des Versorgungsprojektes Comperto ist es, jedem Akteur im Gesundheitswesen eine Informationsplattform über (zusätzliche) Versorgungsmöglichkeiten zu bieten: Patienten, Ärzten, Medizinischen Fachangestellten und Krankenkassen. Das System beinhaltet die notwendigen Informationen und beschreibt die Prozesse. Es ist ein Dokumentenmanagementsystem und ein Qualitätsmanagementhandbuch für alle Zusatzversorgungsverträge.

Comperto ist bundesweit verfügbar und für alle Netzärzte kostenlos. Es ist ferner auf allen PC-Systemen mit allen Betriebssystemen lauffähig. Der Gesamtumfang des Expertensystems umfasst rund 3.000 Einzelseiten.

Das elektronische Expertensystem wurde von dem GO-LU Ärztenetzwerk Ludwigshafen eG entwickelt und gemeinsam mit der HeaLth-Beratung im Gesundheitswesen technisch realisiert.

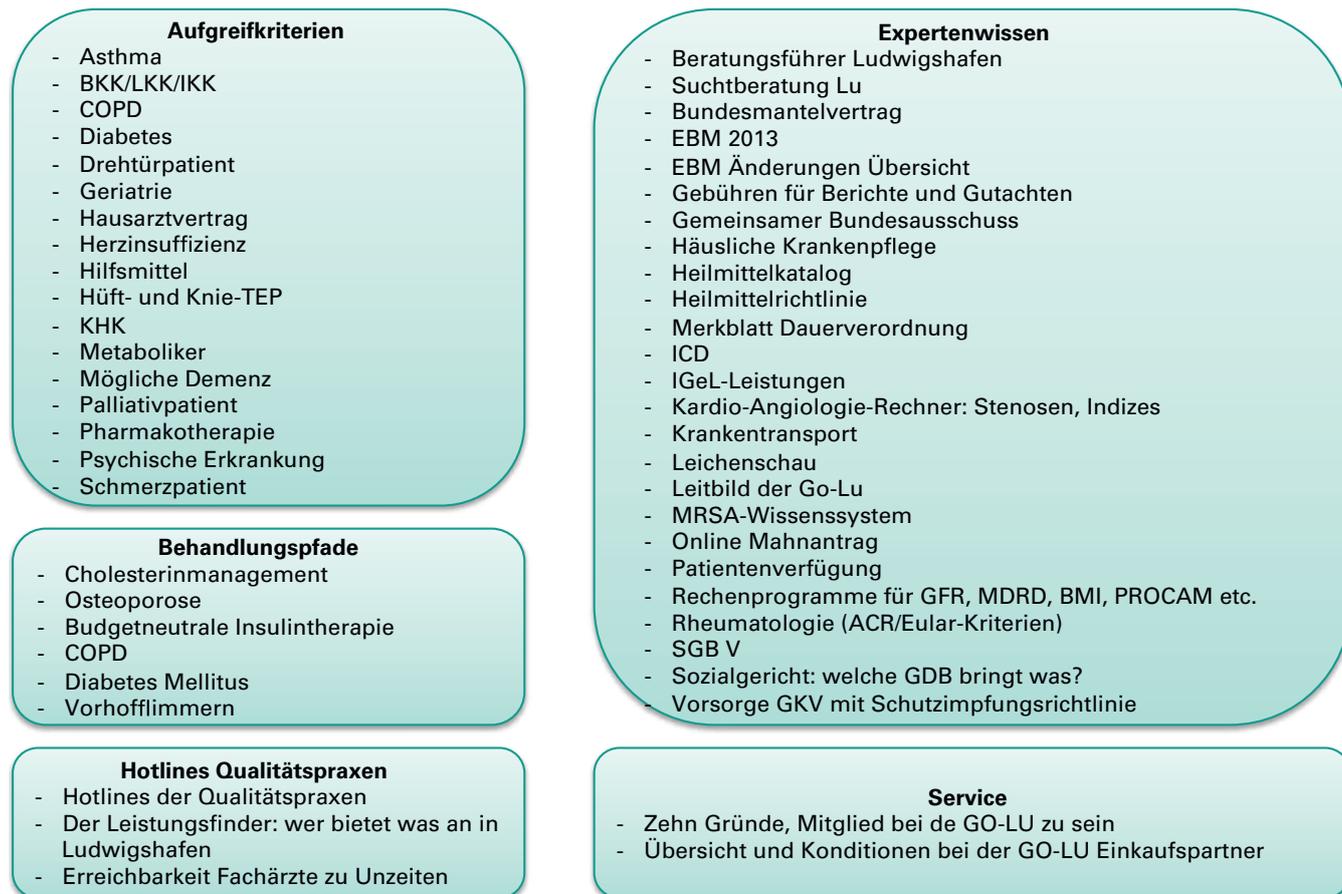
### Umsetzung

Mit Hilfe von Comperto kann der Arzt die richtige Zusatzversorgung für seine Patienten erkennen und einleiten. Das System beinhaltet dazu alle notwendigen Informationen und Formulare (vgl. Abbildung 49).

Die Aufgreifkriterien je Krankheitsbild verweisen auf die unterschiedlichen Zusatzverträge und -leistungen sowie auf die teilnehmenden Krankenkassen. Das Expertenwissen bietet Informationen und Handlungsanleitungen auf rund 1.200 Seiten. Es wird auch über Behandlungspfade informiert. Der Leistungsfinder ist ein praktisches Instrument, wenn es darum geht, Leitungen im ambulanten Bereich zu belassen. Weitere Serviceangebote sind Notrufnummern, ein ICD-Browser, Verwaltungsvorschriften und vieles mehr. Nicht zuletzt bietet das System auch Patienteninformationen.

