im dialog

Magazin für Ärzte und Netze im GNS

Moderne Mitarbeiter-bindung

Bericht vom Landeskongress Gesundheit

GNS bei der "grünen Woche" in Berlin

Liebe Mitglieder, liebe Leser,

die Vielfalt der ärztlichen Praxen ist bemerkenswert. Von der Einzelpraxis mit einer bis zwei Mitarbeiterinnen bis hin zum MVZ mit über 600 Mitarbeitern finden sich verschiedenste Formen und Größenordnungen. Von den unterschiedlichen Fachrichtungen mit mehr oder weniger ausgeprägtem Einsatz von Medizintechnik ganz zu schweigen. Insofern bin ich immer wieder sehr erstaunt, wenn ich in Artikeln zum Personalmanagement in Arztpraxen solche Sätze lese: „Leider kommt der Themenkomplex Personalmanagement in der Arztpraxis viel zu kurz." Eine derartige Feststellung verbietet sich einerseits aufgrund der mit der Unterschiedlichkeit der Praxen einhergehenden Bedarfe des Personalmanagements und andererseits scheint es mir nicht gerade sehr ausdifferenziert, branchenweite Pauschalierungen zu wagen. Während in der Einzelpraxis die dauernde Nähe zwischen Ärzten und Mitarbeitern vorherrscht und dadurch ganz sicher schriftlich niedergelegte Führungsgrundsätze unnötig sind, kann ein solches werteorientiertes Papier in einer Großpraxis, wie z.B. einem Labor, mit einer Vielzahl von Bereichen und mehreren Führungsebenen sinnvoll und praktikabel sein.

Wir befassen uns in dieser Ausgabe u.a. mit Verfahren und Instrumenten der Mitarbeiterbindung. Dieses Thema ist heiß – und zwar für alle Arztpraxen. Löst es bei einer Einzelpraxis eine mittlere Katastrophe aus, wenn eine bis zwei Mitarbeiterinnen beinahe zeitgleich die Praxis verlassen, ist es bei einer größeren Einheit zumindest ein erheblicher vermeidbarer Kostenfaktor, der mit Personalsuche, Einarbeitung und Personalentwicklung einhergeht. Die Zahl angestellter Ärztinnen und Ärzte steigt seit Jahren an. Die Suche nach einer angestellten Kollegin erweist sich als aufwendig. Der Verlust derselben wirkt umso herber, je mehr sich die Patienten an das Gesicht gewöhnt und Vertrauen gefasst haben. Wir beobachten, dass mit der Zahl der nicht selbständigen Ärzte und Ärztinnen der Anspruch an die Führung und das Personalmanagement der Institute wächst. Gibt es Mitarbeiterbindungsinstrumente, die unabhängig von der Praxisgröße, dem Status der Angestellten und ihrem Ausbildungsstand etabliert werden können und die funktionieren? Die Antwort ist eindeutig: Ja! Aufgrund ihrer besonderen Bedeutung widmen wir hier der betrieblichen Altersversorgung besondere Aufmerksamkeit. Unsere Newsletter, die wir per E-Mail versenden, werden sich im gesamten April mit weiteren Themen zur Mitarbeiterbindung befassen. Nach dieser geballten Ladung Information laden wir Sie zur Diskussion des Themas Mitarbeiterbindung am 10. Mai 2017 im Rahmen einer gemeinsamen Veranstaltung ein.

Herzlichst
Ihr **Wolfgang Bachmann**
Geschäftsführender Vorstand GNS eG

Inhalt

Titelthema
Seite 3: Moderne Mitarbeiterbindung

Laborecke
Seite 15: Das Hantavirus – eine Zoonose mit wechselnder Inzidenz

Redaktioneller Beitrag/GNS aktuell
Seite 6: Innovationsfonds startet
Seite 8: GNS auf der "grünen Woche"
Seite 10: Landeskongress Gesundheit
Seite 16: Innovative Stressmedizin
Seite 18: GNS und G'sundregion beim Ideenwettbewerb „Innovative Versorgungsmodelle"
Seite 20: Terminkalender

Moderne Mitarbeiterbindung

Mehrwert für Ihre Mitarbeiter

Philipp Wolframsdorf

Die betriebliche Altersversorgung kann auf eine lange Tradition zurückblicken. Noch bevor Otto von Bismarck die gesetzliche Sozialversicherung implementierte, haben zahlreiche Unternehmen bereits Mitte des 19. Jahrhunderts betriebliche Altersversorgungslösungen für Ihre Mitarbeiter zur Verfügung gestellt.
In der damaligen Zeit war hauptsächlich die Großfamilie die Absicherung der Menschen bei Alter, Invalidität oder Todesfall. Im Zuge der Industrialisierung wurden die Großfamilien immer mehr auseinander gerissen und folglich waren die Menschen immer öfter auf sich alleine gestellt. Dafür fanden die großen Betriebe Lösungen über eine betriebliche Altersversorgung, wie zum Beispiel Krupp, Henschel, Siemens oder auch BASF.

Mittlerweile ist die betriebliche Altersversorgung ein nicht mehr wegzudenkender Baustein in unserem Alterssicherungssystem, welches aus dem sogenannten Drei Schichten Modell besteht.

1. Schicht: Basisversorgung
(gesetzliche Rentenversicherung, Versorgungswerke, Basisrente)
2. Schicht: Zusatzversorgung
(betriebliche Altersversorgung, Riesterrente)
3. Schicht: Private Versorgung
(private Lebens- und Rentenversicherungen, Investmentfonds etc.)

Die betriebliche Altersversorgung basierte seit je her auf einem Freiwilligkeitsprinzip.
Für die biometrischen Risiken Alter, Invalidität und Tod wurden hauptsächlich arbeitgeberfinanzierte Beiträge aufgewendet.
Erst seit Beginn der 1990er Jahre kamen zunehmend auch arbeitnehmerfinanzierte Varianten zum Tragen. Bis in die 1980er Jahre war die betriebliche Altersversorgung hauptsächlich eine vom Arbeitgeber getragene Leistung.

Warum ist die betriebliche Altersversorgung aktueller und bedeutender als jemals zuvor?

Mit Inkrafttreten des Altersvermögensgesetzes (AVmG) zum 01.01.2002 hat der Gesetzgeber das Ziel verfolgt, „die Rentenversicherung auch langfristig für die jüngere Generation bezahlbar zu erhalten und ihr im Alter einen angemessenen Lebensstandard zu sichern“ (Bundestagsdrucksache 14/4595).
Dabei wurde der Beitragssatz in seiner maximalen Höhe (22%) begrenzt und damit verbunden wurde das Rentenniveau abgesenkt.
Um den Standort Deutschland nicht nachhaltig zu schwächen hat man davon abgesehen, die Beitragssätze weiter zu erhöhen.
Aufgrund der immer mehr zum Vorschein tretenden Probleme bei der demographischen Entwicklung, sah sich der Gesetzgeber gezwungen, entsprechende Modifikationen vorzunehmen.
Die durch das Absinken des Rentenniveaus immer größer werdende Versorgungslücke soll u.a. durch eine Zusatzversorgung kompensiert werden. Das bietet Ihnen als Arbeitgeber eine Chance durch eine professionelle Zusatzversorgung für Ihre Mitarbeiter im Wettbewerb um Fachkräfte gut aufgestellt zu sein.

Laut der Deutschen Rentenversicherung liegt die Standardrente am 01.01.2016 in den alten Bundesländern bei 1.314,45 €. Hier gilt es allerdings zu beachten, dass die Standardrente die monatliche Regelaltersrente eines Versicherten in der allgemeinen Rentenversicherung der 45 Jahre (!) lang stets ein Entgelt in Höhe des Durchschnittsentgelts aller Versicherten bezogen hat. Das erfüllen jedoch die wenigsten.
Die Realität sieht oftmals anders aus.
Immer häufiger finden wir gebrochene Erwerbsbiographien, Teilzeitbeschäftigungen, durch die Deregulierung der Arbeitsmärkte befristete Beschäftigungsverhältnisse und auch immer mehr Minijob Anstellungen.
Folglich erhalten Männer in den alten Bundesländern eine durchschnittliche Altersrente von ca. 900 €. Bei Frauen liegt der Wert bei ca. 490 €. Dabei handelt es sich wohl gemerkt um die Brutto Renten von welchen ggf. noch Steuern und Krankenversicherungsbeiträge gezahlt werden müssen.
Aus diesem Grund ist es so wichtig wie nie zuvor ein zweites Standbein über eine Zusatzversorgung für die Mitarbeiter zu generieren. Insbesondere die betriebliche Altersversorgung bietet durch die staatliche Förderung im Steuer- und Sozialversicherungsbereich die Möglichkeit, eine zusätzliche Versorgung aufzubauen und gleichzeitig Ihnen, als Arbeitgeber, die Attraktivität Ihres Unternehmens durch zusätzliche soziale Leistungen zu steigern. Gleichzeitig können Sie die sozialen Aufwendungen auch noch betriebsausgabenwirksam einsetzen.

Welche Punkte sollten bei der Implementierung einer betrieblichen Altersversorgung besonders beachtet werden?

In der betrieblichen Altersversorgung geht es nicht nur um das Vertragsverhältnis zwischen dem Versicherungsnehmer (Arbeitgeber) und einem Produktgeber (Versicherer). Grundlage ist vielmehr ein Vertrag zwischen Ihnen als Arbeitgeber und Ihren einzelnen Arbeitnehmern, über eine bestimmte Versorgungsleistung. Diese Zusage begründet ein sogenanntes Valutaverhältnis in dessen Rahmen Sie sich als Arbeitgeber verpflichten, Ihrem Arbeitnehmer im Leistungsfall eine bestimmte Leistung zu erbringen.
Nun ist es so, dass viele arbeitsrechtliche Regelungen durch das Betriebsrentengesetz automatisch zum Tragen kommen, völlig unabhängig davon, was in den einzelnen Versicherungsverträgen vereinbart wurde. Nicht immer deckt der Versicherungsvertrag ab, was Sie auf arbeitsrechtlicher Ebene (dem sogenannten Valutaverhältnis) vereinbart haben.
Ganz einfach ausgedrückt:
Verletzten Sie als Arbeitgeber z.B. gewisse versicherungsvertragliche Verpflichtungen und der Versicherer ist folglich laut Versicherungsvertragsgesetz von der Leistung befreit, so bleibt das arbeitsrechtliche Grundverhältnis selbstverständlich bestehen und verpflichtet Sie nach wie vor zur Leistung gegenüber Ihrem Arbeitnehmer.
Aktuell sind immer mehr Anbieter am Markt, welche für eine beitragsorientierte Leistungszusage nicht mal mehr die Summe der eingezahlten Bruttobeiträge in den Versicherungsverträgen zum Ende der Laufzeit garantieren, wodurch Sie als Arbeitgeber ggf. in eine Nachhaftung kommen könnten.
Die beschriebenen Vorgänge können durch eine qualifizierte Beratung vermieden werden um aus der betrieblichen Altersversorgung ausschließlich einen Mehrwert für Sie als Arbeitgeber darzustellen.

