



2. gevko Symposium

22.09. & 23.09.2015

Berlin



Von der Schnittstelle zur Schnittmenge
gesundheit · versorgung · kommunikation
Das gevko Symposium

22. - 23. September 2015
RAMADA Hotel Berlin Alexanderplatz, Karl-Liebknecht-Str. 32, 10178 Berlin

**Eröffnungsrede von Prof. Dr. med. Guido Noelle, Geschäftsführer der gevko
zur Eröffnung des gevko Symposium am 22.09.2015 in Berlin**

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen,

ich freue mich sehr, Sie zu unserem zweiten gevko Symposium begrüßen zu dürfen. Es ist ziemlich genau ein Jahr her, dass wir Sie zum ersten Mal in diesem Rahmen eingeladen haben. Wir waren damals selbst ein bisschen überrascht, dass unsere erste Veranstaltung bei Ihnen solch einen positiven Anklang gefunden hat – und das trotz der sehr kurzfristigen Vorbereitung und einem eher spontanen Einfall folgend. In diesem Jahr haben wir uns daher sehr frühzeitig zu einer Fortsetzung entschieden, in der Hoffnung unserem Qualitätsanspruch an Sie inhaltlich und organisatorisch gerecht zu werden. Einerseits weil in 2015 sehr viel große Themen adressiert wurden und werden (Stichworte VSG, e Healthgesetz, Internetmedizin, Big Data, Innovationsfond). Andererseits aber auch, weil wir natürlich wissen wollten, ob der Erfolg der Veranstaltung im vergangenen Jahr nicht nur auf unser Anfängerglück zurück zu führen ist.

Bei der Vorbereitung des Programmes merkten wir schnell, dass wir nicht alle aktuellen Themenfelder in einem Tag unterbringen können, so dass wir uns diesmal für ein zweitägiges Format entschieden haben. Das gab uns dann auch die Gelegenheit, am zweiten Veranstaltungstag drei Workshops einzuplanen, in denen wir die Schwerpunktthemen Vertragsgestaltung, Schnittstellentechnologie und Big Data ausführlich erörtern können. Ich hoffe nur, dass es bei der dritten Veranstaltung nicht drei Tage werden.

Das Motto des diesjährigen Symposiums lautet „von der Schnittstelle zur Schnittmenge“. Was bedeutet dies? Es bedeutet im nicht-technischen Sinne, dass viele der aktuell diskutierten Themen im Bereich eHealth und Telematik nicht länger nur aus einer Perspektive heraus (LE, Kassen, Versicherte) isoliert betrachtet werden können. Stattdessen geht es um die Abbildung digitaler Prozesslandschaften unter konsequenter Einbindung aller Beteiligten. Nur dann lassen sich Effizienz- und Qualitätsreserven, die in unserem

Gesundheitswesen zweifelsfrei schlummern, zu Tage fördern. Die Schnittmenge selbst sollte dabei immer der Patient selbst sein, der leider von allen „Professionellen“ zu oft vergessen wird. So haben wir für die Themenfelder unserer Veranstaltung namhafte Referenten gesucht und gefunden, die das zu dem jeweiligen Themenkomplex vorhandene Meinungsspektrum in seiner – oft auch kontroversen – Vielfalt abbilden und darstellen können. Insofern freue ich mich auf einen offenen und streitbaren, aber immer im Sinne der Sache stehenden konstruktiven Meinungs austausch.

Im Rahmen unserer Abendveranstaltung wird darüber hinaus genügend Raum sein, um sich auszutauschen, kennenzulernen und hoffentlich über gemeinsame Berührungspunkte und Interessen hinaus auch Schnittmengen zu entdecken. Ich freue mich dabei auch sehr auf unser Abendprogramm mit dem Duo "Lilly was here". Und auch wenn meine Mitarbeiter enttäuscht sein werden, verspreche ich Ihnen schon jetzt, dass ich dabei nicht die Schnittstelle tanzen werde.

Insbesondere auch zum Wohle der Patienten bringt uns auf Dauer nur eine konstruktive Zusammenarbeit weiter. Wenn Sie mich fragen, warum wir so große Probleme bei der technischen Vernetzung im Gesundheitswesen haben, dann deswegen, weil die Vernetzung in den Köpfen der Beteiligten zu Gunsten der Patienten nicht oder erst ansatzweise begonnen hat, aber dort beginnen muss. Diese Vernetzung in den Köpfen setzt jedoch eine neue gegenseitige Vertrauenskultur voraus. Und vergessen Sie dabei bitte nicht, auch Sie sind potentiell irgendwann einmal Patient! Lassen Sie mich an dieser Stelle, auch in Ihrem Namen, allen beteiligten Referenten und den Mitarbeitern der gevko meinen Dank aussprechen für die tolle und engagierte Vorbereitung und Organisation dieser Veranstaltung. In den zwei Tagen wird Sie mein langjähriger beruflicher Wegbegleiter, Herr Dirk Albers, als Moderator begleiten. Lieber Dirk, herzlichen Dank dafür. Ich freue mich nun sehr, Ihnen als KeyNote Sprecher Herrn Martin Litsch, den Vorstandsvorsitzenden der AOK NORTHWEST und kommissarischen geschäftsführenden Vorstand des AOK Bundesverbandes, ankündigen zu dürfen. Herr Litsch, der auch Vorsitzender des Managementbeirats der gevko ist, wird zum Thema „Die Rolle der Digitalisierung im Gesundheitswesen im Kontext zukünftiger Herausforderungen“ referieren. Lieber Herr Litsch, ich hoffe, dass wir auch erfahren werden, mit welchen der drei Hüte Sie uns begrüßen werden. Meine Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen, ich wünsche Ihnen nun eine spannende und interessante Veranstaltung. Ich hoffe, auch wenn dies keine Veranstaltung der Heilpraktiker ist, auf eine hoffentlich kurzweilige Unterhaltung!



Die Rolle der Digitalisierung im Gesundheitswesen im Kontext zukünftiger Herausforderungen

Martin Litsch,
Geschäftsführender Vorstand (komm.)
AOK-Bundesverband

Berlin, den 22. September 2015



Habemus papam



Habemus papam



These 1:

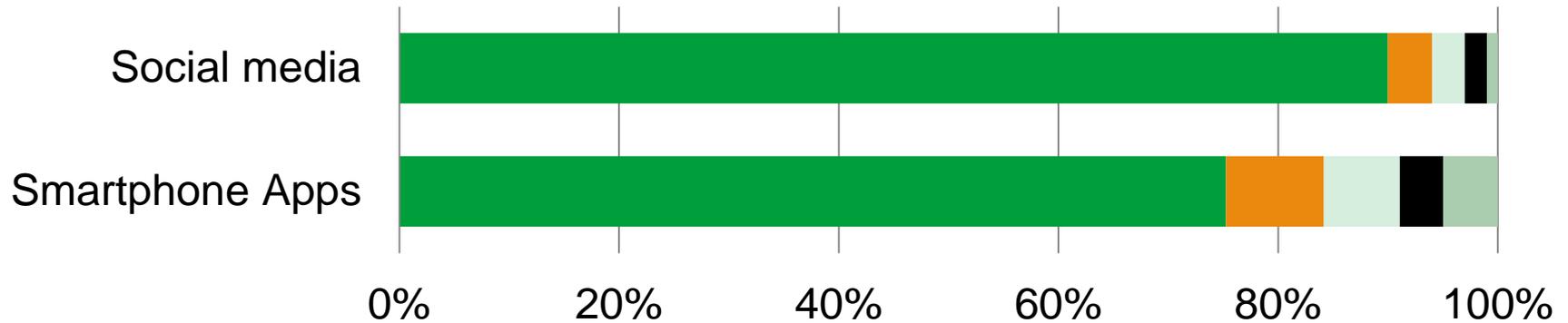
**PATIENTEN UND VERSICHERTE HABEN
ERWARTUNGEN UND ANFORDERUNGEN AN
DIE DIGITALISIERUNG IM GESUNDHEITS-
WESEN.**

Bedürfnisse bleiben gleich – Verhalten ändert sich

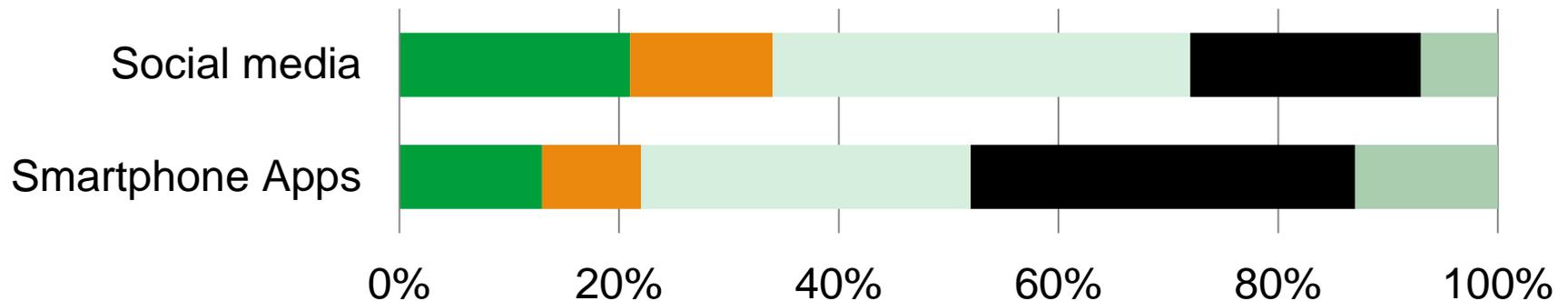
| Bedürfnisse | Zukünftiges Verhalten |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| „Gesundheit versichern“  | Versicherte werden mehr Kommunikationskanäle verwenden und digitale Kanäle intensiver nutzen |
|  innerhalb eines sicheren Umfeldes | Verhaltensmuster ändern und verstärken sich: |
| und mittels eines bequemen Zugangs | Mitgestaltung, Networking, Individualisierung  |
|  Grundbedürfnisse werden sich durch Digitalisierung nicht ändern |  Verhalten der Versicherten wird sich ändern |

Nutzung von digitalen Angeboten zu Gesundheitsfragen

Deutschland



Singapur

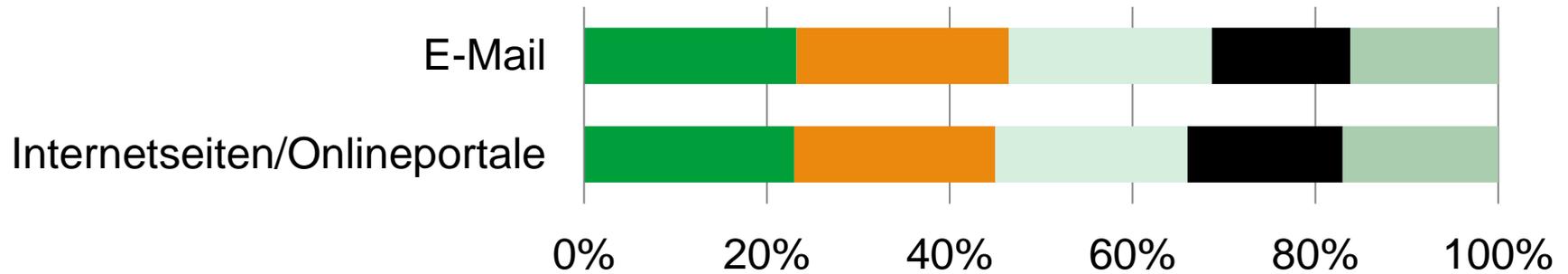


- **Überhaupt nicht**
- **1 mal jährlich**
- **2 mal jährlich**
- **3-4 mal jährlich**
- **>4 mal jährlich**

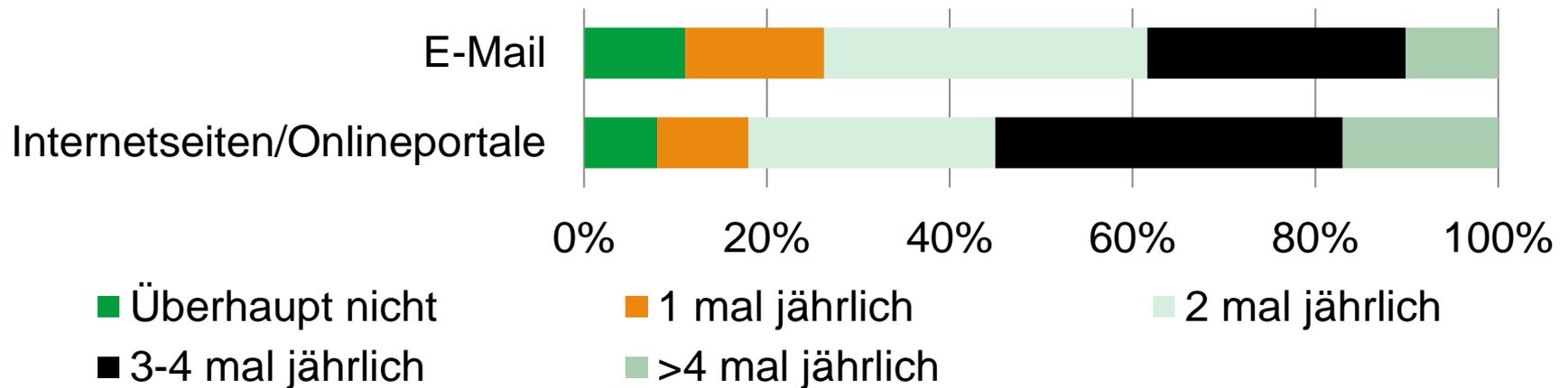
Quelle: Eigene Darstellung nach McKinsey Digital Patient Survey, 2014

Nutzung von digitalen Angeboten zu Gesundheitsfragen

Deutschland



Singapur



Quelle: Eigene Darstellung nach McKinsey Digital Patient Survey, 2014

These 2:

**DATENSCHUTZ IST WICHTIG –
DARF ABER NICHT ALS VERHINDERUNGS-
INSTRUMENT DIENEN.**



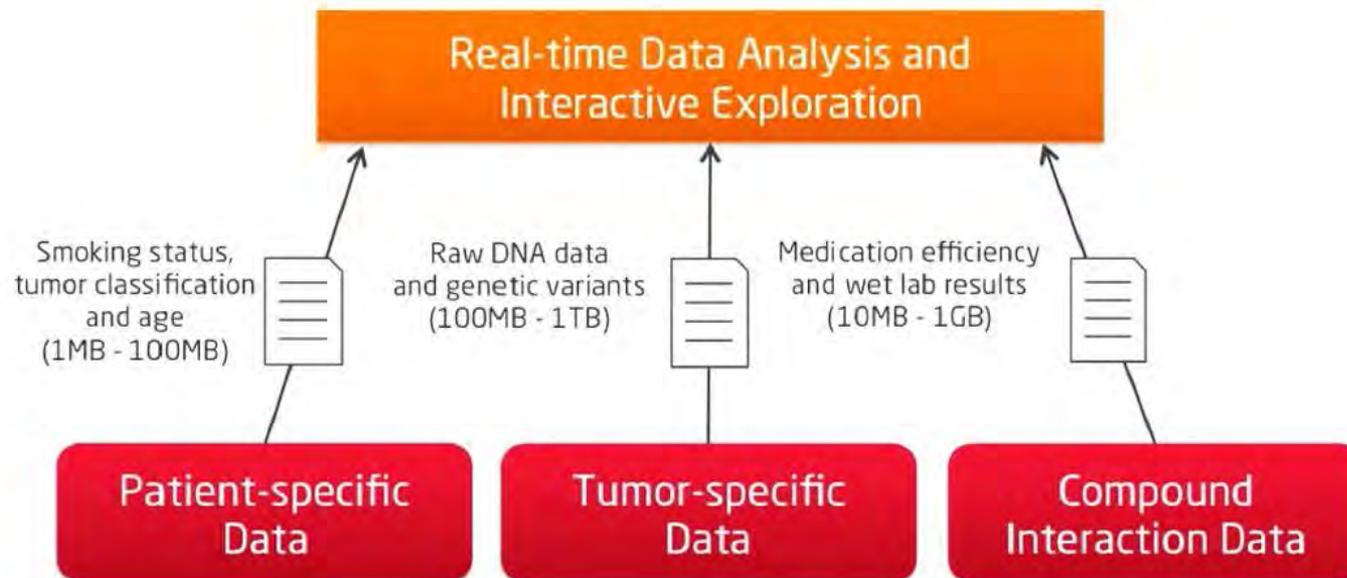
Beispiel: Drug Response Analysis

Drug Response Analysis Data Sources



Enabling Precision
Medicine by
In-Memory Technology

Christoph Meinel,
Matthieu Schapranow



These 3:

**DIE GRÖßTE HERAUSFORDERUNG UND
CHANCE IST UNSER EIGENES
(UN)VERMÖGEN IM RAHMEN DER
SELBSTVERWALTUNG LÖSUNGEN ZU
ENTWICKELN.**

Blockade der Selbstverwaltung

Ärzte drohen mit Ausstieg aus dem Gesundheitskartenprojekt

 heise online 09.05.2007 08:58 Uhr – Detlef Borchers

In einer [gemeinsamen Erklärung](#) haben sich alle wichtigen Arztorganisationen im Vorfeld des Deutschen Ärztetages kritisch zur Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) geäußert. Der Berufsverband Deutscher Internisten, die Bundesärztekammer, der Deutsche Hausärzteverband, die Gemeinschaft der Fachärztlichen Berufsverbände, die Kassenärztliche Bundesvereinigung, der Marburger Bund, Hartmannbund und NAV-Virchow-Bund drohen mit dem Ausstieg der Ärzte aus dem Projekt, wenn den Ärzten nicht die gesamten Kosten für die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte vergütet werden. Außerdem fordern die Verbände von der Projektgesellschaft Gematik, "eine umfassende, gleichwohl für technische Laien verständliche Gesamtbeschreibung der bis jetzt konzipierten technischen Lösungen und besonders der Sicherheitskonzepte zu erstellen".

ÄRZTESCHAFT

Vertreterversammlung der KV Hessen will weiterhin keine E-Card

Dienstag, 12. Februar 2008

Frankfurt - Der Termin für die deutschlandweite Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (E-Card) steht noch nicht fest. Die [Vertreterversammlung \(VV\)](#) der [Kassenärztlichen Vereinigung \(KV\) Hessen](#) hat sich daher auf ihrer Sitzung am 09. Februar in Frankfurt nochmals vehement gegen die Einführung der E-Card ausgesprochen. Es gebe nach wie vor gravierende Sicherheitsbedenken.

ÄRZTESCHAFT

KV Hamburg warnt vor mehr Bürokratie in Praxen

Montag, 5. Dezember 2011

Hamburg – Gegen mehr Bürokratie, die mit der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) in Praxen einziehen könnte, hat die [Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung \(KV\) Hamburg](#) votiert. „Mit Einführung der eGK müssen die Arztpraxen bei jedem Patienten online die Korrektheit der Adressdaten prüfen“, sagte Hausärztin Silke Lüder. Das koste viel Zeit, die Ärzte besser für die Patientenversorgung aufwenden würden.

FREIE ÄRZTESCHAFT E.V.

Nordrheinische Ärzte fordern: Kassenärztliche Bundesvereinigung soll Gematik verlassen

10.05.2013 – 09:53

Düsseldorf (ots) - Die Vertreter der nordrheinischen Vertragsärzte sind sich einig: Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) soll die Gematik, die Organisation zur Einführung der elektronischen Gesundheitskarte, verlassen. Ohne Gegenstimme beschloss die Vertreterversammlung (VV), höchstes Organ der kassenärztlichen Vereinigung, das am Mittwoch in Düsseldorf.

Sichtweise der Politik

Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen („eHealth-Gesetz“)



Quelle: Dr. Katja Leikert, MdB

im Rahmen ihres Vortrages auf dem Hauptstadtkongress 2015

Nach Jahren des Stillstands...

Ärzte Zeitung online, 15.01.2015

Kommentieren (9) ★★★★★

E-Health-Gesetz

Kassen geht Pauschale für Ärzte zu weit

Die geplante finanzielle Förderung des elektronischen Arztbriefes könnte für neuen Streit beim E-Card-Projekt sorgen.

Von Rebekka Höhl

Sie befinden sich hier: Home » Praxis & Wirtschaft

Ärzte Zeitung online, 29.05.2015

Kommentieren (0) ★★★★★

E-Health-Gesetz

Apotheker finden sich nicht wieder

Deutschlands Apotheker sehen in Bezug auf die Arzneimitteltherapiesicherheit große Lücken im Kabinettsentwurf zum E-Health-Gesetz.

BERLIN. Die Apothekerschaft mahnt Nacharbeiten des Gesetzgebers in Sachen Medikationsplan

FREIE ÄRZTESCHAFT E.V.

Freie Ärzteschaft: E-Health-Gesetz zwingt Ärzte und Patienten zur Datenpreisgabe

15.01.2015 – 12:38

Sie befinden sich hier: Home » Praxis & Wirtschaft

Ärzte Zeitung, 11.02.2015

Kommentieren (1) ★★★★★

E-Health-Gesetz

Verbraucherschützer üben Kritik

BERLIN. E-Health und eine zentrale Infrastruktur könnten zwar zur Lösung vieler Probleme im deutschen Gesundheitswesen beitragen, sagt der Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv)

Sie befinden sich hier: Home » Praxis & Wirtschaft

Ärzte Zeitung, 23.02.2015

Kommentieren (2) ★★★★★

E-Health-Gesetz

Ein Rückschlag für die Telemedizin?

Die Telemedizin bleibt im E-Health-Gesetz nur eine Randnotiz, moniert die Deutsche Gesellschaft für Telemedizin.

BERLIN. Zuckerbrot und sehr viel mehr Peitsche - so liest sich die Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Telemedizin (DGTeleMed)

These 4:

WIR MÜSSEN RAUS AUS EINGEFahrenEN STRUKTUREN. EIN BLICK ÜBER DEN TELLERRAND HILFT.

These 5:

**WIR SIND BEREITS AUF DEM RICHTIGEN
WEG.**



Innovative Lösungen

| Problemdefinition | Lösung „analog“ | Lösung „digital“ |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <p>Patienten sind nicht über die Qualität der stationären Versorgung informiert und können die Klinik für eine anstehende planbare OP nicht informiert auswählen</p> | <p>Qualitätsberichte der Krankenhäuser Nachteile: Lesbarkeit, Verständlichkeit, Qualität der Daten, Vergleiche schwierig und aufwändig</p> | <p>AOK-Krankenhausnavigator auf Basis der QSR-Daten</p> |
| <p>Behandlung von Patienten mit chronischen Erkrankungen, bspw. Herzinsuffizienz uneinheitlich</p> | <p>Einführung der DMP, bspw. koronare Herzkrankheit</p> | <p>Telemedizinprojekte (zur Herzinsuffizienz)</p> |
| <p>Präventionsbemühungen und Eigenverantwortung für die eigene Gesundheit durch das Gesundheitssystem nicht gefördert</p> | <p>Kostenübernahme und Zertifizierung von Präventionskursen</p> | <p>Zuschüsse für quantified-self - Geräte</p> |

Beispiel: gevko



URKUNDE

Die gevko GmbH

erzielt beim **14. eGovernment-Wettbewerb**
mit der Wettbewerbseinreichung

„**ARMIN – Arzneimittelinitiative Sachsen-Thüringen**“

den

3. Platz

in der Kategorie

„**Bestes eHealth Projekt 2015**“



Die AOK beteiligt sich ist bundesweit an einer Vielzahl telemedizinischer Projekte – sie müssen aber bestimmte Anforderungen erfüllen.

AOK Niedersachsen

- Telemedizin
Herzinsuffizienz

AOK Nordwest

- HerzAs 2.0

AOK Rheinland/Hamburg

- Herzplus
- Rücken plus
- Videounterstützte
Parkinsontherapie

AOK Baden-Württemberg

- HeiTel



AUSWAHL

AOK Nordost

- Agnes
- Fontane
- TMZ Brandenburg

AOK PLUS

- HerzAktiv

AOK Bayern

- Herz Plus
- COPD Plus
- TEMPiS





Entwicklung besonderer Versorgungsformen nach VSG II, eHealth-Gesetz und Innovationsfonds.



Kassenärztliche
Bundesvereinigung

Körperschaft des öffentlichen Rechts



gevko Symposium 2015

22. - 23. September 2015
RAMADA Hotel Berlin Alexanderplatz

Entwicklung besonderer Versorgungsformen nach VSG II, e-Health- Gesetz und Innovationsfonds

Veränderungsfaktoren haben unmittelbare Auswirkungen auf die medizinische Versorgung – und erfordern andere Muster der Versorgung

Veränderungsfaktoren

Veränderte Lebensvorstellungen

- Geänderte Lebensentwürfe der Ärzte und Psychotherapeuten
- Starke Verknüpfung der Niederlassungsentscheidung mit Umfeldfaktoren
- Neue Berufsfelder
- Familie und Beruf



Auswirkungen Fortschritt

- (Über) Spezialisierung und Fragmentierung der Versorgung
- Zukünftige Stärkung des ambulanten Sektors

Demographischer Wandel

- Steigende Lebenserwartung
- Verstärkung
- Sinkende Attraktivität ländlicher Bezirke
- Chronifizierung von Krankheiten / Multimorbidität

Der Zutritt von Innovationen entscheidet über die Zukunftsfähigkeit der gesundheitlichen Versorgung



- Ausrichtung an Akutversorgung
- Einzelerkrankung im Vordergrund
- Medikalisierung des Alltagslebens
- Unterschätzung des sozialen Anteils an Gesundheit
- Fehlendes Element der Koordination
- Ungenügende Vernetzung und Verzahnung der Versorgung

Sterbenskrank in Nord und Ost

Berliner Gesundheitsforscher untersuchen vermeidbare Todesfälle in Deutschland

Von Birgitta vom Lehn

Im Norden Deutschlands sind die Menschen kränker als im Süden, in den alten Bundesländern gibt es mehr Brustkrebs als in der Ex-DDR. Dort sterben wiederum besonders viele Menschen an Herz-Kreislaufkrankungen. Das sind Ergebnisse einer Studie von Forschern des Fachgebiets Management im Gesundheitswesen der Technischen Universität Berlin unter Leitung von Leonie Sundmacher. Sie gingen der Frage nach, wie viele „vermeidbare Sterbefälle“ es in Deutschland gibt und wie diese sich auf der Landkarte verteilen, und zwar mit Blick auf 439 Kreise und kreisfreie Städte. Sie analysierten Todesfälle aus den Jahren 2000 bis 2004.

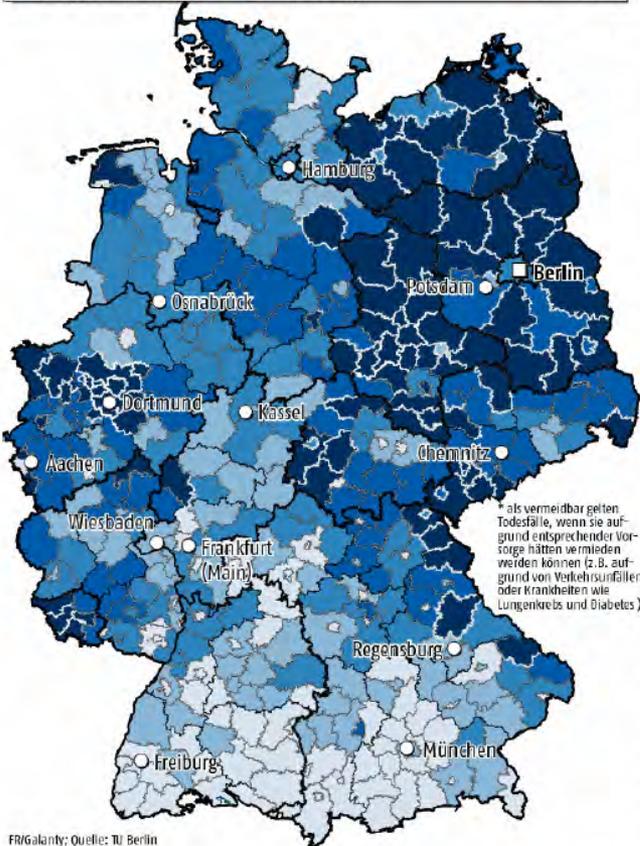
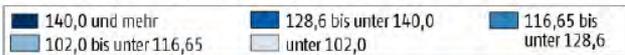
Zu den vermeidbaren Sterbefällen zählen die Gesundheitsforscher 35 Todesursachen gemäß der Definition der Weltgesundheitsorganisation, darunter Tuberkulose, Infektionen, Sepsis, Masern, Krebs, Herz-Kreislaufkrankungen, Diabetes: Für sie gelte, dass sie bei entsprechender Vorsorge in großer Zahl hätten verhindert werden können.

„Verschleierung“

Während auf Länderebene nur ein Nordost-Süd-Gefälle erkennbar ist – wonach der Süden besser wegkommt – zeigen sich auf

Sterbefall-Rate Männer

Mittelwerte der jährlich vermeidbaren Sterbefälle* pro 100 000 Einwohner



FR/Galanity; Quelle: TU Berlin

in der unterschiedlichen Familienpolitik und -planung in beiden deutschen Staaten liegen“, vermuten die Autoren. 1989 war die durchschnittliche Erstgebärende in der DDR 22 Jahre jung, in Westdeutschland fast 27. Die Kinderzahl der Westfrauen lag 1989 bei durchschnittlich 1,3, der Ostfrauen bei 1,6 und damit „deutlich höher“. Auch das könnte das Brustkrebsrisiko beeinflussen.

Bösartige Neubildungen (Tumore) der Gebärmutter finden sich häufiger in Ost- und Norddeutschland und vereinzelter in West- und Süddeutschland. Mögliche Ursache könnte die schlechtere Nutzung von Vorsorgeuntersuchungen oder ein dünneres gesätes ärztliches Versorgungsnetz sein, spekulieren die Forscher.

Häufigste vermeidbare Todesursache bei den Männern ist der Lungenkrebs. Er findet sich besonders häufig in Ostdeutschland, im Westen Nordrhein-Westfalens, im Saarland und Teilen Nordwestdeutschlands. Eine ähnliche Verteilung ergibt sich für den Prostatakrebs. Die Studienautoren geben für die erhöhte Lungenkrebsrate vor allem dem hohen Tabakkonsum die Schuld.

Ausnahmen bildeten die Stadtstaaten Berlin und Bremen, die zwar einen Raucheranteil von mehr als 36 Prozent haben, bei den Todesfällen durch Lungenkrebs jedoch nicht weit über dem

Themenauswahl VStG (VSG II)

- §27b, Abs. 2, Satz 2-4: Zweitmeinungsverfahren
- §39a , 1a: Entlassmanagement
- §46 Krankengeldregelung
- §64 Bereinigungsregelungen
- §75 Terminservicestellen/Sicherstellungsauftrag
- §75a Förderprogramm Weiterbildung
- §92a Innovationsfonds
- §§100/101/103: Bedarfsplanung, Aufkaufregelung
- §116b: Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (Wegfall Einschränkung schwere Verlaufsformen Onkologie/Rheumatologie), Bestandsschutz Krankenhäuser, Abrechnung über öffentlich-rechtliche Stellen
- §117 Hochschulambulanzen
- §140 a Besondere Versorgung

Wettbewerb braucht Unterstützung

Wettbewerb im Gesundheitswesen - 19. Juni 2008

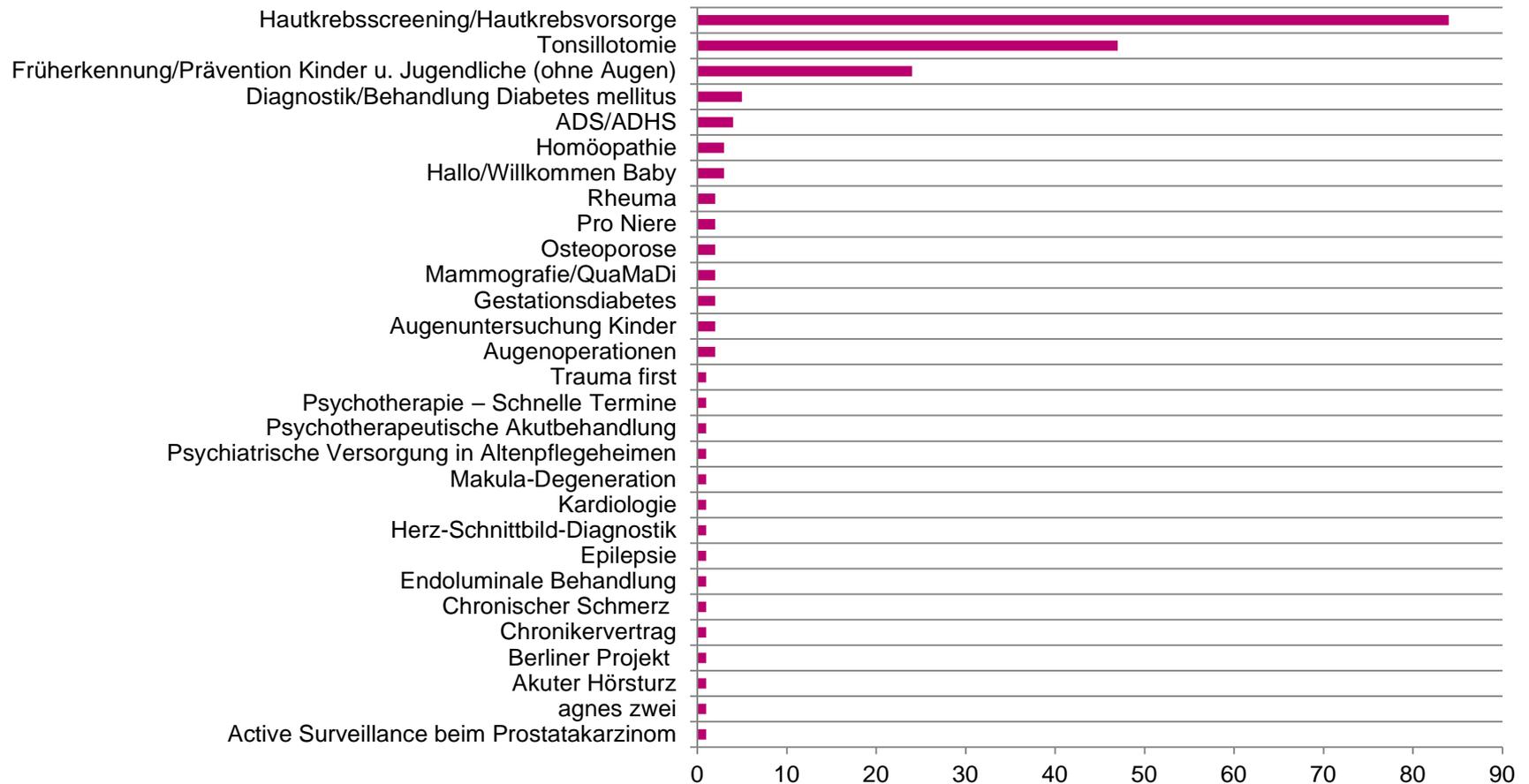
Glossar des BMG

• Preis- und Vertragswettbewerb

Mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen bringt vor allem mehr Bedarfsgerechtigkeit, eine bessere Qualität, mehr Effizienz, geringere Kosten sowie weniger Bürokratie. Dazu muss sich der Wettbewerbsgedanke in allen Bereichen des Gesundheitswesens stärker durchsetzen: zwischen den Krankenkassen, zwischen den Anbietern medizinischer Leistungen und im Verhältnis der Krankenkassen zu den Leistungserbringern - Ärzten und Krankenhäusern.



Vergleichsweise wenige Versorgungsverträge §73c SGB V



Systemidee: Innovationsfonds

UNLEASHING INNOVATION: Excellent Healthcare for Canada

Report of the Advisory Panel on
Healthcare Innovation



Canada

“The federal government should establish a National Health System Innovation Fund targeted to provinces and territories to support the adoption of health system innovations. Funding criteria should be designed to not only support the development of these innovations but to incent their adoption on a scaled-up basis.”

Stakeholder Submission

| PDF | Print | Share

About the NHS Institute for Innovation and Improvement

The NHS Institute was established in July 2005 to support the transformation of the NHS, through innovation, improvement and the adoption of best practice. We enable and support the NHS system to transform health and healthcare for patients through a strategy of creating inventive, clinically-led and tested practical ideas which will build skills and capability for continuous improvement.



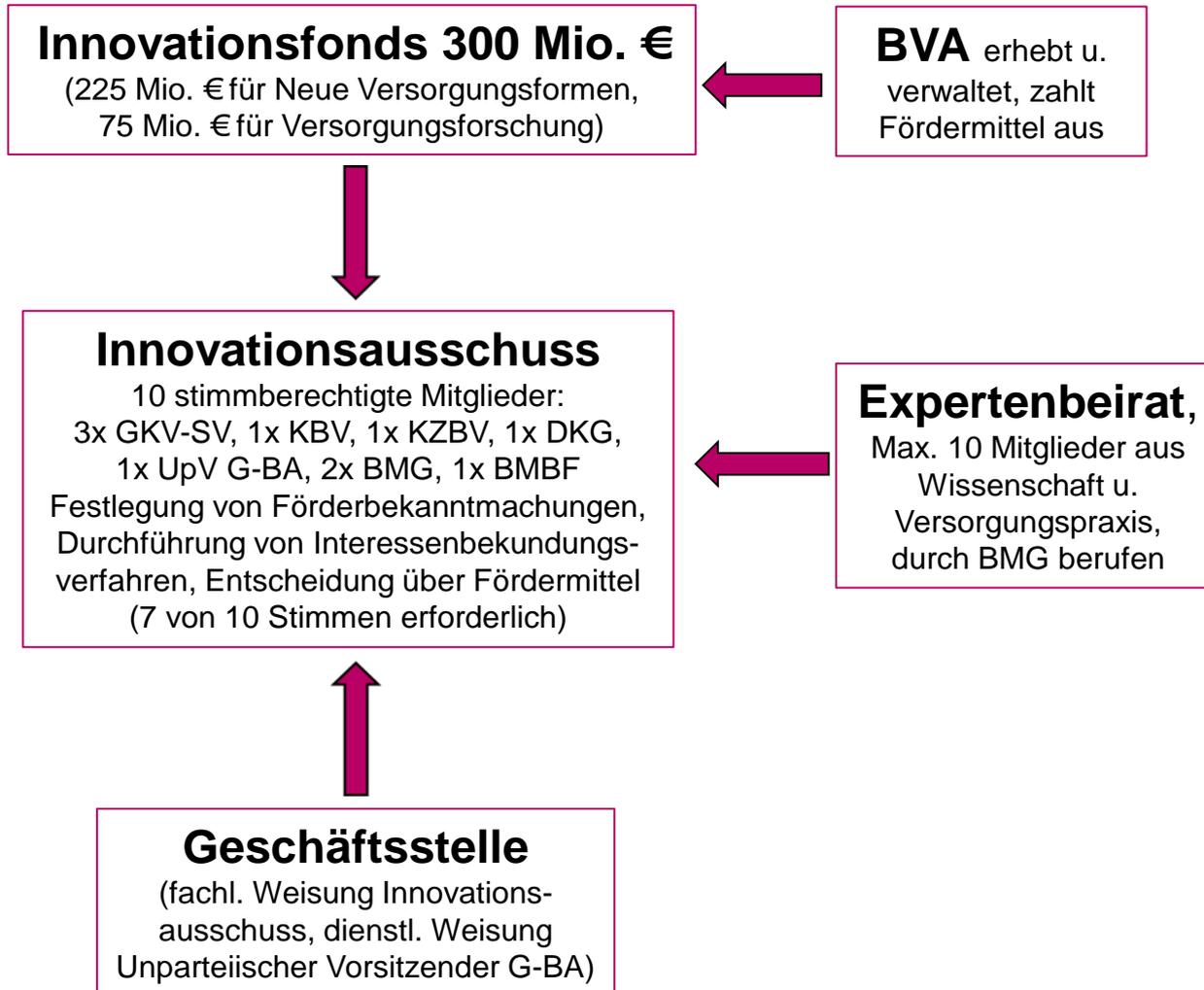
NHS Ins

On 1 April 2013 NHS Improving Quality was established to bring together the wealth of knowledge, expertise and experience of NHS improvement organisations. As a consequence, the NHS Institute for Innovation and Improvement no longer currently exists on the NHS Commissioning Board.

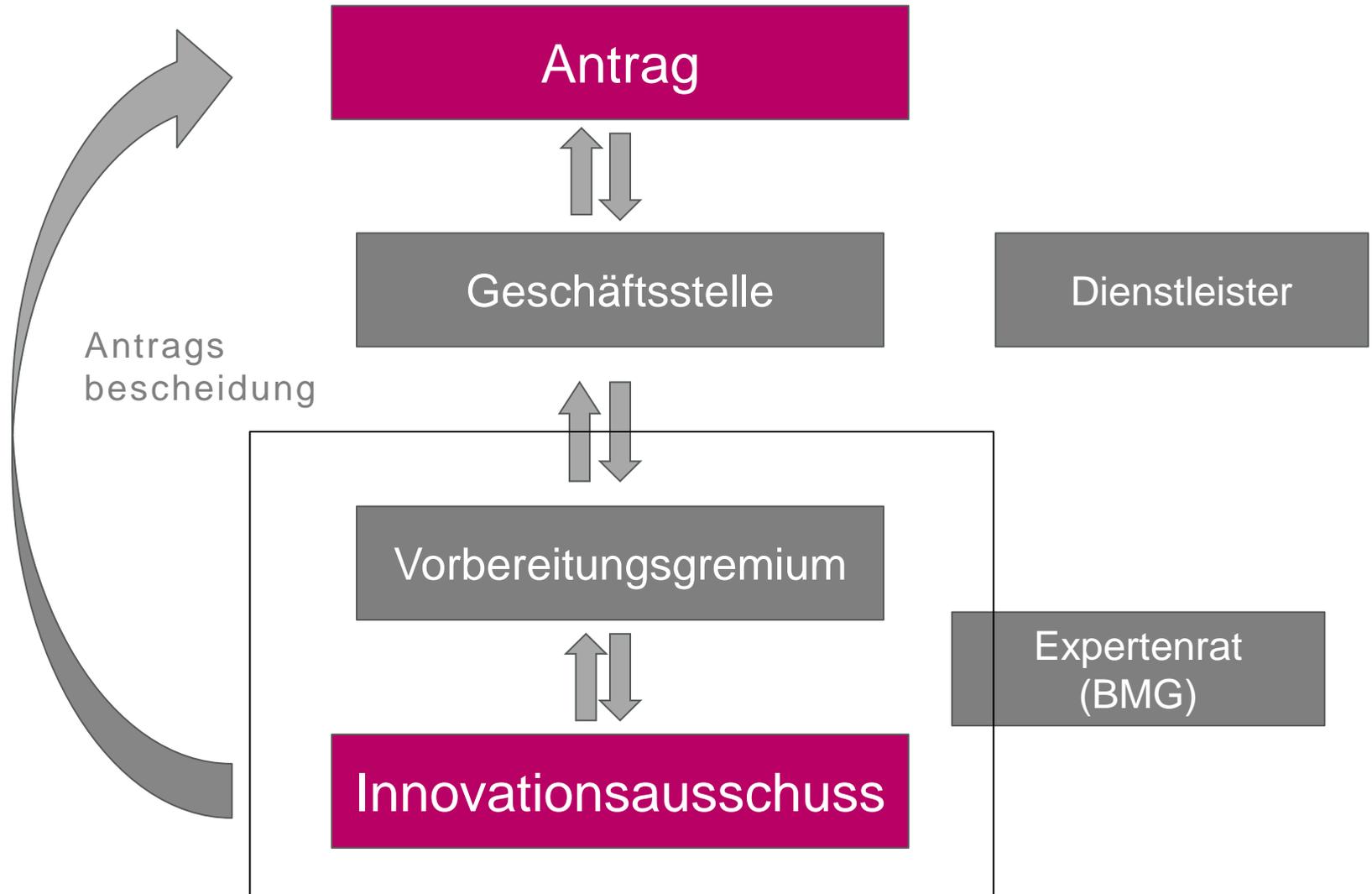
When the NHS Institute closes the majority of our programmes will finish on this date, though some are likely to continue within NHS Improving Quality. Work is currently being undertaken to determine the priorities for NHS Improving Quality, which will support both the Outcomes Framework and the work of the NHS Commissioning Board's Five Domains:

1. Prevention
2. Long Term Conditions
3. Acute Care
4. Patient Experience
5. Safety

Struktur des Innovationsfonds



In Analogie zu vergleichbaren Institutionen bieten sich Umsetzungsoptionen an



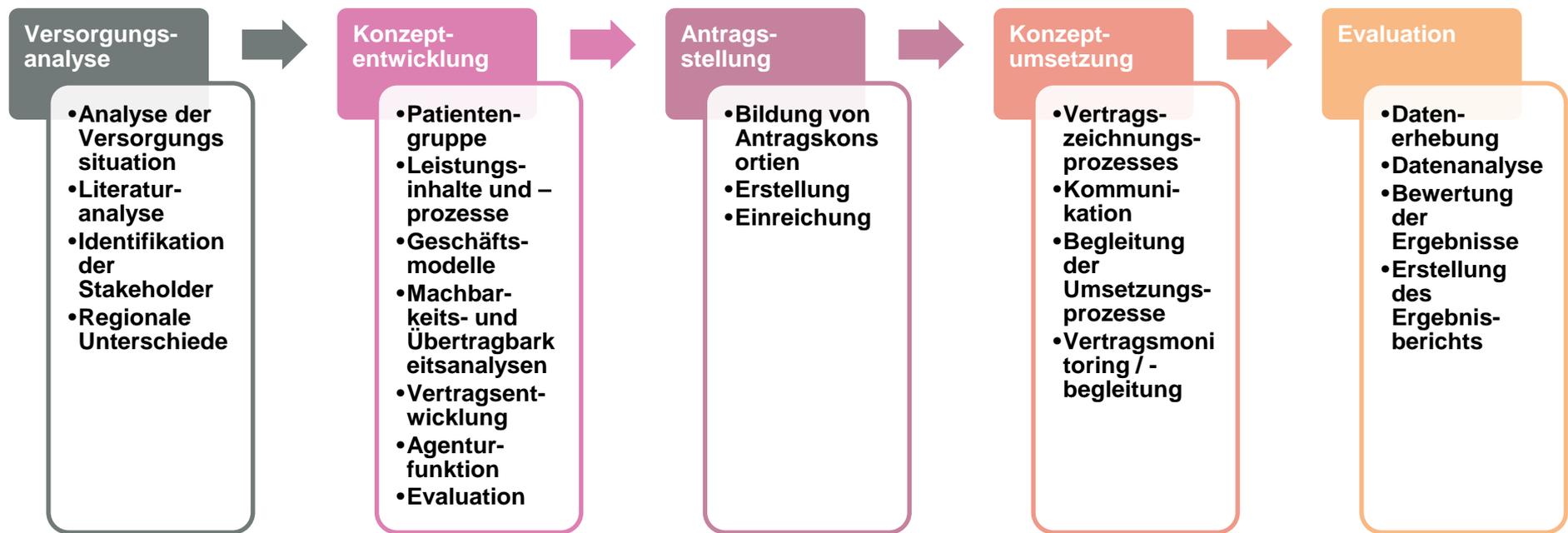
Erwartungen an den Innovationsfonds

- Innovationsfonds als Innovation betrachten
- Konzentration auf Versorgungsthemen fördern
- F+E in der Regelversorgung als Ergänzung zu anderen Instrumenten des Innovationszutritts
- Nutzung der Mittel zur Weiterentwicklung der vertragsärztlichen Versorgung im Kollektivvertrag durch erfolgreiche Innovationsfondsprojekte
- Nutzung der Versorgungsforschung zur Evaluation von Ansätzen guter Versorgung einschließlich Etablierung von Routinen der Evaluation der Regelversorgung

Cave:

- Wettbewerbsorientierung des Innovationsfonds behindert Versorgungsorientierung
- Wettlauf gegen die Zeit: 4-Jahreszeithorizont

Potenzielles Beratungs- und Servicespektrum im KV-System als Antragssteller und/oder Konsortialpartner



Beispiele für Projekte Schwerpunkt: echte Versorgungsthemen

Gesetzgeberische Aufträge



Pflegeheimversorgung

Überführung regionaler Verträge



HIV/AIDS

Vorschläge Berufsverbände



AD(H)S

Grenzen des Wettbewerbs



Hämophilie



Reduktion Alkoholkonsum



Neuropsychiatrische Versorgung



Schmerztherapie



Palliativmedizin



Harninkontinenz



Herzinsuffizienz



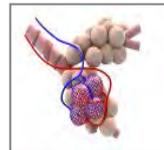
Mukoviszidose



Pflegende Angehörige



Ambulante geriatrische Rehabilitation



COPD



Darmkrebs



Rheumatoide Arthritis



Essstörungen



Chronische Wunden

Grundlagen für eine Erprobung sind gelegt

Veröffentlichung des Entwurfs im Januar 2015

Psychotherapie – Akutintervention und Rezidivprohylaxe
KBV-Vertragswerkstatt

Die Top-Ten der Krankenhaus-Diagnosen

Fallzahlen bei psychischen Erkrankungen in der EU im Mio., 2011 (Schätzwerte)

Ergänzung der Richtlinien-Therapie

Projektstand

- Begriffsdefinition Akutintervention
- Berufsrechtlich geprüft
- Vertrag ergänzt die Richtlinie
- Leitlinie findet Beachtung
- Vergütung für das konsiliarische Gespräch ergänzt

Akut-intervention → **Richtlinien-Psychotherapie** → **Rezidiv-prophylaxe**

Ggf. anschließend Richtlinien-therapie Ggf. nach Abschluss der Richtlinien-therapie



**Kassenärztliche
Bundesvereinigung**
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Anlage ... zum Bundesmantelvertrag-Ärzte

„Vertrag zur Versorgung von
Patienten mit neurologischen
und psychischen
Erkrankungen“
-Arbeitsentwurf-

Mit dem §140a neu entsteht ein neuer Rahmen für die Vertragslandschaft

**Gesetz
zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung
(GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG)**

Vom 16. Juli 2015

Wegfall § 73a und § 73c SGB V

Die Krankenkassen können Strukturverträge sowie Verträge über eine besondere ambulante ärztliche Versorgung nunmehr über den neu gefassten § 140a schließen. Die Abschlusskompetenz der Landesverbände der Krankenkassen im bisherigen § 73a ist entbehrlich, da die einzelnen Krankenkassen ihren Landesverband mit dem Abschluss eines gemeinsamen Vertrages beauftragen können. Sofern Verträge zur Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137f auf Grundlage der §§ 73a oder 73c geschlossen wurden, erfordert die Bündelung der Vertragskompetenzen in § 140a keine Änderung oder erneute Vorlage der Verträge an das Bundesversicherungsamt nach § 137g.

(Quelle: Gesetzentwurf der Bundesregierung 25.02.2015)

§ 140a SGB V Besondere Versorgung

- Kassenärztliche Vereinigungen als Vertragspartner
- Teilnahme ist nicht Teil des Sicherstellungsauftrags der KVen
- Aber: Teile der Sicherstellung können über §140a SGB V organisiert werden (Beispiel HPG)
- Leistungssektorenübergreifend / Interdisziplinär fachübergreifend
- Nachweis der Wirtschaftlichkeit innerhalb von 4 Jahren
- Managementverträge möglich
- Keine bundesweite Präventivkontrolle durch die Aufsicht/keine Satzungsänderung erforderlich

„§ 73a- / § 73c- Altverträge“
gelten fort!

Gesetzentwurf der Bundesregierung

E-Health Gesetz

Entwurf eines Gesetzes für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen

„§ 31a Medikationsplan

(1) Versicherte, die gleichzeitig mindestens drei verordnete Arzneimittel anwenden, haben ab dem 1. Oktober 2016 Anspruch auf Erstellung und Aushändigung eines Medikationsplans in Papierform durch einen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt. Das Nähere zu den Voraussetzungen des Anspruchs nach Satz 1 vereinbaren die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bis zum 30. Juni 2016 mit Wirkung zum 1. Oktober 2016 als Bestandteil der Bundesmantelverträge.

§ 87 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 6 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen prüfen, inwieweit bislang papiergebundene Verfahren zur Organisation der vertragsärztlichen Versorgung durch elektronische Kommunikationsverfahren ersetzt werden können. Das Ergebnis der Prüfung ist dem Bundesministerium für Gesundheit spätestens am 31. Dezember 2016 vorzulegen.“

Einheitliche Standardsetzung im Bereich grundlegender und immer wiederkehrender Kommunikation mit Mehrwerten für die Systementwicklung verbunden

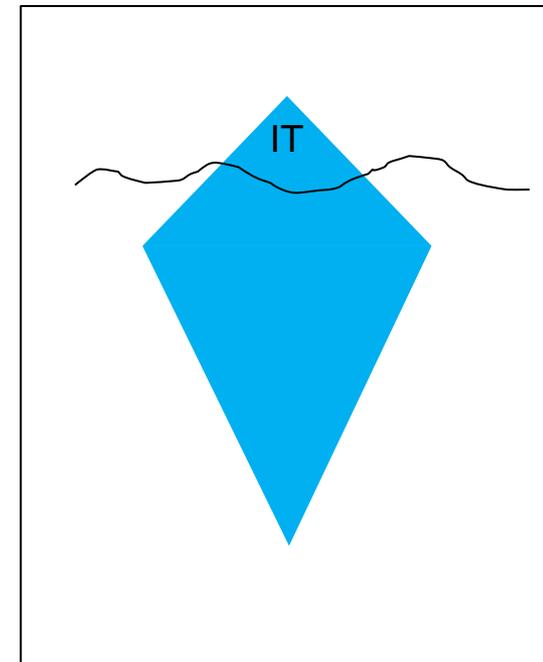
§ 291f Elektronischer Entlassbrief

§ 291g Vereinbarung zum elektronischen Entlassbrief und Bestätigung von
informationstechnischen Systemen i.V.m. §39a 1a SGB V

§ 291h Übermittlung elektronischer Briefe in der vertragsärztlichen Versorgung

§ 291i Vereinbarung über technische Verfahren zur konsiliarischen Befundbeurteilung

What is Interoperability?



Resumé

VStG koordiniert und vereinheitlicht Selektivvertragslandschaft

Wichtig: Bestandsschutz für funktionierende Altverträge, Wegfall §73a SGB V mit Problemen verbunden

Erstmalig wird mit dem Innovationsfonds eine F+E Komponente auf Systemebene aufgenommen: Chancen und Risiken

Chance, u.a.: Versorgungsthemen können ohne unmittelbaren Kostennachteil für Kassen in Angriff genommen werden

Risiko, u.a.: wettbewerbliche Orientierung verhindert Aufgreifen von Versorgungsthemen, Bürokratismus

Standardsetzung im IT-Bereich essenziell, Selbstverwaltung wird liefern müssen!

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

» Ich leg
mich fest.
**Ich lass mich
nieder.«**

Beatrice Ranft
Beatrice Ranft,
MEDIZINSTUDENTIN



**Die Haus- und
Fachärzte
von morgen**

Wir arbeiten für Ihr Leben gern.

www.lass-dich-nieder.de

» Wir arbeiten für Ihr Leben gern.« www.ihre-aerzte.de

»Ich bin eine
von 150.000
Haus- und
Fachärzten und
Psychotherapeuten
Deutschlands.
**Ich arbeite für
Ihr Leben
gern.«**

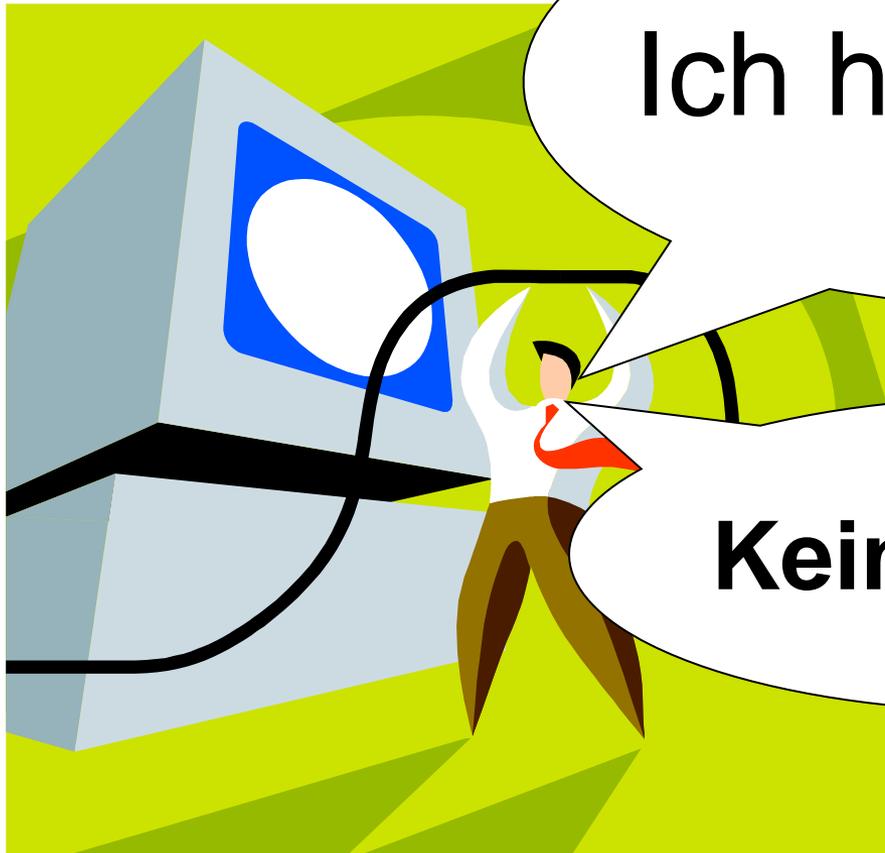
Gunthild Kayser
Dr. Gunthild Kayser,
KINDER- UND JUGENDÄRZTIN

www.ihre-aerzte.de

Die Haus- und
Fachärzte

Wir arbeiten für Ihr Leben gern.

» Wir arbeiten für Ihr Leben gern.« www.ihre-aerzte.de



Ich hab's gleich!

Kein Problem!



Die **Gesundheitskasse**
für Sachsen und Thüringen.

Entwicklung besonderer Versorgungsformen
nach VSG II, **eHealth**-Gesetz und
Innovationsfonds – **was denkt eine Kasse?**

Dr. Ulf Maywald, MPH

Berlin, 23. September 2015



Wikipedia:

„Häufig werden mit E-Health auch die Vernetzungsbestrebungen im Gesundheitssystem umrissen (zum Beispiel elektronische Patientenakten) oder generelle IT-getriebene Infrastrukturinitiativen (zum Beispiel elektronische Beschaffung via Internet) bezeichnet. Darüber hinaus wird unter dem Begriff E-Health das Bestreben verschiedenster Akteure (von Versicherungen über Gesundheitsportale bis hin zu virtuellen Selbsthilfegruppen) geführt, Gesundheitsinformationen und Dienstleistungen über das Internet Laien-Konsumenten zugänglich zu machen.“ (Auszug)



Verbesserung des Zugangs
zur Gesundheitsversorgung

Vermeidung unnötiger
Arztbesuche

Senkung der
Gesundheitsausgaben

Heute Regelversorgung

Gespräch in der Praxis bzw.
Hausbesuch beim
Versicherten

Kontrolltermine in der Praxis
und kurzfristige Überwachung
(24h RR bzw. 24h EKG)

Überweisung zum
Facharzt/Hausarzt mit Bitte
um Abklärung/Diagnostik

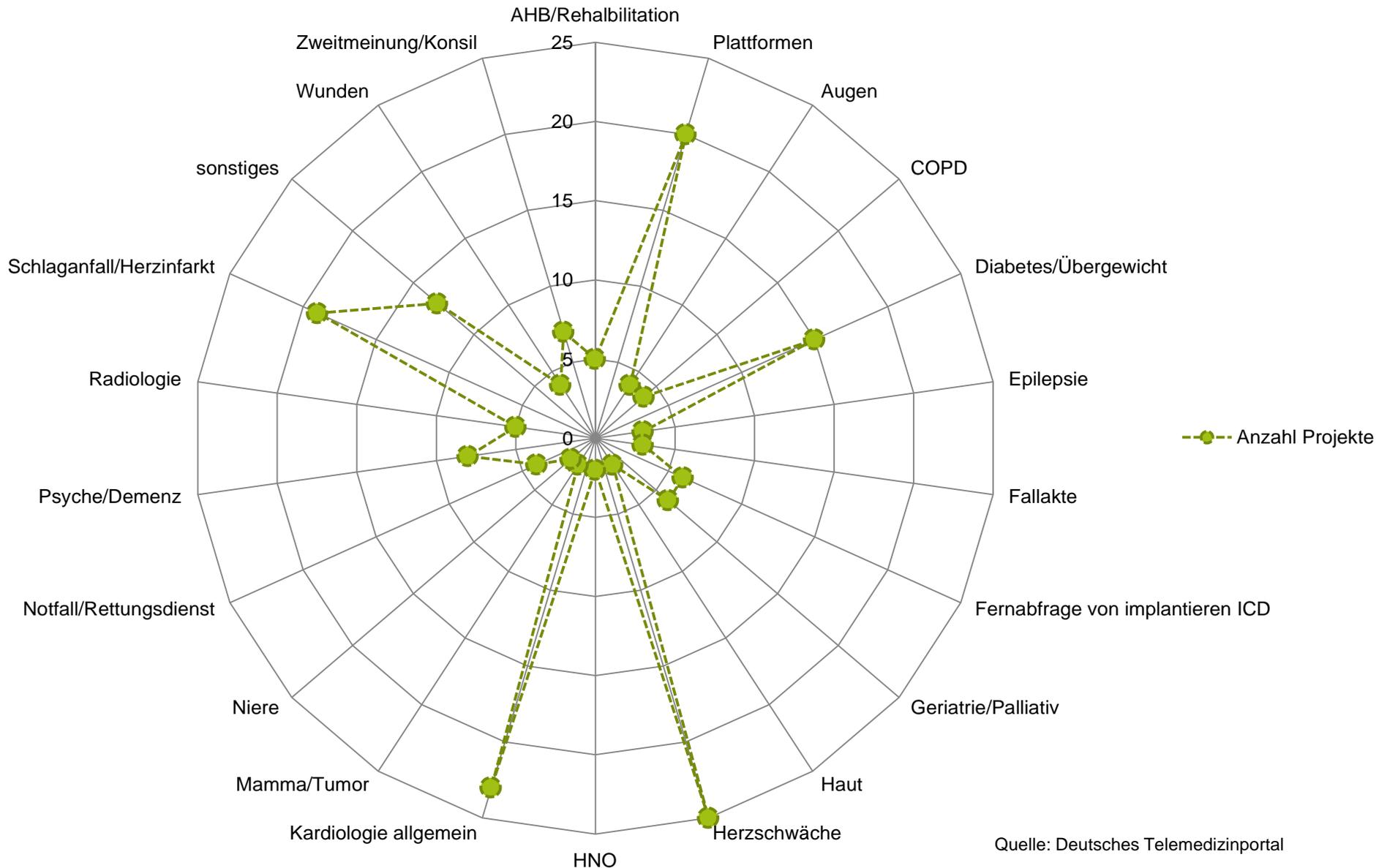
Morgen Telemedizin

Patientencoaching/Telenursing

Telemonitoring

Telekonsultation

Telemedizinprojekte in Deutschland



Mehrere hundert Projekte – keine (kaum) Etablierung in der Regelversorgung

Sehr einschränkendes Verbot einer Fernbehandlung gemäß der ärztlichen Musterberufsordnung (Regelmäßige Behandlung vor Ort wird vorgeschrieben)

Keine rechtlichen Hürden bei der Einholung einer Zweitmeinung, jedoch

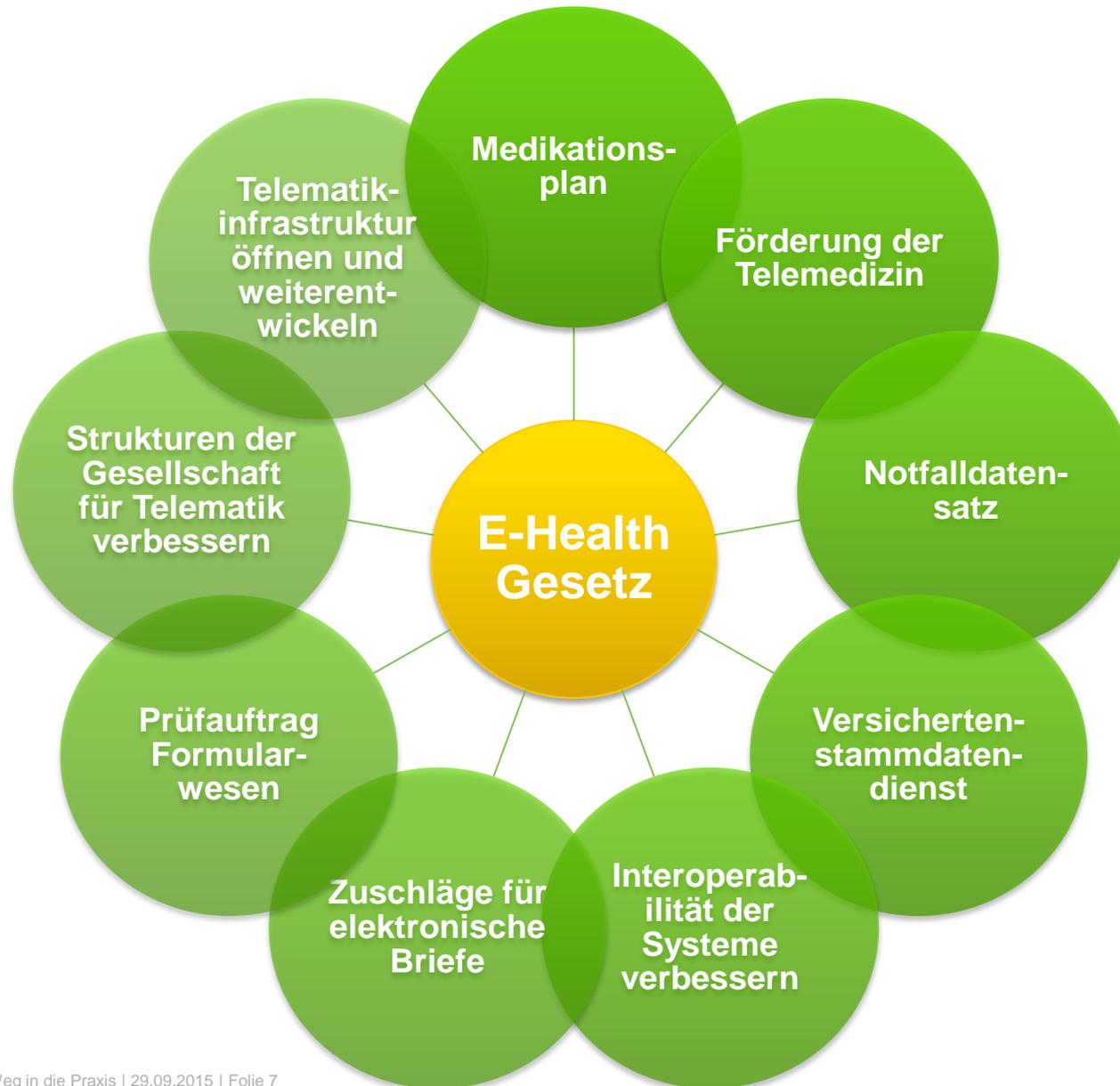
- Abrechnungsschwierigkeiten
- ggf. fehlende Mentalität, sich mit der Kritik eines Kollegen auseinandersetzen zu wollen
- teilweise Konkurrenzdenken

Datenschutzrechtliche Bedenken

Haftungsrechtliche Fragestellungen

Finanzierung über Selektivverträge, Projekte oder sonstige Förderungen. Wirtschaftlichkeitsaspekte müssen Beachtung finden.

Fehlende Standards, Interoperabilität und Skalierbarkeit





1. Stufe: Digitalisierung bestehender Prozesse

- ✓ z.B. Internetshopping anstelle des klassischen Versandhandels
- ✓ Verhältnis Leistungserbringer zu Krankenkasse, z.B. AU-Bescheinigung
- ✓ Verhältnis Leistungserbringer zu Patient, z.B. Blutzuckermeßgerät mit auslesbarem Meßwertspeicher



2. Stufe: Entwicklung neuer digitaler Prozesse

- ✓ z.B. Online Tracking von Lieferungen
- ✓ Verhältnis Leistungserbringer zu Patient, z.B. Telemonitoring mit Waage

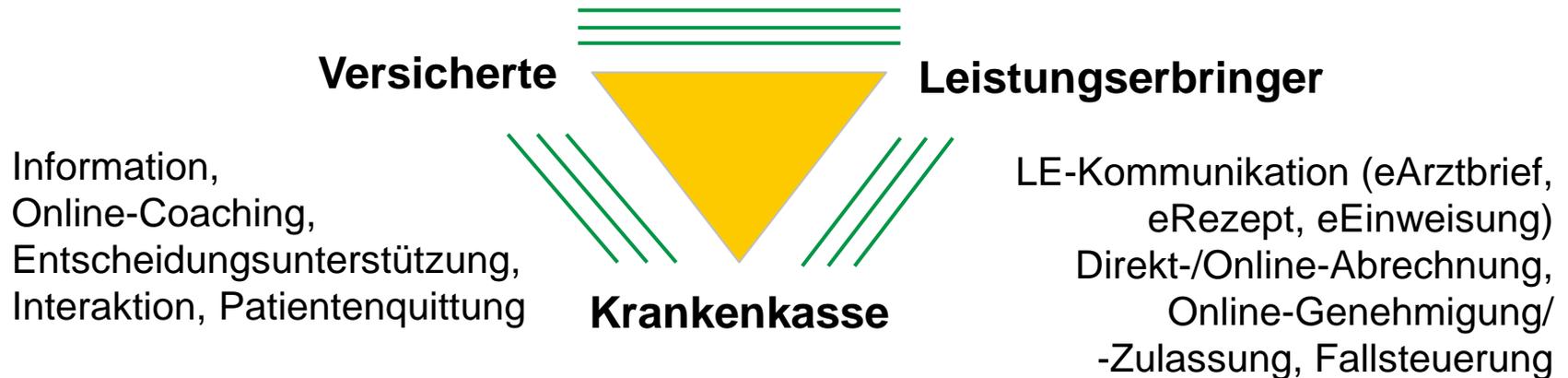


3. Stufe: Entwicklung neuer Geschäftsmodelle

- ✓ z.B. Virtuelle Einkaufsgemeinschaften
- ✓ Noch unterentwickelt

Stufen 1 und 2: Digitalisierung bestehender Prozesse und neue Prozesse

Telemedizin, -coaching, -monitoring, -nurse, Complianceförderung, Assisted-Living



Stufe 3: Entwicklung neuer Geschäftsmodelle

z.B. **Krankenkassentarife** (Einsparmöglichkeiten für den Versicherten bei Health-Monitoring), **Arztkooperationen** (z.B. Konsultationen), **Dienstleister** für Qualitätstransparenz (Weiße-Liste-Einweisungssteuerung), ...