Durch das Versorgungsprojekt profitiert der Arzt: Zum einen wird zusätzlich vergütet, zum anderen kann er besser behandeln und ist dadurch mit der eigenen Arbeit zufriedener. Es ist zudem möglich, dass Medizinische Fachangestellte den Prozess der Zusatzversorgung übernehmen – die Aufgabe demnach delegiert wird. Das schafft zeitliche Ressourcen. Diese kann der Arzt für den Patienten nutzen, um besser zu dokumentieren, genauer zu diagnostizieren oder abgewogener über die Therapie zu entscheiden. Lebensqualität, Compliance und Prognose der Patienten verbessern sich. Darüber hinaus verstärkt sich die Zusammenarbeit zwischen den Ärzten. Nicht zuletzt profitieren die Krankenkasse und damit die Solidargemeinschaft der Versicherten.

**Abbildung 49** – Inhalte des Versorgungsprojektes Comperto



Quelle: Eigene Darstellung.

Das Expertensystem Comperto läuft auf allen Systemen – auch auf Smartphones, da es Internet- und Browsertechnologien nutzt. Es enthält keine Befehlszeile und ist somit virensicher. Zudem konnte das System sehr kostengünstig entwickelt werden, da es Standardprogramme nutzt – also keine Programme selbst entwickelt wurden. Das Programm kann im Internet herunter geladen werden. Da viele Praxissysteme keine Internetverbindung besitzen, gibt es fast alle Inhalte auch offline auf einer CD.

## Nächste Schritte

Das Büro des Ärztenetzes GO-LU-eG arbeitet stetig daran, die Inhalte zu aktualisieren. Weiterhin soll das Programm für andere Netze verfügbar gemacht werden. Über den Außendienst des Ärztenetzes und die Homepage des Ärztenetzes wird Comperto flächendeckend ausgerollt.

