



GESUNDHEIT UND GESELLSCHAFT



VERSORGUNGSMANAGEMENT

Doktors digitale Helfer

+++ Projekte, Probleme, Chancen

SPEZIAL

STARTSCHUSS

Die Chancen nutzen

von Sabine Richard 3

ÜBERBLICK

Generation ePatient

von Andréa Belliger 4

INTERVIEW

»Wir brauchen eine bessere Evaluation«

Fragen an Martin Gersch 7

HERZINSUFFIZIENZ

Prävention per Datenstrom

von Annegret Himrich 8

GESUND MIT WEB UND APP

Regionale Projekte der AOKs

..... 10

IT-SCHNITTSTELLE

Vernetzen beginnt im Kopf

von Thomas Rottschäfer 12

ONLINE-ANGEBOT

Fitnessstraining fürs Gemüt

von Silke Heller-Jung 14

QUALITÄTSMANAGEMENT

Rückenwind für Qualität

von Sonja Milde und Martin Arnold 15

DISEASE MANAGEMENT

Licht und Schatten

von Katrin Krämer und Peter Willenborg 16

AOK-WEBANGEBOTE

Wissen auf den Punkt gebracht 18

Per Mausclick zu guter Pflege 18

Kliniksuche leicht gemacht 19

Gute Noten für empfehlenswerte Ärzte 19

STANDPUNKTE

Bringt das E-Health-Gesetz den Durchbruch für die Digitalisierung des Gesundheitswesens? 20

Lese- und Webtipps

■ *Andréa Belliger, David J. Krieger*
Gesundheit 2.0 – das ePatienten-Handbuch
Bielefeld: Transcript-Verlag 2014

■ *Claudia Sikorski, Melanie Lupp, Steffi G. Riedel-Heller*
Innovative Versorgungsansätze zur Behandlung von Depression
In: *Versorgungs-Report 2013/2014*.
Schwerpunkt: Depression. Jürgen Klauber, Christian Günster, Bettina Gerste et al. (Hrsg.), Stuttgart: Schattauer 2014, Seite 77–98

■ *Kai Kolpatzik*
Gesundheit unter Selbstkontrolle
G+G 6/2015, Seite 21–27

■ *Nils Franke*
Gütesiegel für Gesundheits-Apps
G+G 4/2015, Seite 22

■ *Astrid Maroß*
Online-Training für die Seele
G+G 11/2014, Seite 36–41

■ *Thomas Hommel*
ARMIN hilft beim Einnehmen
G+G 4/2014, Seite 17

■ **Aktionsplan der EU-Kommission für elektronische Gesundheitsdienste für die Jahre 2012 bis 2020**
Ein PDF des Aktionsplans finden Sie unter http://ec.europa.eu/health/ehealth/docs/com_2012_736_de.pdf

■ **www.aok.de/krankenhausnavi**
Das Portal von AOK und Weisser Liste zur Krankenhaussuche mit umfangreichen Informationen für Patienten und Ärzte

■ **www.aok.de/arztnavi**
Das Portal von AOK und Weisser Liste zur Arztsuche mit umfangreichen Informationen für Patienten und Ärzte

■ **www.aok-pflegeheimnavigator.de**
Mit dem Pflegeheim-Navigator der AOK lässt sich eine passende Pflegeeinrichtung bundesweit nach individuellen Suchkriterien recherchieren.

■ **www.aok.de/faktenboxen**
Mit den Faktenboxen können sich Patienten und Ärzte online über Nutzen und Risiken von derzeit elf Therapien, Untersuchungen und Behandlungsmethoden informieren.

■ **www.gevko.de**
Website der gevko (Gesundheit – Versorgung – Kommunikation) GmbH. Die AOK-Tochter entwickelt IT-Lösungen für die einfache, wirtschaftliche und flexible Umsetzung von Selektivverträgen in der gesetzlichen Krankenversicherung, darunter die S3C-Schnittstelle.

■ **www.qisa.de**
Website zum Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung (QISA)

Spezial ist eine Verlagsbeilage von G+G

Impressum: Gesundheit und Gesellschaft, Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin. G+G erscheint im KomPart-Verlag (www.kompart.de).

Redaktion: Annegret Himrich, Dr. Silke Heller-Jung, Hans-Bernhard Henkel-Hoving (verantwortlich) | Art Direction: Anja Stamer

Herausgeber: Geschäftsführungseinheit Versorgung des AOK-Bundesverbandes | Stand: Oktober 2015

Die Chancen nutzen

Mehr Möglichkeiten als Risiken bietet aus Sicht der AOK ein digitales Gesundheitswesen. Schon seit Jahren erprobt die Gesundheitskasse deshalb unterschiedliche Versorgungsprojekte im Bereich E-Health. An erster Stelle steht für **Sabine Richard** dabei der Nutzen für die Versicherten.



Lange hat sich beim Thema E-Health wenig bewegt. Immerhin: Das zentrale Projekt, der Aufbau einer Telematik-Infrastruktur, scheint nun durch das E-Health-Gesetz endlich vor dem Durchbruch zu stehen. Verbindliche gesetzliche Zielvorgaben bringen Bewegung in die gemeinsame Selbstverwaltung. Es besteht die Aussicht, dass Versichertendaten und Rezepte bald digital bereitgestellt und sicher ausgetauscht werden können. Die AOK unterstützt das Anliegen des E-Health-Gesetzes für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen – wie zum Beispiel die Einführung eines elektronischen Medikationsplans oder das Notfalldatenmanagement.

Insgesamt hält die Gesundheitskasse die Chancen, die E-Health für eine bessere Qualität der Versorgung und Patientensicherheit bietet, für größer als die Risiken. Neue Trends wie die Selbstvermessung mithilfe von Fitnessarmbändern, Apps und mobilen Lösungen führen dazu, dass sich die Erwartungen und das Verhalten der Versicherten und Patienten verändern. Die AOK stellt sich darauf ein und nutzt bereits vielfältige digitale Lösungen, um ihre Erreichbarkeit und ihren Service weiter zu verbessern.

Digitale Anwendungen verändern aber nicht nur unsere Erwartungen und unser Verhalten als Nutzer, sondern haben zum Teil bereits Eingang in die medizinische Versorgung gefunden. Für das Versorgungsmanagement bietet dieser Trend enorme Chancen. Wichtige Informationen und Daten für die medizinische

Therapie können sicher, zielgenau und schnell bereitgestellt werden.

Wichtig ist, dass bei allen neuen Entwicklungen der Nutzen für die Versicherten und Patienten im Vordergrund steht. Die gesetzliche Krankenversicherung stellt hohe Anforderungen an die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringer – diese Ansprüche müssen auch für digitale Angebote zum Gesundheits- und Versorgungsmanagement gelten. Hier hapert es oft: So gibt es zwar rund 55.000 Apps im Bereich Medizin und Gesundheit, aber kaum Studien zu deren Nutzen und Wirksamkeit.

Vor allem bei der Telemedizin, einem möglichen Förderschwerpunkt des Innovationsfonds ab 2016, sind die AOKs schon seit Jahren aktiv. Sie erproben Versorgungsprojekte, etwa für Patienten mit Herzinsuffizienz oder Depression, und sorgen durch Online-Angebote, von Navigatoren über Gesundheits-Apps bis hin zu Entscheidungshilfen und Faktenboxen zu bestimmten medizinischen Fragen, für mehr Transparenz und Orientierung im Gesundheitswesen. Beispiele für unsere Aktivitäten finden Sie in diesem G+G Spezial.

Ich wünsche Ihnen eine anregende Lektüre.

Dr. Sabine Richard

Geschäftsführerin Versorgung im AOK-Bundesverband



Generation ePatient

Kommunikation und Information finden zunehmend digital statt – auch im Gesundheitswesen. Wie sich die immer stärkere Vernetzung auf die Versorgung auswirkt und welche neue Rolle Patienten dabei einnehmen, beschreibt **Andréa Belliger**.

Sie haben da etwas auf Ihrer Lunge“ – das waren die Worte, die der Hausarzt dem berühmten „ePatienten Dave“ am Telefon mitteilte, nachdem er ihn am Tag zuvor wegen Schulterschmerzen geröntgt hatte. Es folgte eine Computertomografie, die fünf Metastasen in seiner Lunge zeigte: Krebs. Die genauere Untersuchung zeigte weitere Tumore im ganzen Körper. Dave hatte Nierenkrebs im vierten Stadium. Er ging nach Hause und begann zu googlen. Auf medizinischen Websites las er seine Prognose: Kaum Heilungschancen; die durchschnittliche Überlebensdauer liegt in diesem Stadium bei 24 Wochen. Es sah also schlecht aus.

Sein Arzt empfahl ihm eine Krebspatienten-Community im Internet. Dave loggte sich dort ein und schilderte online seine Diagnose. Nur zwei Stunden später erhielt er von anderen Betroffenen eine Reihe von Hinweisen: „Nierenkrebs ist eine seltene Krankheit. Gehen Sie in eine Spezialklinik, die viele solche Fälle behandelt. Es gibt zwar keine Heilung, aber eine Behandlung, die in sehr seltenen Fällen wirksam ist. Die meisten Krankenhäuser bieten diese Behandlung nicht an, darum wird man Ihnen vielleicht nicht einmal sagen, dass es sie gibt.“ Dave bekam Namen und Telefonnummern von vier Ärzten in seiner Nähe, die die Behandlung durchführen. Das rettete ihm das Leben.

Bis heute gibt es keine einzige wissenschaftliche Quelle, die alle diese lebenswichtigen Informationen auf den Punkt bringt. Inzwischen ist Dave deBronkart, so sein voller Name, ein Vorreiter der weltweiten ePatienten-Bewegung geworden. Er schreibt Bücher und hält Vorträge zum Thema Empowerment, also darüber, was Patienten dazu befähigt, selbstbestimmt zu handeln.

Vom System zum Netzwerk. Immer mehr Patienten und Angehörige sagen angesichts einer Erkrankung: „Ich weiß, wie die Chancen stehen, aber ich werde weitere Informationen suchen. Ich möchte die Bedingungen für den Behandlungserfolg bestimmen.“ Diese Haltung zeugt von einem Paradigmenwechsel im Umgang mit Gesundheit und Krankheit – vom System zum Netzwerk. Rund 83 Prozent aller Menschen nutzen das Internet. Zwei Drittel von ihnen sind in mindestens einem sozialen Netzwerk aktiv – allein bei Facebook sind es über 30 Millionen Deutsche. Diese Vernetzung zeigt sich auch im Gesundheitsbereich. Über 80 Prozent der Internetnutzer recherchieren im Web

gesundheitsbezogene Themen. Patienten überprüfen ihre Diagnosen online oder informieren sich vorab im Netz. Diese selbst recherchierten Informationen verändern das Verhalten der Patienten. Mehr als ein Drittel hat deshalb schon einmal einen Arzttermin vereinbart oder abgesagt oder die Einnahme von Medikamenten geändert.