- Einsatz von Telemedizin, um Diagnostik, Behandlung oder Monitoring von Krankheiten über örtliche und/oder zeitliche Distanzen mittels Informations- und Kommunikationstechnologien zu ermöglichen (z. B. Telekonsultation unter Ärzten, Weiterbildung von Ärzten) – dabei immer Prüfung der gesundheitsökonomischen Effekte im Verhältnis zu den Kosten, z.B. für
 - Der Erhalt einer flächendeckenden ländlichen Versorgung,
 - Eine effiziente Pflege der alternden Bevölkerung,
 - Der übergreifenden Nutzung von Experten-Know-how
- technikbasierte Assistenzsysteme in der Altenpflege als Unterstützung aufgrund steigender Anzahl pflegebedürftiger Personen und steigenden Bedarf an Pflegekräften (einhergehend mit Kostensteigerung) kann stationäre Einweisungen verhindern
- Einbindung von Mobile-Devices in den Workflow von Anamnese und Behandlung(süberwachung)
- Standardisierung von Device-Schnittstellen zur Kommunikation mit dem AIS



Video-
konferenz

Spirometer

Blutdruck-
messgerät



Waage



Tablet



E-Inhaler



Tele-
tonometrie



Sturz-
melder



Peilsender

e-TTS



- Koordination und Förderung einer sektorübergreifenden Vernetzung über digitale Ebene um Behandlungsprozesse signifikant zu verbessern und die Wirtschaftlichkeit und Transparenz zu erhöhen
- Die Systeme müssen den digitalen Austausch von ambulanten, stationären und pflegerischen Daten ermöglichen (z. B. Ärzteportal, das KH-Ärzte und niedergelassene Ärzte nach Zustimmung durch den Patienten nutzen können, um Datenaustausch, Behandlungsverläufe und Terminabstimmungen zu ermöglichen).
- Verbesserung der Versorgung durch effizientere (technikunterstützte) Bearbeitung von Genehmigungen
- Erhöhung der Arzneimitteltherapiesicherheit (z.B. mittels Modellprojekt ARMIN) fördern der digitalen Vernetzung von Ärzten und Apotheken)
- Durch digitale Vernetzung Verringerung des bürokratischen Aufwands bei der GKV, z.B.
 - digitale Vernetzung KK-Arzt-AG für elektronische AU-Bescheinigung
 - digitale Vernetzung KK-ZA für elektronischen Heil- und Kostenplan und maschinelle Genehmigung
- „durchgängiges Prozessdenken“ etablieren, Anfang und Ende eines Prozesses sind oft nicht in der Krankenkasse, sondern davor (Arzt) und dahinter (Patient)

- Individualisierung der Gesundheitsversorgung (Bsp. Apps, Wearables, Smart Homes, Biotracker), digitale Helfer können für chronisch Kranke eine gute Ergänzung zum Arztbesuch sein
- Gamification/Co-Creation: Stärkung Selbstbestimmung und Eigenverantwortung des Versicherten sowie aktive Beteiligung an Prozessen (Fokussierung des Präventionsgedanken/Transparenz)
- Stärkung der Autonomie der Versicherten vorrangig im häuslichen Umfeld durch Ambient Assisted Living, um pflegerische Versorgung der alternden Gesellschaft dauerhaft zu gewährleisten
- Stärkung der elektronischen Patientenquittung
- Entwicklung neuer Technologien im Gesundheitswesen als Wettbewerbsvorteil für die Kundenbindung und Qualitätssteigerung nutzen (maßgeschneiderte personalisierte Angebote auch in der Gesundheitsversorgung werden in der digitalen Welt immer bedeutsamer für den Kunden)
- Stärkere Nutzung der Online-Portale (Ärzteberatung, Diagnosehilfen) kann durch Verzicht auf Arztbesuche bei kleineren Problemen Auswirkungen auf die Versorgungssituation haben.
- Integration der o.g. Funktionen in eine „Krankenkassen-App“

Der Zustand des KV-Systems

Eberhard Mehl, Hauptgeschäftsführer des
Deutschen Hausärztesverbandes

Berlin, 22.09.2015

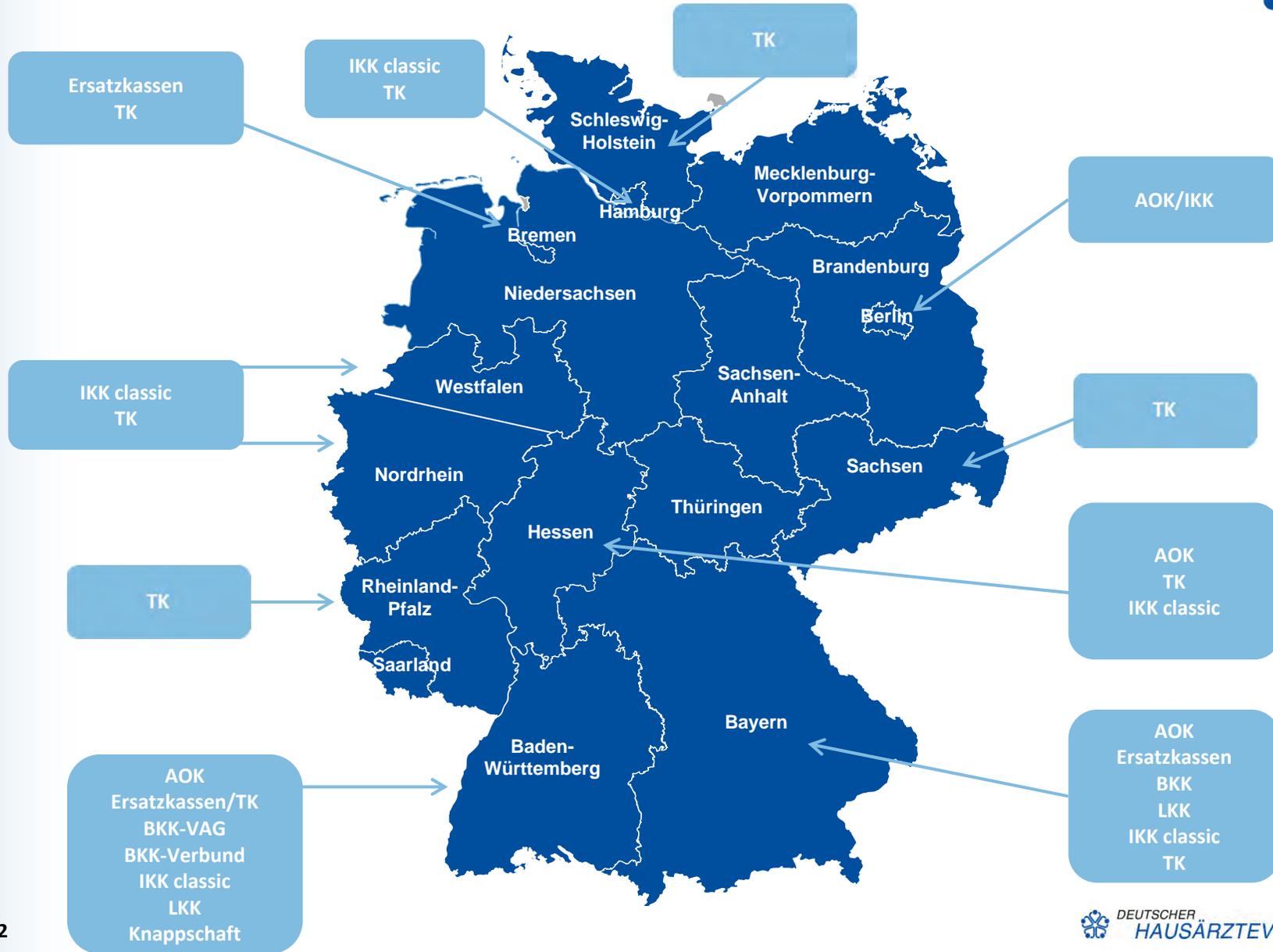


DEUTSCHER
HAUSÄRZTEVERBAND



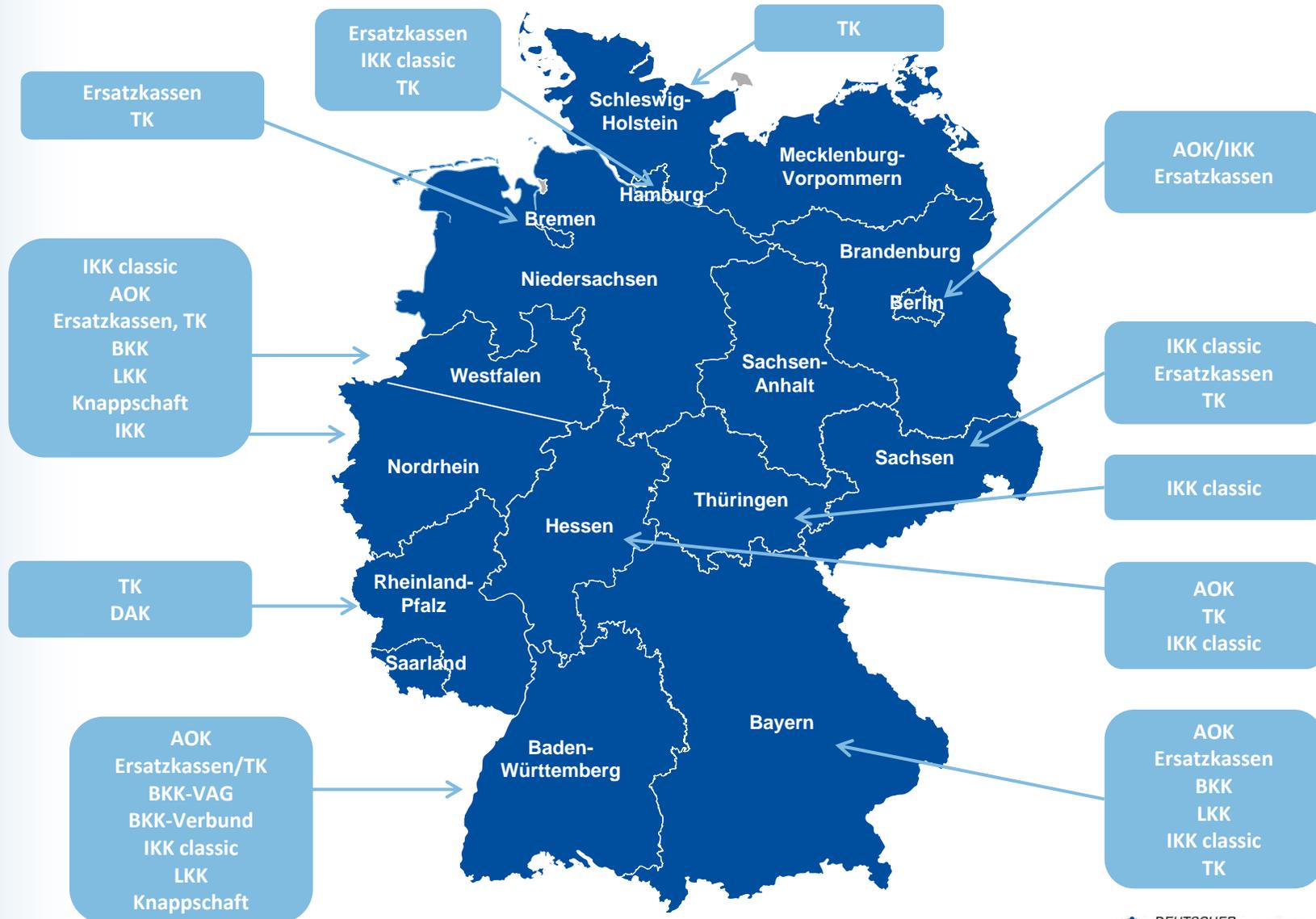
Entwicklung der HzV-Umsetzung: 2013

HZV-Vollversorgungsverträge über HÄVG AG



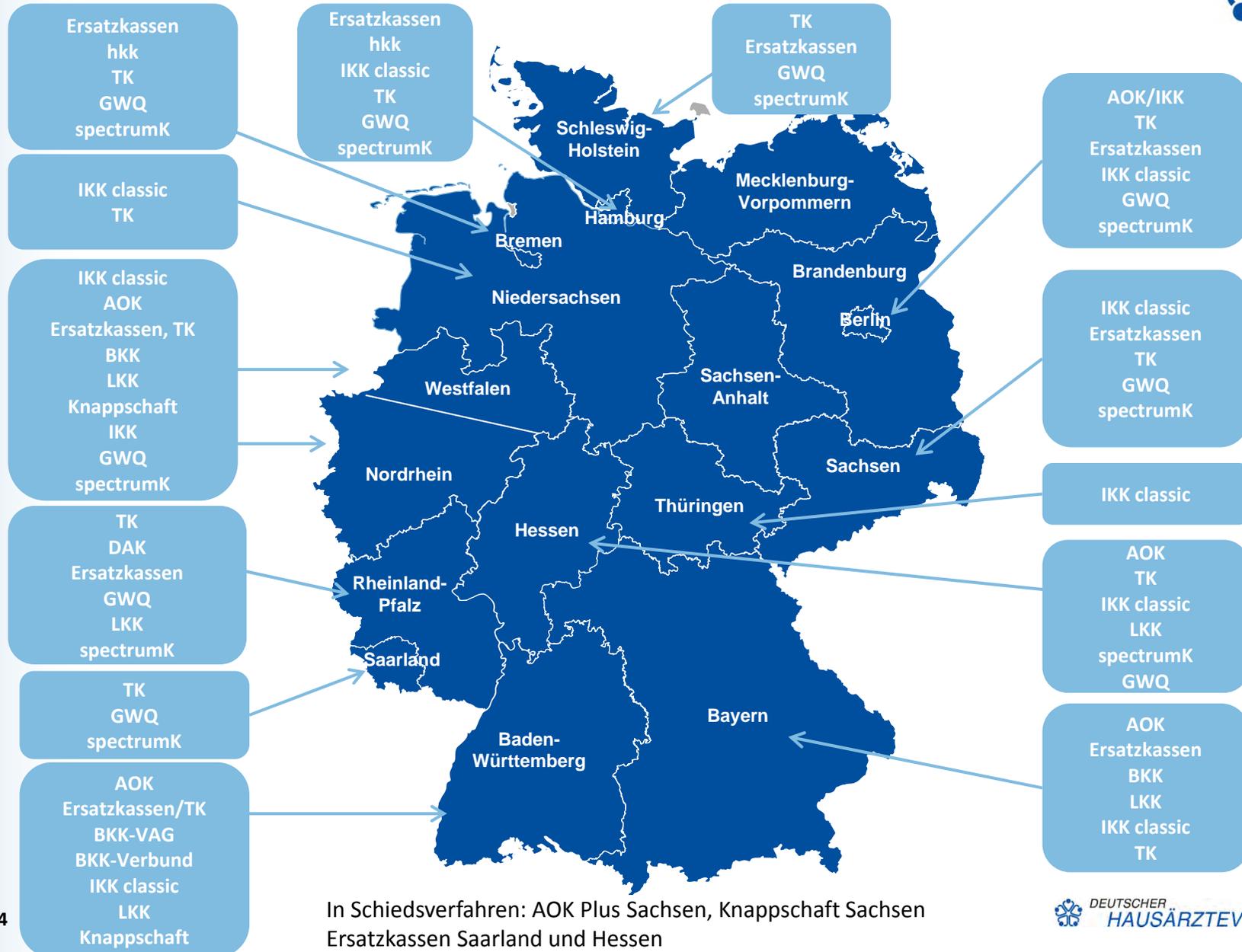
Entwicklung der HzV-Umsetzung: 2014

HZV-Vollversorgungsverträge über HÄVG AG

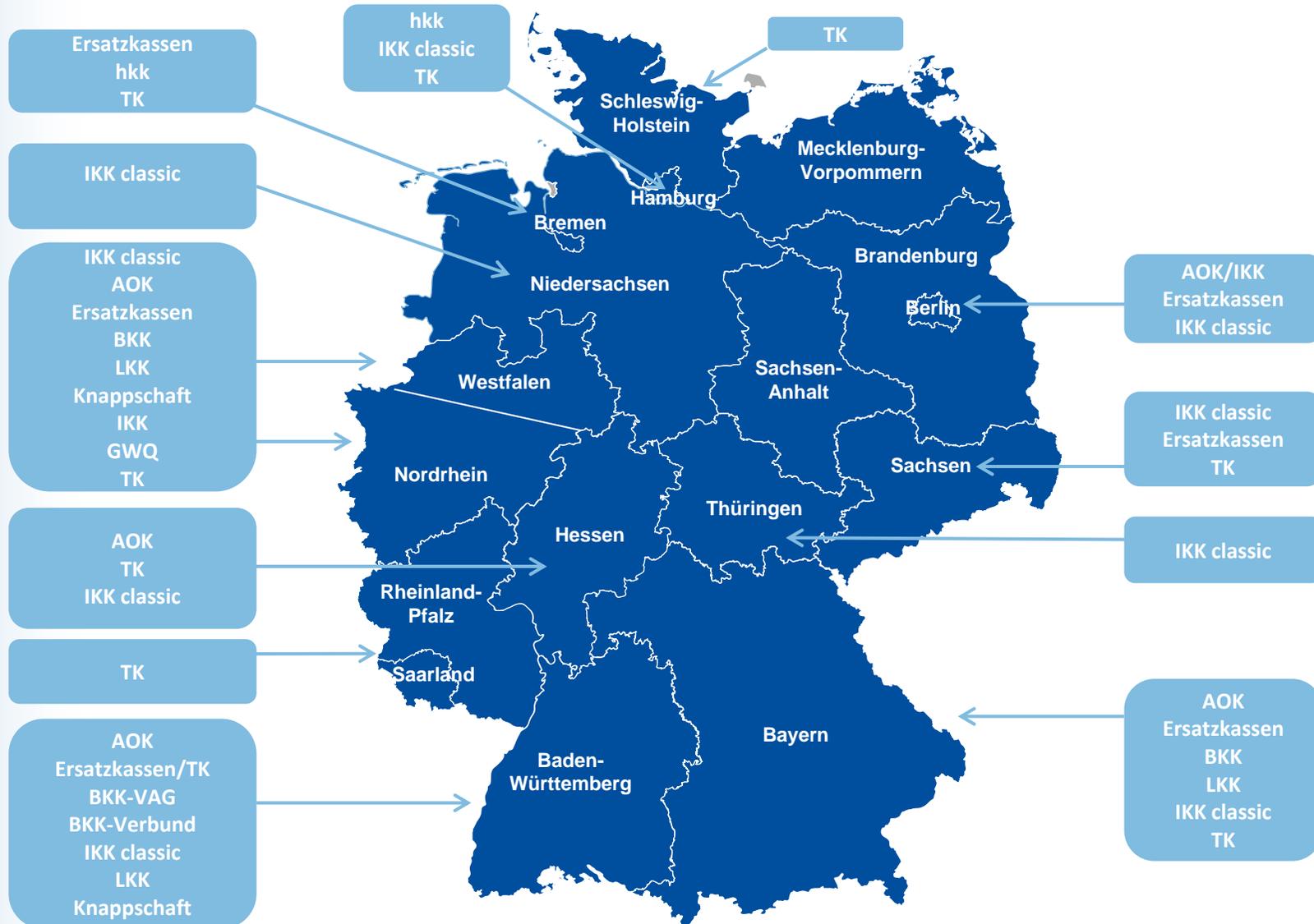


Entwicklung der HzV-Umsetzung: 2015

HZV-Vollversorgungsverträge über HÄVG AG



HPM-Technologie – 73 b -Verträge unter Nutzung des HZV-Online-Keys für Online-Abrechnung/Einschreibung



HPM-Technologie – 73c- und 140er-Verträge unter Nutzung des IV-Online-Keys für Online-Abrechnung/Einschreibung



Fakten zum Einsatz der HPM-Technologie und des HZV-/IV-Online-Keys



- z.Zt. mehr als **16.000** teiln. Hausärzte und knapp 4 Millionen eingeschriebene Versicherte in die HZV (Stand: Q2/2015)
- **Rund 595** Verträge (HzV-Verträge, 73c und 140ff-Verträge) werden mit der HPM-Technologie umgesetzt
- weitere Verträge werden derzeit verhandelt

Versorgungssteuerung in Selektivverträgen



- **Versorgungssteuerung notwendig zur Verbesserung der Qualität und/oder Wirtschaftlichkeit**
- **Notwendige Innovationen de facto nur durch Selektivverträge, keine spürbaren Innovationen durch Vertragspartner der Kollektivverträge**
- **Versorgungssteuerung nur in Vollversorgungsverträgen umsetzbar**
 - ⇒ **Add-on-Verträge keine Steuerungspotentiale**

Übersicht zu Versorgungssteuerungsmodulen in den HZV-Verträgen



**Arzneimittel-
modul**

**Vitamin-K-
Antagonisten**

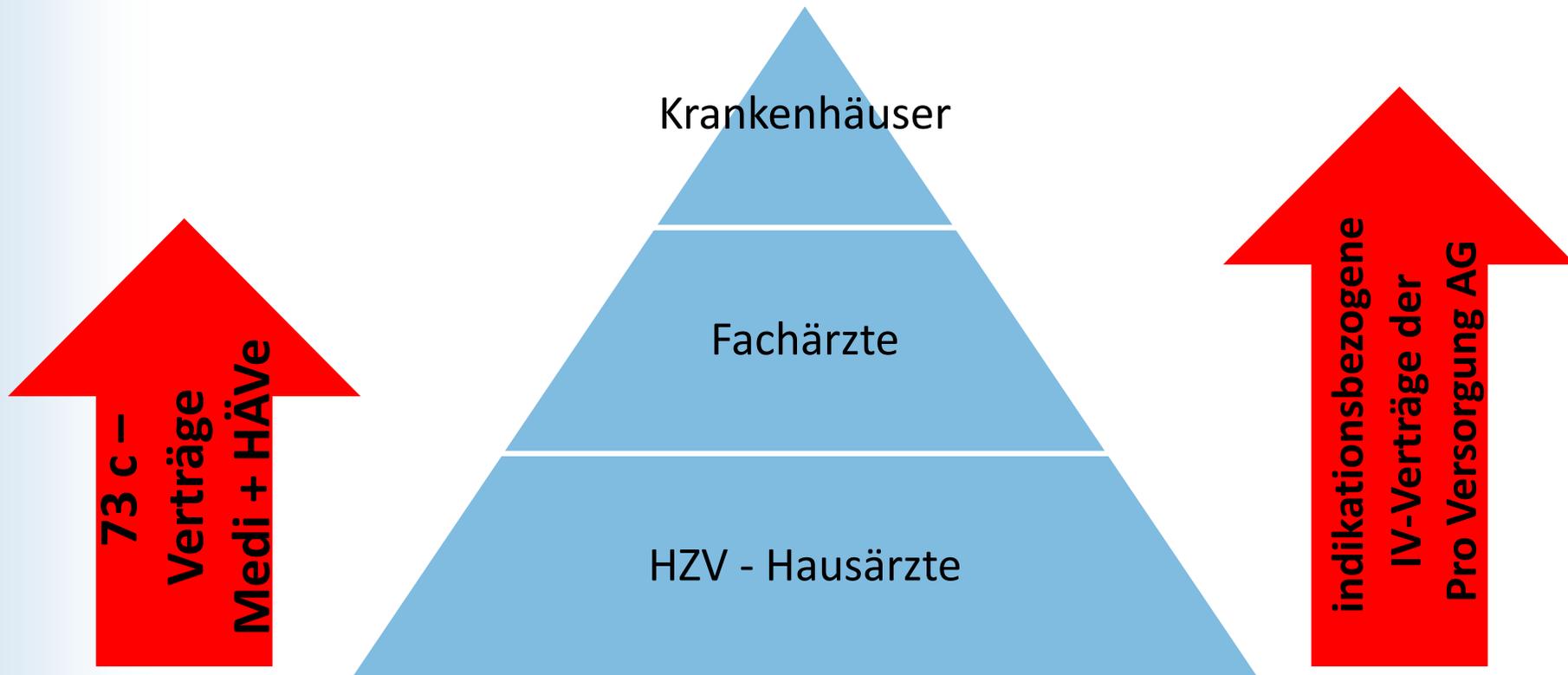
**Arzneimittel-
therapie-
Sicherheit**

**AU-
Fallmanagement**

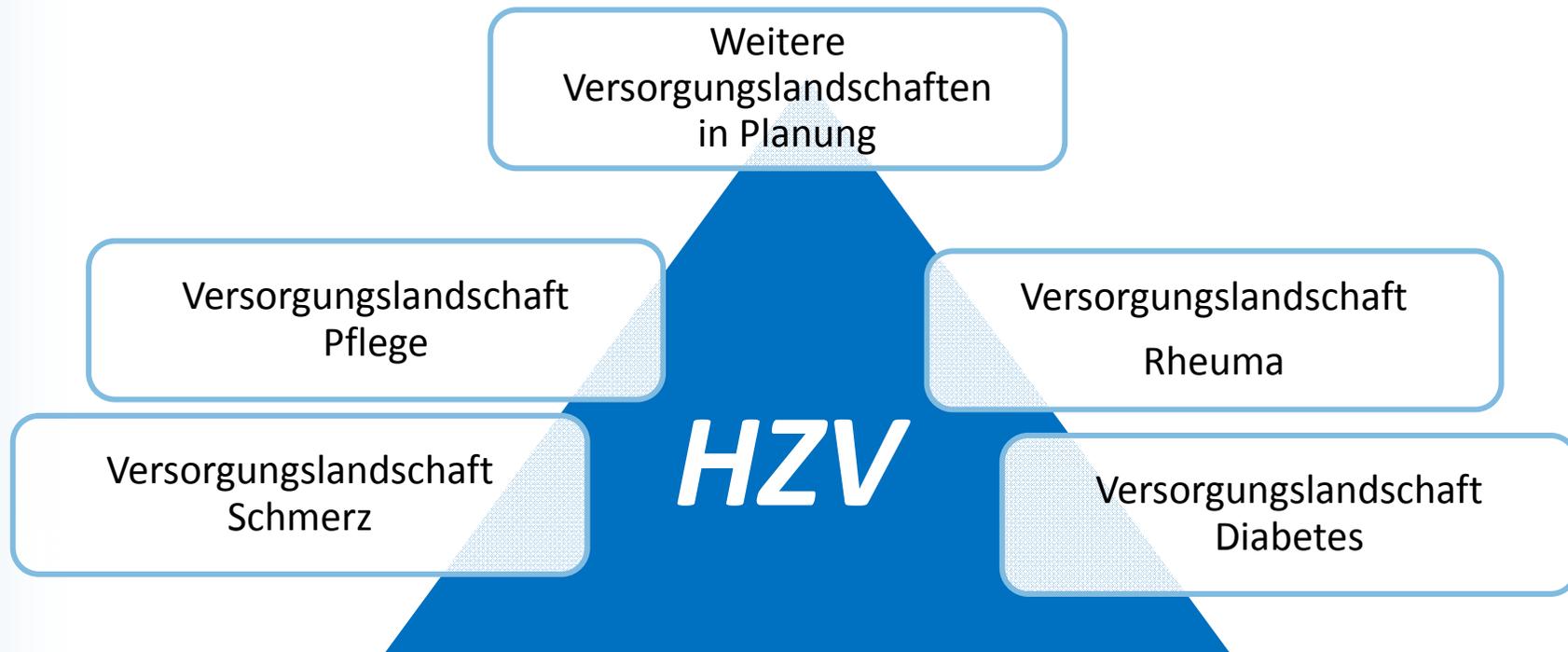
**Heilmittel-
management**

**Hilfsmittel-
management**

Weiterentwicklung der HZV – Versorgungslandschaften der Pro Versorgung AG



Versorgungslandschaften als standardisierte Versorgungsverträge



Versorgungslandschaften: Integrierte, indikationsbezogene und sektorenübergreifende Versorgungsverträge nach §§ 140 a ff. SGB V, die basierend auf der HZV Behandlungspfade von HZV-Hausärzten, Fachärzten bis hin zu den Krankenhäusern abbilden.

Versorgungslandschaften



Integrierte Versorgung in Selektivverträgen auf Basis HZV ist strukturell vorbereitet

- **Zusammenarbeit mit Fachärzten und Krankenhäusern etabliert ✓**
- **Vertragsstruktur ✓**
- **Versorgungskonzepte ✓**

IT-Strukturen



Entscheidend:

- IT-Infrastruktur für strukturierten Datenaustausch (HL7/IhE)
 - Gematik als notwendige IT-Infrastruktur
 - HPM und gevko unterstützen Gematik
- ⇒ Übergangsstrukturen bis zum Roll-Out der Gematik vorhanden
- Pilot Freiburg

Modellprojekt Freiburg



Zielsetzung:

- **Austausch von strukturierten Daten zwischen Haus- und Fachärzten auf Basis von HL7-Standards**
- **Übermittlung der Informationsbriefe zum Patiententeilnahmestatus in Form strukturierter Daten von HÄVG RZ an Hausärzte**

Technische Infrastruktur:

- **Ergänzung der vorhandenen selektivertraglichen Infrastruktur (HZV-Online Key bzw. Konnektor, HPM und Vertragssoftware) durch jene Elemente, welche auch im Zuge der gematik zum Einsatz kommen sollen:**

Modellprojekt Freiburg



- **KOM-LE Fachdienst mit folgenden Funktionen**
 - **Zentraler Verzeichnisdienst für Verfahrensteilnehmer ***
 - **Zentraler Nachrichtendienst („Mailserver“) ***
 - **Dezentraler KOM-LE Client**
 - **Dezentrale Signaturkomponenten**
- **Signaturkarten (im Modellprojekt als Ersatz für HBA)**
- **Lesegeräte für Signaturkarten**

*** Im Modellprojekt betrieben durch HÄVG RZ, später durch gematik**

KV-Safenet/ KV-Connect



? Treiber von integrierter Versorgungssteuerung

? Gegenmodell zur Gematik



Bedingungen für die Entwicklung besonderer Versorgungsformen

Dr. Sabine Richard
Geschäftsführerin im GFB Versorgung
22. September 2015 - gevko Symposium 2015, Berlin

Fehlendes Wettbewerbsverständnis der Gesundheitspolitik

- **Koalitionsvertrag zeigt Verständnis von wettbewerblichen Verträgen:**
 - „Versorgungsformen, deren Qualität und Wirtschaftlichkeit erwiesen ist, sollten in geeigneter Weise in die Regelversorgung überführt werden“
- **Lassen sich Strukturinnovationen in die (sektorale) Regelversorgung „überführen“?**
 - Was, wenn die Organisation der Regelversorgung das Problem ist?
- **Eignen sich in speziellen Versorgungssettings entwickelte Ansätze zum bundesweiten „roll-out“ durch Richtlinien oder per Gesetz?**
- **Versorgungsunterschiede als Wettbewerbsvorsprünge werden allenfalls kurzfristig akzeptiert**
 - „Sozialisierung“ durch „Überführung in die Regelversorgung“ durch den G-BA
 - Wahlfreiheit wird in „Ungleichheit der Versorgung“ uminterpretiert
- **Zwei Beispiele**
 - Neugestaltung der Selektivvertragsbedingungen
 - Innovationsfonds



Neugestaltung der Selektivvertrags- bedingungen



Neugestaltung der Selektivvertragsbedingungen durch das GKV-VSG



- **Vereinheitlichung der Rechtsgrundlage für Selektivverträge**
 - § 73a (Strukturverträge)
 - § 73c (besondere ambulante Versorgung)
 - §§ 140a – d (integrierte Versorgung).

... werden in **§ 140a SGB V** „**Besondere Versorgung**“ überführt
- **Regelungen zur Hausarztzentrierten Versorgung (§ 73b SGB V) und zu den Modellvorhaben (§§ 63 ff. SGB V) bleiben erhalten**

Neugestaltung der Selektivvertragsbedingungen durch das GKV-VSG



■ „Besondere Versorgung“ bietet eine konsolidierte rechtliche Grundlage, aber

- werden wesentlichen Hemmnisse/Hürden beseitigt?
- Gibt es einen „Dialog“ mit den Akteuren darüber?

■ Verhältnis zur Aufsicht: „Zuckerbrot und Peitsche“

- Abschaffung der Vorlagepflicht bei der Aufsicht
- Nachweisbarkeit der Wirtschaftlichkeit erst nach 4 Jahren
- wird konterkariert durch massive Erhöhung der Eingriffsbefugnisse, die stark repressiv wirken werden (Beispiel: Zwangsgelder bis 10 Mio. €)
- Zeugt von tiefem Misstrauen in wettbewerbliche Innovationsprozesse

■ GKV-VSG bringt Fortschritte bei der Bereinigung, aber

- Adäquate Bereinigung von kollektiven Vergütungen (z.B. ärztliche Gesamtvergütung) ist ökonomische Grundvoraussetzung: Umsetzung??
- nach wie vor fehlende Konkretisierung zum Diskriminierungsverbot bei der Bereinigung auf Einzelarztebene



Neugestaltung der Selektivvertragsbedingungen Chance für Digitalisierung?



- **Gesetzgeber denkt Teilnahmeprozesse weiterhin „analog“**
 - Teilnahme an „Besonderer Versorgung“ muss schriftlich erklärt werden
 - Kaum überwindbare rechtliche Hürden, eine Teilnahme auf elektronischem Weg zu erklären (Online, eMail, App, ...)
 - **Selektivvertrag bietet Chance für Digitalisierung**
 - Geringere politische/dogmatische Hürden bei den Beteiligten vor Ort
 - Projekte sind kleiner / pragmatische Lösung werden gesucht
- ⇒ S3C-Schnittstelle standardisiert die technischen Anforderungen an Software
- ⇒ Vertragsinhalte, die bislang „nur“ auf Papier vorlagen, sind jetzt elektronisch abbildbar
- ⇒ S3C-Schnittstelle bietet Lösungen zur Digitalisierung von Verwaltungsprozessen zur Erhöhung von Effizienz und Schnelligkeit und zum Abbau von Bürokratie



Innovationsfonds



Innovationsfonds (2016 bis 2019)



- **Der G-BA fördert mit 225 Mio. € jährlich „Neue Versorgungsformen“, die über die bisherige Regelversorgung hinausgehen**
Gefördert werden insbesondere Vorhaben, die
 - eine Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung zum Ziel haben und
 - hinreichendes Potential aufweisen, dauerhaft in die Versorgung aufgenommen zu werden.
- **Der G-BA fördert mit 75 Mio. € jährlich „Versorgungsforschung“**
 - die auf einen Erkenntnisgewinn zur Verbesserung der bestehenden Versorgung in der GKV ausgerichtet ist
- **Finanzierung des Fonds jeweils zur Hälfte durch die Krankenkassen und die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds**
- **Vergabekriterien und -entscheidungen werden von einem Innovationsausschuss des G-BA aufgestellt bzw. getroffen**
- **Im Innovationsausschuss auch BMG und BMBF stimmberechtigt und können erstmals direkt in die Mittelverwendung der GKV eingreifen**



Innovationsfonds

Förderungstyp „neue Versorgungsformen“



- **Beispielhafte Förderschwerpunkte „Neue Versorgungsformen“ aus der Gesetzesbegründung:**
 - Telemedizin
 - Versorgungsmodelle in strukturschwachen Gebieten
 - Modelle mit Delegation und Substitution von Leistungen
 - Auf- und Ausbau der geriatrischen Versorgung
 - Modellprojekte zur Arzneimitteltherapiesicherheit bei multimorbiden Patienten
 - Verbesserung der Versorgungseffizienz bei Personen mit Migrationshintergrund
- **Perspektive des Gesetzgebers:**
 - Dauerhafte Übernahme in die Versorgung im Rahmen einer bundesweit vereinheitlichten Regelversorgung
 - Regional differenzierte Versorgungsangebote sind nicht im Fokus
 - Immerhin wird auch die dauerhafte Weiterentwicklung im Rahmen von selektivvertraglichen Lösungen in der Gesetzesbegründung genannt
- **Fördersumme von 225 Mio. € jährlich nur für zusätzliche Ausgaben der neuen Versorgungsformen**
 - Zum Vergleich: IV-Anschubfinanzierung (2004-2008) im Schnitt 320 Mio. € jährlich für gesamten Leistungsausgaben von integrierten Versorgungsformen



Innovationsfonds – „If you have a problem, throw money on it“?



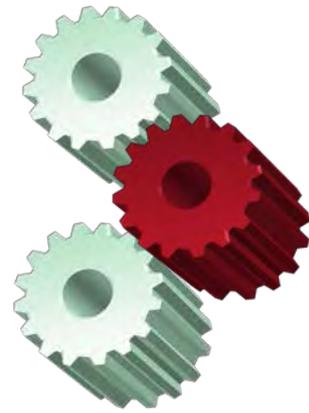
- **Mit dem Innovationsfonds will der Gesetzgeber die „Innovationsbilanz“ mit zusätzlichem Geld verbessern**
 - Lassen sich strukturelle Probleme mit zusätzlichem Geld lösen?

- **„Übergeordnetes Ziel des Innovationsfonds ist eine qualitative Weiterentwicklung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland.“ (Gesetzesbegründung)**
 - Analyse der Ursachen für die Defizite bei der „qualitative Weiterentwicklung der Versorgung“ fehlt. Warum finden diese „Innovationen“ nicht statt?
 - Strukturelle Verfasstheit des Gesundheitswesens?

- **Anreizstruktur für Akteure**
 - Warum sollen die Akteure bezüglich der Optimierung von Versorgungsstrukturen innovativ sein, wenn „Innovationen“ ohnehin in die Regelversorgung überführt werden?



Innovationsfonds



■ Zentrales Ziel des Innovationsfonds ist die Überwindung der sektoralen Begrenzung der Versorgung

- Entscheidungen sollen aber im Innovationsausschuss fallen, deren sektoral legitimierte Vertreter eine sektorenübergreifende Zusammenarbeit gar nicht im Blick haben
- Können in speziellen Versorgungssettings entwickelten Ansätze durch Gesetz, G-BA-Richtlinien oder bundesweite Verträge zum einheitlichen Standard der Versorgung gemacht werden?

■ Aktuelle Diskussion um Kriterien und Mittelvergabe

- Behebung von Defiziten in Bezug auf die Struktur- und Prozessqualität (keine Produktinnovationen)
- Mindestgröße um Evidenz zu generieren (kein Förderung von „Mauerblümchen“)
- Transfer in die Regelversorgung (kollektiv/selektiv)



Beitrag des Innovationsfonds zur Digitalisierung?

- **AOKs erproben in neuen Versorgungsformen bereits jetzt viele Digitalisierungsansätze**
- **Blockaden bei der Telematikinfrastruktur behindern Digitalisierungsansätze in neuen Versorgungsformen**
- **Trägt der Innovationsfonds dazu bei, die Digitalisierung voranzutreiben?**



eHealth-Gesetz



Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen (eHealth-Gesetz)

■ AOK unterstützt das Anliegen des Gesetzes, insbesondere

- die Klarstellung, dass die Telematikinfrastuktur ab 2018 bundesweit als Standard für die gesetzlich verankerten Anforderungen im § 291 a ff SGB V zu verwenden ist
- die Verbindlichkeit der Planung durch Fristen, Anreize und Sanktionen für Leistungserbringer und Kostenträger
- die Öffnung der Telematikinfrastuktur für Anwendungen, die über die gesetzlichen Anwendungen nach § 291 a ff SGB V hinausgehen
- die Umsetzung von nützlichen Anwendungen für Versicherte wie Notfalldatenmanagement und Medikationsplan im Rahmen der Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)



Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen (eHealth-Gesetz)

■ Kritisch sieht die AOK:

- zusätzlichen Vergütungen für elektronische Vorgänge, die bereits „analog“ vergütet werden (Versand/Einlesen von eArztbriefen, eEntlassbriefen, Erstellung von Medikationsplänen und Notfalldatensätzen u.ä.)
- diese Zusatzvergütungen wirken als finanzielle Anreizsysteme für Parallelstrukturen im Vorgriff auf die Telematikinfrastuktur
- Etablierung eines Medikationsplans ausschließlich in Papierform und unzureichende Berücksichtigung bereits vorliegender und finanzierter Vorarbeiten
- Bewertungsausschuss soll Anpassungen im EBM über Vergütung telemedizinischer Leistungen vornehmen statt ergebnisoffen zu prüfen
- Sanktionsmechanismen der Ärzteschaft bei Verzögerungen und/oder Nichtanwendung beschränken sich nur auf die Onlineprüfung der Versichertenstammdaten auf der eGK
- Keine Änderung an der problematischen Governance der Gematik bedeutet weiterbestehende Unsicherheit bei der fristgerechten Umsetzung der Planung



**Vielen Dank
für Ihre
Aufmerksamkeit**



Die Entwicklung besonderer Versorgungsformen nach GKV-VSG und E-Health-Gesetz

gevko Symposium 2015

22. September 2015

Prof. Dr. med. Stefan G. Spitzer

Facharzt für Innere Medizin / Kardiologie /
Sportmedizin / Ärztl. Qualitätsmanagement

Vorsitzender des Vorstandes der

Deutschen Gesellschaft für Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen e. V.

Sektorale Gesundheitsversorgung

⇒ Sektorübergreifend (nach Verständnis des BVA)

- mindestens zwei Sektoren:
 - Ambulante ärztliche, zahnärztliche Leistungen
 - Krankenhausleistung
 - ambulante oder stationäre Rehabilitation
 - Heil- oder Hilfsmittelversorgung
 - Arzneimittelversorgung
 - Häusliche Krankenpflege
 - Hebammenleistungen
 - Soziotherapie
- Krankentransportleistung stellt Annex zur Gesundheitsleistung dar, kein eigener Sektor

- SVR Gesundheit: derzeit mehr Optionen für Krankenhäuser, an der ambulanten Leistungserbringung teilzunehmen
- absehbar wird die „bessere Verzahnung“ durch die „Überwindung“ der sektoralen Leistungserbringung abgelöst werden
- Wahrung eines Gleichgewichtes in der sektoralen Versorgung spricht für ausgewogenen Zugang zum jeweils anderen Sektor
- Pflege wird nicht als Sektor verstanden, muss aber stärker mit der medizinischen Versorgung verknüpft werden

➤ stationäre Gesundheitsversorgung ≠ Krankenhausversorgung
ambulante Gesundheitsversorgung ≠ vertragsärztliche Versorgung

➤ erfolgen ambulantes Operieren und ambulante spezialfachärztliche Versorgung jeweils in einem besonderen (schnittstellenübergreifenden) Versorgungsbereich oder im ambulanten Sektor?

Zum Begriff Integrierte Versorgung

- Integrierte Versorgung als gesetzliche **Form der Selektivversorgung**

§ 140a Abs. 1 S. 2 SGB V (aktuelle Fassung):

Verträge ermöglichen eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende oder eine interdisziplinär fachübergreifende Versorgung

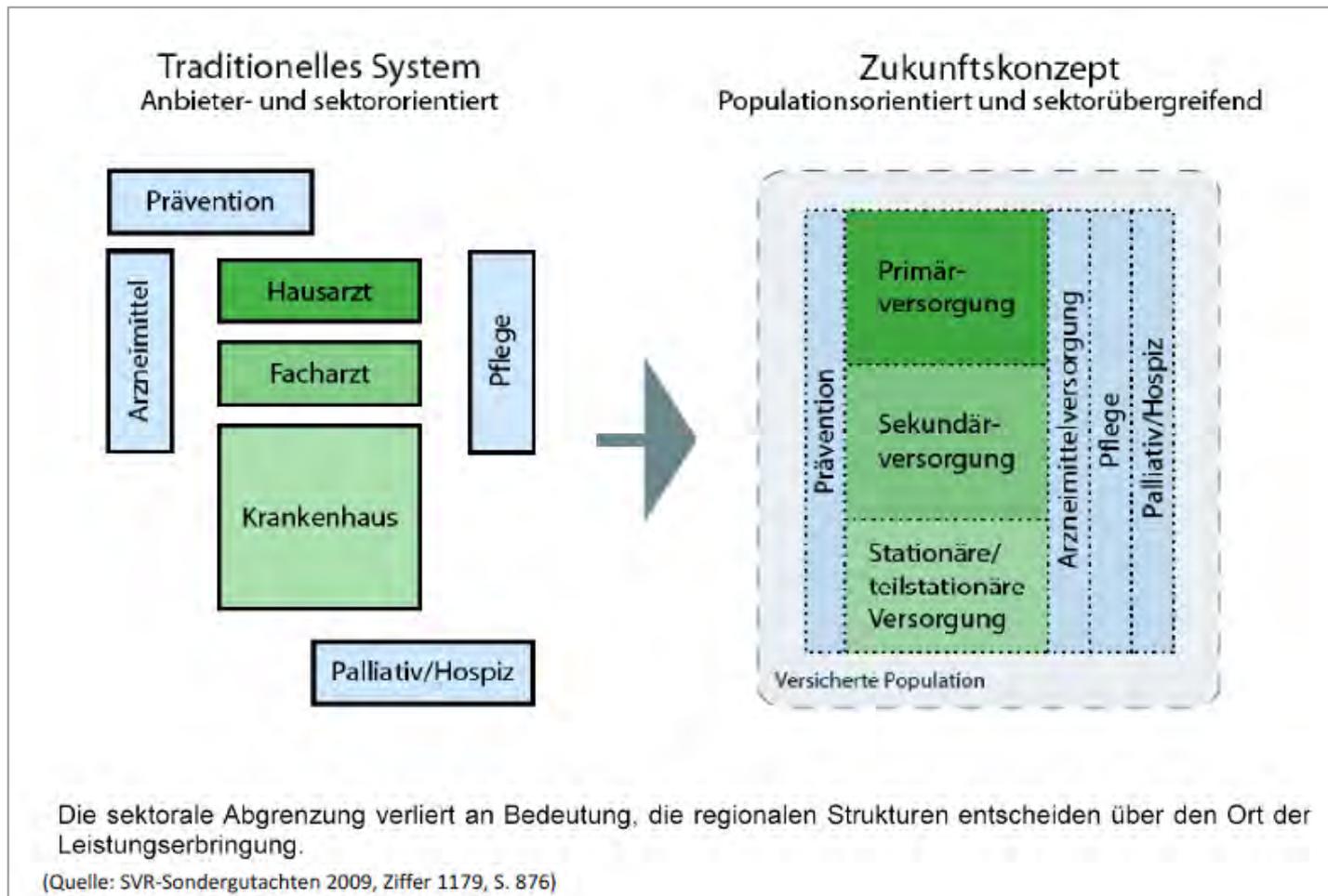
- Integrierte Versorgung als **Versorgungsprinzip der Selektiv- und Regelversorgung**

Ziel: Ständige Verbesserung der sektorenübergreifenden und interdisziplinär-fachübergreifenden **Kooperation der Leistungserbringer** mit dem Ziel einer effizienteren medizinischen Versorgung und Pflege.

Integrierte Versorgung durch innovative Rahmenbedingungen stärken

- **Integrierte Versorgung gemäß § 140a SGB V (I.V.)** ist die am weitesten entwickelte Selektivversorgungsform im deutschen Gesundheitswesen
- **I.V. als Hoffnungsträger nach Inkrafttreten des GKV-Modernisierungsgesetzes 2004:** sollte als bessere Alternative zu überholten Strukturen der Regelversorgung „durchstarten“ und mit sowohl indikations- als auch populationsbezogenen Projekten in einem relevanten Umfang für die Ablösung der Regelversorgung auf der Grundlage frei kontrahierter Verträge sorgen
- **Zeit der sog. „Anschubfinanzierung“ (2004 bis 2008):** I.V. konnte sich mit einer beachtlichen Zahl von vielfältigen Projekten rasch in der deutschen Versorgungslandschaft etablieren.
- **I.V. hat sich als Selektivversorgungsform behaupten können, aber dennoch bisher nicht die ursprünglich erwartete Entwicklung und Verbreitung genommen,** Gründe dafür lagen vornehmlich in den zu sehr beschränkenden Rahmenbedingungen und fehlender Förderung nach Beendigung der Anschubfinanzierung

Idealtypisches Modell: Von der sektoralen zur populationsorientierten Versorgung



Prinzip der Integrierten Versorgung in der Regelversorgung (I)

- **Ambulantes Operieren:** sowohl im Krankenhaus (auch auf Grundlage von Vereinbarung mit Kooperationsärzten) als auch im vertragsärztlichen Bereich (oftmals spezialisierte Gemeinschaftspraxen und MVZ als Praxiskliniken)
- **Ambulante spezialfachärztliche Versorgung:** bisher zu wenig versorgungsrelevant und nicht stationsersetzend; SVR-Gesundheit empfiehlt Erweiterung u. a. mit ambulanten Operationen, stationsersetzenden Eingriffen sowie stationären Kurzzeitfällen und schlägt selektivvertragliche Gestaltung dieses Versorgungsbereichs vor (Sondergutachten 2012)
- **Belegärztliche Versorgung:** derzeit durch unattraktive Vergütungsbestimmungen gekennzeichnet; „aufgrund ungünstiger Vergütungsanreize seit Jahren rückläufig“ (SVR-Gesundheit, Gutachten 2014)
- **Zusammenarbeit Krankenhaus mit Honorar-/Kooperationsärzten:** „weiterhin relevanter Anteil an honorarärztlicher Tätigkeit in deutschen Krankenhäusern, wobei dessen Bedeutung für die stationäre ärztliche Personalbedarfsdeckung auch nicht überschätzt werden sollte, zumal es sich zurzeit nicht um ein sich ausweitendes Phänomen handelt“ (SVR, 2014)

Prinzip der Integrierten Versorgung in der Regelversorgung (II)

- **Entlassmanagement** (i.d.F.d. GKV-VSG): Teil der Krankenhausbehandlung; der Anspruch des Versicherten richtet sich weiter gegen das Krankenhaus, das insbesondere in einem Entlassplan die medizinisch unmittelbar erforderlichen Anschlussleistungen festzulegen hat. Krankenhäuser erhalten für die maßgeblichen Leistungsbereiche ein auf die Erfordernisse des Entlassmanagements eingeschränktes Ordnungsrecht. Für eine lückenlose Anschlussbehandlung kann das Krankenhaus Aufgaben des Entlassmanagements auch auf einen weiterbehandelnden Vertragsarzt übertragen.
- **Praxisverbände (Ärztennetze als Organisationsgemeinschaften, ggf. unter Einschluss von Leistungserbringern aus anderen Sektoren)**: ggf. Förderung durch gesonderte Berücksichtigung im Rahmen der Honorarverteilung; Möglichkeit zur Verbesserung der Effizienz und Effektivität der Leistungserbringung durch Zusammenschluss ohne Kassenbeteiligung; Gemeinschaft kann auch als Vertragspartner in der Selektivversorgung auftreten.

„Besondere Versorgung“ gemäß § 140a SGB V i. d. F. d. GKV-VSG

„Die Krankenkassen können Verträge mit den in Absatz 3 genannten Leistungserbringern über eine besondere Versorgung der Versicherten abschließen.

Sie ermöglicht eine verschiedene leistungssektorenübergreifende Versorgung (integrierte Versorgung) sowie unter Beteiligung zugelassener vertragsärztlicher Leistungserbringer oder deren Gemeinschaften besondere ambulante ärztliche Versorgungsaufträge.“

- GKV-VSG hebt §§ 73a, 73c, 140b, 140c, 140d SGB V auf und übernimmt ausgewählte Inhalte der Bestimmungen der §§ 140a bis 140d. Das Gesetz definiert „besondere ambulante ärztliche Versorgungsaufträge“ nicht.
- *Kann deshalb unter diesem Begriff sehr viel mehr vereinbart werden, als Gegenstand der Verträge gemäß §§ 73a und 73c war?*
- *Bleibt es bei der Ausschreibungspflicht für besondere ambulante ärztliche Versorgungsaufträge oder schafft die Vergaberechtsreform hier mehr Freiräume?*

Zukünftig auch noch Substitution der Regelversorgung oder alles nur Add-on in der I.V. ?

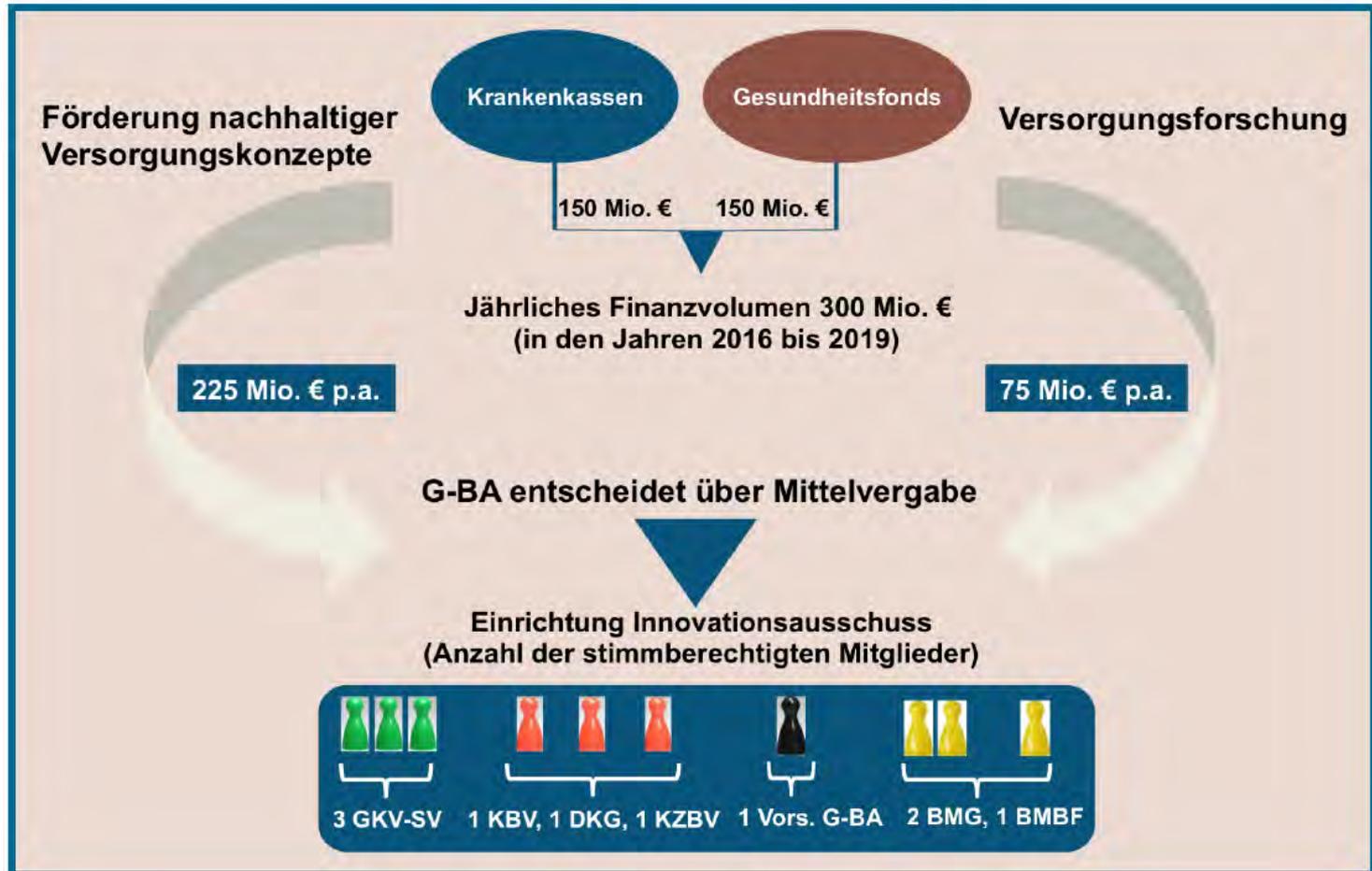
§ 140a Abs. 2 letzter Satz SGB V i.d.F.d. GKV-VSG: „**Gegenstand der Verträge dürfen auch Vereinbarungen sein, die allein die Organisation der Versorgung betreffen.**“

- Entwurf hebt die Pflicht zur Substitution der Regelversorgung für Verträge gemäß § 140a (neu) auf und lässt Add-on-Leistungen nunmehr auch ohne Regelversorgungsleistungen zu.
- Substitution der Regelversorgung muss zur Bereinigung der Regelversorgungsvergütung führen.
- *Wird die I.V. zur „besonderen Add-on-Versorgung“, um misslichen Honorar-Bereinigungskonsequenzen aus dem Wege zu gehen?*

Grundlagen der Förderung neuer Versorgungsformen zur Weiterentwicklung der Versorgung durch den Innovationsfonds gem. § 92a SGB V i. d. F. d. GKV-VSG

- G-BA fördert neue Versorgungsformen, die über die bisherige Regelversorgung hinausgehen.
- Gefördert werden insbesondere Vorhaben, die eine Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung zum Ziel haben und hinreichendes Potenzial aufweisen, dauerhaft in die Versorgung aufgenommen zu werden.
- Voraussetzung ist, dass eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Vorhaben erfolgt
- Förderungsfähig sind nur diejenigen Kosten, die dem Grunde nach nicht von den Vergütungssystemen der Regelversorgung umfasst sind.

Finanzierungsausstattung und Entscheidungsstrukturen des Innovationsfonds



Förderkriterien des Innovationsfonds

gemäß § 92 Abs. 1 SGB V insbesondere

1. Verbesserung der Versorgungsqualität und –effizienz,
2. Behebung von Versorgungsdefiziten,
3. Optimierung der Zusammenarbeit innerhalb und zwischen verschiedenen Versorgungsbereichen, Versorgungseinrichtungen und Berufsgruppen,
4. Interdisziplinäre und fachübergreifende Versorgungsmodelle,
5. Übertragbarkeit der Erkenntnisse, insbesondere auf andere Regionen oder Indikationen,
6. Verhältnismäßigkeit von Implementierungskosten und Nutzen,
7. Evaluierbarkeit.

Förderschwerpunkte des Innovationsfonds

A) Förderung innovativer sektorenübergreifender Versorgungsformen

Förderschwerpunkte können z. B. sein:

- Telemedizin
- Versorgungsmodelle in strukturschwachen Gebieten
- Modelle mit Delegation und Substitution von Leistungen
- Auf- und Ausbau der geriatrischen Versorgung
- Modellprojekte zur Arzneimitteltherapiesicherheit bei multimorbiden Patienten
- Einbeziehung von Möglichkeiten zur Verbesserung der Versorgungseffizienz von Patienten mit Migrationshintergrund

Innovationsfonds: mögliche Antragsteller

Die Beschränkung der Antragstellung auf ausgewählte Leistungserbringer im Gesetzentwurf zum GKV-VSG wurde durch die Regierungskoalition mit einem Änderungsantrag in letzter Minute wieder aufgehoben.

In der Begründung des Änderungsantrags heißt es:

„Die im Gesetzentwurf bisher enthaltene Aufzählung der möglichen Antragsteller für eine Förderung neuer Versorgungsformen aus dem Innovationsfonds wird gestrichen. Der Kreis der möglichen Antragsteller ist somit nicht begrenzt. Maßgeblich ist allein, ob das Vorhaben, für das eine Förderung beantragt wird, den Förderkriterien des Absatzes 1 und den vom Innovationsausschuss festgelegten Förderschwerpunkten und -kriterien entspricht. Der Bezug der geförderten Vorhaben zur Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung soll wie im Gesetzentwurf zudem dadurch sichergestellt werden, dass bei der Antragstellung nach Satz 6 neu in der Regel eine Krankenkasse zu beteiligen ist.“

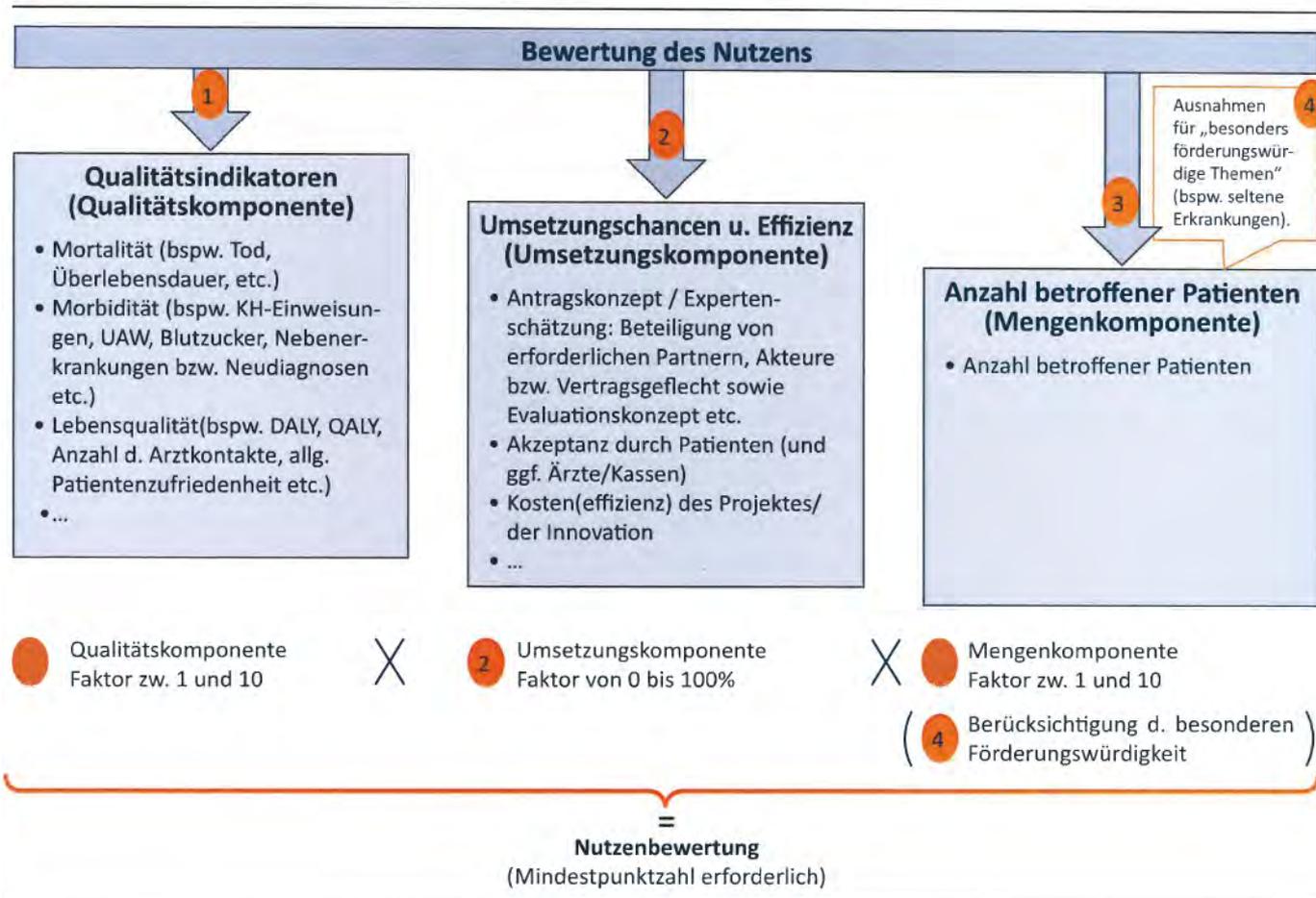
Innovationsfonds: Zum Inhalt der Anträge

Kernelemente eines Antrages (insbes. bei 225 Mio.)

Unerlässlich ist

- Projektdarstellung mit
 - Motivation / Notwendigkeit der Verbesserung
 - Verbesserungsansatz und erwartete Wirkweise
 - Zielparameter (wo zeigt sich die Verbesserung)
- Finanzierungskonzept
 - sachliche und personelle Elemente
 - Abgrenzung, was ggf. bestehende Versicherungsleistungen sind, und was zusätzlich (nur das kann aus dem Innovationsfonds kommen)
 - Die Förderung erfolgt in Tranchen, mit Prüfung von Verwendungsnachweisen
 - Die Förderung kann keine Fehlbetragsfinanzierung sein!
 - Die Förderung durch den Innovationsfonds kann keine Abrechnungsstelle für arztindividuelle Privatliquidationen sein!
- Evaluationskizze
 - Konzept muss hinreichend sein, statistisch signifikante Aussagen für die Regelversorgung anzuleiten
 - Darstellung und Begründung messbarer Evaluationspartner

Innovationsfonds: Vorschlag zur Nutzenbewertung der Anträge



Förderung der Versorgungsforschung durch den Innovationsfonds

B) Förderung der Versorgungsforschung

- Ausgerichtet auf einen Erkenntnisgewinn zur Verbesserung der bestehenden Versorgung in der GKV
- Kriterien insbes.: praktische Relevanz; mögliche Übernahme der Erkenntnisse in Richtlinien und Gesetze
- Auch für wissenschaftliche Begleitung und Auswertung (Evaluation) von Verträgen nach §§ 73c und 140a SGB V, die vor Inkrafttreten des Gesetzes abgeschlossen wurden
- Auch für Forschungsvorhaben zur Weiterentwicklung und insbesondere Evaluation der Richtlinien des G-BA

Innovationsausschuss

Innovationsausschuss

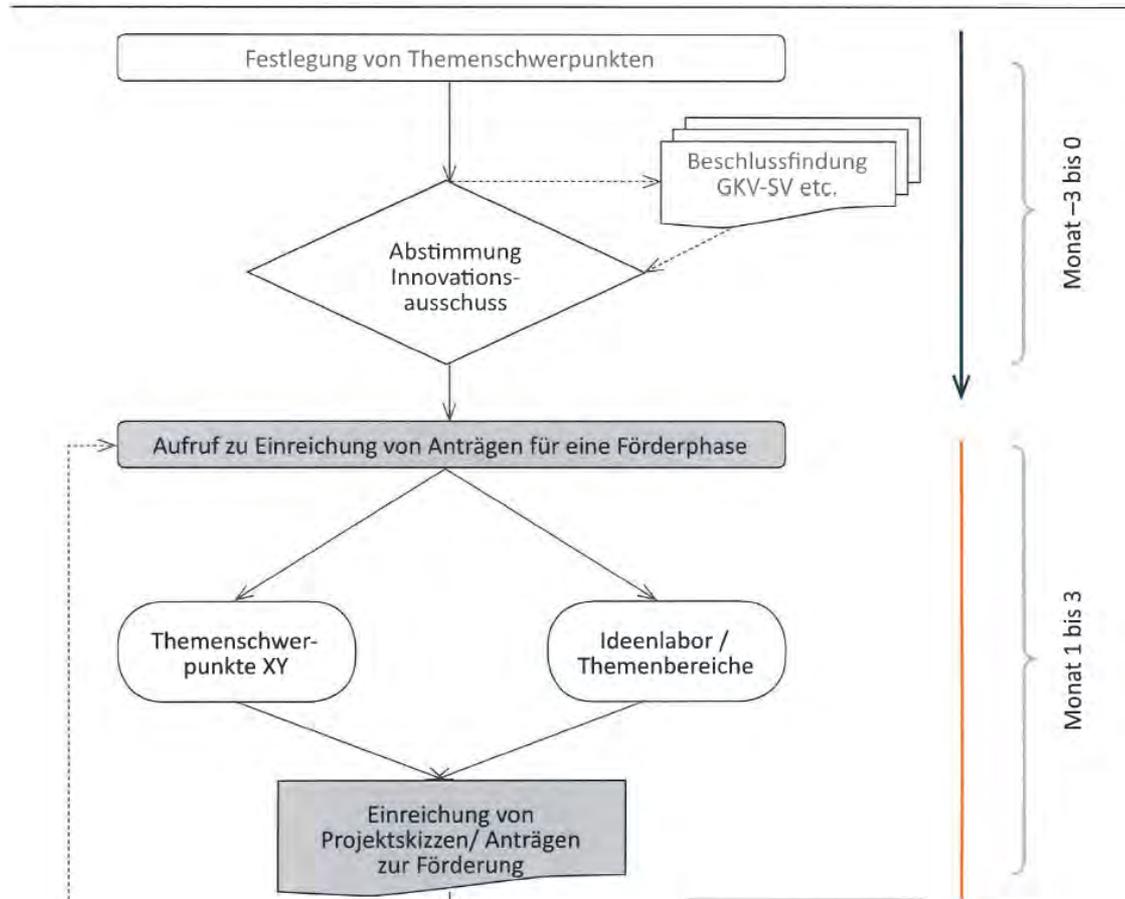
- Legt in Förderbekanntmachungen die Förderschwerpunkte und Kriterien für die Förderung fest
- Führt auf der Grundlage der Förderbekanntmachungen Interessenbekundungsverfahren durch
- Entscheidet über die eingegangenen Anträge
- Übt fachliche Weisung über Geschäftsstelle aus
- Entscheidet mit einer Mehrheit von 7 Stimmen
- Gibt sich eine Geschäfts- und Verfahrensordnung
- Patientenorganisationen und Mitberatungs- und Antragsrecht

Expertenbeirat

Expertenbeirat

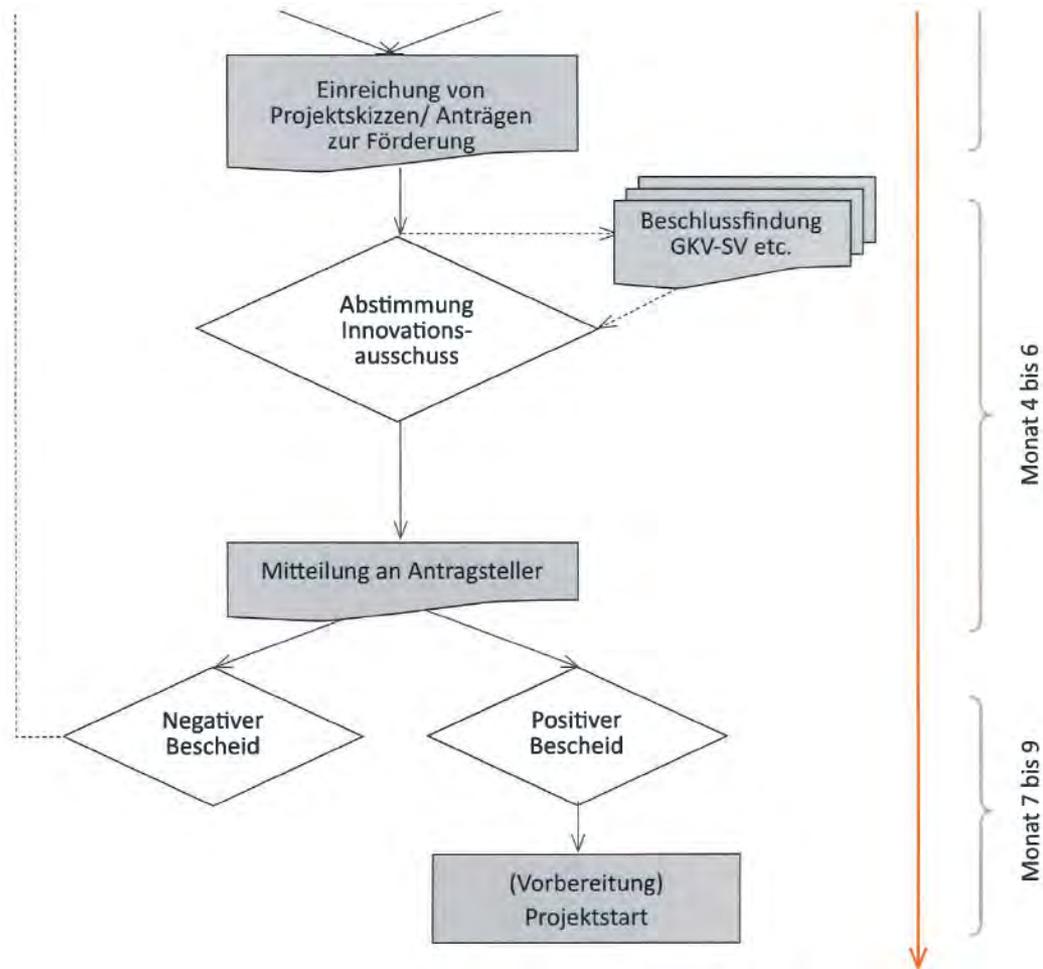
- Berät den Innovationsausschuss
 - Abgabe von Empfehlungen zum Inhalt von Förderbekanntmachungen
 - Durchführung von Kurzbegutachtungen der eingegangenen Anträge
 - Abgabe einer Empfehlung zur Förderentscheidung
- Nicht mehr als 10 vom BMG berufene Mitglieder
- Vertreter aus Wissenschaft und Versorgungspraxis mit versorgungswissenschaftlicher, klinischer und methodischer Expertise

Innovationsfonds: Antragsprozess aus Sicht IGES (Phase 1)



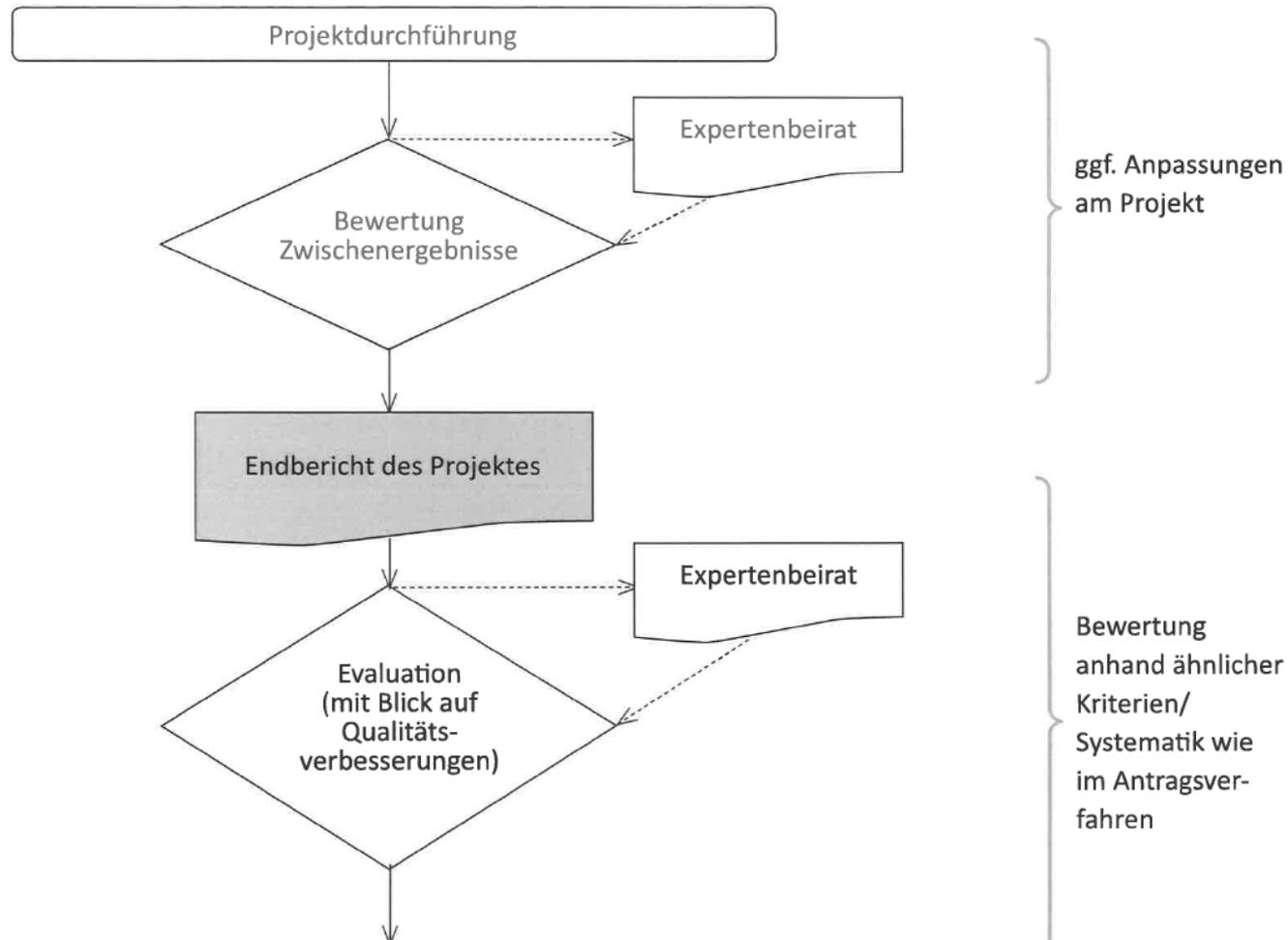
Quelle:
Rahmenbedingungen im
Innovationsfonds, IGES-
Studie für vdek 2015

Innovationsfonds: Antragsprozess aus Sicht IGES (Phase 2)



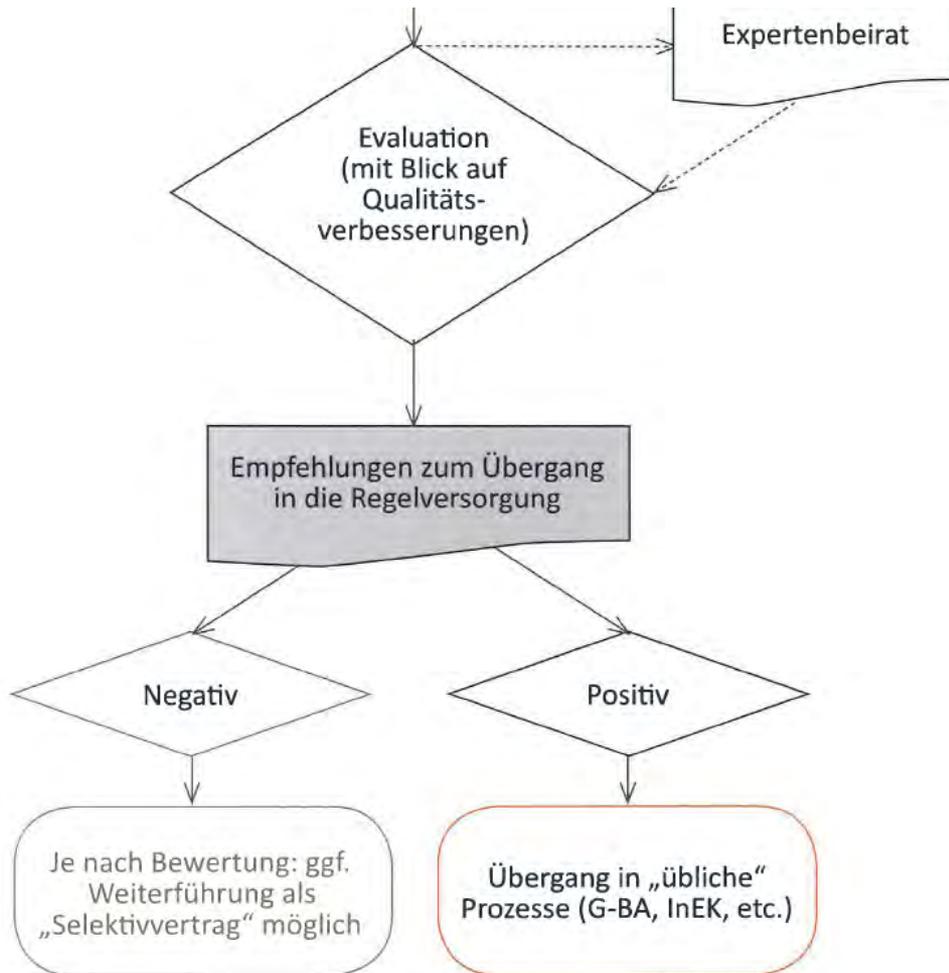
Quelle:
Rahmenbedingungen im
Innovationsfonds, IGES-
Studie für vdek 2015

Innovationsfonds: Verfahren nach Projektstart aus Sicht IGES (I)



Quelle:
Rahmenbedingungen im
Innovationsfonds, IGES-
Studie für vdek 2015

Innovationsfonds: Verfahren nach Projektstart aus Sicht IGES (I)



Bewertung
anhand ähnlicher
Kriterien/
Systematik wie
im Antragsver-
fahren

Entscheidung
zur Aufnahme in
die Kollektivver-
sorgung (ggf. nur
in die Selektiv-
versorgung)

Quelle:
Rahmenbedingungen im
Innovationsfonds, IGES-
Studie für vdek 2015

Innovationsfonds: Verfahren aus Sicht des G-BA

Wie kann das Verfahren aussehen?



