

Knapp Ressourcen bedarfsgerecht verteilen

BARMER GEK: Versorgungsforschung als zukunftsträchtiges Steuerungswerkzeug

Wer braucht denn Versorgungsforschung, wenn es klinische Studien gibt? Die Versorgungsforschung schafft herstellerunabhängig Transparenz, kann Änderungen im Medizinerverhalten bewirken und hilft den Kassen, ihre Vertragsstrategien zu optimieren: Im Gespräch mit Michael Reiter beschreibt Dr. jur. Rolf-Ulrich Schlenker, Stellvertretender Vorstandsvorsitzender der BARMER GEK, welche Rolle das Forschungsgebiet für seine Krankenkasse spielt.

Kostenträger Entscheiderbrief: Welche Rolle spielt die Versorgungsforschung strategisch für die BARMER GEK, welche Ziele verfolgen Sie?

Dr. jur. Rolf-Ulrich Schlenker: 70 Millionen Menschen sind hierzulande über die gesetzliche Krankenversicherung versichert, ihr Leistungsvolumen umfasst jährlich rund 180 Milliarden Euro, und über 5 Millionen Menschen arbeiten im deutschen Gesundheitswesen. Vor diesem Hintergrund richtet Versorgungsforschung den Blick verstärkt darauf, wie in diesem Rahmen medizinische Leistungen erbracht werden und beim Patienten ankommen. Während klinische Studien oft genug kleine Effekte unter sehr artifiziellen Bedingungen nachzuweisen versuchen, ermöglicht Versorgungsforschung einen realistischen Blick auf die tatsächliche Situation der Versicherten und Patienten. Sie markiert damit Auffälligkeiten, Ungleichgewichte und Defizite im Versorgungsalltag. Dieser Transparenzgewinn hat zwei Effekte: Zum einen wird öffentliche Aufmerksamkeit geschaffen und die gesundheitspolitische Debatte wird beflügelt. Zum anderen dienen uns die Daten zur Information und Feinjustierung unserer Vertragsstrategien und Versorgungsprogramme. Versorgungsforschung erhöht also auch die Steuerungsfähigkeit der BARMER GEK.

Bitte beschreiben Sie Ihre Aktivitäten.

Dr. Schlenker: Wir veröffentlichen im Jahresrhythmus sechs Reporte und diverse wei-



Versorgungsforschung wird im Interesse aller Bürger betrieben – staatliche Fördermittel wären daher angemessen: Dr. jur. Rolf-Ulrich Schlenker, Stellvertretender Vorstandsvorsitzender der BARMER GEK

tere Publikationen, die mithilfe von wissenschaftlichen Instituten und eigener Expertise erstellt werden. Ob Arztreport, Arzneimittelreport oder Gesundheitswesen aktuell, unsere Studien sind mittlerweile feste Größen der Gesundheitsberichterstattung und spielen auch eine wichtige Rolle bei der unternehmenspolitischen Positionierung. Unser Netzwerk in der Szene der Versorgungsforschung funktioniert gut. Schließlich hilft es uns, was öffentlich weniger sichtbar ist, bei der Vertragsentwicklung und Vertragsevaluation.

Welche konkreten Veränderungen/Verbesserungen lassen sich hierdurch bewirken?

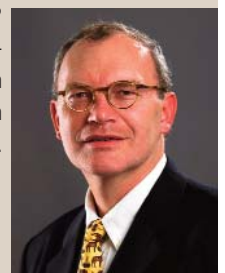
Dr. Schlenker: Nach unserem Eindruck erzielen wir mit unseren Aktivitäten und Auf-

klärungskampagnen mal kleinere, mal größere Effekte. Zunächst bieten wir Patienten und Versicherten herstellerunabhängige Informationen über das Versorgungsgeschehen. Und manchmal bewegen wir auch zur Verhaltensänderung. Ein relativ prominentes Beispiel ist der Rückgang der Hormonverschreibungen für Frauen in den Wechseljahren, nachdem – auch mit unserer Hilfe – die Ergebnisse der Studie der Women's Health-Initiative zum erhöhten Brustkrebsrisiko öffentlich gemacht wurden. Ein anderes Beispiel sind bestimmte Schlafmittel – Benzodiazepine. Hier haben wir vor einigen Jahren gezielt angefangen, Kontakt mit Ärzten aufzunehmen, die diese Mittel an Patientinnen über zu lange Zeiträume verschreiben.

► Fortsetzung Seite 11

Liebe Leserin, lieber Leser,

die Dornschaubenen für die Versorgung und Kosten werden ständig neu gestellt, Fusion und Marktpositionierung bestimmen die Situation, Drohgebärden verstärken nachhaltigen Druck zur Einführung der Gesundheitskarte ... In einer unklaren Gemengelage helfen die richtigen Informationen, den geeigneten Kurs zu finden. Lesen Sie in dieser Ausgabe: Wie verändert der Wettbewerb bei Versicherern und Leistungserbringern den Markt? Wie stellt sich die Rehabilitation neu auf, auch aufgrund der Signale aus dem Akutbereich? Wie verhilft die eGK den GKVern zu neuen Geschäftsmodellen? Wie erleichtert Telemedizin in Nachbarländern bereits die Routine in der Leistungserbringung? Ihre Meinung interessiert uns – schreiben Sie einfach eine Mail an reiter@medizin-edv.de.



Ihr Michael Reiter
Chefredakteur

Kostenträger Entscheiderbrief

Neue Strategien und Technologien für die Führungskräfte der Branche

LESER-COUPON



Anschriftenberichtigung

Fax 06074 / 24786

Titel, Name

Einrichtung/Unternehmen

Abteilung

Beruf

Position

Straße

Ort/PLZ

Telefon

Fax

E-Mail

Für Ihren Kalender

ausgewählt von Dagmar Finlayson

Versorgungsatlas Schmerz

Die Projektpartner DAK Unternehmen Leben, AOK Die Gesundheitskasse für Niedersachsen und Grünenthal GmbH stellen Ergebnisse des Versorgungsforschungsprojektes vor.

Datum: 10. November

Ort: Berlin

Details:

gesundheitsmanagement@grunenthal.com

Medica

Weltforum der Medizin mit Krankenhaustag

Datum: 16.–19. November

Ort: Düsseldorf

Details: www.medica.de

Homecare: eine ambulante Perspektive? (BVMed/MedInform)

Datum: 1. Dezember

Ort: Bonn

Details: www.medinform.de

2012

AAL-Kongress

Technik für ein selbstbestimmtes Leben

Datum: 24.–25. Januar

Ort: Berlin

Details:

www.aal-kongress.de

Versorgungsstrukturgesetz 2012 (BVMed/MedInform)

Auswirkungen des GKV-VStG auf Versorgungsstrukturen und -qualität

Datum: 31. Januar

Ort: Berlin

Details: www.medinform.de

Kassen Gipfel 2012

Versorgungsstrukturgesetz: Bessere Medizin oder beitragsatztreibender Kostenschub?

Datum: 6.–7. Februar

Ort: Berlin

Details: www.mcc@mcc-seminare.de

conhIT

Connecting Healthcare IT

Datum: 24.–26. April

Ort: Berlin

Details: www.conhit.de

Impressum

Kostenträger Entscheiderbrief

Neue Strategien und Technologien für die Führungskräfte der Branche : ISSN 1867-7509

Verlag

Antares Computer Verlag GmbH
Geschäftsführung: Hartmuth Wehrs
Giessener Straße 4, 63128 Dietzenbach
Tel.: 060 74 / 253 58 / Fax: 060 74 / 247 86
antares@medizin-edv.de

www.medin-edv.de
Bankverbindung: Volksbank Dreieich eG,
BLZ 505 922 00, Konto 102 366 606

Herausgeber und Chefredakteur

Michael Reiter M.A. (Kürzel: MR)
Tel.: 060 74 / 81 49 78
reiter@medizin-edv.de

Redaktionelle Mitarbeit

Dagmar Finlayson (Kürzel: DF)
Tel.: 060 74 / 81 52 63
dagmar.finlayson@medizin-edv.de

Hauptstadtkorrespondent

Dr. Lutz Reum (Kürzel: DLR)
lutzreum@t-online.de

Anzeigenleitung

Kim Wehrs
Tel.: 060 74 / 253 58
k.wehrs@medizin-edv.de

Anzeigenabwicklung

Bernhild Daimer

Layout

Dipl.-Des. Stefan Witzel, sw-mediadesign
Tel.: 060 74 / 728 16 00
www.sw-mediadesign.de

Druck

WVD - Westdeutsche Verlags- und Druckerei GmbH,
Mörfelden-Walldorf

4. Jahrgang 2011. Druckauflage: 1.000

Zurzeit gilt die Anzeigenpreisliste vom 1.10.2010

Der Kostenträger Entscheiderbrief erscheint bis zu 6 x jährlich.

Verkaufspreise

Einzelheft: EUR 13,00 zzgl. MwSt. und Versand
Abonnements auf Anfrage

Rechtshinweis

Die namentlich gekennzeichneten Beiträge stehen in der Verantwortung des Autors. Nachdruck, auch auszugsweise, ist nur mit Genehmigung der Redaktion und mit Quellenangabe gestattet. Für unangeforderte eingesandte Manuskripte und Abbildungen übernimmt der Verlag keine Haftung. Dem Verlag ist das ausschließliche, räumlich, zeitlich und inhaltlich uneingeschränkte Recht eingeräumt, das Werk / den redaktionellen Beitrag in unveränderter oder bearbeiteter Form für sämtliche Zwecke beliebig oft selbst zu nutzen oder Dritten zu übertragen. Dieses Nutzungsrecht bezieht sich sowohl auf gedruckte wie elektronische Medien unter Einschluss des Internets wie auch auf Datenbanken/Datenträger aller Art. – Sämtliche in dieser Ausgabe genannten und/oder gezeigten Namen, Bezeichnungen oder Zeichen können Marken oder eingetragene Marken ihrer jeweiligen Eigentümer sein.

www.kostentraeger-entscheiderbrief.de

Printed in Germany

Nur dank Fokus sprießt der Krokus

Sie möchten, dass Ihre Pflänzchen gedeihen – der Bekanntheitsgrad Ihrer Marke, der Absatz Ihrer Produkte und Dienstleistungen? Dann bietet ein fokussiertes Medium mit klar definiertem Themengebiet und sauber abgegrenzter Zielgruppe die optimale Grundlage für Ihre Kommunikation. Profis wissen: mit ein und derselben Präsentationsform und Sprache lassen sich unterschiedliche Gruppen nicht erfolgreich adressieren.