## Ansprechpartner

Jürgen Pflaum

Geschäftsführer GO-LU-Management-GmbH  
 Paul-Klee-Str. 1  
 67061 Ludwigshafen  
 Telefon: 0621 660 030 0  
 E-Mail: pflaum@go-lu.de

Dr. Christof Heun-Letsch

Vorstandsvorsitzender GO-LU-eG  
 Paul-Klee-Str. 1  
 67061 Ludwigshafen  
 Telefon: 0175 207 951 5  
 E-Mail: dr.heun-letsch@go-lu.de

# Zukunft für Kinder

*Autor: Michael Schäfer*

## Management Summary

Das Projekt „Zukunft für Kinder“ ist ein Präventionsprogramm, um Verhaltens- und Entwicklungsstörungen in der Kindheit zu vermeiden. Das Programm richtet sich dabei speziell an Kinder, die gesundheitlich und psychosozial gefährdet sind. Risikofaktoren, die zu Störungen führen können, werden dabei möglichst früh erfasst – zum Beispiel eine frühe Geburt, psychische Störungen der Eltern, familiäre Gewalt, Suchtmittelmissbrauch etc. Demensprechend sollen Eltern unterstützt und beraten werden.

Hierzu entwickelten das Jugendamt und das Gesundheitsamt in Düsseldorf das Programm gemeinsam mit der Düsseldorfer Gesundheitskonferenz. Auch niedergelassene Kinderärzte, Hebammen und Geburts-, Kinder- und Frauenkliniken werden miteinbezogen.

Eine Anmeldung in das Programm erfolgt seitens der Eltern auf freiwilliger Basis.

Mittlerweile werden jährlich 150 bis 200 Kinder im Alter bis zu drei Jahren für das Präventionsprogramm angemeldet.

## Umsetzung

Das Programm „Zukunft für Kinder“ zielt darauf ab, Risikofamilien früh zu erfassen und zu fördern – durch eine individuelle, interdisziplinär abgestimmte Hilfsplanung. Dazu sollen sich Eltern möglichst früh in das Programm einschreiben (etwa während der Schwangerschaft). „Zukunft für Kinder“ bietet ganzheitliche Betreuungsprogramme, die medizinische, psychosoziale und entwicklungspsychologische Inhalte kombinieren. Angeboten werden diese durch unterschiedliche Institutionen und Professionen.

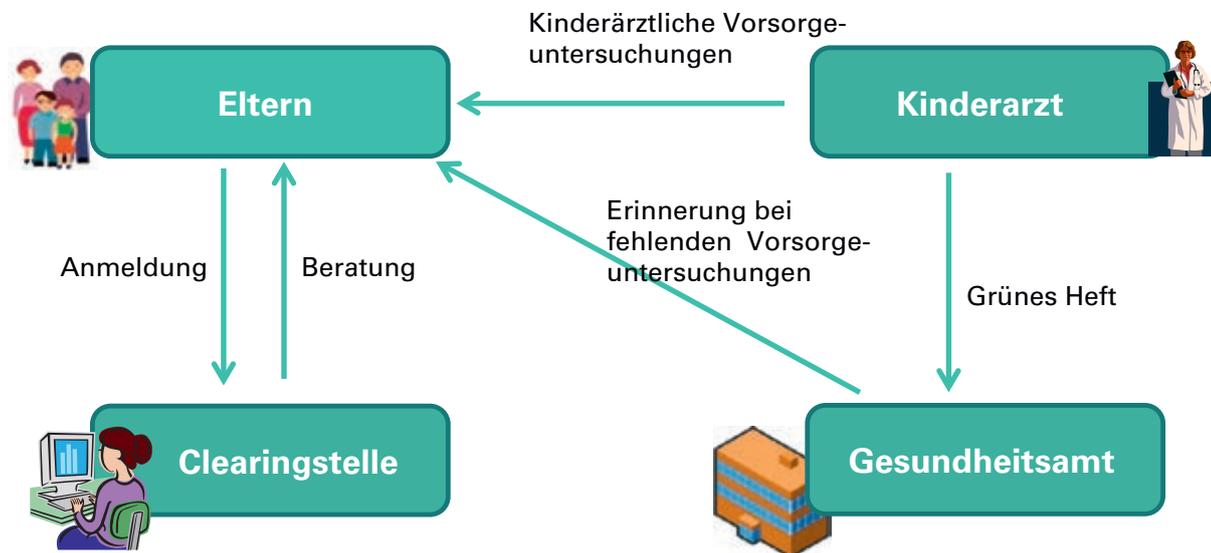
Eine sogenannte Clearingstelle koordiniert das Case Management vor und nach der Geburt des Kindes (vgl. Abbildung 50).