Vor allem die Primärprävention kommt heute nicht mehr ohne das Internet aus. Die Angebote reichen von der Fitness-App über den SMS-Ernährungsberater bis hin zum webbasierten Schlafcoach. Hohe Wachstumsraten weisen Online-Health-Communitys auf, in denen sich Patienten organisieren, austauschen und moralisch unterstützen. Auch Mediziner vernetzen sich zunehmend. Es gibt Ärzte, die twittern, und solche, die Konferenzen wie „Doctors 2.0“ besuchen. Die Pharmabranche vernetzt sich unter dem Begriff „Pharma 3.0“ direkt mit Endkunden und Patienten.



Ein neuer Umgang mit Krankheit. Kein Trend der Informations- und Kommunikationstechnik hat sich rasanter etabliert als Smartphones und Tablets. Im Jahr 2013 gab es weltweit erstmals mehr Mobilgeräte als Menschen. Die Auseinandersetzung mit Gesundheit und Krankheit macht längst nicht mehr an den Grenzen des Krankenhauses oder der Arztpraxis halt,

Fotos: komPart/iStockphoto, privat

sondern bewegt sich über verschiedene Orte, Zeiten, Technologien und soziale Settings hinweg – formell und informell, online und offline. Unser Umgang mit Gesundheit und Krankheit spielt sich heute zunehmend in Netzwerken ab. Diese Netzwerke haben ihre eigenen Werte und Normen: Offene Kommunikation, Transparenz und Partizipation sind die Maßstäbe, an denen Produkte und Dienstleistungen des Gesundheitswesens heute gemessen werden. Dabei verlangt die vernetzte Gesellschaft eine neue Form der Kommunikation: Sie muss offen, selbstkritisch, respektvoll und ehrlich sein.

Einige Institutionen im Gesundheitswesen haben dieses Bedürfnis erkannt und kommunizieren über Social Media mit den Patienten und ihren Angehörigen. Die amerikanische Mayo Clinic etwa tut dies erfolgreich mittels Blog, Podcast, Diskussionsforen, Videokanälen, Facebook und Twitter. In den Niederlanden hat Lucien Engelen, Direktor des RShape Institute am Radboud Universitätskrankenhaus in Nimwegen, die Funktion eines „Chief Listening Officers“ geschaffen, dessen Aufgabe einzig und allein darin besteht, den Patienten und ihren Angehörigen zuzuhören.

Generell wird dem Thema Patientenkommunikation in Europa aber noch wenig Beachtung geschenkt. Dabei nennen Patienten in zahlreichen Studien die Kommunikation mit Ärzten und insbesondere mit Pflegekräften als wichtigen Faktor für ihre Zufriedenheit. Zudem gilt Patientenzufriedenheit als Haupttreiber für Health Outcome, also die Wirksamkeit der medizinischen Versorgung.

Der Wunsch nach Transparenz. Eine weitere Norm der vernetzten Welt ist Transparenz. Wer heute als Organisation, Firma oder Einzelperson nicht transparent ist, ist suspekt. Dabei ist Transparenz im Gesundheitswesen nicht nur bei Produkten und Dienstleistungen (etwa mit Online-Bewertungsplattformen) gefragt, sondern auch beim Umgang mit Patientendaten. Eine Diskussion, die kontrovers geführt wird: Während manche Versicherer eine Offenlegung der Patientendaten fordern, um sie effizienter bearbeiten und besser abrechnen zu können, sorgen sich Mediziner, Datenschützer und Patientenorganisationen um das Arztgeheimnis und den Schutz der Patientendaten.

Zwar haben Patienten keine grundsätzlichen Ängste, auch persönlichste Daten zu teilen, sie fordern aber die volle Kontrolle und eine professionelle, ethisch einwandfreie Verwaltung ihrer Daten. Studien zeigen, dass es vor allem ältere Patienten begrüßen würden, wenn sie Befunde wie Röntgenbilder oder Blutdruckwerte im Internet einsehen und zu einem neuen medizinischen Ansprechpartner mitnehmen könnten. In diese Richtung zielt etwa die Blue Button-Bewegung: Dabei zeigt ein blauer Downloadknopf auf der Website einer Klinik, eines Arztes oder einer Behörde dem Patienten, dass er seine medizinischen Daten anschauen, herunterladen und auf Wunsch in



Professor Dr. Dirk Heckmann lehrt Öffentliches Recht, Sicherheitsrecht und Internetrecht an der Universität Passau.

Die Gesundheitskarte kommt nur langsam voran, Gesundheits-Apps mit zahlreichen persönlichen Daten boomen dagegen. Sind die Deutschen beim Thema E-Health zu zögerlich oder zu sorglos?

Sowohl als auch. Zögerlich sind die politisch Verantwortlichen in Parlament und Interessenverbänden, weil es nun schon über zehn Jahre dauert, eine gesetzliche Grundlage für das elektronische Gesundheitswesen zu schaffen. Schaut man in das „Jahrbuch eHealth Deutschland 2005/2006“, das im September 2005, also vor zehn Jahren,

veröffentlicht wurde, sieht man, dass die heutigen Fragen zur elektronischen Gesundheitskarte (eGK), zu telemedizinischen Anwendungen und zur Telematik-Infrastruktur bereits damals gestellt und teilweise bereits beantwortet wurden. Ich selbst habe dort in meinem Beitrag zu Gesundheitsschutz und Datenschutz die Möglichkeiten aufgezeigt, wie sich die eGK über ein wirksames Einwilligungskonzept datenschutzkonform umsetzen lässt: „Autonomie verlangt keine Verbote, sondern Aufklärung.“ Es verwundert nicht, dass mittlerweile App-Programmierer und IT-Dienstleister das Zepter in die Hand genommen haben und smarte E-Health-Anwendungen schaffen. Hierbei machen sie sich auch die Sorglosigkeit vieler Menschen zunutze, die gerne ihre Gesundheitsdaten hergeben, wenn die App nützlich erscheint, wenig kostet und Spaß macht. Ob der Anbieter immer seriös ist, wird kaum geprüft.

Welche Chancen bietet E-Health für das professionelle Gesundheitswesen?

E-Health bietet erhebliche Chancen, sowohl im Hinblick auf die Verbesserung der Gesundheitsvorsorge, Diagnosen und Therapien als auch hinsichtlich der Effizienz der Geschäftsprozesse in Arztpraxen, Kliniken, Apotheken und bei den Krankenkassen. Die medizinische Versorgung in ländlichen Gebieten wird durch Telemedizin verbessert. Elektronische Medikationspläne zur Vermeidung schädlicher Wechselwirkungen, IT-gestützte Warnsysteme und vieles mehr können sogar Leben retten.

Droht durch Apps, Wearables und Ähnliches eine datengestützte Gesundheitsdiktatur?

Die Gefahr einer totalen Determination des Menschen durch permanente Erfassung seiner Gesundheitsdaten besteht durchaus. Man kann ihr aber wirksam begegnen, wenn die elektronischen Prozesse transparent gestaltet und Einwilligungen der Nutzer wirksam eingeholt werden. Am Ende kommt es auf eine sinnvolle Begrenzung der Datenauswertung an. Nicht alles, was technisch geht, soll auch genutzt werden. Big Data ja, Big Brother nein. So bleiben wir auf der „hellen Seite“ von E-Health. ■

andere Applikationen integrieren kann. Denn der beste Ort, um Gesundheitsdaten zu zentralisieren, ist letztlich der Patient selbst.

Ich messe mich, also bin ich. Vernetzte Geräte, Biosensoren, und Health-Apps ermöglichen es, die eigene sportliche oder gesundheitliche Entwicklung anhand von Daten nachzuvollziehen und zu steuern. Anhänger der Quantified-Self-Bewegung praktizieren „Self-knowledge through numbers“, was so viel heißt wie „Selbsterkenntnis durch Zahlen“: Sie messen Puls, Schrittzahl, Kalorien und Schlafrythmus mit dem iPhone, greifen online auf Genom-Daten zu und erhalten eine personenbezogene Langzeitstudie nach dem Motto: „Ich messe mich, also bin ich.“

Das ist ein radikaler Wandel der Art und Weise, wie medizinische Daten erzeugt und verwendet werden. Viele Akteure im Gesundheitswesen erkennen nur langsam das Potenzial dieser Daten für eine verbesserte medizinische Entscheidungsfindung. Doch Konsumenten und Patienten werden vermehrt auf Zugang zu ihren medizinischen Daten drängen und fordern, dass Schnittstellen zu anderen Leistungserbringern geöffnet werden, um die medizinische Versorgung zu optimieren.

Ein weiterer Ansatz im Bereich der Transparenz ist das Patient-Crowdsourcing, das Patienten eine neue Rolle in der medizinischen Forschung zumisst. Ausgerüstet mit neuen Technologien, vernetzt in großen Communitys und ausgestattet mit der Möglichkeit, ihre medizinischen Daten ins Netz einzuspeisen, tragen Patienten heute maßgeblich dazu bei, Qualität und Umfang medizinischer Forschung zu verbessern. Auf der Genom-Plattform „23andMe“ etwa haben rund eine Million Menschen ihr Genom analysieren lassen. Drei Viertel davon haben eingewilligt, ihre Daten der Forschung zur Verfügung zu stellen.

Wissen teilen. Die dritte Norm digitaler Netzwerke heißt Partizipation. Nicht wer Wissen und Informationen hütet, sondern wer sie teilt, erhält neues Wissen. Der Vorwurf, dass Menschen, die ihre Fotos auf Facebook einstellen, ihr Lauftraining über Apps mit Kollegen teilen oder ihre Genomdaten der Forschung zur Verfügung stellen, naiv oder exhibitionistisch seien, stimmt nicht ohne Weiteres. „Teilen“ wird vielmehr als soziale Handlung wahrgenommen, die mit einer neuen Wertvorstellung verknüpft ist. Wir teilen, weil wir darin einen Vorteil sehen. Und wir teilen, weil dies in der komplexen Welt von heute die Basis für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit bildet. Diese neue partizipative Kultur des Teilens verändert auch traditionelle Rollen. Patienten sehen sich immer weniger als passive Empfänger von Gesundheitsdienstleistungen, sondern als aktive, selbstbestimmte Kommunikationspartner.

So rücken Konzepte in den Vordergrund, die die Arbeitsteilung zwischen Experten und Laien aufbrechen. Ein Beispiel ist das Shared Decision Making, bei dem Arzt und Patient gemeinsam und auf Augenhöhe entscheiden. Mit dem Slogan „Putting

Mit der Digitalisierung entsteht eine neue Generation von Patienten.

patients in the driving seat“ wirbt die Europäische Union in ihrem Aktionsplan zur Nutzung digitaler Lösungen im Gesundheitssystem dafür, Patienten eine aktivere Rolle zuzubilligen, sie (auch) ans Steuer zu lassen. Lucien Engelen aus Nimwegen hat in diesem Zusammenhang ein zukunftsweisendes Projekt partizipativer Medizin ins Leben gerufen: „MedCrowdFund“ bindet Patienten als Partner in den gesamten Prozess medizinischer Entwicklungen ein. Zunächst schlägt eine Community aus Patienten und Angehörigen neue Forschungsideen vor und wählt daraus drei aus. Im Rahmen eines Crowdfunding-Projektes wird dann das Startkapital zusammengetragen. Die Community entscheidet schließlich darüber, welcher Forscher die Forschung betreiben darf. Die Forschungsergebnisse gehören den Patienten.