Begriff der betrieblichen Altersversorgung:

Die Definition der betrieblichen Altersversorgung findet man im Betriebsrentengesetz.
Diese liegt vor, wenn einem Arbeitnehmer aus Anlass seines Arbeitsverhältnisses Leistungen der Alters-, Invaliditäts-, oder Hinterbliebenenversorgung zugesagt werden.
Die Zusage auf betriebliche Altersversorgung muss dem Arbeitnehmer aus Anlass seines Arbeitsverhältnisses erteilt werden. Würden zum Beispiel Sie als Arbeitgeber einer Ihnen nahe stehenden Person eine Zusage auf betriebliche Altersversorgung erteilen, obwohl diese gar nicht bei Ihnen im Unternehmen ein Anstellungsverhältnis hat, so würde keine betriebliche Altersversorgung vorliegen.

Leistungen der betrieblichen Altersversorgung wurden traditionell regelmäßig durch die Arbeitgeber getragen. Seit Beginn der 1990er Jahre hat sich zunehmend auch die wirtschaftlich durch den Arbeitnehmer getragene Finanzierung etabliert. Es finden sich also immer mehr sogenannte Mischfinanzierte Modelle am Markt.
Mit dem Inkrafttreten des Altersvermögensgesetzes im Jahre 2002, regelte der Gesetzgeber sogar einen Rechtsanspruch auf Entgeltumwandlung nach § 1a des Betriebsrentengesetzes (BetrAVG). Jeder rentenversicherungspflichtige Arbeitnehmer hat gegenüber seinem Arbeitgeber in Deutschland einen rechtlichen Anspruch, bis zu 4% der jeweils aktuell gültigen Beitragsbemessungsgrenze (West) als Entgeltumwandlung vorzunehmen.
Insofern ist jeder Arbeitgeber gut beraten ein fertiges Altersversorgungsmodell vorhalten zu können, welches optimal gestaltet ist und keine Lücken zwischen arbeitsrechtlicher Zusage und dem dazugehörigen Versicherungsvertrag offen lässt.
Insgesamt kann der Arbeitnehmer aktuell 254 € pro Monat Steuer- und Sozialversicherungsfrei z. B. in einen Direktversicherungsvertrag einbezahlen.
Der Anreiz für die Arbeitnehmer, solche Vereinbarungen zu treffen, liegt insbesondere in der steuerlichen und sozialversicherungsrechtlichen Förderung der betrieblichen Altersversorgung. Die Besteuerung der Leistungen

Ihre Vorteile mit bAV:

- Imageverbesserung
- Effektive Mitarbeitermotivation
- Bindung der Arbeitnehmer
- Mittel zur Gewinnung qualifizierter Arbeitnehmer
- Beweis von sozialer Verantwortung für Mitarbeiter
- Einsparung von Fluktuations- und Personalakquisekosten
- Steuer- und Sozialversicherungserspanisse – weniger Lohnnebenkosten
- Sicherheit im Insolvenzfall des Arbeitgebers
- geringer Verwaltungsaufwand – der Versorgungsträger bzw. Versicherer entlastet Sie weitestgehend bei der Durchführung der bAV
- Risikoentlastung – das Versorgungsrisiko wird auf den Versicherer verlagert
- Bei Ausscheiden des Arbeitsnehmers kann der Vertrag mitgenommen werden
- Sicherheit bei Arbeitslosigkeit – grundsätzlich keine Anrechnung auf ALG II und Harzt IV
- Hohe Rentabilität - Anreiz für zusätzliche Eigeninitiative der Mitarbeiter durch Sonderkonditionen

erfolgt erst in der Rentenbezugsphase, mit den in der Regel dann deutlich günstigeren Steuersätzen.

Nutzen Sie die betriebliche Altersversorgung als Instrument im Wettbewerb um gute Fachkräfte

Der bereits angesprochene demographische Wandel macht sich auch zunehmend am Arbeitsmarkt bemerkbar. Laut einem Artikel in der Zeit (Februar 2015) macht sich der Fachkräftemangel auch immer mehr im Gesundheitswesen bemerkbar. Noch in den 1990er Jahren mussten viele Krankenhäuser nur eine Stellenanzeige in der Zeitung schalten und schon standen die Bewerber Schlange. Die Entwicklung geht immer mehr dahin, dass die Krankenhäuser um qualifiziertes Personal im Wettbewerb stehen. Nach Informationen der Deutschen Arbeitgeberverbände werden 2030 über alle Branchen hinweg mehr als 5 Millionen Arbeitskräfte fehlen.
Durch die betriebliche Altersversorgung haben Sie die Chance sich als attraktiver Arbeitgeber zu positionieren und sich einen Wettbewerbsvorteil zu verschaffen.
Dabei geht es nicht nur darum neue Fachkräfte zu gewinnen, sondern v.a. auch bestehende Leistungsträger davon abzuhalten zur Konkurrenz zu wechseln, wo vielleicht neben einem attraktiven Gehalt eine Zusatzversorgung mit angeboten wird.

Durch die betriebliche Altersversorgung können Fluktuationskosten gesenkt werden

Mit der betrieblichen Altersversorgung kann es gelingen die Fluktuation eines Unternehmens zu senken. So können die Kosten des Unternehmens für die bAV durch eingesparte Fluktuationskosten sogar überkompensiert werden.

Möglichkeit eines Erfolgsbeteiligungssystems mit der betrieblichen Altersversorgung

Eine Möglichkeit wäre, dass das Unternehmen für jeden Arbeitnehmer einen moderaten laufenden Basisbeitrag (z.B. in Höhe von 500€ jährlich) und als arbeitgeberfinanzierte Direktversicherung einrichtet. Der Basisbeitrag wird jährlich in Abhängigkeit von der Entwicklung der jeweils gesteckten Ziele durch eine Sonderzahlung aufgestockt. Verläuft die Entwicklung der gesteckten Ziele negativ, entfällt die Sonderzahlung.
Eine weitere Möglichkeit wäre ein sogenanntes Ticketmodell. Zahlt der Arbeitnehmer Teile seines Gehaltes in eine betriebliche Altersversorgung (zum Beispiel 100 € von seinem Bruttogehalt), so bekommt er einen arbeitgeberfinanzierten zusätzlichen Teil (zum Beispiel 60 €). Dabei können Sie als Arbeitgeber einen Teil des freiwilligen Arbeitgeberbeitrages über die eingesparten Lohnnebenkosten bei der Entgeltumwandlung gleichzeitig refinanzieren. Nach unserer Praxiserfahrung hat das zuletzt genannte Ticketmodell für die höchste Durchdringung und größte Akzeptanz innerhalb der Belegschaften gesorgt.

Durchführung Ihres Modells zur betrieblichen Altersversorgung

Grundsätzlich gibt es in der betrieblichen Altersversorgung verschiedene Durchführungswege. Zum Beispiel die Direktversicherung.
Hierbei schließt der Arbeitgeber einen Versicherungsvertrag für den Arbeitnehmer ab.
Im Rahmen der Entgeltumwandlung (dabei wandelt der Arbeitnehmer Teile seines Gehaltes in eine bAV um) ist der Arbeitnehmer die versicherte Person mit einem unwiderruflichen Bezugsrecht, der bei Eintritt des Versorgungsfalls einen Rechtsanspruch auf die Leistungen hat. Auch bei einer arbeitgeberfinanzierten Direktversicherung ist der Arbeitnehmer die versicherte Person, jedoch mit einem unwiderruflichen Bezugsrecht unter Vorbehalt (gesetzliche Unverfallbarkeit).

Diese Konstellation ist besonders attraktiv, da Sie als Arbeitgeber die Möglichkeit haben, in Verbindung mit der Direktversicherung, eine beitragsorientierte Leistungszusage zu erteilen und folglich den Anspruch, den der Arbeitnehmer gegen Sie hat, auf den Wert des Versicherungsvertrages zum Zeitpunkt des Ausscheidens begrenzen können und sich somit faktisch enthaften.

Auch kann der Versicherungsvertrag so gestaltet werden, dass Sie in der Rentenbezugsphase die monatliche Rente nicht regelmäßig anpassen müssen.

Insgesamt gesehen bietet z. B. die Direktversicherung zahlreiche Vorteile für den Arbeitgeber:

- Rechtsanspruch auf Entgeltumwandlung wird erfüllt
- sehr verwaltungsarm
- keine zusätzlichen Kosten
- sicherer Durchführungsweg
- verwaltungs- und haftungsarme Regelung bei der Übertragung nach Ausscheiden eines Mitarbeiters
- mit der Einsparung der Lohnnebenkosten können Teile des Arbeitgeberzuschusses refinanziert werden

und gleichzeitig auch für den Arbeitnehmer:

- Steuerfreie Beiträge: bis max. 4% der aktuellen BBG (2017: 3.048€)
- Sozialversicherungsfreie Beiträge: ebenfalls bis 4% max. der aktuellen BBG
- Nachgelagerte Besteuerung mit den dann i.d.R. deutlich geringeren Steuersätzen

- Anspruch auf Übertragung des angesparten Kapitals bei Arbeitgeberwechsel
- Möglichkeit einer privaten Fortführung des Vertrages
- Vom ersten Tag sind die Ansprüche unverfallbar und insolvenzsicher
- flexibler Leistungsbeginn
- Wahlmöglichkeit zwischen lebenslangen Rentenzahlungen oder einer Kapitalleistung

Wenn Sie die beschriebenen Vorteile für sich und Ihre Mitarbeiter nutzen möchten, unterstützen Sie die Mitarbeiter der Ärzte Service GmbH gerne in allen Belangen bei der Umsetzung.

Durch eine qualitative Beratung und Einrichtung der bAV, sowie deren Begleitung während der Laufzeit, tragen wir zum einen Sorge für Ihre gesetzlichen Informations- und Sorgfaltspflichten und schließen zum anderen sämtliche Haftungsrisiken von vorne herein aus. So kann die bAV für Sie und ihre Mitarbeiter (wieder) zum eigentlichen Zweck in den Vordergrund rücken:
Nämlich einem positiven Instrument zur Mitarbeiterbindung und -gewinnung und dem daraus resultierenden Erfolg und Mehrwert Ihres Unternehmens. Ihre Mitarbeiter werden es Ihnen danken!

Autor:
Philipp Wolframsdorf
Stuttgarter-Vorsorge-Management GmbH

-B.Sc.-(FH)
Spezialist bAV (DVA)
staatlich gepr. Berater bAV (DMA)

Innovationsfonds startet mit insgesamt 91 Projekten

Jörg Simpfendörfer

Bei einer gemeinsamen Veranstaltung am 23. Januar 2017 haben der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) und das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) den offiziellen Startschuss für den Ausbau der Versorgungsforschung im Gesundheitssystem (62 Projekte) und den Beginn der Arbeiten an der Entwicklung neuer Versorgungsformen (29 Projekte) verkündet.
In Summe stehen damit dem Innovationsfonds jährlich 300 Millionen Euro für die Jahre 2016 – 2019 zur Verfügung.
Davon fließen 75 Millionen Euro in die Förderung der Versorgungsforschung und weitere 225 Millionen Euro in die Förderung neuer Versorgungsformen.