Wir möchten, dass es Ihren Pflänzchen noch besser geht.
Sprechen Sie mit uns –
060 74 / 253 58,
antares@medizin-edv.de



Viele Fähigkeiten – fehlende Anwendungen

eGK: erst die Einrichtung einer Telematik-Infrastruktur kann erhoffte Vorteile bringen

Versorgungsprozesse sektorübergreifend optimieren, wichtigen Mehrwert etwa bei der Arzneimitteltherapiesicherheit bereitstellen – mit diesen Zielsetzungen legitimierte man vor Jahren die Einführung der eGK. Die jetzige Karte ist weit von diesen Zielen entfernt – Mirko Weißbach, Projektleiter Telematik beim AOK-Bundesverband und Geschäftsführer der ARGE SaxMediCard (eGK-Testregion Sachsen), erläutert im Gespräch mit Michael Reiter die Gründe.

Kostenträger Entscheiderbrief:

Wie beurteilen Sie die eGK in der Form, in der sie jetzt ausgerollt wird?

Mirko Weißbach: Die jetzt ausgerollte eGK ist mit einem Prozessorchip ausgestattet und verfügt daher über hervorragende Fähigkeiten für unterschiedlichste Versorgungs- oder Telematikanwendungsmöglichkeiten. Leider können diese bisher überhaupt nicht genutzt werden. Hierzu fehlt im Moment die notwendige Telematikinfrastruktur. Die derzeit zur Verfügung stehenden Anwendungsmöglichkeiten der eGK sind aktuell identisch mit denen der bisherigen Krankenversichertenkarte (KVK). Neu ist lediglich die Ausstattung mit einem Lichtbild, das die Versichertenkarte stärker vor Missbrauch schützen soll. Insgesamt ist daher festzuhalten, dass die hohen Investitionen der Kassen im zweistelligen Millionenbereich bisher in keinem auch nur ansatzweise adäquaten Verhältnis zum Nutzen der eGK stehen.



Mirko Weißbach,
Projektleiter Telematik beim AOK-Bundesverband und Geschäftsführer der ARGE SaxMediCard (eGK-Testregion Sachsen)

Wie ist der Stand bei der Telematik?

Weißbach: Der Aufbau einer Telematikinfrastruktur wird wohl einige Jahre in Anspruch nehmen. Solange ist der sinnvolle und nutzbringende Einsatz der eGK noch nicht wirklich möglich.

Welche Aspekte sehen Sie aus dem Blickwinkel der AOK / der Kassen als unbedingt erforderlich?

Weißbach: Die Einführung der eGK und einer Telematikinfrastruktur waren für die AOK immer damit verbunden, die Versorgungsprozesse für die Versicherten sektorübergreifend effizienter, kostengünstiger und transparenter zu gestalten. Auch Anwendungen wie beispielsweise die Arzneimitteltherapiesicherheit stehen für uns nach wie vor auf der Agenda. Hierfür benötigt man eine entsprechende Telematikinfrastruktur. Erst dann kann man die Vorteile der eGK, wie Schutz vor Missbrauch oder Optimierung der Versorgungsprozesse, nutzen. Deshalb wird sich die AOK auch weiterhin engagiert für einen schnellstmöglichen Aufbau einsetzen. Diesen Ansatz werden wir sowohl in der Telematik als auch in der Politik stetig einbringen.

www.aok.de

Verpassen
Sie nicht die Nr. 1
der Medizin-
messen!

„Schwester Berta“ hat ausgedient – Kollege Computer übernimmt

Bedrohung oder Rettung? Die Rolle moderner Informationstechnologie im unumgänglichen Wandel der Versorgung

Patienten, Versicherte verlangen zunehmend Spitzenmedizin und hervorragenden Service. Sie werden zu Kunden und machen so ganzheitliche Behandlungslösungen und sektorübergreifende Prozesse notwendig. Welche Rolle spielt IT in einem von Wettbewerb und Marken bestimmten Markt? Auf dem Gesundheitswirtschaftskongress Anfang September sprach Michael Reiter mit Kongresspräsident und Gesundheitsunternehmer Prof. Heinz Lohmann.

Kostenträger Entscheiderbrief:

Der Pegelstand lautet: rund 150 gesetzliche Krankenkassen. Fast wöchentlich hört man Fusionsgerüchte. Wohin geht die Reise im Markt der Versicherungen?

Prof. Heinz Lohmann: In den fünfziger Jahren gab es etwa 1.800 gesetzliche Krankenkassen allein in Westdeutschland. Vor 30 Jahren, als ich beruflich mit dem Thema Gesundheit intensiv in Berührung kam, waren es nur noch 1.300. In Zukunft werden es eher 5 als 50 sein. Hintergrund dieser Entwicklung sind der Kostendruck auf Grund der steigenden Inanspruchnahme von Gesundheitsangeboten bei gleichzeitig begrenzten Beitragsleistungen und heute ganz zentral die Erlangung einer ausreichenden Nachfragemacht zum erfolgreichen Abschluss von Selektivverträgen. Zur Verbesserung der Wettbewerbsposition sind künftig spezifische medizinische Leistungsversprechen für Krankenversicherer unerlässlich. Nicht die pfiffigere Broschüre ist das beste Argument für einen Kassenwechsel, sondern eine exzellente Behandlung. Die Krankenkassen sind auf dem Weg vom Payer zum Player.

Welche Rolle spielt dabei der Patient/Versicherte?

Prof. Lohmann: Er ist in diesem Prozess ein immer wichtigerer Faktor. Das war er in der Vergangenheit nicht. In der Gesundheitszene dominierten die Experten. Sie gaben den Ton an. Eine aktive Position kann der Patient allerdings nur einnehmen, weil die

Transparenz auf dem Gesundheitsmarkt zunimmt. Dabei spielen die Medien, insbesondere natürlich das Internet, eine entscheidende Rolle. Bereits 60 Prozent der Menschen informieren sich vor und 40 Prozent nach dem Arztbesuch zusätzlich auf den diversen Websites. Diese Entwicklung ist erst ganz am Anfang und wird in den kommenden Jahren noch richtig Fahrt aufnehmen. Patienten werden dadurch souveräner und verlangen als Versicherte von ihrer Krankenkasse mehr Aktivität als in der Vergangenheit. Sie erwarten vor allem Spitzenmedizin und hervorragenden Service. Deshalb sind sie zunehmend bereit, auch persönlich Geld in ihre Gesundheit zu investieren. Der 2. Gesundheitsmarkt boomt. Biokost und Wellnessreisen stehen hoch im Kurs. Jetzt ist auch das Geschäft mit Zusatzversicherungen richtig im Kommen.

Welche Folgen hat das für die Gesundheitsanbieter?

Prof. Lohmann: Wenn sich die Nachfrageseite des Gesundheitsmarktes so gravierend verändert, wie das derzeit geschieht, müssen die Anbieter darauf reagieren. Das tun übrigens viele von ihnen noch viel zu langsam. Sie sind in Gefahr, die Situation zu „verpennen“, indem sie abwarten und auf den Gesetzgeber starren. Gesetze sind aber die Konsense der Vergangenheit. Wie in anderen Branchen müssen, wenn es um die Zukunft geht, die künftigen Interessen der Konsumenten Maßstab des Handelns sein. Für Patienten, die auch zu Kunden werden, sind ganzheitliche Behandlungslösungen mit institutionenübergreifenden Prozessen



Prof. Heinz Lohmann ist „Gesundheitsunternehmer“, u. a. Geschäftsführer der LOHMANN konzept GmbH sowie Gesellschafter der WISO HANSE management GmbH; Vorsitzender der INITIATIVE GESUNDHEITSWIRTSCHAFT e.V.; Professor der Hochschule für Angewandte Wissenschaften in Hamburg. – Der Gesundheitswirtschaftskongress 2012 findet vom 29. bis 30. August statt (www.gesundheitswirtschaftskongress.de).

das angestrebte Gut. Es geht dabei um strukturierte Medizin von der Diagnose bis zum Abschluss der Therapie unter Einbeziehung aller für die Behandlung notwendigen Produkte und Dienstleistungen. Das Gesundheitssystem wandelt sich deshalb in den kommenden Jahren von einer Institutionenorientierung, die für expertendominierte Anbietermärkte prägend ist, zu einer Prozessorientierung, wie Verbraucher sie erwarten. Das Ziel ist Markenmedizin.

Wie lässt sich die Komplexität ganzheitlicher Medizin beherrschen?

Prof. Lohmann: Das geht auf jeden Fall nicht mehr wie bisher, wo wir uns im Wesentlichen auf das Erinnerungsvermögen von „Schwester Berta“ verlassen haben. Das ist allerdings bei dem Stand der modernen Informationstechnologie auch nicht weiter notwendig. Bei Nutzung eines elektronischen Workflows ist die in der Medizin erforderliche Individualisierung von Stan-

dardisierung keine Zauberei mehr. Damit ist die „Digitale Industrialisierung“ jetzt möglich. Andere Branchen haben uns diesen Lösungsansatz vorgemacht. Wir müssen diese Modelle nur auf den Gesundheitssektor übertragen.

Ist das nicht ein Angstzenario – bleibt die Humanität auf der Strecke?