Mit der Digitalisierung entsteht die neue Generation der ePatienten. Das kleine e steht dabei nicht mehr nur für elektronisch, sondern für educated (informiert), enabled (befähigt), engaged (engagiert) und empowered (ermächtigt). ePatienten sind mit ihren Forderungen nach Kommunikation, Transparenz und Partizipation eine neue Einflussgröße auf dem Gesundheitsmarkt. Ihre Werte sind mehr als nur Slogans, sie sind eine Realität der vernetzten Gesellschaft. An ihnen werden Personen und Organisationen im Gesundheitswesen heute gemessen. ■

Professor Dr. Andréa Belliger ist Prorektorin der PH Luzern und leitet am Institut für Kommunikation & Führung (IKF) den Weiterbildungsstudiengang eHealth – Gesundheit digital.

Digitale Prävention

Seit 2012 verleiht die AOK unter der Schirmherrschaft des Bundesministeriums für Bildung und Forschung und des Bundesministeriums für Gesundheit den AOK-Leonardo Gesundheitspreis für digitale Prävention, den mit **225.000 Euro höchstdotierten Gesundheitspreis in Deutschland.**

Der Leonardo wird in einen Praxispreis für herausragende, bereits bestehende digitale Gesundheitsanwendungen und einen Förderpreis für innovative Ideen und Konzepte aufgeteilt. So fördert die Gesundheitskasse **marktreife Projekte und entdeckt frühzeitig interessante Innovationen.**

Bei der Prämierung geht es der Fachjury aus Politik, Gesundheitswesen, Forschung und Praxis neben dem innovativen Charakter vor allem um die Qualität der Projekte. Die hohe Zahl der jährlich eingehenden Bewerbungen zeigt, dass es in jedem Lebensbereich gute Ideen gibt, mit digitaler Unterstützung etwas für die Gesundheit zu tun.

www.aok-leonardo.de



AOK-Leonardo
Gesundheitspreis für
Digitale Prävention



»Wir brauchen eine bessere Evaluation«

Die Digitalisierung bietet viele Chancen, auch und gerade im Gesundheitswesen. Wie man Innovationen den Weg ebnet und dass dabei eine gute Erfolgskontrolle unverzichtbar ist, weiß **Martin Gersch**.

Die Digitalisierung im Gesundheitswesen nimmt nur langsam Fahrt auf. Woran liegt das?

Man braucht abgestimmte Standards, Prozesse und Systemschnittstellen, eine funktionierende Infrastruktur. Diese Voraussetzungen zu schaffen ist mühselig. Man hat zunächst hohe Ausgaben für einen unsicheren Nutzen, der in der Zukunft liegt. Das ist für die Finanzierungsstrukturen im Gesundheitswesen eine ganz schwierige Aufgabe. In anderen Branchen hat sich auch gezeigt, dass es eines gewissen Veränderungsdrucks auf die etablierten Akteure bedarf, um die Digitalisierung voranzutreiben. Auch der fehlt im Gesundheitswesen mit seinen gefestigten Strukturen.

Wie wirkt sich das aus?

Krankenkassen können eigentlich nur Innovationen akzeptieren, die schon weit vorangeschritten sind. Zum einen wegen des Wirtschaftlichkeitsgebots: Im Gesetz steht explizit, dass eine Leistung ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein muss. Krankenkassen dürfen also für riskante Ideen mit ungewissem Nutzen keine Versicherungsgelder ausgeben. Ein weiterer Faktor ist die Steuerungswirkung von Gesundheitsfonds und Co.: Niemand will aufgrund von Mehrkosten Zusatzbeiträge erheben müssen.

Der erste Gesundheitsmarkt wird immer hinterherhinken. Dieser solidarisch finanzierte Markt ist zu Recht stark reguliert. Die Frage ist, wie man die Zeitverzögerung erträglich gestaltet. Es darf nicht passieren, dass sich Leute, die es sich leisten können, aus der solidarischen Finanzierung verabschieden, es zu einer Marktsplaltung kommt und der erste Gesundheitsmarkt kollabiert.

Wie profitieren Patienten und Gesundheitswesen von digitalen Lösungen?

Viele Spielarten der Digitalisierung können ganz unmittelbar zur Kostensenkung und Qualitätsverbesserung beitragen. Das Gesundheitswesen ist hoch arbeitsteilig – wenn da noch mit Papier dokumentiert wird, ist das eine Katastrophe. Die elektronische Patientenakte muss eine Selbstverständlichkeit werden.

Unter den Patienten gibt es solche, die beim Thema Krankheit eher passiv sind, und solche, die verstanden haben, dass ihr

» Wenn im Gesundheitswesen noch mit Papier dokumentiert wird, ist das eine Katastrophe. «

eigenes Verhalten ihre Lebensqualität verändern kann. Ich glaube, beide Gruppen profitieren von der Digitalisierung: die Eigenverantwortlichen von einer besseren Unterstützung, die Passiven von einer besseren Koordination der Leistungserbringer.

Welche Finanzierungsmodelle sind denkbar?

Wichtige Innovationen können nicht durch die Krankenkassen vorfinanziert werden. Da braucht man Organisationen, zum Beispiel Unternehmen, die in der Innovationsphase investieren können. Es gibt auch Angebote öffentlicher Finanzierung auf nationaler und internationaler Ebene. Solche Förderungen decken aber die Risiken nicht vollständig ab. Typisch für die digitale Transformation ist eine Kombination

der Finanzierung aus unterschiedlichen Quellen. Da wird über den ersten Gesundheitsmarkt die Standardlösung angeboten, und es gibt die Möglichkeit, per Zuzahlung ein Upgrade zu kriegen. Solche Kombimodelle aus erstem und zweitem Gesundheitsmarkt werden wir vermehrt sehen.

Wie steht es mit der Evidenz?

Die Evidenzlage ist derzeit unklar und heterogen. In der Vergangenheit ist nicht genug darauf geachtet worden, dass jeder Euro, den man investiert, begleitet wird durch eine transparente Evaluation. Man hat gemerkt, dass das nicht schlau war. Beim anstehenden Innovationsfonds nach dem Versorgungsstärkungsgesetz geht es jetzt darum, dass die konkreten Lösungen, die in Projekten realisiert werden, eine bessere Evidenz- und Evaluationslage bekommen.

Welche Rolle können die Krankenkassen auf dem Gebiet der digitalen Gesundheitsleistungen spielen?

Radikale Innovatoren, die mit vollem Risiko neue Lösungen entwickeln, können sie nicht sein. Sie sind wichtig als Gatekeeper, als Eintrittskarte in das Gesundheitswesen. Wäre ich Vorstand einer Krankenversicherung, würde ich mich schleunigst mit einer Strategie für die digitale Transformation beschäftigen. Warum sollte nicht auch eine Krankenkasse einen Chief Digital Officer haben, der die Entwicklung der Digitalisierung im Auge behält, entscheidet, welche Technologien relevant sind, und dem Vorstand berichtet? Auch wenn das Gesundheitswesen hinterherhinkt: Die Veränderungen werden kommen, und zwar genauso massiv wie in anderen Branchen. ■



Prävention per Datenstrom

Chronische Herzinsuffizienz ist eine häufige Ursache für Krankenhausaufenthalte älterer Menschen. Ambulante Betreuungsprogramme verbessern die Lebensqualität und senken die Sterblichkeit. Dabei spielt Telemedizin eine wichtige Rolle. Von **Annegret Himrich**

Eine freundliche Frauenstimme wünscht Marlies Richter jeden Tag einen guten Morgen und erkundigt sich nach dem Befinden der 74-Jährigen aus Kulmbach in Oberfranken. Die Stimme gehört zu einer elektronischen Waage mit Monitor und Modem-Anschluss, die ihren Platz im Wohnzimmer der Rentnerin hat. Marlies Richter nimmt an Cordiva teil, einem ambulanten Betreuungsprogramm der integrierten Versorgung, das die AOK Bayern Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz anbietet. Dabei arbeiten Hausarzt, Facharzt, die Gesellschaft für Patientenhilfe und gegebenenfalls Krankenhäuser eng zusammen. Gefährliche Komplikationen und stationäre Aufenthalte werden so vermieden. Gleichzeitig lernen die Betroffenen, mit ihrer Krankheit umzugehen und die Reaktionen ihres Körpers besser zu verstehen.

Medizinische Fachangestellte übernehmen wichtige Aufgaben und entlasten die Hausärzte.

Auf die Signale des Körpers achten. Chronische Herzinsuffizienz, im Volksmund Herzschwäche genannt, gehört zu den häufigsten internistischen Erkrankungen. Sie ist verantwortlich für etwa zwei Prozent aller Krankenhausaufenthalte, immerhin etwa 1,2 Milliarden Euro pro Jahr. Die Krankheit kann tödlich

verlaufen, wenn sie nicht erkannt und behandelt wird. Unheilbare Herzinsuffizienz war im Jahr 2013 die dritthäufigste Todesursache. Mögliche Warnhinweise sind Atemnot schon bei geringer

körperlicher Aktivität, allgemeine Schwäche und Müdigkeit, geschwollene Beine und Füße durch Wasseransammlungen und gestörter Schlaf durch nächtlichen Harndrang.

Im Dialog mit dem Computer. Das Gewicht spielt bei chronischer Herzinsuffizienz eine wichtige Rolle. Steigt es plötzlich, ist das ein Warnsignal, dass sich der Gesundheitszustand verschlechtert. Die meisten Cordiva-Patienten bekommen deshalb eine Waage mit Modem-Anschluss. Damit kontrollieren sie einmal täglich ihr Körpergewicht. Für Marlies Richter ist das seit einigen Jahren Routine. „Nach dem Aufstehen setze ich mir einen Kaffee auf, dann schalte ich die Waage an. Die Computerstimme gratuliert mir auch zum Geburtstag oder wünscht mir ein frohes neues Jahr“, erzählt sie schmunzelnd. Nach der Begrüßung muss sie jeden Morgen einige Fragen beantworten, die Aufschluss über ihren Gesundheitszustand geben. „Wie haben Sie geschlafen? Mussten Sie in der Nacht husten? Brauchten Sie ein zusätzliches Kissen, um besser Luft zu bekommen? Hatten Sie in der Nacht Schmerzen?“ Die Antworten werden zusammen mit ihrem Gewicht der Gesellschaft für Patientenhilfe übermittelt. Gibt es Auffälligkeiten, bekommt sie innerhalb einer halben Stunde einen Anruf von einer Beraterin, manchmal auch einem Berater der Patientenhilfe, die alle medizinisch geschult sind. Dann wird im gemeinsamen Gespräch nachgeforscht, wie bedenklich die Veränderungen sind und ob Marlies Richter ihre Ärztin anrufen sollte. Liegt die Gewichtszunahme von einem Tag zum anderen über einem bestimmten Grenzwert, muss Marlies Richter in jedem Fall zu ihrer Hausärztin.



