



**Gesundheitsforum  
Baden-Württemberg**

**Unterarbeitsgruppe Regionale Versorgung chronisch Kranker der  
Arbeitsgruppe Qualitätssicherung des Gesundheitsforums**

**Vorsitz: Prof. Dr. Martin Hansis, Prof. Dr. Hans-Konrad Selbmann**

**Nachhaltige Formen regionaler Verbundprojekte  
am Beispiel der Versorgung chronisch Kranker**

**Abschließende Empfehlungen**

**Herausgeber:**

Ministerium für Arbeit und Sozialordnung,  
Familie, Frauen und Senioren  
Schellingstraße 15  
79174 Stuttgart  
Telefon 0711/ 123 – 0  
Telefax 0711/123-3999  
[Poststelle@sm.bwl.de](mailto:Poststelle@sm.bwl.de)  
[www.sozialministerium-bw.de](http://www.sozialministerium-bw.de)

**Internetverfügbarkeit:**

Diese Empfehlungen der AG Qualitätssicherung des Gesundheitsforums Baden-Württemberg sind als pdf-Datei über das Internet unter [www.gesundheitsforum-bw.de](http://www.gesundheitsforum-bw.de) abrufbar.

**Redaktion:**

Prof. Dr. Hans-Konrad Selbmann  
Prof. Dr. Martin Hansis  
Regine Merkt-Kube (Sozialministerium Baden-Württemberg)

**September 2011**

## **Nachhaltige Formen regionaler Verbundprojekte am Beispiel der Versorgung chronisch Kranker**

### **1. Anlass**

Die Arbeitsgruppe (AG) Qualitätssicherung des Gesundheitsforums Baden-Württemberg betreut seit 10 Jahren die Ausschreibung und Vergabe des Qualitätsförderpreises Gesundheit und verfasst Spezialhefte für den Landesqualitätsbericht Gesundheit. Bei beiden Aktivitäten fiel wiederholt auf, dass als hervorragend eingestufte Versorgungsprojekte aus dem Bereich der Versorgung chronisch Kranker nach ihrem Abschluss oft nicht in die Routine überführt werden (fehlende Verstetigung oder Nachhaltigkeit) oder nicht an anderer Stelle erneut zum Einsatz kommen (fehlende Übertragbarkeit). Beides wurde von der AG Qualitätssicherung als ein Verbesserungspotenzial gesehen.

Zudem nennt die „Gesundheitsstrategie Baden-Württemberg“ vom Juli 2009 unter „Investition in Gesundheitsförderung und Prävention“ (Kap. V) unter anderem die bedarfsgerechte Versorgung chronisch kranker Patientinnen und Patienten (Ziff. 6, Seite 21/22). Für die Betreuung chronisch Kranker bieten sich regional-orientierte Versorgungsangebote an: Sie gewähren gleichermaßen die notwendige Vielfalt und die notwendige Nähe zum Patienten und zwischen den Partnern, müssen aber nachhaltig und flächendeckend angelegt sein.

Die Durchsicht der Liste bekannter Projekte aus dem Bereich der regionalen Versorgung chronisch Kranker ist insofern ernüchternd, als nur ein kleinerer Teil der Projekte über die Pilotphase hinaus weiter betrieben wurde, und als insbesondere offenkundig ein noch viel geringerer Teil zum Nachahmen anregte.

Es stellte sich mithin die Frage nach der „Translozierbarkeit“ der einzelnen Pilotprojekte – der lokalen Translokation (unverändertes Thema und Aufbau in einer anderen Region) bzw. der thematischen Translokation (der Nutzung einer erprobten und erfolgreichen Methodik für eine inhaltlich andere Zielsetzung). Nicht wenige Projekte, denen von Projektleitern und Projektförderern ein großer Erfolg attestiert wird, werden nach der Projektphase nicht weiter betrieben bzw. finden keine Interessenten für einen Nachahmer. Dadurch werden einerseits Bürgerinnen und Bürgern/Patientinnen und Patienten außerhalb der Projekte eine bessere Versorgung vorenthalten und andererseits Projektressourcen nicht optimal genutzt.

## 2. Auftrag des Gesundheitsforums Baden-Württemberg an die AG Qualitätssicherung

Für die vom Gesundheitsforum eingesetzte Unterarbeitsgruppe (UAG) „Regionale Versorgung chronisch Kranker“ (Mitglieder siehe Anhang 1) der Arbeitsgruppe Qualitätssicherung ergab sich die Aufgabe, den Gründen einer fehlenden Verstetigung oder Übertragung von Pilotprojekten nachzugehen und entsprechende Instrumente zu erarbeiten, die

1. zur Bewertung von abgeschlossenen Projekten bezüglich ihrer Verstetigungsfähigkeit und Translozierbarkeit geeignet sind und
2. zukünftigen Projektförderern und Projektleitern als Leitlinie für die Bearbeitung von Projekten mit Verstetigungsfähigkeit und Translozierbarkeit dienen.

Am Ende sollte ein **Kriterienkatalog** resultieren, der die Eigenschaften / Bedingungen beschreibt, die ein Projekt erfüllen sollte, welches den Anspruch erhebt, nachhaltig und translozierbar der regionalen Versorgung chronisch Kranker zu dienen. Dieser Kriterienkatalog soll zum Beispiel Anwendung finden können,

- wenn es darum geht, ein bereits vorhandenes / laufendes Projekt dauerhaft bzw. anderenorts zu installieren (z. B. über Kommunale Gesundheitskonferenzen)
- wenn es diesbezüglich um die Folgeförderung von Projekten geht,
- wenn zur Gestaltung von Projekten aufgefordert wird, die ausdrücklich nachhaltig / translozierbar sein sollen (Lernen von den Guten, z.B. Telemedizinprojekte)
- wenn es um die "Rettung" eines an sich guten, jedoch nicht gut lebenden Projektes geht.

## 3. Methodisches Vorgehen

Das Vorgehen der UAG war zweistufig: Zunächst wurden – gestützt auf allgemein verfügbare Informationen (weiterführende Literatur siehe im Literaturverzeichnis) sowie auf persönliche Erfahrungen der Mitglieder der UAG - allgemeine Kriterien von „guten“ Projekten entwickelt (siehe nachstehend 4.1). Die UAG war der Überzeugung, dass man die (weitergehende) Frage nach einer Translozierbarkeit von Projektideen nicht an Vorhaben stellen sollte, die nicht wenigstens dem Mindeststandard guter und gut geplanter Projekte entsprechen. Weiterhin wurden Kriterien entwickelt (siehe nachstehend 4.2), von denen die Mitglieder der UAG annahmen, dass sie für eine Verstetigung bzw. Translozierbarkeit von Relevanz sein würden.

Die Frage nach der Verstetigung wurde der Frage nach der Translozierbarkeit deshalb vorangestellt, weil man der Meinung war, dass die dauerhafte Lebensfähigkeit eines Projekts unabdingbare Voraussetzung für seine methodische Weiterverwendung an anderen Orten und mit anderen Voraussetzungen sei.

Im Anschluss daran wurden in Form einer Katamnese fünf durch Preise ausgezeichnete Projekte evaluiert. Die katamnestiche Nachbetrachtung erfolgte in Form strukturierter Interviews auf der Basis der nachstehend unter 4.1 und 4.2. genannten Kriterien bei den jeweiligen Projektleitern.

#### **4. Der Kriterienkatalog**

Auf Grundlage des o. a. Vorgehens ergeben sich nunmehr für die Bewertung geplanter, gerade beginnender oder laufender Projekte zur regionalen Gesundheitsversorgung von Patienten mit chronischen Erkrankungen folgende Kriterien (gleichermaßen vorher, nachher oder im Verlauf des Vorhabens anwendbar):

##### **4.1 Anforderungen im Sinne einer allgemeinen guten Projektplanung**

- Zielformulierung, erwartete Projektprodukte
- Bedarfsbezug / wem nutzt das Projekt (Patienten – Beteiligten – Kostenträgern)?
- Deklaration / Definition des Nutzens und des Nutzennehmers
- Konkrete Erfolgskriterien
- Motivation (z.B. finanziell / erwartete Auszeichnung)
- Eignung für regionale Versorgung, insbesondere unter dem Gesichtspunkt der Vernetzung der Akteure
- Ressourcen und Ressourcenmanagement (personell, finanziell)
- Kommunikation mit Beteiligten
- Erfassung der Umgebungsbedingungen / Co-Player
- Terminplan
- Abschließendes Controlling, zum Beispiel:
  - Ziele erreicht?
  - Qualität / Tiefe / Evidenzbasierung der Evaluation
  - Ist die Zielerreichung repräsentativ?
  - Wirkung des Projekts?
  - Projektprodukte
  - Nachbetreuung
  - Abschlusskommunikation mit den Beteiligten
  - Erfahrungsrücklauf
  - Review Planungsqualität, Durchführungsqualität, Zeitablauf
  - Review Umfeld
  - Offene Punkte – Liste, Nachfolgezuständigkeiten

- Nachkalkulation
- Dokumentation
- Entlastung des Leiters
- Formelles Beenden
- Identifikation etwaiger Surrogat-Endpunkte

#### **4.2 Lässt das Projekt eine Nachhaltigkeit im Sinne einer thematischen und / oder regionalen Übertragbarkeit erwarten?**

- Ist das Vorhaben darauf angelegt, nach Auslaufen der Förderung aus eigenen Kräften fortzubestehen? Die Nachhaltigkeit fördernde Umstände sind zum Beispiel: Bedarf, Verständlichkeit, Vermittelbarkeit, Aufforderung zum Weitermachen, Mentoring beim Weitermachen, richtiger Einsatz der Akteure, organisatorische Qualität, Aufbereitung der Ergebnisse, finanzielle Ressourcen.
- Falls ja: Wie ist die diesbezügliche Planung (Einzelkriterien wie oben)? Zudem: Gibt es für die Nachhaltigkeitsphase z.B. einen geplanten Wechsel der Ziele (z.B. vermehrter Eigennutzen bei vermehrten Eigenbeiträgen) oder einen Wechsel der Methodik (z.B. reduzierte Aufwände bei fehlender externer Unterstützung)?
- Ggf.: Gibt es bezüglich der Nachhaltigkeit ein eigenes Controlling? (Einzelkriterien wie oben)
- Angedachte Folgeprojekte
- Angedachter Wechsel des Nutzens / des Nutzennehmers?
- Welcher zusätzliche Input ist für die Nachhaltigkeit und Verstetigung erforderlich (auch neue Ressourcen)?