Prof. Lohmann: Sie wird, ganz im Gegenteil, durch die Anwendung der Methodik und Technologie der Industrialisierung des 21. Jahrhunderts deutlich verbessert. Wenn innovative Software die Behandlungsprozesse unterstützt, können sich Ärzte, Krankenschwestern und die weiteren Therapeuten auf die Patienten konzentrieren und werden nicht durch ausufernde Organisations- und Dokumentationsaufgaben abgelenkt. Ständiges Improvisieren und strukturierte Medizin schließen einander aus, Humanität und Einsatz von moderner Informationstechnologie nicht. Deshalb ist die Modernisierung des Geschäftsmodells Medizin überfällig.

PKV: Leistungsbearbeitung stärker automatisieren

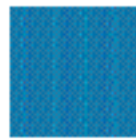
Die Leistungsbearbeitung in der PKV soll besser und effizienter werden. So wollen die Unternehmen beispielsweise einfache Leistungsfälle vom Rechnungseingang über die Prüfung bis hin zur Erstellung der Leistungsabrechnung künftig vollständig automatisiert und damit wesentlich schneller abwickeln. Diese „Dunkelverarbeitung“ wird erst von 20 Prozent der Versicherer eingesetzt, alle anderen befinden sich jedoch in der Planungs- bzw. Umsetzungsphase. Eine schnelle, transparente und einheitliche Bearbeitung ist auch im Interesse des Kunden; sieben von zehn Unternehmen verfolgen mit der Automatisierung daher u. a. das Ziel, die Kundenzufriedenheit zu steigern. Das ist das Ergebnis einer Studie von Steria Mummert Consulting.

Zwar arbeiten die privaten Krankenversicherer seit Jahren an der Automatisierung ihrer Leistungsbearbeitungsprozesse, doch sie sehen weiterhin großen Handlungs- und Optimierungsbedarf. Die mit der Automatisierung verbundenen Ziele wie beispielsweise eine Steigerung der Kundenzufriedenheit und die Verringerung der Verwaltungsausgaben wurden nicht vollständig erreicht. Hier sehen rund sieben von zehn Kassen weiteres Potenzial.

„Gerade die Automatisierung von Standardfällen in der Leistungsbearbeitung kann die Produktivität in der (PKV) signifikant erhöhen. Je nach Industrialisierungsgrad lassen sich Produktivitätssteigerungen von 20 Prozent umsetzen“, sagt Herbert Oberländer, Senior Executive Manager und PKV-Experte bei Steria Mummert Consulting. „Weitere Maßnahmen zur Automatisierung bieten der PKV ein deutliches Einsparpotenzial. Die Versicherten können doppelt profitieren: indem ihre Ansprüche schneller bearbeitet und gleichzeitig die Beiträge möglichst stabil gehalten werden.“

Im Interesse der Versichertengemeinschaft geht es bei der Automatisierung der Leistungsbearbeitung aber auch um eine sorgfältige und einheitliche Prüfung der Ansprüche von Erbringern medizinischer Leistungen. Zwar haben bereits knapp 70 Prozent der PKVen Prüfsoftware im Einsatz, jedoch längst nicht in allen Leistungsbereichen. Deutlichen Nachholbedarf gibt es beispielsweise bei der automatisierten Kontrolle zahnärztlicher Leistungen. www.steria-mummert.de

MEDICA®



Nur noch wenige Tage!

Online Tickets über 50% günstiger:

→ www.medica.de/1130

16 – 19 Nov 2011
Düsseldorf · Germany

www.medica.de

Messe Düsseldorf GmbH
Postfach 10 10 06
40001 Düsseldorf
Germany
Tel. +49 (0) 211/45 60-01
Fax +49 (0) 211/45 60-568
www.messe-duesseldorf.de



Telemedizin – von den Nachbarn lernen

In den Niederlanden löst e-Health Herausforderungen bei Zugang und Kosten

Alternde Bevölkerung, wachsende Nachfrage nach Gesundheitsleistungen, leere Budgets: Experten sind sich weitgehend einig – Telemedizin ist ein plausibler Ansatz, die Herausforderungen an unsere Gesundheitssysteme beherrschbar zu machen. Was können wir von den Ansätzen in anderen Ländern lernen, welche Modelle und Lösungen kommen auch für die deutschsprachige Region infrage? Michael Reiter sprach mit Pim Ketelaar (MSc, PDEng), Vorsitzender des Vorstandes der Niederländischen Vereinigung für e-Health (NVEH). Er verantwortet das Konzipieren und Umsetzen der Strategie dieser Organisation und die nachhaltige Integration von e-Health in der Gesundheitsversorgung unseres Nachbarlandes. Ferner ist er Direktor und Eigentümer von Telecom4care, einem führenden niederländischen Anbieter von Informations- und Kommunikationstechnologie im Kontext von e-Health, m-Health (Mobilität) und IT im Gesundheitswesen.

Kostenträger Entscheiderbrief:

Warum benötigt man im niederländischen Gesundheitswesen telemedizinische Applikationen?

Pim Ketelaar: Wie in anderen westlichen Ländern auch, steht das Gesundheitssystem hierzulande unter dem Druck wachsender Nachfrage – durch Bevölkerungsalterung und Konsumismus – und Engpässe beim Personal. Ausgaben in diesem Sektor steigen stärker als das Bruttosozialprodukt; Innovation wird gebraucht. E-Health und Telemedizin sieht man in einer Schlüsselrolle um die Nachfrage – etwa durch online-Selbstmanagement – zu stabilisieren und die Effizienz des Personals zu steigern, etwa durch die Verbreitung elektronischer Patientenakten. – Die gegenwärtige niederländische Regierung, geführt vom liberalen Premierminister Mark Rutte, hat e-Health auf die Agenda genommen und Maßnahmen angekündigt, die e-Health nachhaltig in die Versorgung integrieren, Patientenmündigkeit verstärken und Selbstmanagement voranbringen sollen.

Wie wird Telemedizin implementiert?

Ketelaar: Telemedizin wird Leistungserbringern von Firmen angeboten. Für telemedizinische Leistungen müssen mit

Krankenversicherern Gebühren ausgehandelt werden, die sich an nachgewiesener Kosteneffizienz orientieren.

Ein Beispiel ist die Teledermatologie. Ihre Präzision und Zuverlässigkeit ähnelt jener der „physischen“ Dermatologie. Die telemedizinische Anwendung ist seit 2005 in den Niederlanden verbreitet, Kosten werden in Gänze übernommen. Teledermatologie hilft Überweisungen vermeiden und reduziert die Kosten. International steht unser Land hier mit an der Spitze: Mehr als 60 Prozent der Niedergelassenen nutzen regelmäßig diese Methode.

Teledermatologie-Anbieter wie Ksyos geben den Niedergelassenen die notwendigen online-Werkzeuge an die Hand, um hochauflösende Fotografien von dermatologischen Phänomenen sicher hochzuladen. Diese Fotos werden dann aus der Ferne von Dermatologen beurteilt. Die Unternehmen treten als Full-Service-Anbieter auf: Neben den online-Tools stellen sie Software für die Integration bereit, etwa die Patientenakte, und sie führen für die Spezialisten die Abrechnung mit den Niedergelassenen durch.

„e-mental Health“ ist ein weiteres Beispiel. Firmen wie Interapy and Mentalshare – zumeist Spin-offs aus Universitäten – bieten online-Behandlungen für neurologische Erkrankungen an. Behandlungen wie kleurjeven.nl („mache dein leben bunter“), die Depressionen geringeren Grades therapieren sollen, werden über Niedergelassene, Psychologen oder [andere] Mediziner umgesetzt und von den meisten Krankenversicherungen übernommen. Alle diese Anwendungen sind Internet-basiert, an denen nach einer Überweisung und Untersuchung jeder teilnehmen kann, der eine Internetverbindung hat. Auch einige anonyme online-Theapien werden bezahlt. „e-Mental Health“ ist hier einer der am schnellsten wachsenden e-Health-Bereiche.

Welche weiteren Krankheiten fasst man für telemedizinische Therapien ins Auge?

Ketelaar: Die Vereinigung der Niederländischen Krankenversicherer hat Anschaffungsrichtlinien für Telemonitoring-Lösungen auf den Gebieten chronische Herzerkrankung und Diabetes mellitus veröffentlicht. Ziel ist, im Jahr 2012 groß angelegt Telemonitoringdienste für diese Bereiche zu beauftragen.



Pim Ketelaar, Vorsitzender des Vorstandes der Niederländischen Vereinigung für e-Health

Lassen sich diese Konzepte und Lösungen auch in den deutschsprachigen Ländern übernehmen, und wie?

Ketelaar: Ohne Zweifel. Firmen wie Ksyos bieten bereits ihre Lösungen im Ausland an. Allerdings sind natürlich Regulierungsvorgaben und Abrechnungsmodelle landesspezifisch, sie müssen daher beim Erstellen eines Geschäftsmodells Berücksichtigung finden.

Niederländische Vereinigung für e-Health

Die Niederländische Vereinigung für e-Health (NVEH, www.nveh.nl), gegründet 2005, ist die größte Organisation für diesen Bereich im Land. Ihre Zielsetzung ist, e-Health nachhaltig in den Alltag der Gesundheitsversorgung zu integrieren. Als Plattform dient sie dem Austausch von Patientenorganisationen, öffentlichen Einrichtungen und Behörden, Beratungsorganen, Krankenversicherungen sowie Vertretern von Organisationen der Leistungserbringung, Industrie, Weiterbildung und des Handels. NVEH vertritt die Niederlande auf europäischem Niveau in der International Society for Telemedicine & eHealth und ist Initiator der niederländischen Agenda für die Implementierung von e-Health, die derzeit gemeinsam mit der Organisation eHealthNu (bestehend aus Versicherern und Industrievertretern) und Vereinigungen von Patienten, Ärzten und Pflegepersonal entworfen wird.

Innovation liegt uns im Blut.

Wenn es um den Einsatz smarter Technologien geht, sind die Niederlande Vorreiter. Mit E-Health kümmern wir uns zum Beispiel um die beste Versorgung von chronisch Kranken im integrierten Verbund und selbstständiges Leben für Pflegebedürftige im häuslichen Umfeld.