Patienten mit Herzinsuffizienz müssen ihr Gewicht stets im Blick behalten. Steigt es innerhalb kurzer Zeit rasch an, ist das ein Warnsignal.



Alles im Lot? Über das Display ihrer Waage beantwortet Marlies Richter jeden Morgen einige Fragen. Gibt es Auffälligkeiten, meldet sich ihre Cordiva-Betreuerin per Telefon.

Wie ernst ist mein Zustand? Schon als junge Frau litt sie unter Herzbeschwerden, im Jahr 2008 wurde dann eine chronische Herzinsuffizienz diagnostiziert. Vor drei Jahren bekam sie ein Schreiben von der AOK, in dem ihr die Teilnahme an Cordiva angeboten wurde. „Meine Hausärztin riet mir, mitzumachen. Ich habe erst einen Fragebogen ausgefüllt, dann kam wenig später per Post die Waage“, erinnert sie sich. Die Betreuung bei Cordiva gibt ihr Sicherheit im Umgang mit ihrer Erkrankung.

Entlastung für den Hausarzt

In Baden-Württemberg trägt das Versorgungsangebot PraCMan dazu bei, durch individuelle und engmaschige Betreuung die Lebensqualität chronisch kranker Patienten zu verbessern und potenziell vermeidbare Klinikaufenthalte zu verhindern. PraCMan steht für „Praxisbasiertes Case-Management in der Hausarztpraxis“. Es richtet sich an Patienten mit einer oder mehreren der folgenden Diagnosen: Herzinsuffizienz, COPD und Diabetes Typ 2.

Dreh- und Angelpunkt bei PraCMan sind Medizinische Fachangestellte, die sich zur Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis (VERAH) qualifiziert haben. Zu Beginn führen sie mittels strukturierter, evaluierter Fragebögen ein Assessment durch. Das telefonische Monitoring erfolgt in regelmäßigen Abständen. Technische Unterstützung leistet die eigens entwickelte Dokumentationssoftware der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung der Universität Heidelberg, die das Konzept entwickelt und in einer zweijährigen Studie mit Baden-Württemberg Hausarztpraxen getestet hat. Nach erfolgreicher Evaluation durch die Universität Heidelberg wurde PraCMan im Juli 2014 als Versorgungsform in den Hausarztvertrag aufgenommen. ■

„Früher wusste ich oft nicht, wann ich bei Wassereinlagerungen und geschwellenen Füßen zum Arzt gehen muss. Jetzt kann ich einschätzen, ob es Grund zur Beunruhigung gibt oder ob noch alles im Lot ist.“ Wichtigster Ansprechpartner ist und bleibt auch bei Cordiva der behandelnde Arzt, er trifft alle medizinischen Entscheidungen. Die Teilnehmer werden regelmäßig individuell geschult. Sie bekommen Informationsmaterial und Tipps, die ihnen den Umgang mit der Erkrankung erleichtern und verhindern sollen, dass sich ihr Zustand plötzlich verschlechtert. Außerdem wird eine elektronische Gesundheitsakte angelegt, die den Austausch wichtiger Daten zwischen allen Beteiligten – Hausarzt, Facharzt und Krankenhaus – sichert. Als Notfallpatientin ins Krankenhaus musste Marlies Richter aber noch nie.

Jeden Tag den Blutdruck messen. Auch die AOK Bremen/Bremerhaven geht seit Anfang 2013 neue Wege, um die Lebensqualität ihrer Versicherten mit Herzinsuffizienz zu verbessern. Vertragspartner ihres Projekts TeleHerz ist die Krankenhausbetriebsgesellschaft Bad Oeynhausen mbH, die wiederum das Institut für angewandte Telemedizin (IFAT) betreibt. TeleHerz richtet sich an Patienten, deren Herzinsuffizienz bereits fortgeschritten ist und die schon bei geringer körperlicher Belastung unter Erschöpfung, Herzrhythmusstörungen und Luftnot leiden. Der Versicherte erhält auch hier eine Telewaage sowie zusätzlich ein Blutdruckmessgerät und ein Übertragungsgerät. Damit werden täglich Blutdruckwerte und Körpergewicht an das IFAT übermittelt, das die Versicherten anruft. Die Teilnehmer führen außerdem ein Patiententagebuch und werden von einem Ernährungsberater geschult. Die Einschreibung ist freiwillig und erfolgt beim Hausarzt oder beim Kardiologen. ■

Annegret Himrich ist Redakteurin beim KomPart-Verlag.

AOK BREMEN/BREMERHAVEN

Kampf den Keimen

Sorgfältige Krankenhaushygiene beginnt mit der Schulung der Mitarbeiter. Die AOK Bremen/Bremerhaven, das Rote Kreuz Krankenhaus Bremen (RKK) und die Firma Panolife haben dazu ein computergestütztes Schulungsprogramm mit 360-Grad-Panorama entwickelt. Dabei führt der Krankenhaushygieniker als Live-Trainer (Avatar) die RKK-Mitarbeiter zu hygienerelevanten Bereichen der Klinik und erläutert, worauf zu achten ist.

AOK NIEDERSACHSEN

Facharzt mit Cockpit-Funktion

Ziel ist, Patienten mit Depression oder Burn-out schnell und nachhaltig zu behandeln. Ein Online-Tool im Behandlungsprogramm ergänzt die fachärztliche Behandlung, indem es den Patienten interaktiv bei der Therapie unterstützt und ihm evidenzbasierte Übungen der kognitiven Verhaltenstherapie vermittelt. Der Facharzt kann mithilfe einer Cockpit-Funktion auf die Ergebnisse des Online-Tools zugreifen und seine Therapie anpassen.

AOK NORDWEST

Rückentraining vor der Kamera

Das digitale Trainingsprogramm (DigiTrain) funktioniert mittels Computer, Bildschirm und 3D-Kamera. Es soll Patienten mit Rückenschmerzen dabei helfen, nach einer Reha ihre Therapieerfolge zu sichern. Die Versicherten erhalten ein individuelles Trainingsprogramm für zu Hause, bei dem sie ein interaktiver motivierender Trainer (Avatar) begleitet.

AOK RHEINLAND/HAMBURG

Parkinsontherapie per Video

Weniger Krankenhausaufenthalte durch eine optimale Arzneimitteltherapie – das ist das Ziel dieses Projektes für Parkinsonkranke. Der Patient erhält eine Videokamera, mit der er 30 Tage lang täglich vier kurze Videos aufzeichnet, die per Telefonleitung an seinen Facharzt übermittelt werden. Dieser erhält Einblick in den individuellen Alltag des Patienten und kann seine Behandlung daran orientieren.

AOK RHEINLAND-PFALZ/SAARLAND

Infos und Hilfen für Mutter und Kind

Was geschieht während der Schwangerschaft in meinem Körper? Wie entwickelt sich mein Kind? Die Baby-App der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland begleitet Mütter in der Schwangerschaft und bietet Eltern Hilfe in den ersten Lebensjahren des Kindes. So werden Mütter und Väter zum Beispiel automatisch an Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen erinnert.

AOK BADEN-WÜRTTEMBERG

Software für Behandlungsdaten

Befunde faxen und einscannen ist nicht mehr zeitgemäß. Deshalb testen in einem Pilotprojekt im Raum Heilbronn etwa 100 Haus- und Fachärzte in rund 60 Praxen mithilfe der Vernetzungssoftware VIVIAN (Virtuelle Vernetzung im Arzt-Netz) die digitale Übermittlung medizinischer Befunde in einem geschlossenen Arztnetz. Gemeinsam geführte Online-Medikationspläne mit integriertem Medikations-Check können den Patienten jederzeit ausgedruckt werden.

AOK NORDOST

Datenaustausch übers Tablet

Die agneszwei-App soll es ambulanten Fallmanagerinnen in Brandenburg unter anderem ermöglichen, Dokumentationsbögen, Medikamentenpläne und Fotos zur Wundversorgung zwischen ihrem Tablet und der Praxissoftware reibungslos auszutauschen und so die Kommunikation mit dem behandelnden Arzt zu verbessern. Die App wird derzeit erfolgreich in einem zweiten Feldversuch getestet und weiterentwickelt.

AOK SACHSEN-ANHALT

Hilfsmittel automatisch genehmigen

Um ihre Beschäftigten von Routineaufgaben zu entlasten und Bearbeitungszeiten zu verkürzen, testet die AOK Sachsen-Anhalt seit Februar 2015 die automatisierte Genehmigung von Hilfsmitteln. Der Leistungserbringer erhält auf Knopfdruck postwendend die Genehmigung der Gesundheitskasse und kann den Versicherten direkt versorgen.

AOK PLUS

Die richtige Pille zur rechten Zeit

Mehr Sicherheit bei der Verordnung und Einnahme von Medikamenten – dieses Ziel hat die Arzneimittelinitiative Sachsen-Thüringen (ARMIN). Der Patient erhält einen von Arzt und Apotheker abgestimmten aktuellen Medikationsplan, der auf einem zentralen Server abgelegt ist. Dabei hilft die S3C-Schnittstelle, ein IT-Standard, den die AOK-Tochter gevko entwickelt hat. Er stellt die nötige Informationstechnologie bereit, wie etwa Schnittstellenmodule für Wirkstoffverordnung und Medikationsmanagement.

AOK HESSEN

Vorsorge auf Türkisch

Das Projekt Davet (deutsch: Einladung) möchte türkische Mitbürger zur Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen motivieren. Die Ansprache erfolgt über niedergelassene Ärzte in Dietzenbach und Umgebung und wird unter anderem durch eine Vorsorge-App in türkischer Sprache ergänzt. Mit ihr können sich Versicherte über kostenlose Vorsorgeuntersuchungen informieren und Arzttermine koordinieren.

AOK BAYERN

Bilder aus dem Darm

Als Alternative zur Darmspiegelung können Versicherte in den Regionen Hof und Dorfen zur Krebsfrüherkennung die neue Methode der Kapselendoskopie nutzen. Dabei schluckt der Patient eine Videokapsel (PillCam) mit zwei integrierten Kameras, die digital Bilder aus dem Dickdarm überträgt. Die Vorteile der PillCam: Die Untersuchung ist weniger belastend, birgt keine Blutungs- oder Perforationsrisiken und erfordert keine Narkose.

Vernetzen beginnt im Kopf

Oft laufen Versorgungsverträge nicht rund, weil es bei der Anbindung an die Praxissoftware hakt. Die AOK-Tochter gevko hat mit der S3C-Schnittstelle eine IT-Lösung entwickelt, die gute Ideen schneller in die Praxis bringt. Von **Thomas Rottschäfer**

Die Geschichte der Digitalisierung des deutschen Gesundheitswesens ist eine Geschichte voller Verzögerungen. Der Bedarf ist da, die Technik auch. Doch lange haben sich die Organisationen und Verbände der Ärzte, Zahnärzte, Krankenkassen und Krankenhäuser blockiert und einander vor allem misstraut. Nicht zuletzt unter dem Druck von Google, Apple und Co., die mit Macht auch auf den deutschen Gesundheitsmarkt drängen, schmilzt das Eis: Die Gesellschaft für die Telematikanwendungen der elektronischen Gesundheitskarte – kurz gematik – vernetzt derzeit die bestehenden und teilweise konkurrierenden IT-Strukturen zur neuen Telematik-Infrastruktur im deutschen Gesundheitswesen.