In der ersten Beratungsphase des Innovationsauschusses haben insgesamt 91 Projekte einen Zuschlag erhalten
Die Förderung der Projekte ist dabei an anspruchsvolle Vorgaben seitens des G-Ba geknüpft:

Beispielsweise bezieht sich die Förderung neuer Versorgungsformen insbesondere auf Vorhaben, die auf eine Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung abzielen und ein hinreichendes Potential dafür aufweisen, auch langfristig in die Versorgung aufgenommen zu werden.

Das Umsetzungspotential bemisst sich einerseits nach dem Umfang der Realisierbarkeit, der zur Umsetzung in die Versorgung erforderlichen Maßnahmen und andererseits nach der Übertragbarkeit der im Projekt gewählten Rahmenbedingungen.

Annette Widmann-Mauz, Parlamentarische Staatssekretärin beim Bundesminister für Gesundheit, sprach bei der Veranstaltung zum Start der Projektarbeit davon, dass die geförderten Projekte Brücken bauen und neue Ideen und Perspektiven über die Grenzen unterschiedlicher Bereiche erschließen sollen. Professor Josef Hecken, unparteiischer Vorsitzender des G-BA sowie Vorsitzender des Innovationsausschusses, stellte heraus, dass sich der Erfolg des gesamten Projektes der Förderung von Innovationen im Gesundheitswesen erst dann zeigen werde, wenn zumindest einige der geförderten
Projekte den Sprung in die Regelversorgung schaffen. Mit den ersten diesbezüglichen Ergebnissen ist allerdings erst in zwei bis drei Jahren zu rechnen.

Zur Verdeutlichung der Vielzahl an geförderten Projekten, haben wir Ihnen diese blitzlichtartig dargestellt. Bei tiegergehenden Interesse folgen sie bitte den Links in den Bilderquellen.

Neue Versorgungsformen: 1-2 Bilderquelle: https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/media/47/Neue-Versorgungsformen_Uebersicht-gefoerderte-Projekte-2016.pdf
Versorgungsforschung 1-6 Bilderquelle: https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/media/50/Versorgungsforschung-Uebersicht-gefoerderte-Projekte-2016.pdf

Projekttitel	Themenfeld	Antragsteller	Konsortialpartner
Allgemein-, Fach- und Notfallversorgung im ländlichen Raum am Beispiel Dermatologie	TF 1: Ländliche Gebiete	Techniker Krankenkasse: Manon Justenat-Wied	Universitätsklinikum Greifswald, Institut für angewandte Versorgungsforschung GmbH, AOK Nordost, Techniker Krankenkasse
Entwicklung und spezifischer Aufbau eines sektorenübergreifenden Care-Centers zur Versorgungsoptimierung chronischer Herzerkrankungen in MV	TF 1: Ländliche Gebiete	Universitätsmedizin Rostock Versorgungsstrukturen GmbH: Prof. Dr. med. Christian Schmidt	
Strukturnigration im Mittelbereich Templin			

Projekttitel	Themenfeld	Antragsteller	Konsortialpartner
NetzWerk LebenPlus	TF 4: Ältere Menschen	Techniker Krankenkasse: Klaus Fupp	BARMER GEK, DAK-Gesundheit, DRV Knappschaft-Bahn-See, Albertinen-Krankenhaus, Cibek technology + trading GmbH, Universität Bielefeld, Universität Hamburg, Johanniter-Unfall-Hilfe e.V.
Prozessoptimierung durch interdisziplinäre, sektorenübergreifende Versorgung am Beispiel von Hüft- und Kniearthrosen	TF 4: Ältere Menschen	Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz: Prof. Dr. med. Annegret Kuhn	vUlpius Klinik GmbH, GPR Gesundheits- und Pflegecentrum Rüsselsheim gGmbH, MEDIAN Kliniken GmbH, ACURA KLINIKEN Holding GmbH, Ambulantes Rehabilitations- und Gesundheitszentrum Mainz-Mombach GmbH, Techniker Krankenkasse - Rheinland-Pfalz, Universität Mainz
Frühintervention zur Vorbereitung und Begleitung des Transitionsprozesses aus der Kinder- und Jugendmedizin in die Erwachsenenmedizin	TF 4: Kinder und Jugendliche	Techniker Krankenkasse: Klaus Fupp	Deutsches Rotes Kreuz Schwesternschaft Berlin Gemeinnützige Krankenhaus GmbH, BVKJ Service GmbH
Unterstützende Intensivprophylaxe für Kinder mit zahnärztlicher Sanierung unter Narkose	TF 4: Kinder und Jugendliche	Universitätsmedizin Greifswald: Prof. Dr. Christian H. Splieth	(keine)
Verbesserung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Arzneimitteln durch Erhöhung der Arzneimitteltherapiesicherheit	TF 4: Kinder und Jugendliche	Universitätsklinikum Erlangen: PD Dr. rer. nat. Dr. med. habil. Antje Neubert	Robert Bosch Gesellschaft für medizinische Forschung mbH, Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, Universitätsmedizin Mainz, Universitätsklinikum Würzburg, Universität Leipzig, Universitätsklinikum Leipzig, Universitätsklinikum Aachen, Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie - BIPS GmbH, Techniker Krankenkasse
Virtuelle Diabetesambulanz		Schleswig-Holstein UKSH	AOK Nordwest, Städtisches Krankenhaus Kiel GmbH, Universität Lübeck
Erweiterte koordinierte			GmbH, AOK Baden-Württemberg, vdek, IKK und SVLFG als

Projekttitel	Themenfeld	Antragsteller	Konsortialpartner
Untersuchungen zur Arzneimitteltherapiesicherheit in der Schwangerschaft basierend auf Routinedaten in Deutschland	TF 3: Qualitätssicherung und Patientensicherheit	Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie: Prof. Dr. Ulrike Haug	Wissenschaftliches Institut der Techniker Krankenkasse für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen (WINEG), Charité - Universitätsmedizin Berlin
Projekt zur Fortentwicklung von Fehlerberichts- und Lernsystemen (CIRS) für die ambulante Versorgung zu einem implementierungsreifen System	TF 3: Qualitätssicherung und Patientensicherheit	Universität Frankfurt: Prof. Dr. med. Ferdinand M. Gerlach, Martin Beyer	Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V., Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin, Wissenschaftliches Institut der Techniker Krankenkasse für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen (WINEG)
Angemessene und sichere Medikation für Heimbewohnerinnen mit Hilfe einer interprofessionellen Toolbox (AMFS-Toolbox)	TF 3: Qualitätssicherung und Patientensicherheit	Medizinische Hochschule Hannover: Prof. Dr. Nils Schneider, PD Dr. Ulrike Junius-Walker	Universität Witten/Herdecke, AQUA-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH, Universitätsklinikum Tübingen, Universitätsmedizin Rostock, Universität Tübingen
Komplexitätsreduktion in der Polypharmacie unter Beachtung von Patientenpräferenzen (POPP-S)	TF 3: Qualitätssicherung und Patientensicherheit	Universitätsklinikum Heidelberg: Prof. Dr. med. Walter E. Haefeli	Universität Witten/Herdecke, angewandte Qualitätsförderung und Forschung, Universitätsmedizin Rostock, AQUA-Institut für
IDOMENEO Studie – Ist die Versorgungsrealität in der Geriatrie leitlinien- und versorgungsgerecht?	TF 3: Qualitätssicherung und Patientensicherheit	Universitäres Herzzentrum Hamburg: Prof. Dr. med. Eike Sebastian	
Effektivität des IQM-Peer Review Verfahrens zur Verbesserung der Ergebnisqualität – eine pragmatische cluster-randomisierte kontrollierte Studie	TF 3: Qualitätssicherung und Patientensicherheit	Techniker	
Entwicklung und Erprobung eines komplexen interprofessionellen Trainingsprogramms zur Verbesserung der Patientensicherheit			
Optimierung der stationären psychischen Er			

Projekttitel	Themenfeld	Antragsteller	Konsortialpartner
Nutzung von Routinedaten zur Pharmakovigilanz in Deutschland: Methodenentwicklung und erste Anwendungen	TF 1: Qualitätssicherung und Patientensicherheit	Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie: Prof. Dr. Iris Pigeot-Kübler	Wissenschaftliches Institut der Techniker Krankenkasse für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen (WINEG), Universität Lübeck
Verbesserung der Notfallversorgung von Herzinfarktpatienten in Berlin und Brandenburg	TF 1: Qualitätssicherung und Patientensicherheit	Berliner Herzinfarktregister e.V. an der TU Berlin: Dr. Birga Maier	Rettungsdienst Oberhavel GmbH, Oberhavel Kliniken GmbH Hennigsdorf, Rettungsdienst Havelland GmbH, Havelland Kliniken GmbH Nauen, Berliner Feuerwehr, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Patientenbezogener Nutzen neuer Arzneimittel in der Onkologie	TF 1: Qualitätssicherung und Patientensicherheit	Deutsche Stiftung für Versorgungsforschung in der Onkologie: Prof. Dr. Reinhard Wittmann	Universitätsmedizin Göttingen, Universitätsklinikum Düsseldorf, Charité - Universitätsmedizin Berlin, Universität Lübeck, Arzneimittelinformationsdienst e.V. Berlin, Universität Bonn, Universitätsklinikum Nürnberg, Universitätsklinikum München, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hochschule Neubrandenburg, WINO GmbH Köln
Ergebnisqualität durch P Measures (PROMs) bei Klinischen Routine	TF 2: Messung von Lebensqualität	Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf: PD Dr. med. Gitta Thorvalla	(keine)
Eyetracking-basierte Patienten mit Locked		Universitätsklinikum Dresden: PD Dr. Dr.	Technische Universität Dresden, Interactive Minds Dresden GmbH, Hochschule Zwickau
Lebensqualität im D COPD			

Projekttitel	Themenfeld	Antragsteller	Konsortialpartner
Regionale Versorgung von Frauen über 49 Jahren durch Fachärzte und Fachärztinnen für Gynäkologie und für Allgemeinmedizin	TF 4: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit	Charité - Universitätsmedizin Berlin: Dr. med. Lorena Dini	Robert Koch-Institut
Entwicklung und Evaluation einer Selbsthilfe-App für traumatisierte syrische Flüchtlinge in Deutschland	TF 4: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit	Universität Leipzig: Prof. Dr. med. Steffi G. Riedel-Heller	Universität Leipzig, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Versorgung bzgl. kontroll-koloskopien in Dispensanten und Konzipierung	TF 4: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit	Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie: Prof. Dr. Ulrike Haug	Wissenschaftliches Institut der Techniker Krankenkasse für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen (WINEG), Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
		Dr. Nadine Scholten	Universitätsklinikum Köln, Universität Köln