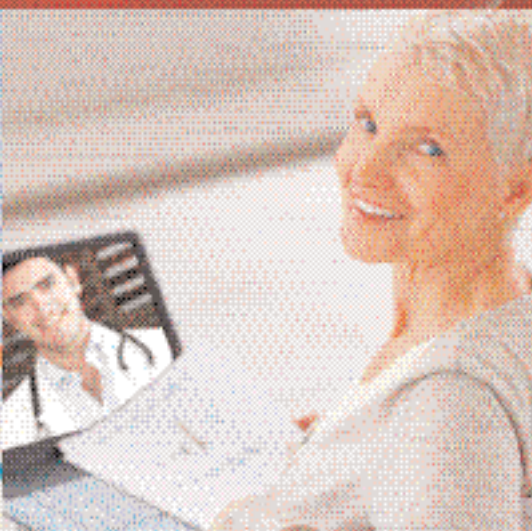
Unsere Healthcare IT-Systeme ermöglichen optimale Zusammenarbeit von Professionals und Patienten im Gesundheitswesen.



www.forcare.nl



www.ipt-telemedicine.nl



www.palq.nl

Für mehr Informationen über innovative Projekte und Kontakte zu Entscheidern im niederländischen Gesundheitssektor nehmen Sie gerne unverbindlich Kontakt mit uns auf:

Netherlands Business Support Office Stuttgart

Ellen Horstmann | Mirjam Mulder

Friedrichstr. 15

70174 Stuttgart

Tel. 0711-49039030

info@nbso-stuttgart.de

www.nbso-stuttgart.de



Pioneers in international business

Reha: Bedarf an geriatrischen, neurologischen, orthopädischen Angeboten wächst

Wie können Kostenträger die Entwicklung steuern?

Insbesondere durch die Bestrebungen der Kostenträger (Rentenversicherer und Krankenkassen) ist in den letzten Jahren der ambulante Rehabilitationsbereich stark in Deutschland gefördert worden. Hier spielt neben Kostenersparnissen auch eine bessere wohnortnahe Versorgung eine Rolle; dieses konnte in den letzten Jahren jedoch nur teilweise in den Rehabilitationskliniken umgesetzt werden, da die meisten Reha-Kliniken außerhalb von Großstädten („auf dem Lande“) liegen. Aus diesem Grunde sind in den letzten Jahren viele neue ambulante Rehabilitationszentren in Großstädten und Ballungszentren entstanden.

Aufgrund der Erfahrungen der ambulanten – ganztätig ambulanten/teilstationären – Rehabilitationsbehandlungen in Großstädten wie Hamburg hat sich der Bedarf entwickelt, auch stationäre Rehabilitationen in Großstädten – und somit wohnortnah – anzubieten. Insbesondere aufgrund der immer älter werden Patienten hat sich v. a. in den Fachbereichen Geriatrie und Neurologie ein erhöhter Bedarf an ambulanten und stationären Rehabilitationsplätzen bzw. Betten ergeben. Aus diesem Grunde sind in den letzten Jahren viele neue geriatrische Abteilungen, häufig angebunden an ein Akut-Krankenhaus, entstanden. Hier werden akut-geriatrische und reha-geriatrische Behandlungen durchgeführt.

Je nach Bundesland gibt es nur akut-geriatrische, nur reha-geriatrische oder akut-geriatrische und reha-geriatrische Abteilungen. In Folge der immer älter werdenden Bevölkerung hat insbesondere die Diagnose Schlaganfall an Bedeutung gewonnen, da bei etwa zwei Drittel der Schlaganfall-Patienten nach dem Krankenhausaufenthalt ein Rehabilitationsbedarf besteht. Auch durch die bessere Versorgung der Schlaganfälle in den letzten zehn Jahren durch die Eröffnung von „Stroke-Units“ (Schlaganfall-Einheiten in Krankenhäusern) ist ebenfalls eine verbesserte Behandlung von Schlaganfällen möglich geworden, so dass eine unmittelbar anschließende Rehabilitation die logische Folge zur weiteren Verbesserung des Outcomes von Schlaganfall-Erkrankungen war.

Insbesondere in Folge der immer älter werdenden Bevölkerung mit einer Zunahme an Schlaganfall-Erkrankungen und Zunahme an verschiedenen internistischen Erkrankungen (Multimorbidität), welche auch in den nächsten Jahrzehnten noch weiter ansteigen werden, wird weiter der Bedarf an geriatrischen und neurologischen Abteilungen im Bereich der Rehabilitation wachsen. Hier ist jedoch aufgrund der Entwicklung der letzten zwei bis drei Jahre in Bälde eine Sättigung des Rehabilitationsmarktes abzusehen (Insbesondere geriatrische Abteilungen wurden an vielen Krankenhäusern in kleinen und mittleren Städten implementiert). Insbesondere in den Großstädten bzw. Ballungsgebieten werden wahrscheinlich jedoch auch zukünftig noch einige geriatrische und neurologische Rehabilitationsbereiche bzw. Kliniken entstehen. Im Rahmen einer verbesserten wohnortnahen Versorgung und einer besseren Begleitung durch Angehörige erscheint dieses auch sinnvoll zu sein.

Ein anderer Trend zeigt sich in der orthopädischen Rehabilitation. Hier wird durch die Kostenträger ein starker Druck ausgeübt, ambulante Rehabilitationen zu fördern und stationäre Rehabilitationsmaßnahmen zunehmend zurückzudrängen. Hier gibt es Beispiele aus anderen Ländern (z.B. Niederlande), in denen nur ambulante orthopädische Reha-Maßnahmen durchgeführt werden. Diese Maßnahmen sind für den Kostenträger deutlich günstiger, da Übernachtung und Verköstigung am Morgen und am Abend wegfällt. Dennoch sind vor allem ältere Patienten z.T. nicht in der Lage, solche ambulanten Maßnahmen mit täglichen An- und Abfahrtswegen zu bewältigen. Der ambulante Anteil steigt in der Orthopädie derzeit ständig.

Als besonders erfolgversprechend erscheinen derzeit Rehabilitationsmodelle mit Anbindung von Rehabilitationsabteilungen (ambulant/stationär) an Akutkrankenhäuser in Großstädten: Zum einen stehen der Reha-Klinik mehr technische bzw. diagnostische Möglichkeiten (im Vergleich zu einer Reha-Klinik auf dem Lande) zur Verfügung. Außerdem können komplizierte Patienten parallel auch vom Akuthaus mitbetreut werden (z.B. bei Krebspatienten oder Patienten



Dr. med. Gabriele Bender, Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie mit Zusatzbezeichnungen Sozialmedizin und Qualitätsmanagement, ist leitende Ärztin der Neurologischen Rehabilitation und Ärztliche Direktorin des RehaCentrums Hamburg. Das Tochterunternehmen des Klinikum Bad Bramstedt hat zwei Standorte in Hamburg: eine Klinik in der Martinistraße auf dem Gelände des Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf mit 93 ambulanten Rehabilitationsplätzen in den Bereichen Kardiologie, Neurologie und Psychosomatik sowie 70 stationäre Betten in den Bereichen Kardiologie, Neurologie und Orthopädie. Eine weitere Klinik befindet sich an dem Standort Jungestraße mit 100 ambulanten orthopädischen Rehabilitationsplätzen.

mit Wundheilungsstörungen). Außerdem lassen sich regelmäßige fachübergreifende Besprechungen zwischen Akut- und Reha-Klinik durchführen und somit aktuelle Problemfälle schneller bearbeiten. Im Idealfall kann der Arzt aus der Reha sich einen Patienten vor Aufnahme direkt im Krankenhaus ansehen und entscheiden, in wieweit eine Maßnahme notwendig ist. Fehleinweisungen lassen sich dadurch vermeiden.

Als eines der ersten Modellprojekte in Deutschland ist das Rehabilitationszentrum „RehaCentrum Hamburg“ auf dem Universitätsgelände des Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) im April 2010 eröffnet worden. Ein ähnliches Projekt ist wohl auch

in Hannover (MHH) geplant. Die Patienten können direkt vom UKE in das RehaCentrum nach vorheriger Sichtung durch den Reha-Arzt aufgenommen werden. Ferner können Patienten in gemeinsamen Ärztekonzferenzen (z.B. bei der Indikation „Multiple Sklerose“) regelmäßig besprochen und sogar vorgestellt werden. Außerdem ist eine Ärzterotation zwischen der Reha-Klinik und dem UKE möglich, was ab 2012 geplant ist. Komplikationsreiche Patienten (z.B. mit Wundheilungsstörungen, zusätzlich erforderlicher Chemotherapie oder Strahlentherapie bei onkologischen Erkrankungen etc.) können hier ideal durch die Ärzte des UKE mitbetreut werden. Die Ärzte der Reha-Einrichtung können außerdem regelmäßig an Visiten und Röntgenbesprechungen des UKE teilnehmen und Patienten für eine notwendige Reha-Maßnahme besser auswählen. Außerdem werden regelmäßig gemeinsam Konzepte zwischen dem UKE und den einzelnen Abteilungen abgesprochen.

Im Bereich der Neurologie des RehaCentrums Hamburg wird derzeit ein neues Konzept für „Multiple Sklerose“ entwickelt. Dabei werden z.B. Patienten an einem 14-stündigen Schulungsprogramm teilnehmen, das Ärzte und Psychologen des RehaCentrum Hamburg und des UKE gemeinsam erarbeitet haben.

Vorschläge für die Kostenträger

Die weitere Etablierung ambulanter/stationärer Reha-Einrichtungen in Großstädten hilft, „Patiententourismus“ zu verringern und eine wohnortnahe Versorgung mit Einbeziehung der Angehörigen zu fördern. Neurologische Patienten müssen beispielsweise bisher mehrfach die Reha-Klinik wechseln, da viele neurologische Reha-Kliniken nicht alle Zulassungen für alle Rehabilitationsphasen haben.