„Die Technik ist aber nur das Werkzeug. Vernetzung beginnt im Kopf“, sagt Professor Dr. Guido Noelle. Der Geschäftsführer der gevko GmbH ist so etwas wie die personifizierte Vernet-

zung im Gesundheitswesen: Er ist Mediziner, lehrt als Honorarprofessor Medizin-Informatik und E-Health und hat bereits für das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) und für ein Medizin-IT-Unternehmen gearbeitet. Jetzt leitet Noelle mit der gevko GmbH ein Unternehmen, das Versorgungsverträge in die Praxis bringt.

S3C macht den Praxisalltag leichter. Die gevko GmbH – das Kürzel steht für „Gesundheit, Versorgung, Kommunikation“ – ist 2011 aus einer AOK-Initiative entstanden. Ziel ist eine bessere IT-Unterstützung für die vielen unterschiedlichen Einzelverträge zwischen Kassen, Ärzten, Kliniken und anderen Leistungsanbietern. Denn was die Vertragspartner für eine bessere Versorgung der Patienten vereinbaren, steht erstmal nur auf dem Papier. Und wenn es eine Vertragssoftware gibt, muss



Marco Althans
ist Vorstand der BKK
Werra-Meißner, einer
regional geöffneten
Betriebskrankenkasse
mit Sitz im hessischen
Eschwege.

»Wir müssen den Verwaltungsaufwand reduzieren«

regional umsetzen. Die konkreten Versorgungsangebote entwickeln wir zusammen mit den Gesundheitsforen Leipzig. Die technische Umsetzung erfolgt seit Anfang Oktober auf Basis der S3C-Schnittstelle der gevko.

Krankenkasse individuell ihre Versorgungsinhalte gestalten, muss aber bei der digitalen Umsetzung das Rad nicht neu erfinden. Das spart Ressourcen.

Wie nützt das Ihren Vertragspartnern?

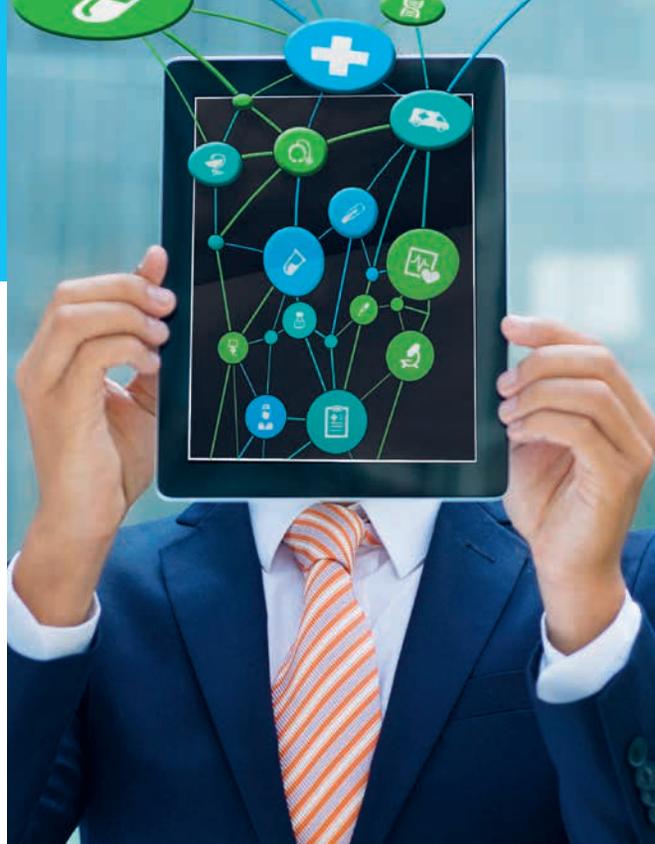
Die Verwaltung eingeschriebener Patienten wird deutlich vereinfacht. Zudem benötigen die Ärzte keine zusätzliche IT. Sie können weiter mit ihrer gewohnten Praxissoftware arbeiten, weil die gevko die S3C-Schnittstelle allen Herstellern kostenlos zur Verfügung stellt. So kommen wir auch bei der notwendigen Digitalisierung des Gesundheitswesens einen großen Schritt weiter. Unsere Versicherten erwarten zu Recht, dass wir uns nicht auf Verwaltung, sondern auf gute Versorgungsinhalte konzentrieren. ■

Die BKK Werra-Meißner kooperiert bei einem Versorgungsvertrag mit der gevko GmbH. Worum geht es da?

Der BKK Landesverband Süd hat mit der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen zum 1. Juli einen Vertrag geschlossen, bei dem es um eine optimale ambulante ärztliche Betreuung und Versorgung von Patienten mit schweren chronischen Krankheiten geht. Dieser Vertrag bildet die Basis für ein Versorgungsmanagement, das wir für unsere Versicherten

Was macht für Sie den Vorteil der S3C-Schnittstelle aus?

Ärzte klagen vor allem über zu viel Bürokratie. Zwar ist nicht alles, was als „Ressourcenfresser“ empfunden wird, tatsächlich überflüssig. Aber wo immer es möglich ist, müssen wir den Verwaltungsaufwand reduzieren. Dazu leistet die S3C-Schnittstelle einen wichtigen Beitrag. Der Vorteil ist, dass sie als eine Art Branchenlösung vertrags- und kassenübergreifend eingesetzt werden kann. So kann jede



sie der Arzt in der Regel zusätzlich zur gewohnten Praxissoftware verwenden. Viele Verträge laufen deshalb nicht richtig rund.

Unter dem Markennamen S3C („Selektivvertrag Standard Schnittstelle Consortium“) hat die gevko deshalb einen transparenten IT-Standard für Selektivverträge entwickelt. Damit können Ärzte ihre gewohnte Praxissoftware weiterverwenden; für unterschiedliche Verträge ist nur eine Schnittstelle nötig. Die gevko selbst programmiert keine Software, sondern stellt den Anbietern von Praxissoftware im Auftrag der Krankenkassen die Vertragsinhalte als IT-Spezifikationen kostenlos zur Verfügung. Die Hersteller entwickeln auf dieser Basis die konkrete Schnittstelle zu ihren Praxisprogrammen. Vor dem Einsatz werden die Produkte durch die gevko zertifiziert. So ermöglicht der S3C-Standard, dass Leistungs-, Abrechnungs- und Dokumentationsdaten digital und unbürokratisch zwischen den Vertragspartnern ausgetauscht werden können.

Module für alle Fälle „Das Konzept der einheitlichen Schnittstelle für viele Verträge ist aufgegangen“, so Noelle vier Jahre nach dem Start der gevko. Inzwischen wird die S3C-Schnittstelle krankenkassenübergreifend in 25 Selektivverträgen eingesetzt, darunter die Hausarztverträge der AOK Niedersachsen und der AOK PLUS sowie der Hausarztvertrag der Deutschen BKK in Niedersachsen. Zudem arbeitet die gevko mit Ärzteorganisationen wie der Ärztegenossenschaft Nord in Schleswig-Holstein oder Firmen wie den Leipziger Gesundheitsforen zusammen. Zum Erfolg des IT-Standards trägt vor allem der modulare Aufbau bei. Einzelne Anforderungen, die Bestandteil vieler Verträge sind, lassen sich einzeln verwenden und kombinieren. So gibt es S3C-Module für das Arzneimittelmanagement und einen Medikationsplan, für die Verwaltung teilnehmender Patienten und die Leistungsabrechnung, für die Verwendung von Qualitätsindikatoren, für das Verordnen von Heil- und Hilfsmitteln und häuslicher Krankenpflege, für das Überweisen zu anderen Ärzten oder das Einweisen in eine Klinik.

Zu den Dienstleistungen des inzwischen 16-köpfigen gevko-Teams gehören neben Produktentwicklung, Zertifizierung und IT-Support auch Aufgaben im Bereich Vertragsentwicklung, Controlling, Evaluation und Qualitätssicherung. „Wir wollen die Versorgungsqualität aber nicht nur messen und dokumentieren, sondern verbessern“, so Noelle. Seit September 2015 ist die gevko deshalb Mitglied im „Aktionsbündnis Patientensicherheit“ und engagiert sich hier insbesondere in den Bereichen Arzneimitteltherapiesicherheit und Behandlungsfehlerregister.

Um die Arzneimitteltherapiesicherheit geht es auch bei der „Arzneimittelinitiative Thüringen und Sachsen“ (ARMIN). Bei

diesem Modellprojekt arbeitet die AOK PLUS mit den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Apothekerverbänden beider Bundesländer zusammen. Im Mittelpunkt steht die sichere Arzneimittelversorgung von Patienten, die auf mehrere Medikamente angewiesen sind. Die gevko hat entsprechende Module für eine sichere Wirkstoffverordnung und einen Medikationsplan entwickelt. Aktuell arbeitet sie auch an der Anbindung der ambulanten Onkologie an die klinischen Krebsregister, die das Krebsfrüherkennungsregistergesetz vorsieht. Bis Mitte 2016 sollen entsprechende Produkte auf den Markt kommen.

Weniger Bürokratie wagen. Mit ihren Produkten will die gevko auch für eine schlankere Verwaltung sorgen. Nach einer Erhebung des Statistischen Bundesamtes stellt jede Arztpraxis pro Jahr im Schnitt rund 2.800 Überweisungen, 600 Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen und 300 Heilmittelverordnungen aus. Nimmt man Behandlungspläne und weitere Informationspflichten für Arzt-, Psychotherapeuten- und Zahnarztpraxen hinzu, beschäftigt sich im Schnitt pro Praxis eine Person 96 Tage im Jahr mit Organisationsaufgaben. In seinem Ende August vorgestellten Bericht „Mehr Zeit für Behandlung – Vereinfachung von Verfahren und Prozessen in Arzt- und Zahnarztpraxen“ rät der von der Bundesregierung mit dem Bürokratieabbau beauftragte Normenkontrollrat deshalb dringend, digitale Prozesse im Gesundheitswesen voranzutreiben. Das ist Wasser auf die Mühlen von Guido Noelle: „Die gevko bietet bereits viele technische Lösungen an. Das betrifft insbesondere die IT-gestützte Verarbeitung von Heil- und Hilfsmittelverordnungen, das Verordnen häuslicher Krankenpflege oder Online-Formulare zur Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung.“ ■

Thomas Rottschäfer ist freier Journalist mit dem Schwerpunkt Gesundheitspolitik.