Der Innovationsfonds – Segen oder Fluch der Integrierten Versorgung?

- Der Innovationsfonds ist mit Anschubfinanzierung 2004 bis 2008 weder inhaltlich noch der Höhe nach vergleichbar.
- Die finanzielle Förderung ist nach wie vor eine wichtige Prämisse bei der Kassenentscheidung über selektivvertragliches Engagement.
- Es könnte sich bei Krankenkassen der Trend herausbilden, sich auf die Selektivvertragsprojekte zu konzentrieren, die auch durch den Innovationsfonds gefördert werden.
- Dieser Trend würde sich negativ auf Entwicklung und Verbreitung der I. V. auswirken.
- Der Innovationsfonds wird helfen, darf aber nicht einziges Instrument zur Förderung innovativer selektivvertraglicher Versorgungsformen sein.

Telemedizin

- Die Telemedizin ist als innovative Versorgungsform eine Bereicherung auf dem Gebiet der Gesundheitsdienstleistungen, aber sie ist auch in Zukunft nicht in der Lage, Maßnahmen der herkömmlichen Medizin komplett zu ersetzen.
- Telemedizin unterstützt ärztliches Handeln, ersetzt es aber nicht.
- Die Entwicklung telemedizinischer Verfahren sollte entsprechend medizinischer Notwendigkeiten initiiert und gefördert werden.
- Die wissenschaftliche Begleitung von Telemedizin-Projekten ist noch nicht ausreichend. Es sollte in diesem Zusammenhang besonderes Augenmerk auf die Evaluation dieser Projekte und die Förderung der Versorgungsforschung (insbesondere auch unter Kosten-/Nutzen-Aspekten) gelegt werden.

Gesetzesinitiative E-Health Telemonitoring

- Aufnahme von Telemonitoring-Verfahren in das Gesetz wäre sinnvoll
- Telemonitoring ist immer dann innovativ, wenn es eine technisch und rechtlich abgesicherte effizientere Patientenbehandlung ermöglicht
- wissenschaftlich-technischer Fortschritt ermöglicht hier einen verbesserten Einsatz ärztlicher Ressourcen, gerade auch für Patienten in unterversorgten Regionen
- rechtliche Rahmenbedingungen, insbesondere das ärztliche Berufsrecht (Fernbehandlungsverbot) müssen mit technisch/technologischer Entwicklung Schritt halten, aber dennoch notwendige ärztliche Behandlungsgrundsätze wahren
- besondere Eignung derzeit bereits in Radiologie, Kardiologie, Diabetologie; zukünftig auch in sehr viel mehr Fächern und Disziplinen
- Einsatz auch sektorenübergreifend erforderlich
- Aufbau sollte sowohl in Regelversorgung (EBM/GOÄ), als auch selektiv sektoren- und fachübergreifend vorgebracht werden

Gesetzesinitiative E-Health Telematik-Infrastruktur

- Die Telematik-Infrastruktur ist eine gesundheitspolitische Dauer-Großbaustelle, die eine durchsetzungsfähige, kompetente Bauleitung benötigt. Die Gesetzesinitiative kommt spät.
- Die digitale Datenautobahn muss in erster Linie mit der erforderlichen Datensicherheit das allgemeine Vernetzungsdilemma beseitigen.
- Sowohl indikations- als auch populationsbezogene Versorgungskonzepte sind zukünftig immer stärker auf integrierte, d. h. sektoren- und fächer-/ disziplinenübergreifende Gestaltungen angewiesen.
- Komplexere Strukturen benötigen gut ausgebaute Kommunikationswege für alle am Versorgungsprozess Beteiligten.
- Nur ein sicherer Datenaustausch mit möglichst geringem Aufwand kann auch für die Umsetzung des Prinzips der Integrierten Versorgung in Regel- und Selektivversorgung Gewähr bieten.

Fazit I

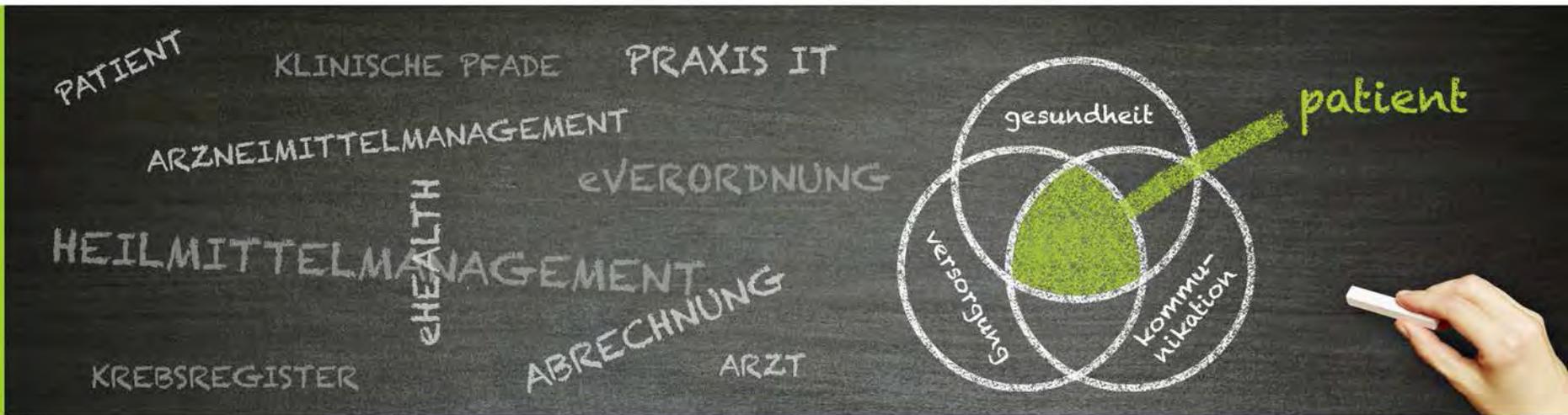
- Es ist bereits jetzt absehbar, dass der notwendige Prozess zur Reformierung der Rahmenbedingungen der Integrierten Versorgung mit dem GKV-VSG nicht abgeschlossen ist. Das Gesetz konnte zwar neue Impulse setzen, aber nicht den gesamten bestehenden Reformbedarf umsetzen.
- Die Selektivversorgung bleibt ein Instrument des Wettbewerbes. Ob sich die wettbewerbliche Ausrichtung des Gesundheitswesens als Mittel zur Verbesserung der Effizienz und Effektivität der Versorgung bewährt, ist noch nicht entschieden.
- Insbesondere dort, wo Leistungserbringer aus beiden Sektoren im gleichen Bereich zur Leistungserbringung zugelassen sind, sind auch gleiche Wettbewerbschancen zu gewährleisten. Das betrifft nicht nur die Leistungsvergütung, sondern auch die Existenzbedingungen der Leistungserbringung, insbesondere Fragen der Investitionsförderung, der Qualitäts- und Qualifizierungsanforderungen, des Leistungserbringerrechts u.a..

Fazit II

- Die Integrierte Versorgung kann nur dann die ihr ursprünglich vorgegebene Rolle, populationsbezogene Versorgungsalternativen zur Regelversorgung herauszubilden, verwirklichen, wenn es gelingt, ausreichend freie Rahmenbedingungen zu schaffen **und** die Mitglieder der Selbstverwaltungspartner zu veranlassen, an Projekten zur Verbesserung der Effizienz und Effektivität der Versorgung in relevanter Zahl teilzunehmen.
- Der Innovationsausschuss für den Innovationsfonds nach GKV-VSG ist organisatorisch ein Unterausschuss des G-BA. Ob Zusammensetzung und Verfahrensordnung des Ausschusses die zweckbestimmte Mittelvergabe zur Förderung innovativer sektorenübergreifender Versorgungsformen gewährleisten können, wird sich zeigen.
- Die Rahmenbedingungen für den Innovationsfonds schaffen kein neues Leistungserbringungsrecht. Die Antragsteller sind gehalten, die bestehenden Möglichkeiten zur Gestaltung innovativer sektorenübergreifender Versorgungsprojekte besser auszuschöpfen als bisher. Das erfordert vielerorts auch mehr Kompetenz und Kreativität bei der Nutzung der rechtlichen und regionalen Gegebenheiten.

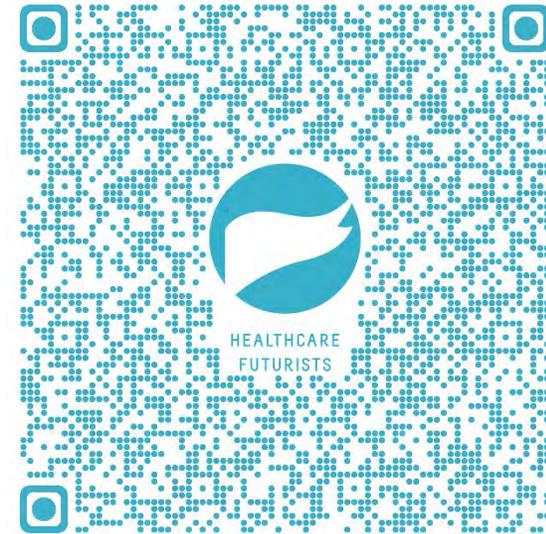
Fragen?





Quo Vadis Internetmedizin - zwischen Innovation und Regelbetrieb.

gevko Symposium 2015



gevko Symposium 2015

Domine, Quo vadis?

Internetmedizin zwischen
Innovation und Regelbetrieb

gevko Symposium 2015, 22. September 2015, Berlin

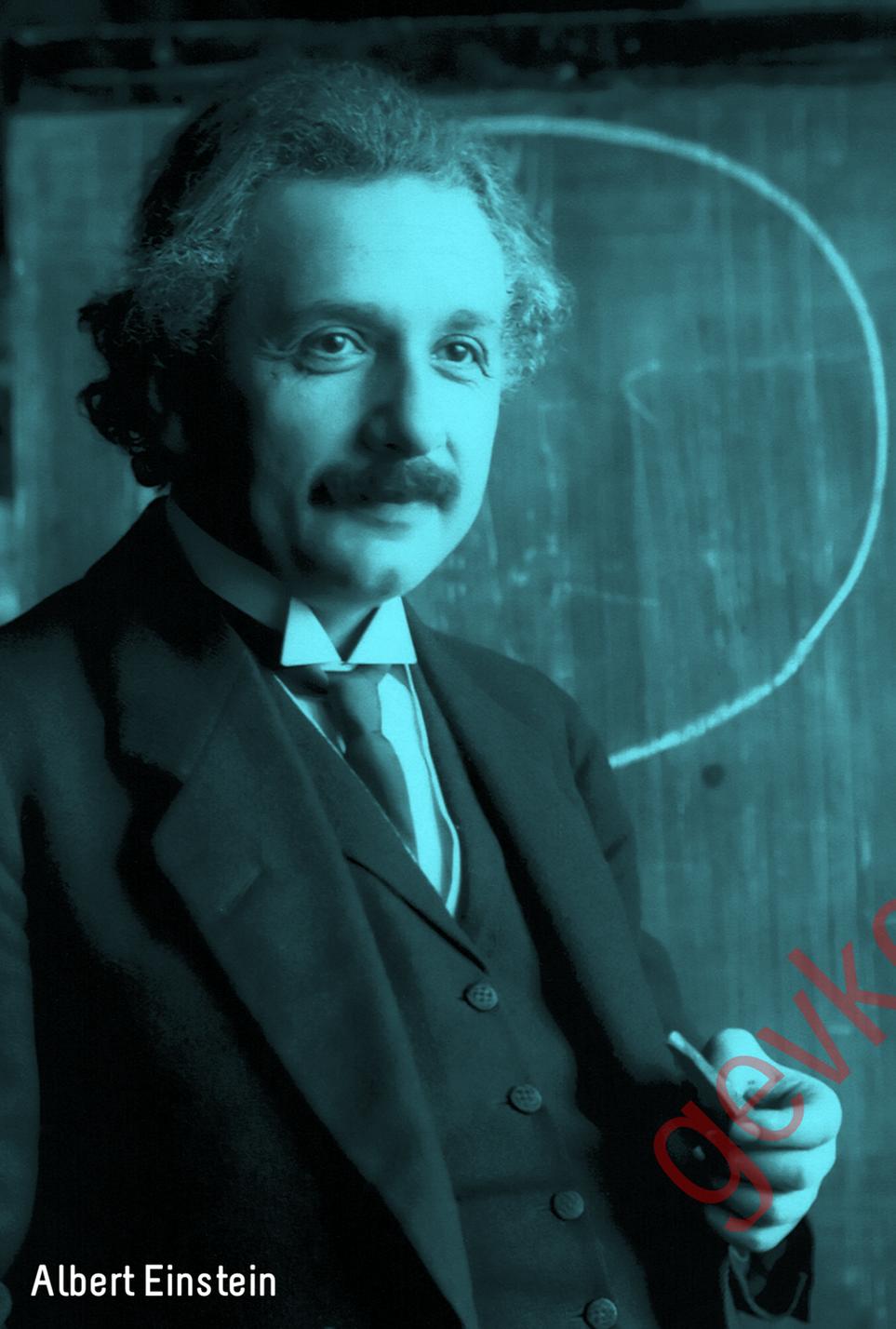
gevko Symposium 2015



We. Safe. Patients.

HEALTHCARE
FUTURISTS

Innovation Insight



Albert Einstein

Orlando Symposium 2015

Wahnsinn ist:
Dasselbe immer wieder zu tun
und unterschiedliche
Ergebnisse zu erwarten.



HEALTHCARE
FUTURISTS

In Healthcare and Life Sciences the Challenge Gains another Dimension



Medical Profession

Board Certified Knowledge Monopoly

Primary Healthcare Market



Quantified Self



Consumer

Dr. Google with 40 Mio. Calls

Secondary Healthcare Market

Safety
Regulation
Evaluation

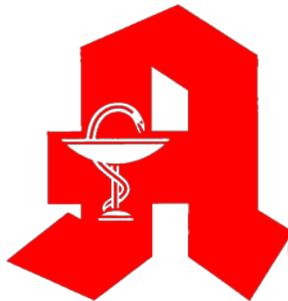
Obstacles in Reimbursements

gevko Symposium 2015

Flying high with drugs: How other market participants have already challenged and changed established markets and business models



U B E R

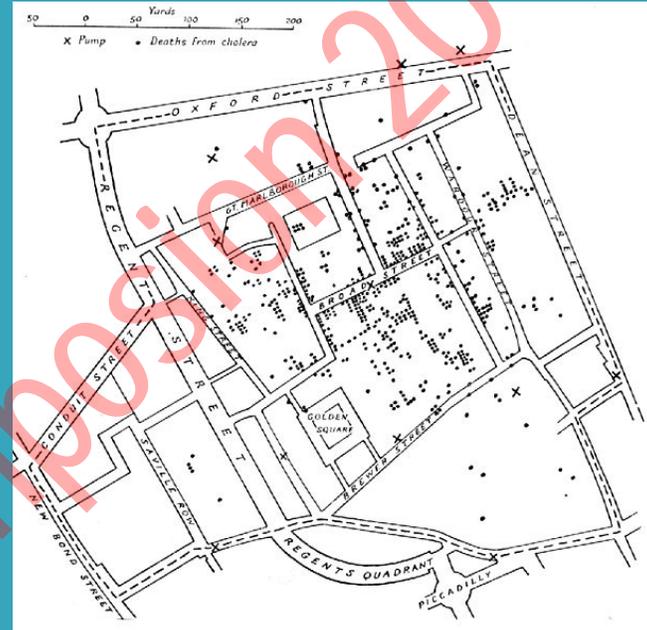




Big Data = Alter Hut?



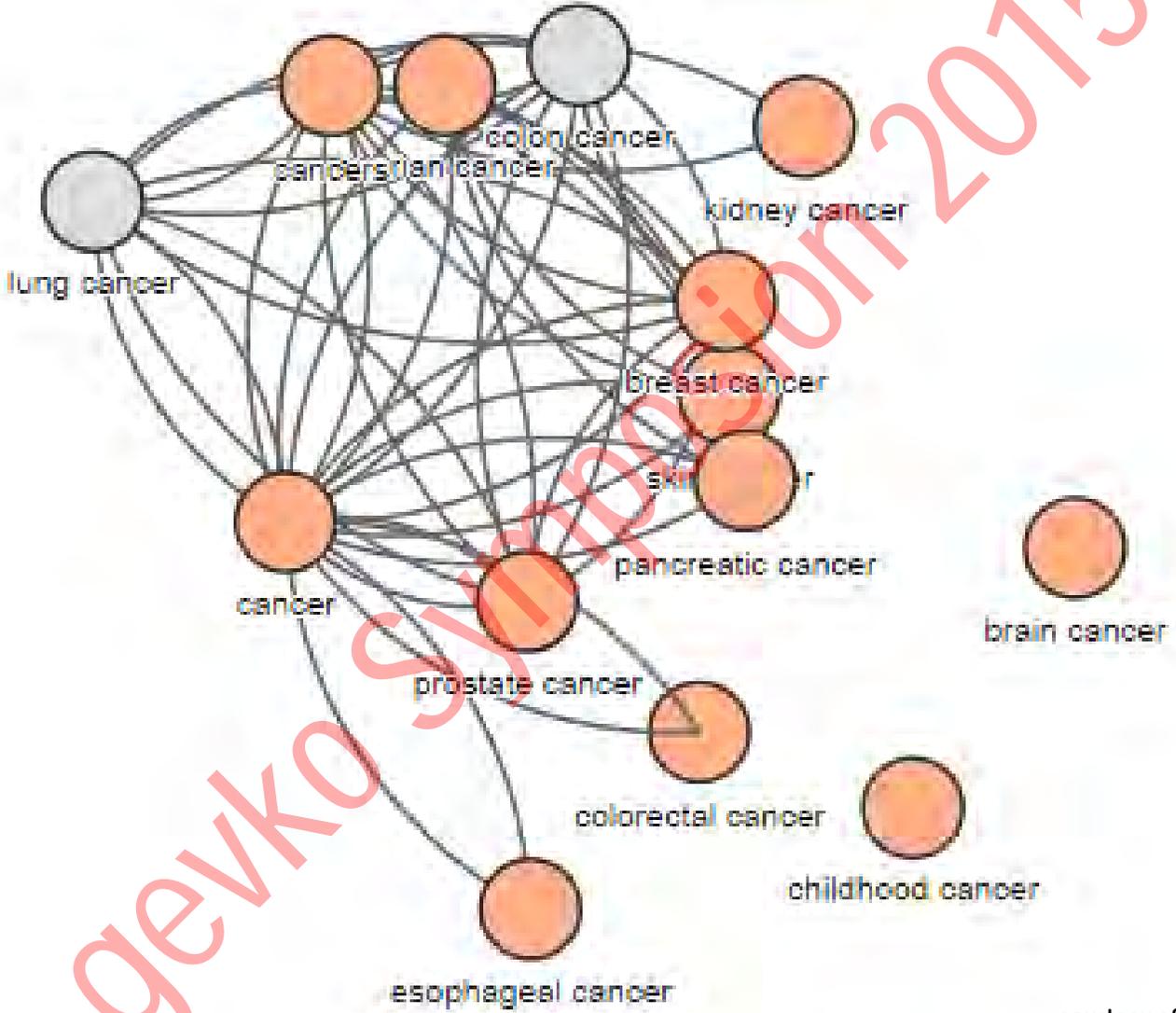
John Snow



Bigger fish to fry with AI – Generate more value quicker with Artificial Intelligence



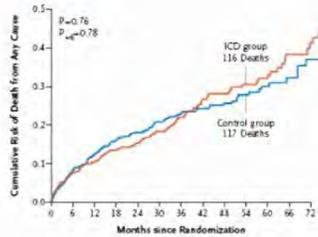
HEALTHCARE
FUTURISTS



courtesy of www.exb.de and www.ptpt.de



On Average, No

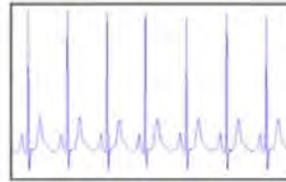


- Too many: Potentially risky, always expensive (~\$50k)
 - 90% of recipients received < 0 medical benefit
- Too few: 100's of deaths/day potentially avoidable
- Need to do a better job of matching patients with therapies

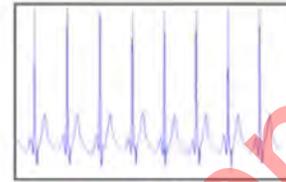
90% aller Patienten mit Defibrillator benötigen diesen gar nicht.

Morphological Variability

- Detect signs of small and transient electrical instability in myocardium by detecting minor differences in shape of normal appearing heart beats
- Invisible to human eye



Patient 19919 (died)
(MV = 2 x high risk threshold)

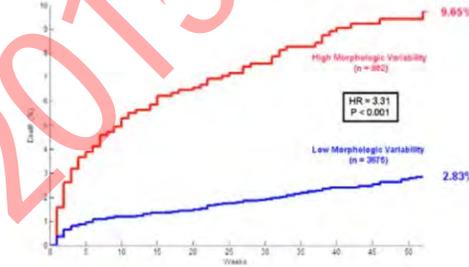


Patient 1593 (survived)
(MV < 1/2 x high risk threshold)

Morphologische Variabilitäten haben große Aussagekraft, sind jedoch mit dem Auge nicht wahrnehmbar.

Data from MERLIN TIMI-36 dataset (~1B beats)

- About 4,500 ACS patients
- 1 year follow-up for cardiovascular death (193 events)



Der Unterschied zwischen MV Trägern und Nicht-Trägern ist in der Absterberate statistisch signifikant.

Die Lücke zwischen den beiden Kurven wird als Hazard-Ratio bezeichnet und liegt bei statistischer Signifikanz von $p < 0,001$ bei knapp 33%

MV and Other Risk Variables

Multivariate Analysis of Patients with LVEF > 40%*

| Parameter | Adjusted Hazard Ratio (*) | 95% Confidence Interval | P Value |
|-----------|---------------------------|-------------------------|--------------|
| MV | 2.31 | 1.28 – 4.16 | 0.005 |
| BNP | 1.94 | 1.10 – 3.43 | 0.022 |
| BMI | 0.93 | 0.54 – 1.62 | 0.805 |
| CrCl | 1.48 | 0.86 – 2.56 | 0.159 |

* Also adjusted for age, hypertension, diabetes, hypercholesterolemia, prior MI, prior angina, ST changes, cardiac markers

Z. Syed, C. Stultz, B. Scirica B, and J. Gutttag, "Computationally generated cardiac biomarkers for risk stratification following acute coronary syndrome," *Science Translational Medicine*, September 2011.

„computationally generated Biomarkers“

„Decision Support Systems“

Eine multivariate Analyse ermöglicht es noch weitere Risikopatienten herauszufiltern.

Source: NEJM Oct. 2009 Do ICD's save Lives?; MIT Gutttag Research Group



Challenges

01 – Patient Centric Hospital Discharge – Patient centric discharge management means to put the patient in the center of all things hospital and provide a smooth transition process that covers both, economic interests on the side of the hospital as well as sustainable care quality for the patient as a facilitation. [Read more.](#)

02 – Data Donation in a Medical setting – If we declared anonymous data donation from smartphones, wearables and such a moral obligation (such as we could think a physical organ translation could be) and get a grip around the data security issues, we would find ourselves in very advanced stages of understanding how diseases work and what bears which kind of risk if comes to therapy. [Read more.](#)

The Electronic Surgery Retractor – The times of abundant medical personal have long gone with physician decline due to unattractive working atmospheres. With increasing wage costs and a lack of skilled personal, hospitals look at new future scenarios. The question is how to be able to effectively improve performance numbers and quality of operations up. [Read more.](#)

Staff Education on new Devices – Liability for misuse is the main legal issue why briefings need check-ups on a regular basis and thoroughly documented. Especially with new nurses joining a existing team or honorary temps taking on vacant positions for a short period of time, it becomes essential that the learning curve of these individuals needs immediate support and a kick start. [Read more.](#)

Automatic alert in case of Car accidents – Even though accident data sensors are readily available in the high tech environment of a modern automobile, little are they used to surveille vital parameters of passengers. This might be beneficial in predicting hazardous situations such as microslepp or it might be used in the case of an accident. [Read more.](#)

INNOVATE HEALTHCARE

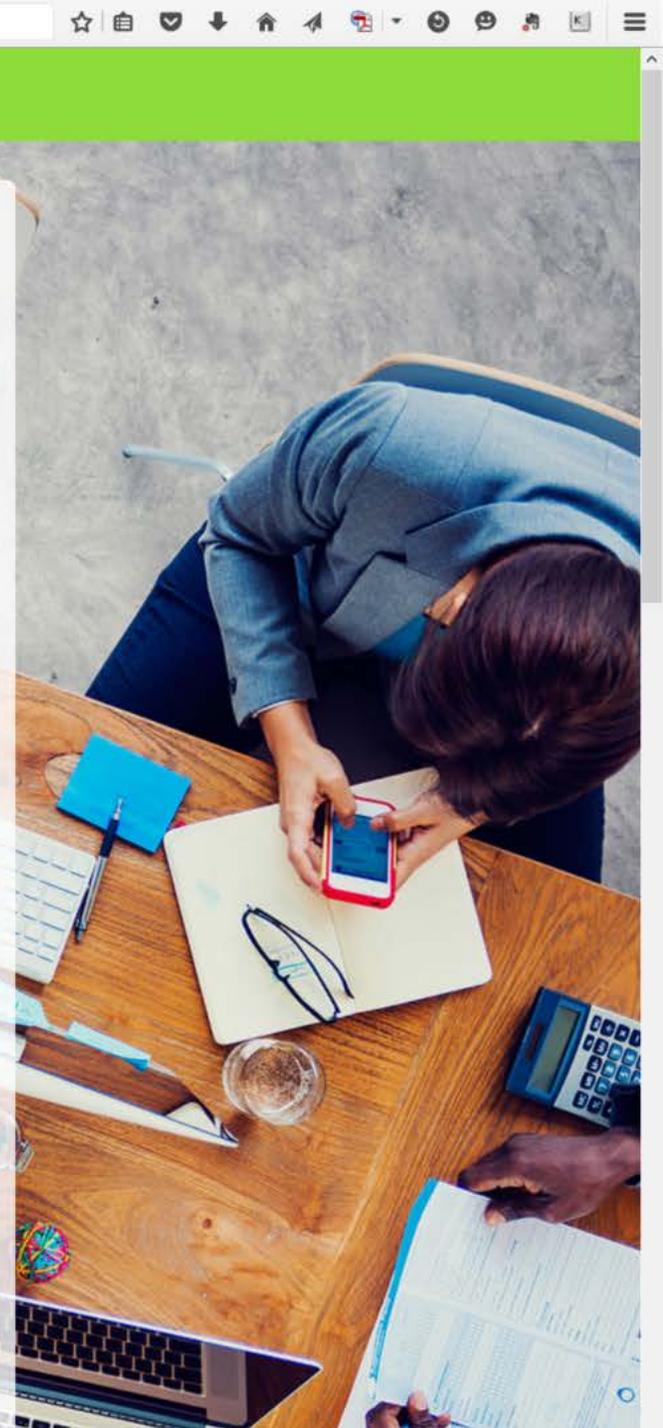
19.06.-21.06.2015 @ STARTPLATZ, COLOGNE //

INNOVATEHEALTHCARE IS AN INTERNATIONAL ENTREPRENEURIAL VENUE THAT IS COMPLETELY DEDICATED TO HEALTH-CARE. IT IS FOR YOU IF YOU ARE AN IT-GUY, A BUSINESS-PERSON, A MEDICAL DOCTOR, A DESIGNER, A TECH GEEK OR ANYONE ELSE WHO HAS AN INTEREST IN HEALTH-CARE, LIFE-SCIENCES AND MEDICINE AND WANTS TO MAKE A DIFFERENCE FOR PATIENTS. OUR GOAL IS TO HELP YOU SOLVE ONE OF OUR COMPETITIVE REAL WORLD HEALTH-CARE CHALLENGES AND GET YOUR OWN COMPANY SET UP AND RUNNING. GET MORE INFORMATION ON: [HTTP://INNOVATE.HEALTHCARE](http://innovate.healthcare)

<HACKATHON IN COLOGNE FOR INNOVATION IN HEALTHCARE/>

FURTHER INFORMATION:
 • [INNOVATE.HEALTHCARE](http://innovate.healthcare)
 • [@INNOVATE_HC](https://twitter.com/innovate_hc)
 • [FACEBOOK.COM/INNOVATE_HC](https://facebook.com/innovate.hc)

STARTPLATZ, IM MEDIAPARK 5, 50670 KÖLN







gevkko Swirevision 2015



gevko Symposium 2015



We. Safe. Patients.

HealthCare Futurists GmbH

Fast: Düsseldorf Office
Plange Mühle 3
40221 Düsseldorf, Germany

Faster: info@healthcarefuturists.com
www.healthcarefuturists.com

Fastest: Mobile +49 151 412 96 999
Landline: +49 211 176071 71



Kassenärztliche
Bundesvereinigung

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Quo vadis Internetmedizin – Zwischen Innovation und Regelbetrieb

gevko Symposium – 22. September 2015

Heinz-Theo Rey

Google Bildersuche „Internetmedizin“

Google

Web Maps **Bilder** Shopping Videos Mehr ▾ Suchoptionen

SafeSearch ▾

Anmelden

Cookies helfen uns bei der Bereitstellung unserer Dienste. Durch die Nutzung unserer Dienste erklären Sie sich damit einverstanden, dass wir Cookies setzen.

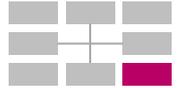
Mehr erfahren



Agenda

- KBV – IT in der Arztpraxis
- Status quo der Vernetzung
- Trends - ausgewählte Aspekte
 - Technologie
 - Gesundheitssystem
- Regelversorgung

KBV – IT in der Arztpraxis



Gernot Goldbeck
Abteilungsleiter



KBV - IT in der Arztpraxis (Quartalsupdate)



KBV - IT in der Arztpraxis (Quartalsupdate)

Stammdaten

- ARV, Arztverzeichnis, DMP-Datenannahmestellen, EBM, ICD-10-GM, Kodierhilfe, PLZ, OMIM
- Kodierregelwerk, Kostenträger, KVCA, KV-Spezifika

20

Anpassungsbedarf pro
Quartal ca. 90 %

Software und Schnittstellen

- Prüfmodul, Kryptomodul, ICD-Browser
- Prüfassistent, Kodierassistent

77

Anpassungsbedarf pro
Quartal ca. 50 %

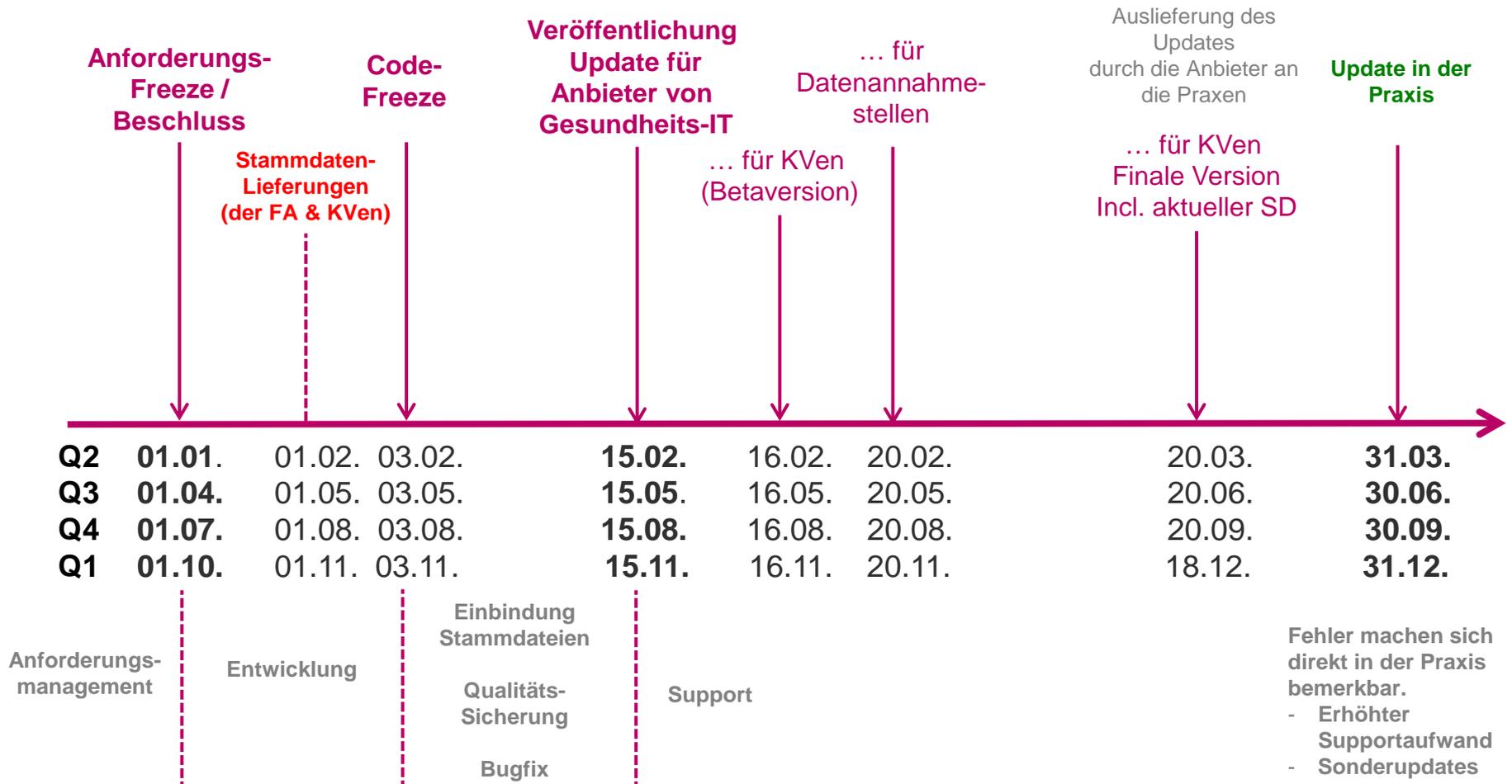
Anforderungsdokumente

- Anforderungskataloge: KVDT, eDoku, LDT, BFB
- Satzbeschreibung: Schnittstellen und Stammdaten
- Plausibilitäten: eDoku
- Leitfäden, Praxisinfo: rund um IT in der Arztpraxis

172

Anpassungsbedarf pro
Quartal ca. 6 %

KBV - IT in der Arztpraxis (Quartalsupdate)



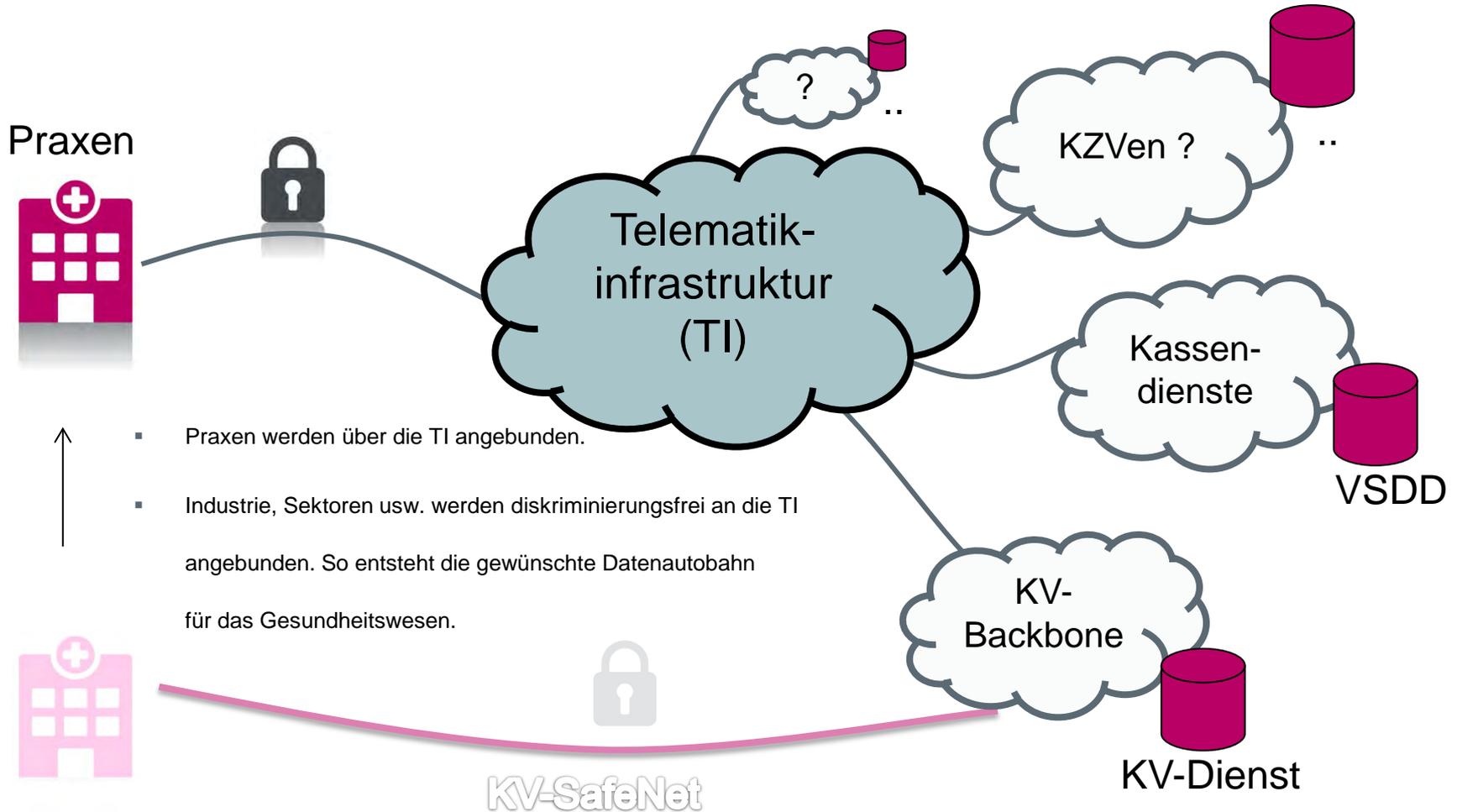
» Wir arbeiten für Ihr Leben gern.« www.ihre-aerzte.de

KBV - IT in der Arztpraxis (Zertifizierung)



- Abrechnungsdatentransfer;
 - sicherer Datenübertragungsweg KV-Connect
 - Zertifizierung Umstellung der Datenformate von KVK auf eGK
 - ADT (Abrechnung)
 - KADT (Kurärztliche Abrechnung)
 - SADT (Schwangerschaftsabbruch)
- Labordatentransfer
- Blankoformularbedruckung
- Disease-Management-Programme
 - Diabetes Mellitus I und II
 - Brustkrebs
 - Koronare Herzkrankheit
 - Asthma bronchiale
 - COPD
- QS-Dokumentationen
 - Hautkrebsscreening
 - Mammographiescreening
 - Koloskopie
 - Dialyse
 - Benchmarking-Daten
 - Zervix-Zytologie
 - Molekulargenetik
 - Hörgeräteversorgung
 - Hörgeräteversorgung Kinder
- KV-SafeNet
 - KV-SafeNet Provider
 - KV-SafeNet Netzkopplung
 - KV-SafeNet Applikationen
- Arzneimittelverordnung
- Telematik (eGK-Einlesen, später Online-Verfahren)

Status quo der Vernetzung



Status Quo der Vernetzung

BUN
KASSENÄRZTE

Empfehlungen zu Datenschutz und Daten

1. Einleitung

Die ärztliche Schweigepflicht ist von grundlegender Bedeutung für das besondere Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient². Ärzte haben über das, was ihnen in ihrer Eigenschaft als Arzt anvertraut oder bekannt geworden ist, zu schweigen. Die ärztliche Schweigepflicht zählt zum Kernbereich der ärztlichen Berufsethik. Die rechtliche Ausgestaltung der Schweigepflicht erfolgt durch die Bestimmungen des § 9 Abs. 1 der Musterordnung der in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte (MBO-Ä) sowie die entsprechenden Regelungen der Bestimmungen der Landesärztekammern³.

Neben dem Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient umfasst der Schutzzweck der ärztlichen Schweigepflicht die Wahrung des Patientengeheimnisses, dessen Verletzung durch den Arzt mit Geld- oder Freiheitsstrafe geahndet werden kann.

Bei der elektronischen Datenverarbeitung in der Arztpraxis ist ebenfalls das Recht auf informationelle Selbstbestimmung

5.3 Sicherheitsvorkehrungen bei externer elektronischer Kommunikation

Die externe elektronische Kommunikation erfordert Sicherheitsvorkehrungen. Eine bedeutende Sicherheitsvorkehrung kann darin bestehen, den Computer mit Patientendaten von dem Rechner zu trennen, über den die Internetverbindung hergestellt wird. Soweit eine Verbindung mit dem Praxisrechner erfolgt, sollten die Patientendaten auf dem Praxiscomputer verschlüsselt gespeichert und eine leistungsfähige, regelmäßig gewartete und aktualisierte Firewall verwendet werden. Auf diese Weise kann verhindert werden, dass unbefugte Dritte unbemerkt eine Verbindung zu dem Praxiscomputer aufbauen, Schaden verursachende Programme auf dem Praxiscomputer installieren oder den Datenbestand ausspähen, verändern oder löschen. Auf die in Abschnitt 3 der Technischen Anlage dargestellten technischen Vorgaben wird verwiesen.

Übermittelt der Arzt patientenbezogene Daten über ein öffentliches Datennetz (Internet), so ist sicherzustellen, dass der Zugriff Unbefugter auf die Dokumente ausgeschlossen ist. Die zu übermittelnden Daten sollten daher durch ein hinreichend sicheres Verfahren verschlüsselt werden (vgl. Abschnitt 5 der Technischen Anlage). Zur Sicherung der Authentizität ist insbesondere die Verwendung einer qualifizierten elektronischen Signatur geeignet. Ein höheres Sicherheitsniveau wird durch die Nutzung eines gesicherten Datennetzes erreicht, in dem die Datenpakete nochmals verschlüsselt werden. Dies kann insbesondere für die Kommunikation innerhalb von Praxisverbänden/Praxisnetzen relevant sein.

Status Quo der Vernetzung

BUN
KASSENÄRZTE

Empfehlungen zu Datenschutz und Daten

1. Einleitung

Die ärztliche Schweigepflicht ist von grundlegender Bedeutung für das besondere Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient². Ärzte haben über das, was ihnen in ihrer Eigenschaft als Arzt anvertraut oder bekannt geworden ist, zu schweigen. Die ärztliche Schweigepflicht zählt zum Kernbereich der ärztlichen Berufsethik. Die rechtliche Ausgestaltung der Schweigepflicht erfolgt durch die Bestimmungen des § 9 Abs. 1 der Musterordnung der in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte (MBO-Ä) sowie die entsprechenden Regelungen der Bestimmungen der Landesärztekammern³.

Neben dem Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient umfasst der Schutzzweck der ärztlichen Schweigepflicht die Wahrung des Patientengeheimnisses, dessen Verletzung durch den Arzt mit Geld- oder Freiheitsstrafe geahndet werden kann.

Bei der elektronischen Datenverarbeitung in der Arztpraxis ist ebenfalls das Recht auf informationelle Selbstbestimmung

5.3 Sicherheitsvorkehrungen bei externer elektronischer Kommunikation

Die externe elektronische Kommunikation erfordert Sicherheitsvorkehrungen. Eine bedeutende Sicherheitsvorkehrung kann darin bestehen, den Computer mit Patientendaten von dem Rechner zu trennen, über den die Internetverbindung hergestellt wird. Soweit eine Verbindung mit dem Praxisrechner erfolgt, sollten die Patientendaten auf dem Praxiscomputer verschlüsselt gespeichert und eine leistungsfähige, regelmäßig gewartete und aktualisierte Firewall verwendet werden. Auf diese Weise kann verhindert werden, dass unbefugte Dritte unbemerkt eine Verbindung zu dem Praxiscomputer aufbauen, Schaden verursachende Programme auf dem Praxiscomputer installieren oder den Datenbestand ausspähen, verändern oder löschen. Auf die in Abschnitt 3 der Technischen Anlage dargestellten technischen Vorgaben wird verwiesen.

Übermittelt der Arzt patientenbezogene Daten über ein öffentliches Datennetz (Internet), so ist sicherzustellen, dass der Zugriff Unbefugter auf die Dokumente ausgeschlossen ist. Die zu übermittelnden Daten sollten daher durch ein hinreichend sicheres Verfahren verschlüsselt werden (vgl. Abschnitt 5 der Technischen Anlage). Zur Sicherung der Authentizität ist insbesondere die Verwendung einer qualifizierten elektronischen Signatur geeignet. Ein höheres Sicherheitsniveau wird durch die Nutzung eines gesicherten Datennetzes erreicht, in dem die Datenpakete nochmals verschlüsselt werden. Dies kann insbesondere für die Kommunikation innerhalb von Praxisverbänden/Praxisnetzen relevant sein.

Status Quo der Vernetzung



Technische Anlage

Empfehlungen zur ärztlichen Schweigepflicht, Datenschutz und Datenverarbeitung in der Arztpraxis

3 Nutzung von Internet und Intranet

Die höchste Sicherheit ist gegeben, wenn keine Nutzung von Intra- sowie Internet in der Arztpraxis besteht. Bei der Nutzung von

3.1.5 Schutz von Patientendaten vor Zugriffen aus Netzen

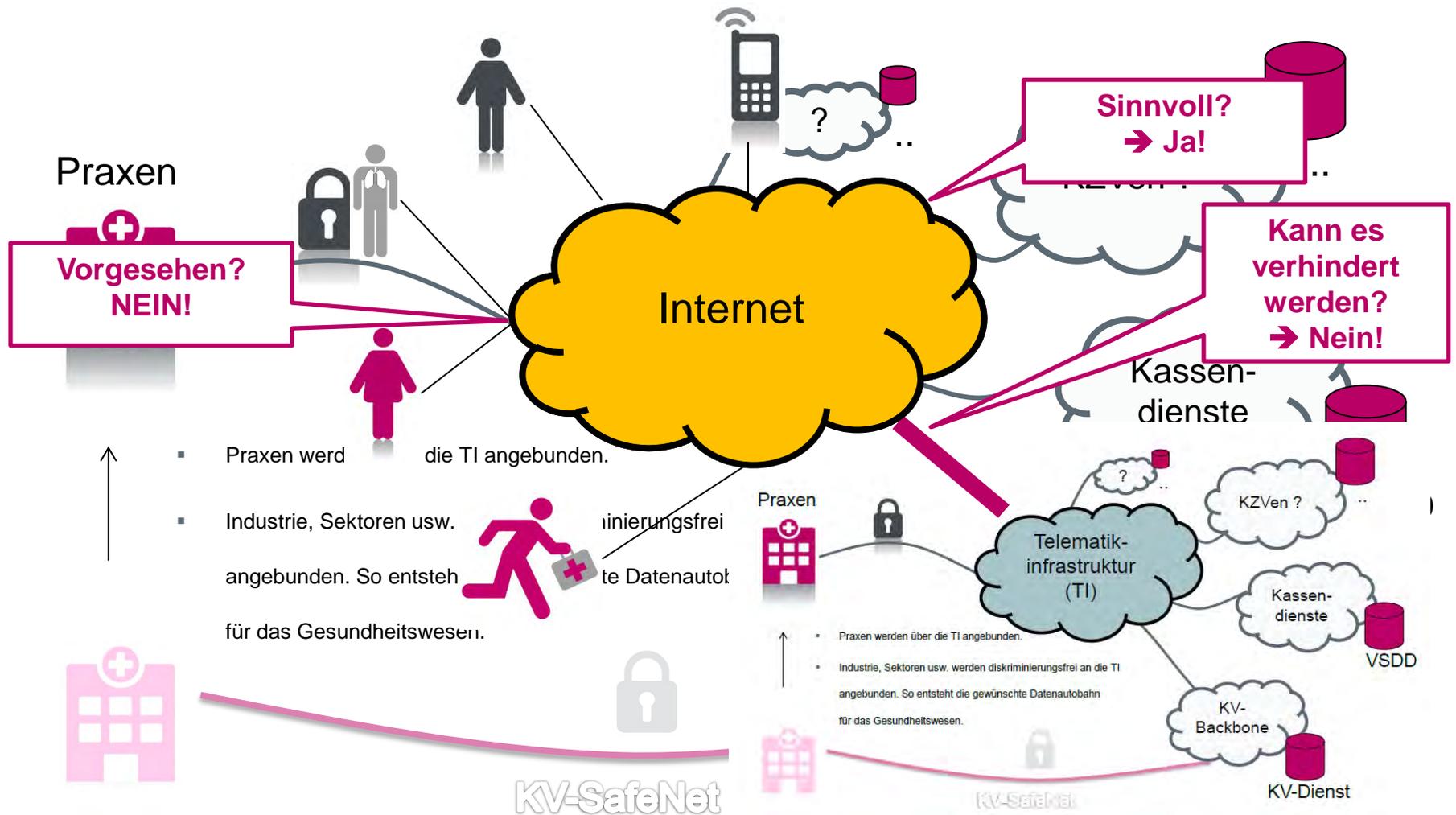
Rechner mit Patientendaten sollten niemals direkt mit dem Internet/Intranet verbunden sein. Sobald ein direkter Zugriff aus dem Internet/Intranet auf eine Festplatte mit sensitiven Daten gelingt und diese Daten in unverschlüsselter Form abgelegt wurden, lassen diese sich auslesen. Auch die Verschlüsselung von Daten bietet keinen hinreichenden Schutz, da die Daten für die reguläre Nutzung jeweils entschlüsselt werden müssen und dann der Zugriff wieder möglich ist. Der Einsatz einer Verschlüsselungssoftware für Patientendaten wird gleichwohl dringend empfohlen.

Detaillierte Informationen entnehmen sie bitte dem Kapitel 5.

2
2
2
2
2
2
2

| | |
|---------------------------------------------------|---|
| 3.2 Internet | 6 |
| 3.2.1 Nutzung eines dedizierten Internet-Rechners | 6 |
| 3.2.2 Internet mit gesichertem Kanal via VPN | 6 |
| 3.3 Intranet | 6 |
| 3.3.1 Verbindung ins Intranet | 6 |
| 3.3.2 Kommunikation im geschützten Intranet | 6 |
| 3.3.3 Kommunikation im ungeschützten Internet | 7 |
| 3.3.4 Verbindung ins Internet über das Intranet | 7 |

Internetmedizin?



Trends

Damals:



Heute:



Trends – Mobile Technik in der Medizin

28.03.2014 medatixx bringt neue Praxissoftware auf den Markt

medatixx

Mit der neuen Praxissoftware „medatixx“ auf der Basis einer zeitgemäßen Mischung aus lokaler und Cloud-Datenhaltung geht der Softwarehersteller medatixx neue Wege im Bereich der Arztpraxissoftware. Anwender der bewährten medatixx-Softwarelösungen

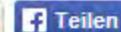
werden von den Erkenntnissen und technischen Lösungen der neuen Software ebenfalls profitieren.

„Es gibt eine wachsende Gruppe insbesondere jüngerer Ärztinnen und Ärzte, die völlig neuartige Anforderungen an eine Praxissoftware stellen“, erläutert medatixx-Geschäftsführer Jens Naumann. „Wir haben darauf reagiert und bieten mit unserer neuen Praxissoftware „medatixx“ ein Produkt, mit dem viele Vorteile der Online-Welt für Arztpraxen nutzbar sind“, betont Naumann. Auch die Anwender der bewährten medatixx-Praxisprogramme – x.comfort, x.concept, x.isynet oder easymed – werden von den Erkenntnissen und technischen Lösungen der neuen Software profitieren.

Mit der neuen Software wendet sich das Unternehmen jetzt vorrangig an jene Praxen, die ein kleineres Spektrum an Programmfunktionen benötigen und zugleich keine Berührungprobleme mit der Onlinewelt haben. Denn ein Internetzugang ist unverzichtbar, werden doch bereits Bestellung und Installation über einen Online-Webshop ausgeführt. Updates und Service werden ebenfalls online bereitgestellt. Neu ist auch das Konzept der Datenhaltung: Alle sensiblen Praxis- und Patientendaten unterliegen in der Obhut des Arztes auf dem eigenen Praxisserver. Alle Daten aus öffentlichen, datenschutzrechtlich unbedenklichen Katalogen – wie Ziffern, Kassendaten oder Medikamente – hingegen werden in der Cloud vorgehalten. „Aktualisierungen der öffentlichen Kataloge müssen damit nicht mehr in der Praxis lokal installiert werden, da die



Twittern



Teilen



Mitteilen



XING

Weitere Artikel, die Sie interessieren könnten

16.04.2014 conhIT 2014: medatixx präsentiert webbasierte und mobile Neuheiten für Ambulanz und MVZ

28.04.2014 Neue Rechtsform für United Web Solutions for Healthcare

12.06.2014 Datensicherheit

07.07.2014 Erste erfolgreiche Zertifizierung im Modell ARMIN

30.07.2014 Bamberg wird zum Ausbildungs- und Infozentrum für Arztpraxen

29.08.2014 Neue Features für Hybrid-Software medatixx

Trends – Mobile Technik in der Medizin

28.11.2014 Neue App für Hybrid-Praxissoftware medatixx



Die Hybrid-Praxissoftware medatixx wird jetzt mobil. Das Unternehmen medatixx bringt für die gleichnamige Software eine App für die mobile Nutzung auf den Markt. "Damit haben wir einen neuen Meilenstein gesetzt", erklärt medatixx-Geschäftsführer Jens Naumann. Die App "medatixx mobile" ermöglicht den lesenden Zugriff auf die Patientendaten sowie das Erfassen der medizinischen Dokumentation per Freitext oder Textbausteinen. Ebenso werden Cave-Informationen, Chipkarten-Status sowie Dauermedikamente und Dauerdiagnosen angezeigt. Mobil aufgenommene Bilder können direkt mit der Dokumentation verknüpft werden. "Mit medatixx mobile haben Ärzte ihre Patientenkontakte direkt

zur Hand", betont Naumann. So lassen sich Routenplanung sowie Telefon- und E-Mailservice aus der App aufrufen. Die App kann im WLAN der Praxis oder über eine gesicherte Verbindung von außen auf die Daten zugreifen und ist ab sofort im Apple Store für iPhone und iPad verfügbar.

Bei der Hybrid-Praxissoftware medatixx liegen die medizinischen und persönlichen Daten auf dem Rechner in der Praxis und öffentliche Listen und Kataloge, wie EBM-Stammdaten, Blankoformularvorlagen oder die Medikamentendatenbanken, in der Cloud. Zudem sorgt ein automatischer Update-Mechanismus dafür, dass die Software immer aktuell ist.



Weitere Artikel, die Sie interessieren könnten

28.03.2014 medatixx bringt neue Praxissoftware auf den Markt

16.04.2014 conhIT 2014: medatixx präsentiert webbasierte und mobile Neuheiten für Ambulanz und MVZ

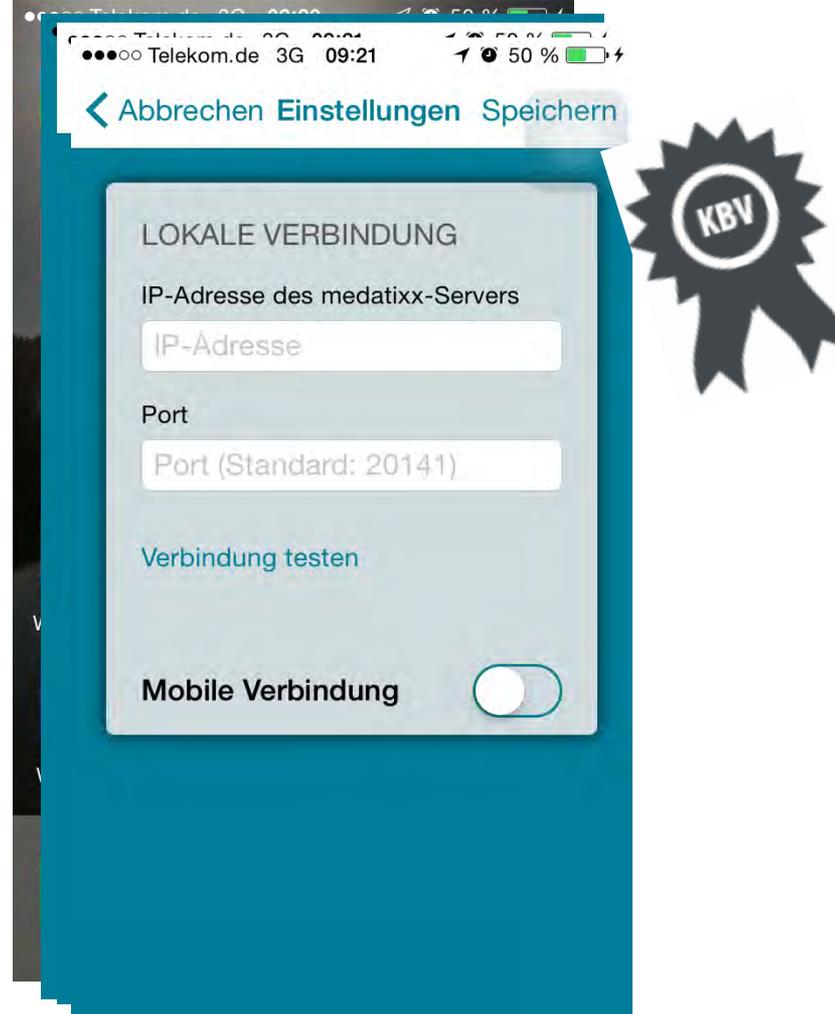
28.04.2014 Neue Rechtsform für United Web Solutions for Healthcare

12.06.2014 Datensicherheit

07.07.2014 Erste erfolgreiche Zertifizierung im Modell ARMIN

30.07.2014 Bamberg wird zum Ausbildungs- und Infozentrum für Arztpraxen

Trends – Mobile Technik in der Medizin



Trends – Mobile Technik in der Medizin

DocCirrus

Sicherheit und Datenschutz

Doc Cirrus speichert sensible Daten im Doc Cirrus Datensafe in Ihrer Praxis oder Ihrem MVZ – nirgendwo sonst. Modernste Verschlüsselungsstandards und ein einzigartiger Sicherheitsmechanismus verhindern zusätzlich, dass Dritte unberechtigt von außen auf Ihre Daten zugreifen können.

Verfügbarkeit und Geschwindigkeit

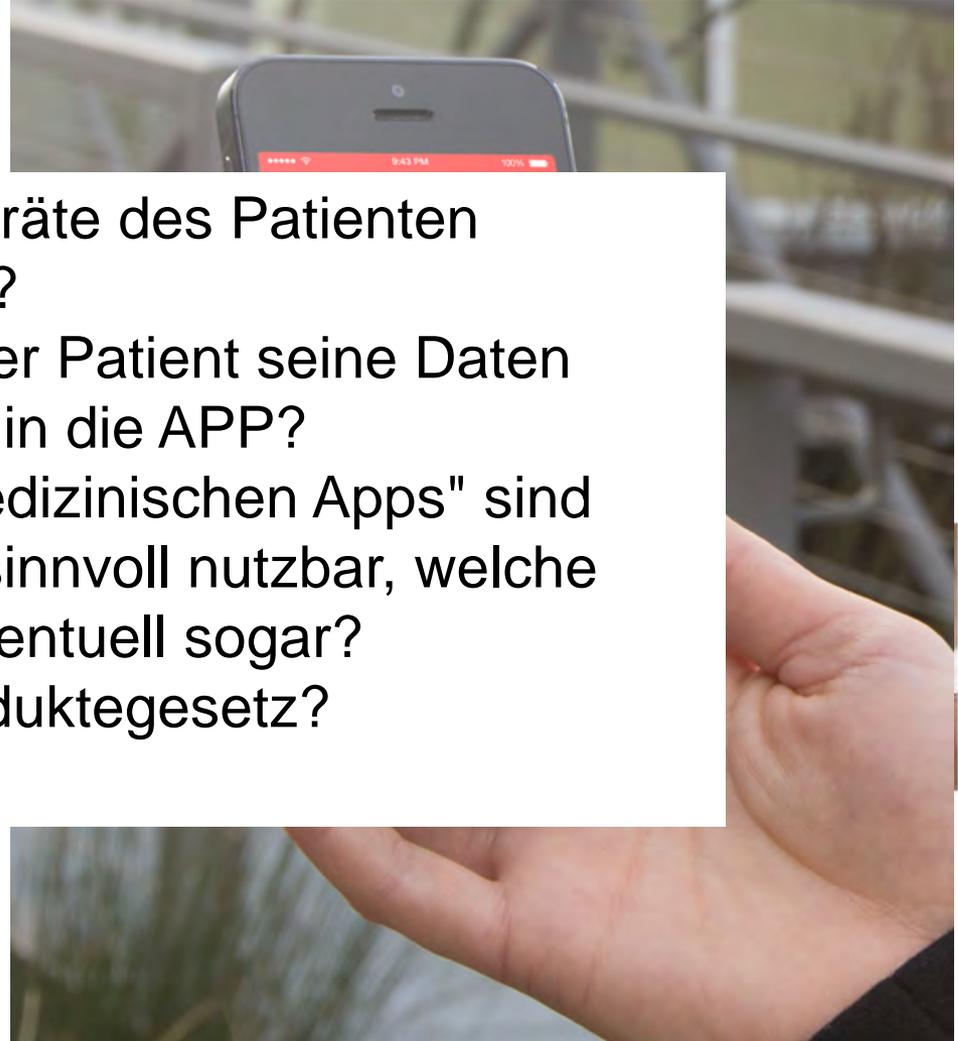
Auch im Fall einer unterbrochenen Internetverbindung sind die Doc Cirrus Dienste voll verfügbar, schnell und produktiv – Ihre Praxis kommt also nie zum Stillstand. Alle Systemkomponenten aktualisieren sich völlig automatisch.



Trends – Mobile Technik in der Medizin – Wearables –



Trends – Mobile Technik in der Medizin



- Sind die Geräte des Patienten zuverlässig?
- Überträgt der Patient seine Daten zuverlässig in die APP?
- Welche "medizinischen Apps" sind überhaupt sinnvoll nutzbar, welche schaden eventuell sogar?
- Medizinproduktegesetz?



Trends – Mobile Technik in der Medizin

Was hab' ich? | washabich.de

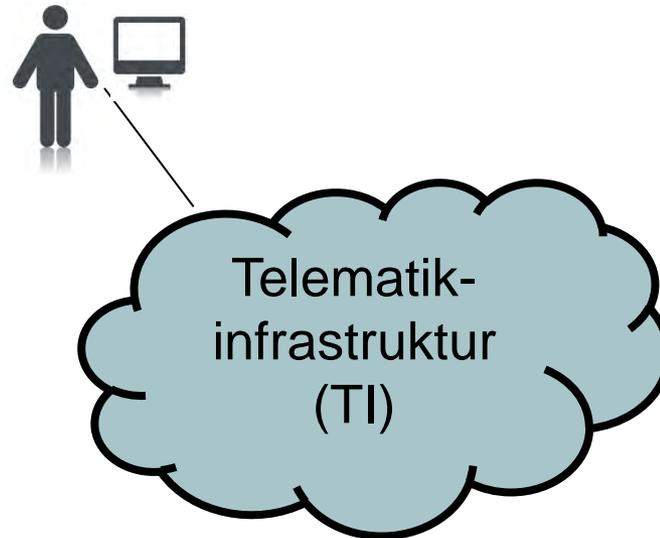
- Online-Literatur
- Befundung mit iPad
- Online-Foren
- Schwester Agnes



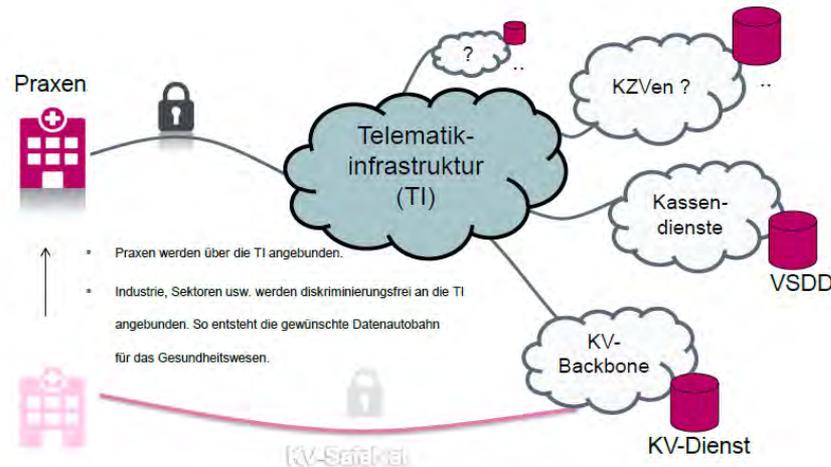
Dave deBronkart:

Dave deBronkart: Lernen Sie e-Patient Dave kennen

Stand der gematik



Regelversorgung



- **KV-Connect**
- Anwendungen werden auf Verhandlungsebene blockiert
- TI muss sich öffnen:
 - Netz der Netze
 - Sicherer Informationskanal zum Datenaustausch zwischen Arzt und Patienten

Weitere Fragen ...



Dipl.-Ing. Heinz Theo Rey
Kassenärztliche Bundesvereinigung
Dezernat 6 – IT, Telematik und Telemedizin
Herbert-Lewin-Platz 2
10623 Berlin
trey@kbv.de

Quo Vadis Internetmedizin –
zwischen Innovation und Regelbetrieb
gevko Symposium, 22.9.2015

Sebastian Vorberg, LL.M. (Houston)
Fachanwalt für Medizinrecht



Neugestaltung der Betriebsvertragsbedingungen
durch die GVP-KVG

Strukturdiagramm

- 1. Umgestaltung der Vertragskategorie für Betriebsverträge
- 2. Einmalzahlung
- 3. Abfertigung
- 4. Übergang der Ansprüche in den Bundesurlaubsgesetz

VORBERG PARTNER
RECHTSANWÄLTE STEUERBERATER

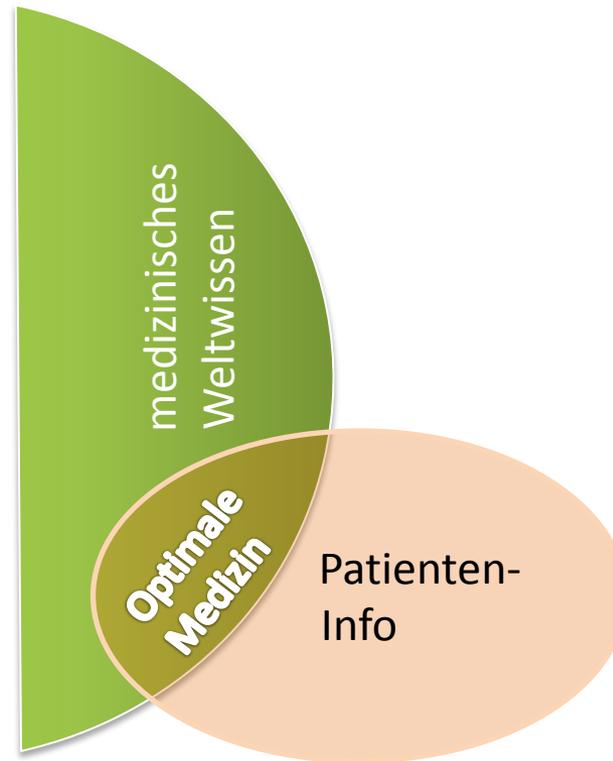


Quo Vadis Internetmedizin?

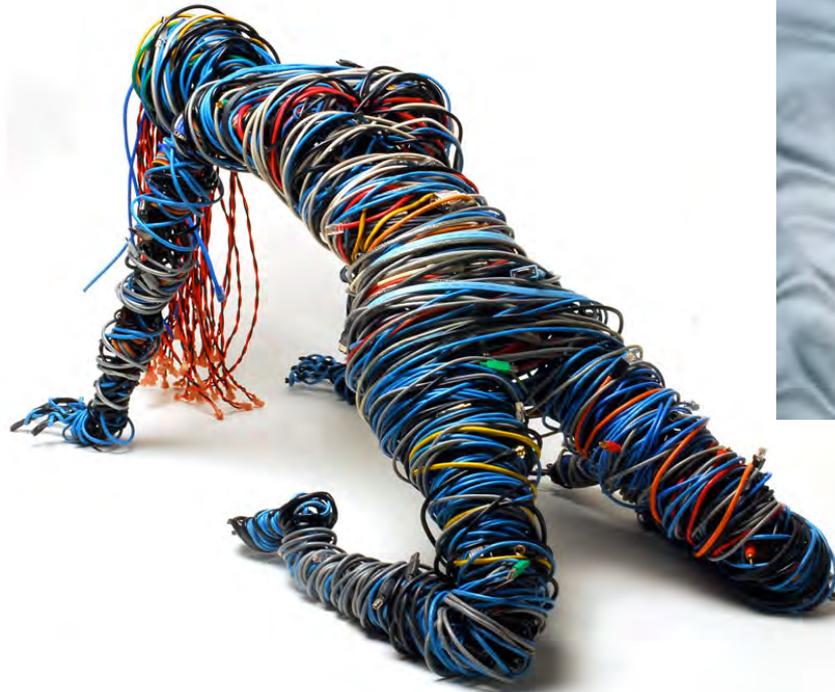
- Wohin gehst Du Internetmedizin?
- Läuft bei Dir? – Internetmedizin?
- Konkret:
 - Merkeln, Smombie, Augentinnitus, kompostieren, Cloudophobie oder threestaren*?