Des Weiteren sollten Patienten insbesondere in der Akutphase ausreichend Zeit für eine Reha-Maßnahme bekommen, im Gegen-

zug dazu könnten die Heilverfahren (medizinische Reha-Maßnahmen) im Intervall generell auf drei Wochen gekürzt werden. Ferner ist bei Patienten mit chronischen Erkrankungen auch eine bessere ambulante Versorgung notwendig, um nicht zu große Zeiträume zwischen einzelnen Reha-Maßnahmen ungenutzt verstreichen zu lassen. Außerdem wäre die Etablierung eines „Case-Managers“ für einen Patientenfall zu fördern. Dieser „Lotse“ könnte den Patienten von der Akut-Klinik in die Reha-Klinik und im ambulanten Bereich über einen Zeitraum von ein bis zwei Jahren begleiten und so mögliche Sekundärfolgen bzw. Rückfälle (z.B. erneuter Schlaganfall) verhindern. Hier ist bereits diesbezüglich ein Modellprojekt (Case-Management bei Schlaganfall-Patienten), initiiert durch die Stiftung Deutsche Schlaganfallhilfe, geplant. Dieses Modellprojekt soll voraussichtlich im Januar 2012 in Hamburg beginnen.

Dr. Gabriele Bender

Gut vorbereitet auf Zahn-DTA

Die atacama | GKV Suite vereint sechs Software-Module für das Fallmanagement von Krankenkassen unter einer webbasierten Oberfläche: vom Zahnersatz (ZE) über die Kieferorthopädie (KFO) bis zur Parodontologie (PA) und dem Kieferbruch (KB), dem Hilfsmittel-Management (HM) sowie eine Softwareunterstützung für Pflegeberatung und Pflege-Fallmanagement (C4C). Die Architektur macht den Nutzer plattformunabhängig, und er kann verschiedene Browser einsetzen. Updates müssen nur auf dem Server vorgenommen werden und nicht auf jedem einzelnen Rechner. Das spart Geld bei der Installation und Wartung.

Ab 2012 erhalten die Krankenkassen nach Einführung des papierlosen Datenaustausches (DTA) die kassenzahnärztlichen Abrechnungen größtenteils in elektronischer Form. Auch hier unterstützt atacama seine Anwender umfassend und zuverlässig.

Die Rechnungsdaten, die über den DTA übermittelt werden, können problemlos in

die GKV Suite importiert werden. Die Verarbeitung der Daten geschieht mittels spezieller Importmodule. Bei atacama | ZE ist das ZE-HKP, bei atacama | KFO ist es KFO_Rech. Für die Module PA, KB und KCH (in Vorbereitung) in der GKV Suite entstehen ähnliche Lösungen.

Beim Einspielen der Daten in das System werden die entsprechenden Prüfmeldungen automatisch erzeugt. In der Folge stehen die geprüften Rechnungsdaten auch für die Morbi-RSA-Meldung zur Verfügung.

„Durch die einheitliche Bedienoberfläche der GKV Suite kann das komplette Fall-

management eines Versicherten leistungsübergreifend bearbeitet werden“, erläutert Melanie Zapf aus dem atacama-Produktmanagement. Dabei ersparen Massen-Plausibilitäten im Rahmen der Rechnungsprüfung dem Sachbearbeiter viel Zeit und beschleunigen die Prozesse. Die einheitliche Basis ermöglicht darüber hinaus nicht nur modulübergreifende Auswertungen und Statistiken, sondern auch eine intermodulare Kommunikation. So wird z.B. zum Abgleich des Zahnstatus wechselseitig auf atacama | ZE und atacama | PA zugegriffen.

www.atacama.de

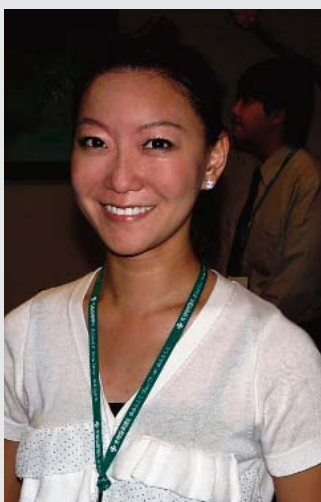
Medizintourismus – plausible Option auch für Behandlungen außerhalb der EU?

Eingriffe, Prävention, Wellness am Beispiel Taiwans

Lange Wartezeiten, spürbare Eigenanteile an hohen Kosten – in einer Reihe von Gesundheitssystemen haben solche Faktoren dazu geführt, dass Patienten vermehrt zur Behandlung ins Ausland reisen. So lassen sich beispielsweise KHK-Patienten aus England, deren Wartezeit überschritten ist, im Herz- und Diabeteszentrum NRW in Bad Oeynhausen therapieren oder auch in Indien. Attestierte Behandlungsqualität, Sprachkenntnisse vor Ort und auch mitunter die Möglichkeit, die Rekonvaleszenzphase in einem Umfeld mit Urlaubsambiente zu verbringen, beeinflussen häufig die Entscheidung. Deutsche GKV-Patienten nutzen seit Jahren u. a. die Kostenvorteile der zahnärztlichen Behandlung in Ländern wie Ungarn und Bulgarien.

Plausible Quellen nennen eklatante Kostenvorteile im Rahmen von Medizintourismus-Modellen. So belaufen sich die Kosten für eine Lebertransplantation in den USA auf rund US-\$ 300.000; in Taiwan wird sie für ca. US-\$ 91.000 durchgeführt. Auch Chinesen aus der Volksrepublik nutzen nach der Lockerung der Reiserestriktionen inzwischen verstärkt die Weltniveau-Medizin auf der Insel. Auf Europäer ist man in Taiwan, wo verbreitet Englisch gesprochen wird, ebenfalls eingestellt, erläutert Julianne Hsu vom Chang Bing Show Chwan Memorial Hospital. Im LOHAS Wellness Center, das zu diesem Krankenhaus in Lukang/Taiwan gehört, bietet man Licht-, Biofeedback-, Aroma- und Ernährungs- und weitere Therapien an. Zielgruppen sind Manager, die im Rahmen eines Mehrtage-Inklusiv-Pakets ihre Gesundheit fördern möchten, Meetings von Geschäftsleuten mit Wellness und guter Küche als Mehrwert sowie für Familien, die mit einem Urlaubs-Wellnessprogramm Energie tanken wollen. „Rund“ wird dieses Angebot durch die attraktive Stadt in der Nähe, die u. a. reich an kulturellen Angeboten ist und durch Erholungsmöglichkeiten in der umgebenden tropisch/subtropischen Landschaft, die man mit Wanderungen oder per Fahrrad erleben kann.

Die Idee: Europäer können die fernöstliche, bezüglich Kultur und Natur attraktive Insel erkunden, ihre Gesundheit auf Vordermann bringen und Energie tanken ... idealerweise mit einer Zuzahlung durch Krankenkassen für die gesundheitsfördernden Maßnahmen. **mr**



Vielfalt von Therapien, die Gesundheit fördern und Energien stärken: Julianne Hsu, LOHAS Wellness Center, Chang Bing Show Chwan Memorial Hospital in Lukang/Taiwan (Foto: mr)

Die eGK ist in der Praxis angekommen (mit freundlicher Genehmigung von Dr. Ursula Winkler und Michael Brockt, Berlin)



Roll-out der elektronischen Gesundheitskarte

eGK ist beim Versicherten angekommen

Die gesetzlichen Krankenkassen geben seit dem 1. Oktober nun die neuen elektronischen Gesundheitskarten (eGK) kontinuierlich aus. Erstes Ziel ist es, die vom BMG geforderte Quote für 2011 zu erfüllen, um die sonst drohende Reduzierung der Verwaltungskosten um zwei Prozent zu vermeiden. Jede Kasse muss folglich zehn Prozent ihrer Versicherten bis Jahresende mit der eGK ausstatten. Damit der gesamte Ausgabeprozess für die eGK möglichst im Jahr 2013 abgeschlossen ist, werden die Kassen voraussichtlich angehalten, im Jahr 2012 mindestens 70 Prozent ihrer Versicherten mit der eGK zu versehen, ansonsten dürfen sich die Verwaltungskosten 2013 gegenüber 2012 nicht erhöhen.

Die Ausstattung der Praxen und Krankenhäuser mit eGK-eHealth-Kartenlesegeräten geht zügig voran; alle Niedergelassenen, die bis zum 30. September 2011 diese Lesegeräte nachweislich bestellt haben, können je

nach Landes-KV die Förderträge noch bis Ende des Jahres abgeben, um die Refinanzierung der Lesegeräte und der Installationskosten zu sichern. Damit ist sichergestellt, dass sowohl die neue eGK als auch die bisherige Krankenversicherungskarte (KVK) als Versicherungsnachweis zur Behandlung sofort vom Patienten verwendet werden und der behandelnde Arzt die erbrachten Leistungen abrechnen kann.

Im alltäglichen Gebrauch unterscheidet sich die eGK derzeit nur unwesentlich von der KVK. Für den Patienten ist das auffälligste Merkmal sein Bild auf der eGK, versicherungstechnisch wird aber mit der eGK zum ersten Mal die neue, lebenslang gültige und individuelle Krankenversicherungsnummer angewendet. Alle gesetzlichen Krankenkassen haben in den letzten Jahren ihre internen Abrechnungssysteme schon auf diese neue Krankenversicherungsnummer vorbereitet. **z**



atacama | C4C

'A Case for Care' –
Wissensbasierte Software
für Pflegeberatung



atacama | Software GmbH
Fon +49(0)421- 22 30 10
info@atacama.de
www.atacama.de

Für Transparenz im
Gesundheitswesen.

Ihre wahre Stärke wird die eGK aber erst dann entfalten können, wenn sie online in die Telematikinfrastruktur eingebunden wird. Doch wann diese bundesweit zur Verfügung steht, ist derzeit nur sehr schwer abzuschätzen. Das Zukunftspotenzial der eGK könnte sich aber durchaus auch jetzt schon in krankenkassenspezifischen online-Anwendungen dem Versicherten erschließen. Die Möglichkeit, die Versichertenstammdaten und weitere versicherungsrelevante Informationen – wie spezielle Zusatzversicherungen oder die Teilnahme an DMP Programmen – auf der eGK stets zu aktualisieren, bietet der Kasse neue Optionen, welche die alte KVK nicht hatte.