#### **4.3 Sind bezüglich der angestrebten Verstetigung sowie Übertragung die nachfolgenden Kernkriterien für ein nachhaltig lebensfähiges Projekt zur regionalen Gesundheitsversorgung erfüllt?**

- Intrinsische Motivation / Motivierbarkeit
- Plausibler Ansatz
- Übersichtliches Design
- Erwartbarer gesundheitlicher Nutzen für Patientinnen und Patienten
- Begrenzte Zahl der Partner
- Gesicherte / perfekte sächliche Infrastruktur
- Gesicherte Finanzierung
- Greifbarer Nutzen für die Projektpartner

## 5. Referenzprojekte

Die gemeinsame Suche innerhalb der UAG nach lokal erfolgreichen Projekten für die Versorgung chronisch Kranker in Baden-Württemberg ergab eine ganze Reihe von Projekten – vor allem aus dem Bereich der Bewerber und Preisträger des Qualitätsförderpreises Baden-Württemberg. Die im Anhang 2 wiedergegebenen Darstellungen der Projekte erfolgten durch die jeweils genannten Ansprechpartner (Projektverantwortliche). Einige dieser Projekte wurden bei der Ableitung des obigen Kriterienkatalogs (siehe 4.) verwendet.

Aus Sicht der UAG haben die für die Liste ausgewählten Projekte das Potential dauerhaft und übertragbar zu sein. Daher werden Interessenten an einer Übertragung bzw. Planer und Förderer zukünftiger Versorgungsprojekte chronisch Kranker in besonderem Maße auf die nach Krankheitsbildern zusammengestellten Projekte hingewiesen. Es empfiehlt sich jedoch, zur Vorbereitung einer Umsetzungsentscheidung den Kriterienkatalog (siehe 4.) anzuwenden. Die Erfahrung zeigt, dass die Kriterien an verschiedenen Standorten unterschiedlich gewichtet werden, so dass allgemeine Umsetzungsempfehlungen wenig Ziel führend sind.

Die Projektliste wird in Zukunft von der AG Qualitätssicherung des Gesundheitsforums Baden-Württemberg fortgeschrieben und auf der Webseite des Gesundheitsforums Baden-Württemberg ([www.gesundheitsforum-bw.de](http://www.gesundheitsforum-bw.de)) auf dem neuesten Stand veröffentlicht.

## 6. Weiterführende Literatur (Auswahl)

- Greilling M, Maschner C. Nutzeneffekte von Prozessoptimierungen – Workflow-Management im Gesundheitswesen. Baumann Fachverlag Kulmbach 2007
- Stockmann R (Hrsg.) Handbuch der Evaluation – eine praktische Handlungsanleitung. Waxmann Verlag Münster 2007
- Wiesinger MM. Gesundheitsförderungsprojekte für Arbeitsuchende unter dem Aspekt der Nachhaltigkeit und Übertragbarkeit. Bachelorarbeit an der Fachhochschule Krems 2009  
([www.nga.or.at/uploads/pics/Nachhaltigkeit\\_GF\\_Arbeitsuchende\\_BAArbeit\\_nga.pdf](http://www.nga.or.at/uploads/pics/Nachhaltigkeit_GF_Arbeitsuchende_BAArbeit_nga.pdf))

### Anhang 1

Mitglieder der UAG Regionale Versorgung chronisch Kranker

### Anhang 2

Projektliste nach Krankheitsbildern und Kurzbeschreibungen der Referenzprojekte



Gesundheitsforum  
Baden-Württemberg

## Nachhaltige Formen regionaler Verbundprojekte am Beispiel der Versorgung chronisch Kranker

### Anhang 1

#### Mitglieder der UAG Regionale Versorgung chronisch Kranker

Alscher, Prof. Dr. Mark Dominik	Robert-Bosch-Krankenhaus, Stuttgart
Bergh, Prof. Dr. Björn	MRN Raum für Gesundheit - Universität Heidelberg, Zentrum für Informations- und Medizintechnik
Dänzer, Alfred	Klinikum Mannheim (Vertreter des Städtetags)
Graf, Jürgen	AOK Baden-Württemberg
Hansis, Prof. Dr. Martin	Städtisches Klinikum Karlsruhe – Leiter der UAG
Jagdfeld, Dr. Frank	Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft e.V
Köhler, Barbara	Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
Link, Fritz	Heilbäderverband Baden-Württemberg
Melin, Susanne	Robert Bosch Stiftung GmbH, Stuttgart
Mohrmann, PD Dr. Matthias	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Baden-Württemberg (MDK)
Müller, Dr. Elke	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, DBfK Südwest e.V.
Rieger, Wolfgang	Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg
Roller, Dr. Gottfried	Gesundheitsamt Reutlingen, Vorsitzender der Projektgruppe "Kommunale Gesundheitskonferenzen" (Landkreistag)
Selbmann, Prof. Dr. Hans-Konrad	Leiter der AG Qualitätssicherung des Gesundheitsforums und der UAG
Stingl, Johannes	Gemeindetag
Winkler, Frank	Verband der Ersatzkassen e.V.(vdek), Landesvertretung Baden-Württemberg



## Nachhaltige Formen regionaler Verbundprojekte am Beispiel der Versorgung chronisch Kranker



Gesundheitsforum  
Baden-Württemberg

### Anhang 2

#### Projektliste nach Krankheitsbildern

Die Darstellung der Projekte erfolgte durch die jeweils genannten Ansprechpartner.

#### Chronische Wunden

- Wundkompetenznetz Mittlerer Oberrhein - Sektorübergreifende multidisziplinäre Versorgung von Patienten mit chronischen Wunden (Preisträger Qualitätsförderpreis 2009) S. 11
- Telekonsultation chronische Wunde – Modellprojekt zur wohnortnahen Versorgung von Patienten im Ostalbkreis - Nachfolgeprojekt des Preisträgers Dekubituserfassung (Qualitätsförderpreis 2002) S. 13

#### Diabetes und kolorektales Karzinom

- Gesundheitsregionen der Zukunft: Raum für Gesundheit, Metropolregion Rhein-Neckar MRN, Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung chronisch kranker Menschen mit Diabetes und kolorektalem Karzinom – Zusammenfassung der Patientendaten in einer persönlichen elektronischen Patientenakte (Sieger im BMBF Wettbewerb 2010) S. 15

#### Herzinsuffizienz

- Heidelberger hausarztbasiertes Case Management für Patienten mit Herzinsuffizienz (HIC Man) und Folgeprojekt (Prac Man), erweitert um die Krankheitsbilder Diabetes und chronische Lungenerkrankung (Preisträger Qualitätsförderpreis 2009 – HIC-Man) S. 17
- Projekt HeiTel – Telemedizin bei Herzinsuffizienz erhöht Lebensqualität und senkt Krankheitskosten (Sonderpreis Qualitätsförderpreis 2010) S. 20
- Klinische Studie Partnership for the Heart – Versorgung von Patienten mit Herzinsuffizienz - Charité Universitätsmedizin Berlin, Robert-Bosch-Krankenhaus Stuttgart und weitere Partner S. 22
- Projekt Motiva – Mobile Visite - Tele-Betreuung von Patienten mit Herzinsuffizienz (Deutsche Telekom – Projekt T-City in Kooperation mit Klinikum Friedrichshafen) S. 24

**Bluthochdruck**

- Projekt Telemonitoring bei Bluthochdruck  
(Deutsche Telekom – Projekt T-City in Kooperation mit Klinikum  
Friedrichshafen) S. 26

**Psychische Erkrankungen**

- Verbesserung der Versorgung von psychisch kranken Menschen in der  
Region Südwürttemberg (Integrierte Versorgung psychisch Kranker nach  
§ 140a SGB V)  
DAK- Unternehmen Leben und ZfP Südwürttemberg S. 29
- Depression - Aufklärung und regional verbesserte Versorgung depressiv  
erkrankter Menschen, Freiburger Bündnis gegen Depression e.V. S. 31

**Versorgung chronisch Kranker (Regionalversorgung)**

- Projekt Gesundes Kinzigtal (IV-Vertrag der AOK und der LKK Baden-  
Württemberg nach § 140a SGB V) S. 33

## **Chronische Wunden**

### **Wundkompetenznetz Mittlerer Oberrhein - Sektorübergreifende multidisziplinäre Versorgung von Patienten mit chronischen Wunden (Preisträger Qualitätsförderpreis 2009)**

#### **Träger des Projektes:**

MedNet Service GmbH, Karlsruhe; Wundkompetenznetz Mittlerer Oberrhein

#### **Projektbeschreibung:**

Das im Oktober 2006 erstmalig vom Städtischen Klinikum Karlsruhe in enger Kooperation mit dem SRH-Klinikum Langensteinbach ins Leben gerufene Wundkompetenznetz Mittlerer Oberrhein ist ein auf den Bereich Mittlerer Oberrhein bezogenes Modellprojekt und hat die interprofessionelle Zusammenführung der verschiedenen Sektoren bei der Behandlung chronischer Wunden zum Ziel. Die Regionalstruktur ist dabei durch den AOK-Verwaltungsbezirk vorgegeben, das Projekt ist jedoch für alle Patienten unabhängig von ihren jeweiligen Krankenversicherungen offen.

Durch freiwillige Teilnahme wird die Überleitung vom ambulanten in den stationären sowie vom stationären in den ambulanten Bereich nach Einwilligung der betroffenen Patienten kostenneutral organisiert. Voraussetzung zur Teilnahme ist lediglich die Akzeptanz eines Wundbehandlungsstandards nach aktuellen Empfehlungen sowie die Bereitschaft, die Dokumentation mit dem Akestes®-Wunddokumentationssystem zu ermöglichen.

Ziel des Projektes ist eine Verbesserung der Versorgungsqualität chronischer Wunden durch Einbindung kooperierender Partner aus dem stationären und ambulanten Bereich bei gleichzeitig verbesserter standardisierter Dokumentation.