Projekttitel	Themenfeld	Antragsteller	Konsortialpartner
Determinanten bei der Versorgung von Patienten mit Wirbelsäulenoperation	TF 6: Einsatz und Verknüpfung von Routinedaten	Technischen Universität Dresden: Prof. Dr. med. Jochen Schmitt	Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO), Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie, Technische Universität Dresden
Einfluss metabolischer Profile auf die Arzneimitteltherapiesicherheit in der Routineversorgung	TF 6: Einsatz und Verknüpfung von Routinedaten	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte: Prof. Dr. Julia Stingl	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, Deutsches Zentrum für neurodegenerative Erkrankungen, Wissenschaftliches Institut der Techniker Krankenkasse für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen (WINEG)
Entwicklung von Methoden zur Nutzung von Routinedaten für ein sektorenübergreifendes Entlassmanagement	TF 6: Einsatz und Verknüpfung von Routinedaten	AQUA-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH: Björn Broge	Deutsches Krankenhausinstitut e.V., BKK Dachverband e.V.
Beginn stationärer Langzeitpflege und seine Prädiktoren in der Versorgungs-, Wohn- und Unterstützungssituation – populationsbasierte Kohortenstudie	TF 6: Einsatz und Verknüpfung von Routinedaten	Universität Bremen: Dr. rer medic. Dirk Peschke	Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO), Universität Bremen
Inanspruchnahme und sektorenübergreifende Versorgungsmuster von Patienten in Notfallversorgungsstrukturen in Deutschland	TF 6: Einsatz und Verknüpfung von Routinedaten	Charité - Universitätsmedizin Berlin: Prof. Dr. med. Martin Möckel	Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland, Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO), Universitätsklinikum Magdeburg, Technische Universität Berlin, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Technologie- und Methodenplattform für die vernetzte medizinische Forschung e. V., DFFS e.V.
Impact des Neonatologie-Screenings auf Infektionsprädiktion / Senkung von Transmission	TF 6: Einsatz und Verknüpfung von Routinedaten	Universitätsmedizin Göttingen: Prof. Dr. med. Simone Scheithauer	(keine)
Linksherzkatheter bei Brustschmerzen und KHK	TF 6: Einsatz und Verknüpfung von Routinedaten	Universität Marburg: Prof.Dr.med., MHBa. Norbert Donner-Banzhoff	Universität München, Stiftung IHF Ludwigshafen, Universität München, Universität Marburg, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, AOK Bundesverband, Wissenschaftliches Institut der Techniker Krankenkasse für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen (WINEG), Barmer GEK
Prävention des Zervixkarzinoms und dessen Vorstufen bei Frauen im Saarland	TF 6: Einsatz und Verknüpfung von Routinedaten	Universität Saarland: Univ.-Prof. Dr. med. Sigrun Smola	Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen mit dem Krebsregister Saarland, Kassenärztliche Vereinigung des Saarlandes, AOK Rheinland-Pfalz/Saarland, IKK Südwest, Universität Saarland
Versorgung, Funktionsfähigkeit und Lebensqualität nach proximaler Femurfraktur	TF 6: Einsatz und Verknüpfung von Routinedaten	Universität Düsseldorf: Prof. Dr. Dr. Andrea Icks	Universität Halle-Wittenberg, Universität Oldenburg, Universität Düsseldorf, AOK Rheinland/Hamburg
Ausmaß und Trends der problematischen Medikation von Benzodiazepinen, Z-Substanzen, Opioid-Analgetika und Antidepressiva bei Kassenpatienten	TF 6: Einsatz und Verknüpfung von Routinedaten	Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf: PD Dr. Uwe Verthein	(keine)
Hausarztzentrierte Reha-Nachsorge bei Bürkenschmerzen (BN)	Themenoffen		

Was macht GNS auf der „Grünen Woche“ in Berlin?

Wolfgang Bachmann

Eigentlich ist die „Grüne Woche“ seit vielen Jahren als Landwirtschaftsausstellung bekannt. Daher fällt es nicht ganz leicht, den direkten Bezug zwischen dieser Veranstaltung und einem Berufsverband wie der Gesundheitsnetz Süd eG herzustellen. Aber wie so oft, sind die Dinge anders als sie scheinen. Unser Patientmobil fährt seit über einem Jahr und findet seither viel Beachtung in der Öffentlichkeit. Erst vor wenigen Tagen, hat die Lokalpresse dem „Mobil“ beinahe eine ganze Seite gewidmet. Das Patientmobil wird als Modellvorhaben im Bereich der Elektromobilität durch das Land Baden-Württemberg gefördert. Zuständig dafür ist das Ministerium für Ländlichen Raum (MLR). Das Ministerium hat auf der diesjährigen „Grünen Woche“ einen bemerkenswerten Messeauftritt gezeigt. Schwerpunkte waren die Baden-Württembergische Originalität, die regionalen Besonderheiten, die touristischen Möglichkeiten aber auch die mobilen Innovationen. Man kann völlig unbescheiden von einem sehr gelungenen Mix aus Tradition und Moderne sprechen. Ein Highlight war die Projektpräsentation der Modellprojekte „Elektromobilität“ am Sonntagmorgen. Herr Minister Peter Hauk war eigens nach Berlin angereist. Am Samstagabend hatte er zu einem äußerst gelungenen Empfang in der Baden-Württembergischen Landesvertretung in Berlin eingeladen. Gäste waren Innungen, Kammern, Verbände und erstmals auch die Ärzteschaft, vertreten durch GNS. Im Rahmen einer durch Isabel Kling, Leiterin des Ministerbüros und gleichzeitig Pressechefin des Ministeriums sehr motivierend moderierten Talkrunde wurden neben dem Patientmobil vier weitere Modellprojekte aus den Bereichen Pflege, Tourismus, Hochschule und Berufliche Bildung vorgestellt. Der Spannungsbogen, der die Bereiche Landwirtschaft, Tradition, Regionalität und Innovation verbindet, wurde durch diese Veranstaltung einmal mehr sehr gekonnt aufgebaut. Baden Württemberg kann eben alles außer Hochdeutsch.

v.l.n.r.: Michael Niedoba, Thorsten Rudolph, Wolfgang Bachmann, Peter Hauk, Sabrina Pfründer, Prof. Anton Karle

PatientMobil

Einfach zum Arzt

Landeskongress Gesundheit

Jörg Simpfendörfer

"Aktive Versorgungssteuerung – Wie sehen Behandlungsprozesse der Zukunft aus?"

Gemeinsam mit der MEDIZIN Messe fand am 27. Januar der zweite Landeskongress Gesundheit unter der Überschrift „Gemeinsam an effektiver und zielgerichteter Versorgungssteuerung arbeiten“ in Stuttgart, unter der Schirmherrschaft von Winfried Kretschmann, Ministerpräsident des Landes Baden-Württemberg, statt.

„Wir müssen gemeinsam, sektoren- und institutionsübergreifend an einer effektiven und zielgerichteten Versorgungssteuerung arbeiten“ Der zweite Landeskongress Gesundheit Baden-Württemberg, biete dafür die ideale Plattform, so Dr. med. Klaus Baier, Präsident der Bezirksärztekammer Nordwürttemberg. Daher kamen an diesem Wochenende alle relevanten Akteure der Gesundheitsversorgung und -wirtschaft auf der Messe in Stuttgart zusammen, um über die Behandlungsprozesse der Zukunft zu diskutieren.

GNS war mit dabei und berichtet über die Veranstaltung, die Eindrücke und intensiv diskutierte Themen.

Nach der Eröffnung durch Dr. Klaus Baier, und dem Grußwort von Bärbl Mielich (Staatssekretärin im Ministerium für Soziales und Integration), folgten mit Irmtraut Gürkan (Stellvertretende Vorstandsvorsitzende des Uni-Klinikums Heidelberg), Prof. Dr. Matthias Schwab (Leiter des Dr. Margarete Fischer-Bosch Instituts für Klinische Pharmakologie, Stuttgart), sowie Lutz Stroppe (Staatssekretär im Bundesministerium für Gesundheit) hochkarätige Laudatoren, die sich den interaktiven Fragen aus dem Fachpublikum stellten. Im Fokus standen die „Bessere Versorgung durch vernetzte Strukturen - das Kooperationsmodell des Uniklinikums Heidelberg“, die „Stärkung der ambulanten Patientenversorgung mittels innovativer telemedizinischer Ansätze“ und die "Gesundheitspolitik im Dienste der Menschen". Im Anschluss begaben sich die Teilnehmer in die sogenannten World Café Foren. Dieses herausragende Format beinhaltete sechs verschiedene Foren mit jeweils drei Thementische, an denen einzelne Aspekte der Forenbezogenen Schwerpunktsetzung näher beleuchtet wurden und unter der Moderation eines Tischgastgeber, sowie eines ausgewiesenen Experten intensiv diskutiert wurden.

Die Ergebnissse der sich daraus ergebenden spannenden Diskussionen zu den verschiedenen Themen, möchten wir Ihnen im Folgenden gerne kurz darstellen (Anmerkung: die folgende Zusammenfassung ist als eine Momentaufnahme der Diskussion zu verstehen. Sie erhebt keinen Anspruch auf abschließende Vollständigkeit und stellt das Meinungsbild in den Foren dar.):

Forum I:
Tisch 1.1: Verbessern Ärztenetze die regionale Versorgung?

Diese Frage wurde von den Teilnehmern durchweg bejaht. Ärztenetze können einen maßgeblichen Beitrag zur Verbesserung der regionalen Versorgung leisten.

Sie leisten einen entscheidenden Beitrag zur sektorenübergreifenden Versorgung von Patienten bzw. zum Abbau von Sektorengrenzen, indem sie u. a. intern sehr gut verzahnt sind. Gute Beziehungen und eine enge Kommunikation der Ärzte untereinander, auch durch eine gemeinschaftlich genutzte IT-Infrastruktur, rücken den Patienten in den Mittelpunkt des interdisziplinären Austauschs. Dieser Aspekt der Teamarbeit wird gerade von

Podiumsdiskussion auf dem 2. Landeskongress Gesundheit

jungen Ärzten sehr geschätzt, insofern erfüllen Netze auch eine wichtige Rolle bei der Nachwuchsförderung. Durch den regen Austausch werden jedoch auch Versorgungsdefizite unmittelbar erkennbar. Mit regionalen Problemlösungen kommt Ärztenetzen auch eine Rolle als Innovationsmotor zu, die einen Eingang in die Regelversorgung finden können.
Patienten profitieren nachweislich, wie z. B.: anhand der Arzneimittelverschreibungen, der Krankenhauseinweisungen etc., unmittelbar ersichtlich wird.
Dennoch werden die Rahmenbedingungen für Ärztenetze von den Beteiligten als derzeit noch zu starr kritisiert. Der Leistungserbringerstatus für Ärztenetze, um Ärzte anzustellen und um einen regionalen Versorgungsauftrag zu übernehmen, könnte für den nötigen Anschub für die medizinische Versorgung im Ärztenetz sorgen.