* *(keine Entscheidungen treffen, Smarphonezombie, von Dummen Menschen umgeben, gammeln, Datenschutz oder maximale 3 Sterne)*

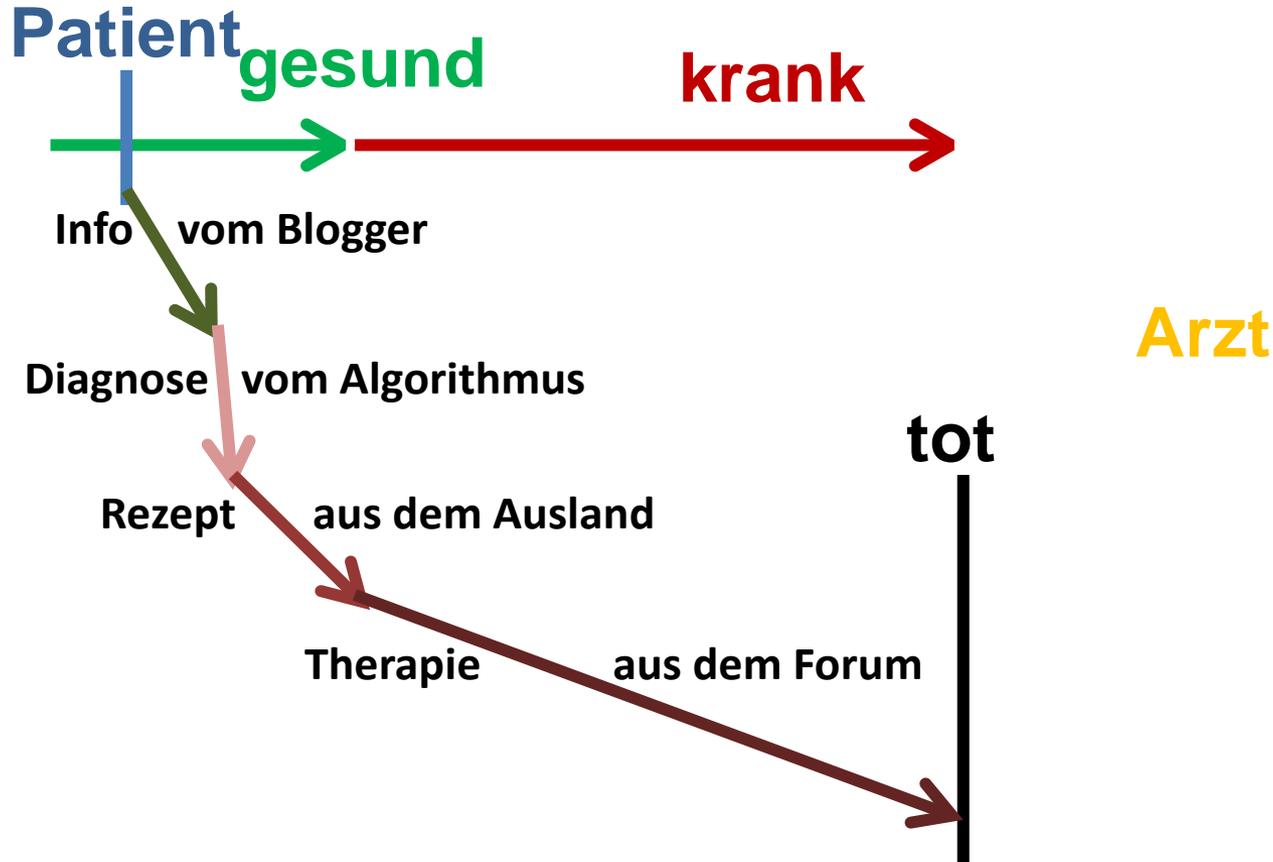
Optimale Internetmedizin



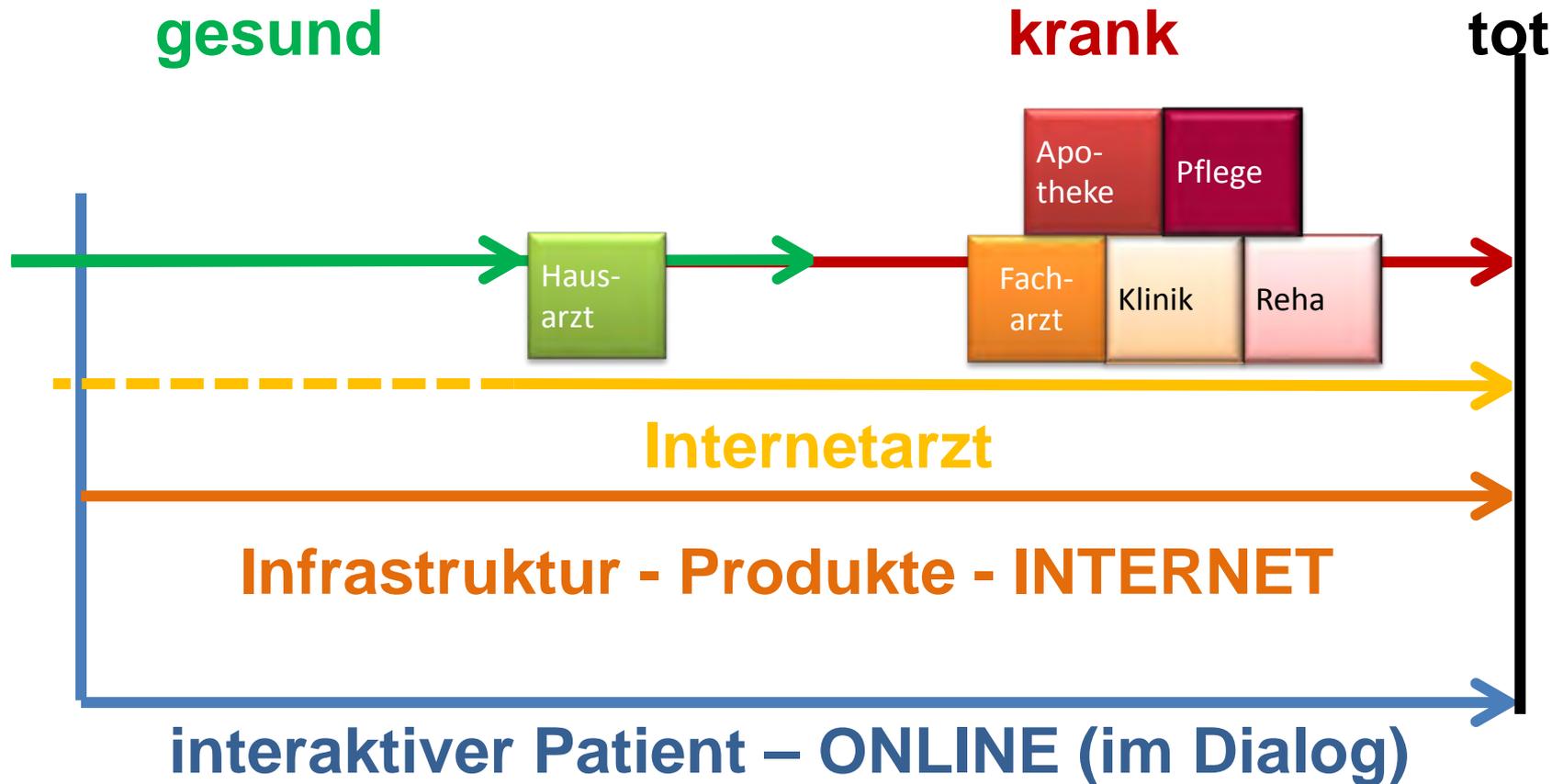
Was kann das Internet nicht!



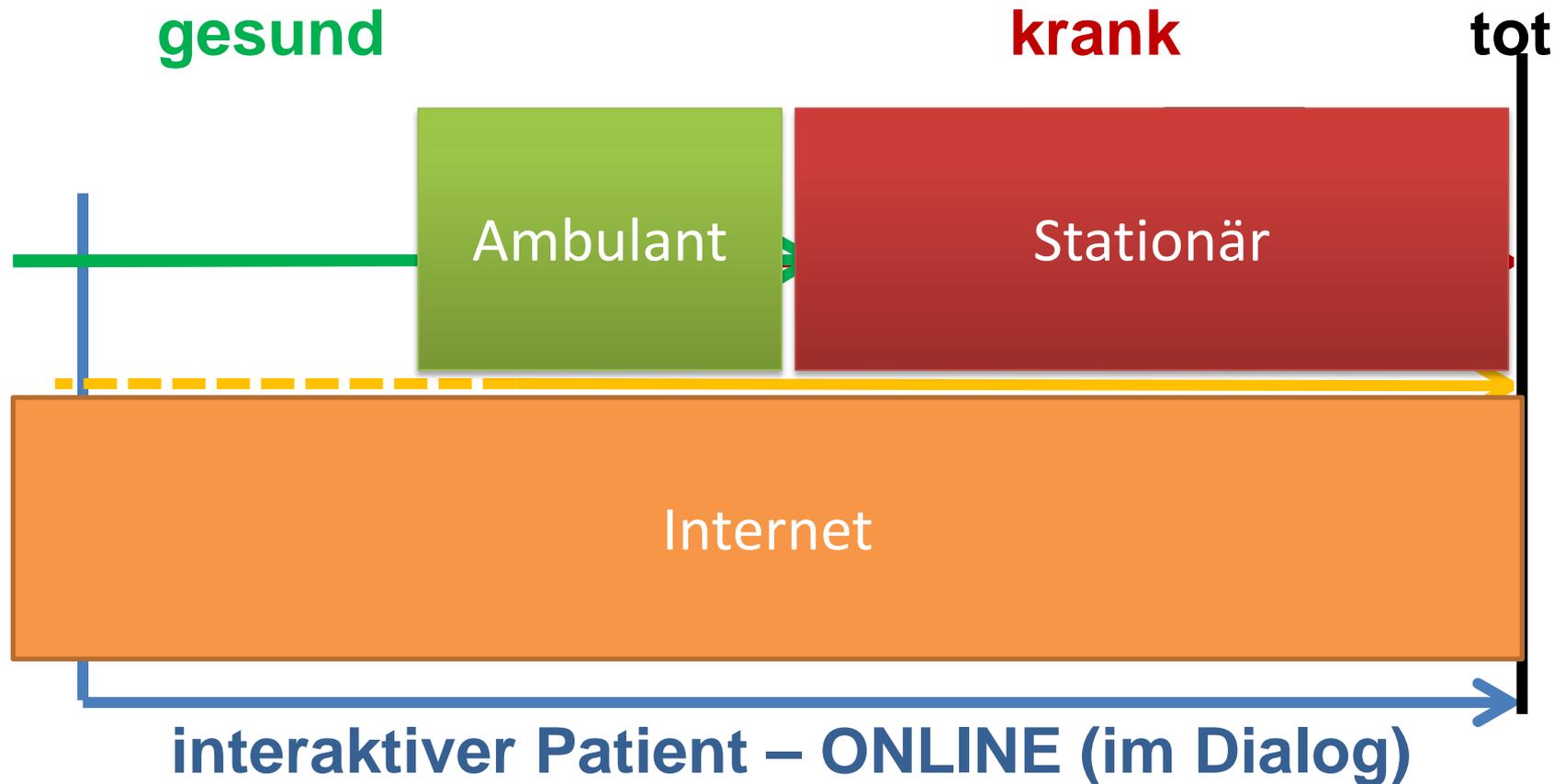
Internet ohne Regelversorgung



Patientensteuerung morgen



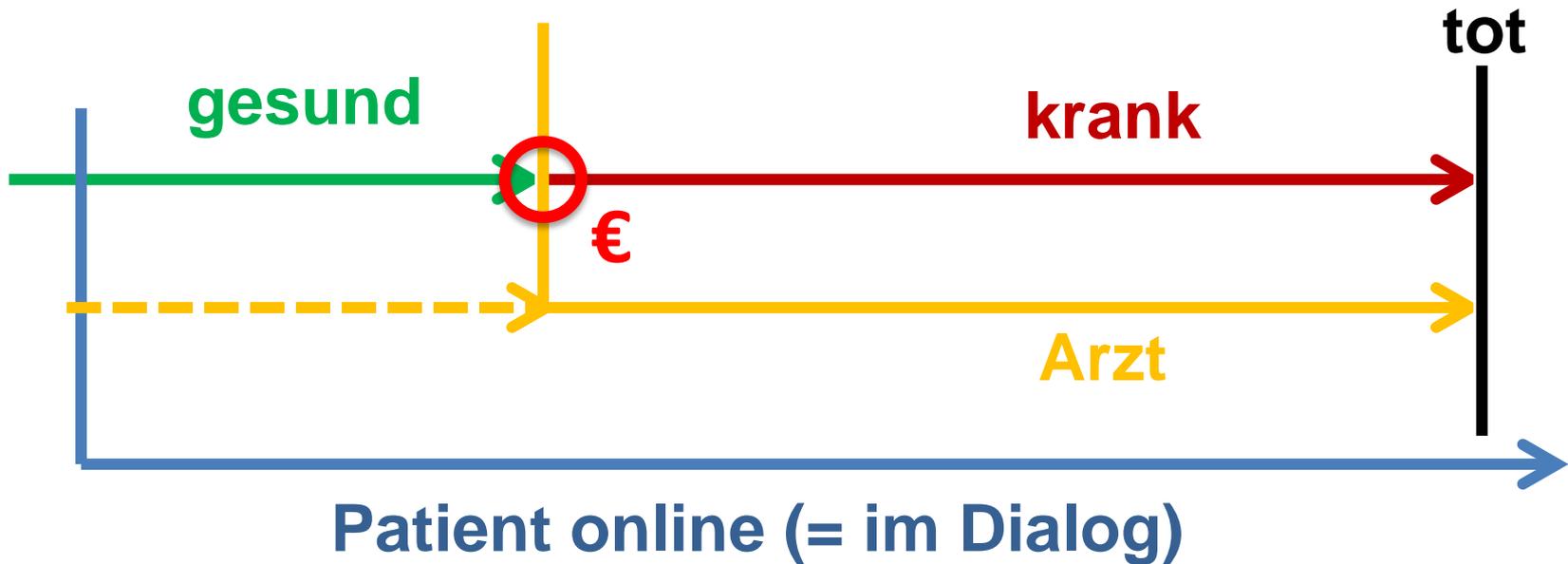
Internet und Regelversorgung



Wie geht es?



Wer bezahlt das alles?



Viraler Effekt



Wer?



**ohne Rücksicht auf Verluste*

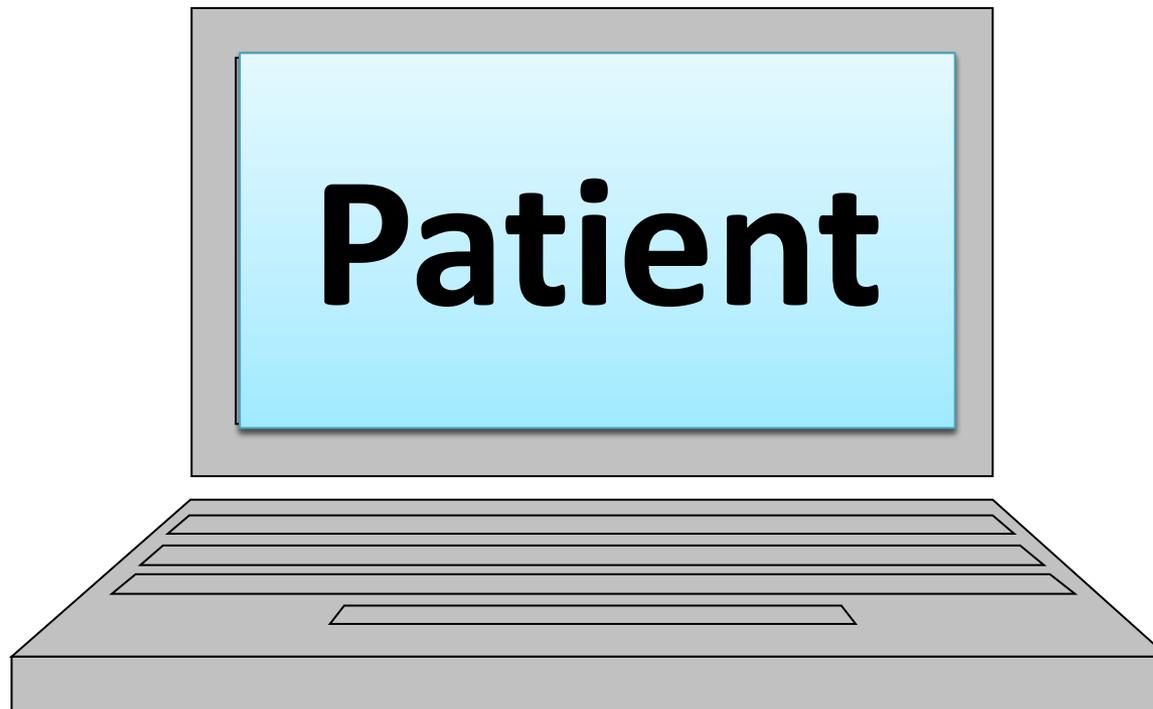
Brennpunkte

Datenschutz

Berufsrecht

Qualität

Was ist neu?



Der Patient übernimmt!

Gesetz

Datenschutz

Arzt

Patient

Der Patient übernimmt!

Gesetz

Arzt

Patient

Der Patient übernimmt

Patient

Einwilligung

Arzt

Datenschutz

Gesetz

Brennpunkte

Datenschutz

Berufsrecht

Qualität

Berufsrecht



Brennpunkte

Datenschutz

Berufsrecht

Qualität

Bananen sind gesund!



Zweckbestimmung



Nahrung

Zweckbestimmung



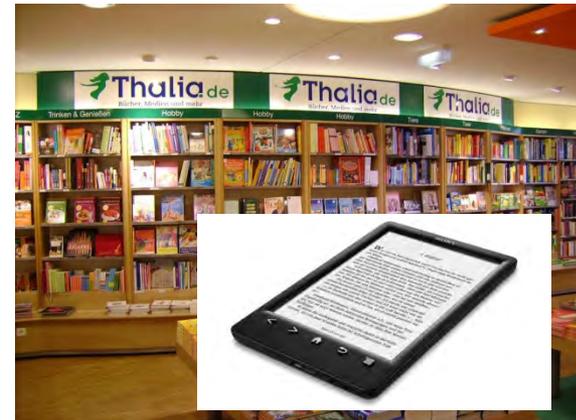
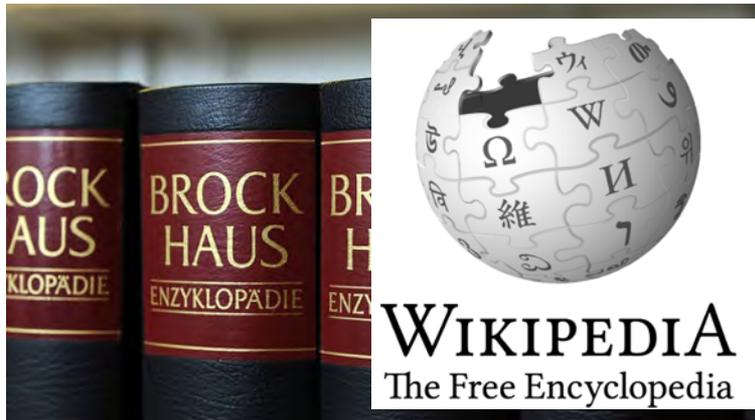
Pille

Zweckbestimmung



***FDA: Mobile Medical Applications?**

Tradition?



Was brauchen wir?

- Kein merken sondern throughstaren!
- Transparenz statt Cloudophobie!
- brüten gehen* (**großes Geschäft erledigen*)
- Keine Melkstation* (** Abzocke Veranstaltungen, z.B. Gematik*)
- Nicht in alten Strukturen rumoxidieren
- Sondern shippen (**Beziehung eingehen*)
- Und kirschneln (**zusammenhängen*)

Veränderungen über Nacht



Vielen Dank

.... für Ihr Interesse ...

... laden Sie auch unsere App „**MedAnwalt**“



Rechtsanwalt Sebastian Vorberg, LL.M.

Vorsetzen 41

20459 Hamburg

www.medizinanwalt.de



Telematikinfrastuktur im Spannungsfeld von Arzt, Patient und sonstigen Leistungserbringern.



TELEMATIKANWENDUNGEN

FÜR ÄRZTE, KHS UND PATIENTEN



AGENDA

- ***Stakeholder der KVTG***

- Aktuelle Gesetzgebung (VSG und eHealthG)
- Aktivitäten des KV-Systems
- Fazit

STAKEHOLDER DER KVTG

WER SIND WIR?



Tochtergesellschaft der KBV mit
18 Mitarbeitern in Berlin
plus 20 in den KVen der Länder

STAKEHOLDER DER KVTG

TRANSPARENZ UND KOMMUNIKATION

>100

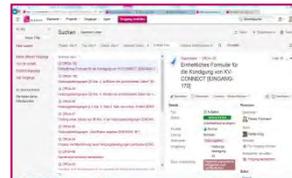


**SOFTWARE-
HERSTELLER**

17



**KVEN DER
LÄNDER**



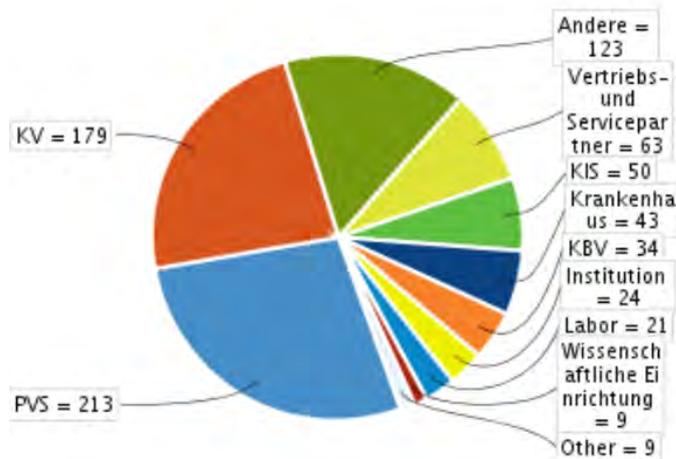
PARTNERPORTAL

KV TELEMATIK GMBH

- Spezifikationen
- Kommentierungen
- Ticketsystem und Support
- Allgemeine Infos
- Austauschplattform

STAKEHOLDER DER KVTG

TRANSPARENZ UND KOMMUNIKATION



Vorgänge insgesamt: 768 Statistiktyp: Sparte

| Sparte | Vorgänge | % |
|-------------------------------|----------|----|
| Keine | 2 | 0 |
| LIS | 7 | 0 |
| Wissenschaftliche Einrichtung | 9 | 1 |
| Labor | 21 | 2 |
| Institution | 24 | 3 |
| KBV | 34 | 4 |
| Krankenhaus | 43 | 5 |
| KIS | 50 | 6 |
| Vertriebs- und Servicepartner | 63 | 8 |
| Andere | 123 | 16 |
| KV | 179 | 23 |
| PVS | 213 | 27 |

Über 750 registrierte User

AGENDA

- Stakeholder der KVTG
- ***Aktuelle Gesetzgebung (VSG und eHealthG)***
- Aktivitäten des KV-Systems
- Fazit

AKTUELLE GESETZGEBUNG

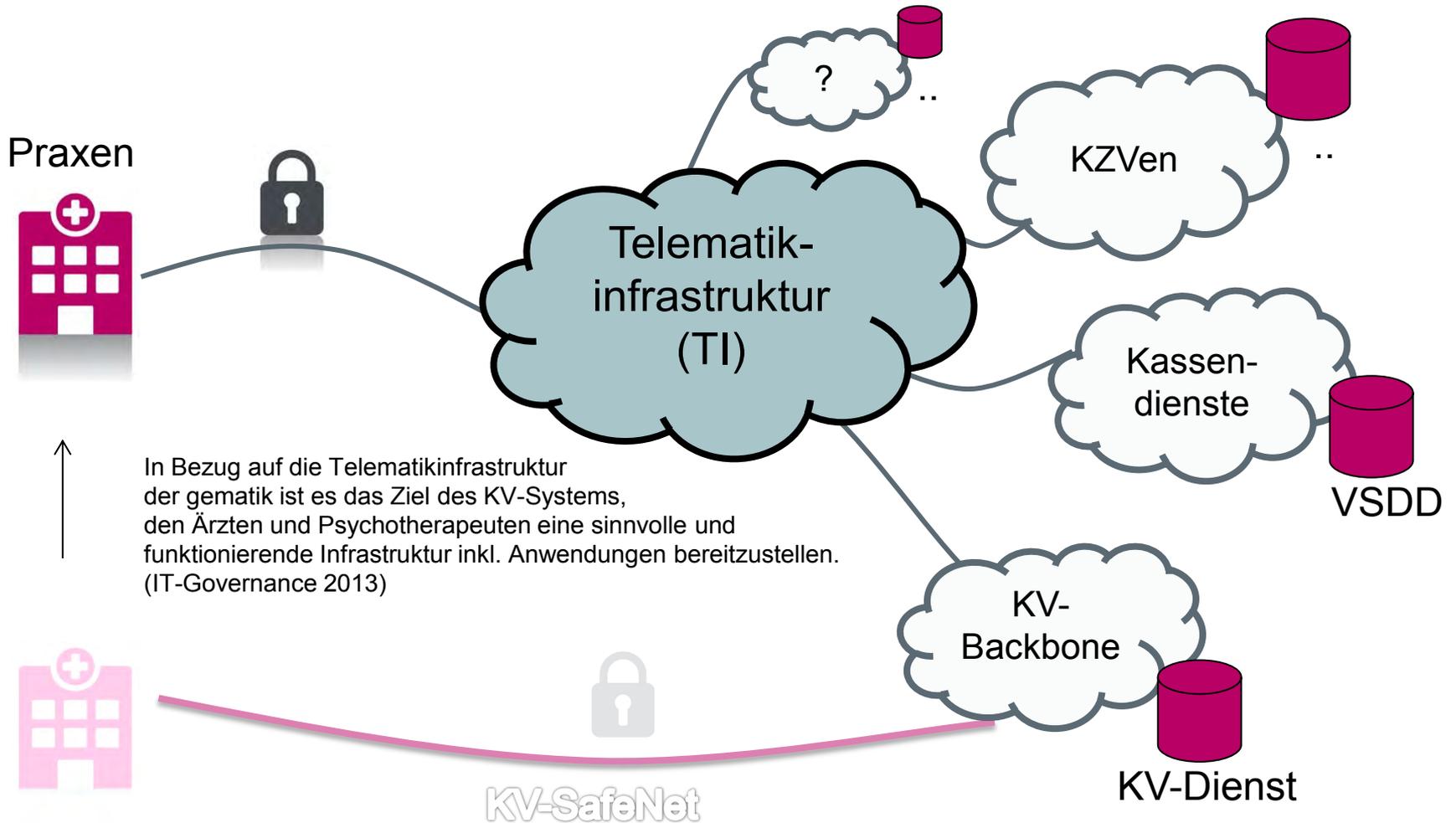
VERSORGUNGSSTÄRKUNGSGESETZ



- Bis zum 23. Januar 2016 sind von KVen Terminservicestellen einzurichten
- Vermittlung eines Facharzttermins innerhalb 1 Woche, wenn dringliche Überweisung vorliegt (mit Ausnahmen)
- Wartezeit darf 4 Wochen nicht überschreiten und Entfernung muss zumutbar sein
- Andernfalls Vermittlung eines KH-Termins

*Im internationalen Vergleich hat
Deutschland die kürzesten Wartezeiten*

VERHÄLTNIS ZWISCHEN TI UND SNK

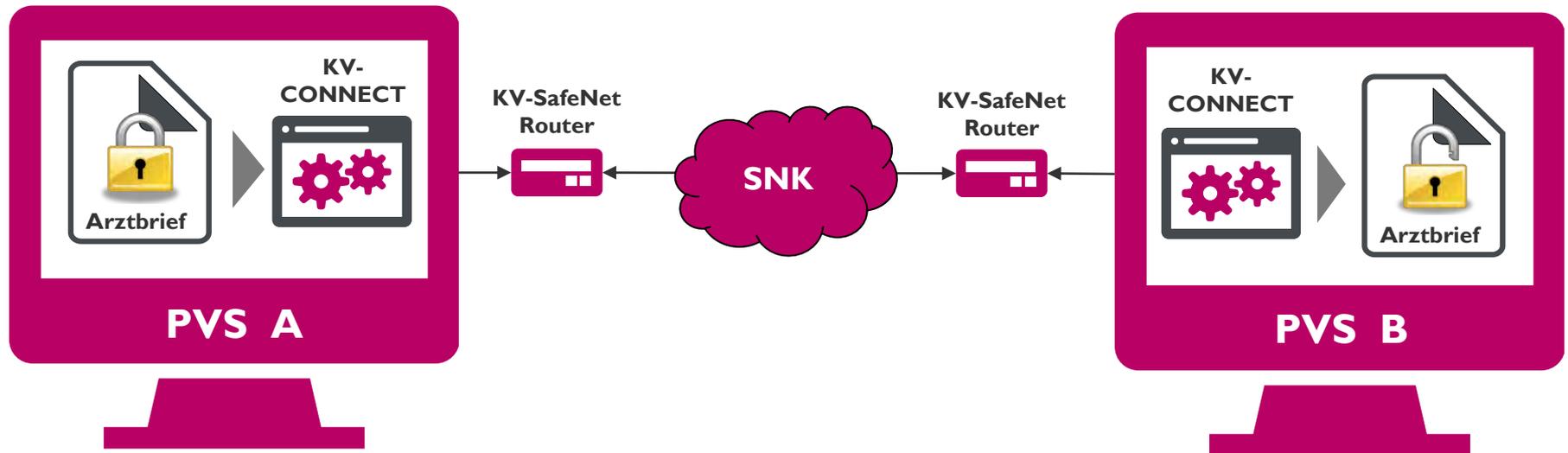


AGENDA

- Stakeholder der KVTG
- Aktuelle Gesetzgebung (VSG und eHealthG)
- **Aktivitäten des KV-Systems**
- Fazit

DER ARZTBRIEF VIA KV-CONNECT

FUNKTIONSWEISE IM PVS

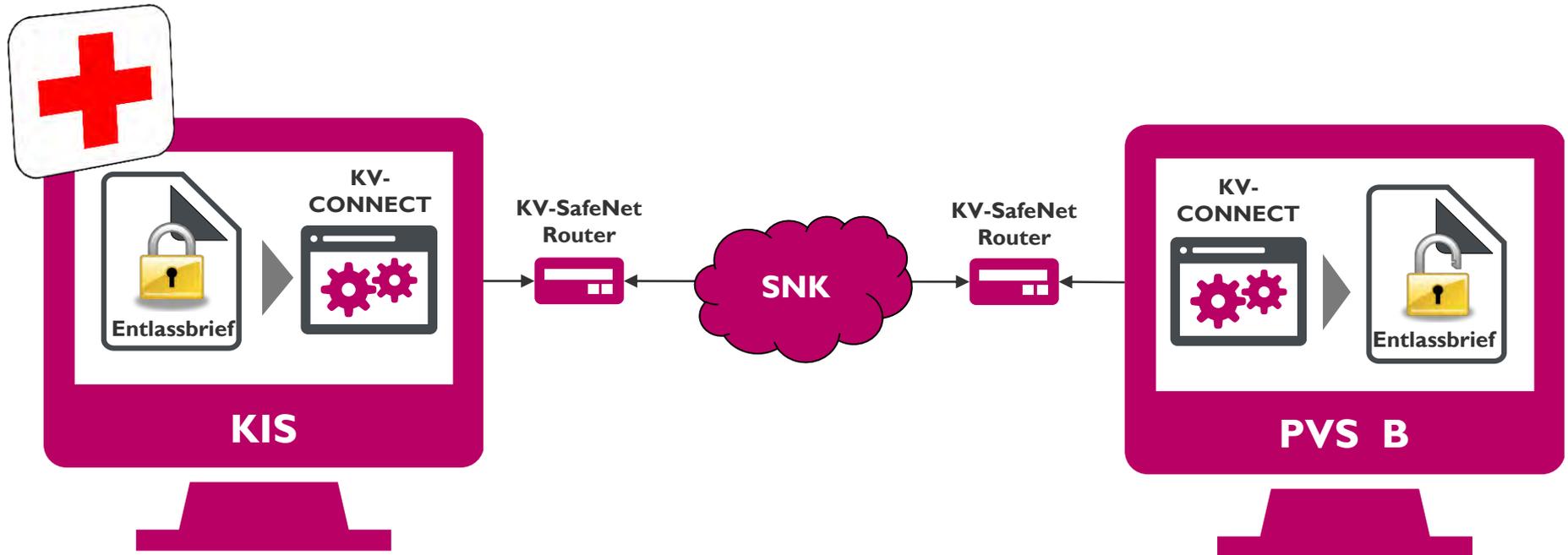


Feldtest mit der ADA,
25 Arztnetzen
und über 650 Ärzten

DAS PVS ORDNET DEN ARZTBRIEF DER PATIENTENKARTEI ZU

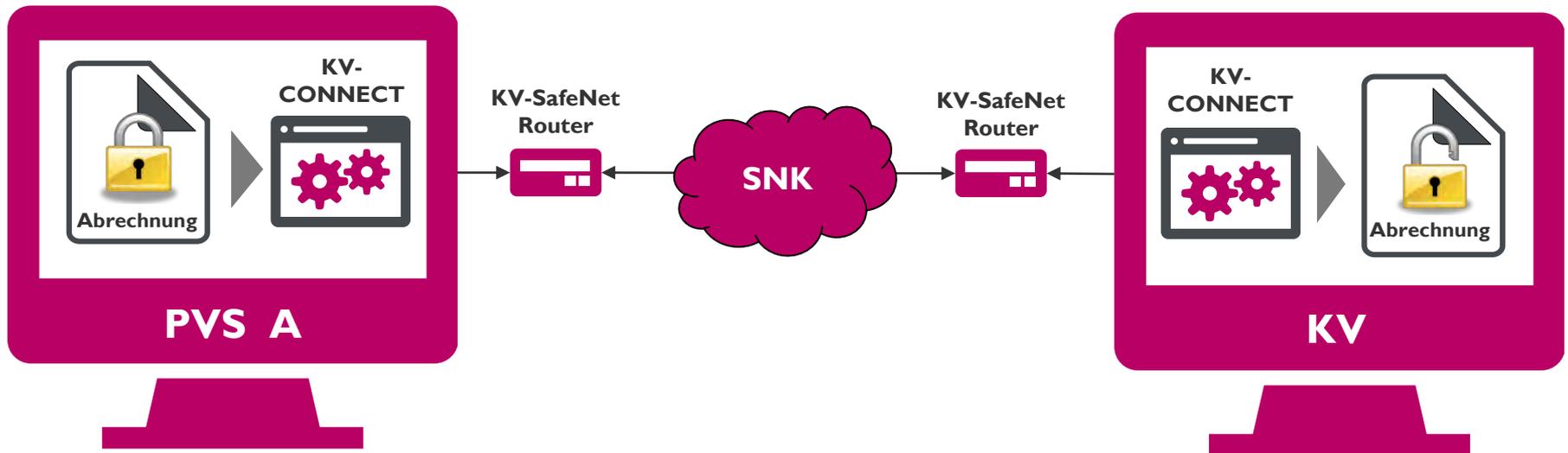
KV-CONNECT IM SNK

FUNKTIONSWEISE IM PVS



KV-CONNECT IM SNK

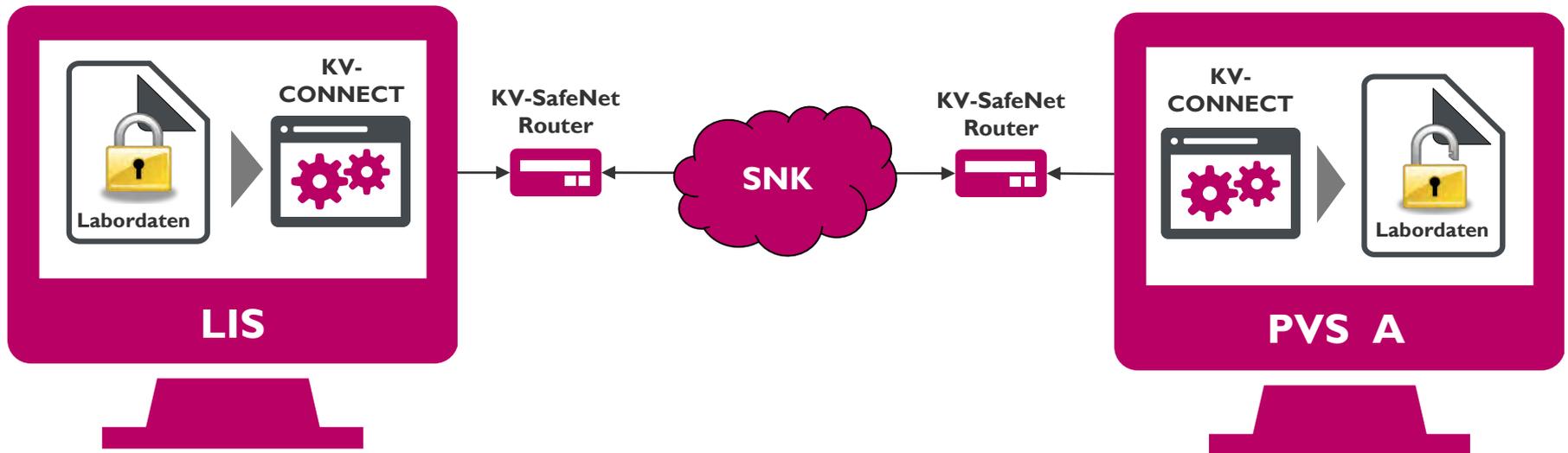
FUNKTIONSWEISE IM PVS



**I-Click-
Abrechnung**

KV-CONNECT IM SNK

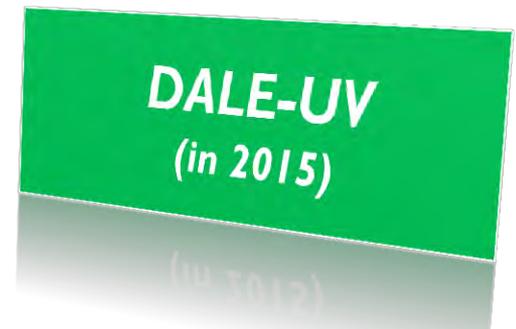
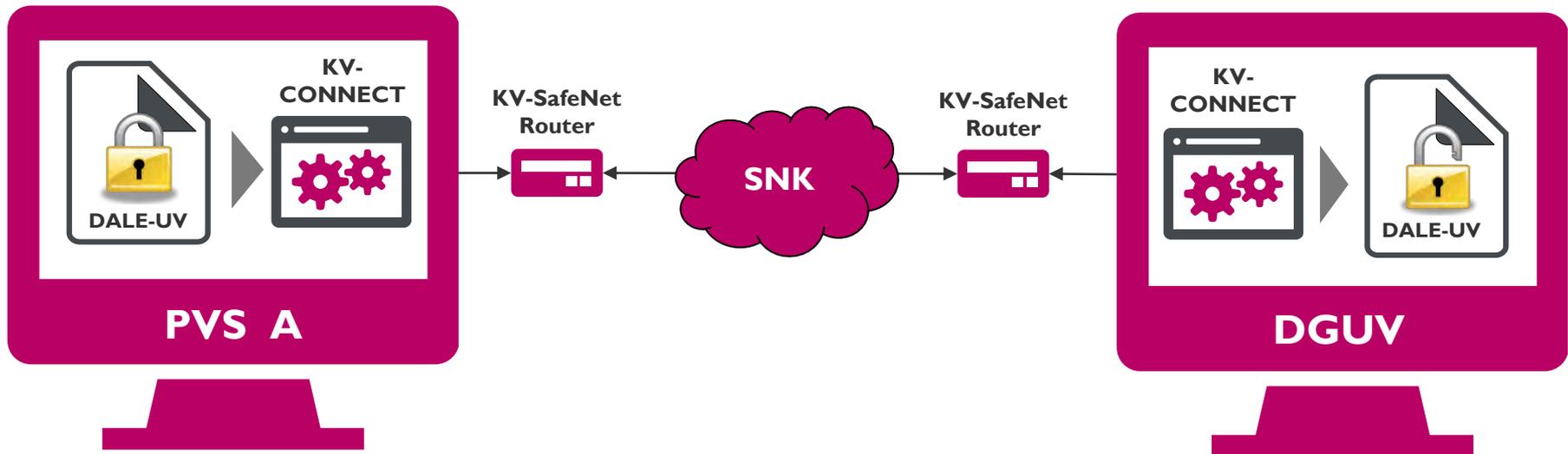
FUNKTIONSWEISE IM PVS



Labordaten-
transfer (in 2015)

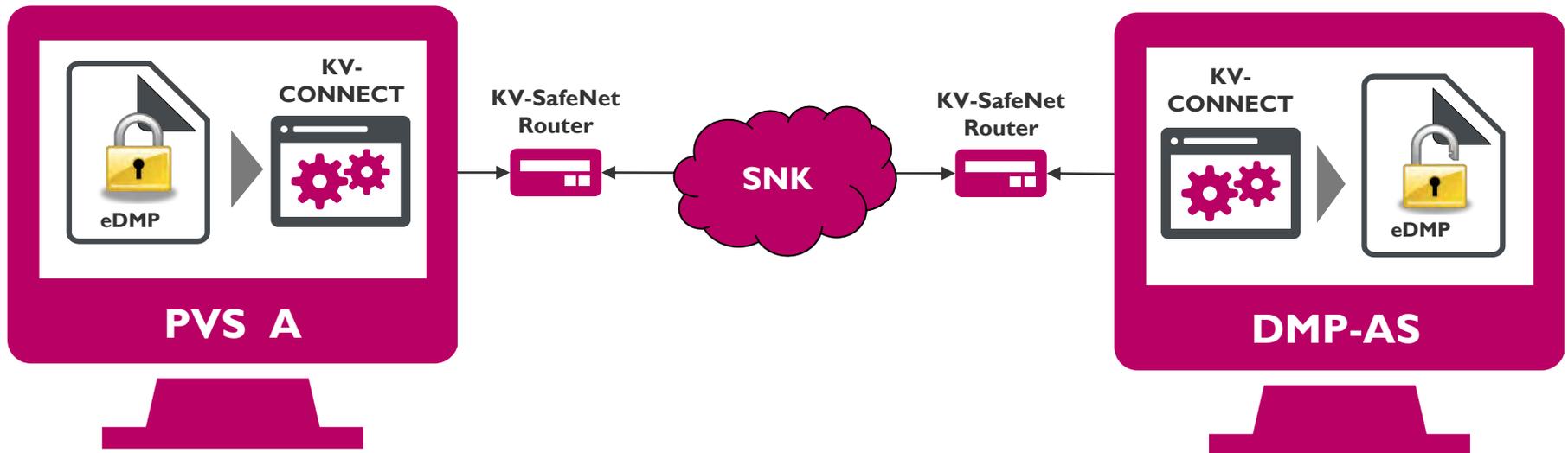
KV-CONNECT IM SNK

FUNKTIONSWEISE IM PVS



KV-CONNECT IM SNK

FUNKTIONSWEISE IM PVS



KVTG-AUDIT

EXTERNE FUNKTIONSPRÜFUNG FÜR SOFTWAREHÄUSER



GMC Systems mbH **deriva** Data-AL **medisoftware**
Innovativ | Effizient | Zuverlässig

MEDISTAR®  **ALBIS**  **CGM JESAJANET**
Arztinformationssystem Arztinformationssystem Telematikplattform

 **x.comfort**  **x.isynet**  **x.concept**

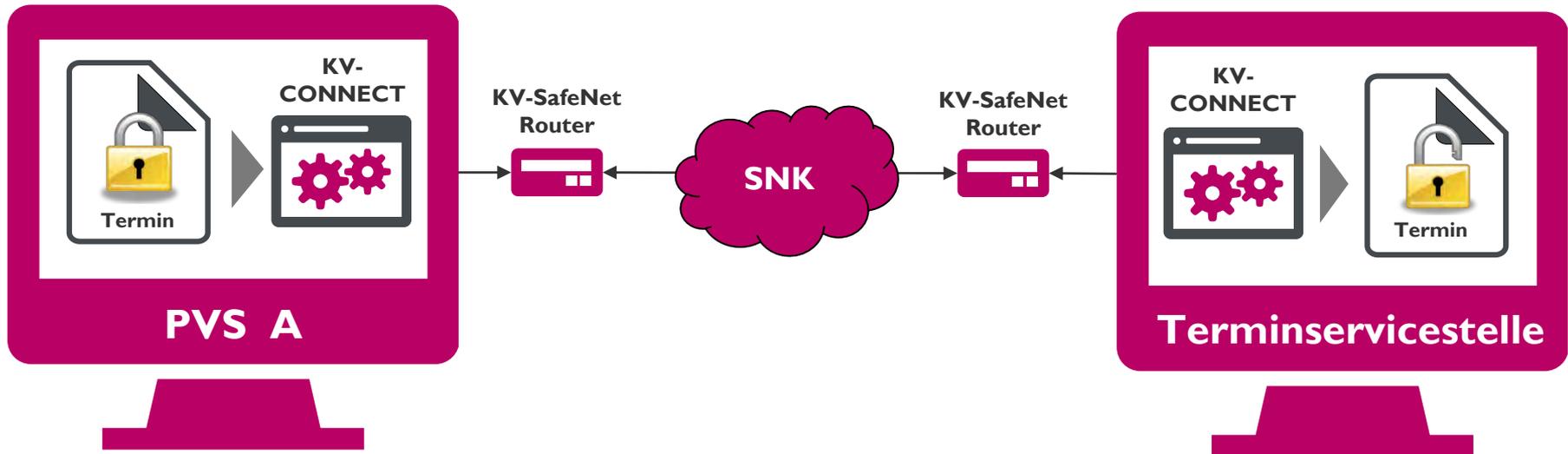
PegaMed **Boxhorn** EDV ie Software für Ärzte. **MEDICAL OFFICE**®  **APW** PRAXISOFTWARE VOM ARZT FÜR ARZTE

DGN | Deutsches Gesundheitsnetz **ID** | InterData Praxiscomputer **S3** | PRAXIS-COMPUTER **EPIKUR**
DIE PRAXISOFTWARE

Bisher wurden 42 Audits erfolgreich absolviert

KV-CONNECT IM SNK

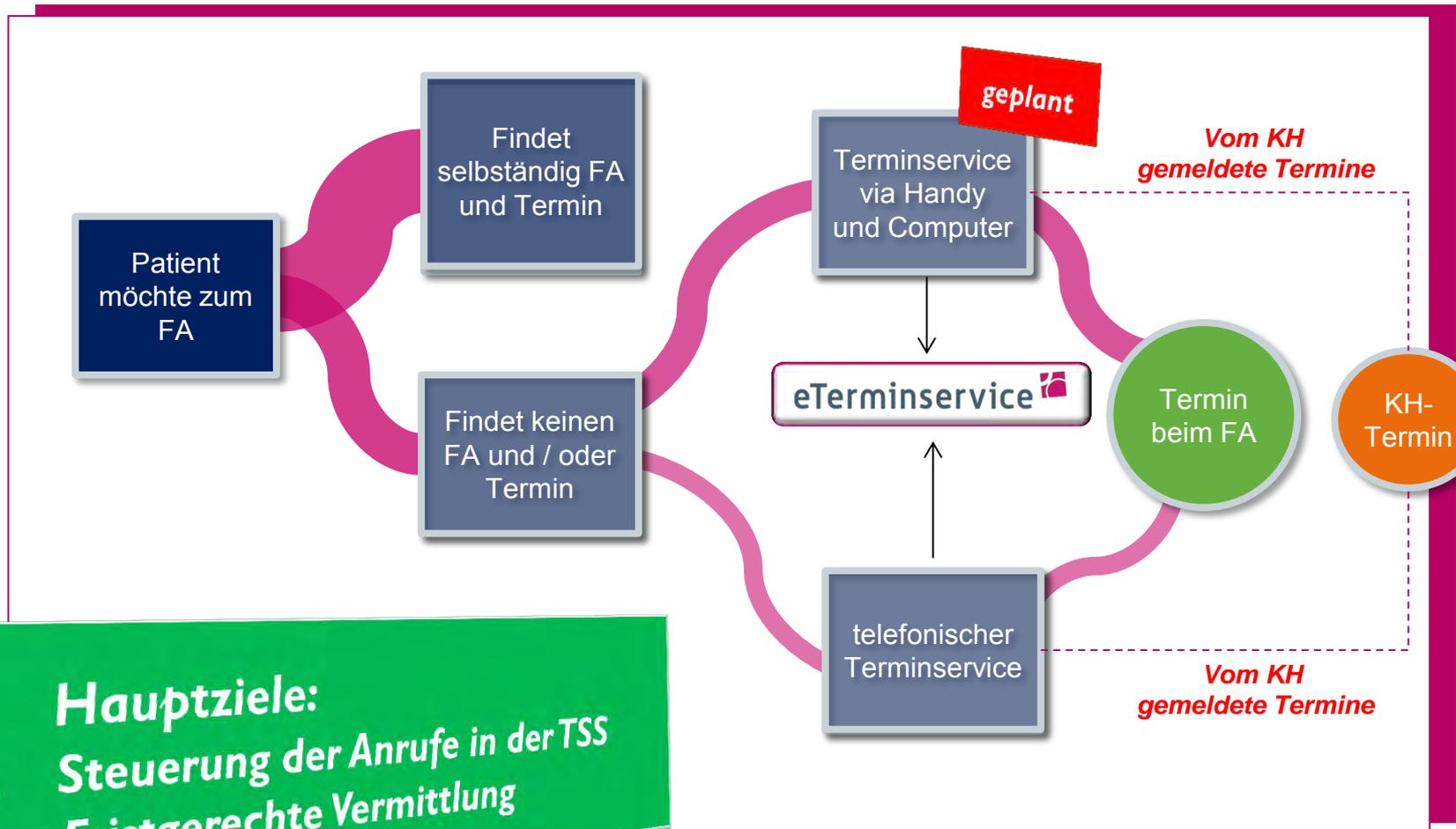
FUNKTIONSWEISE IM PVS



Terminservice
(in 2016)

ZIEL

OPTIMALER PROZESS ZUR TERMINVERMITTLUNG



Hauptziele:

1. Steuerung der Anrufe in der TSS
2. Fristgerechte Vermittlung

kv-telematik.de

FAZIT

- Versorgung findet heute statt!
- Ärzte und Patienten wollen Erleichterung durch Telematik und Telemedizin
- Technologie ist da und sie findet ihren Weg
- Quantensprung im Umgang mit IT in der Praxis möglich
- In der TI werden die KV-Dienste ebenfalls zur Verfügung stehen

Eine moderne Patientenversorgung ohne Telematik ist auf Dauer nicht vorstellbar



KV TELEMATIK

Ein Tochterunternehmen der
Kassenärztlichen Bundesvereinigung



WIR. VERBINDEN. HEILBERUFE.



Telematikinfrastuktur im Spannungsfeld von Arzt, Patient und sonstigen Leistungserbringern

Benno Herrmann

Leiter Unternehmenskommunikation und Marketing

gematik

Gesellschaft für Telematikanwendungen

der Gesundheitskarte mbH

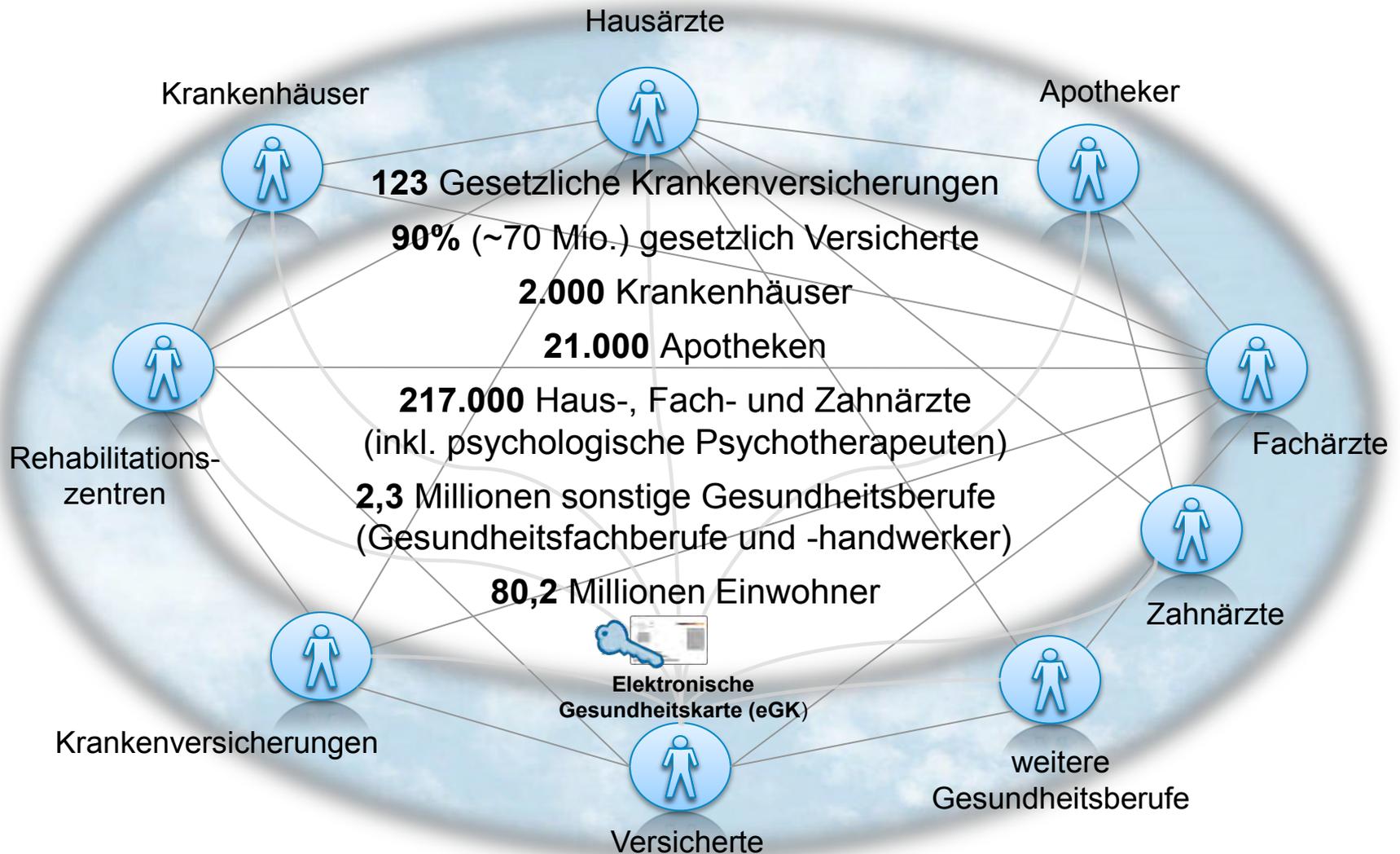
Friedrichstraße 136

10117 Berlin

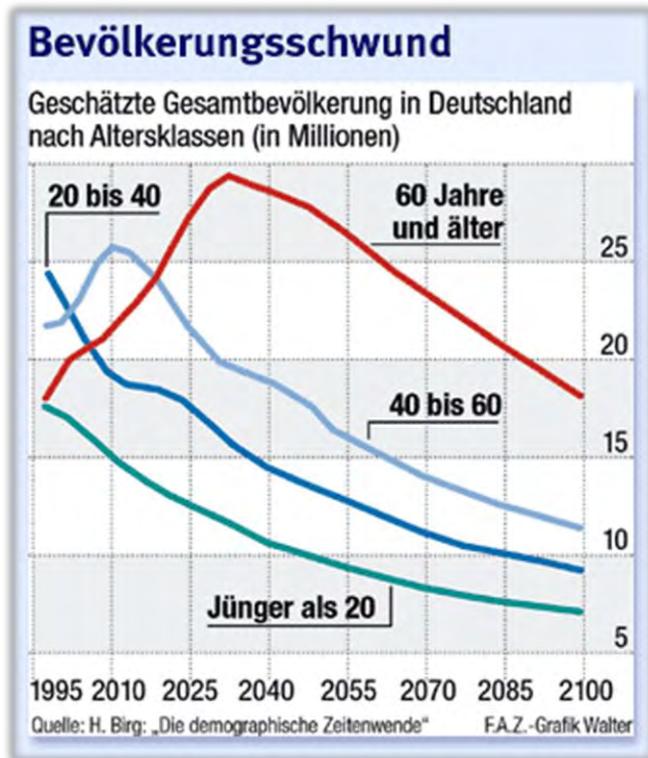


gematik

Das deutsche Gesundheitssystem



Herausforderungen im dt. Gesundheitswesen



- **Demografischer Wandel**
in Deutschland – Realität in 2030
 - Abnahme des erwerbstätigen Teiles der Bevölkerung um ca. 15% (ca. 7,5Mio)
 - ⇒ Verstärkung Fachkräftemangel, v.a. in der Fläche
 - Anstieg der Altersgruppe der über 65-jährigen um rund 33% (von 16,7 Mio auf 22,3 Mio)
 - ⇒ Zunahme der chronisch Kranken und multimorbiden Patienten
- **Änderung der Versorgungsstrukturen**
im ländlichen Raum
 - Größte Herausforderungen in „Abwanderungsländern“
- **Vermehrte Spezialisierung von Behandlung**
 - Zunehmende Verteilung von Informationen

Innovative Telemedizin-Projekte brauchen eine:

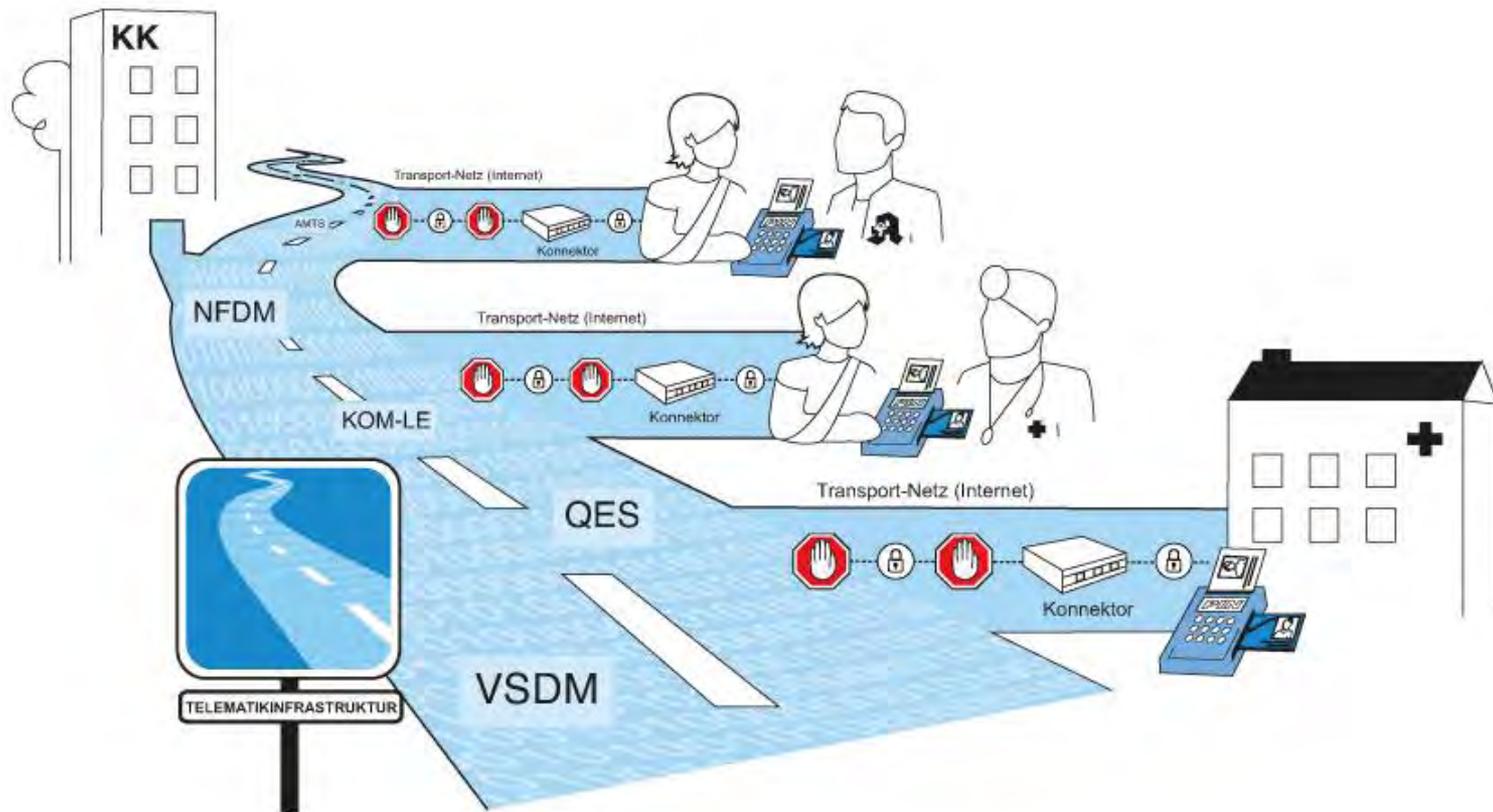


sichere, performante und
stetig verfügbare
Telematikinfrastuktur

und

definierte Standards
um eine flächendeckende
Verfügbarkeit für alle
Patienten langfristig und
nachhaltig zu garantieren.

Telematikinfrastruktur – Das sicherste Netz für alle



Telematikinfrastruktur & Telemedizin

Die Telematikinfrastruktur eröffnet Chancen

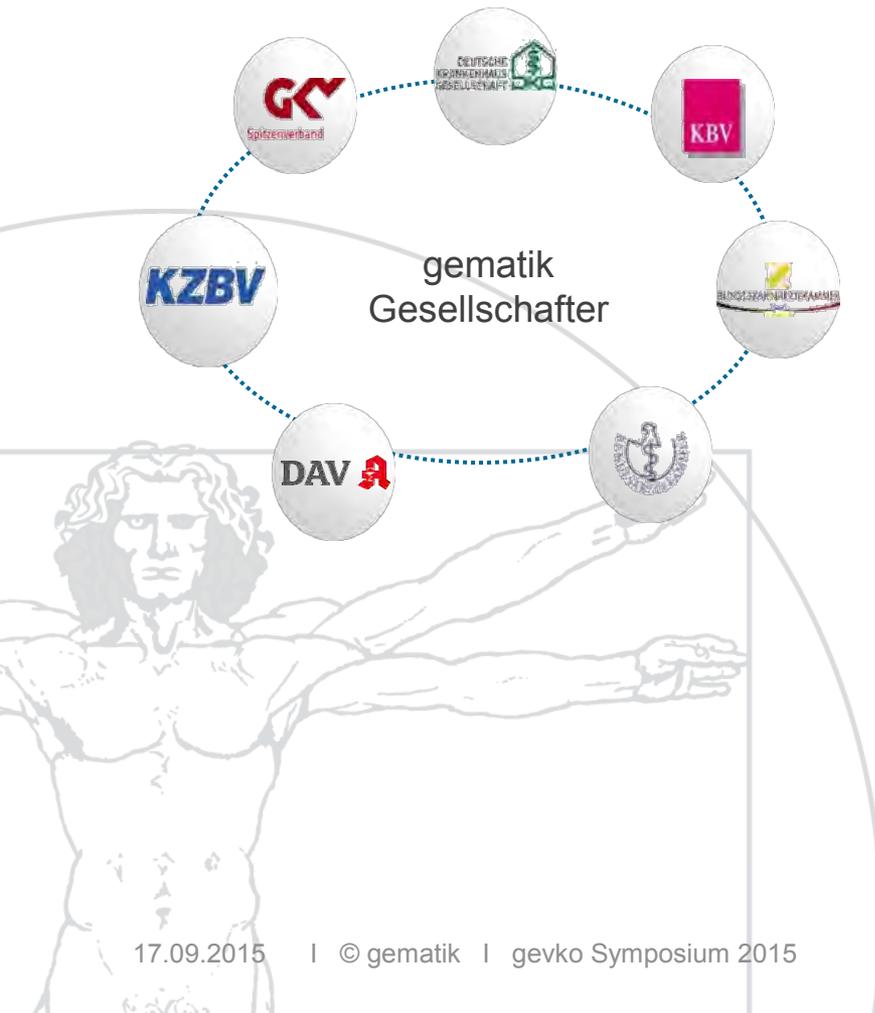
- „Komponenten und Dienste der Telematikinfrastruktur erleichtern (technische) Entwicklung und Umsetzung telemedizinischer Angebote“ (Mangiapane, BMG, 2012)
 - Lösungsbausteine der Telematikinfrastruktur „... schaffen ein **definiertes, akzeptiertes Sicherheitsniveau**“ (Fraunhofer Fokus, 2013)
 - Telematikinfrastruktur als das einzige **flächendeckende Netz** für das deutsche Gesundheitswesen
 - **Sektorenübergreifendes Konzept** der Telematikinfrastruktur sichert die erfolgreiche Einbindung aller Akteure des Gesundheitswesens
 - Vertrauensbildung durch **Neutralität der Telematikinfrastruktur**
- ➔ **Weiterführung bestehender, innovativer Konzepte** der Telemedizin auf Basis einer **stabilen, sicheren und bundesweit flächendeckenden Telematikinfrastruktur**



gematik: Kompetenzzentrum der eGK/TI

- **Konzeption:** Erstellung von Konzepten und Spezifikationen zur Definition der Standards für Produkte und Prozesse.
- **Vergabe:** Sie vergibt die Aufträge für die Entwicklung, die Testmaßnahmen, die Steuerung und das Controlling der beauftragten Industriepartner.
- **Test:** Verfahren, die die Sicherheit, Funktionalität, Interoperabilität und Qualität der Produkte der TI gewährleisten.
- **Zulassung:** Erteilung von Zulassungen bei positivem Nachweis der vollständigen und korrekten Umsetzung der Anforderungen und der damit verbundenen Eignung der Produkte für die TI.
- **Betriebsverantwortung:** Die gematik wacht über den Betrieb der TI und trägt die Gesamtverantwortung.
- **Kommunikation:** Unterstützung und Begleitung der Gesellschafter und zentraler Ansprechpartner zu den Themen eGK und TI.

gematik als Kommunikationszentrum



- Beirat der gematik
- Patientenverbände
- Verbraucherschutzverbände
- Industrie, Industrieverbände
- Politik
- Vertreter der nicht verkammerten Heilberufe
- Pflege
- Wissenschaft
- Bundesbehörden (z.B. BSI)
- Vertreter der Länder
- Leistungserbringerorganisationen
- Vertreter weiterer Gruppen (z.B. Kommission der Europäischen Gemeinschaft, Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V.)

Interoperabilität in der Telematikinfrastruktur

Wir bauen die Datenautobahn
des deutschen
Gesundheitswesens



Quelle: <http://www.arwe-service.de/wp-content/uploads/2011/11/autobahnkreuz.gif>, arwe-service.de, 01.10.2012, N/A

Gesetzlicher Auftrag der gematik

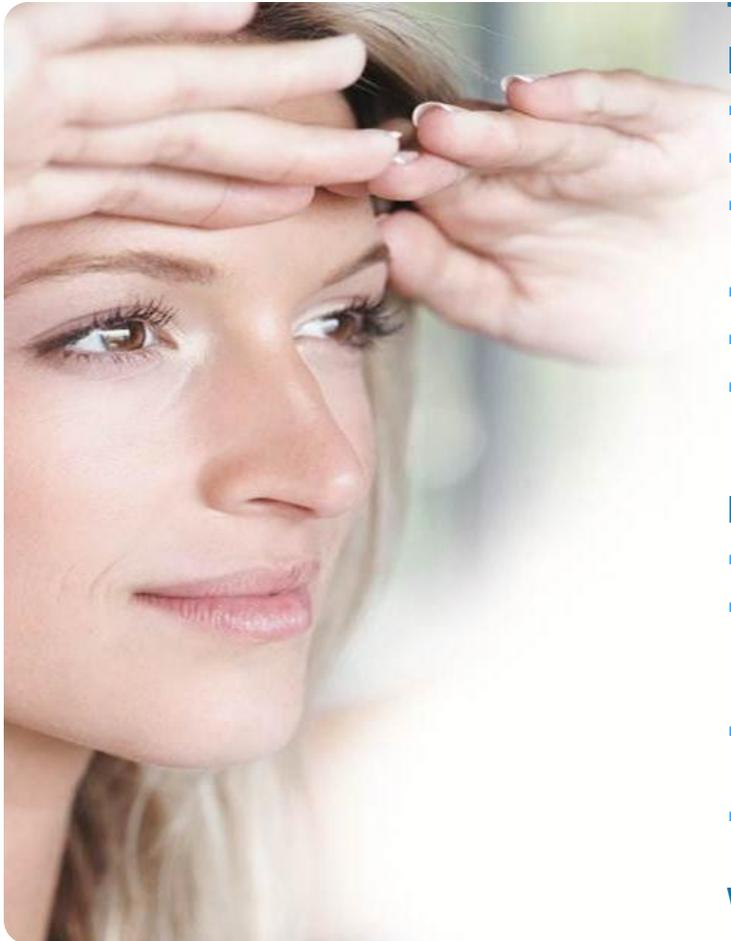
§291a Abs. 7 SGB V

Schaffung der für die Einführung und Anwendung der elektronischen Gesundheitskarte [...] erforderliche interoperable und kompatible Informations-, Kommunikations- und Sicherheitsinfrastruktur (Telematikinfrastruktur)

§291b Abs. 1 SGB V

Zulassung der Komponenten und Dienste der Telematikinfrastruktur durch die gematik. Die Zulassung wird erteilt, wenn diese funktionsfähig, **interoperabel** und sicher sind. Die gematik prüft Funktionsfähigkeit und **Interoperabilität** auf der Grundlage der von ihr veröffentlichten Prüfkriterien.

Telematikinfrastruktur – Stufenplan



Telematikinfrastruktur und erste Anwendungen in der Erprobung (Stufe I):

- Aufbau der Telematikinfrastruktur
- Online-Versichertenstammdatenmanagement
- Sicherer Internetzugang für die Beteiligten im Gesundheitswesen
- Anbindung von Bestandsnetzen
- Qualifizierte elektronische Signatur
- Sichere Kommunikation zwischen Leistungserbringern, z. B. Ärztinnen und Ärzten

Projektierte Anwendungen (Stufe II + ff.):

- Notfalldatenmanagement
- Migration von Gesundheitsdatendiensten in der Telematikinfrastruktur am Beispiel der elektronischen Fallakte
- Datenmanagement zur Prüfung der Arzneimitteltherapiesicherheit
- Organspendeerklärung

Weitere Projekte / Anwendungen:

- QS-Marker, Telemedizin, elektronische Patientenakte, epSOS (European Patient – Smart and Open Service)

Die elektronische Gesundheitskarte



Seit 1. Januar 2015 gilt nur die elektronische Gesundheitskarte

Seit Januar 2015 können gesetzlich krankenversicherte Patienten nur noch mit der elektronischen Gesundheitskarte den Arzt, Psychotherapeuten oder Zahnarzt aufsuchen. Die alten Chipkarten ohne Lichtbild sind dann ungültig.