Fitnessstraining fürs Gemüt

Für viele Menschen mit Depressionen ist ihr Hausarzt der wichtigste Ansprechpartner. Wie ein internetbasiertes Selbsthilfeprogramm ihnen helfen und die ärztliche Therapie sinnvoll unterstützen kann, untersucht jetzt eine Studie in drei Bundesländern. Von **Silke Heller-Jung**

Als ob man versuche, unter Wasser zu rennen. So, sagen manche Betroffene, fühle sich eine Depression an. Jeder Schritt, jede Bewegung fällt schwer. Wer an einer Depression leidet, fühlt sich oft freudlos, bedrückt und antriebschwach. Nach Angaben der Stiftung Deutsche Depressionshilfe erkranken jedes Jahr rund fünf Millionen Menschen in Deutschland an einer behandlungsbedürftigen Depression. Doch gerade aufgrund ihrer Erkrankung fällt es Betroffenen häufig schwer, sich Hilfe zu holen. In dieser Situation ist für viele Menschen ihr Hausarzt die erste Anlaufstelle: Zu ihm besteht oft ein langjähriges Vertrauensverhältnis. Auch im weiteren Behandlungsverlauf kommt den Hausärzten eine Schlüsselrolle zu. Knapp 80 Prozent aller AOK-Patienten, die 2010 erstmalig an einer Depression erkrankten, wurden ausschließlich ambulant behandelt – etwa zwei Drittel von ihnen in Hausarztpraxen.

Online gegen die Depression. Als Ergänzung zur (haus-)ärztlichen Begleitung und als zusätzliches, niedrighschwelliges Unterstützungsangebot für Patienten werden seit einigen Jahren Online-Programme zur Psychoedukation und Selbsthilfe für Menschen mit Depressionen erprobt. Zu den Vorreitern auf diesem Gebiet gehört das interaktive Internetprogramm MoodGYM, das unter der Federführung des National Institute for Mental Health Research der Australian National University erarbeitet wurde. In Australien, wo MoodGYM schon seit 2004 eingesetzt wird, hat das „Fitnessstraining für die Stimmung“ seine Wirksamkeit bereits unter Beweis gestellt: Bei Patienten, die zwei oder mehr der insgesamt fünf Programmbausteine durchlaufen hatten, gingen die depressiven Symptome deutlich und langfristig zurück. MoodGYM verwendet Methoden und Techniken aus der kognitiven Verhaltenstherapie, einem anerkannten Behandlungsansatz bei Depressionen. Es umfasst unter anderem interaktive Spiele und Übungen, Fragebögen zu Depression und Angst, Entspannungsübungen zum Herunterladen und ein Arbeitsbuch. Die Nutzer erhalten zudem ein kontinuierliches Feedback zu ihren Fortschritten.

MoodGYM im Praxistest. In Deutschland wird der Einsatz dieses webbasierten Hilfsangebots als Ergänzung zur hausärztlichen Versorgung derzeit in einer randomisierten Studie untersucht. Am Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP) der Universität Leipzig wurde das Programm

dafür zunächst übersetzt und an deutsche Verhältnisse angepasst. An der 2014 gestarteten Studie, die das ISAP mit Unterstützung des AOK-Bundesverbandes durchführt, nehmen 190 Hausärzte aus Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen und insgesamt 652 von ihnen behandelte Patienten mit leichten und mittelschweren depressiven Störungen teil. Während die Kontrollgruppe die reguläre hausärztliche Behandlung erhält, haben die Patienten aus der Interventionsgruppe zusätzlich Zugang zur deutschsprachigen MoodGYM-Version. Im Verlauf der Studie geben die Teilnehmer drei Mal schriftlich Auskunft zum Verlauf



Das Online-Angebot MoodGYM hilft Patienten mit Depressionen dabei, ihren Gedanken eine positivere Richtung zu geben.

ihrer depressiven Symptomatik, zu Behandlungspräferenzen, psychischen Begleiterkrankungen und ihrer Lebensqualität. „MoodGYM ist ein Angebot, das Betroffenen wirklich weiterhilft“, ist Studienleiterin Steffi Riedel-Heller, die Direktorin des ISAP, schon jetzt überzeugt. Sie sei zuversichtlich, dass das Programm den Hausärzten helfen könne, ihre Arbeit mit depressiv erkrankten Menschen zu erleichtern und zu bereichern.

Die Ergebnisse der MoodGYM-Studie werden voraussichtlich Mitte 2016 vorliegen. Doch so lange müssen sich Betroffene nicht gedulden: Bereits ab Anfang 2016 wird die deutsche MoodGYM-Version bundesweit zur Verfügung stehen – kostenfrei im Internet. ■

Dr. Silke Heller-Jung hat in Köln ein Redaktionsbüro für Gesundheitsthemen.

Rückenwind für Qualität

Wie gut ist die Qualität der medizinischen Behandlung? Dieses Wissen spielt auch für Arztnetze eine wichtige Rolle. Das Projekt QuATRo unterstützt die Mediziner dabei, die Versorgungsqualität systematisch zu verbessern. Von **Martin Arnold** und **Sonja Milde**

Arztnetze zählen zu den Versorgungsformen der Zukunft. Ein knappes Drittel der niedergelassenen Mediziner war laut Kassensärztlicher Bundesvereinigung im Jahr 2014 bereits in Arztnetzen organisiert. Das AOK-Projekt QuATRo (Qualität in Arztnetzen – Transparenz mit Routinedaten) unterstützt Arztnetze bei ihrer Qualitätsarbeit. Die Versorgungsqualität wird anhand von routinedatenbasierten Qualitätsindikatoren gemessen und mit anderen Netzen und der Regelversorgung in der Region verglichen. Die datengestützte Analyse erlaubt es, Optimierungspotenziale zu identifizieren, die den Teilnehmern systematisch zurückgemeldet werden. Davon profitieren insbesondere Arztnetze, die qualitätsorientierte Versorgungsverträge mit der AOK schließen.

Wenig Aufwand, viel Ertrag. Die Auswertungen im Rahmen von QuATRo beruhen auf sogenannten Routinedaten. Diese Daten liegen den Krankenkassen bereits vor und erfordern deshalb keinen zusätzlichen Dokumentationsaufwand von den Ärzten. Die methodische Basis für QuATRo bildet QiSA, das Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung. QiSA ist das Ergebnis einer langjährigen Zusammenarbeit zwischen dem AOK-Bundesverband als Auftraggeber und dem Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (AQUA). QiSA umfasst inzwischen 13 thematische Bände, vorwiegend zu Volkskrankheiten wie etwa Diabetes Typ 2, Bluthochdruck oder Depression, aber auch zu Themen wie Prävention oder Pharmakotherapie.

QuATRo startete im Jahr 2012 mit den AOKs Bayern, Nordost und Rheinland/Hamburg sowie dem AOK-Bundesverband. Mittlerweile werden für die über 20 beteiligten Arztnetze die Routinedaten von etwa 1.400 Haus- und Fachärzten für mehr als 100.000 teilnehmende AOK-Versicherte ausgewertet. Dazu gehören auch Abrechnungsdaten der stationären

Inzwischen profitieren rund 1.400 Haus- und Fachärzte in über 20 Arztnetzen von QuATRo.

Versorgung und der Arzneimittelversorgung, also Leistungen, die außerhalb des Arztnetzes für die eingeschriebenen Versicherten erbracht worden sind. Für die Ärzte können diese Informationen – etwa die Anzahl der Krankenhausaufenthalte ihrer Patienten – sehr wichtig sein.

Hilfreiche Rückmeldung. Die bisherigen Erfahrungen zeigen, dass die Ärzte die Auswertungen zur erbrachten Versorgungsqualität interessiert aufnehmen und gerne konstruktiv über Hintergründe und Handlungsoptionen diskutieren. Für diese Diskussion ist es gar nicht nötig, über einzelne Patienten zu sprechen. Liegt etwa die Zahl der Patienten, die sehr viele Medikamente einnehmen, insgesamt hoch, setzen die Arztnetze einen Schwerpunkt beim Thema Arzneimitteltherapiesicherheit. Eine Umfrage im Frühjahr 2015 hat

ergeben, dass alle beteiligten Arztnetze die individuellen QuATRo-Berichte für ihr internes Qualitätsmanagement nutzen. Aufgrund der datengestützten Qualitätsmessungen wurden etwa Behandlungspfade für bestimmte Krankheitsbilder erstellt, deren Einhaltung teilweise elektronisch überprüft wird. Auch die Einführung netzinterner Vergütungsmodelle wird durch QuATRo erleichtert. Zudem organisieren bereits 60 Prozent der beteiligten Arztnetze datengestützte Qualitätszirkel, in denen sie die Auswertungen besprechen.

Best-Practice-Ansätze erkennen. Workshops zwischen den beteiligten AOKs und den Arztnetzen haben gezeigt, dass für eine zielgerichtete Qualitätsarbeit auch Auswertungen auf der Ebene einzelner Ärzte nötig sind. Deshalb werden die Arztnetze ab 2016 von den AOKs weitere Unterstützung erhalten: Zusätzlich zu den bekannten Qualitätsberichten erhalten die Arztnetze dann auch pseudonymisierte Ergebnisse für die einzelnen beteiligten Ärzte. Zur Aufbereitung dieser Daten dient ein Softwaretool, mit dem die teilnehmenden Netze ohne großen Aufwand Qualitätsberichte für einzelne Ärzte generieren und Indikatoren auswählen können, die für die jeweilige Praxis interessant sind. Manager von Arztnetzen können so noch stärker mit den beteiligten Ärzten in Dialog treten und Best-Practice-Ansätze leichter identifizieren. ■

Martin Arnold und Dr. Sonja Milde sind Referenten in der Abteilung Versorgungsmanagement der Geschäftsführungseinheit Versorgung beim AOK-Bundesverband.



Licht und Schatten

Bei den Disease-Management-Programmen (DMP) hat man schon früh auf die elektronische Dokumentation der Patientendaten gesetzt. Das macht es nun leichter, positive und negative Trends in den Programmen zu erkennen. Von **Katrin Krämer** und **Peter Willenborg**.

Die Weichen in Sachen Digitalisierung sind bei den DMP früh gestellt worden: Die elektronische Dokumentation der Daten, die die teilnehmenden Ärzte bei jeder Untersuchung ihrer DMP-Patienten erfassen, ist schon seit dem Jahr 2008 bundesweit verpflichtend. Damit erledigten sich zahlreiche Fehlerquellen, die durch die schriftliche Dokumentation der ersten Jahre verursacht worden waren. Nachdem die Patientendaten in den ersten Jahren meist per Diskette oder CD-ROM an die Datenstellen übermittelt wurden, setzt man mittlerweile in fast allen Regionen der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) auf eine sichere Online-Übertragung der Daten. Dies hat die Fehlerquote – etwa durch beschädigte Datenträger – weiter reduziert.

Feedbackberichte zeigen den Ärzten, welche Ziele sie bisher erreicht haben.

Checkliste hilft allen. Die Dokumentation dient dem behandelnden Arzt als eine Art Checkliste für die regelmäßigen Kontrolluntersuchungen bei seinen chronisch kranken Patienten. Außerdem sind sie eine wichtige Informationsquelle für die Patienten. Denn sie sollen nach jedem Arzttermin einen Ausdruck der Daten erhalten. Auf der Dokumentation basiert zudem die externe Qualitätssicherung. So erhalten die teilnehmenden Ärzte Feedbackberichte, die darstellen, inwieweit sie die medizinischen Ziele des DMP erreichen. Und nicht zuletzt werden die Krankenkassen aufgrund der übermittelten Daten aktiv und unterstützen die DMP-Teilnehmer durch weiterführende Informationen zu ihrer Erkrankung.