Hierbei wird durch Mitwirkung einer neugegründeten Service GmbH (MedNet GmbH) folgender Ablauf organisiert:

1. Information und Aufklärung der Patienten unter Berücksichtigung datenschutzrechtlicher Aspekte
2. Fotodokumentation des Ausgangsbefundes der Wunde mit Ausmessung der Wundflächen (z.T. mehrere Wunden pro Patient)
3. Aktivierung eines zertifizierten Pflegedienstes (Sozialstation)
4. Information des Hausarztes / Facharztes / Zuweisers
5. EDV-gestützte Wunddokumentation und Kostenerfassung (Akestes®- System)
6. Feedback an behandelnden Arzt oder Ambulanz bei Problemen
7. Einrichtung einer kostenlosen Hotline für telefonische Rückfragen
8. Zentrale Auswertung der erhobenen Daten in einem Intranet-System ( MedNet)

#### **Welcher medizinische Erfolg wird erwartet?**

Signifikante Verbesserung der Wundheilungsrate, Krankenhauseinweisung bei Komplikationen, Senkung von Materialkosten und Kosten für Verbandwechsel.

#### **Zahl der Akteure, beteiligte Berufsgruppen und ärztliche Disziplinen:**

2010 kooperieren 7 Kliniken, sowie 50 Pflegedienste und ca. 350 niedergelassene Ärzte, die AOK (neben anderen Kassen), der MDK, sowie die MedNet Service GmbH.

**Vernetzung und Regionale Verankerung:**

Regelmäßige interdisziplinäre Fortbildungen zur Thematik chronischer Wunden und zur Bekanntmachung des Projekts unter Einbeziehung der Kassenärztlichen Vereinigung - Außenstelle Karlsruhe - und der AOK Mittlerer Oberrhein finden seit 2007 statt.

**Benötigte sächliche Infrastruktur:**

EDV-gestützte Wunddokumentation

**Benötigte personelle Infrastruktur:**

0,5 VK (Dokumentation) Sanitätshaus (je nach Anzahl Patienten)

**Finanzierung:**

Keine Fremdfinanzierung durch Fördergelder oder sonstigen Leistungen, IV-Vertrag mit Kostenträgern ist geplant.

**Evaluation:**

Bisher wurden 304 Patienten mit 396 Wunden komplett ausgewertet (Zeitraum 2006 – 2008). Folgende Qualitätsverbesserungen konnten bisher erreicht werden:

Bei gleich bleibenden oder sogar signifikant niedrigeren Kosten für Pflegeaufwand und Materialkosten kam es zu einer doppelt so hohen Wundverschlussrate und einer Verkürzung der Zeit bis zur Abheilung von 101,6 auf 81,1 Tage bei gleichzeitiger Reduktion der Wiedereinweisungsrate ins Krankenhaus. Nach 90 Tagen betrug die Wundheilungsrate 39%, eine signifikante Verbesserung zeigten 22%, verstorben waren 14% und verschlechterte Wundverhältnisse zeigten sich in 25%. Die Tagestherapiekosten waren bei Verwendung moderner hydroaktiver Wundauflagen zunächst höher, wurden aber durch die schnelleren Abheilungsraten kompensiert.

Die weitere Entwicklung des Projekts ist positiv verlaufen. Aktuelle Ergebnisse 2010 (784 Patienten mit 1098 Wunden) sind bereits veröffentlicht.

**Erfolgsfaktoren aus Sicht des Projekts:**

Dafür verantwortlich sind der von allen Kooperationspartnern verbindlich akzeptierte einheitliche Behandlungsstandard und die schnittstellenübergreifende enge Zusammenarbeit bei Komplikationen. Hohe Transparenz bezüglich der medizinischen Ergebnisse und der Kosten schaffen großes Vertrauen.

**Wer unterstützt das Projekt?**

Verschiedene Kliniken, AOK Mittlerer Oberrhein, vdek, MDK, niedergelassene Ärzte und Fachärzte, ambulante Dienste, Alten und Pflegeheime, Sanitätshäuser u.a.

**Kontaktadressen (Ansprechpartner):**

Prof. Dr. med. Martin Storck  
Städtisches Klinikum Karlsruhe  
Moltkestr. 90  
76133 Karlsruhe  
[martin.storck@klinikum-karlsruhe.de](mailto:martin.storck@klinikum-karlsruhe.de)

Dr. Marc Schmidt  
MedNetService GmbH  
Nördliche Uferstr. 11  
76189 Karlsruhe  
[m.Schmidt@mednet-bw.de](mailto:m.Schmidt@mednet-bw.de)

**Hinweise auf Informationsmaterial:**

Schmidt, Storck, Schindzielorz, Morck

Versorgung chronischer Wunden im Netzwerk

Pharmazeutische Zeitung, 156. Jahrgang, 5. Mai 2011, S. 48-52

## Chronische Wunden

### Telekonsultation Chronische Wunde

#### Träger des Projektes:

Landratsamt Ostalbkreis, Geschäftsbereich Gesundheit

#### Projektbeschreibung:

Gerade bei älteren Menschen treten häufig chronische Wunden wie Beingeschwüre (Ulzera cruris), ein Diabetisches Fußsyndrom, Liegegeschwüre (Dekubitalulzera) und postoperativ schlecht heilende Wunden auf. Als „chronische Wunden“ bezeichnet man Wunden, die nach 6 - 8 Wochen nicht abgeheilt sind. Sie verursachen jedes Jahr in Deutschland Kosten in Höhe von ca. 8 Mrd. EUR.

Die Telekonsultation kann hier viele aufwändige persönliche Arztbesuche in der häuslichen Betreuungssituation, deren einziger Anlass oft die Beurteilung solcher Wunden ist, vermeiden. Im Rahmen der Telekonsultation wird vom ambulanten Pflegedienst im Rahmen der Wundversorgung mit der Kamera eines Mobiltelefons eine Aufnahme der Wunde nach vorgegebener Spezifikation gemacht. Die Patientendaten wurden vorher vom ambulanten Pflegedienst auf einem Internet Server angelegt.

Die Datenübertragung muss aufgrund der langsamen Übertragungsraten im Ländlichen Raum (Erfahrungswert aus bisherigen Projekten) im Hintergrund geschehen bis das Mobiltelefon wieder ein UMTS-Signal empfängt. Hierzu muss eine spezielle gerätespezifische Softwareanwendung entwickelt werden, welche die Übertragung im Hintergrund sicher gewährleistet. Der Bildempfang auf dem Server löst eine Aufforderung an den Wundspezialisten des Wundzentrums aus. Dieser begutachtet das Wundbild und hat dabei gleichzeitig Zugang zum Archiv des Patienten und somit Zugriff auf die für ihn relevanten Daten, Bilder, Befunde etc. die über diesen Patienten im Rahmen des Pilotprojektes vorliegen. Im Anschluss daran erstellt der Wundspezialist einen Therapievorschlag, welcher automatisch parallel an den Hausarzt und an den ambulanten Pflegedienst versendet wird. Der Hausarzt verordnet und ergänzt evtl. die Therapie, welche vom ambulanten Pflegedienst ausgeführt wird und zu einer optimalen Wundheilung führt.

#### Welcher medizinische Erfolg wird erwartet?

Nutzen für niedergelassene Ärzte (Hausärzte):

Für den Arzt bedeutet die Telekonsultation Arbeitserleichterung und Diagnosesicherheit, da er einerseits seine Hausbesuche durch die Bildübertragung der Wunde reduzieren kann und andererseits völlig unkompliziert Befundung und Therapievorschlag und damit eine Zweitmeinung eines Wundspezialisten zur Verordnung erhält.

Nutzen für Patienten:

Die hierbei versorgten Patienten erhalten eine häusliche medizinische Betreuung Ihrer Wundproblematik auf medizinisch höchstem qualitativen Niveau ohne Notwendigkeit einer ausschließlichen persönlichen Präsenz des behandelnden Arztes oder eines beschwerlichen und teuren Weges zur Arztpraxis für den oftmals wenig mobilen Patienten. Durch die Hinzuziehung eines Spezialisten kann schneller eine abgestimmte standardisierte sowie ziel- und kostenorientierte Behandlung, welche zu einer schnelleren Wundheilung führen kann, erreicht werden. Dies bedeutet für den Patienten gleichzeitig eine Steigerung seiner Lebensqualität.

Nutzen für das Gesundheitssystem:

Durch die Verkürzung der Behandlungsdauer bei der Wundversorgung (schnellere Wundheilung) sowie teilweise sogar durch die Vermeidung stationärer Aufenthalte können Kosteneinsparungen erzielt werden. Dies trifft ebenfalls auf die vermiedenen Wegstrecken von Arzt und Patient zu. Die Qualität der Wundversorgung steigt erheblich an. Eine spezialisierte Facharztleistung wird durch diese Form der Telekonsultation für einen schwer erreichbaren Patienten auf dem Land möglich, auch wenn die nächste Arztpraxis weiter entfernt liegt.

**Zahl der Akteure, beteiligte Berufsgruppen und ärztliche Disziplinen:**

ambulanter Pflegedienst, Wundspezialist des Wundzentrums, Hausarzt

**Vernetzung und Regionale Verankerung:**

Gesundheitsnetz Ostalbkreis

**Benötigte sächliche Infrastruktur:**

Mobiltelefon mit hochwertiger Kamera, technische Voraussetzungen für die Datenübertragung im ländlichen Raum (s.o.)

**Benötigte personelle Infrastruktur:**

Ambulante Pflegedienste zur Anfertigung der Bilder, Wundexperte für die Auswertung, Hausärzte für die Umsetzung der Therapie-Vorschläge.

**Finanzierung und Evaluation:**

Derzeit führt der Ostalbkreis mit dem Land Baden-Württemberg (MLR und SM) Telemedizinprojekte durch. Die drei Telemedizin-Projekte haben folgende Themen: 1. Tele-EKG bei Herz-Rhythmusstörungen, 2. Telekonsultation Chronische Wunde und 3. Teleprüfung Sturzprävention. Dabei werden EKG's bzw. Fotos und Videosequenzen per Fotohandy einem Experten mit weiteren Informationen übermittelt. Es wird noch bis Mitte 2012 über insgesamt dreieinhalb Jahre durchgeführt, die Projekte haben ein Volumen von ca. 550.000,- Euro, die Gelder werden vom MLR und vom Ostalbkreis aufgebracht. Etwa ein Drittel der Projektgelder wird für das Projekt Telekonsultation Chronische Wunde verwendet.

Eine Evaluation wird am Ende des Projektes durchgeführt.

**Erfolgsfaktoren aus Sicht des Projekts**

Modellprojekt „Telekonsultation Chronische Wunde“ zur Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum, baut auf Projekt zur Dekubituserhebung im Ostalbkreis (Siegerprojekt QFP 2002) 2002 -2008 auf.