Testregionen der gematik - Erprobung

Die Testregionen der Telematikinfrastuktur und der elektronischen Gesundheitskarte:

Testregion Nordwest mit regionalen Vertretungen in:

- Bochum – Nordrhein-Westfalen
- Kiel – Schleswig-Holstein
- Trier – Rheinland-Pfalz

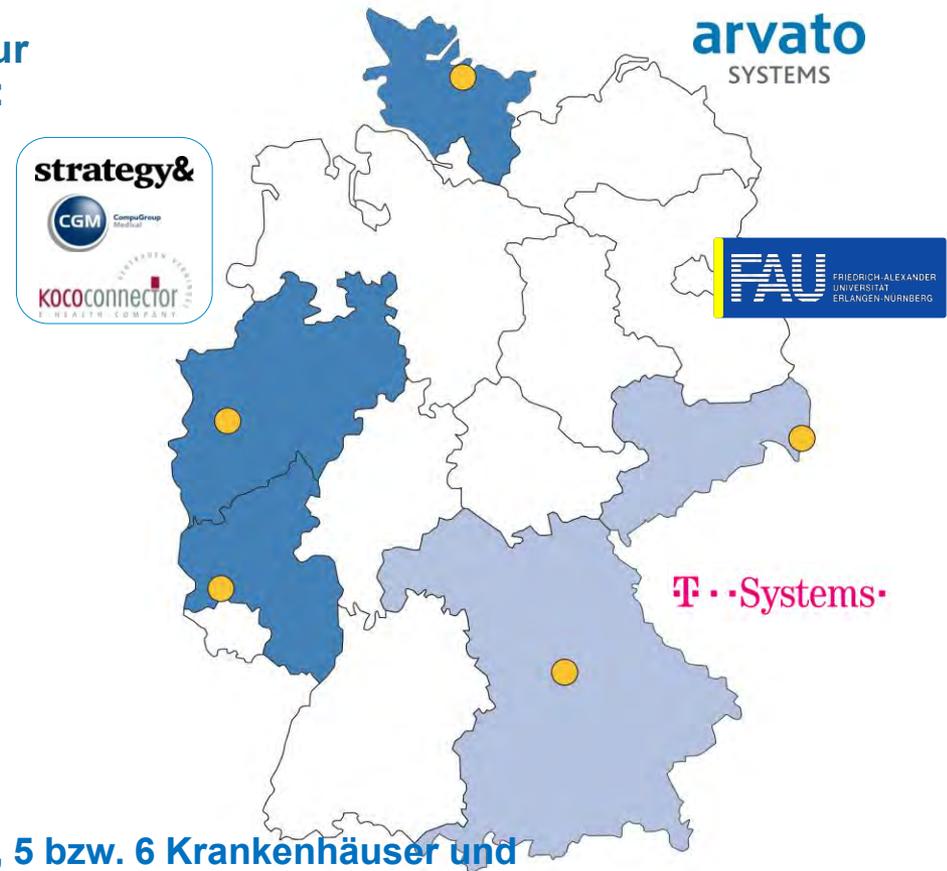
Testregion Südost mit regionalen Vertretungen in:

- Ingolstadt – Bayern
- Löbau/Zittau – Sachsen

Erprobungsteilnehmer sind pro Region:

375 Ärzte/Psychotherapeuten, 125 Zahnärzte, 5 bzw. 6 Krankenhäuser und 1 Universitätsklinikum = 505 Erprobungsteilnehmer x 2 Regionen = 1011 Erprobungsteilnehmer

Bundesweites Netz mit Anbindung aller zur Zeit 123 gesetzlichen Krankenkassen

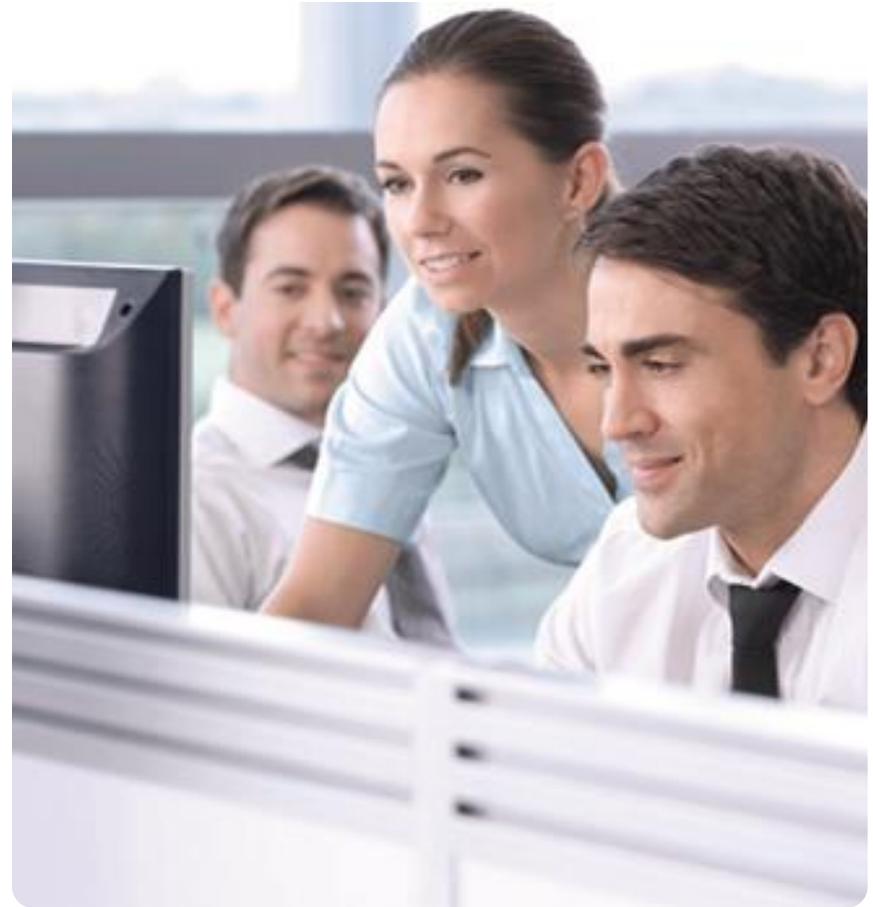


Kriterien für die Erprobung

Umfangreiche Testung der Telematikinfrastruktur und ihrer Produkte vor der flächendeckenden Einführung

Nachweis von

- **Praxistauglichkeit**
- **Stabilität**
- **Sicherheit**
- **Datenschutz**
- **Kompatibilität**
- **Interoperabilität**



Anwendungen der eGK

| eGK Basis Rollout | | | |
|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Verwendung der europäischen Krankenversichertenkarte (EHIC) | | | |
| | Pflichtanwendungen gemäß SGB V §291a | Freiwillige Anwendungen gemäß SGB V §291a (Versicherte entscheidet alleine über die Nutzung dieser Anwendungen) | Weitere Funktionalitäten |
| Online Rollout Stufe I | Online Versichertenstammdatenmanagement (VSDM) | | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Qualifizierte elektronische Signatur (QES) ▪ *Sichere Kommunikation zwischen Leistungserbringern (KOM-LE) |
| Online Rollout Stufe II | | Notfalldatenmanagement (NFDM) | Migration von Gesundheitsdatendiensten (GDD) am Beispiel der elektronischen Fallakte (EFA) |
| Online Rollout Lastenheftphase | | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) ▪ Organpendeerklärung (OSE) | |
| Zukünftig mögliche Anwendungen | Elektronisches Einlösen und Empfangen von Verordnungen | <ul style="list-style-type: none"> ▪ elektronischer Arztbrief ▪ elektronische Patientenakte ▪ Patientenquittung ▪ Patientenverfügung | |

*vorbehaltlich Gesellschafterbeschluss

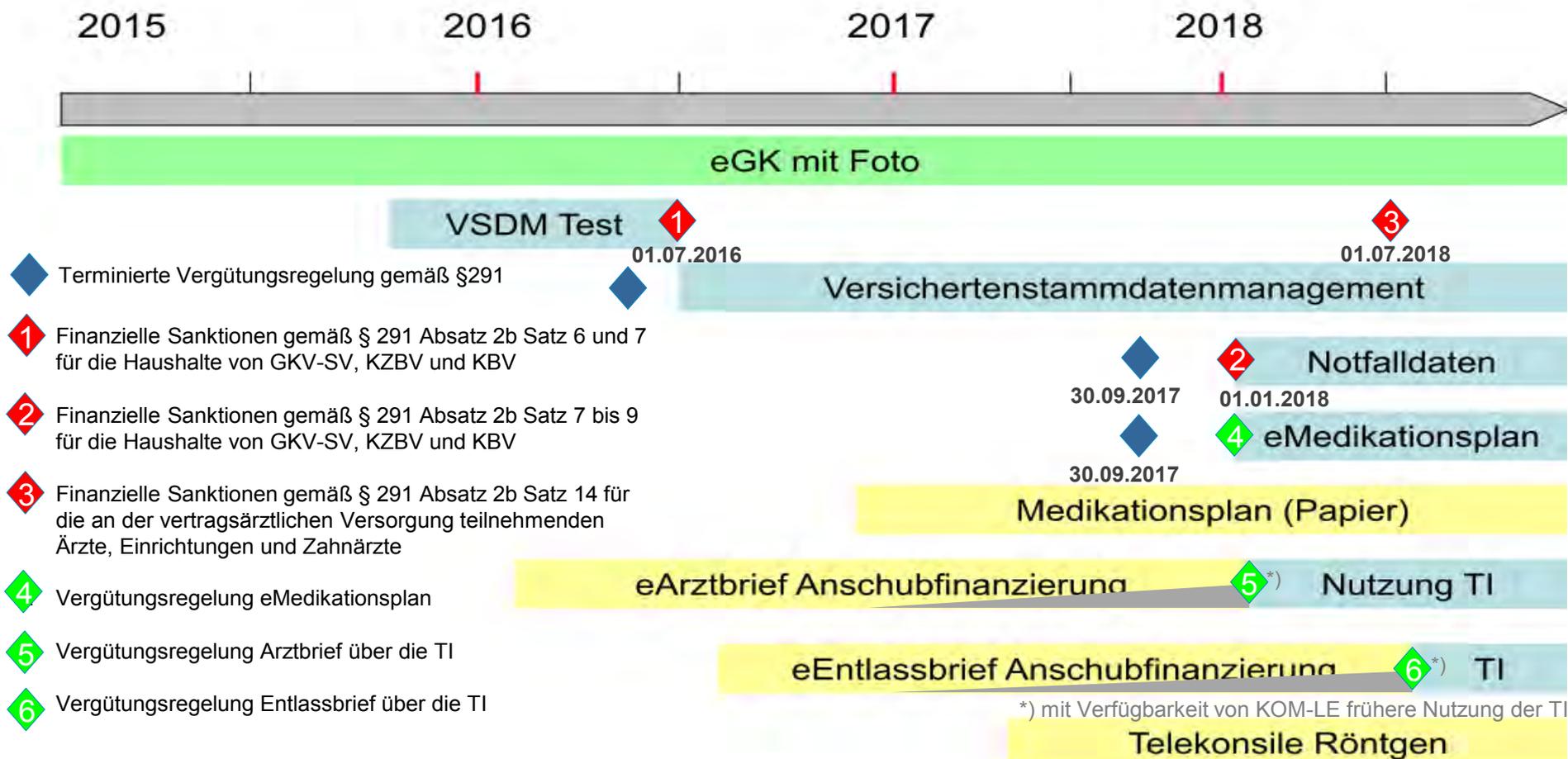
Gesamtplan der Anwendungen

Zeitplanung BMG



Bundesministerium
für Gesundheit

Gesamtplan der Anwendungen



Quelle: BMG aus Vortrag Beiratssitzung 27.02.2015 und Aufnahme der Terminvorgaben mit Sanktionen und Motivationen durch die gematik



Wir vernetzen das Gesundheitswesen. Sicher.



gematik



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

Benno Herrmann

Leiter Unternehmenskommunikation und Marketing

gematik

Gesellschaft für Telematikanwendungen

der Gesundheitskarte mbH

benno.herrmann@gematik.de

Diese Unterlage dient der Information des Empfängers. Das enthaltene Bildmaterial ist urheberrechtlich geschützt. Eine Nutzung dieser Unterlage inklusive des Bildmaterials zu anderen Zwecken ist daher nicht gestattet.



gematik



2. gevko Symposium

23.09.2015

Tag 2





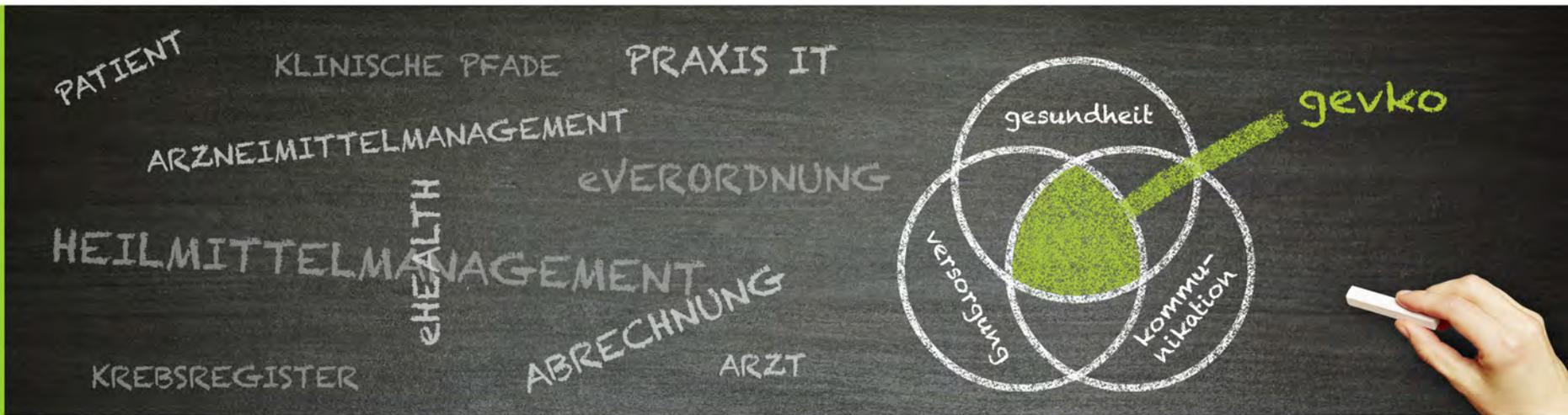
2. gevko Symposium

23.09.2015

Tag 2

Workshops





gevko Symposium 2015

Workshop 1

Mit der S3C-Schnittstelle zum Versorgungsvertrag





I. Digitales Gesundheitswesen der Zukunft 2020

II. Innovative Versorgungskonzepte in der Praxis

III. Die Versorgungsidee

IV. Von der Idee in die Versorgung (Zeitstrahl)

V. Der Versorgungsvertrag

VI. Der Werkzeugkasten





Zusatzbeitrag wird erhoben!

Mehrwert erkennbar?

Entscheidung für:





Meine Leidenschaft: Fußball

**Auswechslung wegen
Knie trauma**





- **Situation am nächsten Tag**
- **telefonische Terminvereinbarung**





Ausschluss Entzündung durch Hausarzt



Arztkollegensuche über AIS



**Termin wird gebucht
und Ressource
Ultraschall wird
reserviert**





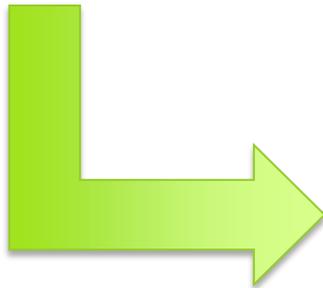
**Einlesen
der eGK**

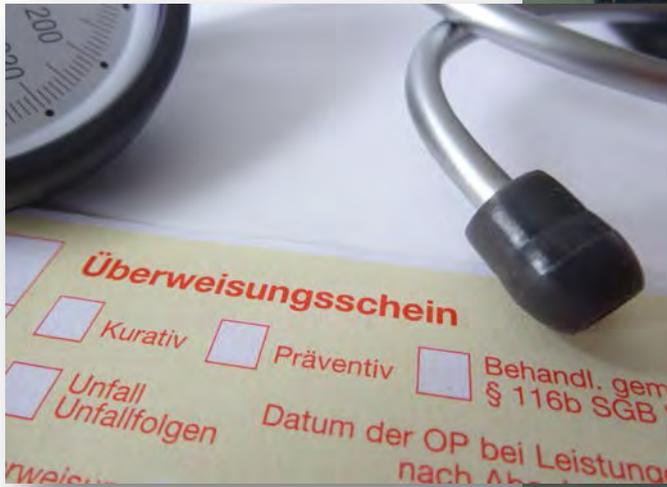
**Nach kurzer Wartezeit
Aufruf**





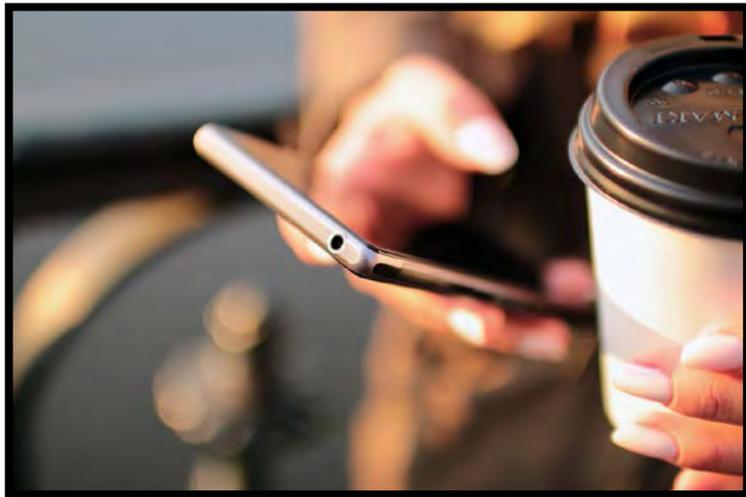
Elektronische Patientenakte

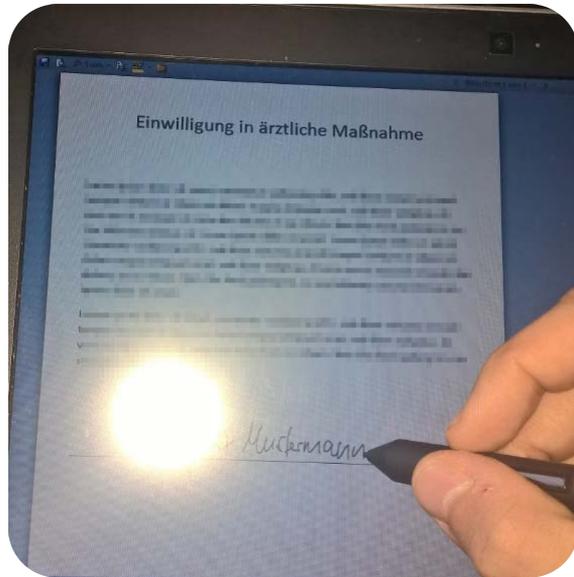






Gesundheits-App informiert ganzheitlich – Reduzierung der Wartezeit







Freigabe 01.09.2014

Krankenhaus bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten geb. am

Berufsgenossenschaft Versicherungs-Nr. Status

Betriebsärztin Nr. Arzt-Nr. Datum

Diagnose

Verordnung von Krankenhausbehandlung 2
(Nur bei medizinischer Notwendigkeit zulässig)

Begleit-Behandlung Notfall

Unfall, Unfallfolgen Versorgungslücken (BVG)

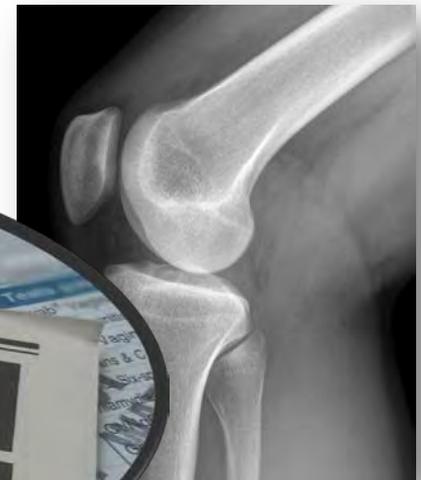
Nichtsternchen, geeignete Krankenhäuser

Verbindliches Muster

Vertragssitzstempel / Unterschrift des Arztes



Freigabe der elektronischen Patientenakte





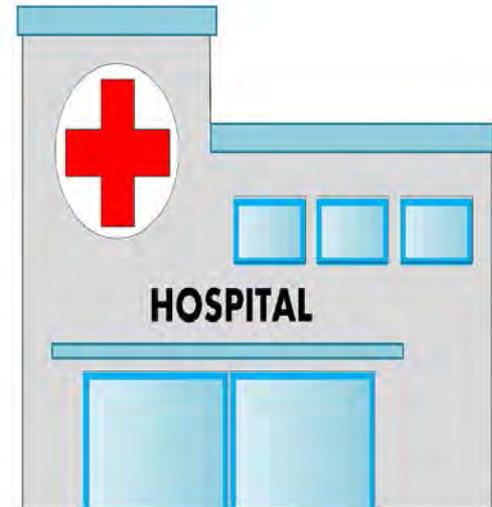
Weg digitaler Informationen zum Krankenhaus

S3C-Online-Service Vorschlagsliste

PLZ: ICD: K80 Cholelithiasis
LB: Kniebinnenschaden OPS

| Name | Entf. | Fälle gesamt | Fälle LB | Patienten- bewertung | QSR | GOS |
|------|----------|-----------------|-------------|-------------------------|-----|-----|
| | 8.49 km | 18748 | 364 | 92 % | ⊕⊕ | ⊕ |
| | 20.25 km | 25281 | 364 | 84 % | ⊕⊕ | ⊕ |
| | 8.33 km | 21005 | 252 | 77 % | ⊕⊕⊕ | ⊕ |
| | 14.86 km | 19424 | 157 | 77 % | ⊕ | ⊕ |
| | 11.35 km | 21996 | 364 | 76 % | ⊕⊕ | ⊕ |
| | 15.45 km | 12540 | 157 | 45 % | ⊕ | ⊕ |
| | 23.08 km | 22169 | 452 | 44 % | ⊕⊕ | ⊕ |

Cholelithiasis
Schmerzen
Erkrankung
Funktionsstörung





eVerordnung

Freigabe 09.04.2008

Verordnung einer Krankbeförderung

Mitteilung von Krankheiten und drittverursachten Gesundheitsschäden gemäß § 204a SGB V

Unfall, Unfallfolgen Arbeitsunfall, Berufskrankheit Versorgungsleiden (EVG u.a.) sonstiger Schaden

1. Hauptleistung

A) im Krankenhaus

Krankenhausbehandlung voll- oder teilstationär Behandlungsdauer: _____

Krankenhausbehandlung vor- oder nachstationär Vor- oder Nachbehandlungsdauer: _____

B) ambulante Operation

ambulante Operation gem. § 115b SGB V Datum: _____

Vor- oder Nachbehandlung bei ambulanten Operationen Behandlungsdaten: _____

C) ambulante Behandlung (von der Krankenkasse zu genehmigen)

beim Vertretungsarzt im Krankenhaus sonstiges: _____

Begründung des Ausnahmefalles gemäß § 60 Abs. 1 SGB V:

gemäß Anlage 2 der Krankentransport-Richtlinien (Dialyse, onkologische Chemo- oder Strahlentherapie) Dauerhafte Mobilitätseinschränkung (Mensch mit „aG“, „JH“ oder „F“ nach Anlage 2 bzw. 3 vorgelegt)

vergleichbarer Ausnahmefall wegen _____ vergleichbare Grund wegen (ggf. Angabe ICD-10): _____

voraussichtliche Behandlungsfrequenz: X pro Woche über _____ voraussichtliche Behandlungsdauer: _____
ggf. Zeitraum der Serienverordnung: _____

2. Beförderungsmittel Taxi, Mietwagen Krankentransportwagen Reisebus Notarztwagen andere: _____

Begründung des Beförderungsmittels (ggf. Angabe ICD-10): _____

Medizinisch-technische Ausstattung erforderlich: ja nein nicht umsetzbar aus Rollstuhl legend andere _____

Von Nach: Wohnung Rückfahrt ja nein Medizinisch-fachliche Betreuung notwendig: ja, folgende: _____

Arztpraxis Wohnort Konsultationsarzt Arzt (Mitarbeiter)

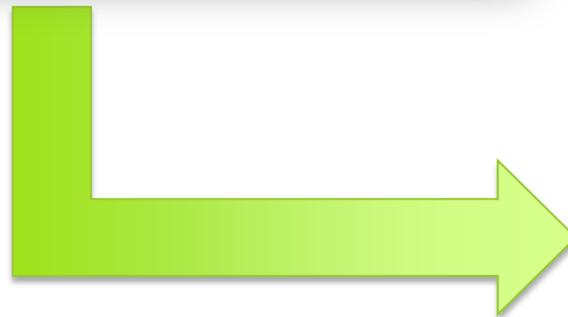
Krankenhaus andere Beförderungsweg: _____

Verbindliches Muster

Unterschrift und Stempel des Vertragsarztes
Muster 4 (7.200)



eEntlassbrief





Nachsorgeunterstützung über App

Über meine Gesundheits- App habe ich alles im Griff



Freigabe 06.05.2008

| | | | | | |
|----------------------------------|--|----------------------------------|--|--------------------|--|
| Kommunikation bzw. Kontaktstelle | | geb. am | | Geburtsdatum | |
| Name, Vorname des Versicherten | | Geburtsort | | Geburtsland | |
| Kassen-Nr. | | Versicherten-Nr. | | Status | |
| Merkmalcode-Nr. | | Arzt-Nr. | | Datum | |
| Rp-Nr. (falls Leistungsänderung) | | Verpreschlüssel | | | |
| Registrierung im Arztregister | | Freigegeben am | | Muster-Nr. 10/2008 | |
| Bei Änderungen anmeldebefähigt | | Urheberrecht oder Nutzungsrechte | | | |
| Copyright | | | | | |

Freigabe 06.05.2008

Krankenkasse bzw. Kostenträger

geb. am

Verbindliches Muster

Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)

Unterschrift des Arztes
Muster 16 (7.2008)

Bei Arbeitsunfall auszufüllen!

Unfalltag: Unfall:

| BVG | Hilfsmittel | Impfstoff | Spr.-St. Bekleid. | Begr.-Pflicht | Apotheken-Nummer / IK |
|-----|-------------|-----------|-------------------|---------------|-----------------------|
| 6 | 7 | 8 | 9 | | |

| Zuzahlung | Gesamt-Brutto |
|-----------|---------------|
| | |

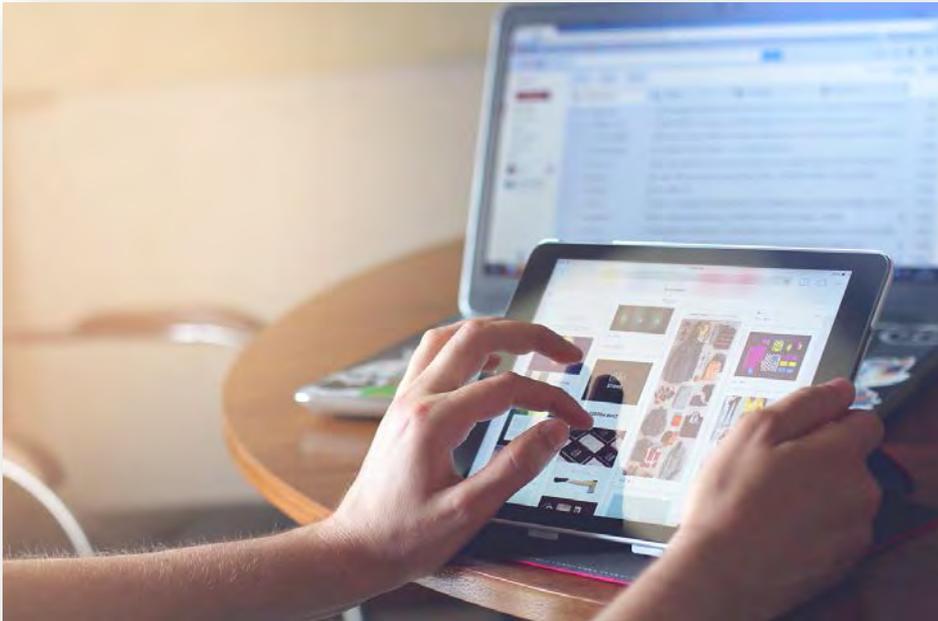
| Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr. | Faktor | Taxe |
|-------------------------------|--------|------|
| 1. Verordnung | | |
| 2. Verordnung | | |
| 3. Verordnung | | |



- Elektronische Heilmittel- / Hilfsmittelverordnung
- Genehmigung durch Krankenkasse
- Rückmeldung auf das Smartphone
- Vorschlag zu einem Sanitätshaus (Qualität, Nähe)



Krankentagegeld / Zuzahlung?



Lösung:



Onlinekontakt
mit meinem Berater bei
der Krankenkasse



Datenübertragung
zum Hausarzt





Präventionsmaßnahmen speziell auf mich zugeschnitten

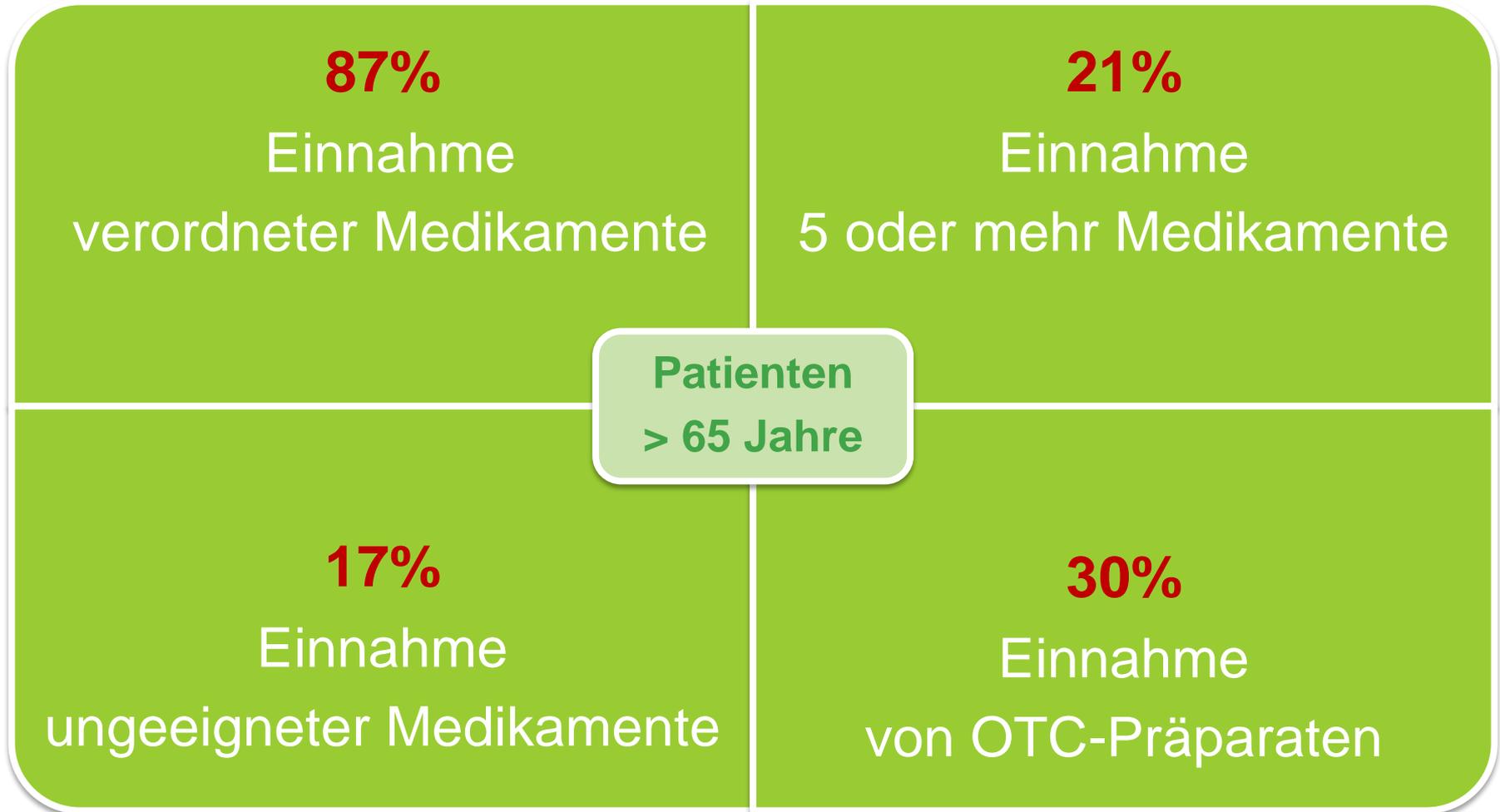




Innovative Versorgungskonzepte in der Praxis



Die PRISCUS-Liste im elektronischen Verordnungsprozess



PRISCUS-Liste

- 83 Wirkstoffe wurden als inadäquat für ältere Patienten bewertet
- Risikofaktoren für unerwünschte Ereignisse
- Wirkstoffalternativen:
 - Wirkstoffsubstitutionen
 - nicht-medikamentöse Therapien

Priscus-Liste für den Schreibtisch: Die 83 Wirkstoffe im Überblick!

Quelle: AOK-Gesundheitspartner

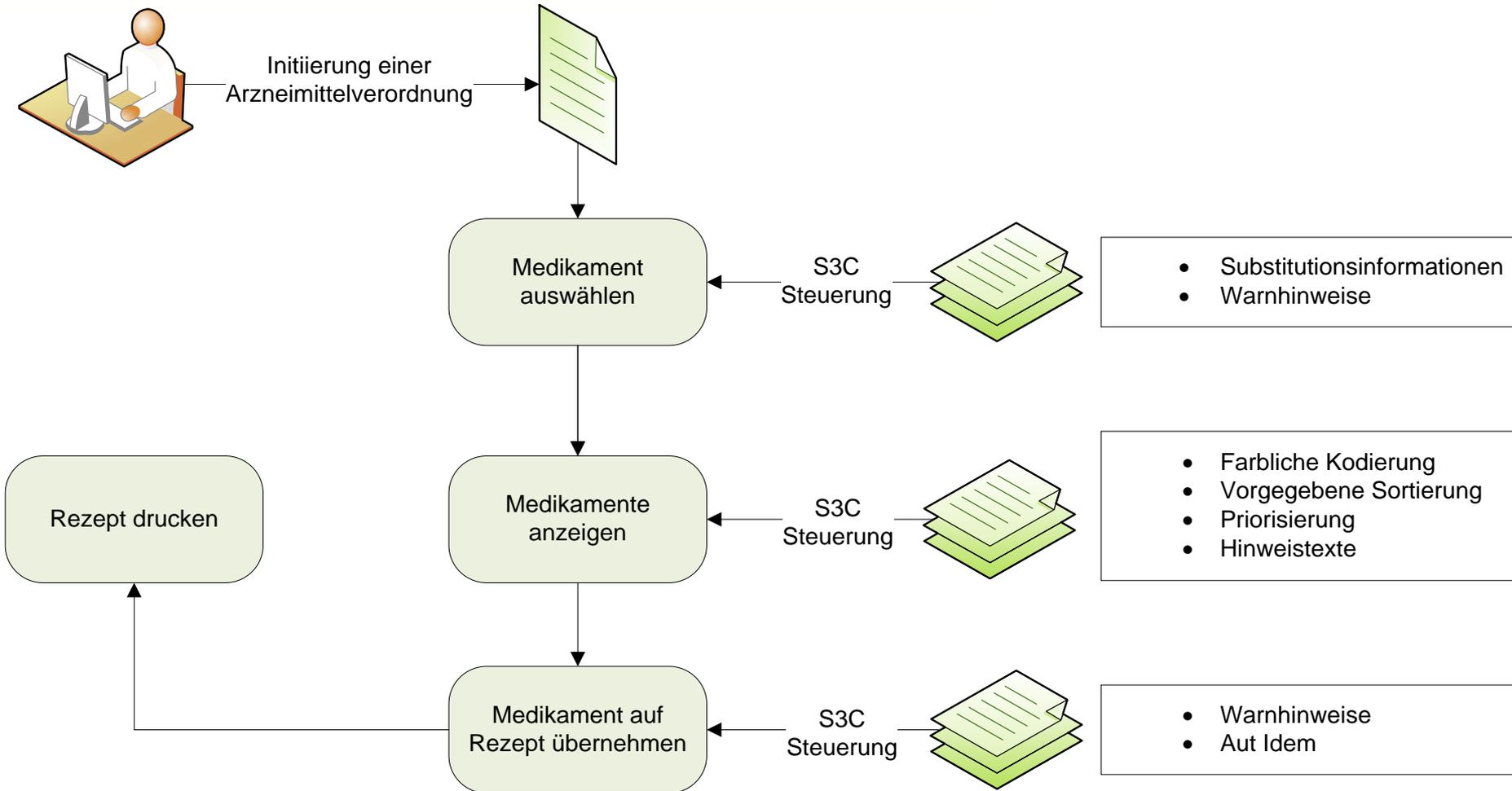
| Arzneimittel | Wesentliche Bedenken (Auswahl) | Therapiealternativen |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Analgetika, Antiphlogistika | | |
| NSAID Indometacin Acemetacin* Ketoprofen* Piroxicam Meloxicam* Phenylbutazon Etoricoxib | <ul style="list-style-type: none"> sehr hohes Risiko für gastrointestinale Blutungen, Ulzerationen oder Perforationen, auch mit letalem Ausgang Indometacin: Zentralnervöse Störungen Phenylbutazon: Blutdyskrasie Etoricoxib: Kardiovaskuläre Kontraindikationen | <ul style="list-style-type: none"> Paracetamol (schwach wirksame) Opioide (Tramadol, Codein) ggf. schwächere NSAID (z. B. Ibuprofen) |
| Opioid-Analgetika Pethidin | <ul style="list-style-type: none"> erhöhtes Risiko für Delir und Stürze | <ul style="list-style-type: none"> Paracetamol andere Opioide (mit geringerem Delirrisiko, z. B. Tilidin/Naloxon, Morphin, Oxycodon, Buprenorphin, Hydromorphon) ggf. schwächere NSAID (z. B. Ibuprofen) |
| Antiarrhythmika | | |
| Chinidin* | <ul style="list-style-type: none"> Zentralnervöse UAW erhöhte Mortalitätsrate Chinidin plus Verapamil: für Patienten älter als 75 Jahre nicht empfohlen | <ul style="list-style-type: none"> Beta-Blocker Verapamil Diltiazem Amiodaron Defibrillator-Implantation |

| Arzneimittel | Wesentliche Bedenken (Auswahl) | Therapiealternativen |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Urologische Spasmolytika Oxybutynin (nicht retardiert und retardiert) Tolterodin (nicht retardiert) Solifenacin | <ul style="list-style-type: none"> anticholinerge Nebenwirkungen (z. B. Obstipation, Mundtrockenheit, ZNS) EKG-Veränderungen (QT-Verlängerung) | <ul style="list-style-type: none"> Tropium nichtmedikamentöse Therapien (Beckenbodengymnastik, Physio und Verhaltenstherapie) |
| Antikoagulantien, Thrombozytenaggregationshemmer | | |
| Ticlopidin | Blutbildveränderungen | <ul style="list-style-type: none"> ASS Clopidogrel |
| Prasugrel* | ungünstiges Nutzen-Risiko-Verhältnis insbesondere für Patienten \geq 75 Jahren | <ul style="list-style-type: none"> ASS Clopidogrel |
| Antidepressiva | | |
| Klassische Antidepressiva Amitriptylin Doxepin Imipramin Clomipramin Maprotilin Trimipramin | <ul style="list-style-type: none"> periphere anticholinerge UAW (z. B. Obstipation, Mundtrockenheit, orthostatische Dysregulation, kardiale Arrhythmien) zentrale anticholinerge UAW (Benommenheit, innere Unruhe, Verwirrheitszustände) | <ul style="list-style-type: none"> SSRI (z. B. Sertralin, Citalopram, max. 20 mg, cave: Natriumspiegel kontrollieren) Mirtazapin nichtmedikamentöse Therapien (ggf. verhaltenstherapeutische Verfahren) |

III. Die Versorgungsidee



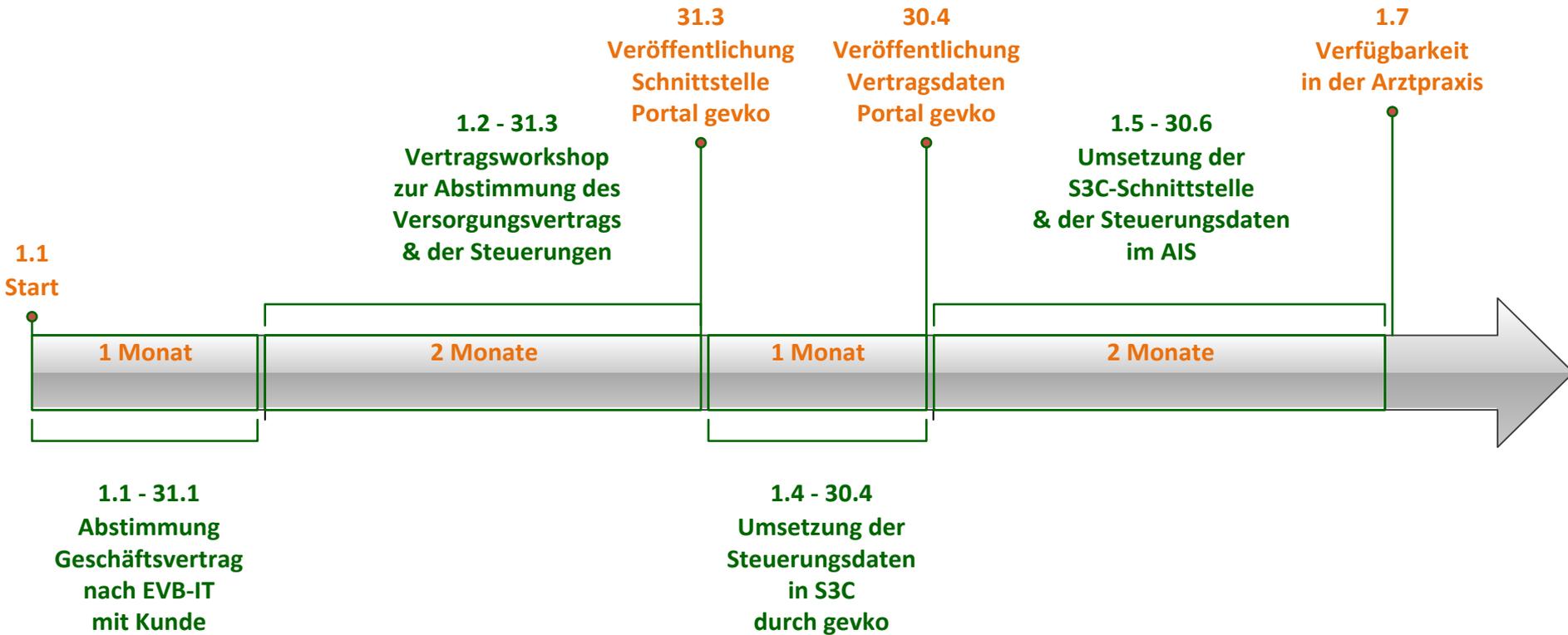
III. Die Versorgungsidee



IV. Von der Idee in die Versorgung Zeitstrahl



gesundheitsversorgung
kommunikation
gevko





Abschnitt I

- Grundlagen & Vertragsgegenstand

Abschnitt II

- Teilnahme der Ärzte

Abschnitt III

- Teilnahme der Versicherten

Abschnitt IV

- Vergütung und Abrechnung

Abschnitt V

- Anlagen



Abschnitt I – Grundlagen und Vertragsgegenstand

§ 1 Gegenstand, Grundlagen und Ziele des Vertrages

§ 2 Geltungsbereich



Abschnitt I – Grundlagen und Vertragsgegenstand

§ 1 Gegenstand, Grundlagen und Ziele des Vertrages

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Vertragsname: | |
| Vertragspartner: | |
| Handelt es sich um einen Vertrag mit einer Gemeinschaft bzw. Managementgesellschaft? | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| Managementgesellschaft / KV: | |
| Kurze inhaltliche Zusammenfassung: | |
| Vertragskennzeichen: | |
| Gültigkeit ab: | |
| Gültigkeit bis: | |





Abschnitt I – Grundlagen und Vertragsgegenstand

§ 2 Geltungsbereich

| | |
|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| Räumlicher Geltungsbereich: (Versorgungsregion) | |
| Institutskennezeichen der teilnehmenden Kasse: | |
| Vertragsdokumente: | Liste der Dokumente, die veröffentlicht werden sollen |



VI. Der Werkzeugkasten Vertrags- & Teilnahmemanagement



gesundheit
versorgung
kommunikation
gevko

Vertragsverwaltung Arzt

Modellvorhaben ARMIN AOK PLUS Sachsen Erg. ✓

Bernd Beispiel
KV Sachsen (OKV: 98)

Vertragsstatus

Vertragsstatus - bestätigt

Status: beantragt am: gültig ab: gültig bis:

Einschreibekriterien

Leistungserbringerguppe: Prüfstatus: Positives Prüfungsergebnis

Dokumente

Vertragsfrist Arzt

| Leistungserbringerguppe | Gültigkeitszeitraum | Minimale Laufzeit | Maximale Laufzeit |
|-------------------------|---------------------|-------------------|-------------------|
| Einschreibung Hausärzte | ab 01.07.2014 | 1 Jahr | |

Vertragsfrist Patient

| Patientengruppe | Gültigkeitszeitraum | Minimale Laufzeit | Maximale Laufzeit |
|-----------------------|---------------------|-------------------|-------------------|
| Einschreibung Patient | ab 01.07.2014 | 1 Jahr | |

Versionsinformationen

Versionsnummer der Schnittstellenimplementierung: 2.11

| Variante der AM-Datei | Gültigkeitszeitraum | Ereignisdatum | Zeitpunkt der Aktualisierung |
|-----------------------|---------------------|---------------|------------------------------|
| | | | |



VI. Der Werkzeugkasten Vertrags- & Teilnahmemanagement



Vertragsverwaltung Arzt

Modellvorhaben ARMIN AOK PLUS Sachsen Erg.

Bernd Beispiel
KV Sachsen (OKV: 98)

Vertragsstatus

Einschreibekriterien

Dokumente

Vertragsfrist Arzt

Vertragsfrist Patient

Versionsinformationen

Vertragsstatus - best. Erg.

Status: bestätigt

bestätigt ab: gültig ab: 01.07.2014 gültig bis:

Einschreibekriterien

Leistungserbringergruppe: Hausärzte

Prüfungsergebnis: Positives Prüfungsergebnis

Dokumente

- Vertrag
- Anlage 1a: Praxisausstattung
- Anlage 2: Mindestanforderungen für eine Zulassung als IT-Vertragsschnittstelle, Zulassungsverfahren und Weiterentwicklung
- Anhang zu Anlage 2: Mindestanforderungen für eine Zulassung als IT-Vertragsschnittstelle, Zulassungsverfahren und Weiterentwicklung
- Anlage 3a: Teilnahmeerklärung Ärzte für KV-Bereich Sachsen
- Anlage 9: Wirkstoffverordnung
- Anlage 10: Medikationskatalog
- Handout zu Anlage 10: Handout Medikationskatalog
- Anlage 11: Medikationsmanagement
- Umsetzungsinformation

Vertragsfrist Arzt

Abschnitt II – Teilnahme der Ärzte

§ 3 Teilnahmeberechtigung der Ärzte

§ 4 Teilnahmevoraussetzungen der Ärzte

§ 5 Einschreibung der Ärzte

§ 6 Beginn und Ende der Teilnahme des Arztes, Sonderkündigung,
Ausschluss

§ 7 Aufgaben und Inhalt der Leistungen des Arztes

Abschnitt II – Teilnahme der Ärzte

§ 4 Teilnahmevoraussetzungen der Ärzte

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Welche Leistungserbringergruppen sind Vertragsteilnehmer? | |
| <ul style="list-style-type: none">○ Facharztbezeichnung○ KV-Bereich, PLZ○ LANR | |
| Welche Teilnahmevoraussetzungen bestehen? | |
| Ab wann kann sich ein Leistungserbringer einschreiben? | |
| Ab wann ist die Einschreibung gültig? | |
| In welcher Form erfolgt die Teilnahmeerklärung? | |

VI. Der Werkzeugkasten Vertrags- & Teilnehmernmanagement



gesundheit
versorgung
kommunikation

gevko

Einschreibekriterien

Modellvorhaben ARMIN AOK PLUS Sachsen Erg.

Bernd Beispiel
KV Sachsen (OKV: 98)

Einschreibekriterien für Vertragsärzte

Einschreibekriterien für Vertragsärzte (Es müssen alle Kriterien erfüllt sein)

Vertragsarztbezeichnung (Es muss mindestens ein Kriterium erfüllt sein)

Vertragsärzte

Niedergelassene und angestellte Vertragsärzte in Vertragsarztpraxen, in Berufsausübungsgemeinschaften, in MVZ gemäß § 95 SGB V bzw. in Einrichtungen gemäß § 105 Abs. 1 und 5 und § 311 Abs. 2 SGB V im Bezirk: Bereich der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung (KV-Bezirk/Bereich) (Zeitpunkt: Einschreibung)

Ermächtigte Ärzte

Ermächtigte Hausärzte mit vollem Ermächtigungsumfang eines Hausarztes (Zeitpunkt: Einschreibung)

OKV ist gleich 98

Ihr OKV: 98

Zur Auswahl werden ggf. schon gespeicherte Kriterien geladen.

Positives Prüfungsergebnis

Prüfen

Speichern

Abbrechen



VI. Der Werkzeugkasten Vertrags- & Teilnehmemanagement



gesundheit
versorgung
kommunikation
gevko

Einschreibekriterien

HzV AOK Niedersachsen (S3C) Dr. med. Arzt Niedersachsen
KV Niedersachsen (OKV: 17) HÄVG-ID
MEDVERBUND-ID

Einschreibekriterien für Hausärzte

- Facharztbezeichnung (Es muss mindestens ein Kriterium erfüllt sein)**
 - Allgemein Mediziner*
 Allgemeinärzte gem. § 73 Abs. 1a Satz 1 Nr. 1 SGB V (Zeitpunkt: Einschreibung)
 - Internist*
 Internisten gem. § 73 Abs. 1a Satz 1 Nr. 3 SGB V (Zeitpunkt: Einschreibung)
 - Praktischer Arzt*
 Praktische Ärzte gem. § 73 Abs. 1a Satz 1 Nr. 4 SGB V (Zeitpunkt: Einschreibung)
 - Arzt*
 Ärzte gem. § 73 Abs. 1a Satz 1 Nr. 5 SGB V (Zeitpunkt: Einschreibung)
- Bedingung (statisch)**

OKV ist gleich: 17
Ihr OKV: 17
- Qualifikationen**
 - Psychosomatische Grundversorgung*
 Die Berechtigung zur Teilnahme an der psychosomatischen Grundversorgung gemäß § 5 Abs. 6 Psychotherapie-Vereinbarung; Vertragsärzte, die zum Zeitpunkt der erstmaligen Teilnahme an diesem Vertrag nicht über diese Berechtigung verfügen, können innerhalb von 3 Jahren nach Teilnahme eine Nachqualifikation durchführen; dabei muss der Nachweis gegenüber der KVN geführt werden, dass die Nachqualifikation innerhalb eines Jahres nach Teilnahmebeginn begonnen wurde. (Zeitpunkt: Laufzeit Nachweis; innerhalb von 3 Jahren Nachqualifikation, Beginn Nachqualifikation innerhalb eines Jahres nach Teilnahmebeginn)
- Fortbildungen**
 - Durch Ärztekammern zertifizierte Fortbildungen*
 Regelmäßige Teilnahme an durch die Ärztekammern zertifizierten Fortbildungen je Jahr der Teilnahme sind mindestens 12 Fortbildungspunkte nachzuweisen, aus den insbesondere für diesen Vertrag relevanten Themenbereichen; Patientenzentrierte Gesprächsführung, Psychosomatische Grundversorgung, Psychiatrische Erkrankungen, Schmerztherapie, Geriatrie und bedarfsabhängig aus Themenbereichen, die jährlich verbindlich vom Vertragsausschuss festgelegt werden und die Ziele des Vertrages unterstützen. Die Landesverbände des Deutschen Hausarztverbandes bieten im Rahmen der Fortbildung entsprechende Maßnahmen an. (Zeitpunkt: Laufzeit Nachweis; je Jahr der Teilnahme)
- Qualitätsmanagement (Es müssen alle Kriterien erfüllt sein)**

Zur Auswahl werden ggf. schon gespeicherte Kriterien geladen.

Es würde noch keine Prüfung durchgeführt



VI. Der Werkzeugkasten Vertrags- & Teilnehmernmanagement



gesundheit
versorgung
kommunikation

gevko

Einschreibekriterien

HzV AOK Niedersachsen (S3C) Dr. med. Arzt Niedersachsen HÄVG-ID
KV Niedersachsen (OKV; 17) MEDIVERBUND-ID

Einschreibekriterien für Hausärzte

- Vortraining und Nutzung der technischen Voraussetzungen zur Einschreibung von Versicherten über das KVN-Portal, (Zeitpunkt: Einschreibung)
- Apparative Mindestausstattung (Es müssen alle Kriterien erfüllt sein)**
 - EKG*
 EKG-Gerät mit 12-Kanal-Aufzeichnung (Zeitpunkt: Einschreibung Nachweis: innerhalb Folgequartal nach Antragstellung)
 - Langzeit-RR-Monitoring*
 Langzeit-RR-Monitoring (ggf. in Kooperation mit anderen Praxen) (Zeitpunkt: Einschreibung Nachweis: innerhalb Folgequartal nach Antragstellung)
 - Blutzuckermessgerät*
 Blutzuckermessgerät (Zeitpunkt: Einschreibung Nachweis: innerhalb Folgequartal nach Antragstellung)
 - Akustiklabor*
 Apparative Ausstattung zur Basisdiagnostik der peripheren Neuropathie (Stimmgabel, Monofilament, Reflexhammer, Kalt/Warm- und Spitz/Stumpf-Diskriminierung) (Zeitpunkt: Einschreibung Nachweis: innerhalb Folgequartal nach Antragstellung)
 - Spirometrische Lungenfunktionsstestung*
 Spirometrische Lungenfunktionsstestung (ggf. in Kooperation mit anderen Praxen) (Zeitpunkt: Einschreibung Nachweis: innerhalb Folgequartal nach Antragstellung)
 - Otoskop*
 Otoskop (Zeitpunkt: Einschreibung Nachweis: innerhalb Folgequartal nach Antragstellung)
 - Laryngoskop*
 Laryngoskop (Zeitpunkt: Einschreibung Nachweis: innerhalb Folgequartal nach Antragstellung)
 - Notfallkoffer*
 Notfall-Arztkoffer als Ein- oder Zweikoffer-System (Zeitpunkt: Einschreibung Nachweis: innerhalb Folgequartal nach Antragstellung)
- Sonstige Anforderungen (Es müssen alle Kriterien erfüllt sein)**
 - Praxiszugang für behinderte Personen*
 Sicherstellung des Praxiszugang für behinderte Personen (Zeitpunkt: Einschreibung Nachweis: innerhalb Folgequartal nach Antragstellung)
 - Sprechstunden für Arbeitnehmer*
 Angebot von besonderen Sprechstunden für Arbeitnehmer (z. B. am Abend oder am Wochenende) (Zeitpunkt: Einschreibung Nachweis: innerhalb Folgequartal nach Antragstellung)

Zur Auswahl werden ggf. schon gespeicherte Kriterien geladen.

Positives Prüfungsergebnis

VI. Der Werkzeugkasten Vertrags- & Teilnahmemanagement



gesundheit
versorgung
kommunikation
gevko

Vertragsverwaltung Arzt

HzV AOK Niedersachsen (S3C) Dr. med. Arzt Niedersachsen KV Niedersachsen (OKV: 17) HÄVG-ID MEDIVERBUND-ID

Vertragsstatus (bestätigt)

Status: bestätigt beantragt am: 24.05.2013 gültig ab: 24.05.2013 gültig bis:

Einschreibekriterien

Leistungserbringer-Gruppe: Hausarzt Prüfungsergebnis: Positives Prüfungsergebnis Kriterien...

Einschreibeformular

Das Einschreibeformular wurde noch nicht erfasst. Anlegen Löschen

Vertragsdokumente

| Vertragsdokumente |
|-------------------------|
| Vertrag |
| Teilnahmeerklärung Arzt |
| Anlage 5 - P4P |
| Umsetzungsinformation |

Vertragsfrist Arzt

| Leistungserbringergruppe | Gültigkeitszeitraum | Minimale Laufzeit | Maximale Laufzeit |
|--------------------------|---------------------|-------------------|-------------------|
|--------------------------|---------------------|-------------------|-------------------|

Speichern Abbrechen





Abschnitt III – Teilnahme der Versicherten

- § 8 Teilnahmeberechtigung und Teilnahmevoraussetzungen für Versicherte
- § 9 Einschreibung des Versicherten
- § 10 Pflichten der Versicherten
- § 11 Information des Versicherten
- § 12 Beginn und Ende der Teilnahme der Versicherten
- § 13 Wechsel des Arztes





Abschnitt III – Teilnahme der Versicherten

§ 8 Teilnahmeberechtigung und -voraussetzungen für Versicherte

| | |
|--------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Krankenkassen IK's | |
| Alter (von/bis) | |
| Geschlecht | alle <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> |
| Wohnort/ PLZ | |
| Versichertenstatus | alle <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> |
| Zusatzstatus | alle <input type="checkbox"/> nur: <input type="checkbox"/> |
| Disease-Management | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> wenn ja, welches: |



Abschnitt III – Teilnahme der Versicherten

§ 8 Teilnahmeberechtigung und -voraussetzungen für Versicherte

| | |
|--------------------|--|
| ICD 10-Codes | |
| OPS-Codes | |
| Verordnungen | |
| Arbeitsunfähigkeit | |
| Sonstige | |



Abschnitt III – Teilnahme der Versicherten

§ 9 Einschreibung des Versicherten

| | |
|----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Ist eine formale Einschreibung erforderlich? | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| Kann eine Einschreibung parallel zur Leistungserbringeranmeldung erfolgen? | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| Kann eine Vertragsteilnahme unmittelbar nach der Einschreibung erfolgen? | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| Welche Leistungserbringergruppen dürfen Versicherte einschreiben? | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| Erfolgt eine Teilnahme im Quartalszyklus? | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| Wie erfolgt die Einschreibung? | |

Abschnitt III – Teilnahme der Versicherten

§ 9 Einschreibung des Versicherten

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Wie erfolgt die Übermittlung? | |
| Wer erhält die Einschreibung? | |
| Wie erfolgt die Rückmeldung? | |
| Welche Teilnahmestatus gibt es? | |
| Ist eine regelmäßige Übermittlung von Teilnehmern an die Leistungserbringer vorgesehen? | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| Wie erfolgt die Teilnahmebeendigung? | |
| Wie erfolgt die Rückmeldung? | |

VI. Der Werkzeugkasten Vertrags- & Teilnahmemanagement



Niedersachsen, Patient

Krankenblatt Patientendaten 1 Patientendaten 2 Patientendaten 3 _Versicherte(r) A_brechnungsdaten Scheinrückseite

Dr. med. Arzt Niedersachsen (A-ANI) Neuer Eintrag

Datum Uhrzeit Rubrik Eintrag Arzt

| Datum | Uhrzeit | Rubrik | Eintrag | Arzt |
|------------|---------|--------|---------|------|
| 24.05.2013 | 13:43 | | | |

Hinweis

Der Patient hat folgenden Vertragsstatus:
- HzV AOK Niedersachsen (S3C): geeignet

OK

breit neuer Termin Termin heute Patient fertig der Nächste bitte



VI. Der Werkzeugkasten Vertrags- & Teilnahmemanagement



Niedersachsen, Patient

Krankenblatt Patientendaten 1 Patientendaten 2 Patientendaten 3 Versicherte(r) Abrechnungsdaten Scheinrückseite

Dr. med. Arzt Niedersachsen (A-ANI) Neuer Eintrag

Datum Uhrzeit Rubrik Eintrag Arzt

24.05.2013 13:47

Einschreibekriterien

Patient Niedersachsen geb: 05.05.1950 Dr. med. Arzt Niedersachsen HÄVG-ID
Mustergasse 1 30519 Hannover 63 Jahre ♂ KV Niedersachsen (OKV: 17) MEDIVERBUND-ID

AOK Niedersachsen (OK: 2114819) Vers.-Nr. 123456789

HzV AOK Niedersachsen (S3C)

- ✓ **Patientengruppe 1** (zugeordnete Versichertengruppe)
- ✓ **Bedingung (statisch)**
Ik-Nummer: 2114819
Ik-Nummer des Versicherten: 2114819
- ✓ **Bedingung (statisch)**
Vorgabe des Versichertenalters ist größer oder gleich 15
Altersprüfung des Versicherten
- ✓ **Bedingung (statisch)**
Vorgabe des Versichertenalters ist kleiner oder gleich 125
Altersprüfung des Versicherten
- ✓ **Bedingung (statisch)**
Status ist gleich 9
Status des Versicherten: 9
- ✓ **logische UND-Verknüpfung (Es müssen alle Kriterien erfüllt sein)**
 - ✓ **Bedingung (statisch)**
Vorgabe der Statusergänzung ist nicht 4
Ermittelte Statusergänzung des Versicherten
 - ✓ **Bedingung (statisch)**
Vorgabe der Statusergänzung ist nicht 6
Ermittelte Statusergänzung des Versicherten
 - ✓ **Bedingung (statisch)**

Zur Auswahl werden ggf. schon gespeicherte Kriterien geladen. Positives Prüfungsergebnis



VI. Der Werkzeugkasten Vertrags- & Teilnahmemanagement



gesundheit
versorgung
kommunikation
gevko

Niedersachsen, Patient!

Krankenblatt Patientendaten 1 Patientendaten 2 Patientendaten 3 Versicherte(r) Abrechnungsdaten Scheinrückseite

Dr. med. Arzt Niedersachsen (A-ANI) Neuer Eintrag

Alle Einträge

| Datum | Uhrzeit | Rubrik | Eintrag | Arzt |
|------------|---------|--------|---------|------|
| 24.05.2013 | 13:49 | | | |

Vertragsverwaltung Patient

Patient Niedersachsen geb. 05.05.1950
Mustergasse 1 30519 Hannover 62 Jahre d
AOK Niedersachsen (IK: 2114819) Vers.-Nr. 123456789

Dr. med. Arzt Niedersachsen HÄVG-ID
KV Niedersachsen (OKV: 17) MEDIVERBUND-ID

Ansicht filtern... Suche in Name/Notizen

HzV AOK Niedersachsen (S3C)
eingeschrieben ab 24.05.2013 Dr. med. Arzt Niedersachsen

HzV AOK Niedersachsen (S3C)
Teilnahmestatus - eingeschrieben ab 24.05.2013

Status: **eingeschrieben** beantragt am: 24.05.2013 gültig ab: 24.05.2013 gültig bis:

Betreuarzt: **Dr. med. Arzt Niedersachsen**

Einschreibekriterien - erfüllt

Notizen zum Vertrag

OK Abbrechen

brief neuer Termin Termin heute Patient fertig der Nächste bitte



VI. Der Werkzeugkasten Vertrags- & Teilnahmemanagement



concept 13.2.20130426 Anwender: Dr. med. Arzt Niedersachsen Praxis: A. Niedersachsen (Edition D Medikamente Stand 01.04.2013)

Datei Bearbeiten Abrechnung Statistik Mediz. Inf. Extras Einstellungen fox.servicecenter ?

Anwenderdaten (Dr. med. Arzt Nie) **Niedersachsen, Patient**

Krankenblatt Patientendaten 1 Patientendaten 2 Patientendaten 3 Versicherte(r) Abrechnungsdaten Scheinrückseite

Dr. med. Arzt Niedersachsen (A-ANI) AOK Niedersachsen A-ANI KS [01.04.2013-30.06.2013]

HÄVG-ID MEDIVERBUND-ID

| Datum | Uhrzeit | Rubrik | Eintrag | Arzt |
|------------|---------|--------|---------|------|
| 24.05.2013 | 13:54 | | | |

Hinweis

Der Patient hat folgenden Vertragsstatus:
- HzV AOK Niedersachsen (S3C): eingeschrieben

OK

breit neuer Termin Termin heute Patient fertig der Nächste bitte



Abschnitt IV – Vergütung und Abrechnung

§ 14 Vergütung

- ❖ Vergütungspauschalen
- ❖ Ergebnisorientierte Vergütung (Pay for Performance)

§ 15 Abrechnung

Abschnitt IV – Vergütung und Abrechnung

§ 15 Abrechnung

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Empfänger der Abrechnungsdateien (Kassenärztliche Vereinigung; Managementgesellschaft; Abrechnungszentrum der Kasse) | |
| Erhält die Kasse die Abrechnungsdaten direkt vom Arzt? | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| Abrechnungsziffern lt. Vertrag (Pseudo-EBM-Ziffern; alpha-numerische Gebührenordnungspositionen) | |
| Abrechnungsziffern als Pseudo-EBM-Ziffern durch KV veröffentlicht? | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| Welche Abrechnungsregeln zu den Abrechnungsziffern existieren? | |

Abschnitt IV – Vergütung und Abrechnung

§ 15 Abrechnung

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------|--|
| Datenformat der Abrechnungsdateien (KVDT-Format; XML; HÄVG-Abrechnungsformat) | |
| Wie hoch ist die Übermittlungsfrequenz der Abrechnungsdaten? | |
| Datenübermittlung der Abrechnungsdateien (CD/DVD, KV-SafeNet, etc.) | |
| Verschlüsselungsverfahren der Abrechnungsdateien (PKCS#7-Zertifikate) | |

VI. Der Werkzeugkasten



| | | | | | | |
|----------------------------------------------|-----|------|-----------------|------|------|------|
| Arzneittelmanagement | AM | Wivo | AMTS | MP | MPAF | IMM |
| Weiterbehandlungsmanagement | EW | UW | KB | AU | | |
| Qualitätsmanagement | VE | QI | SQ | | | |
| Nichtmedikamentöses Verordnungsmanagement | HLM | HFM | HKP | eHLM | eHFM | eHKP |
| Diagnosemanagement | KU | | | | | |
| Abrechnungsmanagement | GO | AB | Daten- paket | | | |
| Formularmanagement | FO | | | | | |
| Versorgungsmanagement | KLP | | | | | |
| Vertrags- und Teilnahmemanagement | VD | TVZ | | | | |
| Kommunikationsmanagement | KOM | PROC | | | | |
| Content | KKR | | | | | |



Abschnitt VI – Anlagen

- Anlage 1: Praxisausstattung
- Anlage 2: Mindestanforderungen für eine Zulassung als IT-Vertragsschnittstelle, Zulassungsverfahren und Weiterentwicklung
- Anlage 3: Teilnahmeerklärung Ärzte
- Anlage 4: Technische Anlage Ärzte
- Anlage 5: Teilnahme- und Einwilligungserklärung für Versicherte



Abschnitt VI – Anlagen

- Anlage 6: Abrechnung und Vergütung Ärzte
- Anlage 7: Wirkstoffverordnung
- Anlage 8: Medikationskatalog
- Anlage 9: Medikationsmanagement
- Anlage 10: Elektronische Verordnung
- Anlage 11: ...

VI. Der Werkzeugkasten Medikationsmanagement

Präparatesuche Wirkstoffsuche

Geben Sie einen Präparatenamen ein:

X

5. Korrektur 06.05.2008

Krankenkasse bzw. Kostenträger:

Berufszusatz-Nr.: A-Z-Nr.: Datum:

Verordnung: Hh. Impl. Spr. (bei mehr auf Blatt) Reg.-Pflcht Apothekenname / Nr.

Rp. (Bitte Leeräume durchstreichen)

Vertragsarztstempel

Wirkstoffzeile

Abgabedatum in der Apotheke

Unterschrift des Arztes (Muster 16/7/2009)

Bei Arbeitsunfall auszufüllen:

Unfalltag Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer

Indikationsbaum Anmerkungen

Indikationsbaum

- Antibiotikatherapie
 - Harnwege: Akute unkomplizierte Pyelonephritis
 - Harnwege: Akute unkomplizierte Zystitis
 - Obere Atemwege: Akute Otitis media
 - Obere Atemwege: Akute Rhinosinusitis
 - Obere Atemwege: Akute Tonsillopharyngitis
 - Untere Atemwege: Leichtgradige akute Exazerbation COPD (AECOPD)
 - Untere Atemwege: Leichtgradige ambulant erworbene Pneumonie (CAP)
 - Untere Atemwege: Pertussis
- Herz-Kreislauf
 - Herzinsuffizienz
 - Hypertonie
 - KHK (akut)
 - KHK (chron.)
 - Vorhofflimmern
- Muskel-/Skelettsystem
 - Osteoporose
- neuropsychiatrische Störungen
 - Alzheimer-Demenz
 - Depression (bei bipolarer Störung)
 - Depression (unipolar)
- Stoffwechselstörung
 - Diabetes mellitus Typ 2
 - Fettstoffwechselstörung

| Wirkstoff | Kat. |
|-----------------------------------|------|
| Amoxicillin | 1 |
| Amoxicillin und Enzym-Inhibitoren | 2 |
| Azithromycin | 2 |
| Cefaclor | 2 |
| Cefuroxim | 2 |
| Clarithromycin | 2 |
| Erythromycin | 2 |
| Roxithromycin | 2 |

VI. Der Werkzeugkasten Medikationsmanagement



Präparatesuche Wirkstoffsuche

Geben Sie einen Präparatenamen ein:

X

Wählen Sie ein Präparat aus:

Beschreibung

- AmoxiHEXAL® 500mg 10 Filmtbl. N1
- AmoxiHEXAL® 750mg 10 Filmtbl. N1
- AmoxiHEXAL® 1000mg 10 Filmtbl. N1
- AmoxiHEXAL® Saft 100ml N1
- Amoxicillin-ratiopharm® 250mg/5ml TS 100ml N1
- Amoxicillin-ratiopharm® 500mg 10 Filmtbl. N1
- Amoxicillin-ratiopharm® 750mg 10 Filmtbl. N1
- Amoxicillin-ratiopharm® 1000mg 10 Filmtbl. N1
- Amoxi-CT 500mg 10 Filmtbl. N1
- Amoxi-CT 750mg 10 Filmtbl. N1
- Amoxi-CT 1000mg 10 Filmtbl. N1
- Infectomox® 250 Saft 100ml N1
- Infectomox® 500 Saft 100ml N1
- Amoxi-Tablinen® 750mg 10 Oblongtbl. N1



5. Korrektur 06.05.2008

Krankenkasse bzw. Kostenträger:

Arzt-Nr.: Datum:

Arzt-Unterricht:

Verordnungsart:

Verordnungsart:

Verordnungsart:

Bei Arbeitsunfall auszufüllen: Unfalltag: Unfallbetrieb oder Arbeitsgeburtsnummer:

Abgabedatum in der Apotheke:

Unterschrift des Arztes:

Muster 16 (7-2008)

Indikationsbaum

Anmerkungen

Indikationsbaum

- Antibiotikatherapie
 - Harnwege: Akute unkomplizierte Pyelonephritis
 - Harnwege: Akute unkomplizierte Zystitis
 - Obere Atemwege: Akute Otitis media**
 - Obere Atemwege: Akute Rhinosinusitis
 - Obere Atemwege: Akute Tonsillopharyngitis
 - Untere Atemwege: Leichtgradige akute Exazerbation COPD (AECOPD)
 - Untere Atemwege: Leichtgradige ambulante erworbene Pneumonie (CAP)
 - Untere Atemwege: Pertussis
- Herz-Kreislauf
 - Herzinsuffizienz
 - Hypertonie
 - KHK (akut)
 - KHK (chron.)
 - Vorhofflimmern
- Muskel-/Skelettsystem
 - Osteoporose
- neuropsychiatrische Störungen
 - Alzheimer-Demenz
 - Depression (bei bipolarer Störung)
 - Depression (unipolar)
- Stoffwechselstörung
 - Diabetes mellitus Typ 2
 - Fettstoffwechselstörung

Wirkstoff

Kat.

| Wirkstoff | Kat. |
|------------------------------------------------|------|
| Amoxicillin | 1 |
| Amoxicillin: Standard bei akuter Otitis media. | |
| Amoxicillin und Enzym-Inhibitoren | 2 |
| Azithromycin | 2 |
| Cefaclor | 2 |
| Cefuroxim | 2 |
| Clarithromycin | 2 |
| Erythromycin | 2 |
| Roxithromycin | 2 |



VI. Der Werkzeugkasten Medikationsplan



gesundheit
versorgung
kommunikation

gevko

| Medikationsplan | | für: Michaela Mustermann | | geb. am: 13.12.1936 | | | | | | |
|-------------------------------------------|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-----------------------------------|----|----|----|---------|------------------------|-------------------|
| Seite 1 von 1 | | ausgedruckt von: Dr. Manfred Überall | | ausgedruckt am: 12.12.2012 | | | | | | |
| | | Hauptstraße 55, 01234 Am Ort Tel: 04562-12345 E-Mail: m.ueberall@mein-netz.de | | | | | | | | |
| Wirkstoff | Handelsname | Stärke | Form | Mo | Mi | Ab | zN | Einheit | Hinweise | Grund |
| Ramipril | Ramipril STADA® N1 | 5mg | Tab | 1 | 0 | 0 | | Stck | während der Mahlzeiten | Bluthochdruck |
| Hydrochlorothiazid | HCT-dura® 25mg N2 | 25mg | Tab | 1 | 0 | 0 | | Stck | während der Mahlzeiten | Bluthochdruck |
| Clopidogrel | Plavix® 75 mg N1 | 75mg | Tab | 0 | 0 | 1 | | Stck | während der Mahlzeiten | art. Verschluss |
| Simvastatin | Simvalip® 20mg N2 | 20mg | Tab | 0 | 0 | 1 | | Stck | nach der Mahlzeit | erhöhte Blutfette |
| Anwendung unter die Haut | | | | | | | | | | |
| Insulin human | Insulin B. Braun Basal | | Spritze | 20 | 0 | 10 | | IE | sub cutan | Diabetes |
| Bedarfsmedikation | | | | | | | | | | |
| Glyceroltrinitrat | Corangin® Nitrospray | | Spray | max. 3 | | | | Hübe | akut | Herzschmerzen |
| | Vivinox® stark | | Tab | 0 | 0 | 0 | 1 | Stck | bei Bedarf | Schlaflosigkeit |
| Wichtige Angaben | | | | | | | | | | |
| Bitte messen Sie Ihren Blutdruck täglich! | | | | | | | | | | |
| Version DE-1.3 vom 16.07.2012 | | Herstellereerkennung, Firma MP-ready | | | | | | | | |





Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

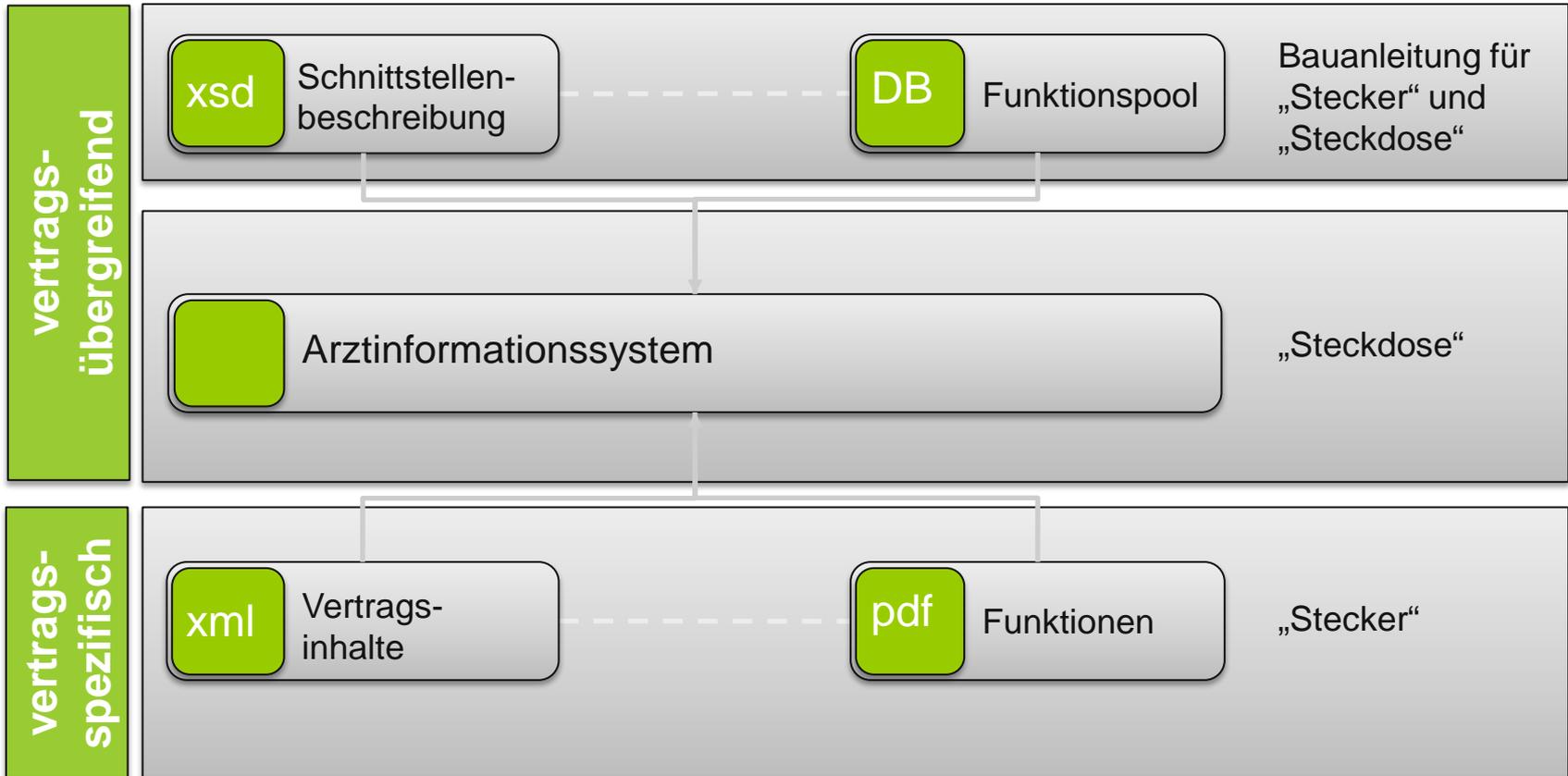


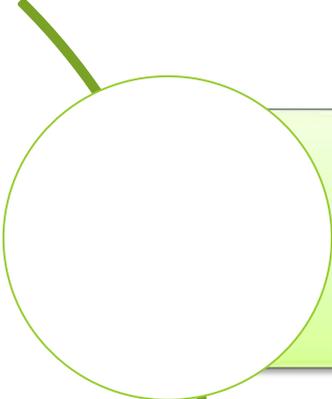
2. Gevko Symposium

Workshop 2:

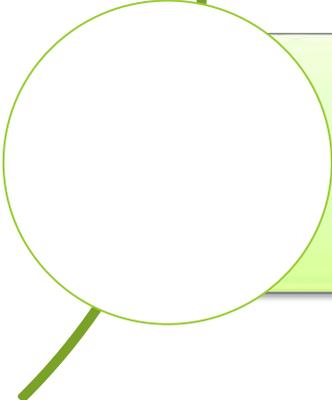
Qualitätssicherung und medizinische Dokumentation – die S3C-Schnittstelle als zukunftsfähige Technologie für die Softwareindustrie

23.09.2015, Berlin





ARMIN



KOM



ARMIN Arzneimittelinitiative Sachsen-Thüringen

- Weiterentwicklung des ABDA/KBV-Modells mit den drei Säulen
 - Wirkstoffverordnung
 - Medikationskatalog
 - Medikationsmanagement

- Die vertragliche Umsetzung erfolgt zunächst als Modellprojekt gemäß § 63 (1) SGB V, Vertragspartner sind dabei:
 - Kassenärztliche Vereinigung Sachsen
 - Kassenärztliche Vereinigung Thüringen
 - Sächsischer Apothekerverband
 - Thüringer Apothekerverband
 - AOK PLUS

Idealtypische Verordnung

- Der Arzt wählt ein Medikament erster Wahl gemäß Indikation aus
- Das ausgewählte Fertigarzneimittel wird automatisch als Wirkstoffzeile auf dem Rezept gedruckt
- Der Apotheker gibt dem Patienten ein preisgünstiges, i.d.R. rabattiertes Medikament aus
- Arzt und Apotheker pflegen gemeinsam einen elektronischen Medikationsplan und beraten den Patienten im Bedarfsfall
- Arzt und Apotheker dokumentieren auch Eigen- (OTC) sowie Fremdmedikation (Krankenhaus, nicht teilnehmende Ärzte)
- Auf Basis des elektronischen Medikationsplans erhält der Patient einen ausgedruckten Einnahmeplan gemäß bundeseinheitlichen Medikationsplan
- (Ggf. später: Der Patient erhält alternativ oder zusätzlich einen elektronischen Medikationsplan zur mobilen Nutzung)



Technische Rahmenbedingungen der Stufe 3

- Anbindung der Ärzte und Apotheken über das SNK
- Nutzung der FIM-Infrastruktur der KV Sachsen, KV Thüringen und ABDATA
- Nutzung der KV-Connect- und ITSG-PKI



Umsetzungsstand

Mit Stand August/September haben

- 12 PVS die Stufen 1+2 (Wirkstoffverordnung und Medikationskatalog) und
- 2 PVS die Stufe 3 (Medikationsmanagement)

umgesetzt.