Sie ist eine eigenständige städtische Einrichtung mit paritätischer Besetzung aus Jugendhilfe und Gesundheitshilfe. Erkennt die Clearingstelle relevante Risikolagen, werden die Mütter mindestens einmal besucht. In der Clearingstelle wird gemeinsam entschieden, welche Hilfen wann erforderlich sind und wer diese Hilfsmaßnahmen durchführen kann. Ziel ist es, die elterlichen Ressourcen zu fördern und sie dabei zu unterstützen, gesundheitsbewusster zu leben und Probleme eigenständig zu lösen.

Ein weiteres Instrument innerhalb des Programms ist das **„Grüne Heft“**. Dieses soll den Eltern ermöglichen, über die üblichen kinderärztlichen Vorsorge-Untersuchungen im ersten Lebensjahr hinaus ihre Kinder engmaschig gesundheitlich betreuen zu lassen. Einmal im Monat soll diese Untersuchung für angemeldete Kinder stattfinden. Der Arzt dokumentiert die Untersuchung und schickt dem Gesundheitsamt die Rücklaufkarten aus dem „grünen Heft“ zu. Dieses überprüft, ob die Vorsorgeuntersuchungen tatsächlich stattgefunden haben und erinnert die Eltern an diese Möglichkeit, wenn der Rücklauf ausbleibt.

Weiterhin wird eine **entwicklungspsychologische Beratung** für Eltern angeboten. Das Ziel ist es, die frühe Bindungsbeziehung zwischen Eltern und Kind zu fördern. Dabei sollen die Eltern lernen, die Bedürfnisse ihres Kindes zu erkennen, richtig zu verstehen und angemessen darauf zu reagieren.

**Abbildung 50** – Ablauf des Präventionsprogrammes



Quelle: Eigene Darstellung.

Die Universitätsklinik Ulm evaluierte die Wirkung des Programms wissenschaftlich zwischen 2007 und 2008. Die Ergebnisse zeigten, dass (hoch) belastete Familien früh erreicht wurden. Diese konnten mit spezifischen und interdisziplinären Angeboten für die frühe Kindheit und die unterschiedlichen Risikolagen bereits im Säuglings- und Kleinkindalter präventiv begleitet werden. Es kann davon ausgegangen werden, dass sich die Erziehungskompetenz der Eltern und die Lebenssituation verbessert hat, somit Verhaltens- und Entwicklungsstörungen in der Kindheit vermieden werden konnten. Ferner schaffte die Clearingstelle eine regelhafte, institutionsübergreifende Kooperation aller am Projekt beteiligten Professionen.

## Nächste Schritte

Das Präventionsprogramm „Zukunft für Kinder“ ist seit 2007 in Düsseldorf dauerhaft verankert und ist somit nicht befristet. Die Kooperationspartner der Clearingstelle treffen sich in regelmäßigen Arbeitstreffen, um den fachlichen Austausch zu sichern, die Zusammenarbeit zu reflektieren und auftretende Schnittstellenprobleme zu bearbeiten. So kann die dauerhafte Zusammenarbeit der Kooperationspartner die Versorgung der Zielgruppe sichern.

## Ansprechpartner

Dr. Michael Schäfer MPH

Komm. stv. Amtsleitung Gesundheitsamt Düsseldorf

Kölner Straße 180

40227 Düsseldorf

E-Mail: michael.schaefer@duesseldorf.de

# Ausschreibung MSD Gesundheitspreis 2015

Mit der Ausschreibung des MSD Gesundheitspreises 2015 soll erneut die Zusammenarbeit aller Beteiligten im Gesundheitswesen an einer effektiven Versorgung gestärkt und innovative sowie nachhaltige Versorgungsoptimierung in Deutschland gewürdigt werden. Die im Jahr 2014 nominierten und ausgezeichneten Projekte belegen, dass es nicht nur Ideen gibt, sondern bereits zahlreiche Projekte, die innovative Versorgung realisiert haben und einen Nutzen für die Patienten bringen. Dieses Engagement gilt es auch weiterhin zu würdigen und zu fördern.