Tisch 1.2: Initiative Gesundes Kinzigtal – Modell für ganz Baden-Württemberg?

Seit 2005 besteht die Initiative Gesundes Kinzigtal. Sie entstand aus der Überlegung: Wie kann Versorgung besser gemacht werden, mit dem Ziel, die Bevölkerung gesünder zu machen. Der Nutzen, der der Krankenkasse daraus entsteht, dient der Finanzierung des Erfolgs.
Fakten:

- 33.000 von 69.000 Einwohnern im Kinzigtal sind AOK versichert
- Von den 33.000 AOK-Versicherten haben sich 10.000 eingeschrieben
- Etwa 60% der niedergelassenen Ärzte des Kinzigtal sind dort eingeschrieben
- Unabhängig vom Hausarztvertrag
- Arzt rechnet normal über die KV ab
- Die Patienten gehen keine Verpflichtung hinsichtlich der Arztwahl ein
- Für eine Vielzahl an Krankheiten gibt es standardisierte Behandlungspfade
- Eingeschriebene Patienten bekommen Zusatzleistungen

Dieses Mehr an Leistungen wird aus dem Gesunden Kinzigtal finanziert. Einsparungen für die Krankenkasse machen diese Finanzierung möglich.
Die Einsparungen ergeben sich aus Medikamenten, Krankenhauseinweisungen sowie aus "geringerer Krankheit".
Nach mittlerweile 11 Jahren kann festgehalten werden: das Gesunde Kinzigtal hat sich etabliert. Ein solches Ärztenetz fordert von seinen Mitgliedern ein hohes Maß an Engagement und Teilnahmebereitschaft. Eine Übertragbarkeit hängt daher stark davon ab, inwieweit es gelingen könnte, die Ärzte und andere Beteiligte zu einer engeren Zusammenarbeit zu bekommen. Fraglich ist auch, wie die Anschubfinanzierung in der Breite ermöglicht werden kann.

Tisch 1.3: Gelingt eine großräumige, landkreisübergreifende Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung?

Die Diskutanten sind sich einig: Eine großräumige, landkreisübergreifende Zusammenarbeit kann gelingen, mit einer entsprechenden Patientensteuerung und Orientierung an (ggf. landkreisübergreifenden) Versorgungsstrukturen. Außerdem bedarf es der Kommunikation und Vernetzung zw. Ärzten, Krankenhäusern und weiteren medizinischen Berufsgruppen und einer kleinräumigeren Bedarfsplanung.
Kritisch gesehen wird die bestehende Nachwuchsproblematik in allen medizinischen Fachbereichen, die zunehmende Konzentration auf hochspezialisierte, zentrale Krankenhäuser und das Antikorruptionsgesetz, da es Kooperationen unter einen Generalverdacht stellt und somit erschwert.

Forum II: Versorgungszentrum Krankenhaus

Tisch 2.1: Klinikverbünde als Beitrag zur qualitativ hochwertigen Versorgung im ländlichen Raum

Klinikverbünde werden als Chance gesehen, zumindest mittelfristig die Versorgung im ländlichen Raum zu sichern - gerade auch unter Qualitätsgesichtspunkten (spezielle Fachdisziplinen).
Verbünde bieten Kostenvorteile hinsichtlich Personalakquise und Leistungserbringung. Medizinische Netzwerke erhöhen die Qualität der Leistungserbringung, denn leistungsfähige Kliniken werden auch im ländlichen Raum benötigt. Unter den angespannten finanziellen Rahmenbedingungen, kann das Überleben einzelner Häuser in Verbünden besser gesichert werden und überregionale Kooperationen sind oft weniger von Konkurrenzsituationen geprägt, wie Kooperationen in Ballungsgebieten.
Die Bedeutung von MVZs und Notfallpraxen wird steigen. Die Telemedizin kann als Chance für kleinere Kliniken wahrgenommen werden. Entscheidend wird jedoch auch das Nutzungsverhalten der Bevölkerung vor Ort sein. Wird das örtliche Krankenhaus nur im Notfall genutzt? Werden weitere Wegstrecken für elektive Eingriffe in Kauf genommen?

Tisch 2.2: Ansturm auf Notfallambulanzen – brauchen wir Portalpraxen?

Einige Diskutanten schilderten den Eindruck, dass viele Patienten Notfallambulanz des Klinikums als einen Hausarztersatz wahrnehmen. Eine Portalpraxis kann die Patienten zur richtigen fachlichen Kompetenz lenken und schafft ein besonderes Behandlungsangebot.
Für Patienten ist das "Single-Door-Prinzip" wichtig. Die Mitarbeiterinnen

Einblick in die World Café Foren

und Mitarbeiter müssen eine hohe fachliche Expertise besitzen. Die Finanzierung ist jedoch zu prüfen und die Definition der Leistungen in der Notfallpraxis, auch um sich klar gegenüber dem Krankenhaus abzugrenzen.

Tisch 2.3: Die Verzahnung der ambulanten, stationären und rehabilitativen Versorgung in der Geriatrie

Beim Übergang zwischen der stationären, der ambulanten und der rehabilitativen Versorgung kommt es zu zahlreichen Problemen:

- Dauer der Genehmigungsverfahren
- Verzögerte Bestellung eines Betreuers
- Management der medikamentösen Einstellung
- Berücksichtigung ggf. geänderter Rahmenbedingungen

Diese Probleme können zu einem unerwünschten Drehtür-Effekt führen. Daher ist die Vernetzung und Verzahnung der Versorgung für geriatrische Patienten besonders wichtig. Insbesondere für die geriatrischen Schwerpunkte und Zentren. Ungelöst bleibt, von wem ein geriatrischer Patient tatsächlich sektorenübergreifend und persönlich begleitet wird, da das Versorgungsmanagement nur den jeweils anschließenden Versorgungssektor umfasst.

Forum III: Digitalisierung und Telemedizin

Tisch 3.1: Welchen Beitrag kann Telemedizin zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung leisten?

Mehrere Hundert baden-württembergische Arztsitze werden in den kommenden Jahren nicht nachbesetzt werden können. Um dies aufzufangen, sollten die Möglichkeiten der Telemedizin genutzt werden. Mittels Investitionen in die Infrastruktur des ländlichen Raums sollten konsiliarische Angebote geschaffen und der Zugang zu Medizinern ermöglicht werden. Zu beachten ist dabei die Datensicherheit.

Auf Patientenseite besteht ein Bedarf nach Telemedizin, Telemedizin ist bereichernd und unterwandert auch nicht die behandelnden Ärzte. Sektorengrenzen, sowie eine uneinheitliche, nicht kompatible Technik sind Hemmnisse. Bei der Finanzierung sind alle gefragt: Kassen, Ärzte und Patienten müssen diese leisten. Sobald der Nutzen einer telemedizinischen Anwendung offensichtlich wird, steigt auch die Bereitschaft einen Teil dazu beizutragen.

Telemedizin wäre ebenfalls ein gutes Steuerungsinstrument zur Entlastung der Notfallambulanzen.

Wichtig ist, dass Ärzte, die telemedizinisch behandeln, auch verordnen und überweisen dürfen. Es müssen EBM-Ziffern für telemedizinische Leistungen geschaffen werden. Telemedizin kann Entbürokratisieren und Prozesse beschleunigen, und damit die Behandlung aufwerten.

Tisch 3.2: Ärztliche Fernbehandlung – welche Erwartungen oder Befürchtungen sind damit verbunden?

Ärztliche Fernbehandlung bietet vielfältige Chancen, die Versorgung in Hinblick auf den Patientenzugang sowie die Versorgungsqualität zu verbessern und kann die bisherige Leistungserbringung sinnvoll ergänzen, z. B. bei:

- Auslandsreisen
- Überwindung von Sprachbarrieren
- Delegierung von Leistungen (z. B. Wundversorgung)
- Verbesserung der Compliance
- Lösungsansatz bei eingeschränkter Mobilität
- Vermeidung von Infektionen im Sprech- und Wartezimmer
- Wird bereits von Patienten nachgefragt

Der persönliche Arzt-Patientenkontakt sollte auch zukünftig ein zentraler und wichtiger Versorgungsbestandteil bleiben. Die Bedenken und Sorgen hinsichtlich des Datenschutzes müssen ernst genommen und entsprechende technische Verfahren, die zwingend zuverlässig funktionieren, sowie rechtliche Rahmenbedingungen zur Datensicherheit geschaffen werden. Unter diesen Voraussetzungen entsteht die Akzeptanz, Daten in eine persönliche Gesundheitsakte zu stellen. Wichtig ist, dass Ärzte und Patienten den Umgang mit den entsprechenden Medien lernen.

Tisch 3.3: Online-Sprechstunde bei Krankenkassen – Werbegag oder Mehrwert für Patienten?

Online-Sprechstunden werden sich als ergänzende Maßnahme etablieren. Gerade im ländlichen Raum sind sie ein probates Mittel zur Überbrückung geographischer Distanzen. Es bedarf jedoch organisatorischer Änderungen in den Praxen, damit daraus ein Mehrwert für den Patienten entsteht. Ggf. sind Online-Sprechstunden sogar kommunikationsfördernd, weil das Gespräch in den Mittelpunkt des Arzt-Patienten-Kontakts gestellt wird und Sprachbarrieren abgebaut werden können.

Neben den technischen Voraussetzungen, muss sich die Akzeptanz bei Arzt und Patient jedoch noch entwickeln und der Umgang mit den entsprechenden Medien erlernt werden.

Forum IV: Neue Leistungsangebote

Tisch 4.1: Was können gewerbliche Anbieter zum Versorgungsmanagement beitragen?

Gesetzliche Restriktionen an den Schnittstellenübergängen im deutschen Gesundheitswesen stellen eine Hürde dar, in der Schweiz ist z. B. das Stellen von telefonischen Diagnosen und das Verschicken entsprechender Rezepte möglich. Gewerbliche Anbieter könnten die Infrastruktur für derartige Lösungen bereitstellen, das Prozessmanagement verbessern und Ärzte zeitlich entlasten, indem z. B. Röntgenbilderbefunde schneller eintreffen.

Wichtig ist die Klärung evtl. offener Haftungsfragen.

Tisch 4.2: Ganzheitliches Case Management als Grundlage aktiver Versorgungssteuerung?

Case Management ist notwendig, scheitert jedoch teilweise noch an der Finanzierung (Selektivverträge, innovative Versorgungsverträge). Die Kompetenzen des Case Managers müssen systemseitig definiert und akzeptiert werden, damit der Case Manager seine Lotsen- und Querschnittsfunktion wahrnehmen kann. Gerade diese sollte delegierbar sein, da die Ressource Arzt und ärztliche Leistung zu wertvoll ist. Ärzten fehlt jedoch teilweise die weitergehende Vernetzung und die entsprechenden Kenntnisse über die zehn anderen Sozialgesetzbücher, Reha, Selbsthilfegruppen etc..