Im Oktober 2015 ist mit weiteren 6 PVS zu rechnen die ebenfalls die Stufe 3 umgesetzt haben werden.

Es besteht auch eine hohe Umsetzungsquote bei den Apotheken-Warenwirtschaftssystemen von denen die meisten die Stufe 3 bis spätestens Ende Q4/2015 angekündigt haben.



Probleme bei der Implementierung der Kommunikation mit dem MPS

- WS-Trust 1.3
- Ermittlung der korrekten KV Connect-Zertifikate
 - REST-Schnittstelle
 - KV Connect-Client



Differenzdarstellung I

| F-MP-6 | Visualisierung geänderter Medikationsplandaten | 01.09.2014 |
|---------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| Historie: | <u>Erstveröffentlichung</u> | <u>01.09.2014</u> |
| Beschreibung: | <p>Eine vertragskonforme Software muss dem Arzt visualisieren, dass bei einem vom Medikationsplannerserver heruntergeladenen Medikationsplan Änderungen im Vergleich zur lokal vorgehaltenen Kopie existieren (s.a. F-MP-5). Dies umfasst alle Felder (Elemente und Attribute) des Medikationsplans, die nicht ausschließlich der internen Organisation des MPAF-Dokuments zuzuordnen sind, z.B. die im Header des MPAF-Dokuments enthaltene eindeutige Dokumenten-ID.</p> <p>Der vom Medikationsplannerserver heruntergeladene Medikationsplan ist in jedem Fall als der aktuelle Medikationsplan anzusehen und die lokale Kopie (s.a. F-MP-5) dient lediglich als Referenz zur Visualisierung von Änderungen.</p> <p>Die Visualisierung muss im Kontext des gesamten Medikationsplans erfolgen. Es ist nicht ausreichend lediglich die Unterschiede anzuzeigen. Auch nicht geänderte Daten müssen im Rahmen der Visualisierung dargestellt werden. Optional kann dem Arzt eine Filtermöglichkeit angeboten werden, bei der nur die Änderungen visualisiert werden.</p> <p>Die im Implementierungsleitfaden beschriebenen Hinweise zur Anzeige sind verpflichtend zu berücksichtigen.</p> | |

Differenzdarstellung II

- Besser, da einfacher mit vorgeschaltetem Dialog/Arbeitsschritt
 - Alle Medikationspläne müssen berücksichtigt werden:
 - Lokale Änderung/Löschung/Neu-Verordnung
 - Änderung/Löschung/Neu-Eintragung durch Apotheker
- => drei Medikationspläne!

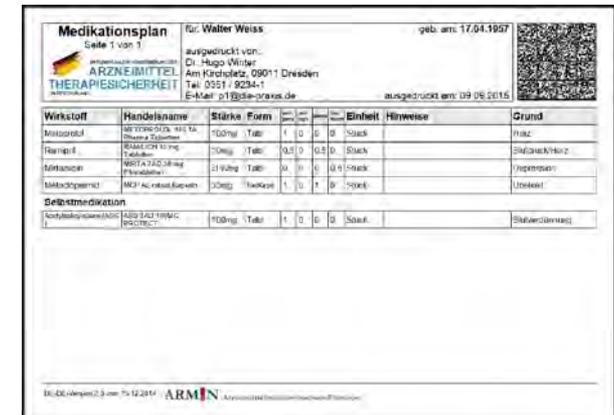


Sicherheitshürden vs. aktuelle Technik

TLS 1.2

Bundeseinheitlicher Medikationsplan (BMP)

- Verpflichtender Einsatz in ARMIN
- Umsetzungsprobleme:
 - Zeichensatz, Sonderzeichen, kein Escaping definiert
 - Dosierungsangaben zu beschränkt
 - Interpretationsspielräume
 - Barcode ist „umsetzungs-unfreundlich“ in bestimmten Szenarien
- Scanner-Probleme



Medikationsplan für: Walter Weiss geb. am: 17.04.1997
Seite 1 von 1
ausgedruckt von: Dr. Hugo Winter
Am Karlsplatz, 09011 Dresden
Tel: 0351 / 9234-1
E-Mail: p1@bde-praxis.de
ausgedruckt am: 09.09.2015

ARZNEIMITTEL THERAPEUSICHERHEIT

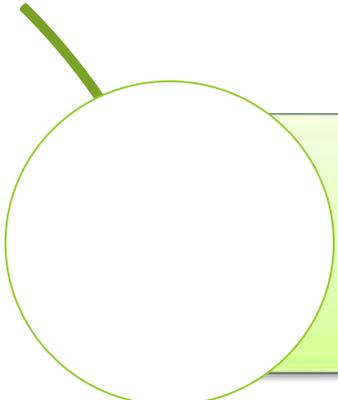
| Wirkstoff | Handelsname | Stärke | Form | Einheit | Hinweise | Grund | | | | |
|-------------------|---------------------------------|--------|-----------|---------|----------|-------|---|-------|--|----------------------|
| Motilprol | ARZNEIMITTEL THERAPEUSICHERHEIT | 100mg | Tablet | 1 | 0 | 0 | 0 | Stück | | Diät |
| Ranitid | BRANCO 150 mg Tabletten | 150mg | Tablet | 0,5 | 0 | 0 | 0 | Stück | | Stuhlgang/Häufigkeit |
| Antacid | WOLIA 250 mg Tabletten | 250mg | Tablet | 0,5 | 0 | 0 | 0 | Stück | | Speiseröhre |
| Darmschmerzmittel | MEP 100 mg Tabletten | 100mg | Tabletten | 1 | 0 | 0 | 0 | Stück | | Diät |

Selbstmedikation

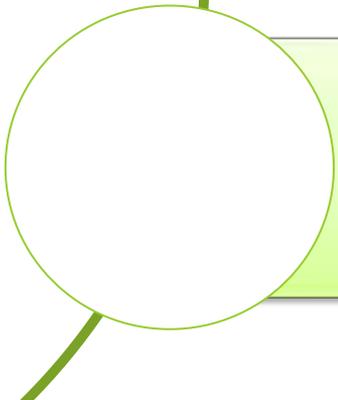
| Wirkstoff | Handelsname | Stärke | Form | Einheit | Hinweise | Grund | | | | |
|------------------|---------------------------------|--------|--------|---------|----------|-------|---|-------|--|----------------------|
| Selbstmedikation | ARZNEIMITTEL THERAPEUSICHERHEIT | 100mg | Tablet | 1 | 0 | 0 | 0 | Stück | | Stuhlgang/Häufigkeit |

BUDE-04gen2.0 vom 15.12.2014 - ARMIN - Arzneimittelinitiative





ARMIN



KOM





IST:

- wachsende Komplexität der Anforderungen an Softwaresysteme vor allem im ambulanten Bereich
- fehlende standardisiert maschinell verwertbare technische Spezifikationen für Kommunikationsszenarien
- individuelle Umsetzungen von Kommunikation durch Softwarehersteller mit für jeden Anwendungsfall neu zu erbringenden Aufwand

SOLL:

- Einmaliger initialer Aufwand für Umsetzung von Kommunikationsszenarien
- Nutzung für die unterschiedlichen Kommunikationsszenarien ohne weitere Aufwände
- Abbildung von Kommunikationsstandards auf standardisiert verwertbare Steuerdaten
- Nutzung von Standard-Datenaustauschformaten
- maschinell verwertbare, individuell auf den Anwendungsfall zugeschnittene Datenaustauschformate



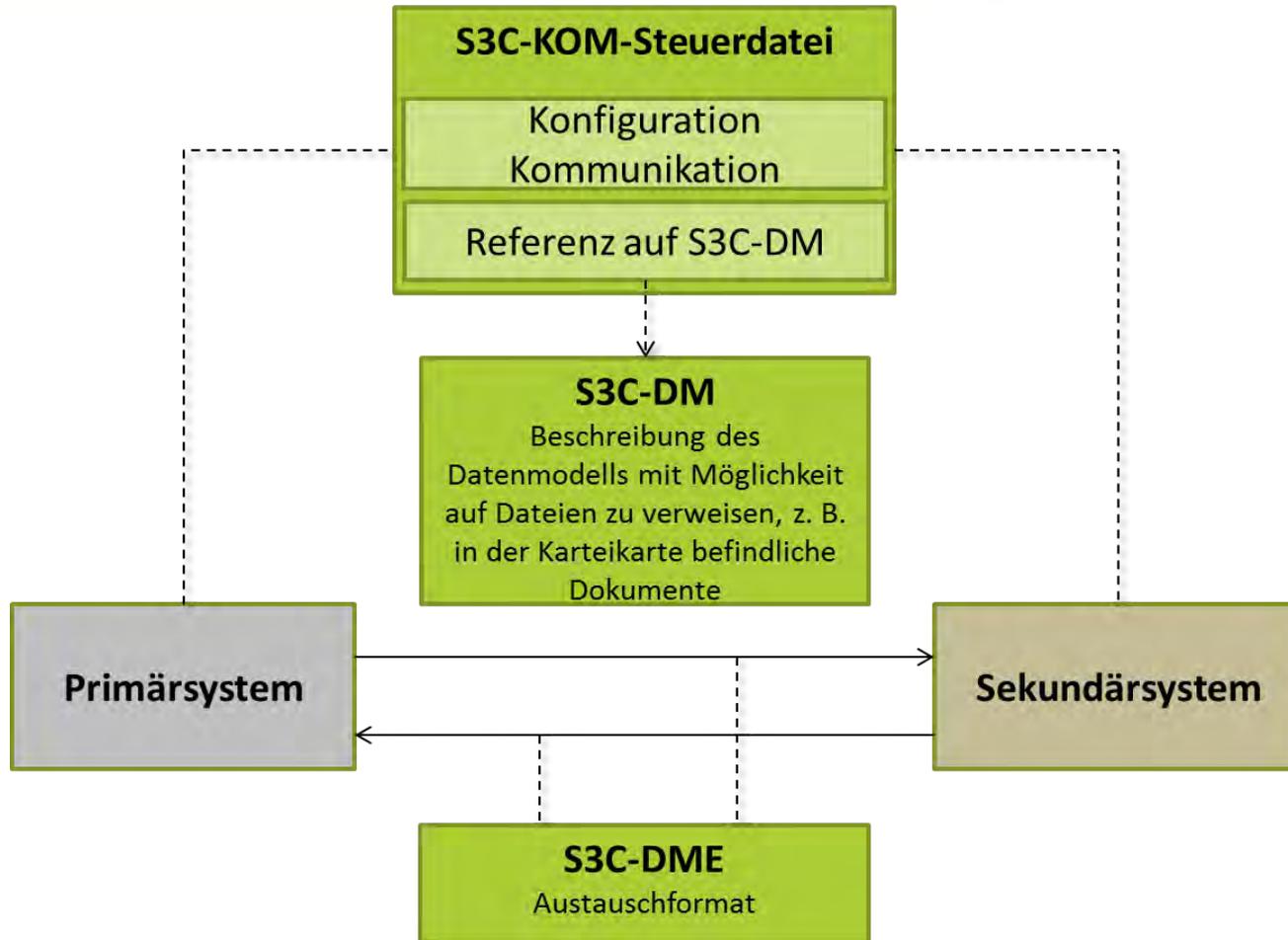
LÖSUNG:

S3C-KOM

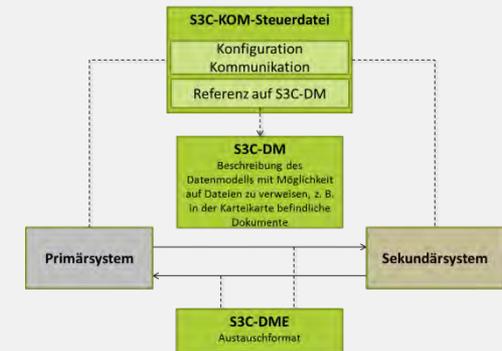
beschreibt die Steuerungsdaten für die Kommunikation von Primärsystemen mit anderen Systemen, bzw. Anwendungen und nutzt für die Beschreibung des Datenmodells die S3C-DM-Schnittstelle und für den Datenaustausch die auf S3C-DM aufbauende Schnittstelle S3C-DME.

S3C-KOM

- wird im xml-Format entwickelt
- ist ehd-Richtlinien konform.
- kann auch außerhalb eines S3C-Vertragskontextes eingesetzt werden



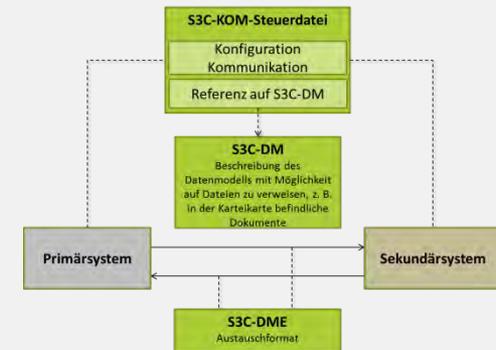
Eine **S3C-KOM-Steuerdatei** basiert auf dem S3C-KOM-Schema und enthält Steuerungsinformationen, um aus einem Primärsystem Funktionalitäten eines Sekundärsystems aufzurufen und deren zurückgelieferte Ergebnisse auszuwerten.

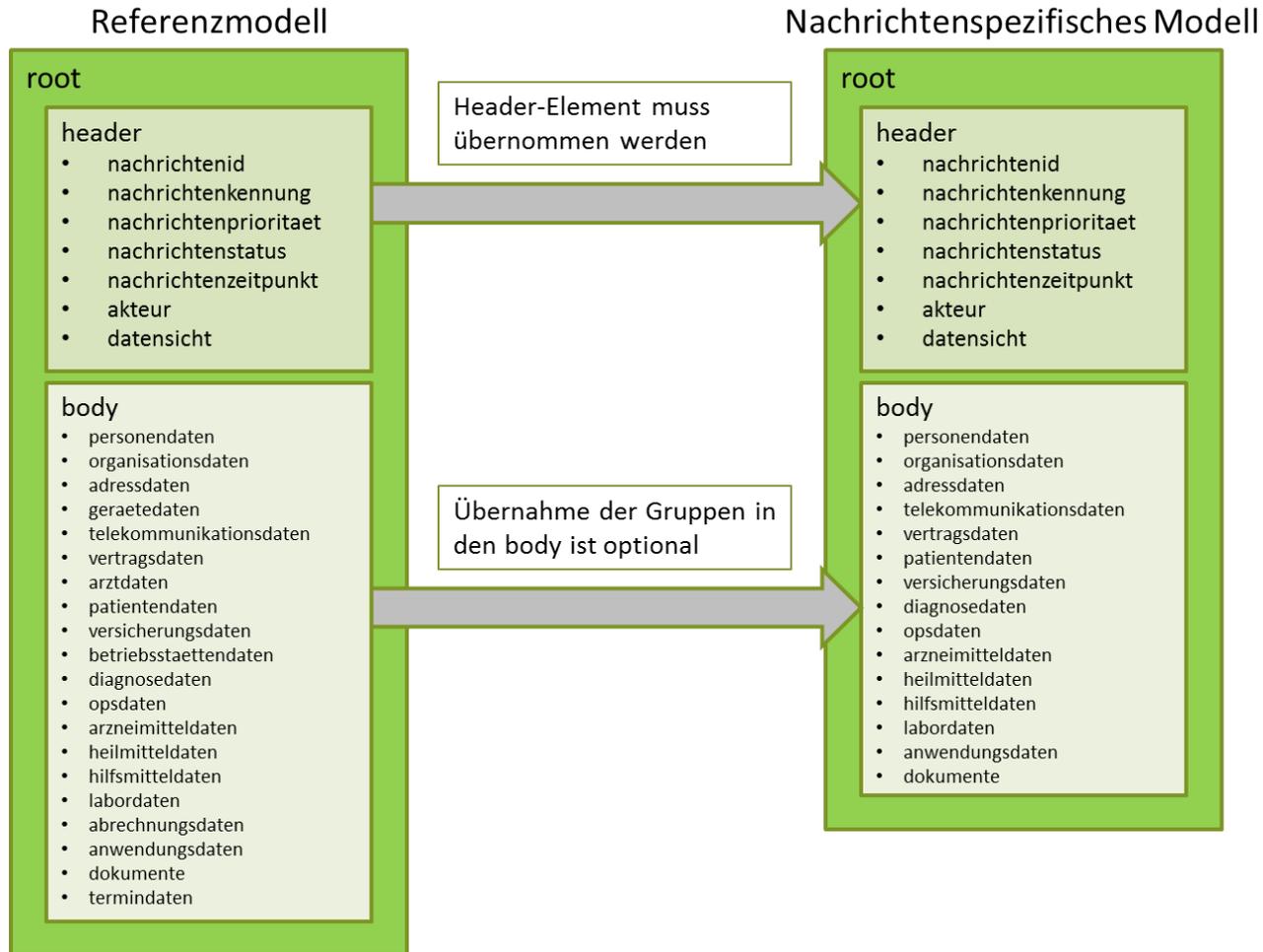


Für jedes Sekundärsystem wird eine separate **S3C-KOM-Steuerdatei** erstellt. In einer Steuerdatei können beliebig viele Funktionsaufrufe eines Sekundärsystems beschrieben werden.

Eine fachliche Funktionalität des Sekundärsystems wird beschrieben durch:

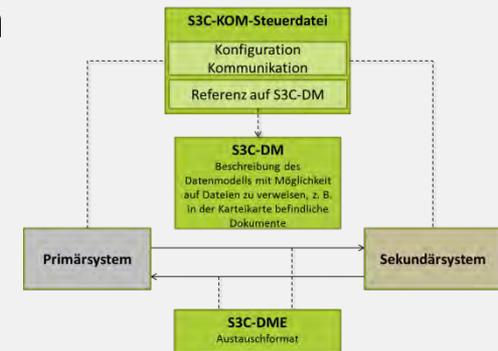
- **ID**
- **Trigger**
- **Sequenz der technischen Aufrufe**
 - ID des technischen Aufrufs
 - Art des Funktionsaufrufes
 - lokale Anwendung
 - Web-Service
 - Webanwendung
 - Dateiexport
 - Eingabeparameter
 - Ausgabeparameter
 - Polling (zur Abbildung asynchroner Kommunikation)
- **Auswertung des Ergebnisses**





Ein Funktionsaufruf in S3C-KOM kann sowohl in seinen Eingabeparametern, als auch in seinen Ausgabeparametern auf unterschiedliche S3C-DM Steuerdateien verweisen. Dies kann für jeden Funktionsaufruf individuell festgelegt werden.

- aus dem Nachrichtenreferenzmodell wird ein nachrichtenspezifisches Modell abgeleitet, was nur die Daten beinhaltet, die für die Nachricht benötigt werden
- Beziehungen der einzelnen Datengruppen werden über Akteure und Datensichten hergestellt
- Nutzung von Standards durch Referenzierung von Codesystemen bei Felddefinitionen
- Nutzung des DME-Austauschformats als Container für Standard-Datenaustauschformate

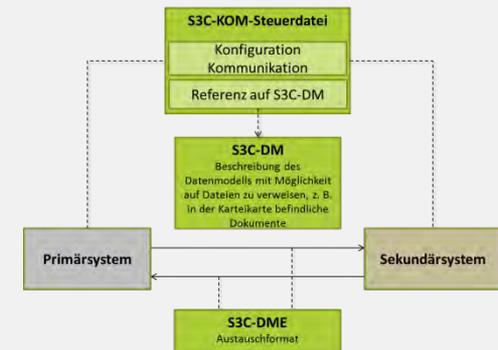


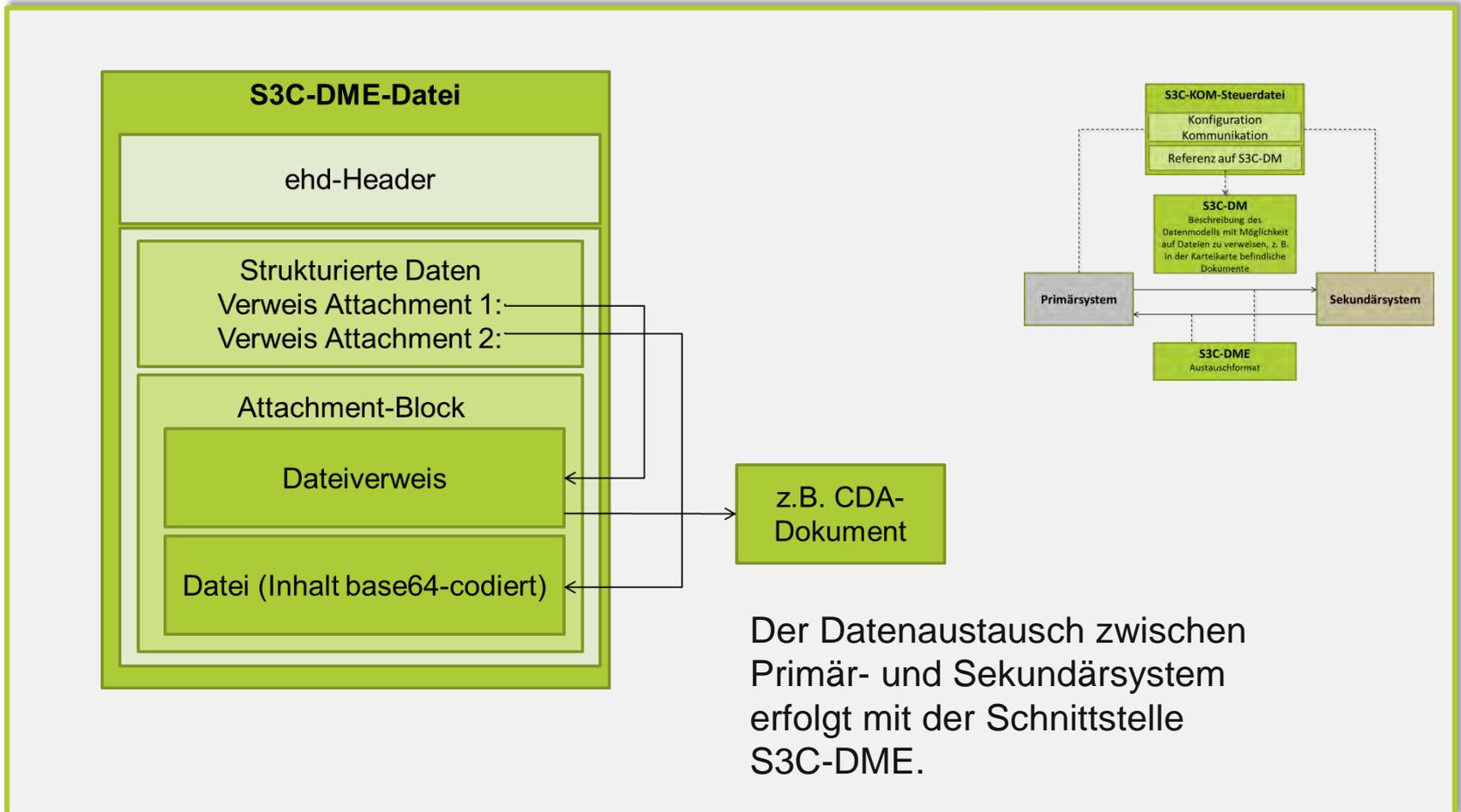
Neben den Informationen im *ehd-header*, können im *body*:

- strukturierte Daten
- als auch Attachments zu diesen Daten übertragen werden.

Diese Attachments werden entweder

- als Dateiverweise ausgeführt oder
- beinhalten den Inhalt der referenzierten Datei (Base64-codiert).









Vielen Dank !

Gevko Symposium 2015: Workshop 3

Big Data: Ideen für den Innovationsfonds. Vorteile für Patient, Arzt und Krankenkasse

9:00 **Begrüßung und Programmablauf**

Dr. Peter Walther, Direktor Geschäftsentwicklung & Kommunikation
Elsevier Health Analytics

Vorträge

9:10 **Nino Mangiapane**, Leiter des Referates - Grundsatzfragen
Telematik/eHealth – Bundesministerium für Gesundheit
„Ausgangslage für den Innovationsfonds“

9:25 **Uwe Lange**, Beisitzer im Vorstand Deutscher Hausärzteverband
Landesverband Niedersachsen e. V.
„Chancen und Probleme von Big Data - Analysen für den Vertragsarzt?“

9:40 **Hardy Müller**, Referent im WINEG (Wissenschaftliches Institut der TK für
Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen) / Geschäftsführer Aktionsbündnis
Patientensicherheit e.V.
„Themen und Möglichkeiten aus Sicht von Patienten und Krankenkassen“

9:55 **Olaf Lodbrok**, Managing Director Elsevier Health Analytics
„Die Vision: Big Data verbessert die Versorgung der Patienten“

10:10 **Diskussion**

Elsevier Health Analytics

Dr. Peter Walther
Mitglied der Geschäftsleitung
Elsevier Health Analytics

15. September 2015

Reed Elsevier Unternehmensgruppe

Elsevier

- Weltweit führender Anbieter medizinischer und wissenschaftlicher Fachinformationen
- 6.700 Mitarbeiter weltweit und 2,5 Milliarden € Umsatz¹
- ~ 2.500 Zeitschriften (The Lancet und Cell) und 2.200 Bücher pro Jahr
- Weltweit größte Wissensdatenbanken: [ScienceDirect](#), [Scopus](#), [ClinicalKey](#) und [Nursing Consult](#)
- in Deutschland
 - Urban & Fischer Verlag (München)
 - Elsevier Health Analytics (Berlin)
 - Elsevier Information Systems (Frankfurt)

Lexis Nexis Risk Solutions

- Führender Anbieter von Datenanalysen und Information in den USA
- 3.300 Mitarbeiter weltweit und 1,1 Milliarden € Umsatz¹
- Hat die [HPCC](#)² Super-Computer Plattform entwickelt (jetzt open source). HPCC ermöglicht Verarbeitung von sehr großen Datenmengen (> 5 Peta Byte)
- Datenanalysen und Risikoprädiktion für US-amerikanische Krankenversicherungen seit 1992 ([MEDai](#))



Elsevier Health Analytics in Berlin mit hoher medizinischer und statistischer Kompetenz

~20 Experten für Datenanalyse

- Mediziner
 - Statistiker
 - Informatiker und Ingenieure
 - Gesundheitsökonomien
-
- Wir werden unterstützt von ca. 50 deutschen und internationalen Wissenschaftlern



Was wir tun...

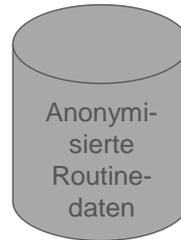
Health Outcomes Research

Elsevier Health Analytics has extensive experience in health outcomes research

- acute coronary syndrome
- alpha-1-antitrypsine defic.
- chronic myeloid leukemia
- diabetic foot syndrome
- gastrointestinal tumors
- heart and kidney failure
- hernias
- influenza
- morbus crohn
- myoma, menorrhagia
- opioid treatment
- psoriasis
- psychiatric disorders
- reoperated vertebral fusions
- rheuma
- schizophrania
- sleep apnoe



Prof. Dr. Johanna Wanka, German Minister for Education and Research opens Elsevier's Forum for Health Outcomes Research in Berlin 3.6.2014



Arzneimitteltherapiesicherheit*

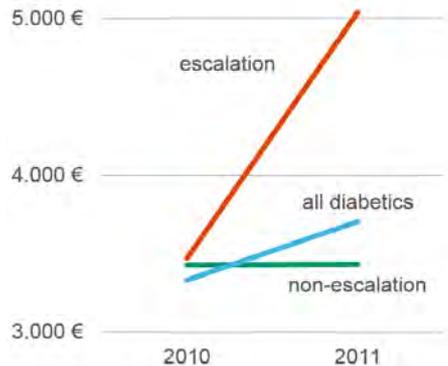
High incidence of Adverse Drug Reactions (ADR) and Drug-Drug Interactions (DDI)

- Rising age, multimorbidity, polypharmacy
- Lack of information between GP, specialist and hospital
- 50% of the population over 65 receive prescriptions for 6 or more drugs, 20% receive 9 or more drugs
- 15% of population over 65 have potentially inappropriate medication
- 6,5% of hospital admissions are from adverse drug reactions. 63% of which are definitely avoidable
- 1% of hospital admissions are from drug-drug interactions³
- Standard DDI database checks have high false-positive rates: physicians stop using them due to alert fatigue



Prädiktionsmodelle für Hochrisikopatienten

Predicting and preventing diabetes escalation

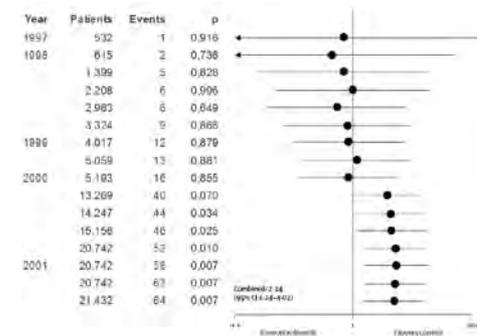


Gaps in Care

| Indicator | Sense | Unit | Raw Indicator | Risk Adj. Indicator | Clinical Benchmark | Benchmark | Gap | |
|-----------------------------------------------|-------|--------|---------------|---------------------|--------------------|-----------|------|-----|
| Prevalence of type-2 diabetes | - | % | 8,7 | 9,3 | 8,5 | 10,0 | 3% | |
| Share of female patients | - | % | 49,9 | 54,9 | 50,3 | 59,5 | 6% | |
| Share of male patients | - | % | 50,1 | 45,1 | 41,3 | 48,9 | -9% | |
| Age structure | - | factor | 1,56 | 1,66 | 1,51 | 1,90 | 1,62 | |
| Retinal Eye Exam | high | % | 32,6 | 34,8 | 31,9 | 37,7 | 34,7 | 0% |
| HbA1C tested | high | % | 80,0 | 85,4 | 78,2 | 92,6 | 80,6 | 6% |
| Urinary Microalbumin tested | high | % | 20,9 | 22,3 | 20,4 | 24,1 | 20,9 | 7% |
| Creatinine tested | high | % | 84,7 | 90,5 | 82,9 | 98,0 | 81,0 | 10% |
| Blood lipid status tested | high | % | 73,8 | 78,7 | 72,1 | 85,3 | 71,3 | 10% |
| Nephrologist consulted if chronic kidney dise | high | % | 24,9 | 26,5 | 24,3 | 28,8 | 25,3 | 5% |
| Hypertension treated | high | % | 93,6 | 100,0 | 91,6 | 108,3 | 94,5 | 6% |
| Lipid metabolism treated | high | % | 32,0 | 34,1 | 31,3 | 37,0 | 31,5 | 8% |
| ACE inhibitor if hypertension and kidney dis | high | % | 82,0 | 87,6 | 80,2 | 94,9 | 78,1 | 12% |
| Polymedication rate | low | % | 20,7 | 22,1 | 20,2 | 23,9 | 20,5 | -8% |
| Polymedication rate for patients > 64 | low | % | 38,2 | 40,7 | 37,3 | 44,2 | 37,9 | -8% |
| No antidiabetic therapy | - | % | 35,6 | 38,0 | 34,8 | 41,2 | 35,9 | 6% |
| Oral antidiabetic therapy only | - | % | 31,3 | 33,4 | 30,6 | 36,2 | 30,5 | 9% |
| Antidiabetic insulin or combination therapy | - | % | 39,8 | 42,5 | 38,9 | 46,1 | 40,2 | 6% |
| Hospitalization rate | low | % | 28,3 | 30,2 | 27,7 | 32,7 | 32,2 | 6% |
| Mortality for type-2 diabetes | low | % | 4,1 | 4,4 | 4,0 | 4,7 | 4,4 | 0% |

Pharmakovigilanz*

Relative risk (95% CI) of myocardial infarction for rofecoxib



ADR: adverse drug reaction; DDI: drug-drug interaction; PHM: population health management;

* in development

Vielen Dank!

Ansprechpartner:
Dr. Peter Walther
Elsevier Health Analytics
Jägerstraße 41
10117 Berlin
Tel. 030 644 9203-65
Mobil: 0174-343 66 77
p.walther@elsevier.com



Workshop Big Data: Ideen für den Innovationsfonds – Die Ausgangslage



Foto gematik

Nino Mangiapane
Leiter des Referates "Grundsatzfragen
eHealth/Telematik"
Bundesministerium für Gesundheit



Chancen der Digitalisierung für Gesundheitsversorgung nutzen

- Potentiale zur Verbesserung der Qualität der medizinischen Behandlung
- Potentiale zur Unterstützung der Versorgung im ländlichen Raum und bei der Bewältigung des Fachkräftemangels
- Erhalt der Qualität und Finanzierbarkeit des Systems
- Chancen für Wachstum und Beschäftigung
- Chancen für Prävention und schnellere Nutzung von Forschungsergebnissen für die individuelle Therapie (Big Data)
- Anforderungen einer mobiler werdenden Gesellschaft (mHealth Anwendungen)
- Schutz der sensiblen Gesundheitsdaten hat höchste Priorität!



Status Quo der Digitalisierung im Gesundheitssystem

Ambulante Versorgung

- keine Interoperabilität der Systeme für Versorgungsprozesse
- keine Kommunikationsstandards
- Geringe Kommunikationsanreize
- ca. 150 verschiedene Softwaresysteme
- Sprachsystematik xDT-Schnittstellen

Stationäre Versorgung

- verschiedene Hardware- und Softwaresysteme (KIS)
- bedingt ausreichende Ausstattung auf den Stationen
- Ausrichtung auf interne Krankenhausverwaltung
- Geringe Interoperabilität der Systeme
- Sprachsystematik HL 7

Keine von allen Beteiligten gemeinsame nutzbare Kommunikationsplattform 3



Mit dem E-Health-Gesetz Chancen der Digitalisierung nutzen

- **Ziel:** Einführung einer sicheren und leistungsfähigen **Infrastruktur** (TI) im Gesundheitswesen zum **sicheren Austausch sensibler Patientendaten**
- Voraussetzung für **medizinische Anwendungen** (und Funktionieren der Telematikinfrastruktur) sind Online-Strukturen, Heilberufsausweise mit elektronischen Signaturen und Umsetzung des „Zweischlüsselprinzips“
 - ➔ Hierfür werden Versichertenstammdaten und Notfalldaten durch klare Vorgaben eingeführt
 - ➔ Ergänzend: Verbesserung der gematik Strukturen
- Bis die Arbeiten der Selbstverwaltung abgeschlossen sind, werden **nutzbringende Anwendungen mit bestehender Technik gefördert**
- **Interoperabilität** der Systeme verbessern
- **Telematikinfrastruktur öffnen** und weiterentwickeln



eHealth-Gesetz: Vorgaben für Versicherten- und Notfalldaten Verbesserung der gematik Strukturen

- Klare **Fristen** für die gematik für die
 - Einführung des **Versichertenstammdatenmanagements** (1.7.2016)
 - Einführung der **Notfalldaten** (1.1.2018)
- **Sanktionen** bei Nichteinhaltung der Fristen durch Kürzung der Haushaltsausgaben der öffentlich-rechtlich organisierten Gesellschafter der gematik (GKV-SV, KBV, KZBV)
- **Ärzte**, die perspektivisch die TI nicht nutzen, werden **sanktioniert** (Abschlag Vergütung)
- Frist für die **Vereinbarung von Finanzierungsregelungen** im EBM und für **Telematikzuschläge** bei den Notfalldaten (ab 1.1.2018), Telematikzuschlag beim Versichertenstammdatenmanagement durch Fristsetzung BMG
- **gematik** für den flächendeckenden Betrieb der Telematikinfrastruktur richtig aufstellen (Schlichtungsverfahren, Kompetenzen an die neuen Anforderungen einschl. Europa anpassen)



eHealth-Gesetz: Förderung nutzbringender Anwendungen mit bestehender Technik

- **Anwendungen, die mit bestehender Technik eingeführt werden können**
 - ➔ Elektronische Arztbriefe
 - ➔ Elektronische Entlassbriefe
 - ➔ konsiliarische Befundbeurteilung von Röntgenaufnahmen
 - ➔ Medikationsplan (Anspruch ab 1.10.2016)

- **Finanzielle Anreize**
 - ➔ 2jährige Anschubfinanzierung für elektronische Arztbriefe (ab 1.1.2016) und Entlassbriefe (ab 1.7.2016)
 - ➔ Klare Fristen an die Selbstverwaltung für die Vereinbarung von Finanzierungsregelungen für Telekonsile bei der Befundbeurteilung von Röntgenaufnahmen im EBM und Sanktionen bei Nichteinhaltung (ab 1.4.2017)

- **Perspektivische Nutzung der Telematikinfrastuktur**
 - ➔ Förderung von Arztbriefen und Entlassbriefen ist nach Ablauf der zwei Jahre nur noch bei Nutzung der Telematikinfrastuktur möglich (Telematikzuschläge).



eHealth-Gesetz: Interoperabilität der Systeme verbessern

- Ziel: Mehr freiwillige Standardisierung durch mehr Transparenz
 - durch den Aufbau eines **Interoperabilitätsverzeichnisses** mit Standards bei der gematik sowie
 - durch ein **Informationsportal** für elektronische Anwendungen, insbesondere der Telemedizin, mit allen relevanten Angaben sowie verwendeten Standards.
 - Anwendungen, die von den Krankenkassen finanziert werden oder die die Telematikinfrastuktur nutzen wollen, müssen einen Aufnahmeantrag stellen.
- **Verpflichtung** zur Definition offener Schnittstellen durch die Selbstverwaltung, um den **Wechsel von IT-Systemanbietern** und die Übertragung von Patientendaten zu erleichtern.



Perspektive Telematikinfrastuktur

- **Öffnung der Telematikinfrastuktur** für weitere Anwendungen ohne Einsatz der elektronischen Gesundheitskarte (z.B. für die sichere elektronische Kommunikation zwischen Ärzten)
- **Öffnungsmöglichkeiten für weitere Leistungserbringer**, wie z. B. die Pflegeberufe, Heilmittelerbringer (u. a. Physiotherapeuten)
- Beschleunigung **Prozesse für öffentliches Gesundheitswesen** (z.B. Infektionsschutzmeldungen)



Neue Technologien

neue Chancen, Versprechen, Risiken

Big Data

3-v-approach

„Big data is high volume, high velocity, and/or high variety information assets that require new forms of processing to enable enhanced decision making, insight discovery and process optimization.“

Gartner 2012



<http://www.billamoran.com/resources/hi-what-is-big-data/>



Neue Technologien



Potentiale

- Mit Big Data: Erkennung kausaler Zusammenhänge zwischen Veranlagungen, Expositionen, Krankheiten zur Optimierung/Individualisierung von Diagnosen/Therapien
- Effizienterer Mitteleinsatz für Diagnose/Therapien
- Schnellere Identifikation aktueller Entwicklungen

Klärungsbedarf

- Zusätzliche und neue Anforderungen an Zulassungsprozesse von Medizinprodukten und Verfahren
- Neue Anforderungen an Verfahren für den Datenschutz
- Verhinderung von Diskriminierungen bei Arbeitgebern/Versicherungen infolge persönlicher/kommerzieller Anwendungsdaten



Ergebnisse Grünbuch mHealth EU-Kommission

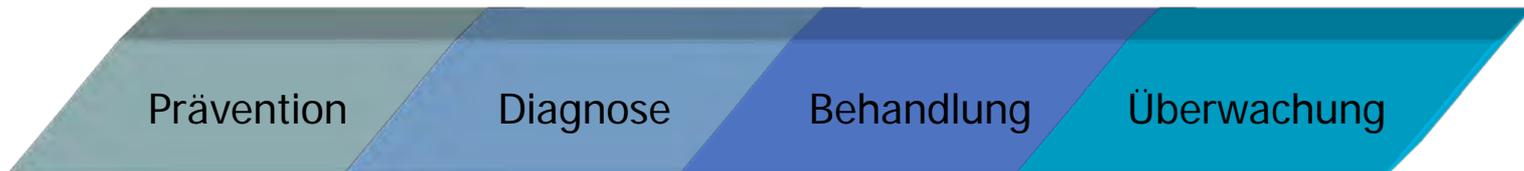


- **Ergebnisse der Konsultation** liegen seit dem 12. Januar vor
- **211 Einsendungen**, darunter 13 Organisationen und 7 Einzeleinsender aus Deutschland
- **Herausforderungen aus der Sicht der Einsender:**
 - ➔ Datenschutz- und Datensicherheit
 - ➔ (Internationale) Regulierung
 - ➔ Abgrenzung von Medizinprodukten und Lifestyleprodukten
 - ➔ Geringe Durchdringung in konkreten Versorgungsszenarien
 - ➔ Erstattung von mHealth-Leistungen durch die Krankenversicherungen
 - ➔ Interoperabilität
 - ➔ Haftung



Anwendungsfelder mHealth

Typische Anwendungen aus der Sicht der Einsender
Befragung Kommission zu mHealth



- Lifestyle-Apps
- Gesundheitsgerechtes Verhalten am Arbeitsplatz
 - Erkennung von Vorhofflimmern
 - Erhöhung der Compliance bei der Einnahme von Arzneimitteln
 - Fernabfrage eines kontinuierlichen Glucosesensors



IKT im Gesundheitswesen

Enabler und Treiber

- Über „klassische“ Abrechnungs- und Dokumentationsfunktionalitäten HINAUS machen IKT-Anwendungen neue Formen der Kommunikation und Arbeitsteilung zwischen den Ärztinnen und Ärzten und die aktive Einbeziehung der Patientinnen/Patienten möglich
- Neue Entwicklungen (z.B. Gesundheits-Apps) bringen Funktionalitäten, die das Arzt-Patientenverhältnis nachhaltig prägen werden



Potentiale, Technologieentwicklung und faktische IKT-Nutzung im Gesundheitswesen erfordern Steuerung



Nächste Schritte

1. BMG entwickelt strategische Eckpunkte zur Weiterentwicklung der eHealth-Strategie
2. Verschränkung des Aufbau der Telematik-Infrastruktur mit wachsenden Digitalen Möglichkeiten
3. Einbindung der Stakeholder
(Selbstverwaltung/Unternehmen/Daten- und Verbraucherschützer)



**Danke für Ihre
Aufmerksamkeit!**

Nino Mangiapane
Friedrichstraße 108
D-10117 Berlin
<mailto:nino.mangiapane@bmg.bund.de>

**gevko Symposium 2015: Programm
“Elsevier-Workshop”**

**Big Data: Ideen für den Innovationsfonds.
Vorteile für Patient, Arzt und Krankenkasse.**

Berlin, 23.9.2015

Chancen und Probleme von Big Data - Analysen für
den Vertragsarzt?

Uwe Lange

Facharzt für Allgemeinmedizin

Marienstr.1, 26121 Oldenburg

Mitglied des geschäftsführenden Vorstandes des LV Niedersachsen im
Deutschen Hausärzteverband

Was ist „Big Data“

- **Quelle: Wikipedia**
- **Big Data** [['big 'deɪtə](#)] (von [englisch](#) *big* „groß“ und *data* „Daten“) bezeichnet [Datenmengen](#), die zu groß oder zu komplex sind oder sich zu schnell ändern, um sie mit händischen und klassischen Methoden der [Datenverarbeitung](#) auszuwerten. Der traditionellere Begriff im Deutschen ist **Massendaten**. Der Begriff „Big Data“ unterliegt als [Schlagwort](#) derzeit einem kontinuierlichen Wandel; so wird mit *Big Data* ergänzend auch oft der Komplex der Technologien beschrieben, die zum Sammeln und Auswerten dieser Datenmengen verwendet werden.^{[1][2]} Die gesammelten Daten können aus nahezu allen Quellen stammen: angefangen bei jeglicher [elektronischer Kommunikation](#), über von Behörden und Firmen gesammelte Daten, bis hin zu den Aufzeichnungen verschiedenster [Überwachungssysteme](#).^[3] *Big Data* können so auch Bereiche abdecken, die bisher als privat galten.
- **Der Wunsch der Industrie und bestimmter Behörden, möglichst umfassenden Zugriff auf diese Daten zu erhalten, sie besser analysieren zu können und die gewonnenen Erkenntnisse zu nutzen, gerät dabei zunehmend in Konflikt mit [Persönlichkeitsrechten](#) des Einzelnen.**

Themen in Arztpraxis:

Zunächst die eigenbestimmten

- Medizinisches Wissen im Allgemeinen z.B., siehe oben, Wikipedia... 😊, aber auch andere Foren, Impfberatungen, Reiseimpfungen. Jedes beliebige Thema ist mit Wissen hinterlegt.
- Daten über Patienten individuell Patientenakte, individuelle in der Praxis erhobene Befunde, Fremdbefunde, kurz, alles Wissen über den Patienten.
- Anmerkung: Alles optional und eigenbestimmt, Verantwortung des Arztes und Organisationswunsch des Arztes und seiner Patienten an ihn.
- **Würdigung: Riesenchancen und Gestaltungsmöglichkeiten!**

Jetzt die aufgabenimmanenten fremdbestimmten Themen (Rahmen des SGB –V)

- Daten über Patienten in der Notwendigen Kommunikation über den Patienten zum Zwecke der Verwaltung. Dies sind:
- Verordnungen, Berichte über Befunde und Therapien an Ärzte und nichtärztliche Therapeuten, Apotheken, aber auch Kostenträger und eingeschränkt Arbeitgeber (AU, Wiedereingliederung)
- Spezielle Auskünfte an Behörden und Gerichte
- Die Reihenfolge der Aufzählung zeigt zunehmende Anforderungen an die Verschwiegenheitspflicht.

- Aber auch für Patient und Arzt neue und freiwillige Bereiche. Dies können sein:
- Kommunikation über soziale Netzwerke
- Übermittlung der eingegangenen Befunde per E-Mail
- Es umfasst auch Vertragsformen der Versorgung in Ergänzung oder als Ersatz für Behandlung im Kollektivvertrag.
- Thema: **Hausarzt zentrierte Versorgung, kurz HzV**
- **Würdigung: Unverzichtbar, bisweilen lästig, aber wenigstens definierter gesicherter Datenverkehr.**
- **Aber, der Wunsch nach Einblick wird schon tangiert ☹️**

Und zum Schluss, noch nicht umgesetzte, neue Anforderungen

- Neue Verteilungsmöglichkeiten von Aufgaben durch vorhandene oder zu schaffende Vernetzungen.
- Onlinestammdatenmanagement: Ich werde versuchen zu zeigen, wie einfach geht Chipkarte, wie lange dauert Online Stammdatenmanagement.
- Beschreiben und Nutzen von Daten auf der e G-Card, wer muss es machen? Ich sag mal nichts über die Mehrbelastung das Anfertigen müssens und die Nichthonorierung dieser Arbeit. Die Frage ist: Wer liest mit? Zentraler Server? Mit welcher Interessenlage und welcher Verschwiegenheitspflicht??
- Z.B. liest bei der BKK der DeBeKa, diese mit und erstellt Versicherungszusatzprämiientabellen? ???
- **Warum bekommen nicht die Patienten einfach das Recht, ohne Verpflichtung ihre medizinischen Daten und Befunde auf ihr persönliches Speichermedium, USB-Stick o.ä. kopieren zu lassen, und autonom darüber zu verfügen. Förderung z.B. über Bonushefte möglich.**

- **Schlussbetrachtung: „Big Data“ in der Gesamtheit ermöglicht einen immensen Wissensgewinn in der Artpraxis für Arzt und Patient.**
- **Mit zunehmender Ausweitung der verpflichtenden Nutzung steigt die Wahrscheinlichkeit, dass vor Allem patientenbezogene schutzwürdige Daten missbräuchlich verwendet werden können.**
- **Selbst bei persönlicher Integrität der aktuell handelnden, die Daten liegen bereit, für alle Regierungsformen der Zukunft. Und 2 Mal hat Deutschland im vergangenen Jahrhundert schon entsetzliche Erfahrungen gemacht.**
- **Kurz: Freiwillig ja! Pflicht nur extrem Kritisch!**

Big Data und „digitale Gesundheit“: Herausforderungen für die Versorgung

Hardy Müller

Workshop 3: Big Data: Ideen für den Innovationsfonds.
Vorteile für Patient, Arzt und Krankenkasse

23. September 2015, gevko Symposium, Berlin

Deklaration von Interessen (-skonflikten)

- Mitarbeiter der Techniker Krankenkasse TK
- (Ehrenamtlicher) Geschäftsführer des Aktionsbündnisses für Patientensicherheit APS e.V.
www.aps-ev.de
- Keine Forschungsgelder, Drittmittel oder Zuwendung von Unternehmen der Gesundheitswirtschaft

Keine Interessenskonflikte im Sinne der Uniform Requirements for Manuscripts
Submitted to Biomedical Journals der ICMJE
(International Committee of Medical Journal Editors)

Agenda

1. Begriffe: eHealth, mHealth, Digitale Gesundheit, Big Data.
2. Praxisbeispiele der TK
3. Chancen und Risiken: Die Digitale Debatte
4. Fazit: Erwartungen an den Innovationsfonds

TK Zukunftskongress 02.09.2015

www.tk.de/tk/zukunftskongress/

Volume
Velocity
Variety
Veracity
Value

Zukunftskongress
der Techniker Krankenkasse



Agenda

1. Begriffe: eHealth, mHealth, Digitale Gesundheit, Big Data.
- 2. Praxisbeispiele der TK**
3. Chancen und Risiken: Die Digitale Debatte
4. Fazit: Erwartungen an den Innovationsfonds

Elektronische Gesundheits-Helfer |

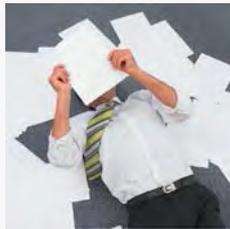
TK-Beispiele zeigen, wie vielfältig eHealth schon heute im Alltag ist



Interaktives Gesundheitscoaching



Arzttermin online buchen



Patientenquittung



Ärzte finden, vergleichen und bewerten



Teletherapie Stottern



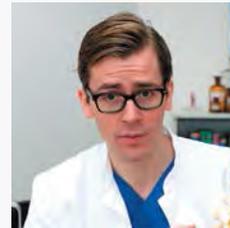
Telemedizin für COPD-Patienten



Internet-Therapie



Videovorträge für Krebspatienten



Dr. Johannes



Gesundheitsapps

Online-Coaches begleiten und unterstützen das persönliche Gesundheitsverhalten...

..auch im Krankheitsfall!



Beispiel: TK-DepressionsCoach

Online basierte Unterstützung bei leichtgradiger Depression



Onlinebasiertes Beratungs- und Trainingsprogramm auf Basis neuester wissenschaftlicher Erkenntnisse bei leichten und mittelschweren depressiven Symptomen



Strukturiertes modulares 6-wöchiges Coaching über ein spezielles Online-Portal mit individueller Begleitung durch einen qualifizierten Berater → „Individuell statt Vollautomatisch“



Wissenschaftliche Begleitung (FU Berlin) zur Untersuchung von Wirksamkeit und Effekten auf Versorgung sowie Leistungsanspruchnahme

Beispiel: Teletherapie Stottern

Onlinebasierte Intensiv-Stottertherapie



- › **Face-to-Face Therapie** Patient(en) und Therapeut agieren via Telepräsenz in einem speziellen virtuellen Therapieraum
- › Innovative **digitale Therapieform** als effiziente Alternative für zeit- und ortsgebundene Ressourcen im Gesundheitswesen
- › „Analog war gestern“ - Digitalisierung relevanter Interaktionen stellen **Bedürfnisse** des Patienten in den Vordergrund
- › **Skalierbarkeit** der Teletherapie, sowohl kontext- als auch indikationsbezogen, schnell und einfach auf ein größeres Anwendungsvolumen

Beispiel: Telemedizin COPD

Integrierte Versorgung von Hochrisiko-Patienten

- › Remote Monitoring von Vitalparametern und Symptomen
- › Stärkung des Selbstmanagements der COPD
- › Effektive Vernetzung zwischen Arzt und Telemedizinzentrum
- › Patienten mit hohem Exazerbations-/Hospitalisierungsrisiko



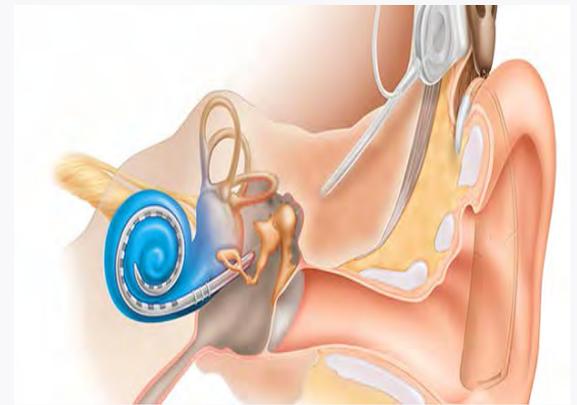
Eskalationen im Erkrankungsgeschehen vermeiden
Lebensqualität der Patienten verbessern
Die Qualität und Evidenz der Behandlung erhöhen
Wirtschaftlichkeit in der Versorgung

Beispiel: Remote Care

Telemedizin bei Cochlea-Implantaten

Telemedizinische Nachsorge von Cochlea-Implantaten

- › Spitzenqualität durch spezialisierte Ärzte
- › Intensive Schulung und kontinuierliche Nachsorge der anzupassenden Cochlea-Implantate
- › Spezialisten nehmen direkt online Einstellungen am Sprachprozessor vor
- ✓ Remotefähige Hightech-Implantate helfen Gehörlosen Sprache und Geräusche wieder wahrzunehmen
- ✓ keine stationären Aufnahmen für Nachuntersuchungen
- ✓ geringere Transaktionskosten zur Inanspruchnahme
- ✓ höhere Prozess-Effizienz durch telemedizinische Nachsorge



TK-DiabetesTagebuch

Blutzuckermanagement auf einen Blick!

Launch: 9. Februar 2015

Downloads: 11.022



➤ Eingabe der Blutzuckerwerte

Erfassung von Blutzuckerwerten sowie allen Details im Rahmen einer Messung

➤ Auswertung

Grafische und tabellarische Darstellungen und Analysen

➤ Datenexport

PDF-Datei per Email an die eigene Adresse

➤ Datenimport

Übertragung Messwerte per Bluetooth-Verbindung aus dem Blutzuckermessgerät direkt an die App

➤ Erinnerungen

festgelegte Messzeitpunkte werden erinnert

TK-AllergieApp „Husteblume“

Pollenbelastung auf einen Blick!

Launch: 15. April 2015

Downloads: 25.364



- **Standortlokalisierung**
automatisch oder manuell per Postleitzahl, Stadt oder Region
- **Symptomerfassung**
Beschwerden wie z.B. Juckreiz Augen, Niesen oder Husten sowie die Einnahme von Medikamenten
- **Behandlungshinweise**
nach Symptomerfassung Hinweise zu Augen, Nase und Lunge
- **Allgemeine Belastungsvorhersage**
Pollenbelastungsprognose für die nächsten drei Tage
- **Persönliche Belastungsvorhersage**
individuelle Berechnung eine Prognose auf Grundlage der erfassten Symptome (mindestens fünf Tage infolge)

Beispiel: Tinnitracks

Erste Anwendung mit ärztlicher Verordnung

<http://www.tinnitracks.com/de/aktuelles/techniker-krankenkasse-tinnitracks-app>

Techniker Krankenkasse übernimmt Kosten für Tinnitracks-App

Ab sofort übernimmt mit der Techniker Krankenkasse (TK) die größte gesetzliche Krankenversicherung die Kosten für Tinnitracks als digitale Therapie-App.



Los geht es in Hamburg. Teilnehmende HNO-Ärzte können Tinnitracks als integralen Bestandteil ihrer Tinnitus-Therapie verschreiben. Die Patienten erhalten dann eine Guthabekarte der Krankenkasse für die Aktivierung der App. Die Behandlung läuft zunächst über ein Jahr. Für Tinnitus-Betroffene ist die Erstattung ein wirklicher Durchbruch, der ihnen Zugang zu einer wissenschaftlich fundierten Therapieoption bietet. Auch für Sonormed als Entwickler von Tinnitracks ist die Erstattung ein Meilenstein, der die Qualität der geleisteten Entwicklungsarbeit bestätigt und für die die Innovationsstärke der digitalen Medizin spricht.

Finden Sie mehr heraus auf:

unserer [Tinnitracks Techniker Krankenkasse Seite](#) oder

auf der [Informationsseite der TK](#)



**Jetzt Tinnitracks
erstatten lassen!**

[Hier mehr erfahren!](#)

Ihre Musik kann jetzt
Tinnitus lindern

- ✓ ermöglicht ursächliche Therapie
- ✓ individuell auf Sie zugeschnitten
- ✓ einfach anwendbar

[Jetzt kostenlos testen](#)

Agenda

1. Begriffe: eHealth, mHealth, Digitale Gesundheit, Big Data.
2. Praxisbeispiele der TK
- 3. Chancen und Risiken: Die Digitale Debatte**
4. Erwartungen an den Innovationsfonds

Die Digital-Debatte - nur im Feuilleton?

z.B. www.faz.net/aktuell/feuilleton/debatten/die-digital-debatte/

FAZJOB.NET LEBENSWEGE SCHULE  

FAZ.NET **F.A.Z.-E-PAPER** F.A.S.-E-PAPER

Anmelden **Abo** Newsletter Mehr

HERAUSGEGEBEN VON WERNER D'INKA, JÜRGEN KAUBE, BERTHOLD KOHLER, HOLGER STELTZNER

Comic-Roman
„Sechs aus 49“:
Alle Folgen



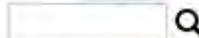
Frankfurter Allgemeine Feuilleton

Frankfurt 15°



Dienstag, 22. September 2015

VIDEO THEMEN BLOGS ARCHIV



POLITIK WIRTSCHAFT FINANZEN **FEUILLETON** SPORT GESELLSCHAFT STIL TECHNIK & MOTOR WISSEN REISE BERUF & CHANCE RHEIN-MAIN

Home > Feuilleton > Debatten > **Die Digital-Debatte**

Digitalisierung

Das Milliardengeschäft mit den Apps

Mit Apps wird viel Geld verdient, auch in Deutschland. Das liegt zunehmend an Fitnessarmbändern und Uhren. Und an der gewaltigen Nachfrage aus einem Land.

01.09.2015, von **THIEMO HEEG**

Google und Facebook

Die Macht der Monopole

Die Politik muss sich mit dem Einfluss der Online-Konzerne befassen. Doch wie reguliert man Google, Facebook und Co.? Vielleicht können wir Anreize schaffen.

22.04.2015, von **AXEL WINTERMEYER**



Fachdiskurs

Beispiel: Jahrestagung Deutscher Ethikrat 2015

Aus der Einladung (Hervorhebung HM):

„Angesichts dieser Entwicklungen möchte der Deutsche Ethikrat unter anderem folgende Fragen diskutieren:

- Welche Auswirkungen hat die Vernetzung von Daten auf die **Arzt-Patienten-Beziehung**?
- Welche Folgen hat eine immer engmaschigere und oft kaum merkbare Sammlung von Gesundheitsdaten für die **individuelle Selbstwahrnehmung und Freiheit**?
- Wie können Privatpersonen, Forscher **und Firmen verantwortungsbewusst** mit diesen Daten umgehen?
- Wie lässt sich die **Qualität und Zuverlässigkeit komplexer Datenauswertungen** sichern?
- Wie kann das **Vertrauen in die Forschung** gewahrt bleiben, wenn Probandendaten entschlüsselt werden können?
- Wie kann der **Gesetzgeber** unter Big-Data-Bedingungen zu einem wirkungsvollen Schutz von Gesundheitsdaten beitragen?“

TK Zukunftskongress 02.09.2015

www.tk.de/tk/zukunftskongress/

Zukunftskongress
der Techniker Krankenkasse



Die Haltung der Bevölkerung

Frankfurter Allgemeine Zeitung 10.09.2015 S. 23

Deutsche wollen Krankheitsdaten nicht teilen

pik. FRANKFURT, 9. September. Die meisten Deutschen stehen den technischen Neuerungen im Gesundheitswesen äußerst skeptisch gegenüber. 85 Prozent der Bevölkerung lehnen es ab, Gesund-

solche technischen Hilfsmittel oder Gesundheitsarmbänder zu verwenden.

Die Untersuchung ist auch deshalb interessant, weil sich Krankenkassen und private Krankenversicherer

Prozent bereit wären, die Informationen mit Ärzten zu teilen. Insgesamt nutzen der Studie zufolge derzeit nur 6 Prozent der erwachsenen Deutschen überhaupt Gesundheits-Apps. Dabei ist das Gesundheitsbewusst-

85 Prozent der Bevölkerung lehnen es ab,
Gesundheits- und Krankheitsdaten an Dritte weiterzugeben.

Quote bei 97 Prozent. Und nicht nur gegenüber der Datenweitergabe gibt es Skepsis, auch die Datenerhebung mit Hilfe von Smartphone-Apps wird stark in Zweifel gezogen. 72 Prozent der Befragten lehnen es ab,

Unternehmen teilen. Dabei sind die Vorbehalte gegen die Branche ganz besonders groß. Nur 28 Prozent könnten sich vorstellen, Daten an private Krankenversicherer weiterzugeben, während immerhin noch 85

haft fest. Immerhin 17 Prozent der Deutschen können sich vorstellen, in Zukunft ihre Daten über Smartphone-Apps zu dokumentieren.

Agenda

1. Begriffe: eHealth, mHealth, Digitale Gesundheit, Big Data.
2. Praxisbeispiele der TK
3. Chancen und Risiken: Die Digitale Debatte
4. **Erwartungen an den Innovationsfonds**



Erwartungen an Begutachtungs- und Evaluationskriterien im Innovationsfonds aus Sicht der Patientensicherheitsforschung

Dokumentation unter
[http://www.netzwerk-
versorgungsforschung.de/index.php?page=3-dnvf-forum-vf](http://www.netzwerk-versorgungsforschung.de/index.php?page=3-dnvf-forum-vf)

Erwartungen an Begutachtungs- und Evaluationskriterien aus Sicht der Patientensicherheitsforschung

Neue Versorgungsformen (NV)

1. Non-Malefizienz:
 - a) Non-Malefizienz in Neuen Versorgungsformen
 - b) Ausbau Non-Malefizienz in der Routineversorgung durch NV

2. Versorgungs-Relevanz, Bedarfsorientierung, soziale Innovation, „Exovation“:

Werden prioritäre Gesundheits-Probleme der Bevölkerung angemessen adressiert?

3. (...)

Dokumentation unter
<http://www.netzwerk-versorgungsforschung.de/index.php?page=3-dnvf-forum-vf>

Fazit

- ✓ Digitalisierung - privat (-wirtschaftliche) getrieben - setzt sich zweifellos durch, derzeit exponentielle Entwicklung
- ✓ Krankenkassen Angebote nutzen der Versorgung: Vorteile Arzt und Patient
- ✓ Risiken und eine Vielzahl offener Fragen bestehen
- ✓ Verantwortungsvolle Entwicklung der „digitalen Gesundheit“ verlangt Antworten auf diese offenen Fragen
- ✓ Massenhafter Datenmissbrauch („NSA Affäre“) hat massive Konsequenzen auf die Verwertung von Gesundheitsdaten
- ✓ Frage der öffentlichen Akzeptanz?
- Versorgungsmanagement selbst im Gesundheitssystem muss sich intensiv mit den ethischen, sozialen und rechtlichen Konsequenzen der Digitalisierung auseinandersetzen
- Kann und wird Innovationsfonds diese notwendige Debatte fördern?
 - ✓ Digitalisierung bringt Neuerungen - an den Verbesserungen muss gearbeitet werden

Müller H, Verheyen F (2015): Chancen und Risiken der Digitalisierung im Gesundheitswesen: Eine Herausforderung für die Versorgung. IGZ 2, 44-45 (im Druck).

Fragen, Anregungen?

hardy.mueller@wineg.de



BACKUP



Arzttermine können direkt online reserviert werden - TK bietet über Plattform direkten Zugang zu allen relevanten Buchungssystemen

Sortierung der Ergebnisse:

| | | |
|------------|----------|----------|
| Entfernung | Name A-Z | Name Z-A |
|------------|----------|----------|

Buchungssysteme auswählen:

Alle anzeigen ▼

Herr Dr. med. Fischer
Augenheilkunde
Weidenallee 1, 20357 Hamburg

← 630 m → ▲

Augenheilkunde, Laserbehandlung, Ambulante Operationen, Kontaktlinsenspezialist.

Weidenallee 1
20357 Hamburg
[Zum Routenplaner](#)

Tel.: 040 - 430 10 84
Fax: 040 - 430 10 85
[Praxis-Homepage](#)

[Weitere Infos im TK-Ärzteführer](#)

Nächste freie Termine:

Prävention
[22.09. 09:15](#) | [25.09. 09:00](#) | [25.09. 16:00](#)

Sprechstunde
[22.09. 09:15](#) | [25.09. 09:00](#) | [25.09. 16:00](#)

OP Voruntersuchung
[22.09. 09:15](#) | [25.09. 09:00](#) | [25.09. 16:00](#)

[Weitere Termine](#)

Die Terminbuchung findet außerhalb der TK-Seite statt.
Buchungssystem: [samedi](#)

→ Patienten können nach Buchungssystemen filtern, wenn sie z. B. bereits ein Benutzerkonto bei einem Anbieter haben und nun weitere Ärzte suchen, die diesen Anbieter nutzen.

← Es werden jeweils die nächsten drei freien Termine je Terminart angezeigt

Hardy Müller, Frank Verheyen

Chancen und Risiken der Digitalisierung im Gesundheitswesen:

Eine Herausforderung für die Versorgung



Hardy Müller M.A.
Gesundheitswissenschaftler,
Anthropologe, Referent am
Wissenschaftlichen Institut der
TK für Nutzen und Effizienz im
Gesundheitswesen (WiNEG)



Dr. Frank Verheyen
Direktor des Wissenschaftlichen
Instituts der TK für Nutzen und
Effizienz im Gesundheitswesen
(WiNEG)

Im Jahr 2007 wurde die Internetseite quantifiedself.com gegründet, um Daten zur Quantifizierung der eigenen Person zu sammeln. Je mehr Zahlen gewonnen werden, desto besser, so lautet die Devise der Bewegung. Als Programm der ursprünglich amerikanischen Bewegung gilt „self knowledge through numbers“. Das Ziel ist die Verbesserung des eigenen Lebens. Die notwendigen Technologien - Sensoren, Cloud computing, Smartphones, Wearables, Internet der Dinge - sind mittlerweile allgegenwärtig. Die Methode des Big Data soll uns in die Lage versetzen, aus der Vielzahl von Daten Informationen und am Ende Wissen zu generieren. Doch werden wir sicher die Chancen realisieren?

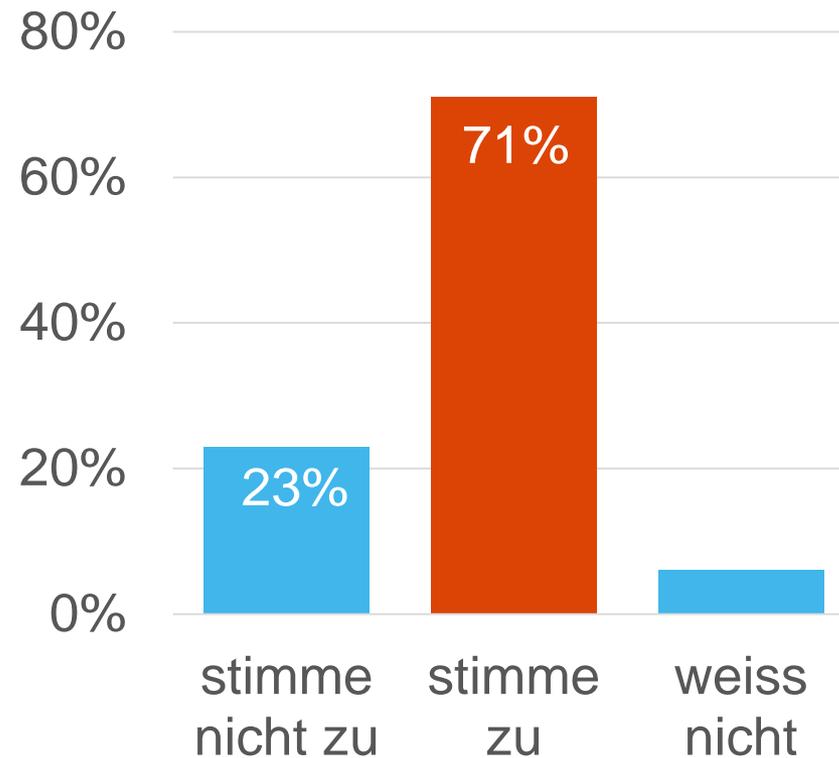
Mit dem Begriff des Big Data werden Technologien bezeichnet, mit denen die Analyse von Daten möglich wird, die vor kurzem aufgrund ihrer Menge (volume), ihrer Veränderlichkeit (velocity) oder ihrer Heterogenität (variety) nicht auswertbar waren. Eine Herausforderung ist die Qualität der Daten (veracity). Wir wissen, dass alle Daten nie präzise sein können und immer Fehler und Unsicherheiten enthalten (1). Die Daten werden nicht zum Selbstzweck erhoben, sondern diese werden ausgewertet, um damit Werte zu schaffen (value): Big Data ist auch Big Business. Ein Prinzip des Big Data besteht in der Analyse von Korrelationen. Aus historischen Entwicklungen werden Prognosen extrapoliert. Die Verfahren werden jedoch wenig zur Hypothesengenerierung und Theoriebildung in den Wissenschaften beitragen (2).

den Versicherungsstarfe vorgeschlagen, die sich nach dem individuellen Verhalten des Versicherten richten. Diese Tarifierungen werden unter dem Begriff des „Pay-As-You Live - PAYL“ diskutiert. Auf der Basis individueller Tracking-Daten werden Prämien kalkuliert. „Meist wird der Patient für eine gesunde Lebensführung“ belohnt, die er mittels mobil erhobener Daten nachweist“. (4) Die KFZ-Versicherung bietet seit langem bereits sogenannte Telematik-Tarife an. Demnach bezahlen Fahrer, die Ihr Fahrverhalten dokumentieren, weniger als solche, die unüberwacht fahren.