Gut eingestellter Blutdruck. In einer Langzeit-Analyse hat das Evaluationsinstitut infas im Auftrag des AOK-Bundesverbandes jetzt die Dokumentationsdaten von Teilnehmern am DMP Diabetes Typ 2 ausgewertet. Mit mehr als 1,8 Millionen eingeschriebenen Patienten ist es das mit Abstand teilnehmerstärkste DMP der Gesundheitskasse. In die aktuelle Verlaufsbeurteilung wurden mehr als 178.000 Patienten einbezogen, die sich 2003 und 2004 für die Teilnahme an den Curaplan-Programmen der AOK entschieden haben. Berücksichtigt wurden nur Patienten, die achteinhalb Jahre ohne Unterbrechung am DMP teilnahmen. Die Entwicklung ihrer Werte zeigt, dass nicht alle medizinischen

Ziele erreicht werden, die zwischen Krankenkassen und Ärzten vereinbart worden sind.

Positiv sieht es bei der Blutdruck-Einstellung aus: Der Anteil der gut eingestellten Patienten mit einem diagnostizierten Bluthochdruck stieg im Beobachtungszeitraum von 36 auf 55 Prozent – und lag schon ab dem zweiten Teilnahmejahr über der vorgesehenen Zielmarke von 40 Prozent. Auch der Anteil der Patienten mit regelmäßiger Messung des Serum-Kreatinin-Wertes lag im grünen Bereich: Der Wert, der frühzeitig Hinweise auf Nierenschäden gibt, wurde fast durchgehend bei über 90 Prozent der Patienten jährlich gemessen.

Augen werden zu selten untersucht. Weniger gut sind die Ergebnisse beim Langzeit-Blutzuckerwert (HbA1c): Der Anteil der Patienten, die ihren mit dem Arzt vereinbarten Zielwert erreichten, konnte zwar zunächst vom ersten bis zum dritten Auswertungshalbjahr mehr als verdoppelt werden (von 22 auf

Leitfaden für Ärzte und Praxisteams

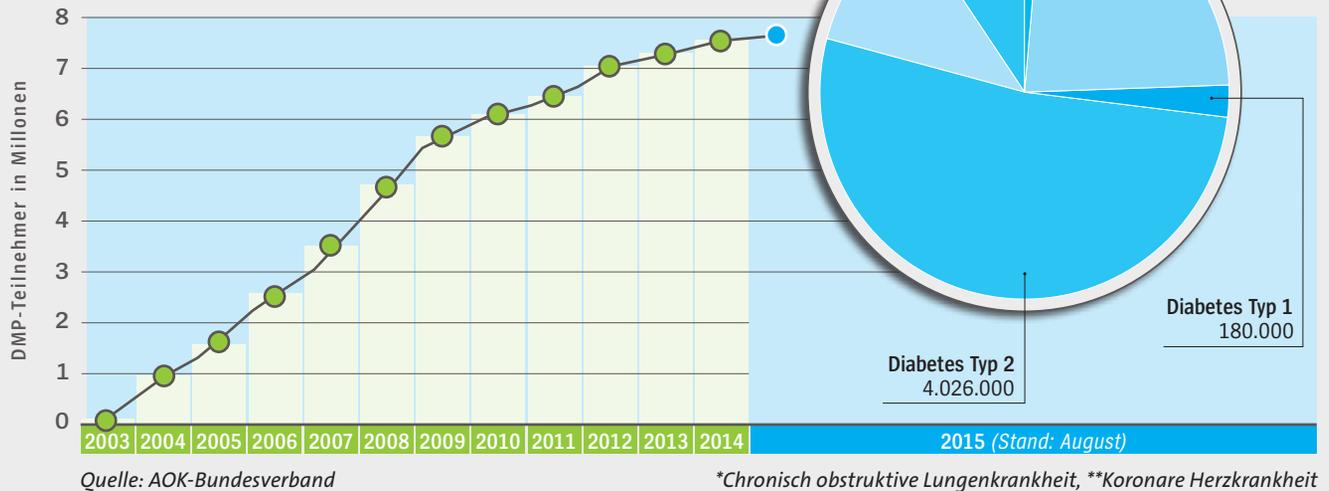
Die Auswertungen aktueller Dokumentationsdaten zeigen: Die Chronikerprogramme sind zwar **in vielen Praxen zur Routine geworden, werden aber nicht überall optimal umgesetzt**. Die AOK hat deshalb einen Leitfaden für Ärzte und Praxisteams unter dem Titel „DMP im Praxisalltag“ entwickelt. Die 30-seitige Broschüre wird über die Arztberater der Gesundheitskasse an die Arztpraxen verteilt und steht auch im Gesundheitspartner-Portal der AOK zum Download bereit.

Der Leitfaden behandelt einerseits praktische Fragen rund um die Einschreibung der Patienten und die Dokumentation ihrer Daten und andererseits medizinische Inhalte der Programme – also die **notwendigen Checks und Untersuchungen sowie die Überweisung an Spezialisten**. Darüber hinaus enthält der Leitfaden Anregungen, wie die Betreuung chronisch Kranker in den DMP effizienter organisiert werden kann – zum Beispiel durch eine stärkere Einbindung des Praxisteams.

www.aok-gesundheitspartner.de, Rubrik DMP

Erfolgsgeschichte DMP

Immer mehr Teilnehmer verzeichnen die DMP der gesetzlichen Krankenversicherung seit ihrem Start im Jahr 2003. Über die Hälfte der eingeschriebenen Patienten nimmt am DMP für Diabetes Typ 2 teil.



48 Prozent). Im weiteren Verlauf pendelte er dann aber je nach Halbjahr zwischen 46 und 51 Prozent. Hier müssen Ärzte und Kassen also weiter daran arbeiten, die gemeinsam vereinbarte Zielmarke von 55 Prozent zu erreichen. Der Anteil der Patienten mit einem gut eingestellten HbA1c-Wert nimmt im Verlauf der Zeit insgesamt ab, was aber angesichts des fortschreitenden Alters der Patienten und der achteinhalb Jahre längeren Erkrankungsdauer nicht verwundert. Einen regelrechten Negativtrend gab es jedoch bei den regelmäßigen Augenuntersuchungen. Sie sollen diabetesbedingte Schäden bis hin zur Erblindung verhindern. Der Anteil der Patienten, bei denen die Augen jährlich untersucht wurden, sank von 84 Prozent im ersten Auswertungsjahr auf 76 Prozent im achten Jahr. Um solchen Fehlentwicklungen entgegenzuwirken und die Behandlungsqualität zu verbessern, hat die AOK aktuell einen DMP-Leitfaden für Ärzte und Praxisteams entwickelt (siehe Kasten).

Neue Programme sind geplant. Die medizinischen Inhalte der bestehenden Programme werden regelmäßig auf den aktuellen Stand gebracht, zuletzt im Juli 2015 für die Disease-Management-Programme zu Koronarer Herzkrankheit und zu Diabetes mellitus Typ 1. Parallel bereiten Vertreter von Krankenkassen, Ärzteschaft und Krankenhäusern im Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) neue Programme vor. Mit dem Versorgungsstärkungsgesetz hat die Große Koalition dazu ganz konkrete Aufträge formuliert: Bis Ende 2016 soll der GBA neue DMP-Indikationen festlegen und insbesondere Richtlinien für die Behandlung von Rückenleiden und Depressionen vorlegen.

Der erste Schritt ist getan: Zum Thema Rückenschmerz liegt seit Juli 2015 ein Vorbericht des Instituts für Qualität und Wirt-

schaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) vor. Die IQWiG-Experten haben aus sechs evidenzbasierten Leitlinien die relevanten Empfehlungen für ein mögliches neues DMP herausgearbeitet. Sie kommen zu dem Schluss, dass die Leitlinien alle wichtigen Aspekte für die Entwicklung eines neuen Chronikerprogramms abdecken und weitgehend identisch beurteilen – von der Diagnostik über die Therapie bis zur Rückfallprophylaxe. Unterschiedliche Empfehlungen gebe es unter anderem bei der medikamentösen Therapie und bei der Akupunktur. Ob das DMP tatsächlich etabliert wird, entscheidet der GBA. Sobald der Endbericht des IQWiG vorliegt, beginnen dort 2016 die Beratungen zum Thema Rückenschmerz.

Gut Ding will Weile haben. Im August 2015 hat der GBA das IQWiG auch mit den Vorarbeiten zum DMP Depressionen beauftragt. Das Thema ist Neuland für alle Beteiligten, denn bisher gibt es keine strukturierten Behandlungsprogramme für psychische Erkrankungen. Die Beratungen zur Vorbereitung eines DMP Depressionen dürften daher länger dauern und komplizierter werden als bei den bisher etablierten Programmen.

Vorfahrt für die Themen Rücken und Depressionen – diese klare Vorgabe der Politik bedeutet gleichzeitig rotes Licht für die anderen Krankheiten, die der GBA im August 2014 von sich aus für eventuelle neue DMP ins Auge gefasst hatte. So liegen die Beratungen über ein mögliches DMP Rheumatoide Arthritis und ein DMP Osteoporose erst einmal auf Eis. Sie sollen zu einem späteren Zeitpunkt aufgenommen werden. ■

Dr. Katrin Krämer leitet die Abteilung Versorgungsmanagement, **Peter Willenborg** ist Referent für Kommunikation beim AOK-Bundesverband.



Wissen auf den Punkt gebracht

Gut informierte Patienten können sich besser für oder gegen eine bestimmte Behandlung entscheiden. Die Faktenboxen der AOK bieten eine verlässliche und fundierte Orientierungshilfe im Informationsdschungel.

An Gesundheitsinformationen mangelt es im Internet nicht – eher im Gegenteil. Aber welche davon sind verlässlich und vertrauenswürdig? Mit ihren Faktenboxen hat die AOK im Mai 2015 ein neues onlinebasiertes Informationsformat vorgestellt, mit dessen Hilfe sich Ratsuchende schnell und effektiv über Themen rund um die medizinische Versorgung informieren können. Die Faktenboxen stellen wichtige Fakten wie den Nutzen und eventuelle Risiken von medizinischen



Wann zahlt die AOK die Zahnsperre für mein Kind? Die Antwort liefert die Faktenbox Kieferorthopädie.

Behandlungen und Früherkennungsuntersuchungen kurz und knapp in laienverständlicher Art und Weise dar. Dabei geben sie den aktuellen Stand der medi-

zinischen Forschung wieder. Die Faktenboxen wurden im Harding-Zentrum für Risikokompetenz des Max-Planck-Instituts für Bildungsforschung entwickelt.