Tisch 4.3: Übernehmen nichtärztliche Gesundheitsberufe Teile der Grundversorgung?

Die Übernahme von ärztlichen Versorgungsbereichen ist erforderlich, aber ebenso sind gesetzliche sowie Haftungsregelungen notwendig. Die Zusammenarbeit sollte in einem (multiprofessionellen) Team erfolgen, wobei die Erfordernis einer ärztlichen Leitung kontrovers diskutiert wird. Die Delegation ärztlicher Leistungen ist aus Haftungs- und Qualifikationsgründen einfacher zu bewerkstelligen als die Substitution ärztlicher Leistungen. Möglicherweise können auch höher- und akademisch qualifizierte Berufe wie "nurse practitioner" hilfreich sein. Hier sind auch Erfahrungen aus dem angelsächsischen Raum erfolgversprechend. In kleinerem Rahmen erfolgt jetzt bereits eine erfolgreiche Delegation, z.B. bei den MFAs als "Versorgungsassistentinnen in der Hausarztpraxis" (VERAH).

Forum V: Ambulante Versorgungspfade

Tisch 5.1: Hausarztzentrierte Versorgung – was haben die Patienten davon?

Patientenvorteile stellen sich indirekt über die positiv befördernden Strukturen der hausarztzentrierten Versorgung für die teilnehmenden Praxen ein, in einzelnen Verträgen werden auch direkte finanzielle Vorteile für teilnehmende Versicherte gewährt. Die verbindliche Lotsenfunktion des Hausarztes, in Verbindung mit der strukturierten Fortbildung innerhalb der HZV, stellt den größten Mehrwert für die Patienten dar. Viele Patienten haben jedoch Vorbehalte gegen eine Steuerung und kritisieren, vom Arzt zur Teilnahme gedrängt zu werden.

Die HZV kann eine Antwort auf die zunehmend komplexe Versorgungslandschaft sein, in der die Koordination der Versorgung durch die Hausarztpraxis erfolgt.

Tisch 5.2: Facharztverträge – Nutzen für Arzt und Patient?

Die bisherigen positiven Evaluationsergebnisse (weniger Krankenhauseinweisungen, Arzneimitteleinsparungen etc.) werden gelobt, aber auch kritisch hinterfragt. Eine Diskriminierung von

Bärbl Mielich, Staatssekretärin im Ministerium für Soziales und Integration

Patienten im Selektiv- respektive Kollektivvertrag muss ausgeschlossen sein. Eventuell könnten Facharztverträge ein Einkaufsmodell der Kassen darstellen und somit für den Arzt risikobehaftet sein.
Die Facharztverträge sollten Innovationsschmiede für das kollektivvertragliche System sein.

Tisch 5.3: Integrierte Versorgung – immer noch attraktiv für Krankenkassen?

Die Versicherten erwarten von den Akteuren, dass diese sich vernetzen und Informationen untereinander austauschen. Für den Aufbau von Vertrauen wäre ein § 90a SGB-V Gremium ideal, in dem sich die Beteiligten regelmäßig treffen und Problemlösungen diskutieren. Ärztekammer und KV sollten Wege aufzeigen, wie die IV zum Erfolg wird. Die aktuelle Vergütungssystematik stärkt das Sektorendenken. Sektorenübergreifende Budgets und Bedarfsplanung können die IV stärken bzw. die Weiterentwicklung fördern. Für eine effiziente und effektive IV ist die elektronische Gesundheitsakte die Basis. Eine positive Veränderung wäre die Verbindung der IV mit einem kommunalen Setting.

Forum VI: Aktive Versorgungssteuerung aus Sicht der Patienten

Tisch 6.1: Was braucht der Patient in der zukünftigen Gesundheitsversorgung?

Die Wichtigkeit der Patientensteuerung wird betont. Die zugrundeliegende Akzeptanz entsteht durch Vertrauen in transparente Behandlungspfade und eingespielte Prozesse. Dabei sind auch Leitlinien und Qualitätsmerkmale wichtig. Das Coaching kann eine wichtige Funktion beim Übergang vom stationären Sektor und in der Nachsorge einnehmen. Diese Prozesse profitieren von einer telemedizinischen Unterstützung.

Tisch 6.2: Welche Rolle hat der Patientenfürsprecher in der Versorgungssteuerung?

Der Patientenfürsprecher kann durch Qualitätssicherung indirekt auf die Versorgungssteuerung Einfluss nehmen. In Baden-Württemberg soll in jedem Krankenhaus ein Patientenfürsprecher eingesetzt werden. Eine Ausweitung auf den ambulanten Bereich und auf Pflegeheime wird begrüßt. Der Patientenfürsprecher sollte niedrigschwellig und unabhängig arbeiten. Die Institution Patientenfürsprecher wird sehr positiv bewertet. Ehrenamtliche müssen geschult werden. Klare Finanzierungsregelungen sowie eine Abgrenzung der Tätigkeit sind notwendig.

Tisch 6.3: Was kann Selbsthilfe leisten?

Die Selbsthilfe stellt den Patienten in den Mittelpunkt. Sie ist ein Experte für die Erkrankung und deren Bewältigung. Sie gibt sozialen, zwischenmenschlichen Halt. Die Zuwendung fördert dadurch den Genesungsprozess.

Für die GNS war es angenehm zu erkennen, wie sehr sich unsere Schwerpunkte mit den Belangen der Akteure decken. Ein klares Zeichen, dass wir die richtigen Ziele verfolgen und damit „offene Türen einrennen“. Unsere Stärke, nicht nur zu argumentieren, sondern die Dinge anzupacken und in die Realität umzusetzen, ist nun mehr denn je gefragt.

Lutz Stroppe, Staatssekretär im Bundesministerium für Gesundheit

Das Hantavirus – eine Zoonose mit wechselnder Inzidenz

Um welchen Erreger handelt es sich?

Beim Hantavirus handelt es sich um ein Virus, das weltweit vorkommt. Für Deutschland relevant sind die Virusspezies Puumala (Süddeutschland) mit der Rötelmaus sowie Dobrava-Belgrad (Nordostdeutschland) mit der Brand- und Gelbhalsmaus als Wirt.

Die Wirte, die selbst nicht erkranken, scheiden das Virus mit Speichel, Urin und Kot aus. Das Puumala-Virus bleibt unter trockenen Bedingungen und auch bei kühleren Temperaturen zwei Wochen infektiös.
Die Übertragung auf den Menschen erfolgt direkt aerogen.

Wie häufig sind Hantavirus-Infektionen in Deutschland?

Die Zahl der Erkrankungen korreliert mit der Zahl und Ausbreitung der spezifischen Wirte. Diese wiederum hängen regional unterschiedlich von komplexen Witterungsverhältnissen ab. Warme Sommer führen z.B. zu reichem Ertrag an Eicheln und Bucheckern, die für die Rötelmaus im Winter als Nahrungsquelle dienen. Das wiederum führt im Folgejahr zu einem Anstieg der Mäusezahl.

Diese genannten Faktoren bedingen fluktuierende Zahlen an Hantavirus-Infektionen. Höchststände traten in den Jahren 2007, 2010 und 2012 in Deutschland auf. Dabei ist Baden-Württemberg Spitzenreiter der Fälle. Laut Landesgesundheitsamt Stuttgart wird 2017 als ein Jahr mit sehr hoher Hantafieber-Prävalenz (ca. 2.500 Fälle) erwartet.

Was sollte in der Praxis an eine Hantavirus-Infektion denken lassen?

- **Plötzliche grippeartige Symptome** mit hohem **Fieber** und **Bauchschmerzen** in Verbindung mit einer **Thrombozytopenie**. Im Gegensatz zu viralen Erkältungen fehlen in der Regel Symptome wie Husten oder Schnupfen.
- **ZNS-Beteiligung** und besonders Augensymptome im Sinne einer **neu aufgetretenen Myopie** durch Schwellung der Linse, gelten als pathognomonisch.

Mit welchem klinischen Bild muss gerechnet werden?

Die Infektion verläuft in der Regel als Nephropathia epidemica (Hanta-Fieber). Die Inkubationsphase beträgt 2–4 Wochen.

Mögliche klinische Stadien umfassen:

1. **febriles Stadium (3-7 Tage):** plötzliches Fieber, Kopf-, Glieder-, Flanken- und/oder Rücken-, abdominale Schmerzen, passagere Sehstörungen (Myopie)
2. **hypotensives Stadium (Stunden bis Tage):** Thrombozytenabfall, konjunktivale Einblutungen und Petechien
3. **oligurisches Stadium (3-5 Tage):** Niereninsuffizienz mit ausgeprägter Proteinurie und Mikrohämaturie, Urämie und Oligo-/Anurie, Kreatinämie bis sogar vorübergehender Dialyse, reaktive Lymphozytose, auffällige Gerinnungs- und Leberwerte. Dieses Stadium definiert die Schwere der Erkrankung.
4. **diuretisches (polyurisches) Stadium (Wochen bis Monate)**
5. **Rekonvaleszenzstadium (Wochen bis Monate)**

Wie ist die Diagnose zu sichern?

- IgM- und IgG-Antikörper-Nachweis aus Serum. Es bestehen serologische Kreuzreaktionen zwischen den verschiedenen Hantavirus-Spezies. Die Antikörper sind in der Regel im oligurischen Stadium bereits nachweisbar. Ggf. ist eine serologische Kontrolle empfehlenswert.
- Der Virusnachweis mittels PCR aus Serum oder Urin gelingt nur im Frühstadium (7–15 Tage) und ist für die Diagnosestellung deshalb wenig bedeutsam.
- Das CRP kann (besonders bei Erwachsenen) sehr hohe Werte erreichen. Andererseits scheint aber ein hohes CRP mit einem besseren Verlauf (d.h. geringerer Nierenschädigung) verknüpft zu sein.

→ Namentliche Meldepflicht an das Gesundheitsamt nach § 7 IfSG (Labor)

Wie wird eine Hantavirus-Infektion behandelt?

Eine antivirale Therapie existiert nicht. Die Behandlung beschränkt sich auf die Therapie der Komplikationen. In Ermangelung eines zugelassenen Impfstoffes in Europa besteht die Infektionsprophylaxe in der Vermeidung des Kontaktes mit Nagetieren und ihren Ausscheidungen.

Autor:
Dr. med. Ralitsa Ivanova,
Fachärztin für Laboratoriumsmedizin,
MVZ Labor Ravensburg, Labor Dr. Gärtner
(www.labor-gaertner.de)

Innovative Stressmedizin oder „ist Stress messbar“

Jörg Simpfendörfer

Am 15.02.2017 begrüßte die GNS, gemeinsam mit Dipl. Ing Florian Wolf (CEO BioAging & BioLabs GmbH), 30 Ärztinnen und Ärzte zu einem spannenden Vortrag in Ravensburg über Thema „Innovative Stressmedizin“ (siehe dazu auch „Im Dialog“ Ausgabe 44), um die objektiv messbaren Anzeichen, Auswirkungen und Therapiemöglichkeiten von stressbezogenen Erkrankungen näher kennenzulernen.