Einzelne Krankenversicherungen setzen bereits Apps zur Dokumentation des eigenen Gesundheitsverhaltens ein oder kündigen den baldigen Start derartiger Anwendungen an. Die Apps dienen zur Gesundheitsoptimierung. Letztlich entscheidet jeder individuell, ob eine Nutzung der App für ihn sinnvoll ist. Die Chancen werden von den Anbietern der neuen Technologien im Allgemeinen betont - obschon immer darauf hingewiesen wird, dass auch mit dieser Technologie Gefahren verbunden sind. Die Bundesregierung anerkennt die Relevanz des Themas, betont die Verantwortung der Verbraucher und erklärt selbst aber keinen Regulierungsbedarf. „Die Bundesregierung geht davon aus, dass Versicherte sich der besonderen Bedeutung ihrer Daten zum persönlichen Lebenswandel und ihrem Gesundheitsverhalten bewusst sind und daher sorgsam und zurückhaltend mit der Weitergabe entsprechender Informationen umgehen.“ (5)

Die Vision:
Big Data verbessert die
Versorgung der Patienten

71% sehen eine eine Gefahr für die Privatsphäre



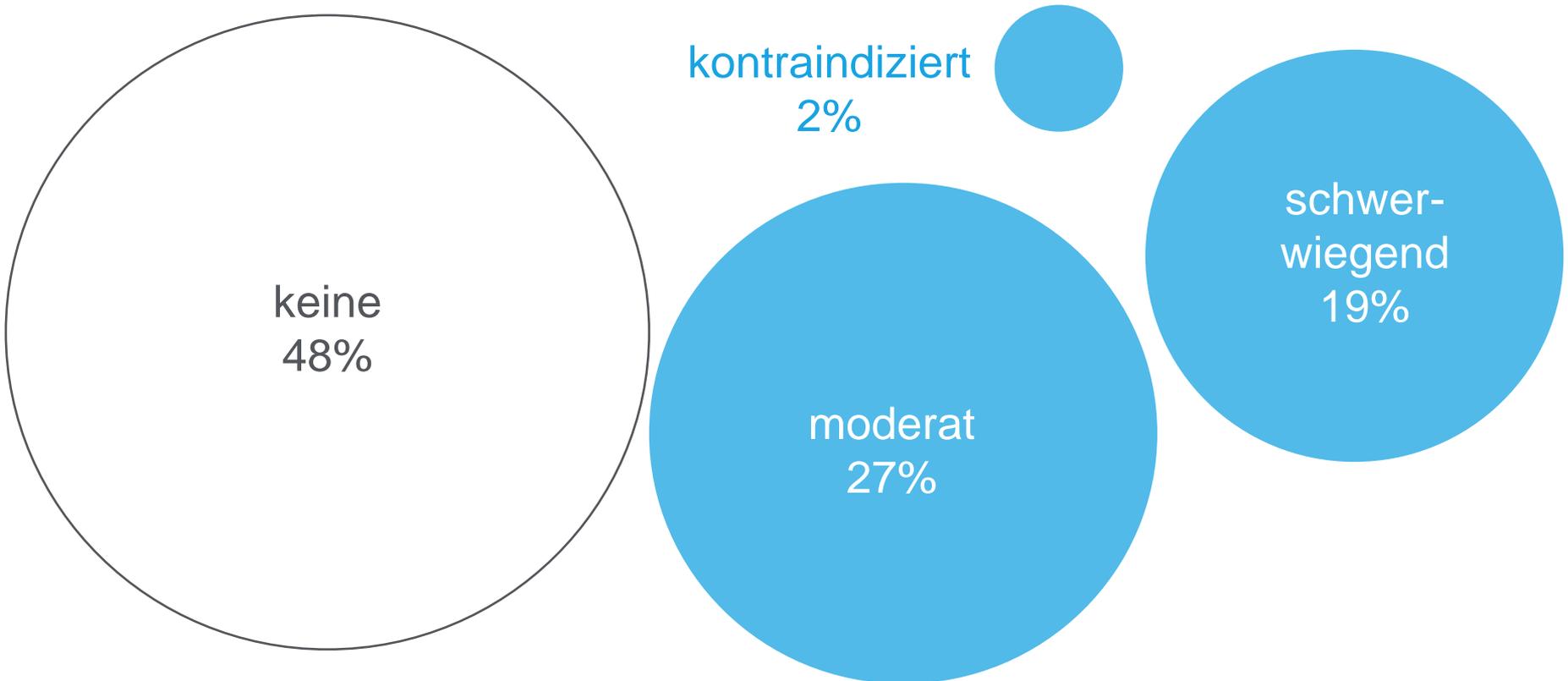
Die elektronische Patientenakte steht im Zentrum: Prozessverbesserung und Fortschritte durch Big Data

- freiwillig, mit Zustimmung!
- Datenschutz und Sicherheit
- der Patient bestimmt:
 - seine Akte (Anbieter)
 - seine Leistungserbringer
- Austausch der Leistungserbringer untereinander
- internationale Standards
- online Einsicht der Patientin
- Integration von App-Daten
- freiwillige Teilnahme an Forschung



Rechtsanspruch auf elektronische
Kopie der Daten schaffen

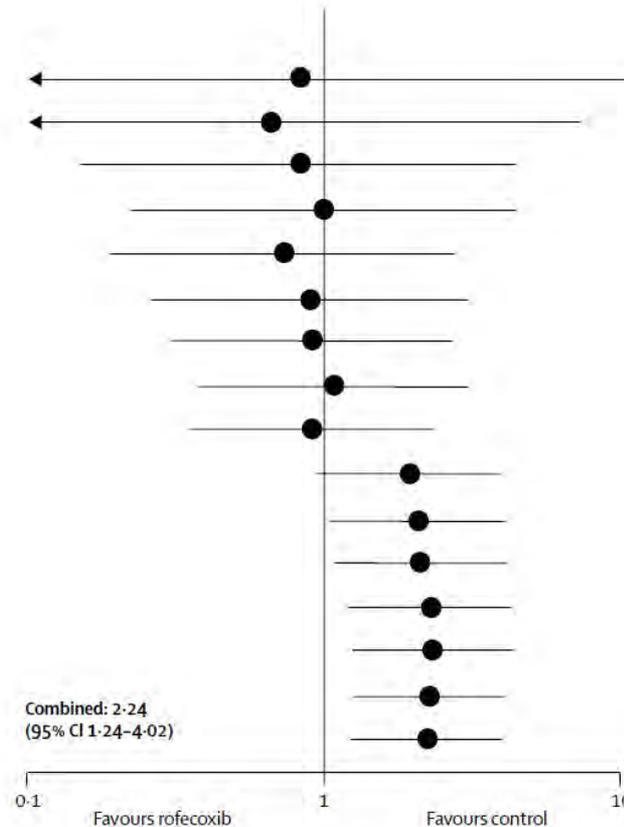
zwischen 2008 und 2015 hatte
jeder Zweite
mindestens eine
potentiell gefährliche Mehrfachverschreibung



Entdeckung unerwünschter Arzneimittelwirkungen mit GKV Routinedaten

Relatives Risiko (95% CI) für Herzinfarkt bei Rofecoxib*

| Year | Patients | Events | p |
|------|----------|--------|-------|
| 1997 | 532 | 1 | 0,916 |
| 1998 | 615 | 2 | 0,736 |
| | 1.399 | 5 | 0,828 |
| | 2.208 | 6 | 0,996 |
| | 2.983 | 8 | 0,649 |
| | 3.324 | 9 | 0,866 |
| 1999 | 4.017 | 12 | 0,879 |
| | 5.059 | 13 | 0,881 |
| 2000 | 5.193 | 16 | 0,855 |
| | 13.269 | 40 | 0,070 |
| | 14.247 | 44 | 0,034 |
| | 15.156 | 46 | 0,025 |
| | 20.742 | 52 | 0,010 |
| 2001 | 20.742 | 58 | 0,007 |
| | 20.742 | 63 | 0,007 |
| | 21.432 | 64 | 0,007 |



Vioxx 5/1999 – 9/2004
80.000 – 139.000 Herzinfarkte

Genetik
Familiengeschichte
App Daten

Symptome
klin. Parameter
Labordaten

unerwünschte
Ereignisse

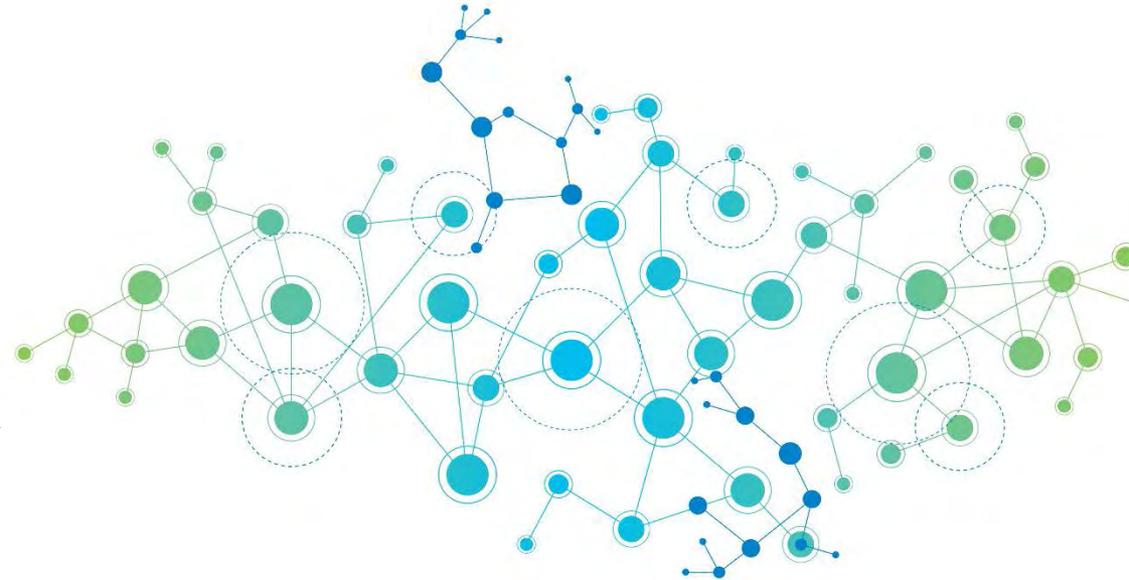
Medikamenten DB
Unerwünschte
Arzneimittelwirkungen

wiss. Publikationen
Leitlinien

Zeitraum
demograph. Daten
Fachgebiet
Diagnosen (ICD)
Prozeduren
 diagnostisch
 behandlung
DRGs
Arzneimittel (ATC)
Kosten

Elsevier Medical Graph

Elsevier
Ontologie



Extraktion aller Informationen
und Darstellung in einem
gewichteten, gerichteten
Graphen.

Zeigt die Wahrscheinlichkeit
der Krankheitsprogression für
alle Indikationen.

Mediziner können mit
patientenindividuellen Daten
dem Medical Graph
individuelle Risiken, zu
klärende Fragen, empfohlene
Tests, Leitlinienempfehlungen
und Behandlungsoptionen
entnehmen.



Vom Verordner zum Leistungserbringer

- elektronische Verordnungsprüfung
und Genehmigungsverfahren.



S3C

Vom Arzt zum Leistungserbringer - Elektronische Verordnungsprozesse -

Berlin, den 23.09.2015

Frank Schmalfuß

Jede Arztpraxis erstellt pro Jahr:

- 2.800 Überweisungen
- 600 Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen
- 300 Heilmittelverordnungen

Das bedeutet:

- ca. 17 Tage pro Jahr für die Verordnung
- ca. 16 – 26 Tage für „Clearing“

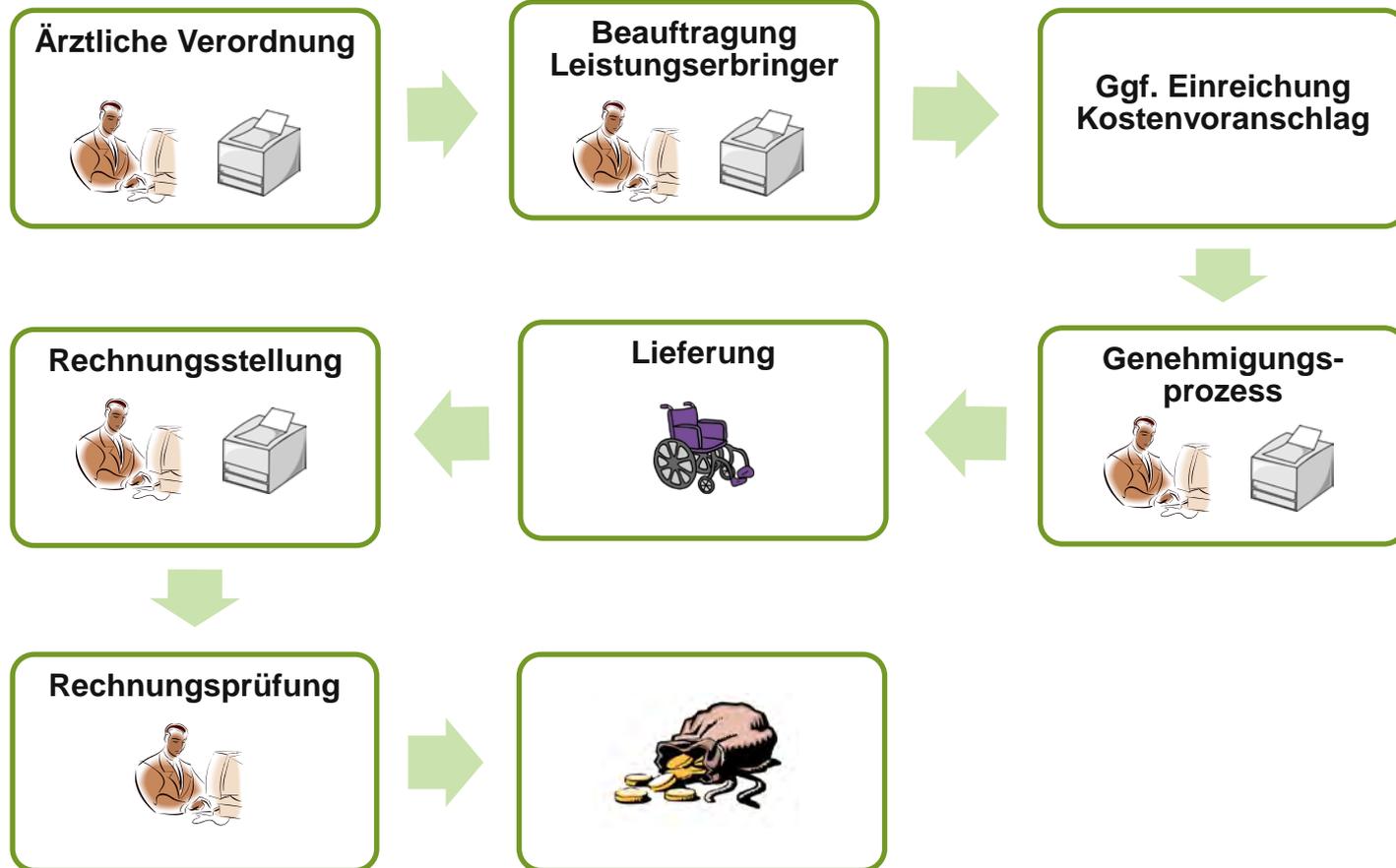
Vorschläge des Normenkontrollrat zur Kostensenkung sind u.a.:

- Muster verkürzen, vereinfachen, neu gestalten
- Vordrucke regelmäßig überprüfen
- **Ausfüllhilfen über die Praxissoftware entwickeln**
- **Elektronische Datenübermittlung prüfen und ausbauen**

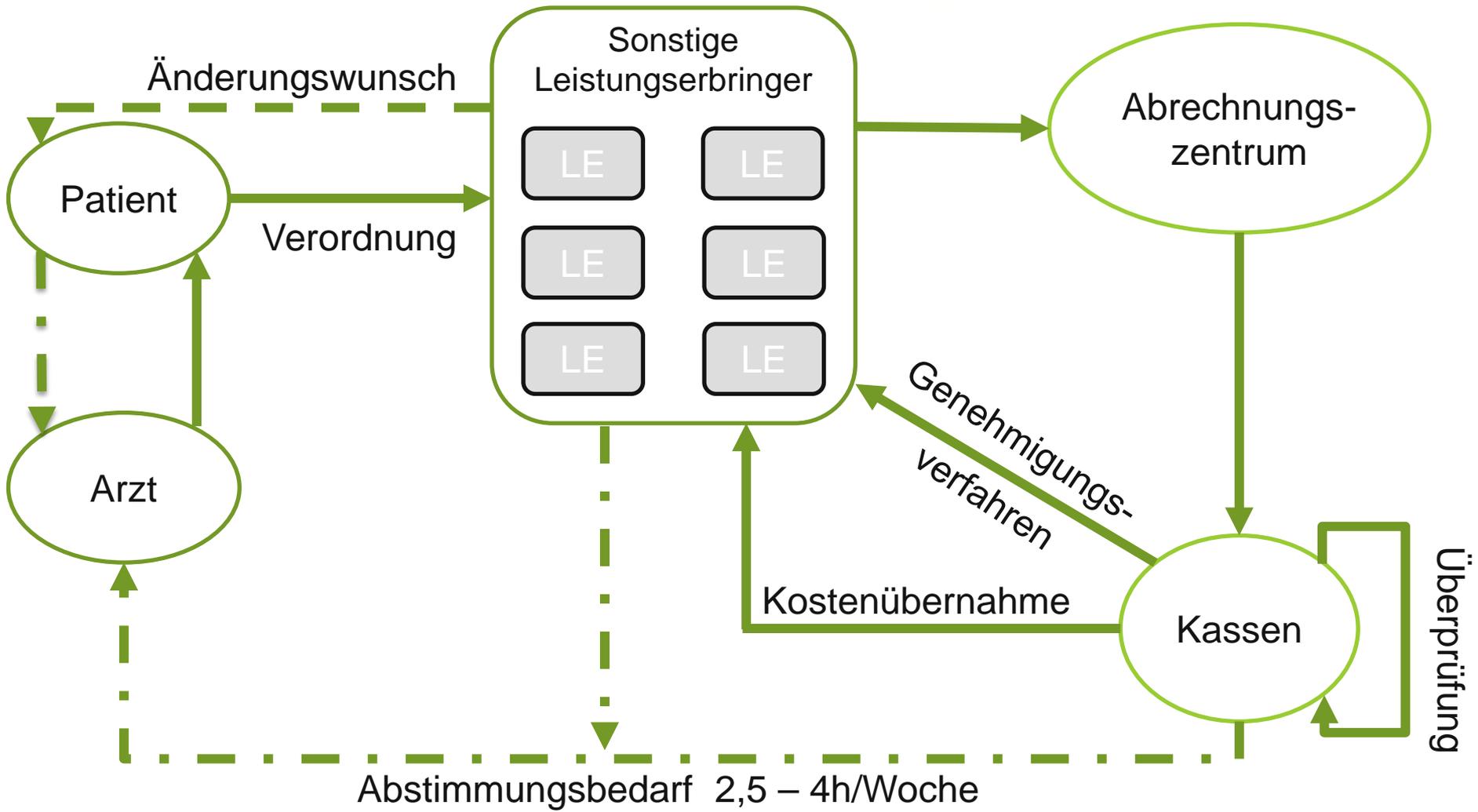
Einsparmaßnahmen durch Umsetzung der Vorschläge des Normenkontrollrates im „**dreistelligen Millionenbereich**“ bei Gesamtkosten von **4,33 Milliarden €** pro Jahr

(Quellen: Deutsches Ärzteblatt 2015; Statistisches Bundesamt)

z.B.: Verordnungen für sonstige Leistungserbringer aktuell



Aktueller Verordnungsprozess



Probleme:

- Medienbrüche
- Ausstellung der Verordnungen teilweise:
 - nicht korrekt
 - unvollständig
- keine Plausibilitätsprüfung und Kataloge vorhanden, z.B. bei:
 - Anzahl der verordneten Leistungen oder Abhängigkeiten von ICD
- hoher Aufwand bei Belegleseverfahren, damit Dunkelverarbeitung (autom. Genehmigungsverfahren) erschwert

„Fehler“ entstehen bereits zum Beginn der Prozesskette

Folge:

- hohe Ressourcenbindung bei Arzt, Leistungserbringer, Kostenträger und Patient

Ergebnisse der Ärztebefragung „*Entbürokratisierung in der Arztpraxis*“ durch die gevko:

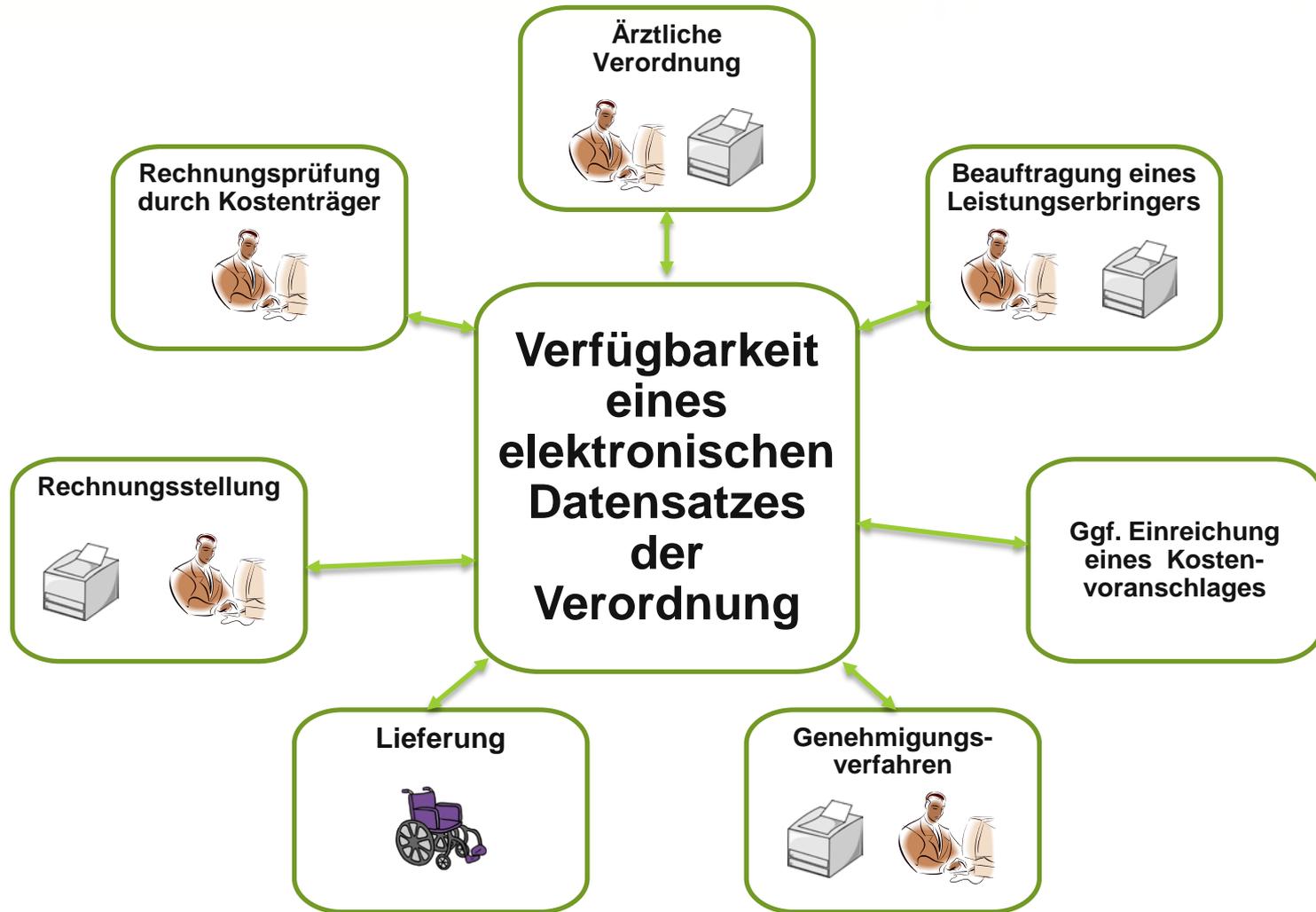
- Kritikpunkte der Ärzte im Rahmen von Genehmigungsverfahren:
 - „Zeitfresser“ Kostenträgerkommunikation
 - da nur „schriftliches Verbindlichkeit schafft“
 - Praxen investieren **2,5 – 4 Stunden wöchentlich**
 - hoher Zeitaufwand bei Verordnungen von Hilfsmitteln, Reha, etc.
 - Ärzte erhalten systembasiert (AIS / PVS) häufig wenig Unterstützung beim Ausstellen von Verordnungen

IT Unterstützung durch:

- systembasierte Unterstützung beim Ausstellen der Verordnung
- elektronische Leistungskataloge
- intelligente Regelprüfungen bereits beim Verordnen
- automatisierte eGenehmigungsverfahren mit synchroner Rückmeldung
- elektronische Verordnungsübergabe an Patienten

Prozess eGenehmigung

Beispiel: sonstige Leistungserbringer



Vorteile:

- IT Einsatz reduziert Anzahl der „Fehler“, Übertragungsfehler, den Ressourceneinsatz bei allen Beteiligten, die Dauer des Genehmigungsprozesses, Medienbrüche
- Erkennen von „Fehlern“ zu jedem Zeitpunkt im Prozess
- elektronische Übermittlungen - maschinenlesbar / prüfbar
- automatisierte Weiterverarbeitung
- Übermittlung an eDevices der Patienten möglich
- Steuerungsmöglichkeit in Bezug auf bevorzugte Leistungserbringer aufgrund von Sondervereinbarungen
- Servicequalität gegenüber dem Patienten

Offene Punkte:

- Datenschutz und Datensicherheit
- Signatur
- Vernetzung (Anbindung der sonstigen Leistungserbringer an bestehende bzw. neue Netzwerkstrukturen)
- Einschränkung der freien Wahl der Leistungserbringer

- gevko erstellt Machbarkeitsstudie zur Umsetzung eVerordnung

- Reduktion von Prüfaufwand durch vorgezogene Regelprüfung
- Vermeidung von Medienbrüchen
- Reduktion von Abstimmungsprozessen der Prozessbeteiligten
- Schnelle Genehmigungsprozesse
- Prozessanpassung im Sinne der Entbürokratisierung
- Reduktion von Kosten durch effiziente Prozesse
- Steuerungsmöglichkeiten für Kostenträger



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!



HMM

Best in eHealth

Lösungen für die GKV

Produktlandkarte und
Integration in die Kassen-IT



Die HMM Deutschland in Zahlen

- ▶ >190 Mitarbeiter
- ▶ >12.000 angeschlossene Leistungserbringer
- ▶ >1,7 Mrd. € Auftragsvolumen p.a.
- ▶ >10 Mio. Transaktionen p.a.
- ▶ Alle Kostenträger über ZHP.X3 erreichbar
- ▶ Direkt angebundene Kostenträger mit >25 Mio. Versicherten



Marktposition – HMM-Produkte / -Prozesse



Welches **Problem**
gibt es zu **lösen**
?

überleitung

Verwaltungskosten

Prüfaufwand

Absetzungen

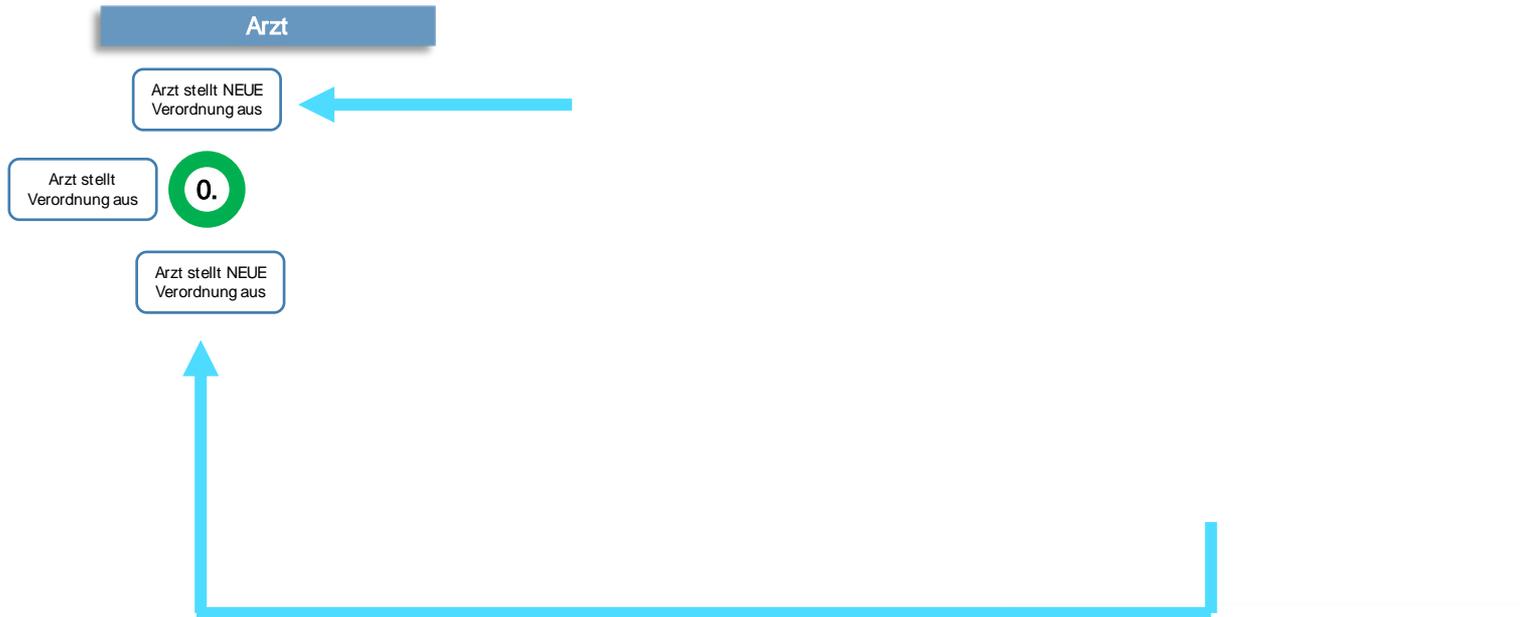
Kosten für externe Dienstleister

Unzufriedene Versicherte

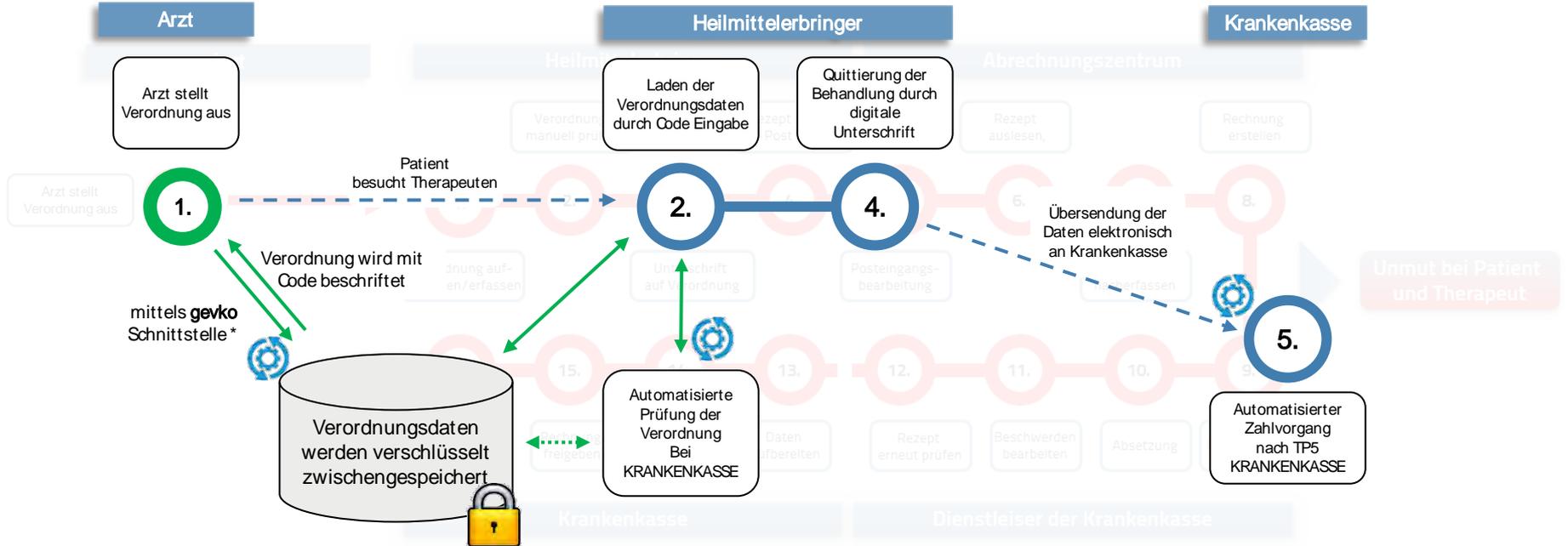
ca. **15-20%** der Rezepte sind von Absetzung bedroht

40.000 verärgerte Leistungserbringer

Heilmittel auf einen Blick: Alte Welt

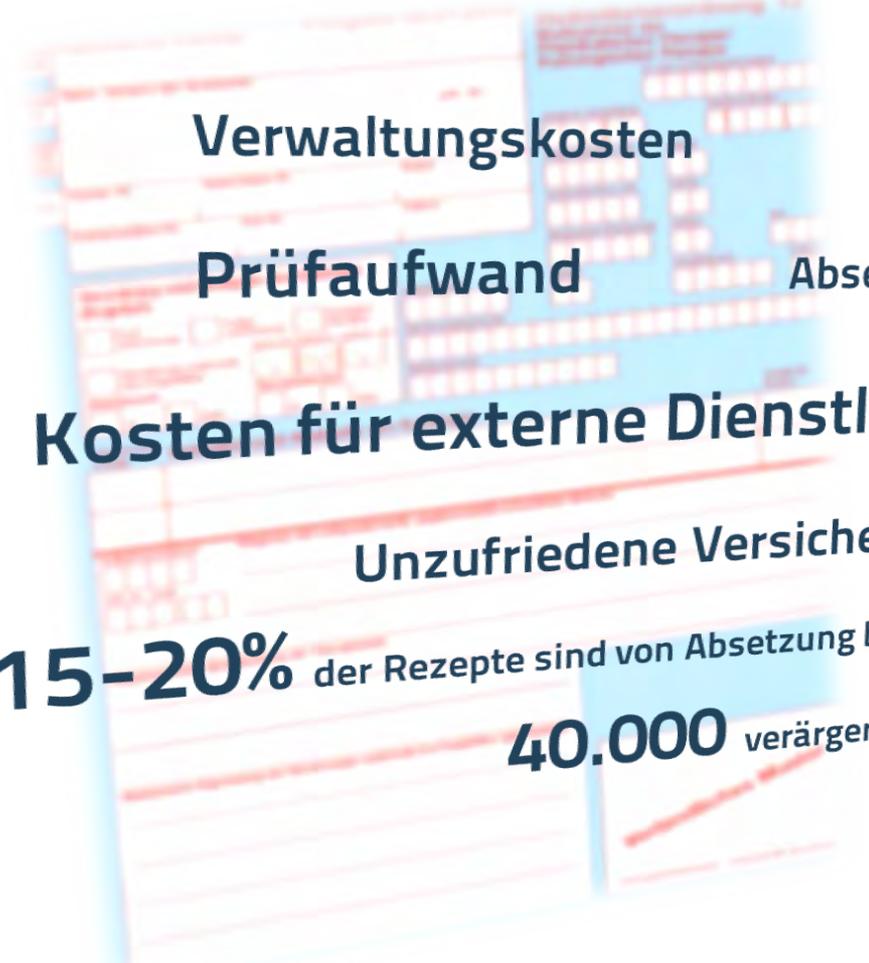


Heilmittel auf einen Blick: Neue Welt



* ist aufgeplant

Was ist der
praktische **Nutzen**
?



Verwaltungskosten
Prüfaufwand **Absetzungen**
Kosten für externe Dienstleister
Unzufriedene Versicherte
ca. 15-20% der Rezepte sind von Absetzung bedroht
40.000 verärgerte Leistungserbringer

- Lange Laufzeiten des Verfahrens
- Aufwändige und fehlerträchtige Medienbrüche
- Hohe Kosten des Verfahrens
- Unzufriedene Therapeuten
- Belastung der Ärzte im Fehlerfall
- „Ärzt hopping“

Heilmittelversorgung in der politischen Wahrnehmung

Arbeitspapier von Dr. Roy Kühne wird offizielles Positionspapier der AG Gesundheit im Bundestag

Forderungen

- Bessere Vergütung
- Geringere Verwaltungskosten für LE
- Rechts- und Verfahrenssicherheit
- Integration der Therapeuten in die Telematische Infrastruktur
- Neue Versorgungsformen, wie "Direct Access" oder "blanko Rezept"

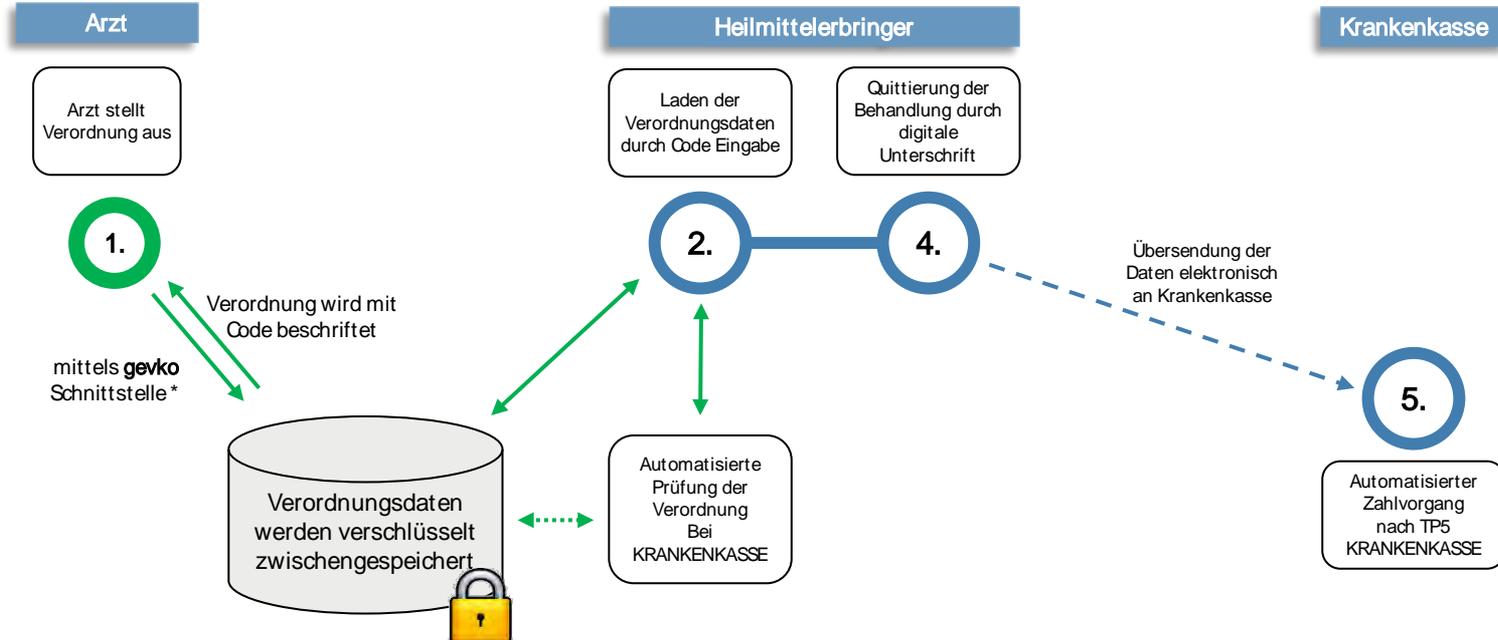


Prozesse wie sie sein sollten!

- ▶ Sekundenschnelle Prozesse
- ▶ Patientendaten unmittelbar verfügbar
- ▶ Behandlungskosten werden planbar
- ▶ Fehlerquote gegen Null ($\sigma < 0,06\%$)
- ▶ Keine Medienbrüche
- ▶ Keine Zusatzbelastung von Ärzten durch erneute Ausstellung von Verordnungen
- ▶ Keine verärgerten Patienten
- ▶ Kosteneinsparung
- ▶ „Patienten werden wie Privatpatienten behandelt“

Wie ist der
aktuelle **Stand**
?

Wie ist der aktuelle Stand?



* ist aufgeplant

GEVKO SYMPOSIUM 2015

VOM VERORDNER ZUM LEISTUNGSERBRINGER

- ELEKTRONISCHE VERORDNUNGSPRÜFUNG UND
GENEHMIGUNGSVERFAHREN

INHALT

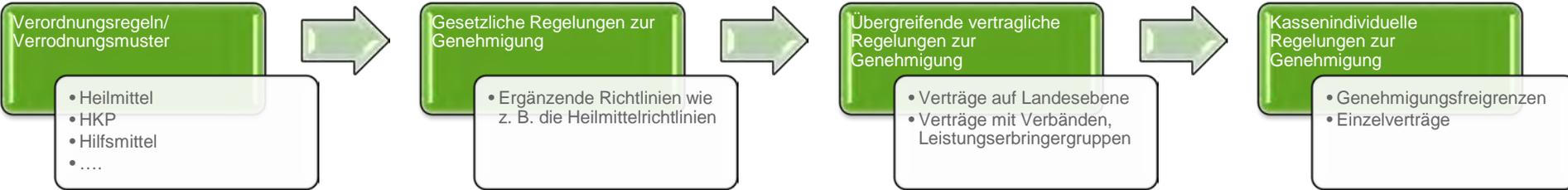
Prozessbetrachtung aus Sicht der GKV

Lösungsbausteine einer GKV

Quo Vadis?



VIELFÄLTIGE REGELUNGEN BEI DER GENEHMIGUNG



Verordnungsmuster/
Verordnungsmuster

- Heilmittel
- HKP
- Hilfsmittel
-

Gesetzliche Regelungen zur
Genehmigung

- Ergänzende Richtlinien wie
z. B. die Heilmittelrichtlinien

Übergreifende vertragliche
Regelungen zur
Genehmigung

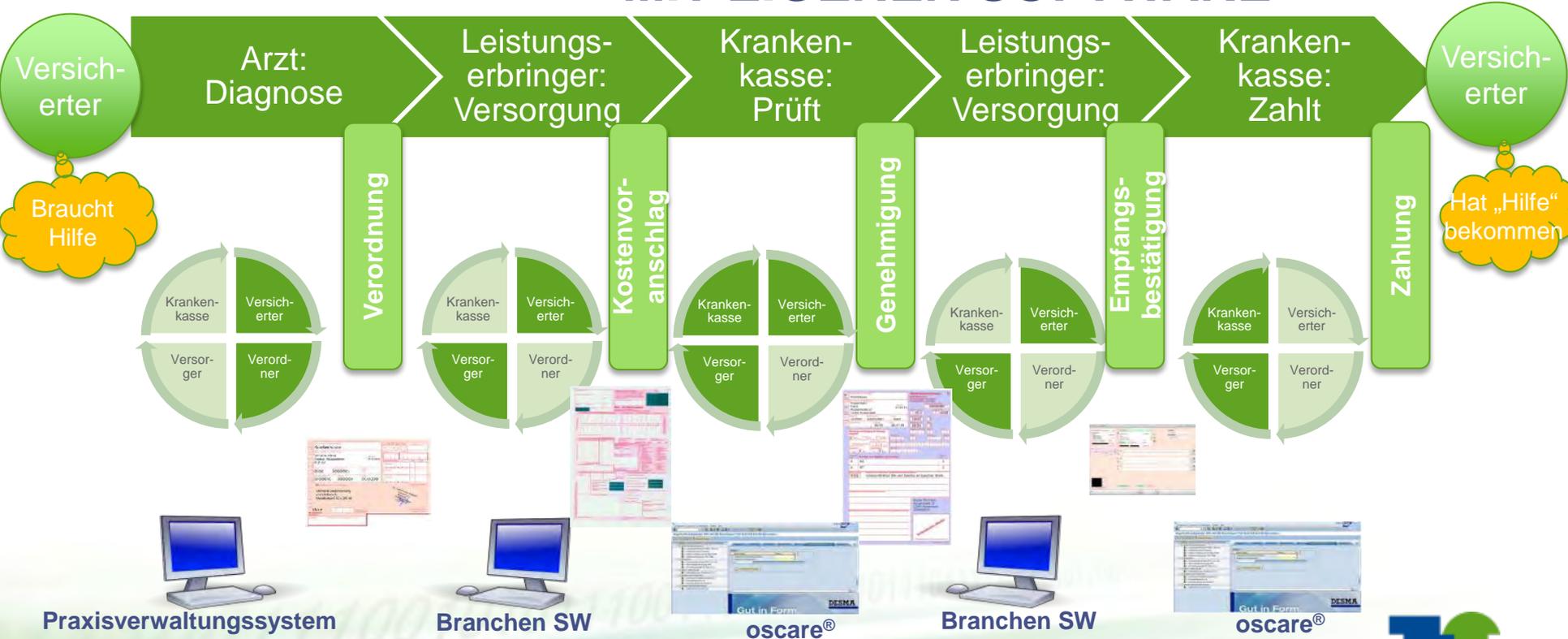
- Verträge auf Landesebene
- Verträge mit Verbänden,
Leistungserbringerguppen

Kassenindividuelle
Regelungen zur
Genehmigung

- Genehmigungsfreigrenzen
- Einzelverträge



VIELE BETEILIGTE IM PROZESS MIT EIGENER SOFTWARE

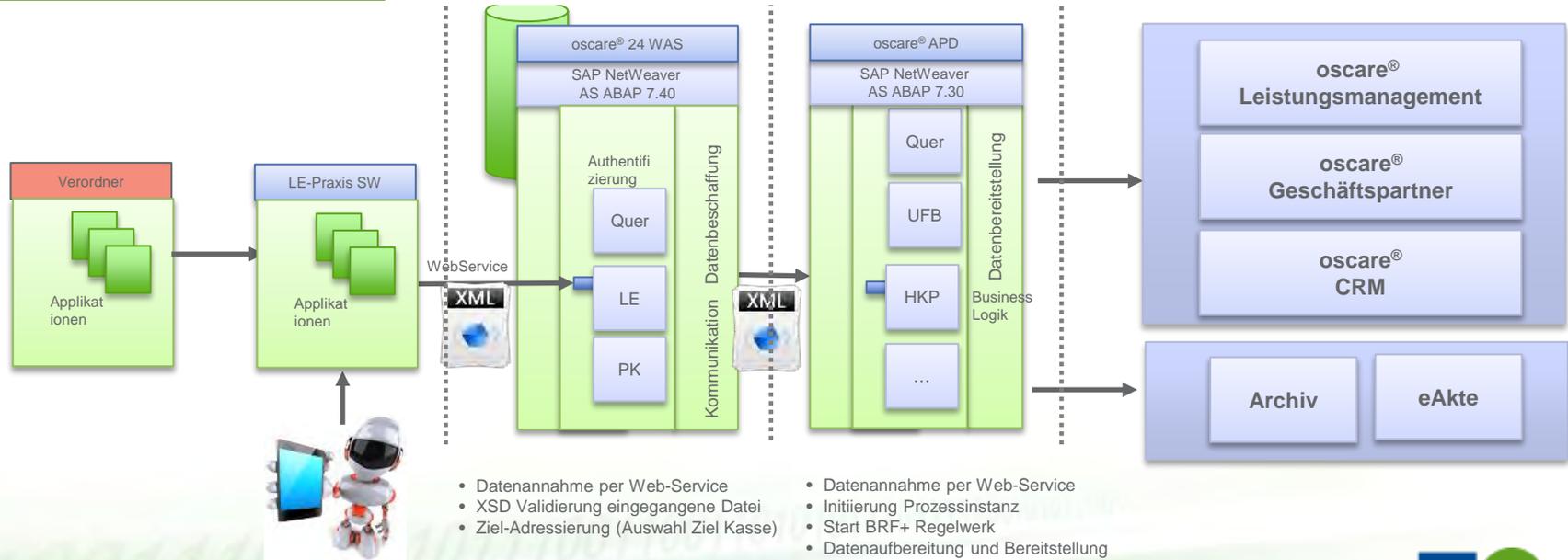


Technische Möglichkeiten zum Datenfluss in die GKV

Bearbeitung vor der Kasse

Annahme und Aufbereitung

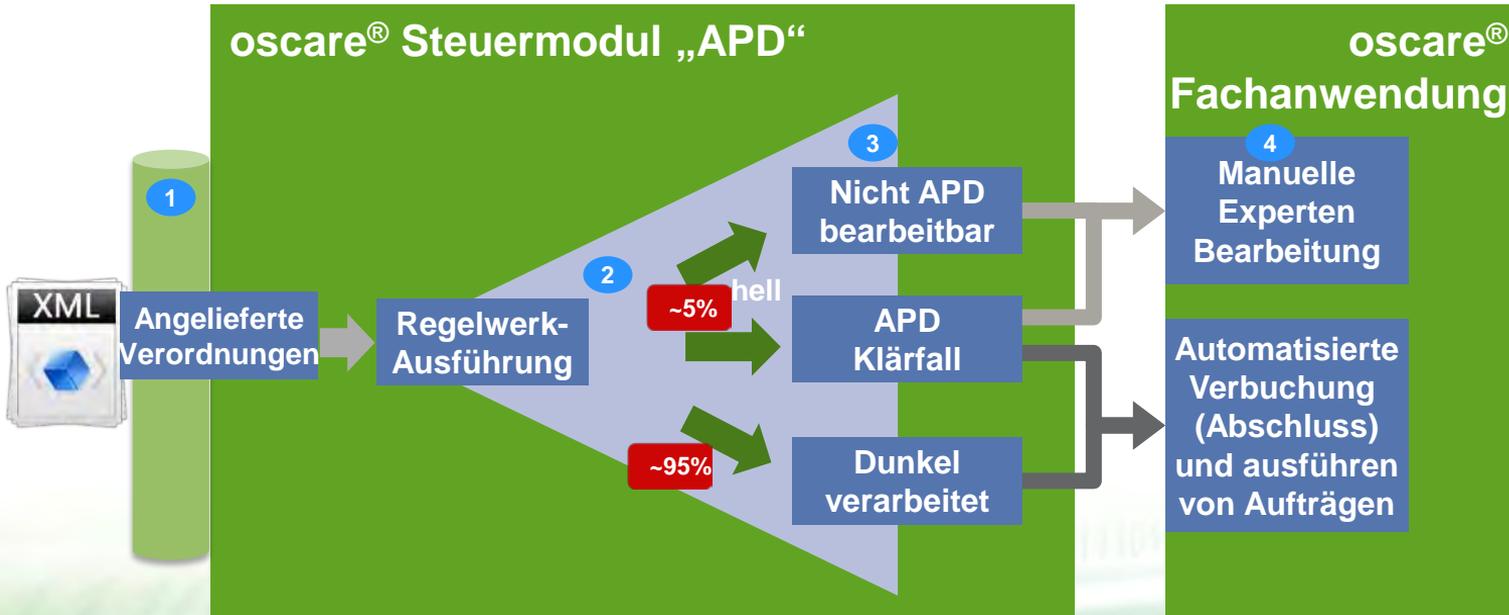
Bearbeitung in der Kasse



- Datenannahme per Web-Service
- XSD Validierung eingegangene Datei
- Ziel-Adressierung (Auswahl Ziel Kasse)

- Datenannahme per Web-Service
- Initiierung Prozessinstanz
- Start BRF+ Regelwerk
- Datenaufbereitung und Bereitstellung

„DUNKELQUOTE“ UND APD GRUNDPRINZIP ZIEL: MAXIMALE DUNKELQUOTE



- 1 „Alle“ Geschäftsvorfälle gehen ein
Die Geschäftsvorfälle werden sortiert durch das Regelwerk
- 2 Gemäß Sortierung erfolgt die Bearbeitung und Bereitstellung
- 3 Im Fachmodul erfolgt der finale Abschluss.
- 4

OSCARÉ® AUTOGENEHMIGUNG

Autogenehmigung nach definierten Regeln in der Fachanwendung

The screenshot displays the OSCARÉ software interface for a case titled "HKP Anz A123456789 Mustermann, Max 12.01.1950".

Case Overview (Left Panel):

- Fall 1234000012348899 Übersicht (offen)
- 099) 15.03.2011-31.12.2011 LES3066
- 008) 28.02.2011-14.03.2011 LES3066
- 007) 01.01.2011-31.12.2011 LES3066
- 006) 11.02.2011-18.02.2011 LES3066
- 005) 30.07.2010-31.12.2010 LES3066
- 004) 15.07.2010-29.07.2010 LES3066
- 003) 07.07.2010-31.12.2010 LES3066
- 002) 23.06.2010-06.07.2010 LES3066
- 001) 24.06.2010-06.07.2010 LES3066

Table of Actions (Center Panel):

| Bez. | Thema | Titel | Erstellt am | Erstellt um | Erstellt von | Wiedervorlage | Status | Folgt... | Bez.Komplet |
|------|-------------|----------------------|-------------|-------------|--------------|---------------|--------|----------|-------------|
| | Beziehung | | 08.12.2011 | 13:11:56 | Sabine Alt | | gültig | Folgt | teilweise |
| | Widerspruch | Widerspruch | 05.08.2011 | 12:12:39 | Ute Klein | | gültig | TKA | schlicht |
| | Laufzeit | Laufzeit | 29.07.2010 | 08:29:16 | Isa Teif | | gültig | Folgt | schlicht |
| | Medikation | Medikation + Kontakt | 10.07.2010 | 12:48:53 | Otto Wels | | gültig | Folgt | schlicht |

Details (Bottom Center Panel):

Nachrichten: Kommunikat: telefonisch, am: 08.12.2011, Thema: , Wiedervorlage: , Benötigte: , Priorität: 0

Notizen: Teil: Rechnung
 Die Rechnung März 2011 (99,56 Euro) wird als Kulanzentscheidung von Fr. Wiese einmally bezahlt.

oscare-Sidepanel (Right Panel):

Leistungserbringer Ablehnungsquote

Amperstatus:

Fall: Fallnummer: 1234000012348899

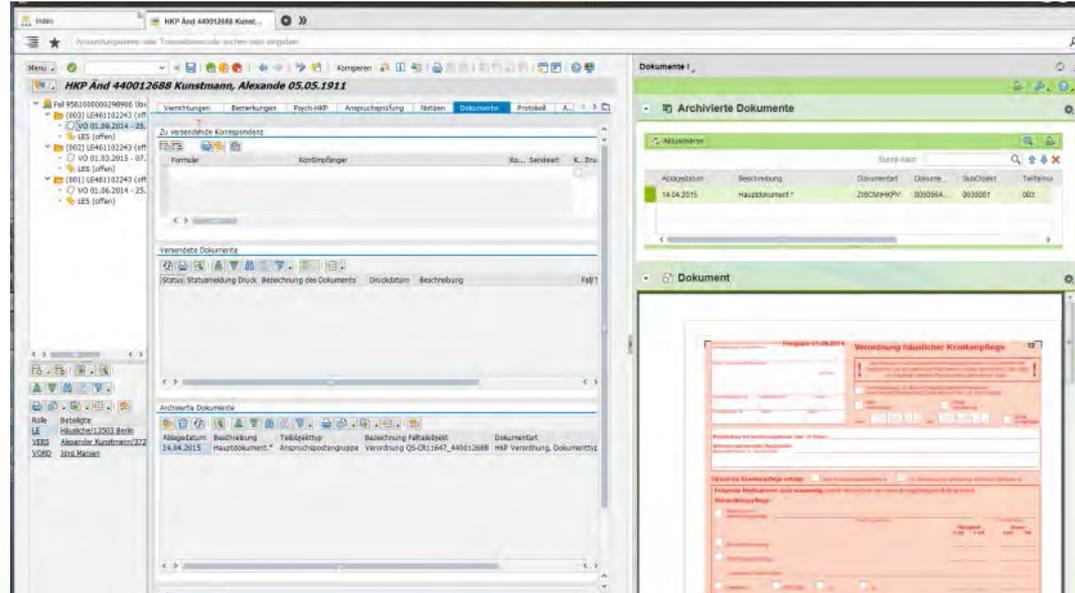
Leistungserbringer: Geschäftskürzel: 1001234567, Name 1: Ambulante Dienste, Name 2: Walter GmbH, Name 3:

Adresse: Straße: Hauptstraße, Hausnummer: 99, Postleitzahl: 12345, Ort: , Länderkürzel: DE

Ablehnungsquote: Akt. Quote des LE: 21,2 %, Gem.: 78,8 %, Durchschnittl. Quote: 45,2 %

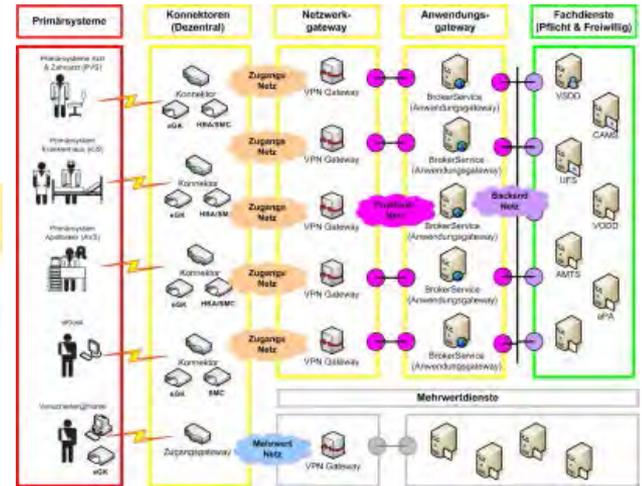
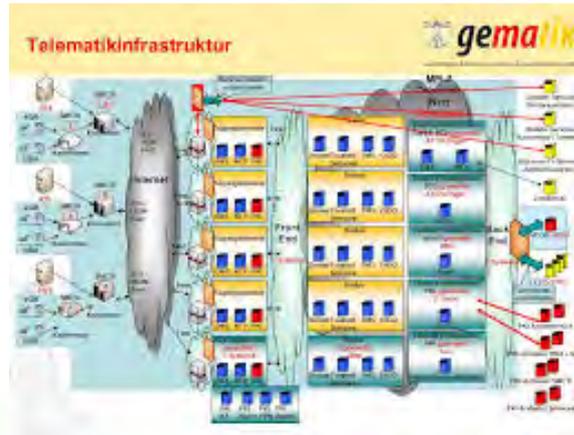
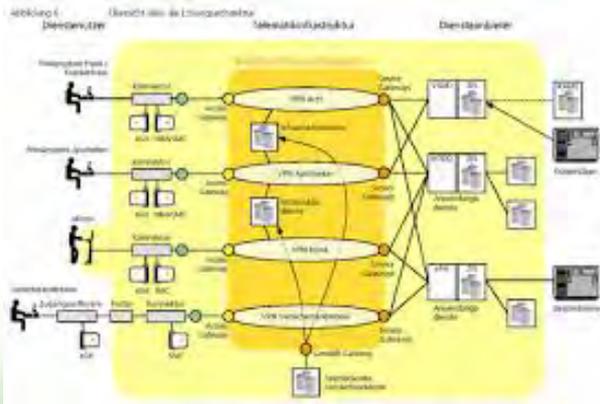
INTEGRATION VON IMAGE UND DATENSÄTZEN IN SACHBEARBEITUNG

- Fachprozess mit Image-Anzeige
- Nutzung eAkte
- Sachbearbeiter-Recherche von Anlieferungsdatensätzen



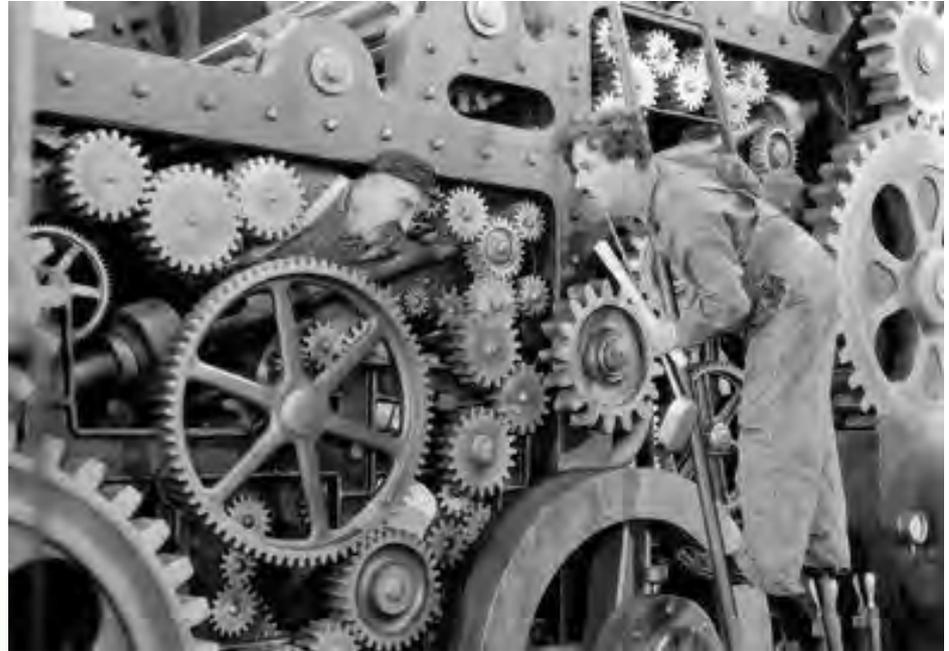
LÖSUNGSOPTION TELEMATIKINFRASTRUKTUR

- *Versicherter im Mittelpunkt?*
- *Integrativ aus Prozesssicht?*
- *Mit welcher Funktionalität?*
- *Bis wann verfügbar?*



ALTERNATIVE LÖSUNGSOPTIONEN NOTWENDIG?

- GKV Standards für
 - Verordnung und Genehmigungsdatensätze
 - Prozessmodelle und Elemente
- Integration der Standards bei Beteiligten
- Kommunikationsmöglichkeit der Beteiligten zu definieren



VIELEN DANK FÜR IHRE AUFMERKSAMKEIT

Monika Klein

Produktmanager Leistung

AOK Systems GmbH

Niederlassung Frankfurt
Breitlacher Str. 90
60489 Frankfurt

Telefon: +49 228-843-8923

Mobil: +49 173-866-8923

Monika.Klein@sys.aok.de

www.aok-systems.de



Michael Baumgärtner

Produktmanager Querschnitt

AOK Systems GmbH

Niederlassung Stuttgart
Brunnenstraße 47 c
70372 Stuttgart

Tel. +49 228 843 8660

Mobil +49 173 866 8660

michael.baumgaertner@sys.aok.de

www.aok-systems.de



Arzneimitteltherapiesicherheit - zwischen Technologie und Patientennutzen?



Arzneimitteltherapiesicherheit zwischen Technologie und Patientennutzen?

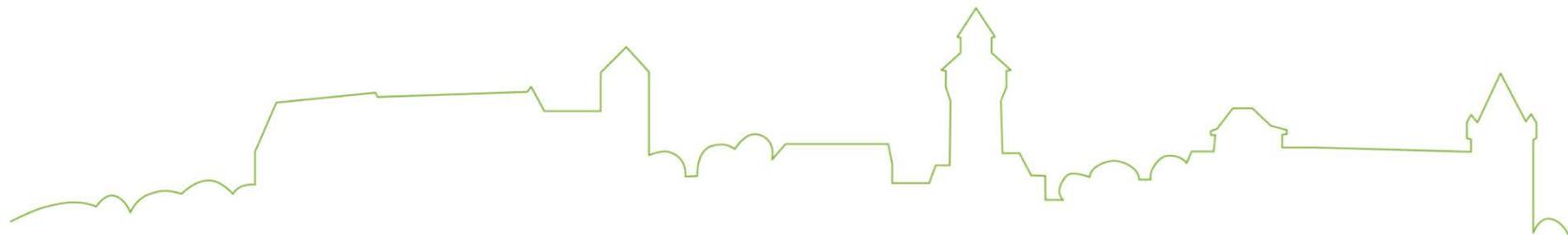
Dr. med. Veit Wambach

Vorstand Agentur Deutscher Arztnetze e.V.

Vorstand Gesundheitsnetz QuE eG

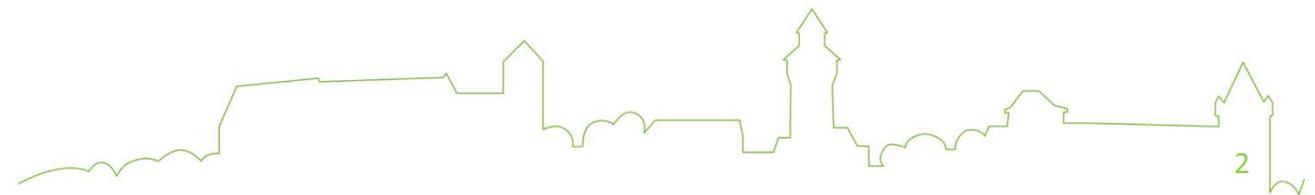
gevko-Symposium 2015

Berlin, 23.09.2015

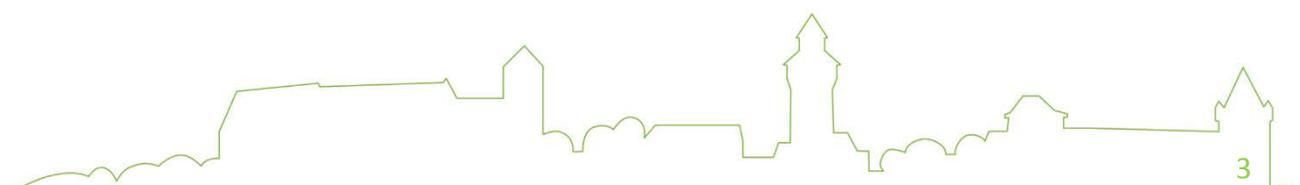


Gesundheitsnetz QuE eG Nürnberg

- Hervorgegangen aus dem Praxisnetz Nürnberg Nord PNN e.V.
- Gegründet als Genossenschaft am 19.04.2005
- Netzgebiet: Nürnberg Nord, Nürnberg Ost (ca. 120.000 Einwohner)
- Aktuell 129 Mitglieder (tätig in 32 Hausarzt- und 38 Facharztpraxen)
- Marktabdeckung Ärzteschaft: 45%
- Seit 2007 zertifiziert nach DIN EN ISO 9001
- Bayerische Gesundheitsregion seit 2012
- Anerkanntes Praxisnetz nach § 87b SGB V



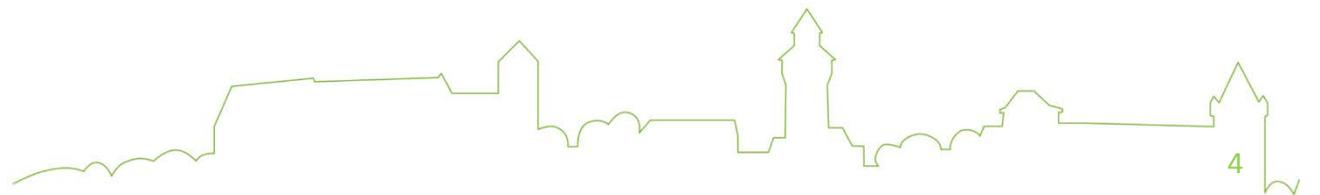
Ein Drittel der deutschen Ärzteschaft gehört Netzen an



Zielsetzung aller Arztnetze

- Vermeidung/Verringerung von Informationsbrüchen an den Schnittstellen HA-FA, ambulant-stationär etc.
- Schneller und zielgerichteter Informationsaustausch zwischen den Beteiligten
- Patientensicherheit und Patientenzufriedenheit
- Effizienter Einsatz der vorhandenen Ressourcen
- Nachweis überdurchschnittlicher Versorgungsqualität

**Arzneimitteltherapiesicherheit als zentrales Anliegen
und wichtige Grundlage zur Erreichung der Netzziele**



Spannungsfelder der Arzneimittelversorgung

Non-adherence und Polypharmakotherapie

NON-ADHERENCE

Kultur- und Schichtensible
Versorgung und Kommunikation!

50 % der
Medikamente
werden nicht
eingenommen



POLYPHARMAKO- THERAPIE

bedeutender
Risikofaktor für
unerwünschte
Arzneimittelereignisse
(UAW)

Therapieversagen
Krankenhausaufenthalte
Ambulante Zusatzkosten

Polypharmakotherapie ist bedeutender Risikofaktor

Polypharmakotherapie



Multimorbidität

Leitlinien in der Regel für Einzelerkrankungen!

- Etwa 6,8 Mio. GKV-Patienten ≥ 5 Wirkstoffe
- SVR: 35 % der Männer, 40 % der Frauen > 65 J. nehmen > 8 Wirkstoffe in Dauertherapie



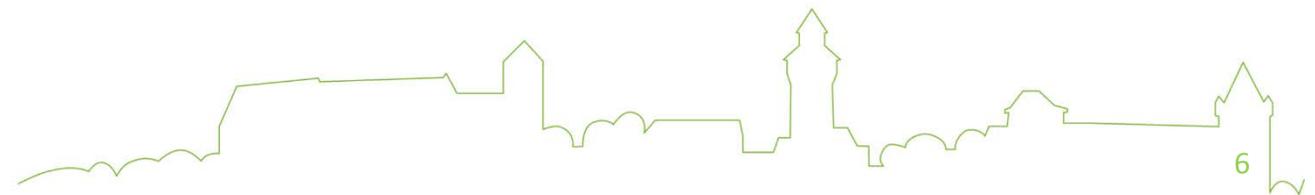
Selbstmedikation

- Über 40 % der abgegebenen Arzneimittel OTC
- 22 % der OTC-AM für Patienten > 65 Jahre



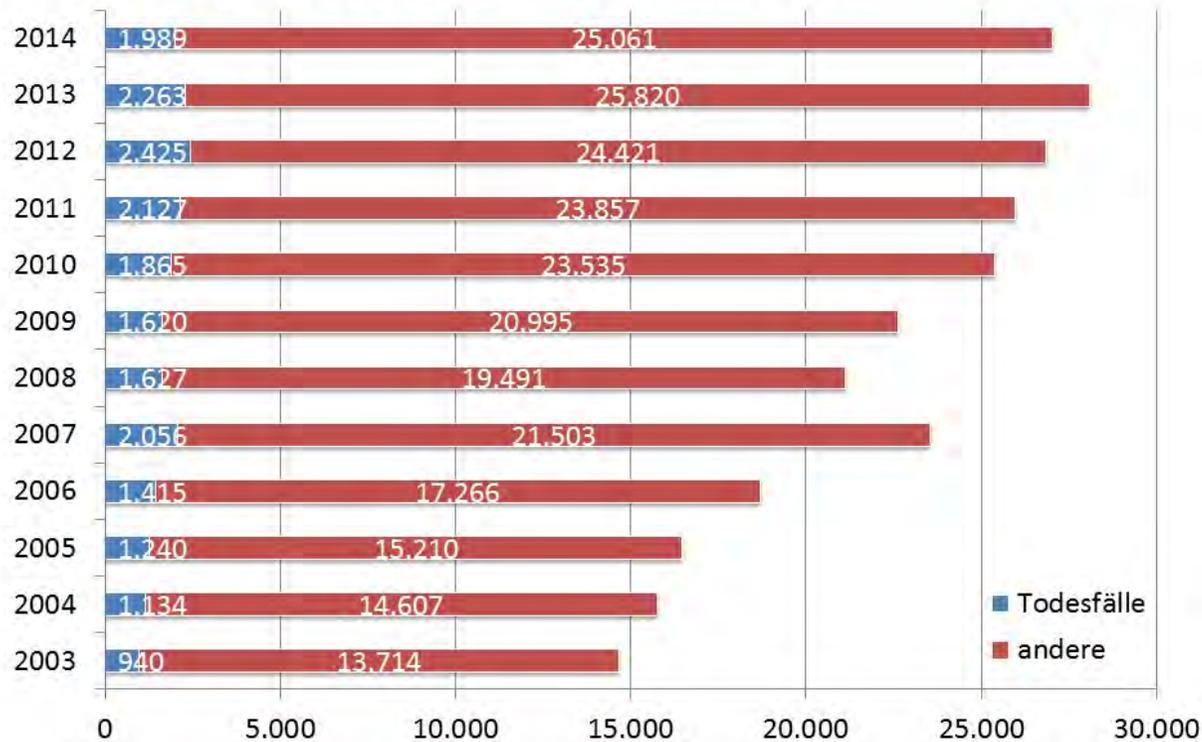
- Unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW)/Interaktionen →
- Unerwünschte Arzneimittelereignisse (UAE)
- mind. 5 % der Krankenhausaufenthalte aufgrund von UAE

Quelle: Thürmann 2007; ABDA 2009; ZI/DAPI 2010;
*Patienten mit mindestens fünf systemischen
Arzneimittel in der Dauermedikation



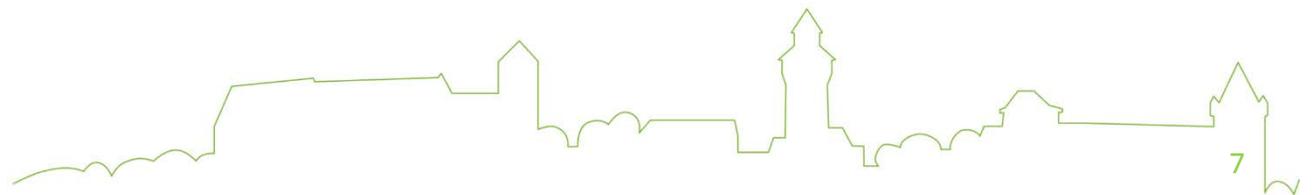
Unerwünschte Arzneimittelwirkungen UAW

Anzahl der UAW-Berichte (Inland, netto)
Zeitraum: 2003-2014, Gesamtzahl: 266.181



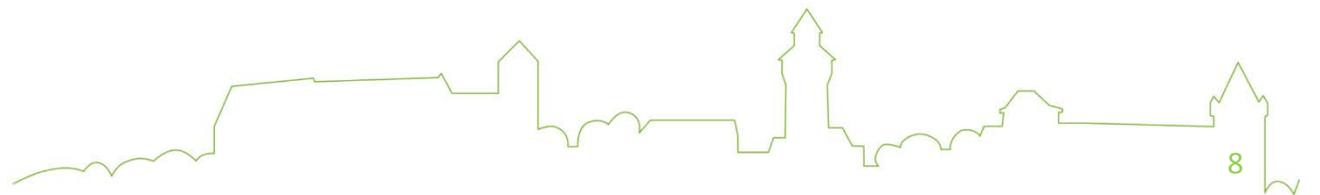
Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an: BfArM, Eingang zu UAW-Berichten, Sachstand BfArM, 76. Routinesitzung 21.05.2015.

- Nach den Ergebnissen von Übersichtsarbeiten und Studien sind schätzungsweise zwischen 5 und 10 Prozent aller internistischen KH-Aufenthalte auf UAW zurückzuführen
- 5 bis 10 Prozent aller Krankenhauspatienten erleiden schwere UAW, in der westlichen Welt zählen UAW zu den häufigeren Todesursachen (Schätzungen für Deutschland: 10.000 bis 60.000 Tote/Jahr)
- Ein erheblicher Teil dieser UAW – Experten gehen von 30 bis 50 Prozent aus – wird als vermeidbar eingestuft



Was ist Polypharmazie?