Für den MSD Gesundheitspreis 2015 können sich konkrete Versorgungsprojekte bewerben, die eine nachhaltige Verbesserung der medizinischen und/oder ökonomischen Ergebnisqualität gezeigt haben. Über die Preisvergabe entscheidet auch im Jahr 2015 wieder die unabhängige Jury bestehend aus: Prof. Dr. Volker E. Amelung (Vorstandsvorsitzender Bundesverband Managed Care und Schwerpunktprofessur für Internationale Gesundheitssystemforschung an der Medizinischen Hochschule Hannover), Dr. Rainer Hess (ehemaliger unabhängiger Vorsitzender G-BA), Dr. Rolf Koschorrek (CDU), Mirjam Mann (GF ACHSE e. V.), Prof. Dr. med. Friedrich Wilhelm Schwartz, Em. (Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Medizinische Hochschule Hannover), Prof. Dr. Peter C. Scriba (ehemaliger Direktor, Medizinische Klinik Innenstadt, Klinikum der Universität München) und Dr. med. Thomas Lang (Direktor Market Access, MSD).

Als Teilnahmevoraussetzungen gelten fünf Kriterien:

1. Das Versorgungsprojekt soll eine nachhaltige Verbesserung der medizinischen und/oder ökonomischen Ergebnisqualität gezeigt haben.
2. Es müssen externe Evaluationsergebnisse vorliegen. Auch Pilotprojekte, die bereits im Markt etabliert sind oder vielversprechende Ergebnisse vorweisen, können förderungswürdig sein.
3. Inhaltlich sollen insbesondere Indikationen folgender großer Volks- und Infektionskrankheiten sowie seltene Erkrankungen aufgegriffen werden: Diabetes mellitus Typ 2, Herz-Kreislaufkrankungen, Immunologie (Rheumatologie, Gastroenterologie), onkologische Erkrankungen, Osteoporose, Virusinfektionen (Hepatitis C, HIV).
4. Der Ansatz soll Patienten und Versicherte dabei unterstützen, konkrete Gesundheitsziele für sich zu kennen, zu verstehen und zu erreichen sowie ihre Teilhabe am Versorgungsprozess mit zu fördern.
5. Das Projekt soll eine effiziente Versorgung über verschiedene Sektoren hinweg darstellen und beinhalten.

Der MSD Gesundheitspreis 2015 wird auf bis zu fünf Projekte aufgeteilt. Zusätzlich zum Hauptpreis wird auch im Jahr 2015 wieder ein Sonderpreis an das Projekt mit dem größten Patientennutzen und erfolgreicher aktiver Einbindung der Patienten vergeben.

Projektinitiatoren, die an einer Bewerbung für den MSD Gesundheitspreis 2015 interessiert sind, sollten ihre Bewerbung an den folgenden 18 inhaltlichen Gesichtspunkten orientieren:

## Inhalt der Bewerbung

1. Bewerberdaten
2. Titel des Versorgungsprojektes
3. Leitidee des Projektes
4. Management Summary
5. Einleitung
6. Versorgungsherausforderung
7. Entstehungsgeschichte
8. Versorgungskonzept
9. Zielgruppe
10. Versorgungselemente
11. Mehrwert
12. Patientenorientierung
13. Finanzierung
14. Management
15. Externe Evaluationsergebnisse
16. Nächste Schritte
17. Literatur
18. Sonstige Information

## Ablauf der Bewerbung

Unter [www.msd.de/gesundheitspreis](http://www.msd.de/gesundheitspreis) können Sie sich bis zum 15.04.2015 online bewerben. Wesentlicher Bestandteil der Bewerbung ist das zum Download bereitgestellte PDF Bewerbungsformular. Hier finden Sie alle notwendigen Informationen sowie formale Vorgaben zu Ihrer Bewerbung. Bei Rückfragen stehen wir Ihnen gerne auch unter [gesundheitspreis@msd.de](mailto:gesundheitspreis@msd.de) zur Verfügung. Alternativ können Sie uns Ihre Bewerbung auch über diese Adresse zukommen lassen.