Die Aktualisierung dieser Daten kann auch jetzt schon problemlos in der Geschäftsstelle einer Krankenkasse erfolgen – entweder durch den Krankenkassen-Berater oder durch den Versicherten selbst, an einem für diesen Vorgang geeigneten Selbstbedienungsterminal, ähnlich einem Sparkassenautomaten. Einige Krankenkassen rüsten derzeit schon Geschäftsstellen mit solchen Geräten aus, die neben der Aktualisierung dem Versicherten noch weitere Informationen über den Inhalt der auf dem eGK Chip gespeicherten Daten geben können. Diese Termi-

nals bieten auch die Möglichkeit, direkt vor Ort ein Bild des Versicherten zu erstellen, wenn dieses für die Erstellung seiner neuen eGK benötigt wird. Damit eröffnen sich der Krankenkasse neue Geschäftsmodelle.

Auch ist es denkbar, die im aktuellen Notfalldatensatzmanagement vorgesehenen persönlichen Erklärungen des Patienten an einem solchen Terminal direkt vom Versicherten auf der eGK zu hinterlegen. Diese Hinweise auf das Vorliegen eines Organspendeausweises, einer Patientenverfügung oder Vorsorge-Vollmacht sind ohne PIN des Versicherten von Berechtigten auslesbar.

Ebenso bietet die eGK die Möglichkeit dem Versicherten eine fortgeschrittene oder sogar qualifizierte elektronische Signatur zur Verfügung zu stellen. Damit ist es für Krankenkassen denkbar, dass die eGK zum einen als sicherer Online-Zugang zum jeweiligen Krankenkassenportal im Internet auch von zu Hause dient und auch rechtsverbindlich persönlich abgestimmte Zusatzverträge online geschlossen werden können. – Die elektronische Gesundheitskarte bietet also durchaus sofort den Aufbau bisher nicht möglicher, zusätzlicher Geschäftsmodelle für zukunftsorientierte Krankenkassen. **DLR**

Homecare: Konferenz in Bonn

Wie funktioniert eine adäquate häusliche Versorgung bei steigender Zahl der Pflegebedürftigen und schwindender Ressourcen der Gesetzlichen Krankenversicherung?

Diese und weitere Fragen thematisiert die Veranstaltung "Homecare: eine ambulante Perspektive? Einflussfaktoren und Zukunftsszenarien" am 1. Dezember in Bonn. Die Konferenz gibt einen Überblick über das politische Umfeld des Homecare-Marktes, die rechtlichen Rahmenbedingungen sowie über Leistungen der Branche. In einer alternden Bevölkerung steigt der Stellenwert von Homecare. Die Gesellschaft muss sich auf tief greifende Veränderungen einstellen. Die finanziellen Ressourcen

der GKV sind begrenzt. Schon heute fehlt den Ärzten und den qualifizierten Pflegekräften der Nachwuchs. Dennoch möchte sich jeder Bundesbürger optimal versorgt fühlen. Im Idealfall in den eigenen vier Wänden. Wie kann das funktionieren?

Heute gibt es zahlreiche Unternehmen, die eine Versorgung im häuslichen Umfeld ermöglichen. Vor welchen Herausforderungen stehen diese Unternehmen? Wo gibt es Optimierungspotential? Welche Modelle der Vernetzung gibt es bereits heute und woraus sind diese entstanden? Diesen und ähnlichen Fragen widmet sich die Veranstaltung. Programm und Anmeldung: www.bvmed.de (Veranstaltungen) **DF / BVMed**

► Fortsetzung von Seite 1

Wie lassen sich die Forschungsaktivitäten optimieren, welche Forderungen haben Sie bezüglich der Rahmenbedingungen?

Dr. Schlenker: Zurzeit ist es so, dass wir unsere Aktivitäten über die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds finanzieren. Das ist eine unternehmerische Entscheidung, die

allerdings nicht befriedigt, weil der Gesundheitsfonds keinen eigenen Anteil für Forschung und Entwicklung zur Verfügung stellt. Richtig wäre hier eine Mittelaufbringung aus den staatlichen Töpfen für die Wissenschaftsförderung, denn Versorgungsforschung wird im Interesse aller Bürger betrieben. **www.barmer-gek.de**

Die Bedürfnisse der Menschen in den Vordergrund stellen

Tagungsbericht zur TELEMED 2011

Telemedizin, verbunden mit intelligenter Haus-technik und Smartphone-Apps, kann die Lebensqualität für Patienten und ältere Menschen verbessern und im Gesundheitswesen gleichzeitig Kosten sparen. Das wurde bei der TELEMED 2011 deutlich, die unter dem Motto „Telemedizin im privaten Raum – Perspektiven für IT-gestützte Services am 3. Gesundheitsstandort“ Mitte Oktober im Tagungszentrum der TMF in Berlin stattfand. Doch stehen einer breiten Nutzung solcher Systeme neben fehlenden technischen Standards noch ungelöste Haftungsfragen und teilweise zu hohe Kosten im Wege.

Im Bereich der Telemedizin sollte man nicht von wirtschaftlichen oder technischen Aspekten her denken, sondern von den Bedürfnissen der Menschen, erklärte Prof. Dr. Wolf-Dieter Lukas, Ministerialdirektor im Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) die Blickrichtung der aktuellen Förderpolitik des Ministeriums. Das Thema Wohnung sei für das BMBF zentral, denn alte Menschen wollten zuallererst „nicht aus ihrer Wohnung“ heraus. Telemedizinische Angebote, die den Senioren dies ermöglichen, seien deshalb wichtig. Dazu gehöre auch der Bereich Sicherheit für das Leben in der Wohnung, wofür AAL-Technologien nötig seien.

Bis 2050 wird sich die Anzahl der chronisch Kranken in Deutschland aufgrund des demografischen Wandels verdoppeln. Dem wachsenden Pflege- und Betreuungsbedarf stehen jedoch nicht genug Ärzte und Pflegepersonal gegenüber. Die Nutzung telemedizinischer Anwendungen, zum Beispiel zur Nachsorge und Betreuung zuhause oder die Übermittlung von Vitalparametern an betreuende Ärzte in telemedizinischen Zentren kann vor diesem Hintergrund entlastend wirken. So wird gegenwärtig in vielen Projekten und Unternehmen daran gearbeitet, Ambient Assisted Living (AAL)-Technologien mit Smartphones und HealthApps sinnvoll zu verbinden, um den Patienten eine größtmögliche Eigenständigkeit, Gesundheit und Lebensqualität zu ermöglichen und gleichzeitig den Kostenanstieg für das öffentliche Gesundheitswesen zu begrenzen.



Eröffnung der TELEMED 2011: Sebastian Semler, Wissenschaftlicher Geschäftsführer, TMF – Technologie und Methodenplattform für die vernetzte medizinische Forschung e.V.



Prof. Dr. Wolf-Dieter Lukas, Ministerialdirektor im Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF): In der Telemedizin sollte man von den Bedürfnissen der Menschen her denken.

zu Nichtraucher wie andere Raucherentwöhnungsprogramme.

Die aktuell rasant wachsende Community der Nutzer von Smartphones schafft gute Voraussetzungen für solche Betreuungsangebote. 2011 wird voraussichtlich jedes dritte verkaufte Handy ein Smartphone sein. Im 1. Quartal 2011 sind weltweit 16,2 Mio. iPhones verkauft worden.

Die Krankenversicherungen, die die Patienten in ihre Präventions- und Disease-Management Programme schon seit längerer Zeit aktiver mit einbeziehen wollen, setzen deshalb zunehmend auf begleitende Smartphone-Apps. Immer mehr medizintechnische Geräte, wie beispielsweise Blutzuckermessgeräte, Lesegeräte für Diabetes-Teststreifen, Blutdruckmessgeräte, Waagen, Herzschrittmacher, etc. sind heute in der Lage, mit Smartphones zu kommunizieren. Ergänzend bieten Unternehmen wie Microsoft im Internet bereits Plattformen wie „Healthvault“ (in den USA) und „Assigno“ (in Deutschland) an, wo die auf Mobiltelefonen in Health-Apps gespeicherten Daten zentral abgelegt und in die Präventions- und Versorgungsprogramme der Krankenkassen integriert werden können.

Viele Angebote zur telemedizinischen Überwachung von Patienten im privaten Umfeld setzen auf die Nutzung medizinischer Apps in Kombination mit AAL-Systemen zu fünfmal so viele Raucher



atacama | GKV Suite

Webbasierte Fallmanagement-
Software optimal integriert



Prof. Dr. Christian Dierks, Rechtsexperte: Die meisten Apps haben noch keine Zertifizierung.

temen. Letztere seien jedoch gegenwärtig für ein Massenprodukt noch zu teuer, stellte Dr. Gerhard Finking, Präsident des europäischen AAL-Vereins in Brüssel, fest. Zwar seien Assistenz und Sicherheit stark von den Verbrauchern nachgefragte telemedizinische Anwendungen. Wegen der hohen Anschaffungskosten gestalte sich die Markteinführung jedoch europaweit schwierig. In

Deutschland gebe es keine gesicherte Grundfinanzierung für AAL-Assistenzsysteme, was ein Hemmnis für die Entwicklung des AAL-Marktes sei. Zudem sei in der Öffentlichkeit noch kaum bekannt, welche Sicherheitssysteme beispielsweise für den häuslichen Bereich überhaupt erhältlich sind.

Auf ein haftungsrechtliches Problem im Zusammenhang mit der Nutzung von Health-Apps für die telemedizinische Betreuung von Patienten wies der Rechtsexperte Prof. Dr. Christian Dierks hin. Für behandelnde Ärzte und Hersteller sei es vor Gericht entscheidend, ob eine Health-App zertifiziert sei und medizinischen Standards entspreche. Die meisten Apps hätten jedoch keine Zertifizierung. Gegenwärtig werde dieser Punkt noch unterschätzt, zumal vertragliche Haftungsausschlüsse im Bereich der medizinischen Behandlung unwirksam seien.