**Wer unterstützt das Projekt?**

Ostalbkreis und Land Baden-Württemberg (Finanzierung MLR)

**Kontaktadresse (Ansprechpartner):**

Gesundheitsdezernent Dr. med. Klaus Walter  
Landratsamt Ostalbkreis - Geschäftsbereich Gesundheit  
Julius-Bausch-Straße 12, 73430 Aalen  
Tel.: 07361 503-1150 - E-Mail: [klaus.walter@ostalbkreis.de](mailto:klaus.walter@ostalbkreis.de)

**Hinweise auf Informationsmaterial:** [www.gesundheitsnetz-ostalbkreis.de](http://www.gesundheitsnetz-ostalbkreis.de)

/ Aktuelles / Telemedizinische Projekte

## **Diabetes oder kolorektales Karzinom**

**Gesundheitsregionen der Zukunft: Raum für Gesundheit in der Metropolregion Rhein-Neckar (MRN) – Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung chronisch kranker Menschen mit Diabetes und kolorektalem Karzinom – Zusammenfassung der Patientendaten in einer persönlichen elektronischen Patientenakte (Sieger im BMBF-Wettbewerb 2010)**

### **Träger des Projektes:**

MRN Raum für Gesundheit GmbH

### **Projektbeschreibung:**

Für die Anwendungsfälle Diabetes und kolorektales Karzinom werden rund um eine von Patienten gesteuerte Persönliche elektronische Patientenakte (PEPA) mehrere Anwendungs- und Entwicklungsprojekte durchgeführt.

Der Raum für Gesundheit in der Metropolregion Rhein-Neckar ist eine von fünf vom BMBF- geförderten Gesundheitsregionen der Zukunft in Deutschland. Ziel des Projektes „Raum für Gesundheit“ ist es, ausgehend von der Prämisse „der Patient im Mittelpunkt“, IT-Technologien zu entwickeln und einzusetzen um die sektorenübergreifende Versorgung chronisch kranker Menschen zu verbessern.

Der Bürger steht dabei im Zentrum des Engagements, da Gesundheit nur „mit den Bürgern für den Bürger“ verbessert werden kann, unabhängig von Sozialschicht, Migrationshintergrund und beruflicher Situation des Einzelnen einerseits und wirtschaftlicher Stärke oder geografischer Lage andererseits.

Grundlage für dieses Vorhaben ist die regionale Vernetzung von gesundheitsbezogenen Einrichtungen und die Zusammenführung von versorgungsrelevanten Patientendaten in einer persönlichen elektronischen Patientenakte (PEPA). Aufbauend darauf sollen innovative IT-Produkte und Prozesse implementiert und evaluiert werden, welche in enger Kooperation von Industrie und Wissenschaft in der MRN entwickelt werden:

- eine Daten- und Wissensbasis für die Aggregation brachliegender Datenquellen zur Auswertung und für Monitoringzwecke in der Region
- ein Service für die Arzneimitteltherapiesicherheit
- ein IT-gestütztes Case-Management für Diabetiker.

### **Welcher medizinische Erfolg wird erwartet?**

- Erhöhung der Behandlungsqualität innerhalb der MRN
- Erhöhung der Lebensqualität besonders chronisch kranker Patienten
- Möglichkeit für Patienten länger in der häuslichen Umgebung zu bleiben.
- Frühzeitiges Erkennen von Rezidiven
- Reduktion der Medikationsfehler
- Erschließung neuer Datenbasen für die medizinische Forschung

### **Zahl der Akteure, beteiligte Berufsgruppen und ärztliche Disziplinen:**

20 Partner u.a. aus Wissenschaft, Forschung, Industrie, Sozialwesen

- Universitätsklinikum Heidelberg

- Metropolregion Rhein-Neckar GmbH
- SAP Deutschland AG (SAP)
- Intercomponentware AG (ICW)
- Roche Diagnostics GmbH Mannheim
- Nationales Centrum für Tumorerkrankungen (NCT)
- und weitere Partner

### **Vernetzung und Regionale Verankerung**

Gesundheitsregion – Metropolregion Rhein-Neckar MRN

### **Benötigte sächliche Infrastruktur:**

- Serverinfrastruktur
- Softwareinfrastruktur

### **Benötigte personelle Infrastruktur:**

- Projektmanagement (eigene GmbH)
- Wissenschaftler (Medizininformatiker, Ärzte, Versorgungsforscher)
- Berater
- Study Nurses

### **Finanzierung:**

Gesundheitsregion der Zukunft – Förderung BMBF mit 7,2 Mio. und Kofinanzierung der Partner 7,5 Mio. – Laufzeit: 4 Jahre (2012-2016)

### **Evaluation:**

Forschungsprojekt / Studie zur Regionalen Versorgung

### **Erfolgsfaktoren aus Sicht des Projekts:**

- Patient Empowerment (Zugriffssteuerung der Akte durch den Patienten)
- Transparenz in der Versorgung
- Kosteneinsparungen
- erhöhte Lebensqualität der Patienten
- Leuchtturmprojekt für die IT-basierte und standardisierte Vernetzung von Gesundheitsdienstleistern
- Identifikation von Qualitätsindikatoren für die Gesundheitsversorgung
- Regionales Gesundheitsmonitoring
- Arzneimitteltherapiesicherheit

### **Wer unterstützt das Projekt?**

20 Partner aus Wissenschaft, Forschung, Industrie, Sozialwesen (Projektbeteiligte siehe oben), Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF)

### **Kontaktadresse (Ansprechpartner):**

Prof. Dr. med. Björn Bergh  
 Prof. Dr. med. Joachim Szecsenyi  
 Universitätsklinikum Heidelberg  
 Speyerer Str. 4, 69115 Heidelberg

### **Hinweise auf Informationsmaterial:**

In Ausgabe 5 des Magazins EHEALTHCOM wird ein Artikel erscheinen.  
 Webseite: <http://www.raum-fuer-gesundheit.net>



## Herzinsuffizienz

**Heidelberger hausarztbasiertes Case Management für Patienten mit Herzinsuffizienz NYHA II (I, III) (Herzschwäche) – HICMan und Folgeprojekt: Hausarztpraxis-basiertes Case Management für chronisch kranke Patienten - Herzinsuffizienz NYHA II( I, III), Diabetes mellitus Typ 2, Chronisch obstruktive Lungenerkrankung - PraCMan**

### Träger des Projektes:

Universitätsklinikum Heidelberg, Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung

### Projektbeschreibungen:

#### Ausgangsprojekt HICMan

Das Projekt HICMan wurde im Rahmen einer vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten Studie des Kompetenznetzes Herzinsuffizienz initiiert. Kennzeichnend ist, dass Medizinische Fachangestellte in der hausärztlichen Versorgung von Patienten mit chronisch systolischer Herzinsuffizienz systematisch einbezogen werden.

31 Medizinische Fachangestellte aus 29 Hausarztpraxen in Nord- und Mittelbaden führten im Delegationsverfahren und nach Schulungen im Jahr 2007 über 12 Monate ein komplexes Case Management auf der Basis von Leitlinien zur Diagnostik und Therapie der Herzinsuffizienz durch. Die Maßnahmen bestanden aus Praxiskontakten, Telefonmonitoring und Hausbesuchen mit zusätzlichem Screening, welches dem behandelnden Arzt zurückgemeldet wurde.

Ziel war eine messbare Verbesserung von Lebensqualität und Selbstsorgeverhalten der Patientinnen und Patienten, die Verbesserung der Versorgungsqualität aus Sicht der Patienten sowie die qualitative Begleitevaluation der Leistungserbringer.

Der Projektansatz war stark patientenorientiert. Gleichzeitig führt das Projekt zu einer Professionalisierung der Medizinischen Fachangestellten bzw. des Arztteams und zur besseren Strukturierung von krankheitsbezogenen Informationen über den Patienten.

#### Folgeprojekt PraCMan:

Ziel ist es, dem jährlich ansteigendem Anteil chronisch und multipel erkrankter Patienten mit innovativen Versorgungskonzepten für den primärärztlichen Bereich (medizinisches Case Management) zu begegnen: Dabei werden zunächst die individuell bestehenden medizinischen und nicht-medizinischen Problembereiche chronisch kranker Patienten ausführlich festgestellt (Assessment). In weiteren Schritten erfolgen dann die Planung und Einleitung geeigneter Hilfsangebote und Maßnahmen sowie eine strukturierte Nachbeobachtung (Monitoring).

#### Welcher medizinische Erfolg wird erwartet?

Untersuchungen aus den USA konnten zeigen, dass insbesondere solche Patienten von Case Management profitieren, die sowohl eine hohe Wahrscheinlichkeit für eine künftige Inanspruchnahme medizinischer Leistungen als auch einen klinisch beeinflussbaren Krankheitsverlauf aufweisen.

Ziel ist die Vermeidung von (vermeidbaren) Krankenhauseinweisungen.

**Zahl der Akteure, beteiligte Berufsgruppen und ärztliche Disziplinen:**

Hausärzte, medizinische Fachangestellte

**Benötigte sächliche Infrastruktur:**

keine

**Benötigte personelle Infrastruktur:**

0,25 – 0,5 medizinische Fachangestellte pro 20 Patienten

**Finanzierung:**

AOK Bundesverband und AOK BW (Hausarztvertrag) und Anschubfinanzierung pro Patient (Pilotprojekt)

**Evaluation:**

In der Evaluation (von HICMan) zeigten sich gegenüber der Vergleichsgruppe mit herkömmlicher Versorgung signifikante Verbesserungen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität wie Vitalität, soziale Einschränkung, Selbstwirksamkeit. Das krankheitsspezifische Selbstsorgeverhalten und die Qualität der Versorgung chronisch kranker Patienten und der von Patienten wahrgenommenen Gesundheitsberatung wurden verbessert. Die Akzeptanz der Medizinischen Fachangestellten hinsichtlich der neuen Rolle als Case Manager und die Akzeptanz der delegierenden Ärzte war sehr hoch.

**Folgeprojekt PraCMan:**

Seit November 2010 wird PraCMan im Rahmen einer kontrollierten clusterrandomisierten klinischen Studie hinsichtlich seiner Effekte evaluiert (Freund et al. Trials 2011). Hauptendpunkt ist die Verminderung (vermeidbarer) Krankenhausaufenthalte. Beteiligt sind 132 Hausärzte aus 115 Praxen mit 2168 Patienten aus ganz Baden-Württemberg teil, die auch an der Versorgung im Rahmen des Hausarztvertrages der AOK Baden-Württemberg teilnehmen.