In den ersten elf Boxen geht es um Impfungen (Grippe-Impfung für Ältere und chronisch Kranke, Impfung Masern, Mumps und Röteln), Nahrungsergänzungsmittel (Vitamin D und Selen zur Prävention), individuelle Gesundheitsleistungen (Eierstock-Ultraschall zur Krebsfrüherkennung, Stoßwellentherapie gegen Tennisarm), bildgebende Verfahren (Röntgen bei Rückenschmerzen) und AOK-Leistungen (Kinderkrankengeld und kieferorthopädische Behandlungen). Weitere Faktenboxen sollen folgen. ■

www.aok.de/faktenboxen

Per Mausklick zu guter Pflege

Wer einen Pflegedienst oder einen Platz in einem Pflegeheim sucht, braucht aktuelle und zugleich verlässliche Informationen. Die liefern die AOK-Pflegenavigatoren – online, schnell, bequem und rund um die Uhr.

Der AOK-Pflegeheim- und der AOK-Pflegedienstnavigator enthalten die Kontaktdaten sowie Angaben zum Leistungsspektrum und den pflegefachlichen Schwerpunkten zahlreicher Pflegeheime und Pflegedienste in Deutschland. Außerdem listen sie die Preise der einzelnen Pflegeleistungen auf und zeigen, welche Kosten der Versicherte jeweils selbst zu übernehmen hätte. Diese Angaben basieren auf Daten der AOK. Zusätzlich fließen in die Pflegenavigatoren auch die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen (Pfle-

genoten) ein, die der Medizinische Dienst der Krankenversicherung und der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung vornehmen. Die Einrichtungen haben die Möglichkeit, über einen passwortgeschützten Login-Bereich zusätzliche Informationen zu ihrem Angebot zu ergänzen, etwa über besondere Betreuungsangebote, die religiöse Ausrichtung oder Fremdsprachenkenntnisse der Beschäftigten.

Dank einer Vielzahl von Suchoptionen und Sortiermöglichkeiten können Hilfebefürftige und ihre Angehörigen in der umfangreichen Datenbank nach Angeboten recherchieren, die passgenau ihren Bedürfnissen entsprechen. So kann man Pflegeheime oder -dienste anhand ihrer Benotung in einem bestimmten Qualitätsbereich sortieren, mehrere Einrichtun-



Ob Pflegedienst oder Pflegeheim – die AOK-Pflegenavigatoren helfen dabei, das passende Angebot zu finden.

gen miteinander vergleichen oder sich mittels GPS-Ortung Angebote in der Nähe seines aktuellen Standortes auf Google Maps anzeigen lassen. ■

www.aok-pflegeheimnavigator.de

Kliniksuche leicht gemacht

Wo sollte ich mir die Gallenblase entfernen lassen? Welche Klinik ist die richtige für meine Knie-OP? Der AOK-Krankenhausnavigator erleichtert die gezielte Suche nach der passenden Klinik.

Wenige Klicks genügen, um die richtige Klinik zu finden. Auf der Grundlage der unabhängigen „Weissen Liste“ bietet der AOK-Krankenhausnavigator einen bundesweiten Überblick über das Leistungsangebot von rund 1.900 Krankenhäusern. Versicherte, aber auch einweisende Ärzte können sich mithilfe des Navigators ein Bild von der Behandlungsqualität einer Klinik machen und recherchieren, bei welchen Eingriffen diese über-, unter- oder durchschnittliche Behandlungserfolge erzielt.

Für den Krankenhausnavigator werden die strukturierten Qualitätsberichte der Kliniken in allgemeinverständlicher Form aufbereitet. Das Wissenschaftliche Institut der AOK (WiDO) steuert für die folgenden Leistungsbereiche Analysen zur Behandlungsqualität bei, die auf Auswertungen im Rahmen der Qualitätssicherung mit Routinedaten (QSR) beruhen: „Therapeutischer Herzkatheter bei Patienten ohne Herzinfarkt“, „Hüftgelenkersatz bei Arthrose oder nach Oberschenkelhalsbruch“, „Kniegelenkersatz bei Arthrose“, „Gallenblasen- und Blinddarmentfernung“ sowie (seit Oktober dieses Jahres) „Gutartige Prostatavergrößerung und Vollständige Prostataentfernung bei Krebs“. Seit 2012 fließen in den AOK-Krankenhausnavigator regelmäßig



Bei planbaren Operationen wie dem Einsatz eines künstlichen Hüftgelenks hilft der AOK-Krankenhausnavigator, die passende Klinik zu finden.

Angaben zur Patientenzufriedenheit ein, die aus der bisher größten Patientenbefragung Deutschlands stammen. Im Sommer 2015 wurde das unabhängige, kostenlose Portal zudem für die Nutzung per Tablet oder Smartphone optimiert. ■

www.aok.de/krankenhausnavi

Gute Noten für empfehlenswerte Ärzte

Wo finde ich einen guten Arzt? Der AOK-Arztnavigator schlüsselt neutral und übersichtlich auf, welche Praxis im näheren Umkreis andere Versicherte empfehlen würden.

Wer eine Entscheidung treffen muss, greift gern auf die Erfahrungen anderer zurück. Das ist auch bei der Arztsuche so. Um ihren Versicherten eine verlässliche Orientierungshilfe zu bieten, hat die AOK gemeinsam mit der „Weissen Liste“, einem Projekt der Bertelsmann Stiftung und den Dachverbänden der größten Patienten- und Verbraucherorganisationen, ein unabhängiges, kostenloses Arztbewertungs- und -suchportal entwickelt. Inzwischen beteiligen sich auch die BARMER GEK, die Techniker Krankenkasse und die Bertelsmann BKK an dem Projekt.



Mithilfe des Arztnavigators können Versicherte bei der Suche nach einem Arzt von den Erfahrungen anderer Patienten profitieren.

Das Besondere am Arztnavigator ist, dass die Arztbewertungen auf einem wissenschaftlich entwickelten Fragebogen beruhen. Die Versicherten der teilnehmenden

Kassen müssen sich mit den Angaben auf ihrer Versichertenkarte registrieren, bevor sie den Fragebogen anonym ausfüllen können. Das schützt vor Manipulationen und sichert die Fairness. Bis heute wurden fast 300.000 Arztbewertungen abgegeben. Ärzte bekommen über das Portal ein wertvolles Feedback zu ihrer Arbeit.

Wer einen Arzt sucht, kann sich Praxen nach Fachgebiet und Standort sortiert auflisten lassen und erhält die wichtigsten Infos auf einen Blick. Diverse Filterfunktionen ermöglichen eine verfeinerte Suche nach bestimmten Kriterien. Und Smartphone-Nutzer können mithilfe der AOK-Arztapp Mediziner auch mobil suchen und bewerten. ■

www.aok.de/arztnavi; www.aok.de/arztapp

„Bringt das E-Health-Gesetz den Durchbruch für die Digitalisierung des Gesundheitswesens?“



Die Digitalisierung wird sich im Gesundheitswesen ohnehin ihren Weg bahnen – mit oder ohne Gesetz. Als Politikerin möchte ich diese Entwicklung gewinnbringend für die Versicherten mitgestalten. Das E-Health-Gesetz zielt auf den sicheren Austausch von Gesundheitsdaten. Deshalb bauen wir die Telematik-Infrastruktur. Die Digitalisierung muss sich aber

vor allem durch konkrete Anwendungen mit einem Mehrwert beim Patienten zeigen. Deshalb setze ich mich dafür ein, dass der Weg für weitere Anwendungen bereitet wird – bis hin zur elektronischen Patientenakte und zu ausgewählten telemedizinischen Anwendungen. Digitalisierung vollzieht sich aber nicht zuletzt im privaten Bereich – mit Apps oder Internet-Dienstleistungen. Dieser Trend bewegt sich (noch) weitestgehend außerhalb der gesundheitspolitischen Gesetzgebung. ■

Dr. Katja Leikert ist Berichterstatlerin für Telematik der CDU-/CSU-Bundestagsfraktion.



Seit mehr als zehn Jahren wird über die elektronische Gesundheitskarte und die Telematik im Gesundheitswesen gestritten. Passiert ist wenig. Jetzt legt die Bundesregierung ein reines Telematik-Infrastruktur-Sicherstellungsgesetz vor. Erst wenn dieses steht, sollen weitere längst überfällige Schritte folgen. Die Patientinnen und Patienten bleiben Zaungäste der

Digitalisierung. Eine Erprobung des Patientenzugriffs auf die eigenen Daten ist noch Zukunftsmusik, ihre Mitwirkungsmöglichkeiten sind gering, Datenschutzlücken wurden nicht beachtet. Die Pflege und andere Gesundheitsberufe werden stiefmütterlich behandelt. Die Sektorierung des Gesundheitswesens wird durch unterschiedliche Standards für den ambulanten und stationären Bereich zementiert. Der nötige gesetzliche Rahmen für die Nutzung der Chancen der Digitalisierung steht noch aus. ■

Maria Klein-Schmeink ist gesundheitspolitische Sprecherin der Bundestagsfraktion von Bündnis 90/Die Grünen.



Der Digitalisierung muss niemand zum Durchbruch verhelfen. Sie kommt von ganz allein – auch in der medizinischen Versorgung. Zur Debatte steht vielmehr die Frage, ob gegenüber den Apples, Facebooks und Googles dieser Welt die klassischen Akteure des Gesundheitswesens bei der Gestaltung der digitalen Versorgung überhaupt noch eine Rolle

spielen. Inwieweit das Gesetz mit seinen Fristen und Sanktionen in der Lage ist, die Selbstblockaden bei der Einrichtung der dringend benötigten Telematikinfrastruktur aufzulösen, steht dahin. Klar ist jedoch, dass die Selbstverwaltung keine zweite Chance erhält, ihren Gestaltungsauftrag bei der unvermeidlichen Digitalisierung des Gesundheitswesens wahrzunehmen. Gelingt ihr das nicht, steht die viel grundlegendere Frage im Raum, ob die Verantwortung für das Netz und den neutralen Netzzugang nicht auch hier – wie beim Schienenverkehr – vom Staat zu gewährleisten ist. ■

Dr. Stefan Etgeton ist Senior Expert im Programm „Versorgung verbessern – Patienten informieren“ der Bertelsmann Stiftung.



Der Kabinettsentwurf zum E-Health-Gesetz beinhaltet positive Aspekte, weil Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte (eGK), die die Patientenversorgung unterstützen sollen, gefördert werden. Leider gehen mit dem Gesetz auch unerwünschte Nebenwirkungen einher. So können zwar verbindliche Termine geeignet sein, den Beteiligten

Verlässlichkeit und Planungssicherheit zu geben. Wenn diese Termine jedoch mit massiven Sanktionen einhergehen, wie dies im Gesetz angelegt ist, steht im Zentrum der Bemühungen eher die Vermeidung dieser Sanktionen. Wir brauchen in Deutschland eine E-Health-Strategie, wie sie zum Beispiel die Schweiz oder die USA seit Jahren haben. Die Anwendungen der eGK und die Telematik-Infrastruktur müssen sich an Versorgungszielen ausrichten. Die bestehende Ziellosigkeit macht E-Health-Anwendungen „aus einem Guss“ unmöglich. Der Gesetzgeber ist hier gefordert, den Rahmen zu setzen. ■

Dr. Franz-Josef Bartmann ist Vorsitzender des Ausschusses „Telematik“ der Bundesärztekammer.