Die TELEMED wird jährlich gemeinsam vom Bundesverband Medizinischer Informatiker (BVMi) e.V., der Deutschen Gesellschaft für Gesundheitstelematik (DGG) e.V. und der TMF – Technologie und Methodenplattform für die vernetzte medizinische Forschung e.V. ausgerichtet.

Beate Achilles

Neue Wege im Versorgungsmanagement: Award für IGiB

Die Arbeitsgemeinschaft IGiB der AOK Nordost, der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg (KVBB) und der Barmer GEK gehört auch dieses Jahr wieder zu den Preisträgern des dfg-Awards.

Ausgezeichnet wurde sie dieses Mal mit dem ersten Preis in der Kategorie „Herausragendes Management / Gesundheitswesen“ für den Mut, mit dem Versorgungsmodell „agnes zwei“ neue Wege zu gehen. IGiB steht für „Innovative Gesundheitsversorgung in Brandenburg“. Im Herbst 2009 hatten die damalige AOK Berlin-Brandenburg und die Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg die Arbeitsgemeinschaft gegründet, um gemeinsam Versorgungsmodelle zur Sicherung der medizinischen Versorgung insbesondere auch in den ländlichen Regionen entwickeln zu können. Ende Mai 2010 trat die Barmer GEK der IGiB als dritter Partner bei.

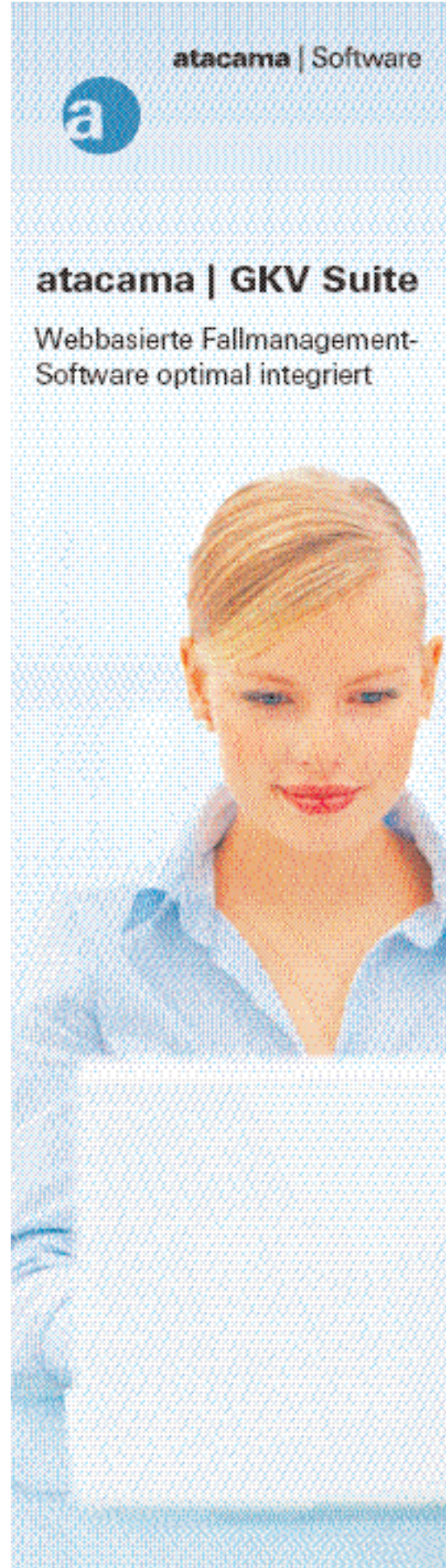
„Agnes zwei“ ist das jüngste Projekt der Arbeitsgemeinschaft. Es hat zum Ziel, den Arzt zu entlasten und den Patienten effizient durch die Gesundheitsbereiche zu lotsen. Dazu übernimmt eine eigens dafür ausgebildete Fachkraft das Fall- und Schnittstellenmanagement für Versicherte. „Der Preis zeigt uns, dass wir mit innovativen Versor-

gungsmodellen wie „agnes zwei“, die zum einen den Arzt entlasten und zum anderen spürbare Vorteile für unsere Versicherten bringen, den richtigen Weg eingeschlagen haben“, sagte Frank Michalak, Vorstandsvorsitzender der AOK Nordost, anlässlich der Preisverleihung am 7. Juli in Hamburg. Auch Hermann Schmitt, Landesgeschäftsführer der Barmer GEK in Berlin und Brandenburg sieht in agnes zwei „eine geeignete Lösungsoption, die Versorgungsqualität zu steigern, Wirtschaftlichkeitsreserven zu heben und die medizinische Versorgung zu sichern.“

Dr. Hans-Joachim Helming, KVBB-Vorstandsvorsitzender: „Die IGiB trägt mit der Entwicklung neuer Versorgungsformen dazu bei, vor allem in ländlichen Regionen die medizinische Versorgung zu verbessern. Diese Auszeichnung zeigt, dass ihr Bemühen in diese Richtung auch bundesweit Anerkennung findet. Darauf sind wir zu Recht stolz.“

Mit dem dfg-Award werden seit 2009 herausragende Leistungen von Personen, Unternehmen, Körperschaften, Verbänden und sonstigen Einrichtungen des Gesundheitswesens ausgezeichnet.

DF / www.barmer-gek.de



atacama | Software GmbH
Fon +49(0)421 - 22 30 10
info@atacama.de
www.atacama.de

**Für Transparenz im
Gesundheitswesen.**

„Versorgung in der Region durch den Einsatz von Informationstechnologie gestalten“

Derzeit sind einige Krankenhäuser verstärkt auch in kleineren Städten mit eher ländlichem Umfeld dabei, sich vom ehemals auf die stationäre Versorgung konzentrierten Versorgungsanbieter zum regionalen Gesundheitsunternehmen zu entwickeln. Die Umsetzung dieser Strategie kann nur erfolgreich gelingen, wenn ein übergreifendes Versorgungsmanagement unter Einbeziehung von Prävention, Rehabilitation und Pflege platziert werden kann. Die Gestaltung übergreifender Versorgungsangebote lässt sich dabei am Ende nur über Kooperation und Vernetzung der bestehenden Versorgungstufen in der Region und somit der Einbeziehung ärztlicher Zuweiser sowie Pflegediensten, Therapeuten, Hilfsmittellieferanten und andere Gesundheitsdienstleister realisieren

Die Umsetzung einer solchen Unternehmensstrategie bringt aber auch eine Anpassung der IT Strategie mit sich. Das regionale Gesundheitsunternehmen muss in die Lage versetzt werden, die notwendige Vernetzung der unterschiedlichen Versorgungstufen selbst zu organisieren, welches den Aufbau einer neuen IT Ebene zum Datenaustausch und zur Kommunikation in Ergänzung zum bestehenden Krankenhausinformationssystem mit sich bringt. Auf dieser Ebene werden dann alle Versorgungsprozesse auf der Schnittstelle zwischen den Versorgungspartnern in der Region IT-gestützt abgebildet und z.B. unter Verwendung von Web Technologie gemeinsam genutzt.

Konkretes Beispiel: Entlassmanagement im Krankenhaus

Ein aktuelles Beispiel für eine solche proaktive Versorgungssteuerung stellt das Thema „Entlassmanagement im Krankenhaus“ dar. Durch das Entlassmanagement soll die Kontinuität der Versorgung an den Schnittstellen gewährleistet und die verbesserte Kontinuität und Kommunikation zwischen den beteiligten ambulanten oder stationären Versorgungsbereichen verbessert werden. Trotz zahlreicher Bemühungen in den letzten Jahren, gab es für ein Krankenhaus bisher nur unzureichende Anreize, die Organisation der Versorgung nach dem stationären Aufenthalt qualitätsgerecht und nachhaltig durchzuführen. Mit dem „Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung“, welches zum 01. Januar 2012 in Kraft treten soll, wird von den Krankenhäusern eine deutliche Verbesserung der Prozesse im Entlassmanagement und eine engere Verzahnung mit den nachversorgenden Einrichtungen eingefordert.

Eine Voraussetzung für die Umsetzung eines solchen Versorgungsansatzes ist die Ausbildung eines Partnernetzwerkes, welches sowohl die professionellen Dienstleister (Ärzte, Pflege, Therapeuten, Einrichtungen u.a.) als auch weitere Hilfsangebote im Lebensumfeld des Patienten einbezieht. Selbsthilfegruppen, Sportgruppen, Betreuungsangebote für den Patienten aber auch soziale Angebote müssen erkannt und in die Ver-



Dr. med. Dominik Deimel
Mitglied im erweiterten Vorstand im Bundesverband Managed Care e.V. (BMC), Geschäftsführender Gesellschafter com2health GmbH

netzung eingebunden werden. In der konkreten Umsetzung des Entlassmanagements wird dieses Partnernetzwerk dann noch stärker während des stationären Aufenthaltes in die Organisation der Nachsorge eingebunden, um die Versorgungskontinuität sicherzustellen.

Abb. 1: Aufgabenstellung für ein regionales Versorgungsmanagement





Abb. 2: Kooperative Vernetzung verschiedener Versorgungsstufen

auf die Integration der Zuweiser liegt, sondern alle Versorgungsstufen einbezieht und die Umsetzung konkreter Prozesse (wie am Beispiel Entlassmanagement aufgezeigt) ermöglicht.

Eine solche eHealth Plattform, die auch von allen betroffenen Akteuren im Krankenhaus verwendet wird, bildet die Brücke zwischen den Versorgungsstufen und ergänzt die bestehenden IT Lösungen. Eine einrichtungsübergreifende elektronische Patientenakte mit wünschenswerter Unterstützung vorhandener Standards wie z.B. der Elektronische Fallakte (eFA) aber auch die Möglichkeit zur flexiblen Abbildung von Prozessen werden dabei unterstützen Versorgungsmodelle in der Onkologie, Geriatrie und anderen Handlungsfeldern IT gestützt in der Region umzusetzen.