Patienten müssen mindestens eine der drei Indexerkrankungen Diabetes mellitus Typ 2, Chronisch obstruktive Lungenerkrankung oder Herzinsuffizienz und eine (mittels eines auf Routinedaten basierenden statistischen Modells ermittelten) hohen Wahrscheinlichkeit einer Krankenhauseinweisung aufweisen.

Der Beobachtungszeitraum beträgt 12 Monate. Speziell geschulte Medizinische Fachangestellte (MFA) führen das Case Management durch, welches als Kernelement ein gründliches Assessment und ärztlich festgelegtes, regelmäßiges strukturiertes Telefonmonitoring auszeichnet. Vergleichspraxen führen kein Case Management durch.

**Erfolgsfaktoren aus Sicht des Projekts:**

Professionalisierung von Hausarztpraxen baut auf vorhandenen Strukturen auf und erscheint nicht zuletzt auch wegen der demographischen Entwicklung innerhalb der Ärzteschaft (Hausarztmangel) als wichtiger nachhaltiger Ansatz. Das Projekt kann als Erprobung einer veränderten Praxisorganisation als Versorgungsmodell chronisch Kranker der nahen Zukunft angesehen werden. Da es unter Alltagsbedingungen stattfindend, ist eine unmittelbare Umsetzung in der Fläche möglich.

**Wer unterstützt das Projekt?**

AOK Bundesverband und AOK Baden-Württemberg.

**Kontaktadresse (Ansprechpartner):**

Universitätsklinikum Heidelberg  
Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung  
PD Dr. Frank Peters-Klimm  
Dr. Tobias Freund  
Prof. Dr. Joachim Szecsenyi  
Voßstr. 2  
69115 Heidelberg  
Tel. 06221-56-6206

**Hinweise auf Informationsmaterial:**

Das Projekt „Heidelberger hausarztbasiertes Case Management für Patienten mit Herzinsuffizienz“ (Herzschwäche) HICMan ist abgeschlossen. Die Hauptpublikation ist zwischenzeitlich erschienen (Peters-Klimm et al., Trials 2010).

**Vorstudie (zu PraCMan):**

Im Rahmen einer Vorstudie mit 10 Hausarztpraxen aus Baden-Württemberg wurde seit 2009 mit verschiedenen Methoden ein indikationsübergreifendes hausärztliches Case Management bei Patienten mit hohem Risiko für zukünftige Krankenhauseinweisungen vorbereitet. Identifikation und Auswahl der Zielpopulation, Entwicklung des Versorgungsmodells (sogenannte „Komplexe Intervention“) spielen hierbei in der Vorbereitung der Wirksamkeitsstudie eine wichtige Rolle und sind Gegenstand aktueller Forschung (Freund et al., Implementation Science 2010; Freund et al., American Journal of Managed Care 2011; Freund et al. Zeitschrift für Allgemeinmedizin, zur Publikation angenommen). Weitere Publikationen zur Vorstudie werden im Laufe 2011/12 erwartet. Im Frühjahr 2012 wird mit den Auswertungen der Hauptstudie begonnen.

## Herzinsuffizienz

### HeiTel-Telemedizin bei Herzinsuffizienz erhöht Lebensqualität und senkt Krankheitskosten (Sonderpreis Qualitätsförderpreis 2010)

#### Träger des Projektes:

Universitätsklinikum Heidelberg, Abteilung für Kardiologie, Angiologie und Pulmonologie

#### Projektbeschreibung:

Die Kosten der medizinischen Versorgung von Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz sind insbesondere durch die Krankenhausaufenthalte mit einer durchschnittlichen Verweildauer von über 14 Tagen pro Jahr hoch. Es fehlt die adäquate Aufklärung und Compliance der Patienten. Die Mortalität ist hoch, da eine leitliniengerechte Kombinationsmedikation nicht Standard ist. Es fehlt die Vernetzung zwischen Hausarzt, Klinik und Herzinsuffizienzschwester.

Das Universitätsklinikum Heidelberg hat sich zum Ziel gesetzt, die medizinische Versorgung von Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz durch Einsatz von Telemedizin zu verbessern. Das Projekt wurde 2006 im Rahmen eines Integrierten Versorgungsvertrags mit der AOK Baden-Württemberg gestartet.

HeiTel ist eine Kombination aus Gerätesystem und Nurse-Call-System. Der Patient erhält die notwendigen Geräte zur Messung von Gewicht, Blutdruck, EKG und Sauerstoffsättigung mit nach Hause. Per Telefon übermittelt er täglich über einen Zeitraum von 6 Monaten die vorgegebenen Vitalparameter an das telemedizinische Zentrum (Dienstleister). Die Daten werden dort bewertet und ggf. ein erster Kontakt zum Patienten hergestellt. Der Dienstleister ist bei Bedarf auch erster Ansprechpartner des Patienten.

Zugriff auf die Daten haben auch die Universitätsklinik und der niedergelassene Arzt, der den Patienten betreut. Ein Alarm-Algorithmus erleichtert die Überwachung der übermittelten Daten und ermöglicht dem Stationsarzt bzw. der Herzinsuffizienzschwester der Universitätsklinik eine frühzeitige Kontaktaufnahme zum Patienten. Komplikationen werden so erkannt, bevor sie zur Gefahr werden.

Ergänzende Schulungsmaßnahmen zu Ernährung und körperlichem Training stärken den eigenverantwortlichen Umgang des Patienten mit seiner Erkrankung. Nach Ablauf von 6 Monaten wird die Patientenbetreuung grobmaschiger oder läuft aus. Das Projekt wird durch Versorgungsforschung begleitet.

#### Welcher medizinische Erfolg wird erwartet?

Die Akzeptanz bei den im Projekt beteiligten Patienten war sehr hoch, sie haben sich insgesamt besser betreut gefühlt. Derzeit wird abschließend abgeschätzt, ob das Projekt neben einer Erhöhung der Lebensqualität von Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz auch zur gleichzeitigen Absenkung der Krankheitskosten beiträgt.

#### Zahl der Akteure, beteiligte Berufsgruppen und ärztliche Disziplinen:

Kliniker, niedergelassener Arzt, Krankenschwester

**Benötigte sächliche Infrastruktur:**

Geräte zur Messung von Gewicht, Blutdruck, EKG und Sauerstoffsättigung

**Benötigte personelle Infrastruktur:**

Telemedizinisches Zentrum, Krankenschwester

**Finanzierung:**

IV-Vertrag mit der AOK Baden-Württemberg

**Evaluation:**

Die Akzeptanz bei den im Projekt beteiligten Patienten war sehr hoch, sie haben sich insgesamt besser betreut gefühlt. Derzeit wird abschließend abgeschätzt, ob das Projekt neben einer Erhöhung der Lebensqualität von Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz auch zur gleichzeitigen Absenkung der Krankheitskosten beiträgt (Versorgungsforschungsprojekt).

**Wer unterstützt das Projekt?**

AOK Baden-Württemberg

**Kontaktadresse (Ansprechpartner):**

Universitätsklinikum Heidelberg

Abteilung für Kardiologie, Angiologie und Pulmonologie

Prof. Dr. Christian Zugck

Im Neuenheimer Feld 410

69120 Heidelberg

**Hinweise auf Informationsmaterial:**

[www.klinikum-heidelberg.de/Telemedizin-HeiTel](http://www.klinikum-heidelberg.de/Telemedizin-HeiTel)

## Herzinsuffizienz

### Klinische Studie Partnership for the Heart –Versorgung von Patienten mit Herzinsuffizienz NYHA II und III, LVEF $\leq$ 35%

#### Träger des Projektes:

Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie, Robert Bosch Healthcare GmbH, Aipermon GmbH & Co. KG, InterComponentWare AG, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Robert-Bosch-Krankenhaus Stuttgart

#### Projektbeschreibung:

Partnership for the Heart ist eine klinische Studie zur telemedizinischen Mitbetreuung von Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz (Studiename: Telemedical Interventional Monitoring in Heart Failure (TIM-HF, NCT00543881).

Anlass des Projektes ist die Entwicklung und klinische Erstanwendung eines Remote Patient Monitoring Systems inkl. mobiler Sensorplattform und elektronischer Patientenakte zur telemedizinischen Mitbetreuung von Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz.

#### Welcher medizinische Erfolg wird erwartet?

Verringerung der kardiovaskulären Sterblichkeit, Reduzierung der Krankenhausaufenthalte und Erhöhung der Lebensqualität der Patienten.

#### Zahl der Akteure, beteiligte Berufsgruppen und ärztliche Disziplinen:

8 Partner – Konsortialpartner: Charité – Universitätsmedizin Berlin (Med. Klinik m. S. Kardiologie und Angiologie), Robert-Bosch-Krankenhaus Stuttgart (Zentrum für Innere Medizin - Kardiologie/Pulmologie, Robert Bosch Healthcare GmbH, Aipermon GmbH & Co. KG, InterComponentWare AG  
Assoziierte Partner: BARMER GEK, Bosch BKK, T-Mobile

#### Vernetzung und Regionale Verankerung:

Assoziiertes Projekt im Kompetenznetz Herzinsuffizienz, Kardionetz Brandenburg e. G.

#### Benötigte sächliche Infrastruktur:

Hardware: Mobiler Medizinischer Assistent, IT-Infrastruktur, elektronische Patientenakte und  
Messgeräte beim Patienten: Waage, Blutdruckmesser, EKG, SpO2, Aktivitätssensor

#### Benötigte personelle Infrastruktur:

medizinisches Personal (Ärzte, Fachärzte, Schwestern/Pfleger), Principal Investigator, Study Nurse, Steering Committee, Endpoint Committee, Data Safety and Management Board, IT-Spezialisten.

**Finanzierung:**

- Förderung der technischen Entwicklung und klinischen Studie durch das Innovationsprogramm „next generation media“ des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie (BMWi) (rd. 4 Mio. Euro Fördersumme)
- Robert Bosch HealthCare GmbH
- Aipermon GmbH & Co. KG
- InterComponentWare AG

**Evaluation:**

Die Studie hat erstmals Hinweise erbracht, welche Patientengruppe am meisten von telemedizinischer Betreuung profitiert. Die technische Lösung war technisch stabil und einfach von den Patienten zu bedienen. Die Compliance bezüglich der telemedizinischen Mitbetreuung bei den Patienten war sehr gut.