# Herausgeber- und Autorenverzeichnis

## Prof. Dr. Volker E. Amelung

Schwerpunktprofessur für Internationale  
Gesundheitssystemforschung,  
Medizinische Hochschule Hannover  
Bundesverband Managed Care e. V.  
Vorstandsvorsitzender

## Dr. Susanne Angerhausen

Der Paritätische – Gesellschaft für soziale Projekte  
Projektleitung

## Erwin Bader

AOK Bayern  
Referent Versorgungsmanagement

## Silke Baumann

Bundesministerium für Gesundheit  
Referatsleiterin Arzneimittelversorgung

## Roland Böhringer

Stadt Kirchheim unter Teck  
Amt für Familie und Soziales  
Amtsleitung

## Christian Brucks

Münchner Ärzte e. V.  
Dipl. Betriebswirt (FH), Gesundheitsökonom

## Prof. Dr. Hanna Christiansen

Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie-  
Ambulanz Marburg  
Leiterin

## Antje Domscheit

Bundesversicherungsamt (BVA)  
Referatsleiterin

## Regina Eckel

Ärztetz Lippe GmbH  
Projektleitung

## Dr. med. Christian Flügel-Bleienheuft

Gesundheitsnetz Köln-Süd (GKS) e. V.  
Vorstandsvorsitzender

## Jens Gabriel, MBA

Geschäftsführer  
MuM – Medizin und Mehr eG

## Dr. Dr. Heinz Giesen

Medcoo GmbH  
Geschäftsführer

## Martin Göhl

MSD Sharp & DOHME GmbH  
Health Care Concept Manager

## Prof. Dr. med. Dr. Sportwiss. Christine Graf

Deutsche Sporthochschule Köln  
Institut für Bewegungs- und Neurowissenschaft  
Abteilung III für Bewegungs- und Gesundheits-  
förderung

## Hermann Gröhe

CDU  
Bundesgesundheitsminister

## Dr. med. Arnd Grosch

GPS Grosch Patienten Service  
Geschäftsführender Gesellschafter

## Dr. Lutz Hager

IKK Südwest  
Geschäftsführer

## Dr. med. Hans-Joachim Helming

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg  
Vorsitzender des Vorstandes der  
KV Brandenburg

**Dr. med Askan Hendrichke**

Klinik für Psychosomatik, Ostalb-Klinikum Aalen  
Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

**Michael Hennrich, MdB**

CDU  
Mitglied im Ausschuss für Gesundheit

**Dr. Christian Herzmann**

Forschungszentrum Borstel  
Leiter Klinisches Studienzentrum

**Dr. Rainer Hess**

Unparteiischer Vorsitzender der Schiedsstelle nach § 129 Abs. 8 SGB V und Vorsitzender des Ausschusses Gesundheitsziele der GVG  
ehemaliger unabhängiger Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses

**Dr. Christof Heun-Letsch**

GO-LU-eG  
Vorstandsvorsitzender

**Stefan Hofmann**

KV Niedersachsen  
Geschäftsführer

**PD Dr. med. Dagny Holle**

Westdeutsches Kopfschmerzzentrum Essen  
Leiterin des Westdeutschen Kopfschmerzzentrum Essen

**Dr. med. Tim Husemann**

MSD Sharp & Dohme GmbH  
Direktor Health Care Management & Contracting

**Dr. Carsten Jäger**

Ärztenetz Südbrandenburg Consult GmbH  
Geschäftsführer

**Peter Kurt Josenhans**

AOK Bremen/Bremerhaven  
Leiter Geschäftsbereich Versorgung

**Gabriele Kantor**

Evangelisches Krankenhaus Mülheim  
Leitung Hygienemanagement

**Dr. Kerstin Kempf**

Deutsches Institut für Telemedizin und Gesundheitsförderung (DITG)  
Westdeutsches Diabetes- und Gesundheitszentrum (WDGZ)  
Verbund Katholischer Kliniken Düsseldorf (VKKD)  
Wissenschaftliche Projektkoordinatorin und Leitung