**Lösung:
Regionale eHealth Plattform**

Gesundheitsunternehmen mit dem Anspruch auf schrittweise Gestaltung des

Versorgungsmanagement in der Region werden für den Ausbau Ihres eigenen Leistungsportfolios sowie die zunehmende Kooperationen, eine IT gestützte Plattform benötigen, deren Fokus nicht nur

Dr. med Dominik Deimel

Pflegeberatung mit Software und standardisierter Fachsprache

Pflege- und Krankenkassen bekommen die Auswirkungen der stetig älter werdenden Bevölkerung in Deutschland besonders zu spüren. Immer häufiger müssen sie geeignete Konzepte zur Versorgung der Senioren entwickeln. In diesem Kontext nimmt die Bedeutung der Pflegeberatung in den letzten Jahren kontinuierlich zu. Das Pflegeweiterentwicklungsgesetz erhöht die Anforderungen an den einzelnen Berater und die Versorgungsnetze zusätzlich. Das Betreuungsangebot ist vielfältig, genau wie das Spektrum der Dienstleister.

Um die individuell beste Versorgungsform zu finden, bedarf es einer strukturierten Situationsbeschreibung, einer fundierten Planung der Maßnahmen und der Überwachung des Versorgungsplans. In diesem komplexen Prozess unterstützt die wissensbasierte Software atacama | C4C die Pflegeberater; sie kommt von atacama, dem Bremer Spezialdienstleister für Fallmanagement-Lösungen in der GKV.

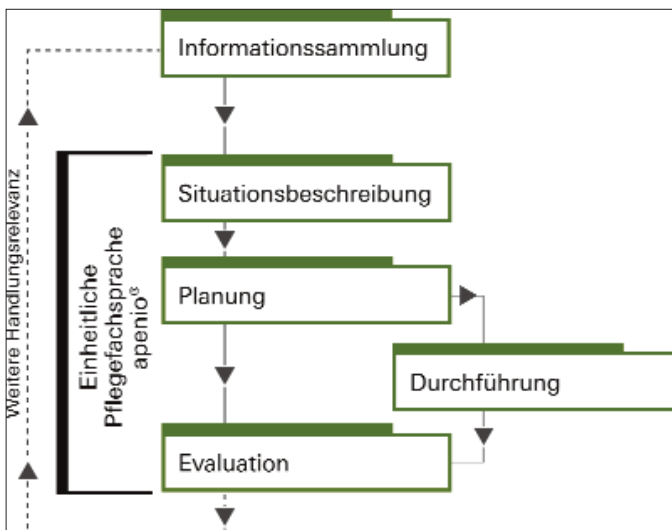
Das System bildet die Pflegeberatungsprozesse in ihrer Gesamtheit systematisch und strukturiert ab. Das beginnt mit der Erstellung eines ziel-, bedarfs- und be-

dürfnisorientierten Assessments. "Die Planung der Interventionen und Hilfsangebote beruht dann auf einer zugrunde gelegten Wissensbasis. Vorschläge und Musterpläne unterstützen die Ratsuchenden und Beratenden bei einer gemeinsamen Entscheidungsfindung", so Manuela Schoska, Pflegeexpertin bei atacama. So werden individuell zugeschnittene Unterstützungsangebote gefördert und gleichzeitig eine größere Transparenz in den Versorgungsprozessen geschaffen.

Basis der Lösung ist die Pflegetypologie apenio, die sich am Pflege- und Beratungsprozess orientiert und die Planung und Dokumentation der einzelnen Prozessschritte ermöglicht. Im Zentrum der Fachsprache steht das Pflegephänomen, auf dessen Grundlage die Planung und Erfas-

sung von Maßnahmen erfolgt. Umfangreiche Kataloge mit standardisierten Formulierungen erleichtern die Dokumentation. Die Verknüpfung der einzelnen begrifflichen Systeme macht apenio dabei zu einer Wissensbasis, die Beratende fachlich bei der Versorgungsplanung unterstützt.

www.atacama.de
www.apenio.de



Medica-Highlights: Neues aus Telemedizin, Diagnostik und Therapie, Lichtambiente



Preview bündelt Produktrends für Leistungserbringer und Patienten

Kurz vor jeder Medica erhält die Presse Einblick in herausragende Trends der Produktportfolios ausgewählter Aussteller. In diesem Jahr zählen hierzu u. a. aktuelle Entwicklungen wie persönliches Gesundheitsmanagement per iPhone & Co. (Telekom/Medisana), telemedizinische Betreuung durch Überwachung von Vitaldaten (Telekom/gemed), 3D-/HD-Bildgebung zur Optimierung der Augen-Hand-Koordination in der Chirurgie (Sony) sowie Neuerungen in der bildgebenden Diagnostik und prozessoptimierende OP-Vernetzung wie auch therapeutischer unterstützende Beleuchtung.

Sekundärmarkt und Telemedizin

Eine neue Gerätepalette von VitaDock erfasst, speichert und überwacht Blutzucker, Temperatur, Gewicht, Blutdruck und Puls via iPhone, iPad und iPod touch. Zusätzlich benötigen Patienten eine – kostenfreie – App. Man darf gespannt sein, welche Geschäftsmodelle sich mit Leistungserbringern entwickeln. Ebenfalls von der Telekom, gemeinsam mit Partnern, kommt ein „Arbeitsplatz Telemedizin“. Betroffene messen täglich die relevanten Vitaldaten; per Bluetooth gehen die Daten erste an eine Basisstation; dann werden sie per sicherem VPN in die elektronische Patientenakte eines Telemedizinentrums versandt. Ein weiteres Angebot, das, über den G-BA, als Modell für Kassen infrage kommen könnte.



Sorgt Sicherheit im Notfall: Senioren-Mobiltelefon emporiaEleganceplus verbindet direkt mit der Hilferuf-Zentrale eines Wohlfahrtsverbandes (Telekom/emporia/Wohlfahrtsverbände).

Vernetzte OPs

Nach der Fusion im Jahr 2005 entschied man sich beim Hamburger Agaplesion Diakonieklinikum für einen Neubau, um die drei kleinen sanierungsbedürftigen Altstandorte zusammenzuführen und die Versorgung in einem angemessenen Umfeld fortsetzen. Effizienz und ein positives Arbeitsumfeld für die Mitarbeiter waren die Strategieziele. Die Flexibilität der sieben OP-Räume – von denen jeder mit einem Endoskopieturm ausgestattet ist – und eine Vernetzung, etwa zwischen OP und Endoskopie, sind Schlüsselaspekte; so lassen sich vom OP-Tisch aus über Endo-alpha Control sämtliche Gerätesteuerungen durchführen, eine optimale Abstimmung des Operators mit dem Internisten, auch mit dem Chefarzt, ist per Bild und Ton möglich. Dies fördert die Effizienz, erläuterte Geschäftsführer Jörn Wessel. Weitere Vernetzungsaspekte sind digitale Radiologie sowie WLAN-Ausstattung mit WLAN-Telefonie und digitaler Visite. – Sieben Monate nach der Realisierung sind inzwischen Dynamik und Akzeptanz erkennbar; und die Geschäftsführung erwartet rechenbare Effizienzvorteile.

Neue Lichtkonzepte

Auch die Lichtlösung ist im Diakonieklinikum optimiert: Blaues Licht mit dem geforderten Lichtvolumen führt in den innen liegenden OP-Sälen und in der Endoskopie zu positiven Reaktionen bei den Mitarbeitern

und den ambulanten Patienten ... und auch bei den Einweisern.

Beim Neubau des OP-Zentrums Süd in Lübeck war es ein wichtiges Ziel, den Patienten in den Mittelpunkt stellen und eine entspannende und angstfreie Umgebung zu schaffen. So erhielten die Architekten den Auftrag, Rundungen zu integrieren, im War-

tebereich eine leicht plätschernde Wasserwand einzubauen und durch das Abspielen dezenter Waldvogelstimmen eine angenehme Akustik herzustellen. Ferner wurde für den OP-Bereich und für die peripheren Räume des Beleghauses ein physiologisch optimiertes Lichtkonzept integriert. Das Nachempfinden der Tagesdynamik und die Einflussnahme auf die Hormonsituation kamen dort zur Verwendung, wo Patienten zur Narkose einschlafen bzw. nach der OP wieder sanft und rasch aufwachen sollen. Diese Phasen werden durch ein System von Philips unterstützt. Die Patienten können



OP-Saal, OP-Zentrum Süd in Lübeck: Vollnarkose „Ton in Ton“. Biologisch orientierte Beleuchtung in Vorbereitungs- und Aufwachsäumen, wie auch Patientenzimmern, reduziert Angst und unterstützt einen natürlichen Schlaf-Wach-Rhythmus (Philips).

im OP-Saal und in den peripheren Räumen auch die manuell einzustellende Lieblingsfarbe für die Beleuchtung wählen; Flächenlichter bringen zusätzlich zentral gesteuert das vorteilhafte Aufwachlicht. – Auch die Mitarbeiter profitieren in diesen und anderen Raumbereichen von diesem Lichtkonzept, etwa durch stimulierend-belebendes Licht nach der Mittagspause. Das Feedback, so Dr. Andreas Janzen, ist seitens der Patienten und Mitarbeiter äußerst positiv. Der gewünschte Marketingeffekt ist eingetreten; die Lösung rechnet sich indirekt, etwa durch überzeugte Zuweiser. Auch Energieeinsparungen erwartet der Facharzt für Anästhesiologie und Geschäftsführer Lumaris GmbH – OPZ Süd durch die verbauten LEDs.

Diese und viele weitere Lösungen und Konzepte sowie ihre Vorteile im Kontext der Leistungserbringung lassen sich auf der Medica im Detail diskutieren (www.medica.de). **mr**