**Erfolgsfaktoren aus Sicht des Projekts:**

Verbesserte medizinische Versorgung chronisch kranker Patienten (Senkung kardiovaskuläre Sterblichkeit, Reduzierung der Krankenhausaufenthalte, Erhöhung der Lebensqualität) bei gleichzeitiger Kostensenkung (Auswertung Gesundheitsökonomie steht noch aus)

- Integrierte Versorgungsverträge mit einzelnen Krankenkassen
- Klinische Studie erster Schritt für Antrag auf Integration in Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen.

**Wer unterstützt das Projekt?**

Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung, BARMER GEK, Bosch BKK, Kardionetz Brandenburg e. G.

**Kontaktadresse (Ansprechpartner):**

Marcus Honold  
Robert-Bosch-Krankenhaus  
Auerbachstr. 110  
70376 Stuttgart  
Tel.: 0711 /8101-5363

**Hinweise auf Informationsmaterial:**

[www.partnership-for-the-heart.de](http://www.partnership-for-the-heart.de)

## Herzinsuffizienz

### Projekt MOTIVA - Mobile Visite - Telebetreuung von Patienten mit Herzinsuffizienz (NYHA II)

#### Träger des Projektes:

Klinikum Friedrichshafen, Deutsche Telekom / T-Systems (Teilprojekt von T-City-Friedrichshafen), Krankenkassen

#### Projektbeschreibung:

Die mobile Visite ist deutschlandweit das erste Telemedizinssystem zur interaktiven Betreuung chronisch herzkranker Patienten nach einem Krankenhausaufenthalt. Medizinische Betreuung und Therapie erfolgt zu Hause. Per Set-Top-Box und Fernseher übermitteln die Patienten regelmäßig ihre Vitaldaten (Blutdruck, Herzfrequenz, Körpergewicht) über gesicherte Datenleitungen und einen Server an die Klinik. Das Monitoringsystem wird individuell auf den Patienten abgestimmt. Geben die Daten Anlass zur Sorge oder Hinweise auf Abweichungen im Gesundheitsverlauf der Kranken, löst das System unmittelbar Korrekturen und Anweisungen des medizinischen Personals aus.

Ziel des Projekts ist die Optimierung der Betreuung chronisch herzkranker Patienten.

#### Welcher medizinische Erfolg wird erwartet?:

Eigenverantwortliches, therapiegerechtes Patientenverhalten und die Krankheitsakzeptanz und Behandlungseinsicht beim Patienten fördern. Ärzte können ihre Patienten kontinuierlich in ihrem gewohnten Umfeld zu Hause betreuen. Ziel ist es, durch kompetenten Umgang mit der chronischen Erkrankung die Lebensqualität zu steigern und stationäre Krankenhausaufenthalte zu reduzieren.

#### Zahl der Akteure, beteiligte Berufsgruppen und ärztliche Disziplinen:

Hausärzte, niedergelassene Vertragsärzte und Klinikärzte, Krankenschwestern

#### Vernetzung und Regionale Verankerung:

Ärztetenetz Bodenseekreis – Region Bodensee/Oberschwaben

#### Benötigte sächliche Infrastruktur:

Fernseher, T-Box, Telefonanschluss, Waage & Blutdruckmessgerät (blue-tooth-fähig)

#### Benötigte personelle Infrastruktur:

2 x 0,5 Study Nurse, 1 Krankenhausarzt

#### Finanzierung:

vollfinanziertes Pilotprojekt - IV-Vertrag zwischen Krankenkassen, Klinikum Friedrichshafen und Hausärzten/Vertragsärzten

#### Evaluation:

Evaluation des Projektes wurde Ende 2010 abgeschlossen. Ein wichtiges Ergebnis: Patienten, die durch die Mobile Visite unterstützt werden, verfügen tatsächlich über ein Gefühl der Sicherheit, was Sie als Steigerung ihrer Lebensqualität wahrnehmen



**Erfolgsfaktoren aus Sicht des Projekts:**

Persönliche Bindung und Betreuung der Patienten (study nurse), geeignete Patienten, fühlbarer Erfolg für die Patienten, Versorgungsvertrag (gesicherte Finanzierung)

**Wer unterstützt das Projekt?**

Krankenkassen, Ärzteschaft

**Kontaktadresse (Ansprechpartner):**

PD Dr. Detlev Jäger  
Chefarzt Med II Kardiologie - Telemedizin  
Klinikum Friedrichshafen GmbH  
Röntgenstr. 2  
D-88048 Friedrichshafen  
Tel. 07541-961251  
E-Mail: [d.jaeger@klinikum-fn.de](mailto:d.jaeger@klinikum-fn.de)

**Hinweise auf Informationsmaterial:**

T-City Friedrichshafen <http://ehealth.t-city.de/motiva.html>

## Bluthochdruck

### Projekt Telemonitoring bei Bluthochdruck

#### Träger des Projektes:

T-City / Deutsche Telekom, Klinikum Friedrichshafen, Betriebskrankenkasse (BKK) MTU, BodyTel Europe GmbH

#### Projektbeschreibung:

Das Projekt ist eine Anwendungsbeobachtung und eine Kooperation zwischen der T - City Friedrichshafen, dem Klinikum Friedrichshafen, der BKK MTU, der örtlichen Volkshochschule (vhs-fn) und dem Telemedizinunternehmen BodyTel.

**PressureTel** - ist ein telemedizinisches Blutdruck-Monitoring- und Management-System. Es dient der lückenlosen, einfachen Dokumentation aller Blutdruck- und Pulswerte und zusätzlicher Informationen.

Das PressureTel-System stellt einen ganz neuen Weg im Hypertonie-Management für Betroffene und die behandelnden Ärzte dar. Mit dem PressureTel-System kann das Telemedizin-Zentrum (Klinikum Friedrichshafen) wichtige Werte wie den Blutdruck und Puls der Patienten aus der Ferne überwachen und sie auf mögliche Auffälligkeiten hinweisen. Das Blutdruckmessgerät ist in der Lage, den gemessenen Wert unmittelbar nach der Messung kabellos (per Bluetooth) und automatisch auf ein Mobiltelefon zu übertragen, welches den Wert dann ebenfalls automatisch, speziell gesichert und in Echtzeit in die Online-Patientenakte des jeweiligen Patienten übermittelt. Diese Datenbank kann dann im Fall einer Überschreitung eines vom Klinikum Friedrichshafen gesetzten Grenzwertes eine Alarmierung per E-Mail an das betreuende Telemonitoring-Team auslösen.

Sieht das Telemedizin-Zentrum Handlungsbedarf, wird es schriftlich oder telefonisch mit dem Patienten Kontakt aufnehmen und ihn darauf hinweisen, diesen Vorfall oder Negativtrend möglichst zeitnah mit seinem behandelnden Haus- oder Facharzt zu besprechen. Dies soll langfristig dazu beitragen, den Gesundheitszustand des Patienten zu verbessern und seine Medikation zu optimieren. Ein Wissenschaftlicher Begleiter wird das Projekt diesbezüglich evaluieren und die Ergebnisse am Ende anonymisiert aufbereiten.

Teilnehmer erhalten als kostenlose Leihgabe das Blutdruckmessgerät und ein kompatibles Mobiltelefon mit SIM-Karte zur kostenfreien Übertragung der Messwerte. Die Erstellung des persönlichen Tagebuchs und die Nutzung der Monitoring- und Alarmfunktionen im BodyTel Center auf [www.bodytel.com](http://www.bodytel.com) sind ebenfalls kostenlos. Das Programm ist bis zur maximalen Teilnehmerzahl von 50 Patienten bundesweit offen, wobei der Fokus auf der Region Friedrichshafen und Umgebung liegt.

Im Rahmen von T-City soll Telemedizin für ein weiteres Krankheitsbild mit mobilen Komponenten im Pilot erprobt werden. Die Teilnehmenden Akteure haben in der Vergangenheit bereits positive Erfahrungen aus dem Herzinsuffizienz Projekt **Mobile Visite** gesammelt und vermuten auch bei Hypertonie-Patienten ähnlich positive Effekte. Die Bluthochdruck-Patienten sind im Allgemeinen jünger und mobiler, so dass das PressureTel System mit seiner mobilen Übermittlungsmöglichkeit per Handy sinnvoll eingesetzt werden kann.

Es gilt durch eine frühzeitige enge Patientenführung den Gesundheitszustand der Hypertonie-Patienten zu verbessern und zu stabilisieren, sowie ihre Medikation optimal einzustellen. Im Idealfall werden diese Patienten Ihren Blutdruck soweit in den Griff bekommen, dass künftig weniger oder keine Krisensituationen mit Klinikaufenthalten eintreten werden.

#### **Welcher medizinische Erfolg wird erwartet?**

Es wird eine Verbesserung des Gesundheitszustandes und der Lebensqualität der Patienten erwartet, durch

- eine regelmäßige, automatische und lückenlose Echtzeit-Dokumentation aller gemessenen Blutdruckwerte,
- eine lückenlose Dokumentation der eingenommenen Medikamente,
- grafisch aufbereitete Analysen der Messwerte, welche Über- oder Unterschreitungen der gesetzten Grenzwerte und Zielbereiche in variabler Form aufzeigen,
- Benachrichtigung und Empfehlung durch das Telemedizin-Zentrum bei starken Werteentgleisungen oder auffälligen Negativtrends einen zeitnahen Termin mit Ihrem behandelnden Arzt auszumachen, um ggfs. eine Therapieanpassung zu besprechen,
- die sichere Patientenakte auf [www.bodytel.com](http://www.bodytel.com), welche nicht nur der Patienten-Selbstkontrolle dient, sondern durch Ihre Freigabe ggfs. auch Vertrauenspersonen (z. B. Hausarzt, Angehörige, etc.) zugänglich gemacht werden kann.

Und damit

- im Ergebnis weniger Krisensituationen mit Klinikaufenthalten und eine allgemeine Verbesserung Ihres Gesundheitszustandes,
- ggf. eine Optimierung Ihrer Medikation und
- den Nutzen und die Nachhaltigkeit eines solchen Telemedizin-Programms für andere chronisch Kranke zu überprüfen.