**Birgit Kielblock**

KKH Kaufmännische Krankenkasse  
Leistungs- und Versorgungsmanagement

**Dr. Manfred Klemm**

Regionales Gesundheitsnetz Leverkusen eG  
Geschäftsführer

**Dr. Jürgen Klinghammer**

GenoGyn  
Vorstandsmitglied

**Markus Knöfler**

Praxisnetz Herzogtum Lauenburg e. V.  
Geschäftsführung

**Sigrid König**

BKK Landesverband Bayern  
Vorständin

**Dr. Rolf Koschorrek**

CDU

**Dr. med. Matthias Kreft**

Palliativstützpunkt Ammerland-Uplengen  
pleXxon Management gGmbH  
Geschäftsführer

**Sonja Laag**

Barmer GEK  
Leiterin Versorgungsprogramme

### Dr. med. Thomas Lang

MSD SHARP & DOHME GMBH

Direktor Market Access

### Michael Langer

ASTRUM IT GmbH

Leiter Strategie Gesundheitswesen

### Volker Latz

pronova BKK

Bereichsleiter Vertragsmanagement Nord

### Dr. med. Bernd Lehne

Praxisnetz medi-owl gbr

Mitglied der Geschäftsführung

### Kim Aline Leopoldt

Psychotherapeutisches Zentrum POLIKUM (PZP)

Leitung Vertragsmanagement

### Dr. Dr. Kristian Löbner

MSD Sharp & DOHME GmbH

Medizinischer Direktor und Mitglied der  
Geschäftsführung

### Mirjam Mann

ACHSE e. V.

Geschäftsführerin

### Tassilo Mesenhöller

Friedrichshof Solingen e. V.

Geschäftsführer

### Wolfgang Meunier

Deutscher Hausärzterverband e. V.

Schatzmeister

### Harald Möhlmann

AOK Nordost

Geschäftsführer Versorgungsmanagement

### Dr. med. Norbert Mönter

PIBB GmbH & Co. KG – Psychiatrie Initiative

Berlin Brandenburg

Ärztlicher Leiter und Geschäftsführer

### Dr. med. Michael Müller

Diabetes- und Hormonzentrum Fünf Höfe

Akademische Lehrpraxis der Ludwig-Maximilians-  
Universität

Facharzt für Innere Medizin, Diabetologie und  
Endokrinologie

### Thomas Müller

Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe

Geschäftsführer

### Dr. Susanne Ozegowski

Bundesverbands Managed Care (BMC)

Geschäftsführerin

### Dr. med. Carsten Petersen

Diabetes-Schwerpunktpraxis, Schleswig

Niedergelassener Internist, Diabetologe,  
Ernährungsmedizin, Sportmedizin

Initiator von „aha! – ab heute anders“

### PD Dr. med. Frank Peters-Klimm

Medizinische Universitätsklinik Heidelberg

Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungs-  
forschung

Koordination

### Jürgen Pflaum

GO-LU-Management-GmbH

Geschäftsführer

### Ralf Pourie

4sigma GmbH

Geschäftsführer

### Dr. Franziska Püschner

Institut für angewandte Versorgungsforschung  
GmbH

Manager Gesundheitsökonomie

### Hanspeter Quodt

MSD SHARP & DOHME GMBH

Managing Director und Vorsitzender der  
Geschäftsführung

**Prof. Dr. Herbert Rebscher**

DAK-Gesundheit  
Vorsitzender des Vorstands

**Dr. rer. oec. Andreas Rühle**

Palliativstützpunkt Ammerland-Uplengen  
pleXxon Management gGmbH  
Kaufmännischer Geschäftsführer