Stress wirkt sich ganz unterschiedlich aus: Statistisch gesehen, lassen sich zwar die folgenden fünf häufigsten Stresssymptomatiken benennen: Müdigkeit, Energielosigkeit, Muskelschmerzen, Schlafstörungen und Nervosität, aber die Liste ist weder abschließend noch trifft Sie eine Aussage über die auslösenden Stressoren. Um Stress und ein damit einhergehendes Erkrankungsrisiko zu messen und zu identifizieren, bedarf es daher wissenschaftlich gesicherter und objektiver Testverfahren. Mittels des Integralen Stress Test™ ist es Herrn Prof. Dr. Alfred Wolf und Dipl. Ing. Florian Wolf möglich, systemische Ursachen von Erschöpfung und Gefährdung durch Stress und Stress-assoziierte Erkrankungen sicher zu identifizieren.

Dabei setzt sich der Integrale Stress Test™ aus verschiedenen Modulen zusammen, die auch unabhängig voneinander zum Einsatz kommen können.
Erhoben werden biografische, biophysische und biochemische Daten.

Biografisch:
Stresssymptome, Stressvulnerabilität, Bestimmung von Stressoren und Stressverstärkenden Faktoren lassen sich mittels wissenschaftlich anerkannter und valider Tests erfragen. Gerade im betrieblichen Kontext sei der Effort-Reward Imbalance-Test (ERI) zur Bestimmung der psychosozialen Belastungen am Arbeitsplatz erwähnt. Im Zentrum dieses Tests steht das Verhältnis zwischen Anstrengung/Verausgabung und dafür erhaltene Gratifikation. Mehr zu diesem Thema finden Sie in der Infobox.

Biochemisch oder „Gefühle erzeugen Moleküle, Moleküle erzeugen Gefühle“: Zur Bestimmun der neurobiologischen Marker werden Speichel und Urin herangezogen. Beide können vom Teilnehmer problemlos selbst „entnommen“ werden.
Mittels einer Speichelprobe wird das Cortisol Tagesprofil ermittelt. In Verbindung mit den Werten für Adrenalin, Noradrenalin, Dopamin, Serotonin, Glutamat und GABA aus dem Urin, ist eine objektive Beurteilung von Leistungsbereitschaft und Erschöpfungsgrad möglich.
Darauf aufbauend lassen sich auch entsprechende Tendenzen ableiten. So ergab eine Untersuchung in einem Deutschen Konzern, dass innerhalb einer bestimmten Führungsebene 30% der teilnehmenden Personen, aufgrund Ihrer Cortisolwerte akut ausfallgefährdet waren. Bei 37% konnte eine leichte Veränderung der Cortisolwerte festgestellt werden. Dies geht mit einem mittleren Ausfallrisiko und einer verminderten Produktivität einher. Bei knapp einem Drittel (32%) waren die Werte dahingegen unauffällig. So lassen sich bereits zu einem sehr frühen Zeitpunkt erste Tendenzen erkennen und entsprechende Gegenmaßnahmen treffen.

Im Rahmen des dritten, biophysischen Moduls, wird die Herzratenvariabilität gemessen. Sie beschreibt grundsätzlich die Adaptionsfähigkeit des Herzens, an sich verändernde Anforderungen und sie eignet sich insbesondere zur Bestimmung von stressbeladenen und regenerativen Phasen. Eine Zunahme der Erschöpfung ist z. B. dann besonders wahrscheinlich, wenn die Regeneration im Schlaf im Vergleich zu den RMSSD-Altersnormwerten deutliche Einbußen aufzeigt. Die Gründe sind vielfältig und individuell. Negative Einflussfaktoren können u. a. eine mangelnde Schlafhygiene sein. Damit ist gemeint, dass in einem Zeitraum von 3 – 5 Stunden vor dem zu Bett gehen, die folgenden Faktoren eine negative Auswirkung auf die Regeneration im Schlaf haben können: Alkohol, Stress bzw. Streit, schweres oder spätes Abendessen, später und intensiver Sport und arbeiten bei Blaulicht bzw. Fernsehen.

Mittels der drei genannten Module kann also auf Basis einer wissenschaftlich gesicherten Evaluation die stressbezogene Gesundheit ganz objektiv wahrgenommen werden. Die Testergebnisse erlauben es den Probanden eine gesteigerte, körperbezogene Selbstwahrnehmung und ein tieferes Verständnis für Ihre Emotionen und Ihrer Persönlichkeitsstruktur zu entwickeln, um sinnvolle Verhaltensänderungen nicht nur anzustossen, sondern auch tief zu verankern.

Erfassung von Arbeitszufriedenheit und Auswirkungen auf die Gesundheit

Dipl.-Ing. Florian Wolf

Bei der Erfassung von Stress im Arbeitsleben haben sich einige psychometrische Verfahren als sehr zuverlässig erwiesen. Dazu gehören neben den Stress-Symptomen, den Stressoren und den persönlichen Stress-Verstärkern auch Fragen zur mentalen Gesundheit (Patient Health Questionnaire). Insbesondere im betrieblichen Gesundheitsmanagement ist die zusätzliche Abfrage von Aufwand und Gratifikation durch den Effort-Reward Imbalance Fragebogen (ERI) am Arbeitsplatz unersetzlich. Bei diesem Instrument wurden bei über zehntausend Arbeitnehmern die Items Anstrengung, Gratifikation und Verausgabung abgefragt und wissenschaftlich validiert.

Fragebogen-basierte Auswertungen unterliegen generell der subjektiven Einschätzung des Einzelnen und spiegeln damit nicht immer die objektiv vorhandene Belastung wieder. Deshalb sind im Idealfall die psychometrischen Verfahren mit der Messung von Neurotransmittern im 2. Morgenurin sowie dem Cortisol Tagesprofil im Speichel (neurobiologische Veränderugnen) und der Langzeit-Messung der Herzraten Variabilität (HRV – physiologische Veränderungen) zu kombinieren, um Belastungen und Folgen von langfristiger Stress Belastung sicher zu identifizieren.
Im Setting von betrieblichen Gesundheitsmanagement ist die Erfassung von Arbeitszufriedenheit mit dem Effort-Reward Imbalance Test, kurz ERI, ein validiertes und verlässliches Tool (Siegrist et al. 2004). Dabei werden über 16 Items in einer 4-Punkte Likert Skala (´Stimme gar nicht zu` bis ´stimme voll zu`) abgefragt.

Zu den abgefragten Bereichen gehört die Anstrengung (Effort), sowie die Gratifikation (Reward). Der daraus gebildete ER-Quotient (Effort / Reward) wurde in der Studie von Prof. Siegrist mit einem Grenzwert von 1,0 evaluiert. Höhere Werte zeigen ein Ungleichgewicht zu Ungunsten der Gratifikation an, also einen hohen Aufwand bei geringer Gratifikation. Diese wiederum unterteilt sich in die Unterpunkte Wertschätzung, Arbeitsplatzsicherheit und Aufstiegschancen. Es ist also nicht nur alleine die quantitative Belastung am Arbeitsplatz von von Bedeutung, sondern das Verhältnis zur Gratifikation.

Unter dem Aspekt der Auswirkungen auf die Gesundheit hat sich insbesondere das im ERI mit erfasste Overcommitment bewährt. Personen mit Werten über dem Grenzwert von 2,3 zeigen verstärkt ausgeprägte Symptome und Veränderungen in der Balance der Neurobiologie. Durch diese Objektivierung können dem Arbeitnehmer Verausgabungstendenzen aufgezeigt und entsprechend durch den Ansatz von integralem Coaching verändert werden.

Betriebliche Gesundheitsförderung

Arbeitszufriedenheit (ERI, Effort-Reward Imbalance) 50

Ein ER-Quotient unter 1,0 stellt eine günstige Relation zwischen Aufwand und Gratifikation dar. Ein Quotient von 1,0 und höher stellt ein Ungleichgewicht zu Ungunsten der Gratifikation dar. Bei den Scores der anderen Items bedeutet 1,0 gering und 4,0 hoch.

Effort-Reward-Imbalance	1,0
Anstrengung	2,3 von 4,0
Gratifikation	2,3 von 4,0
Wertschätzung	1,5 von 4,0
Arbeitsplatzsicherheit	3,5 von 4,0
Aufstiegschancen	2,0 von 4,0
Verausgabung	2,8 von 4,0

Auswertung des ERI bei einem männlichen Arbeitnehmer mit deutlichen Gesundheitseinbußen.

GNS und G'sundregion beim Ideenwettbewerb „Innovative Versorgungsmodelle“ im Rahmen des Projekts Ziel und Zukunft der KVBW

Jörg Simpfendörfer

Ende 2016 lief die Bewerbungsfrist für den, von der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) ausgeschriebenen Ideenwettbewerb „Innovative Versorgungsmodelle“ im Rahmen des Projekts Ziel und Zukunft aus.

Und natürlich haben sich auch die GNS und die G'sundregion mit spannenden und sehr innovativen Projekten ins Rennen begeben. Gerne würden wir Ihnen an dieser Stelle bereits von konkreten Schritten berichten und Durchführungen vorstellen.

Zum Zeitpunkt des Redaktionsschlusses stand eine Entscheidung hinsichtlich der Förderung jedoch noch aus. Dennoch möchten wir diese Gelegenheit nutzen, um Ihnen einen Überblick über die innovativen Projekte zu geben, mit denen wir unseren Beitrag zu Ziel und Zukunft der medizinischen Versorgung leisten wollen. Wir hoffen Ihnen in der kommenden Ausgabe des Dialogs das oder die Projekte zu präsentieren, die wir mittels der Förderung aus dem Innovationswettbewerb durchführen können.

"Mit weniger mehr leisten: Ärztliche Ressourcen optimal einsetzen"

Das G'sundregion-Projekt "Mit weniger mehr leisten: Ärztliche Ressourcen optimal einsetzen" dient der Stärkung der medizinisch/ärztlichen Versorgung, insbesondere im ländlichen Raum.
Diese ist geprägt von zahlreichen Herausforderungen, dazu zählen u.a.: demografische Überalterung, eingeschränkte Mobilität der Patienten bei gleichzeitig weiten Wegen, mangelnder ärztlicher Nachwuchs und zunehmend größere Versorgungsgebiete eines einzelnen Arztes. Es gilt die Ressource Arzt dementsprechend optimal zur Anwendung zu bringen.
Das Projekt soll noch 2017 in die Umsetzung gehen und es medizinischen Fachangestellten unter permanenter telemedizinischer Supervision und Rücksprache mit dem Arzt ermöglichen, beim Patienten vor Ort als dessen ausführende Kraft zu arbeiten.