#### **Zahl der Akteure, beteiligte Berufsgruppen und ärztliche Disziplinen:**

T-City/Deutsche Telekom, Klinikum Friedrichshafen, BKK MTU, Hausärzte (freiwillig), BodyTel Europe GmbH und die vhs-Friedrichshafen

#### **Vernetzung und Regionale Verankerung:**

1-Jahres-Kurs zum Thema **Telemonitoring bei Bluthochdruck** an der vhs-Friedrichshafen, 12 Monate Projektlaufzeit für alle weiteren gewonnenen Patienten, BKK MTU informiert ausgewählte Versicherte über das Projekt und bietet ihnen die Teilnahme an, T-City Marketing in Friedrichshafen und Umgebung, diverse Messen und Gesundheitstage zum Thema in der Region.

#### **Benötigte sächliche Infrastruktur:**

- Patientenseitig: Das Oberarm-Blutdruckmessgerät PressureTel, ein kompatibles Mobiltelefon (siehe Liste auf [www.bodytel.com](http://www.bodytel.com)) sowie einen Zugang zum Internet (zur einmaligen Einrichtung der Patientenakte und des Telemonitorings und der dauerhaften Eigenkontrolle).
- Betreuerseitig: Zugang zum Internet und durch den Patienten freigeschalteten Zugang zur Patientenakte

**Benötigte personelle Infrastruktur:**

- Telemedizinische Betreuung: Telemedizinzentrum Klinikum Friedrichshafen und zeitweise 1 wissenschaftlicher Begleiter
- Technische Betreuung: BodyTel Europe GmbH
- Projektmanagement: T-City/Deutsche Telekom in Koordination mit allen Partnern
- Koordination im Kontext der Versicherten: BKK MTU

**Finanzierung:**

Für den Patienten entstehen keinerlei Kosten. T-City/Telekom mit Beteiligung aller Partner stellen die Mittel.

**Evaluation:**

Das Projekt ist eine Anwendungsbeobachtung. Während der Projektlaufzeit von 12 Monaten untersucht ein wissenschaftlicher Begleiter die Daten und bereitet diese entsprechend auf.

**Erfolgsfaktoren aus Sicht des Projekts:**

Es gilt den Nutzen und die Nachhaltigkeit eines solchen Telemedizin-Programms zu prüfen. Hierzu sollen während der Pilotlaufzeit gemeinsam mit der BKK MTU mögliche Versorgungsmodelle entwickelt bzw. überprüft werden, bspw. im Rahmen der DMP, der Integrierten Versorgung, als Sekundärpräventionsmaßnahme, als Angebot für Unternehmen zum Einsatz in der betrieblichen Prävention usw.

**Wer unterstützt das Projekt?**

Die BKK MTU, das Klinikum Friedrichshafen, Hausärzte (freiwillig), BodyTel und T-City/Deutsche Telekom

**Kontaktadresse (Ansprechpartner):**

PD Dr. Detlev Jäger  
 Chefarzt Med II Kardiologie - Telemedizin  
 Klinikum Friedrichshafen GmbH  
 Röntgenstr. 2  
 D-88048 Friedrichshafen  
 Tel. 07541-961251  
 E-Mail: [d.jaeger@klinikum-fn.de](mailto:d.jaeger@klinikum-fn.de)

und

Claudia Fink  
 Krankenschwester Kardiologie - Telemedizin  
 Klinikum Friedrichshafen GmbH  
 Röntgenstr. 2  
 D-88048 Friedrichshafen  
 Tel. 07541-9671252  
 E-Mail: [c.fink@klinikum-fn.de](mailto:c.fink@klinikum-fn.de)

**Hinweise auf Informationsmaterial:**

Teilnahmeunterlagen und weiteres Informationsmaterial können bei [info@bodytel.com](mailto:info@bodytel.com) angefordert werden.

Allgemeine Informationen unter: [www.bodytel.com](http://www.bodytel.com)

## Psychische Erkrankungen

### Verbesserung der Versorgung psychisch Kranker in der Region Südwürttemberg

#### Träger des Projektes:

DAK -Unternehmen Leben und Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg  
Vertrag zur integrierten Versorgung psychisch Kranker nach § 140a SGB V

#### Projektbeschreibung:

Durch den IV-Vertrag soll die Gesamtbehandlung der Patienten mittels einer möglichst durchgehenden Behandlungskontinuität, bei stärkerer Gewichtung der ambulanten Behandlung, verbessert werden. Das ZfP Südwürttemberg übernimmt eine Lotsenfunktion und steuert die Patienten durch die Integrierte Versorgung.

Das Kooperationsprojekt soll sowohl den Einstieg in eine bereichsübergreifende Leistungserbringung als auch in innovative Versorgungsformen ermöglichen und damit die Behandlungsqualität optimieren.

#### Welcher medizinische Erfolg wird erwartet?

Die Versorgungsziele des Vertrages sind:

- durch einen strukturierten und kontinuierlichen Behandlungsverlauf die Qualität der Langzeitversorgung der Patienten mit einer psychischen Störung zu sichern und zu verbessern,
- durch Information und Motivation des Patienten zur aktiven Teilnahme am integrierten Behandlungsprogramm den Erkrankungsverlauf günstig zu beeinflussen und die Therapieziele zu erreichen,
- durch eine individuelle, bedürfnisnahe Betreuung die Kooperation mit dem Patienten und seinen Angehörigen zu verbessern und so die Lebensqualität zu verbessern,
- durch eine individuell abgestimmte und leitlinienorientierte Pharmakotherapie Fehlmedikationen zu vermeiden,
- die individuellen, familiären und sozialen Ressourcen des Patienten frühzeitig wahrzunehmen, zu nutzen und zu fördern.

Dieser Vertrag besteht zunächst aus drei Behandlungsbausteinen (Modul 1): Stationäre Behandlung, teilstationäre Behandlung in der Tagesklinik und ambulante Behandlung durch die Psychiatrische Institutsambulanz. Abhängig vom Verlauf des Vertrages wollen die Vertragsparteien zu einem späteren Zeitpunkt über eine Ergänzung um zwei weitere Module beraten (Modul 2 = Sozio- und Ergotherapie, ambulante psychiatrische Behandlungspflege; Modul 3 = Niedergelassene Haus- und Fachärzte, Psychotherapeuten, Medizinische Versorgungszentren, Heil- und Hilfsmittel).

#### Zahl der Akteure, beteiligte Berufsgruppen und ärztliche Disziplinen:

Es besteht für die DAK durch ihr Versorgungsmanagement die Möglichkeit, nach Absprache mit dem niedergelassenen Psychiater und dem ZfP Patienten der Integrierten Versorgung zuzuführen.

#### Vernetzung und regionale Verankerung:

Einzugsgebiet des ZfP Südwürttemberg

**Benötigte sächliche Infrastruktur:**

Kapazitäten des ZfP Südwürttemberg

**Benötigte personelle Infrastruktur:**

Die gesamte Krankenhausstruktur des ZfP Südwürttemberg

**Finanzierung:**

Jahrespauschale pro Patient, die alle stationären, teilstationären und ambulanten Leistungen abdeckt

**Erfolgsfaktoren aus Sicht des Projekts:**

Es ergibt sich eine deutliche und messbare Verschiebung der Behandlung vom vollstationären in den tagesklinischen und ambulanten Bereich (psychiatrische Institutsambulanzen der Krankenhäuser) bei gleich bleibender oder besserer Qualität der Versorgung.

**Wer unterstützt das Projekt?**

DAK Unternehmen Leben, ZfP Südwürttemberg,  
niedergelassene Fachärzte und Psychotherapeuten

**Kontaktadresse (Ansprechpartner):**

Geschäftsführer des ZfP Südwürttemberg  
Wolfgang Rieger  
Pfarrer-Leube-Strasse 29  
88427 Bad Schussenried  
[wolfgang.rieger@zfp-zentrum.de](mailto:wolfgang.rieger@zfp-zentrum.de)

**Hinweise auf Informationsmaterial:**

[www.zfp-web.de](http://www.zfp-web.de)

## **Psychische Erkrankungen**

### **Aufklärung und regionale verbesserte Versorgung depressiv erkrankter Menschen - Freiburger Bündnis gegen Depression e.V**

#### **Träger des Projektes:**

Freiburger Bündnis gegen Depression e.V. - gemeinnützig eingetragener Verein

#### **Projektbeschreibung:**

Das Freiburger Bündnis gegen Depression e.V. ist ein unabhängiger, gemeinnütziger Verein. Ziel ist die Aufklärung der Öffentlichkeit über die Volkskrankheit Depression. Unter anderem soll dies in Schulen, Betrieben, Institutionen und weiteren Einrichtungen über eine Hotline, Kinospots, Vortragsveranstaltungen und Podiumsdiskussionen erfolgen. In Anlehnung an das Deutsche Bündnis gegen Depression e.V. werden in regional eigenständiger Regie die Ziele verfolgt, das Wissen über die Krankheit in der Bevölkerung zu erweitern, Stigmatisierung abzubauen, die Bereitschaft zur Inanspruchnahme professioneller Hilfe zu erhöhen und dadurch Suiziden vorzubeugen. Desweiteren qualifiziert das Freiburger Bündnis gegen Depression e.V. Menschen aus medizinischen und sozialen Berufen, insbesondere auch Lehr- und Führungskräfte adäquat mit dem Thema Depression umzugehen.

Die bundesweite Initiative zur Verbesserung der Erkennung und Versorgung depressiv erkrankter Menschen ist im Rahmen des Großforschungsprojektes „Kompetenznetz Depression, Suizidalität“ mit der Unterstützung des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) entstanden. Seit 2001 wurden bisher in Deutschland in ca. 70 Regionen/Städten Bündnisse gegen Depression gegründet. Seit April 2010 besteht das Bündnis in Freiburg.

#### **Welcher medizinische Erfolg wird erwartet?**

Bis 2013 möchte das Freiburger Bündnis gegen Depression positive Effekte auf die Versorgung von Menschen mit Depression, insbesondere einen früherer Behandlungsbeginn und eine höhere Rate adäquat behandelter Menschen im Großraum Freiburg erreichen und den Wissenstand der Bevölkerung zum Thema Depression entscheidend verbessern.