**Dr. Eckhard Salzsieder**

Institut für Diabetes „Gerhardt Katsch“  
Karlsburg e.V.  
Institutsdirektor IDK

**Dr. Michael Schäfer**

Gesundheitsamt Düsseldorf  
Komm. stv. Amtsleitung Gesundheitsamt

**Priv.-Doz. Dr. Christine Schiessl**

Algesiologikum GmbH  
Medizinische Direktorin, Leitung BEST-AG

**Dr. med. Janko Schildt**

Emperra GmbH E-Health Technologies  
Geschäftsführer

**Dr. Monika Schliffke**

Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein  
Vorstandsvorsitzende

**Prof. Dr. habil. Bettina Schnor**

Universität Potsdam, Institut für Informatik und  
Computational Science  
Professur Betriebssysteme und Verteilte Systeme

**Karl-Heinz Schönbach**

AOK-Bundesverbandes in Berlin  
Geschäftsführer Versorgung

**Claudia Schrewe**

Netzarbeit Claudia Schrewe  
Moderatorin

**Prof. Dr. med. Friedrich Wilhelm Schwartz, Em.**

Medizinische Hochschule Hannover  
Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und  
Gesundheitssystemforschung

**Prof. Dr. Peter C. Scriba**

ehemaliger Direktor der Medizinischen Klinik  
Innenstadt der Ludwig-Maximilians-Universität  
München

**Dr. med. Elisabeth Siegmund-Schultze**

KKH Kaufmännische Krankenkasse  
Abteilungsleiterin Leistungs- und Versorgungs-  
management

**Prof. Dr. Stefan G. Spitzer**

Deutsche Gesellschaft für Integrierte Versorgung  
im Gesundheitswesen e.V. (DGIV)  
Vorstand

**Dr. Dr. med. Hans-Detlev Stahl**

AmBeNet GmbH Das Ambulante Behandlungs-  
Netz  
Geschäftsführer

**Norbert Staudt**

AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen  
Hauptabteilung Unternehmenspolitik,  
Kommunikation & Marketing Öffentlichkeitsarbeit  
und politische Grundsatzfragen

**Dr. Dirk Sunder Plaßmann**

spectrum|K GmbH  
Leitung Geschäftsbereich Versorgungs-  
management

**Christian Traupe**

AOK Nordost  
Leiter Unternehmensbereich Versorgung-  
Strategie und Programme

**Jörg Trinemeier**

PRAVO Praxisnetz Vorderpfalz  
PRAVO Versorgungsmanagement

**Grazina Urmonas**

Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen e. V.  
Geschäftsführerin

**Ursula Vehling-Kaiser**

Onkologisch-Palliativmedizinisches Netzwerk  
Landshut  
Leiterin

**Dr. Michael Viapiano**

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg  
Leitung Bezirksdirektion Karlsruhe

**Kathrin Vogler**

Klinikum Westbrandenburg GmbH  
Case Managerin (DGCC), Leitung Sozialmedizinische Nachsorge

**Wilhelm v. Ascheraden**

Soziales Netzwerk Ortenberg e. V.  
Vorsitzender

**Dr. Simone von Sengbusch**

Universitätsklinikum Schleswig Holstein, Campus Lübeck  
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin  
Mobile Diabetes Schulung Schleswig Holstein (MDSH)

**Dr. med. Martin von Wachter**

Netzwerk Essstörungen Ostalbkreis e. V.  
stellv. Vorstandsvorsitzender

**Christiane Vössing**

Deutsche Rentenversicherung  
Knappschaft-Bahn-See  
Projektleitung

**Isabel Waltering**

Pharmacampus, AK Klinische Pharmazie  
AMTS-Koordinatorin

**Dr. Veit Wambach**

Gesundheitsnetz Qualität und Effizienz (QuE)  
Vorsitzender des Vorstandes

**Markus Weiß**

DRV Knappschaft-Bahn-See  
Referent

**Prof. Dr. Eberhard Wille**

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen  
Stellvertretender Vorsitzender

**Imke Wolf**

Catania gemeinnützige GmbH – Hilfe für Helfer  
Projektleiterin

**Prof. Dr. med. Jürgen Wolf**

Uniklinik Köln  
Ärztlicher Leiter des Centrums für Integrierte Onkologie







© 2014

MSD SHARP & DOHME GMBH  
Lindenplatz 1  
85540 Haar

[www.msd.de](http://www.msd.de)

ISBN 978-3-927107-14-4

CORP:1038477-0049