Dabei kommen sogenannte Datenbrillen zum Einsatz. Mittels einer geschützten VPN-Verbindung findet eine Bildübertragung in Echtzeit statt. Eingebundene Haus- und Fachärzte werden direkt zum Patientencase hinzugerufen, ohne ihre Praxis verlassen zu müssen und sparen so aufwendige Rüst- und Fahrtzeiten. Akute Behandlungsnotwendigkeiten werden unmittelbar gelöst. Auch berufsübergreifende Konsile können durchgeführt werden, indem z.B. ein Hausarzt einen Dermatologen telemedizinisch hinzuziehen kann.

Merkmale der Lösung sind:

- Mobil: Flexible Lösungen für verschiedene Anforderungen
- Hands-Free: Absolute Bewegungsfreiheit
- Skalierbar: Regelmäßige Updates und Erweiterungen
- Einfach: Plug & Play, intuitive Bedienoberfläche
- Wirtschaftlich: Reduziert Kosten und Zeitaufwand
- Sicher: Hohes Datenschutzniveau

Das Projekt startet in der ersten Phase mit der Behandlung chronischer Wunden durch ausgebildetes Personal der beteiligten Praxen. Diese werden arztersetzend/-ergänzend (entspr. der gesetzlichen Bestimmungen) multilokal außerhalb der Praxen direkt am Patienten tätig.
Wundbehandlungen müssen auf einem hohen qualitativen Niveau und mit definierten Verfahren im unmittelbaren Weisungsbereich der Hausärzte in Kooperation mit qualifizierten Fachärzten vorgenommen werden, auch aus Kostengründen. Allerdings treffen Mitarbeiter im praktischen Doing häufig auf Situationen, die ärztliche Expertise erfordert.
Zusätzlich vermittelt oftmals erst der Gesamteindruck des vor Ort vorgefundenen Sets ein brauchbares Bild, um Beeinträchtigungen oder Nonperformance einer Therapie zu verstehen. Bisher war es regelmäßig notwendig, dass sich der Arzt zusätzlich auf den Weg zum Patienten begibt. Damit werden wertvolle Ressourcen gebunden, Zeit die dem Arzt nicht zur Behandlung und Betreuung von Patienten zur Verfügung steht.

GNS Herzcoach

Der GNS-Herzcoach ist ein spezifisches Online-Werkzeug zur Verbesserung des Wirkungsgrades von Gesundheitsuntersuchungen nach § 25 SGB V (Checkup 35+) mittels Empowerment der Patienten. Die Ziele sind einfach:

- Beeinflussung der Patienten zur Verbesserung des Lebensstils
- Unterstützung der Patienten in ihren Bemühungen um einen gesünderen Lebensstil
- Steigerung der Eigenverantwortung der Patienten

Der "Checkup 35+"dient der Früher-

kennung von Herz-Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie von Diabetes. Nach Anamnese, körperlicher Untersuchung, Überprüfung von Blut- und Urinwerten folgt das Beratungsgespräch. Die Gesundheitsuntersuchung wird von ca. 35% der Anspruchsberechtigten in Anspruch genommen. Ca. 45 Mio Versicherte sind anspruchsberechtigt. Dieses Beratungsgespräch wird nun durch Übergabe eines umfassenden Berichts und die Möglichkeit zur Nutzung einer maßgeschneiderten Coachingplattform im Internet (GNS-Herzcoach) ergänzt.

Die Übermittlung der Ergebnisse der Gesundheitsuntersuchung wird in der Regel weder visuell noch auf eine andere Art und Weise unterstützt. Meist werden sie lediglich im Gespräch mitgeteilt. Dadurch endet der Prozess mit der Mitteilung des Ergebnisses. Obwohl dies für viele Patienten der Beginn eines Lebensstiländerungsprozesses sein müsste, um wirkungsvoll der Entstehung und/oder der Progredienz lebensstilbedingter Erkrankungen zu begegnen, findet dieser Ansatz im bisherigen Verfahren kaum bzw. eine viel zu geringe Beachtung. Allenfalls bleibt es derzeit der individuellen Bedeutungszumessung des behandelnden Arztes überlassen, ob er dem Patienten empfiehlt, sich mehr oder weniger mit derartigen Aspekten zu befassen.

Der GNS Herzcoach wird Teil und erweitert die Gesundheitsuntersuchung (u.a. werden die Dimensionen: Bewegung, Sport, Ernährung, persönliche Ziele etc. erfragt). Der Patient erhält in der Praxis ein Tablet, auf dem eine Offline-Version des GNS-Herzcoachs installiert ist. Er beantwortet die gestellten Fragen und gibt das Tablet an der Rezeption ab. Der sich daraus ergebende Bericht wird gedruckt. Dieser Bericht geht an den Patienten und liegt dem Arzt ebenfalls zur Besprechung vor. Am Ende des Berichts findet sich ein QR-Code, der alle Daten des Reports beinhaltet. Mittels dieses QR-Codes kann der Patient seine Daten selbstständig von zuhause aus weiterbetreuen bzw. weiterführen. Es besteht außerdem eine Schnittstelle zu der digitalen Patientenakte von Vitabook.

IT-gestützte Flächenversorgung, speziell in der Pneumologie

Die Zahl der Lungenfachärzte in Baden-Württemberg ist begrenzt. Die Praxisstandorte sind häufig in Groß- oder Mittelstädten angesiedelt. Die Wege der Patienten in die Praxen sind teilweise sehr weit. Pneumologen behandeln häufig Patienten, die von wiederkehrenden Überweisern kommen, d.h. die Voraussetzungen um Behandlungsprozesse arbeitsteilig zu organisieren sind hier besonders gut.

Des Weiteren sind die pneumologischen Facharztpraxen viel zu sehr mit Routinefunktionen belastet. Darunter leiden die Terminressourcen für neue Patienten. Viele Asthma- und COPD Patienten sind stabil und benötigen keine Routinearztbesuche beim Facharzt, vorausgesetzt die hausärztliche Betreuung ist entsprechend organisiert und der Facharzt erhält regelmäßig Einblick in definierte klinische Daten des Patienten. Ist dies gewährleistet, kann die Zahl der Routinefacharztbesuche um 50 - 75% ohne Qualitätseinbuße gesenkt werden und die ansonsten verstopften Kanäle werden für Neupatienten frei. Hierzu und unter besonderer Anerkennung der geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen, wird das Vitabook-Gesundheitskontos eingesetzt. Für eine effektive und zielgerichtete Versorgung der Patienten ist es zwingend notwendig, dass sich die unterschiedlichen Behandler des Patienten austauschen können – und dass sie über alle relevanten Daten verfügen. Auch können lebensbedrohliche Situationen wie unerwünschte Arzneimittelereignisse so vermieden werden.

An diesem Projekt nehmen Pneumologen und Hausärzte aus ganz Baden-Württemberg teil. Interessenten wenden sich bitte an die Geschäftsstelle der GNS eG.

Mitgliedschaft leicht gemacht.

Unsere aktuelle Beitrittserklärung finden Sie auf unserer Website unter www.gnsued.de/home/mitgliedschaft als PDF zum Download und Ausdrucken. Bei Fragen hierzu wenden Sie sich bitte an unsere Geschäftsstelle unter **07391 586 5458** oder unter **service@gnsued.de**

Impressum

Herausgeber Gesundheitsnetz Süd eG, GNS, Hopfenhausstraße 2, 89584 Ehingen (Donau), www.GNSued.de, service@GNSued.de Fon 07391 5865458, Fax 07391 5865451 **Vorstand** Wolfgang Bachmann, Dr. Friedrich Gagsteiger, Christoph Spellenberg **Redaktion** Dr. med. Klaus Lenz, Internist **Layout/Covergestaltung/Realisation** ‘pyrus Werbeagentur, Ulm, www.pyruswerbeagentur.de **Anzeigenbuchung** Sekretariat, Fax 07391 5865451, service@GNSued.de **Druck** Druckwerk Süd GmbH & Co KG, www.druckwerk-sued.de
Rechte © Gesundheitsnetz Süd eG, **Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit schriftlicher Genehmigung der Redaktion.**
Hinweis Die Redaktion behält sich vor, zugesandte Manuskripte zu kürzen. **Bildquellen** Seite 2: G. Petzold, Seite 8: A. Wagenzik, Seite 9: links oben und bitte links: A. Wagenzik, alle anderen: G. Petzold, Seite 10-14: Messe Stuttgart, Alle weiteren Fotos: GNS

Gesundheitsnetz Süd eG, GNS, Hopfenhausstr. 2, 89584 Ehingen (Donau)
Das nächste Heft erscheint im Juni 2017

Gemeinsame Sitzung von Vorstand & Aufsichtsrat der GNS eG

Datum: Donnerstag, den 06. April 2017 **Uhrzeit:** ab 20:30 Uhr
Ort: Kreiskrankenhaus Ehingen, Konferenzraum Hochsträß
Hopfenhausstr. 6, 89584 Ehingen

Rational verordnen – Regresse vermeiden

Datum: Dienstag, den 25. April 2017 **Uhrzeit:** ab 19:00 Uhr
Ort: Kreiskrankenhaus Ehingen, Konferenzraum Hochsträß
Hopfenhausstr. 6, 89584 Ehingen

DMP-Quattro

Datum: Samstag, den 06. Mai 2017 **Uhrzeit:** 09:00 – ca. 15:00 Uhr
Ort: Ropach Restaurant, Rollinstraße 36,
88400 Biberach an der Riß

Fallkonferenz Geriatrie/Polypharmazie der G'sundregion

Datum: Dienstag, den 09. Mai 2017 **Uhrzeit:** ab 19:00 Uhr
Ort: Kreiskrankenhaus Ehingen, Konferenzraum Hochsträß
Hopfenhausstr. 6, 89584 Ehingen

Moderne Mitarbeiterbindung in der Medizin – Leistungsträger halten!

Datum: Mittwoch, den 10. Mai 2017 **Uhrzeit:** ab 19:00 Uhr
Ort: MVZ Labor Ravensburg, Elisabethenstr. 11
88212 Ravensburg

Gemeinsame Sitzung von Vorstand & Aufsichtsrat der GNS eG

Datum: Donnerstag, den 01. Juni 2017 **Uhrzeit:** ab 20:30 Uhr
Ort: Kreiskrankenhaus Ehingen, Konferenzraum Hochsträß
Hopfenhausstr. 6, 89584 Ehingen

Generalversammlung der GNS eG

Datum: Donnerstag, den 21. Juni 2017 **Uhrzeit:** ab 17:00 Uhr
Ort: Kreiskrankenhaus Ehingen, Konferenzraum Hochsträß
Hopfenhausstr. 6, 89584 Ehingen

Moderne Mitarbeiterbindung in der Medizin – Leistungsträger halten!

Datum: Mittwoch, den 28. Juni 2017 **Uhrzeit:** ab 19:00 Uhr
Ort: Hotel Restaurant Eninger Hof,
Am Kappelbach 24, 72800 Eningen u. A.

Anmeldung und Programm über die Homepage oder per Email an die **service@gnsued.de**