#### **Zahl der Akteure, beteiligte Berufsgruppen und ärztliche Disziplinen:**

Das Freiburger Bündnis gegen Depression e.V. steht unter der Schirmherrschaft von Oberbürgermeister der Stadt Freiburg, Herrn Dr. Dieter Salomon. Aktiv beteiligt sind neben der Stadt Freiburg auch die Universität Freiburg, die Badische Zeitung, die Bezirksärztekammer Südbaden, der Landesverband der Vertragspsychotherapeuten e.V. Freiburg, der Freiburger Gesellschaft für Verhaltenstherapie und Gesundheitsförderung e.V., der Landesapothekerverband, Krankenkassen, Kirchen sowie Kliniken, Hausärzte, Fachärzte, Psychotherapeuten, Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen, Betroffene und Angehörige.

#### **Vernetzung und Regionale Verankerung:**

siehe Akteure

#### **Benötigte sächliche Infrastruktur:**

keine

**Benötigte personelle Infrastruktur:**

Koordinierungsstelle

**Finanzierung:**

Seit Januar 2011 ist eine 40%-Koordinationsstelle über den Verein durch Sponsoringelder und Spenden eingerichtet worden.

**Evaluation:**

Die Effekte des Projektes werden im Rahmen einer Begleitevaluation untersucht. Hierzu wird ein Prä-Post-Design mit Vergleichsgruppe verwendet.

**Erfolgsfaktoren aus Sicht des Projekts:**

Das Pilotprojekt in Nürnberg wurde von 2000-2001 evaluiert. Neben einer verstärkten Wahrnehmung der Thematik in der Öffentlichkeit konnten die suizidalen Handlungen in Nürnberg um ca. 24 % gesenkt werden.

**Wer unterstützt das Projekt?**

Hausärzte, Fachärzte, Psychotherapeuten, Beratungsstellen, die Stadt Freiburg, regionale Kliniken, Kirchen

**Kontaktadresse (Ansprechpartner):**

Freiburger Bündnis gegen Depression e.V. (eingetragener gemeinnütziger Verein)

Hauptstr. 5, 79104 Freiburg

Vorstand: Prof. Dr. Mathias Berger, Prof. Dr. Gunther Haag

Schirmherr: Oberbürgermeister Dieter Salomon

Koordinatorin: Stefanie Hirth

Tel.: 01803-076103 (9 Ct. aus dem deutschen Festnetz)

Sprechzeiten: donnerstags 12:30 - 14:00 Uhr

Email: [info@freiburger-buendnis-gegen-depression.de](mailto:info@freiburger-buendnis-gegen-depression.de)

**Hinweise auf Informationsmaterial:**

Homepage: <http://www.freiburger-buendnis-gegen-depression.de/>



## **Versorgung chronisch Kranker (Regionalversorgung)**

### **Projekt Gesundes Kinzigtal**

#### **Träger des Projektes:**

Gesundes Kinzigtal GmbH mit Anschubfinanzierung der AOK Baden-Württemberg. Vertrag zur integrierter Versorgung nach lt. Grundlage § 140a SGB V

#### **Projektbeschreibung:**

Das Projekt umfasst eine Vielzahl von indikations- und präventionsbezogenen Versorgungs- und Gesundheitsprogrammen. Es geht um gesundes Leben im umfassenden Sinn (einschließlich Gesundheitsförderung und Prävention) und um eine langfristige Verbesserung der Versorgung.

Erprobung einer populationsbezogenen, integrierten Gesundheitsversorgung mit Ausrichtung auf den Gesundheitsnutzen und einer Senkung der Krankheitskosten bezogen auf eine gesamte Bevölkerungsgruppe (32.000 AOK- und LKK-Versicherte) in einem relativ geschlossenen Sozialraum (Kinzigtal mit ca. 60.000 Einwohnern). Die Region ist definiert über die Postleitzahlen im Kinzigtal.

#### **Welcher medizinische Erfolg wird erwartet?**

Medizinischer Erfolg ist die Verbesserung und Sicherung der Versorgung und fördern des Gesundheitsnutzen für die Bevölkerung. Der unternehmerische Langzeitbenefit (Synergien sowohl gesundheitlich wie auch betriebswirtschaftlich aus dem Gesamtkonzept) ergibt sich aus der Senkung der Gesundheitsausgabenseite.

#### **Zahl der Akteure, beteiligte Berufsgruppen und ärztliche Disziplinen:**

Alle Disziplinen und Berufsgruppen, der an der Gesundheitsversorgung beteiligten Organisationen. (79 Leistungspartner, 48 Kooperationspartner, über 7500 eingeschriebene Versicherte von AOK und LKK).

#### **Vernetzung und Regionale Verankerung:**

Sozialraum Kinzigtal – Rundumversorgung über Sektorengrenzen hinweg, kommunale Vernetzung im Unterausschuss „Weiterentwicklung ländlicher Raum – Ortenaukreis“ im Fachgebiet Gesundheit. Enge Zusammenarbeit mit den Kommunen zur Versorgungssicherheit der Bevölkerung im Tal.

#### **Benötigte sächliche Infrastruktur:**

Geschäftsstelle – Managementgesellschaft, verschiedene Professionen, die sich mit dem Thema „Gesundheit und Versorgung“ auseinandersetzen.

#### **Benötigte personelle Infrastruktur:**

Derzeit 15 Mitarbeiter

#### **Finanzierung:**

IV-Verträge (AOK und LKK bis 2015) und Einsparcontracting (Rückflüsse) auf die erwarteten Einsparungen.

**Evaluation:**

Wissenschaftliche Begleitung des Projektes durch die Abteilung für medizinische Soziologie der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, aktuelle Ergebnisse werden vierteljährlich veröffentlicht (unter [www.ekiv.de](http://www.ekiv.de)).

Evaluation aus verschiedenen Blickwinkeln, koordiniert über die EKIV.

Ergebnisevaluation zu den Themen Über-, Unter-, Fehlversorgung (Universität Köln), Shared Decision Making (Universität Freiburg), Leistungspartnerbefragungen (COPE Denzlingen), Basisevaluationen sowie Outcome-Überprüfungen.

**Erfolgsfaktoren aus Sicht des Projekts:**

Die Mitglieder erhalten deutlichen Gesundheitsnutzen. Erste Evaluationsergebnisse zeigen bspw. deutlich niedrigere Medikamentengabe bei besserem Allgemeinzustand. Geringerer Einsatz von Antidementiva, längere Überlebensraten in indikationsbezogenen Projekten, weniger Krankenhauseinweisungen aufgrund akuter Situationen.

**Wer unterstützt das Projekt?**

Medizinisches Qualitätsnetz – Ärzteinitiative Kinzigtal e.V., Optimedis AG (Management), Kliniken und andere Leistungserbringer.

**Kontaktadresse (Ansprechpartner):**

Dr. Monika Roth  
Gesundes Kinzigtal GmbH  
Strickerweg 3d  
77716 Haslach  
Tel.: 07832 /974 89 15  
[m.roth@gesundes-kinzigtal.de](mailto:m.roth@gesundes-kinzigtal.de)

**Hinweise auf Informationsmaterial:**

[www.gesundes-kinzigtal.de](http://www.gesundes-kinzigtal.de)

### **Gesundheitsforum Baden-Württemberg**

Das Gesundheitsforum Baden-Württemberg wurde auf Initiative der Landesregierung im Jahr 2000 ins Leben gerufen. Anlass für die Gründung war die Studie der Unternehmensberatung Roland Berger und Partner „Zukunftsinvestitionen in Baden-Württemberg“, die darlegte, dass Netzwerke von Akteuren, etwa im Gesundheitswesen, wirtschaftliches Wachstum und Synergiepotenziale freisetzen können.

Um den Netzwerkgedanken im Gesundheitswesen zu befördern und Effizienz und Qualität zu steigern, kooperieren im Gesundheitsforum Vertreter unterschiedlicher Gesundheitsbereiche u.a. der Gesundheits- und Heilberufe, Krankenkassen, Hochschulen und Forschungseinrichtungen sowie Unternehmen aus dem Gesundheitsbereich. 2009 wurden die kommunalen Landesverbände, die IHK, die Arbeitgeberverbände und die Gewerkschaften, der Landessportverband und Patientenvertreter in das Gesundheitsforum aufgenommen. Im themenbezogenen Arbeits- und Projektgruppen engagieren sich darüber hinaus weitere Institutionen und Verbände.

### **Ziele des Gesundheitsforums**

Unser Ziel in Baden-Württemberg ist es, die Potentiale von Gesundheitswesen und Gesundheitswirtschaft weiter zu stärken. Hierfür arbeitet das Gesundheitsforum Baden-Württemberg im Sinne eines Impulsgebers für Innovation und Fortschritt. Ziele des Gesundheitsforums Baden-Württemberg im Einzelnen sind:

- Netzwerkgedanken im Gesundheitswesen fördern.
- Übergreifende Kooperationen ermöglichen.
- Innovative Impulse für das Gesundheitswesen geben.
- Gesundheitssystem und Gesundheitswirtschaft
- nachhaltig stärken.

Diese Stärken können im Verbund der Akteure und Ministerien zur weiteren Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung bestmöglich genutzt werden. Die Zukunftsthemen einer patientenorientierten, sektoren- und berufsgruppen übergreifenden Gesundheitsversorgung stehen dabei im Mittelpunkt.

### **Arbeitsweise**

Die Mitglieder des Gesundheitsforums treffen sich in der Regel einmal jährlich im Plenum zum Gedankenaustausch. Im Rahmen des Strategietreffens kommt – ebenfalls einmal jährlich – rund ein Drittel der Mitglieder des Gesundheitsforums zusammen, um neue Arbeitsschwerpunkte zu diskutieren und festzulegen, die Arbeitsgruppenarbeit fördernd zu begleiten und die Plenumssitzung im Herbst vorzubereiten.

Verschiedene Arbeitsgruppen wollen mit projektbezogener Arbeit wichtige Impulse insbesondere in folgenden Bereichen setzen:

- Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgungsstrukturen (Qualitätssicherung, Informationstechnologie und regionale Versorgung)
- Forschung und Technologietransfer (Gesundheitsregionen und Versorgungsforschung)
- Förderung der Gesundheitswirtschaft (Außenwirtschaft und Gesundheitscluster)
- Gesundheitsstrategie Baden-Württemberg.

Weitere Informationen, z.B. zu den Mitgliedern oder zu den weiteren Arbeitsgruppen des Gesundheitsforums, finden Sie unter [www.gesundheitsforum-bw.de](http://www.gesundheitsforum-bw.de)