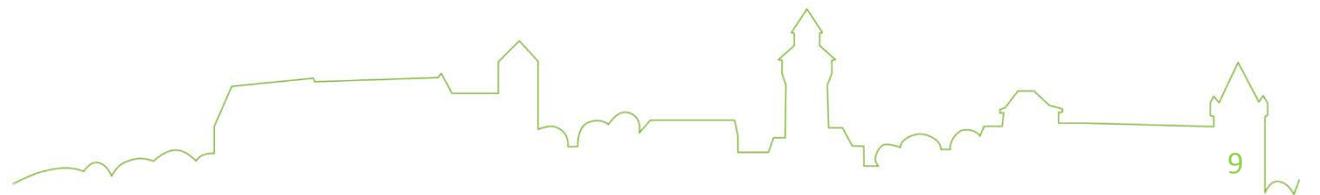
- Regelmäßig 3 oder mehr Arzneimittel (WHO)
- Gleichzeitig verschiedene „high-risk“ Arzneimittel (Golden 1999)
- ≥ 2 Arzneimittel an ≥ 240 d/y (Veehof 2000)
- ≥ 5 Arzneimittel (Jorgensen 2001)



Ausgangslage

Zahlreiche Untersuchungen haben gezeigt,

- dass Polypharmakotherapie vor allem bei älteren Patientinnen und Patienten sehr häufig vorkommt,
- vermehrt zu unerwünschten Arzneimittelwirkungen (UAW) und unverträglichen Wechselwirkungen zwischen Arzneimitteln führt,
- diese UAW und Wechselwirkungen höhere Kosten verursachen, insbesondere durch Hospitalisierungen,
- die Zahl der verordneten Arzneimittel aber durch eine individualisierte und risikominimierende Medikation reduziert werden kann,
- und dass dadurch Kosten bei mindestens gleichwertiger oder besserer Versorgungsqualität eingespart werden können und sich die Adherence der Patienten verbessert.



Polypharmazie: Auf der Suche nach einfachen Regeln im Alltag



Alten | Mitten im Leben

**Polypharmazie
2013**

Österreichische Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie
SMZ – Sophienspital, Apollogasse 19, 1070 Wien
ilse.howanietz@extern.wienkav.at, www.geriatrie-online.at



Leitliniengruppe
Hessen
Hausärztliche
Pharmakotherapie



DEGAM
Deutsche Gesellschaft für
Allgemeinmedizin und Familienmedizin

**Hausärztliche Leitlinie
Multimedikation**

Empfehlungen zum Umgang mit Multimedikation
bei Erwachsenen und geriatrischen Patienten

Konsentierung Version 1.00
16.01.2013

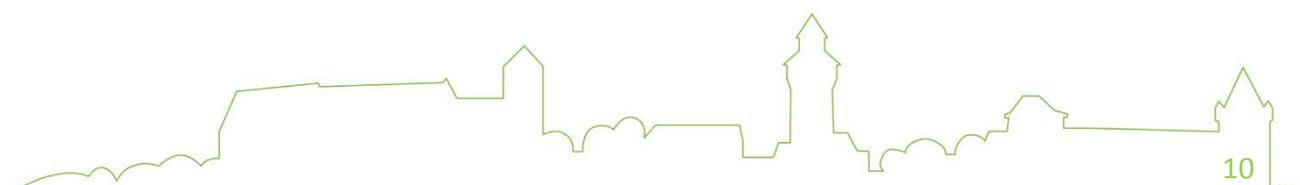
F. W. Resard



NHS
SCOTLAND

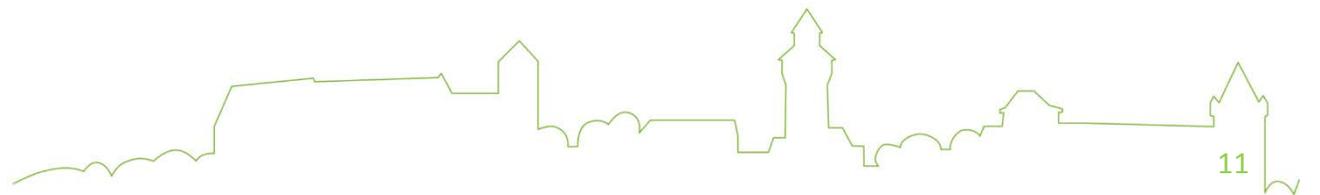
The Scottish
Government

**Polypharmacy Guidance
October 2012**



Weitere Treiber für Polypharmazie?

- Patienten werden durch mehrere (Fach-) Ärzte betreut
- AM-Therapien werden an- aber nicht abgesetzt
- Auftretende UAW werden mit neuen AM behandelt
- Häufig kein Ersatz von nicht wirkenden AM, sondern Addition einer neuen (hoffentlich) wirksamen AM-Therapien
- Zusätzliche Selbstmedikation (OTC) durch den Patienten selbst
- **Schnittstellenprobleme**
 - **Patient, Arzt, Apotheker, Krankenhaus, niedergelassener Bereich**
 - **Mangelndes Wissen**
 - **Mangelnde Information**
 - **Fehlendes Verständnis**



Spannungsfelder der Arzneimittelversorgung

Beispiel:

„Arzneimitteltherapiesicherheit“ an der Schnittstelle Arzt-Krankenhaus

Klinik

Kurzzeitgabe
wenig Nebenwirkungen
weniger UAWs
kein Regress
Einzelsubstanzen
Einnahme überwacht
1 Stationsarzt
Kein Rabattvertrag
KIS



oder



Praxis

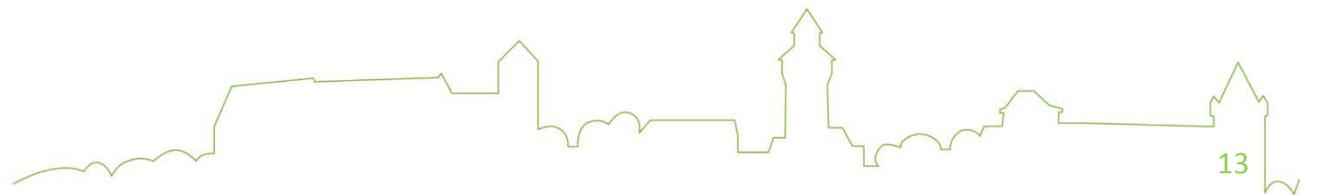
Langzeitgabe
„mehr“ Nebenwirkungen
„mehr“ UAWs
Regress möglich
Kombipräparate
Einnahme nicht überwacht
1 Hausarzt + Fachärzte
Rabattvertrag
PVS

Spannungsfelder der Arzneimittelversorgung

Beispiel: „Arzneimitteltherapiesicherheit“ an der Schnittstelle Arzt-Krankenhaus – Herausforderungen

Schnittstellenprobleme, Reibungsverluste

- **Krankenhausaufnahme**
 - **Warum?**
 - Arzneimitteltherapie, Polypharmazie, Interaktionen, UAW?
 - **Umstellung?**
 - Patienteninformation, Arztbrief, Entlassberatung
- **Hausarzt/Facharzt**
 - „Re-Umstellung“?
 - Berücksichtigung Rabattverträge, § 115 c et al.
 - Akzeptanz Klinik-Arztbrief
 - **Wiedereinweisung, Arztwechsel**



Beispielhafte Lösungsansätze

- Entscheidender Treiber für eine nachhaltige Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit sind **unabhängige Information** sowie **optimierte Kommunikation** auf allen Ebenen
- Die zunehmende (einheitliche) elektronische Vernetzung der Sektoren ist ein wichtiger Erfolgsfaktor
- Nachhaltige Verbesserungen erreichen wir allerdings nur über ein umfassendes Bündel an Maßnahmen, zum Beispiel:
- **Medikations-Check-up/Medikationsanalyse, z.B.**
 - Strukturierter Medikamentenabgleich bei mehr als 5 Wirkstoffen
 - Brown-Bag-Review mit Interaktions-Check unter Berücksichtigung der Leitlinien zu Polypharmakotherapie
 - Nach einem KH-Aufenthalt außerplanmäßiger Medikationscheck
 - Besprechung mit Patient mit auf die Situation des Patienten angepassten AMTS-Prüfungen (i.S. **informed consent**)

Beispielhafte Lösungsansätze

Personenbezogener Medikationsplan

- Strukturierte, zentrale Informationsquelle und Basis für die AMTS-Prüfung
- Primat: Patientensouveränität

Fach- und sektorenübergreifende QZ

- Umfassender strukturierter Informations- und Erfahrungsaustausch zwischen Haus- und Fachärzten aus Praxis und Klinik, Apothekern und externen Arzneimittelexperten
- Abstimmung eingesetzter Medikation, AM-Listen, Vermeidung von IA und UAW
- Unabhängige Patienteninformationen

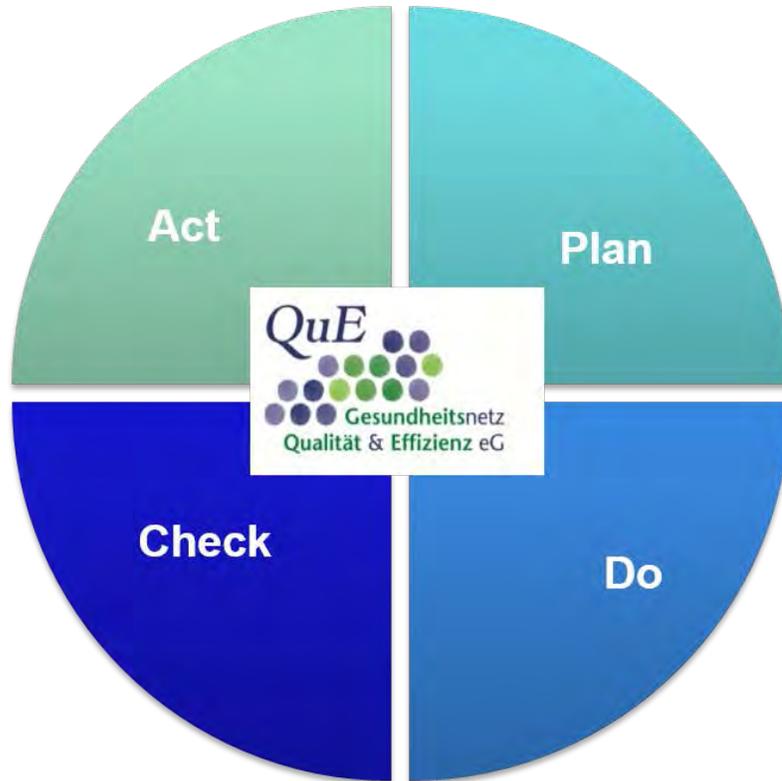
CIRS zum Thema rationale Pharmakotherapie und Treffen zur Analyse von Rückmeldungen

- Implementierung eines netzinternen CIRS mit anonymer Meldung von Problemen, insbesondere AMTS betreffend
- QZ-Diskussion mit Entwicklung von Empfehlungen zur Fehlervermeidung, (PDCA-Zyklus)

Unabhängige Informationen für Ärzteschaft und Patienten

Verringerung Polypharmakotherapie

Ansätze im Gesundheitsnetz QuE



Bedarfsanalyse

(u.a. Analyse Art und Umfang von bzw. Gründe für Polypharmakotherapie, PRISCUS-Verordnungsanalyse, Ermittlung „Adherence-Grad“, Erhebung Schulungsbedarf)

Umsetzung

(Sensibilisierung, Wissensvermittlung, Kleingruppenschulungen, Intersektorale Qualitätszirkelarbeit, Definition verbindlicher Verfahrensanweisungen, Anreize für zielgerichtetes Handeln setzen etc.)

Verringerung Polypharmakotherapie

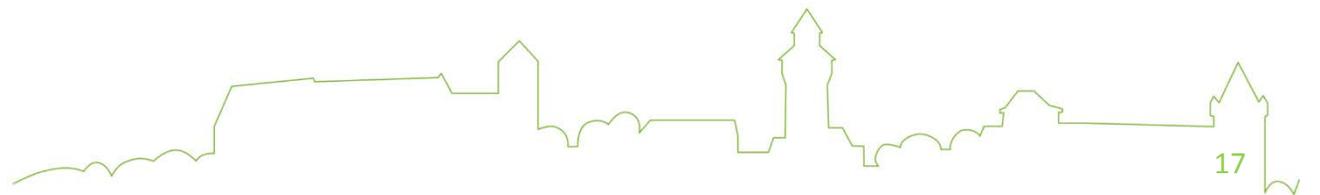
Umsetzungsmaßnahmen in QuE

Förderung unabhängiger Entscheidungen

- Alle QuE-Mitglieder haben exklusiven Zugang zum arznei-telegramm und zum ARZNEIMITTELBRIEF
- Experten der deutschen Arzneimittelkommission referieren regelmäßig in QUE

Förderung Qualitätszirkel- und Kleingruppenarbeit

- Verpflichtende und regelmäßige Kleingruppentreffen
- Intersektoraler QZ Pharmakotherapie
- QuE-internes Peer-Review-Verfahren



Beispiel für ein sektorübergreifendes QuE-Projekt

QZ intersektorale Pharmakotherapie

Gemeinsame Medikationslisten für verschiedene Fachgebiete erarbeitet
(u.a. Geriatrie, Pulmologie, Kardiologie, Gastroenterologie)

Nutzen:

- Vermeidung von Fehlern bei
 - Umstellung von Wirkstoffen
 - Änderung der Dosierung
 - Änderung der Einnahmezeitpunkte
 - Umstellung von Einzelsubstanzen stationär auf Kombipräparate ambulant
- Optimierung Adherence in der medikamentösen Therapie nicht nur auf der Ebene des Patienten, sondern auch auf der Arzzebene durch verbesserte gegenseitige Akzeptanz und Wertschätzung

Verringerung Polypharmakotherapie

Ansätze im Gesundheitsnetz QuE

Act

(v.a. Schulungs- und
Fortbildungsmaßnahmen,
Qualitätszirkelarbeit, Peer-Review)

Check

(auf Basis eigener Daten sowie auf
Datenbasis KVB, Krankenkassen)



BrAVo
Benchmark regionaler Arztnetz-Versorgung



Verringerung Polypharmakotherapie QuE-Auswertungsergebnisse

QuE-AOK-Vertrag: Anteil der älteren Patienten ohne Verordnung potenziell problematischer Wirkstoffe (PRISCUS)

74,75 %

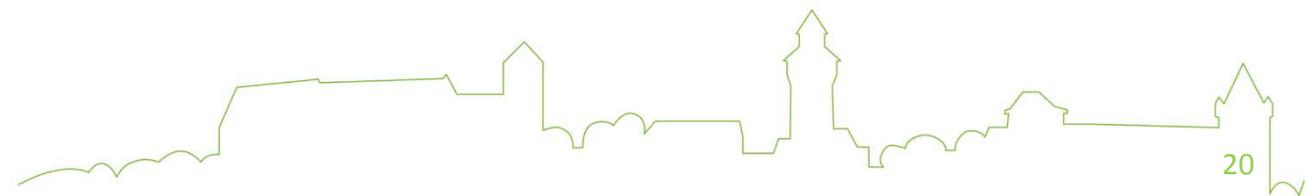
Verhältnis der eingeschriebenen Arzneimittelpatienten mit einem Alter > 64 Jahren, denen 2013 kein Medikament aus der PRISCUS-Liste verordnet wurde [2.232 Patienten], zu allen eingeschriebenen Arzneimittelpatienten, deren Alter > 64 Jahre beträgt [2.986 Patienten]

QuE-AOK-Vertrag: Anteil älterer Patienten ohne Polymedikation

55,39 %

Verhältnis der eingeschriebenen Arzneimittelpatienten mit einem Alter > 64 Jahren, denen 2013 nicht mehr als 5 Wirkstoffe innerhalb eines Quartals verordnet wurden [1.654 Patienten], zu allen eingeschriebenen Arzneimittelpatienten, deren Alter > 64 Jahre beträgt [2.986 Patienten]

Quelle: QuE-Qualitätsbericht 2014.



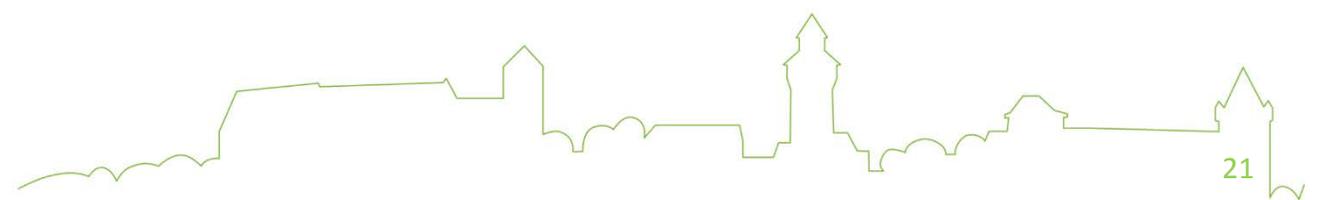
Verringerung Polypharmakotherapie QuE-Auswertungsergebnisse

PRISCUS-Verordnungen bei (allen) AOK-Versicherten im Zeitverlauf

Quelle: AOK Bayern. Eingeschlossen sind alle verordnenden QuE-Haus- und Facharztpraxen.

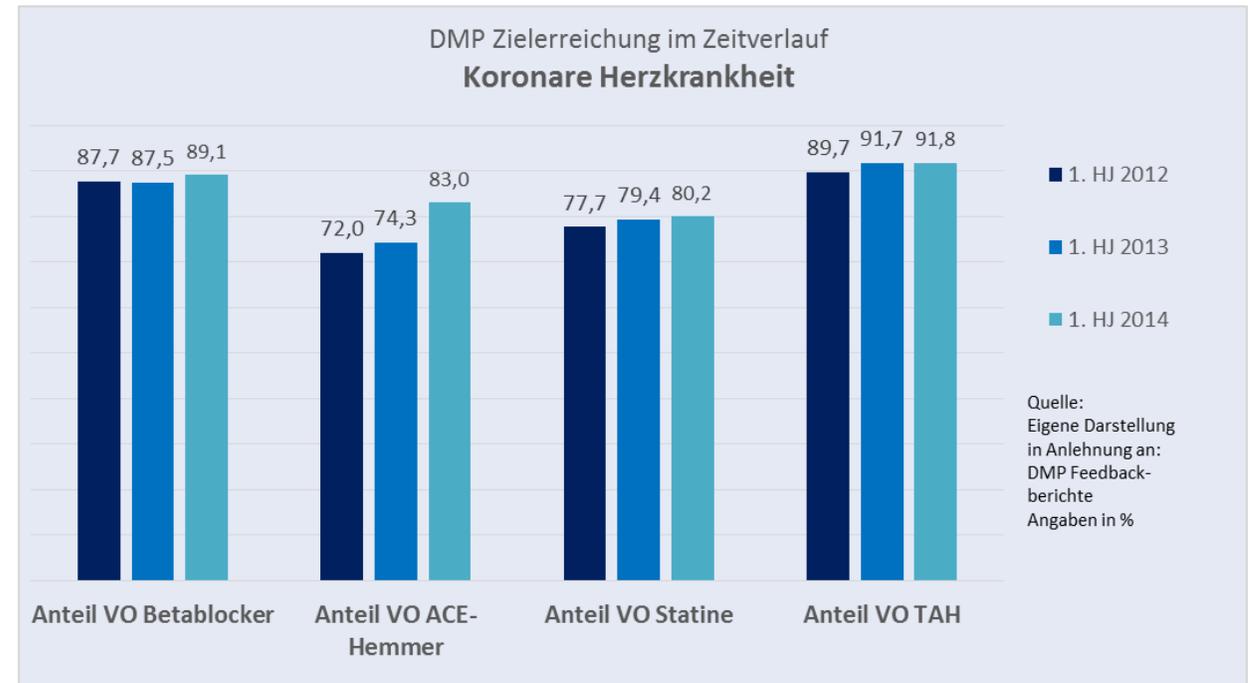
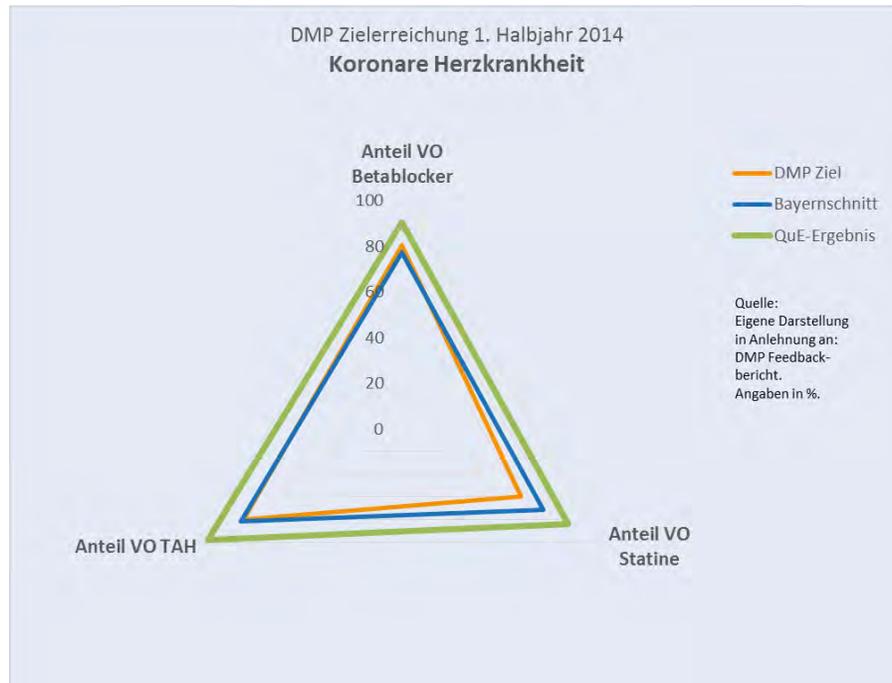
| Count | Zeit | | | | | | |
|--------------------------|---------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| PRISCUS_01 | All | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
| All | 408.795 | 45.846 | 62.932 | 64.300 | 72.846 | 77.262 | 85.609 |
| keine PRISCUS-Medikation | 385.827 | 42.739 | 58.926 | 60.519 | 68.699 | 73.326 | 81.618 |
| PRISCUS-Medikation | 22.968 | 3.107 | 4.006 | 3.781 | 4.147 | 3.936 | 3.991 |

| Count | Zeit | | | | | | |
|--------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| PRISCUS_01 | All | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
| keine PRISCUS-Medikation | 94,4% | 93,2% | 93,6% | 94,1% | 94,3% | 94,9% | 95,3% |
| PRISCUS-Medikation | 5,6% | 6,8% | 6,4% | 5,9% | 5,7% | 5,1% | 4,7% |

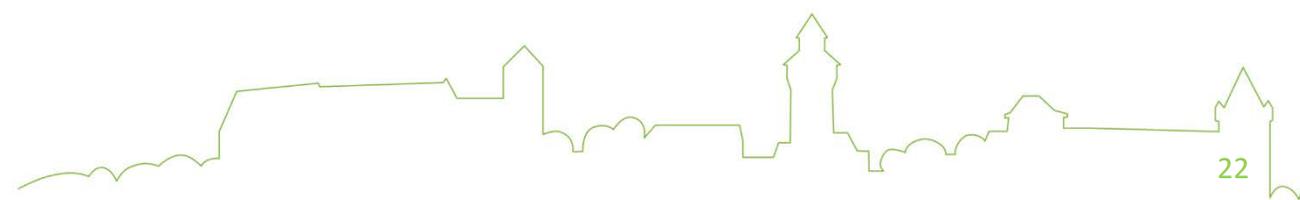


Verringerung Polypharmakotherapie QuE-Auswertungsergebnisse

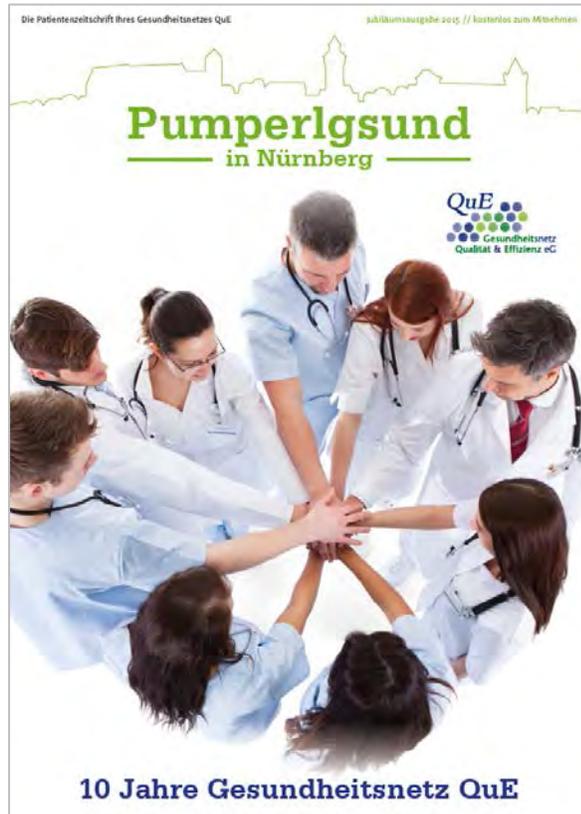
DMP-Zielerreichung Arzneimittelverordnung, z.B. KHK



Quelle: QuE-Qualitätsbericht 2014.



Vielen herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!



Kontakt QuE eG:

Telefon: 0911 95663280

@ info@drwambach.de

www.gesundheitsnetznuernberg.de

www.deutsche-arztnetze.de





Foto: Colourbox

Medikationsplan

AMTS – zwischen Technologie und Patientennutzen

**Gevko-Symposium
Berlin
22./23.09.15**

Dr. Gunther Hellmann



Arzneimitteltherapiesicherheit in DE

- Ergebnisse von Bates-Studie 1995
- Lipobay- und Vioxx-Skandal 2001, 2004
- eGK des Gesetzgebers 2004 - 2006: ...
 - AMTS-Datenmanagement
 - e-Health-Gesetz: eMP 2018 -
- Aktionsplan AMTS des BMG 2008-2010, ... 2016-2018
 - Definitionen, Medikationsfehler, Sound-alikes, UAW-Meldung und weitere
 - Medikationsplan (BMP) 2011 – 2016: Rollout
- bvitG: Schnittstelle AMTS-Subsysteme 2013 -
- gevko: MPAF 2014 -
- Weitere Projekte: CIRS, „Close-Loop-Medication“ im Krankenhaus, ATHINA mit Blankoformular



Aktionsplan: Medikationsplan

- Ausgangshypothese aus 2014 noch offen
„Eine Übersicht der medikamentösen Therapie des Patienten ist die Basis für Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) und trägt somit zur Verbesserung derselben bei.“
- Ausgangssituation:
mehrere Medikationspläne bekannt
 - Z.B. Arbeitsgruppe Heidelberg, Mainz u.a.
- BMG-Aktionsplan 2010–2012, 2013–2015
 - Spezifikation des „patientenbezogenen Medikationsplan“
 - Implementierung des Medikationsplans
- Fragestellung heute:
 - Ist der Bundes-MP für den Einsatz in unterschiedlichen Sektoren (Interoperabilität: IOP) geeignet?
 - Nutzen für den Patienten?

großer Kompromiss:

ABDA, ADKA
AkdÄ, BÄK, KBV
DKG
DPR

Patientenorganisationen
Krankenkassen
PVS, KIS, AVS
AM-DB-Hersteller
Experten



Medikationsplan (1)

Medikationsplan

für: Armin Müller

geb. am: 19.10.1959

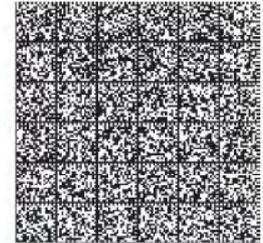
Seite 1 von 1

ausgedruckt von:

Apotheke am Sachsendamm
Thüringer Str. 22, 10555 Berlin
Tel.: 030-1234567

apo-sachsendamm@kbv-net.de

ausgedruckt am: 27.03.2014



| Wirkstoff | Handelsname | Stärke | Form | Mo | Mi | Ab | zN | Einheit | Hinweise | Grund |
|--------------------|--------------------------------------------|----------|------|----|----|----|----|---------|-------------------------------------------------------------------------|----------------|
| Metoprololsuccinat | Metoprololsuccinat 1A Pharma® 95 mg retard | 95 mg | TAB | 1 | 0 | 0 | 0 | Stck | Mit 1 Glas Wasser | Herz/Blutdruck |
| Ramipril | Ramipril-ratiopharm® | 5 mg | TAB | 1 | 0 | 0 | 0 | Stck | Mit ausreichend Flüssigkeit | Blutdruck |
| Clopidogrel | Clopidogrel Zentiva® | 75 mg | FTA | 0 | 0 | 1 | 0 | Stck | | Herz |
| Pantoprazol | Pantoprazol dura® | 20 mg | TMR | 1 | 0 | 0 | 0 | Stck | 1 Stunde vor der Mahlzeit | Magen |
| Insulin aspart | NovoRapid® Penfill® | 100 E/ml | PAT | 20 | 0 | 20 | 0 | I.E. | Wechseln der Injektionsstellen, unmittelbar vor einer Mahlzeit spritzen | Diabetes |
| Simvastatin | Simva-Aristo® | 40 mg | FTA | 0 | 0 | 1 | 0 | Stck | Mit ausreichend Flüssigkeit | Blutfette |
| Torasemid | Torsamid Hexal® | 5 mg | TAB | 1 | 0 | 0 | 0 | Stck | Mit etwas Flüssigkeit | Blutdruck |

Zeitlich befristete Medikation

| | | | | | | | | | |
|----------------|----------------------|--------|-----|----------------|--|--|------|-------------------|------------|
| Clarithromycin | Clarithromycin-TEVA® | 250 mg | FTA | alle 12 Std. 1 | | | Stck | von 1.4. bis 6.4. | Bronchitis |
|----------------|----------------------|--------|-----|----------------|--|--|------|-------------------|------------|

Selbstmedikation

| | | | | | | | | | | |
|---------------|---------------|--------|-----|---|---|---|---|------|----------------------------------------------------------------------|------------|
| Myrtol | GeloMyrtol® | 120 mg | KPS | 2 | 2 | 2 | 0 | Stck | Mind. Halbe Stunde vor dem Essen mit einem großen Glas kaltem Wasser | Bronchitis |
| Johanniskraut | Laif® Balance | 900 mg | FTA | 1 | 0 | 0 | 0 | Stck | Nach dem Frühstück | Stimmung |

Selbstmedikation bei Bedarf

| | | | | | | | | | | |
|-------------------|--------------------------------------|----------|-----|----------------|---|---|------|------|------------------------------------------------------------------|-----------------|
| Magnesium | Magnesium® Verla | 121,5 mg | BTA | bei Bedarf 1-2 | | | Stck | | Wadenkrämpfe | |
| Diphenhydramin-HC | Vivinox® Sleep Schlaftabletten stark | 50 mg | TAB | 0 | 0 | 0 | 1 | Stck | b. Bed. 30 min vor dem Schlafengehen mit ausreichend Flüssigkeit | Schlafstörungen |



Medikationsplan (2)

Medikationsplan

für: **Armin Müller**

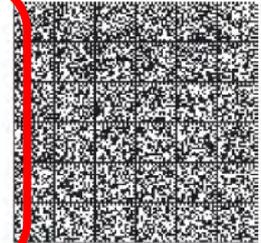
geb. am: **19.10.1959**

Seite 1 von 1

ausgedruckt von:

Apotheke am Sachsendamm
Thüringer Str. 22, 10555 Berlin
Tel.: 030-1234567
apo-sachsendamm@kbv-net.de

ausgedruckt am: **27.03.2014**



| Wirkstoff | Handelsname | Stärke | Form | Mo | Mi | Ab | zN | Einheit | Hinweise | Grund |
|--------------------|--------------------------------------------|----------|------|----|----|----|----|---------|-------------------------------------------------------------------------|----------------|
| Metoprololsuccinat | Metoprololsuccinat 1A Pharma® 95 mg retard | 95 mg | TAB | 1 | 0 | 0 | 0 | Stck | Mit 1 Glas Wasser | Herz/Blutdruck |
| Ramipril | Ramipril-ratiopharm® | 5 mg | TAB | 1 | 0 | 0 | 0 | Stck | Mit ausreichend Flüssigkeit | Blutdruck |
| Clopidogrel | Clopidogrel Zentiva® | 75 mg | FTA | 0 | 0 | 1 | 0 | Stck | | Herz |
| Pantoprazol | Pantoprazol dura® | 20 mg | TMR | 1 | 0 | 0 | 0 | Stck | 1 Stunde vor der Mahlzeit | Magen |
| Insulin aspart | NovoRapid® Penfill® | 100 E/ml | PAT | 20 | 0 | 20 | 0 | I.E. | Wechseln der Injektionsstellen, unmittelbar vor einer Mahlzeit spritzen | Diabetes |
| Simvastatin | Simva-Aristo® | 40 mg | FTA | 0 | 0 | 1 | 0 | Stck | Mit ausreichend Flüssigkeit | Blutfette |
| Torasemid | Torsamid Hexal® | 5 mg | TAB | 1 | 0 | 0 | 0 | Stck | Mit etwas Flüssigkeit | Blutdruck |

Zeitlich befristete Medikation

| | | | | | | | | | |
|----------------|----------------------|--------|-----|----------------|--|--|------|-------------------|------------|
| Clarithromycin | Clarithromycin-TEVA® | 250 mg | FTA | alle 12 Std. 1 | | | Stck | von 1.4. bis 6.4. | Bronchitis |
|----------------|----------------------|--------|-----|----------------|--|--|------|-------------------|------------|

Selbstmedikation

| | | | | | | | | | | |
|---------------|---------------|--------|-----|---|---|---|---|------|----------------------------------------------------------------------|------------|
| Myrtol | GeloMyrtol® | 120 mg | KPS | 2 | 2 | 2 | 0 | Stck | Mind. Halbe Stunde vor dem Essen mit einem großen Glas kaltem Wasser | Bronchitis |
| Johanniskraut | Laif® Balance | 900 mg | FTA | 1 | 0 | 0 | 0 | Stck | Nach dem Frühstück | Stimmung |

Selbstmedikation bei Bedarf

| | | | | | | | | | | |
|-------------------|--------------------------------------|----------|-----|----------------|---|---|------|------|------------------------------------------------------------------|-----------------|
| Magnesium | Magnesium® Verla | 121,5 mg | BTA | bei Bedarf 1-2 | | | Stck | | Wadenkrämpfe | |
| Diphenhydramin-HC | Vivinox® Sleep Schlaftabletten stark | 50 mg | TAB | 0 | 0 | 0 | 1 | Stck | b. Bed. 30 min vor dem Schlafengehen mit ausreichend Flüssigkeit | Schlafstörungen |



Medikationsplan (3)

Medikationsplan

für: **Armin Müller**

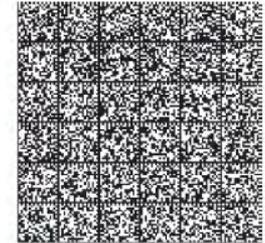
geb. am: **19.10.1959**

Seite 1 von 1

ausgedruckt von:
Apotheke am Sachsendamm
Thüringer Str. 22, 10555 Berlin
Tel.: 030-1234567

apo-sachsendamm@kby-net.de

ausgedruckt am: 27.03.2014



| Wirkstoff | Handelsname | Stärke | Form | Mo | Mi | Ab | zN | Einheit | Hinweise | Grund |
|--------------------|--------------------------------------------|----------|------|----|----|----|----|---------|-------------------------------------------------------------------------|----------------|
| Metoprololsuccinat | Metoprololsuccinat 1A Pharma® 95 mg retard | 95 mg | TAB | 1 | 0 | 0 | 0 | Stck | Mit 1 Glas Wasser | Herz/Blutdruck |
| Ramipril | Ramipril-ratiopharm® | 5 mg | TAB | 1 | 0 | 0 | 0 | Stck | Mit ausreichend Flüssigkeit | Blutdruck |
| Clopidogrel | Clopidogrel Zentiva® | 75 mg | FTA | 0 | 0 | 1 | 0 | Stck | | Herz |
| Pantoprazol | Pantoprazol dura® | 20 mg | TMR | 1 | 0 | 0 | 0 | Stck | 1 Stunde vor der Mahlzeit | Magen |
| Insulin aspart | NovoRapid® Penfill® | 100 E/ml | PAT | 20 | 0 | 20 | 0 | I.E. | Wechseln der Injektionsstellen, unmittelbar vor einer Mahlzeit spritzen | Diabetes |
| Simvastatin | Simva-Aristo® | 40 mg | FTA | 0 | 0 | 1 | 0 | Stck | Mit ausreichend Flüssigkeit | Blutfette |
| Torasemid | Torsamid Hexal® | 5 mg | TAB | 1 | 0 | 0 | 0 | Stck | Mit etwas Flüssigkeit | Blutdruck |

Zeitlich befristete Medikation

| | | | | | | | | | |
|----------------|----------------------|--------|-----|----------------|--|--|------|-------------------|------------|
| Clarithromycin | Clarithromycin-TEVA® | 250 mg | FTA | alle 12 Std. 1 | | | Stck | von 1.4. bis 6.4. | Bronchitis |
|----------------|----------------------|--------|-----|----------------|--|--|------|-------------------|------------|

Selbstmedikation

| | | | | | | | | | | |
|---------------|---------------|--------|-----|---|---|---|---|------|----------------------------------------------------------------------|------------|
| Myrtol | GeloMyrtol® | 120 mg | KPS | 2 | 2 | 2 | 0 | Stck | Mind. Halbe Stunde vor dem Essen mit einem großen Glas kaltem Wasser | Bronchitis |
| Johanniskraut | Laif® Balance | 900 mg | FTA | 1 | 0 | 0 | 0 | Stck | Nach dem Frühstück | Stimmung |

Selbstmedikation bei Bedarf

| | | | | | | | | | | |
|-------------------|--------------------------------------|----------|-----|----------------|---|---|------|------|------------------------------------------------------------------|-----------------|
| Magnesium | Magnesium® Verla | 121,5 mg | BTA | bei Bedarf 1-2 | | | Stck | | Wadenkrämpfe | |
| Diphenhydramin-HC | Vivinox® Sleep Schlaftabletten stark | 50 mg | TAB | 0 | 0 | 0 | 1 | Stck | b. Bed. 30 min vor dem Schlafengehen mit ausreichend Flüssigkeit | Schlafstörungen |



Medikationsplan (4)

Medikationsplan

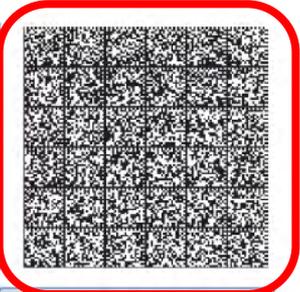
für: **Armin Müller**

geb. am: **19.10.1959**

Seite 1 von 1

ausgedruckt von:
Apotheke am Sachsendamm
Thüringer Str. 22, 10555 Berlin
Tel.: 030-1234567
apo-sachsendamm@kbv-net.de

ausgedruckt am: 27.03.2014



| Wirkstoff | Handelsname | Stärke | Form | Mo | Mi | Ab | zN | Einheit | Hinweise | Grund |
|--------------------|--------------------------------------------|----------|------|----|----|----|----|---------|-------------------------------------------------------------------------|----------------|
| Metoprololsuccinat | Metoprololsuccinat 1A Pharma® 95 mg retard | 95 mg | TAB | 1 | 0 | 0 | 0 | Stck | Mit 1 Glas Wasser | Herz/Blutdruck |
| Ramipril | Ramipril-ratiopharm® | 5 mg | TAB | 1 | 0 | 0 | 0 | Stck | Mit ausreichend Flüssigkeit | Blutdruck |
| Clopidogrel | Clopidogrel Zentiva® | 75 mg | FTA | 0 | 0 | 1 | 0 | Stck | | Herz |
| Pantoprazol | Pantoprazol dura® | 20 mg | TMR | 1 | 0 | 0 | 0 | Stck | 1 Stunde vor der Mahlzeit | Magen |
| Insulin aspart | NovoRapid® Penfill® | 100 E/ml | PAT | 20 | 0 | 20 | 0 | I.E. | Wechseln der Injektionsstellen, unmittelbar vor einer Mahlzeit spritzen | Diabetes |
| Simvastatin | Simva-Aristo® | 40 mg | FTA | 0 | 0 | 1 | 0 | Stck | Mit ausreichend Flüssigkeit | Blutfette |
| Torasemid | Torsamid Hexal® | 5 mg | TAB | 1 | 0 | 0 | 0 | Stck | Mit etwas Flüssigkeit | Blutdruck |

Zeitlich befristete Medikation

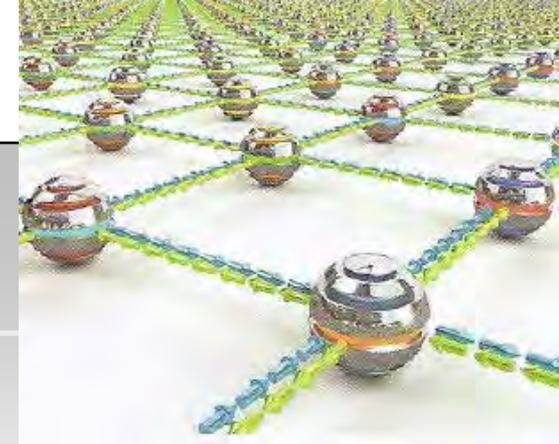
| | | | | | | | | | |
|----------------|----------------------|--------|-----|----------------|--|--|------|-------------------|------------|
| Clarithromycin | Clarithromycin-TEVA® | 250 mg | FTA | alle 12 Std. 1 | | | Stck | von 1.4. bis 6.4. | Bronchitis |
|----------------|----------------------|--------|-----|----------------|--|--|------|-------------------|------------|

Selbstmedikation

| | | | | | | | | | | |
|---------------|---------------|--------|-----|---|---|---|---|------|----------------------------------------------------------------------|------------|
| Myrtol | GeloMyrtol® | 120 mg | KPS | 2 | 2 | 2 | 0 | Stck | Mind. Halbe Stunde vor dem Essen mit einem großen Glas kaltem Wasser | Bronchitis |
| Johanniskraut | Laif® Balance | 900 mg | FTA | 1 | 0 | 0 | 0 | Stck | Nach dem Frühstück | Stimmung |

Selbstmedikation bei Bedarf

| | | | | | | | | | | |
|-------------------|--------------------------------------|----------|-----|----------------|---|---|------|------|------------------------------------------------------------------|-----------------|
| Magnesium | Magnesium® Verla | 121,5 mg | BTA | bei Bedarf 1-2 | | | Stck | | Wadenkrämpfe | |
| Diphenhydramin-HC | Vivinox® Sleep Schlaftabletten stark | 50 mg | TAB | 0 | 0 | 0 | 1 | Stck | b. Bed. 30 min vor dem Schlafengehen mit ausreichend Flüssigkeit | Schlafstörungen |



MP = Schnittstelle = IOP?

Ist der MP eine Schnittstelle?

- Die strukturieren Daten inkl. deren Bedeutung sind definiert.
- Einlesen (Barcode / Carrier) in die Systeme und Ausdruck (inkl. Carrier)
- Immer nur für einen Patienten, aktueller Medikationsstatus

Interoperabilität (IOP) sicherstellen

- Probleme: Zeichensatz, AM-DB, Datenmodell, Syntax, Semantik
- Ca. 150 PVS, 40 AVS, 20 KIS mit Subsystemen, 10 Pflegesysteme ...
- Auf Ebene des Ausdruckes und der elektronischen Nutzung

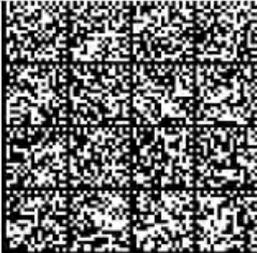
Chance

- Alle Systeme können Medikationsdaten gleichmäßig verstehen.



Implementierung und Test

- Harmonisierte Dokumente (Spezifikation ...)
- 110 positive Testdaten (anonymisierte Echtdate; abrufbar)
- 110 negative Testdaten (Syntax und Semantikfehler)
- 5 conhIT-Testfälle für Live-Demonstration

| | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| Medikationsplan Seite 1 von 1  | für: Anna Testmaus ausgedruckt von: Dr. Muster Musterstr. 15, 12345 Musterdorf Tel: 01234-56789 E-Mail: mustermail@mustermail.de | geb. am: 01.01.1932 Unverträglichkeit: Cortison ausgedruckt am: 12.03.2015 |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|

| Wirkstoff | Handelsname | Stärke | Form | Mo | Mi | Ab | zN | Einheit | Hinweise | Grund |
|---------------------|--------------------|--------|------|----|-----|----|----|---------|----------|---------------|
| Levothyroxin | EUTHYROX 75 MI... | 0,07mg | Tabl | 1 | 0 | 0 | 0 | Stück | | Schilddrüse |
| Clopidogrel 75mg... | CLOPIDOGREL AA... | 75mg | Tabl | 0 | 1 | 0 | 0 | Stück | | Blutverdünner |
| Gabapentin 400m... | GABAPENTIN 1A P... | 400mg | Kaps | 0 | 0 | 0 | 2 | Stück | | Epilepsie |
| Metoclopramid hy... | MCP AL 10 | 10mg | Tabl | 1 | 1 | 1 | 1 | Stück | | Magen, Darm |
| Clonazepam | RIVOTRIL 0.5MG | 0,50mg | Tabl | 0 | 0,5 | 0 | 1 | Stück | | Restless legs |
| Simvastatin 20mg... | SIMVABETA 20MG... | 20mg | Tabl | 0 | 0 | 0 | 2 | Stück | | Cholesterin |



IOP-Tests - Ergebnisse

- 8 Hersteller aus den Bereichen Apotheke, Arztpraxis / MVZ und Krankenhaus / Pflege haben sich beteiligt.
- Drei Phasen der Überprüfung resultieren:
 - Verbesserungsprüfung: Hersteller nutzen Vorprüfung, um Abweichungen zu identifizieren und auszuräumen.
 - Hauptprüfung aus
 - Sichtprüfung des Papierausdruckes
 - Einlesen des 2D-Barcodes
 - Elektronsicher Analyse der Syntax und Semantik (AM-DB-Inhalte)
 - Gegenseitige Prüfung und live





Abweichungen

| | | |
|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|---------------|
| Kombi-Präp. | Kalinor | |
| Kaliumcitrat 1H ₂ O Kaliumhydrogencarbonat | KALINOR® 1,56g K/2,5g Citrat 15 Brausetbl. | 2,17 g 2 g |

- Vorprüfung: 6 – 25 Fehler pro Produkt
- die schnell zu beheben sind (z.B.: 1-0-1-“ „).
 - Im Ausdruck: unzureichende Abstände (Ruhezone) mittels Schablone leicht identifizierbar.
 - Im Carrier: zu lange Datenfelder, falsche Zeichenketten-Konvertierung oder fehlerhafte PZNs (213419 statt 00213419)
- Schwer zu behebende Abweichungen:
 - 2 vs. 3 Wirkstoffe für dasselbe Präparat; was ist hier richtig?
Grund: unterschiedliche AM-DBs im Einsatz
- Deutliche Abweichungen, ergänzende Spalten für
 - AM-Bilder bzw.
 - Angaben zum Einnahmezeitraum

| | |
|--|------------------|
| | Intervall |
| | tgl. |
| | |

Was ist dem Patienten zumutbar?



- Reihenfolge
- Skalierung der Einheit
- Bezugsgröße
- Schreibweise
- Kürzen

Beisp. Abweichungen

| Wirkstoff | Handelsname | Stärke |
|------------------------------------|-------------------------------------------------|----------|
| Pantoprazol-Na 1,5H ₂ O | Pantoprazol - 1 A Pharma® 40mg 14 msr. Tbl. | 45,15 mg |
| Acetylsalicylsäure | ASS 100 - 1 A Pharma® TAH 50 Tbl. N2 | 100 mg |
| Torasemid | Torasemid - 1 A Pharma® 5mg 30 Tbl. N1 | 5 mg |
| Levothyroxin-Natrium | L-Thyroxin Aristo® 100µg 50 Tbl. N2 | 100 µg |
| Mirtazapin | Mirtazapin - 1 A Pharma® 15mg 10 Filmtbl. | 15 mg |
| Levetiracetam | Levetiracetam - 1 A Pharma® 250mg 50 Film... | 250 mg |
| Pipamperon-2HCl | Pipamperon 40 - 1 A Pharma® 20 Tbl. N1 | 48 mg |
| Tetrabenazin | Nitoman® 25mg 112 Tabletten N2 | 25 mg |
| Tiaprid-HCl | Tiaprid AL 200mg 20 Tbl. N1 | 222,2 mg |
| Lactulose | Lactulose - 1 A Pharma® 200ml Sirup N1 | 3,3 g |
| Metamizol-Na 1H ₂ O | Novaminsulfon - 1 A Pharma® Tropf. 20ml N1 | 500 mg |

| Wirkstoff | Handelsname | Stärke |
|----------------------|-------------------------------------|----------|
| Pantoprazol | Pantoprazol-1A Pharm a 40mg | 40 mg |
| Lactulose | | 3,335... |
| Metamizol natrium... | Novaminsulfon Tropfe n-1A Pharma | 500 m... |
| Acetylsalicylsäure | ASS 100 - 1A Pharma TAH | 100 mg |
| Torasemid | Torasemid-1A Pharm a 5mg | 5 mg |
| Levothyroxin natrium | L-Thyroxin Aristo 100 g | 0,1 mg |
| Mirtazapin | Mirtazapin-1A Pharma 15mg | 15 mg |
| Levetiracetam | Levetiracetam - 1A Ph arma 250mg | 250 mg |
| Pipamperon | Pipamperon 40-1A Ph arma | 40 mg |
| Tetrabenazin | Nitoman 25mg | 25 mg |
| Tiaprid | Tiaprid AL 200mg | 200 mg |



Projekte als Vorreiter

- In den letzten Jahren
 - eMediPlan – Kommunikation Ärzte mit Krankenhaus (ZNA Fürth)
 - Schulung von Apothekern (Westphalen Lippe)
 - Smartphone-App für Patienten (FH-Dortmund)
 - MediPlan-Online – Apotheke mit Pflegeheim (Nürnberg)
 - Evaluation der manuellen Nutzung (Charité, Berlin)
 - ATHINA – Schulungskonzept, Brown Bag Erfassung (mehrere Bundesländer)
- Aktuell laufend
 - ARMIN – Arzneimittelinitiative Sachsen-Thüringen:
 - viele PVS und AVS sind ready
 - Medikationsplan für Diabetiker – TK und DAV
 - Rheinland-Pfalz
 - BMG-Förderprojekte (Lesbarkeit, Akzeptanz, Praktikabilität):
 - PRIMA (Sachsen-Thüringen)
 - MMP16 (Metropol-Medikationsplan 2016: Fürth-Erlangen-Nürnberg)
 - Klinikum Erfurt
- Weitere
 - Entscheiderfabrik: Klinikum Jena.
 - Heidelberg „Nimms richtig!“, Heilbronn ...



MP | 020 | DE | DE | 1 | 2
Erika-Annemarie |
Apotheke Winfried
Wald | 09876
Gewicht: 125 kg |
| 07381821 | | | 0-0
| 00055509 | | | 1-1-
| 01462754 | | | 1/2-
| 02340148 | | | 1/4-
| 06818546 | | | 1-0-
@Hautsalbe (Poli
täglich auf
\$418 |
...

Kritikpunkte - Diskussion

- Abläufe im Krankenhaus sind anders als in der Praxis
=> Auswirkung auf die Teststellung
- Interoperabilität konnte gezeigt werden, Vortests waren notwendig, viele Fehler konnten herausgefischt werden.
- Die Testfälle haben angeregt, weitere Fälle zu konzipieren.
- Schnelle und einfache Identifikation der Fehler:
 - klare Struktur der Gesamthematik.
- Abweichungen der AM-Inhalte
 - Harmonisierung der AM-DB-Hersteller
- Konformitätskonflikte bei Altdatenmigration (PVS)





Medikationsplan für: Michaela Mustermann geb. am: 13.12.1936

Seite 1 von 1
ausgedruckt von: Dr. Manfred Überall
Hauptstraße 55, 01234 Am Ort
Tel: 04562-12345
E-Mail: m.ueberall@mein-netz.de
ausgedruckt am: 12.12.2012

ARZNEIMITTEL THERAPIESICHERHEIT

| Wirkstoff | Handelsname | Stärke | Form | Mo | Mi | Ab | zH | Einheit | Hinweise | Grund |
|--------------------|---------------------|--------|------|----|----|----|----|---------|------------------------|-------------------|
| Ramipril | Ramipril STADA® N1 | 5mg | Tab. | 1 | 0 | 0 | 0 | Stück | während der Mahlzeiten | Bluthochdruck |
| Hydrochlorothiazid | HCT-durati® 25mg N2 | 25mg | Tab. | 1 | 0 | 0 | 0 | Stück | während der Mahlzeiten | Bluthochdruck |
| Clopidogrel | Plavix® 75 mg N1 | 75mg | Tab. | 0 | 0 | 1 | 0 | Stück | während der Mahlzeiten | art. Verschluss |
| Simvastatin | Simvastip® 20mg N2 | 20mg | Tab. | 0 | 0 | 1 | 0 | Stück | nach der Mahlzeit | erhöhte Blutfette |

Anwendung unter die Haut

| | | | | | | | | | | |
|---------------|------------------------|--|---------|----|---|----|--|----|-----------|----------|
| Insulin human | Insulin B. Braun Basal | | Spritze | 20 | 0 | 10 | | IE | sub cutan | Diabetes |
|---------------|------------------------|--|---------|----|---|----|--|----|-----------|----------|

Bedarfsmedikation

| | | | | | | | | | | |
|----------------|----------------------|--|-------|---|--------|---|---|-------|------------|-----------------|
| Glycerolnitrat | Corangin® Nitrospray | | Spray | | max. 3 | | | Hübe | akut | Herzschmerzen |
| | Vivinox® stark | | Tab. | 0 | 0 | 0 | 1 | Stück | bei Bedarf | Schlaflosigkeit |

Wichtige Angaben
Bitte messen Sie Ihren Blutdruck täglich!

Version 08-1 vom 15.07.2012 **Herstellerkennung: Firma MP-ready**

Diskussion

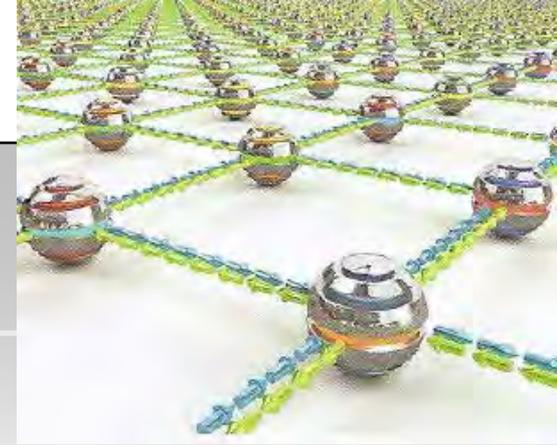
- Der MP erzwingt Umdenken?

- Bisher: „abends 1-2 Tabletten bei Schlafstörung“
- Vermischung von
 - Anweisung zur Dosierung: „abends 1-2“
 - Darreichungsform / Dosiereinheit: „Tabletten“
 - Behandlungsgrund: „Schlafstörung“

=> Große Chance, die Inhalte jetzt präziser zu fassen.

- Antworten:

- Der MP ist für den transsektoralen Einsatz geeignet.
- Herstellerlösungen sind interoperabel und lassen sich leicht überprüfen.



Ausblick

E-Health-Gesetz

- §31a: Der BMP ist bereits vor dem Rollout in Erprobung.
- Der Carrier ist der Kern für den eMP und den AMTS-Datensatz.

Patientennutzen

- Der Papierausdruck wird für die tägliche Einnahme benötigt!
- Die Visualisierungskomponente ermöglicht Übersicht und Fragen.
- Der direkte Zusammenhang zwischen elektronischen Daten und Ausdruck wird begreifbar.
- Der Patient muss sich beteiligen, er trägt den Plan / die Verantwortung.

Chance

- Mit dem einfachen Medium kann der Patient die Nutzung digitaler Anwendungen erlernen (Portal zu digitalen Gesundheitsdaten?)



Dass dies Realität wird, dafür engagiere ich mich!

Die Animation wurde von Herrn Wolfgang Mahler entwickelt.

Dr. Gunther Hellmann
Tel: 09131-815185
Fax: 09131-978564

HellmannConsult®, Erlangen
Mobil: 0151-11716890
E-Mail: g.hellmann@onlinemed.de

Arzneimitteltherapiesicherheit – zwischen Technologie und Patientennutzen

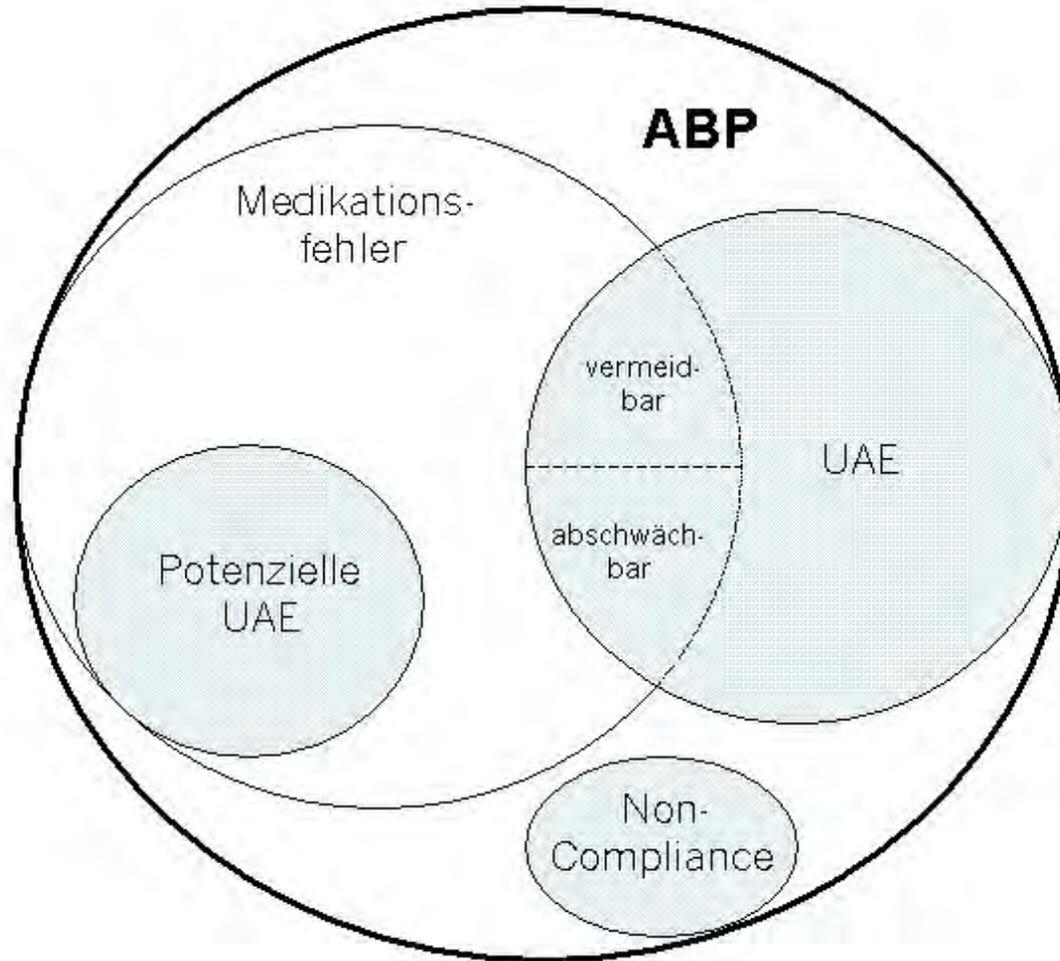
Petra A. Thürmann
HELIOS Klinikum Wuppertal
Lehrstuhl für Klinische Pharmakologie
Universität Witten/Herdecke

Hintergrund des ersten Aktionsplan AMTS des BMG – 2008/2009

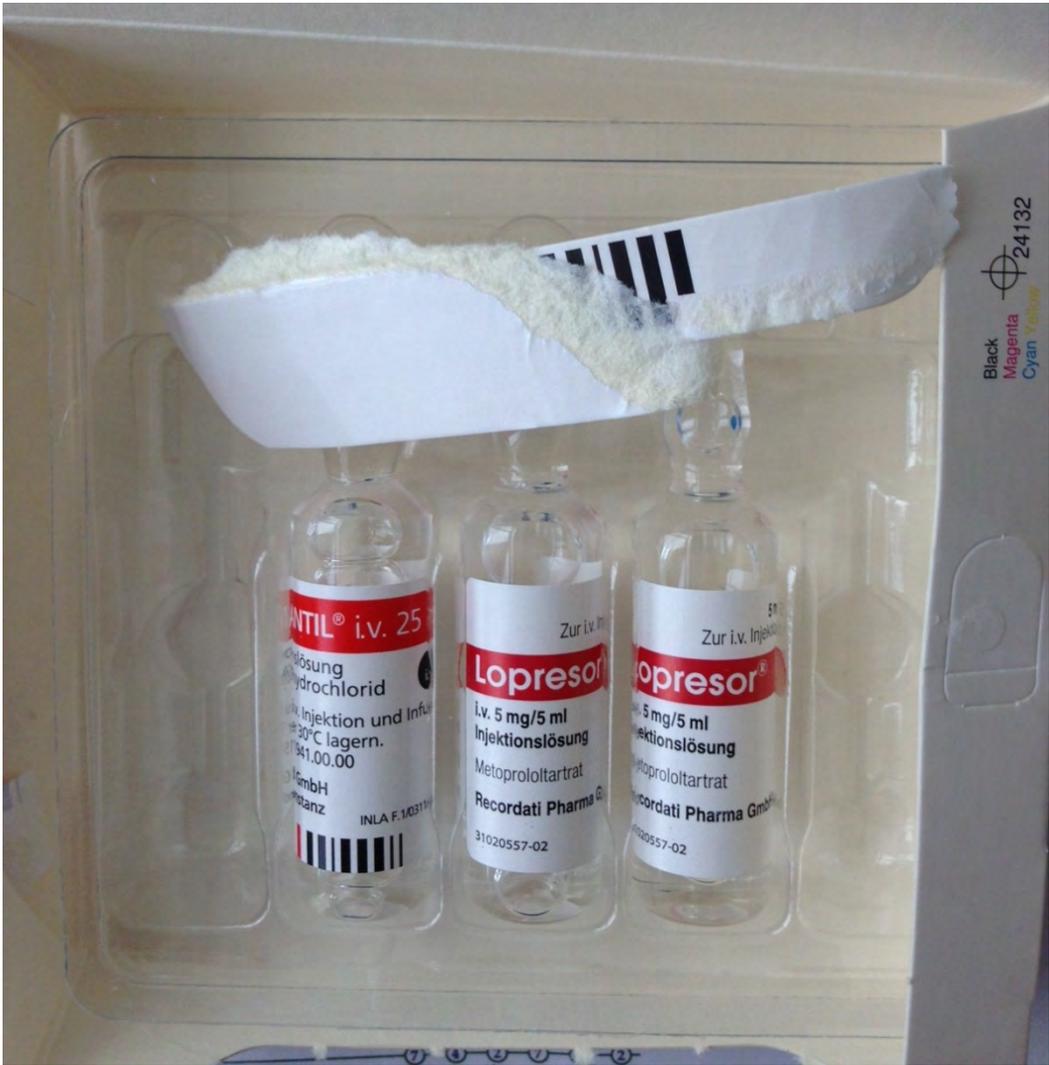


- Der Einsatz von Arzneimitteln ist ein wesentlicher Prozess im Gesundheitswesen, dessen Erfolg (oder Misserfolg) einen erheblichen Einfluss auf die Gesundheit der Bevölkerung hat
- Unerwünschte Ereignisse mit Arzneimitteln sind teilweise als Risiko im Rahmen der Zulassung „einkalkuliert“
 - klassische Nebenwirkung, „Produktfehler“
- Ein Teil der unerwünschten Ereignisse ist vermeidbar
 - Fehler im Medikations-Prozess, beginnend bei der Verordnung bis zur Anwendung durch den Patienten/Pflegepersonal

Arzneimittel-bezogene Probleme



AMTS fängt bei der korrekten Lagerung an



Ziele der Bemühungen um Arzneimitteltherapiesicherheit



- Vermeidung von unerwünschten Wirkungen
- Frühzeitige Erkennung von unerwünschten Wirkungen
- Sicherstellung optimaler Bedingungen für das Eintreten der erwünschten Wirkung

Unerwünschte Arzneimittelwirkungen und Medikationsfehler im Krankenhaus



- 6,6 % der Patienten in der Inneren Medizin erleiden eine UAW. Moore et al., BJCP 1998
- Meta-Analyse von 39 prospektiven Studien in den USA: 10,9 % aller stationären Patienten erleiden eine UAE, davon 2,1% schwerwiegend und 0,19% mit tödlichem Ausgang. Lazarou et al. JAMA 1998
- Metaanalyse von > 20.000 stationären Patienten: 1,6 % erlitten eine vermeidbare Nebenwirkung, 45 % aller erfassten Nebenwirkungen waren vermeidbar. Hakkarainen et al, PLoS ONE 2012
- UAEs verlängern die stationäre Verweildauer um ca. 2,2 Tage. Bates et al, JAMA 1997

Unerwünschte Arzneimittelwirkungen und Medikationsfehler im Krankenhaus



➤ 6,6 % der Patienten in der Inneren Medizin erleiden eine

Fehler, die von Ärzten bei der Verordnung ausgelöst werden, verursachen weitaus häufiger einen Patientenschaden als Fehler, die bei der Übertragung, Abgabe durch den Apotheker oder Verabreichung durch Pflegepersonal verursacht werden.

➤ DRGs verhängen die stationäre Verweildauer um ca. 2,2 Tage. Bates et al, JAMA 1997

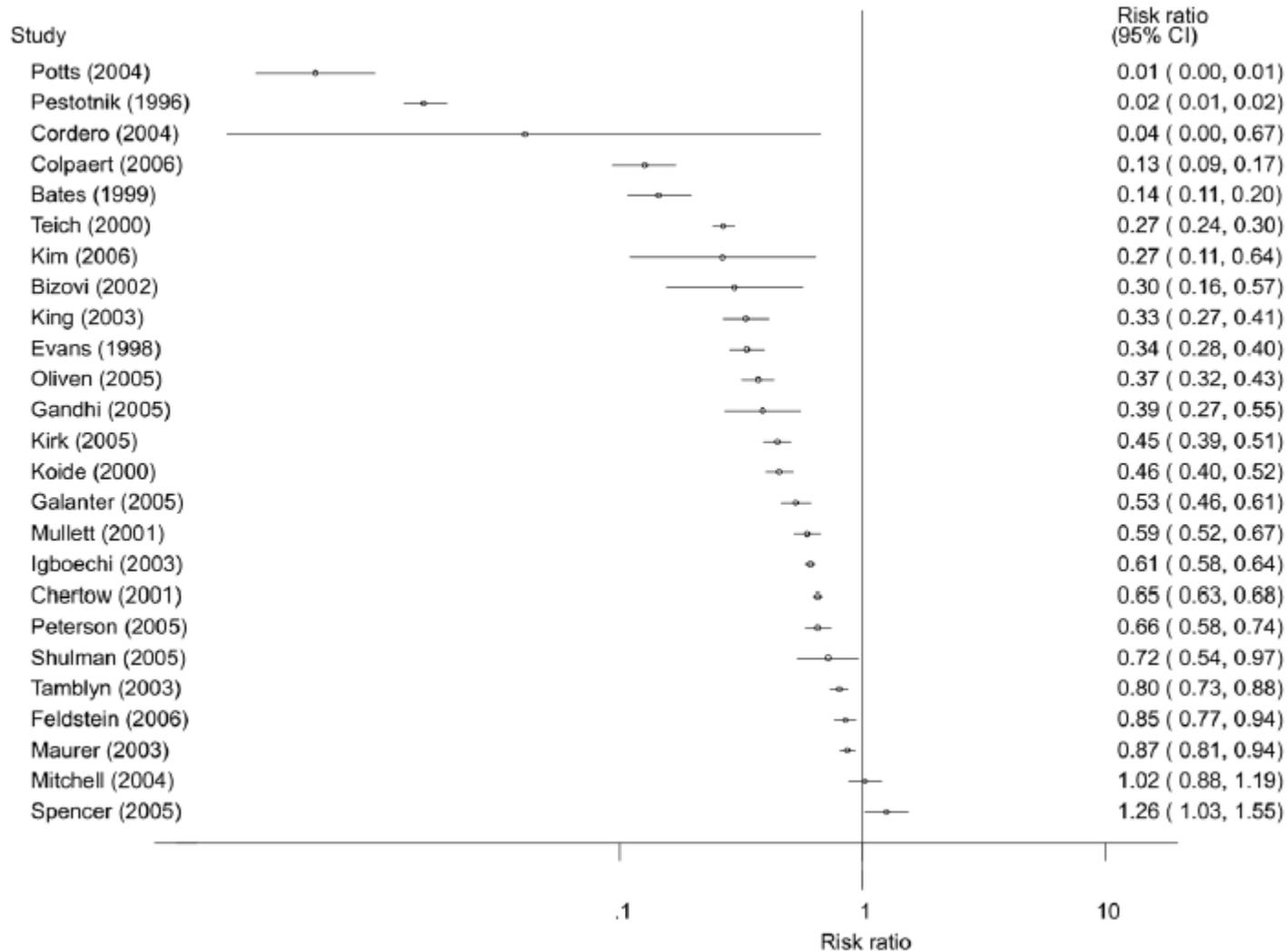
Analyse von „Verordnungsfehlern“ im stationären Bereich



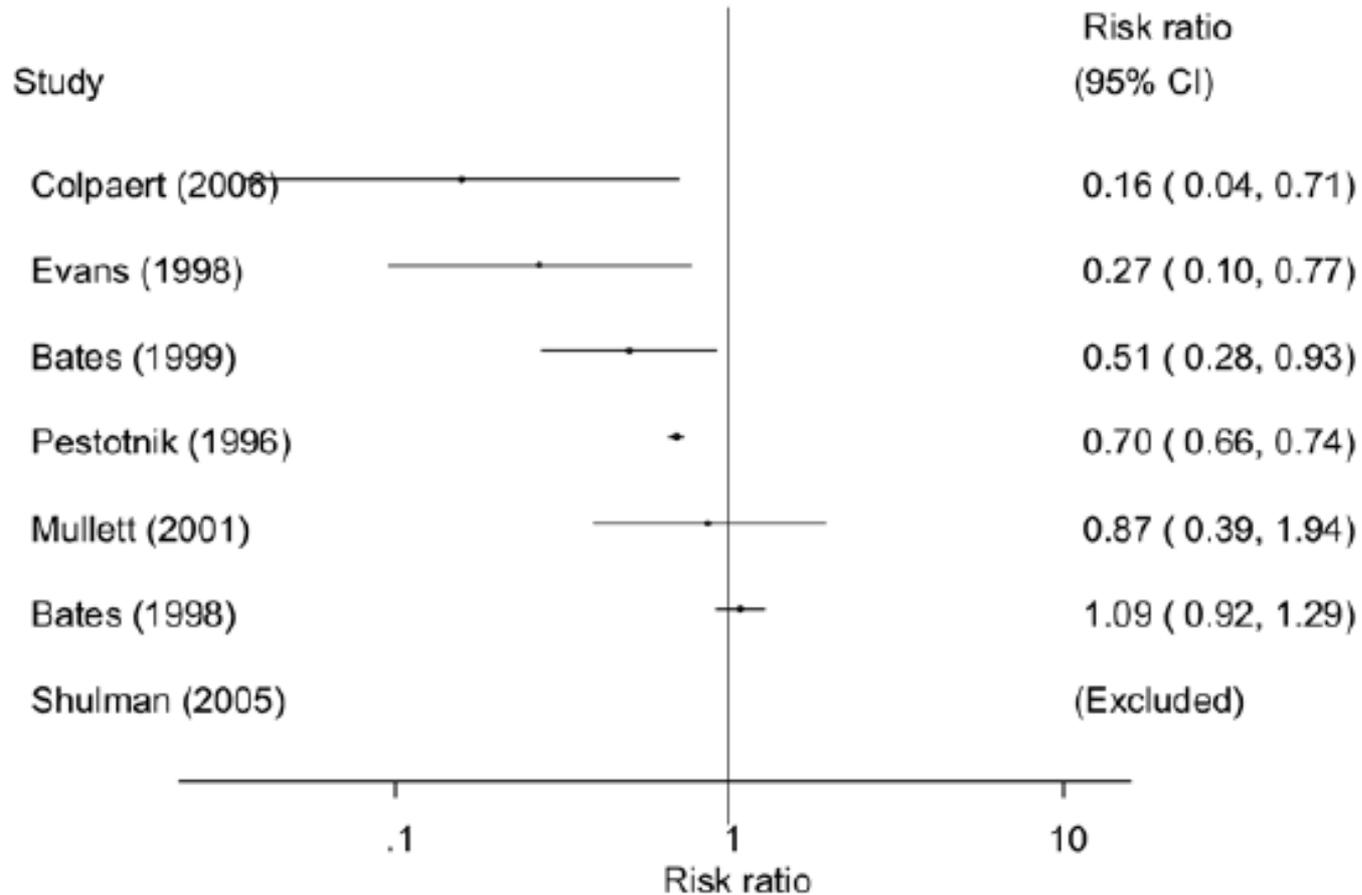
- Falsche (meist zu hohe) Dosis
- Nicht das „ideale“ Medikament
- Bekannte Unverträglichkeit/Allergie
- Falsches Dosierintervall
- Übersehene Interaktionen
- **... > 80 % dieser Fehler könnte man mit elektronischer Verordnungsunterstützung beheben (Bates et al, JAMIA 2007)**

Steht auf Rang 1 internationaler Empfehlungen!

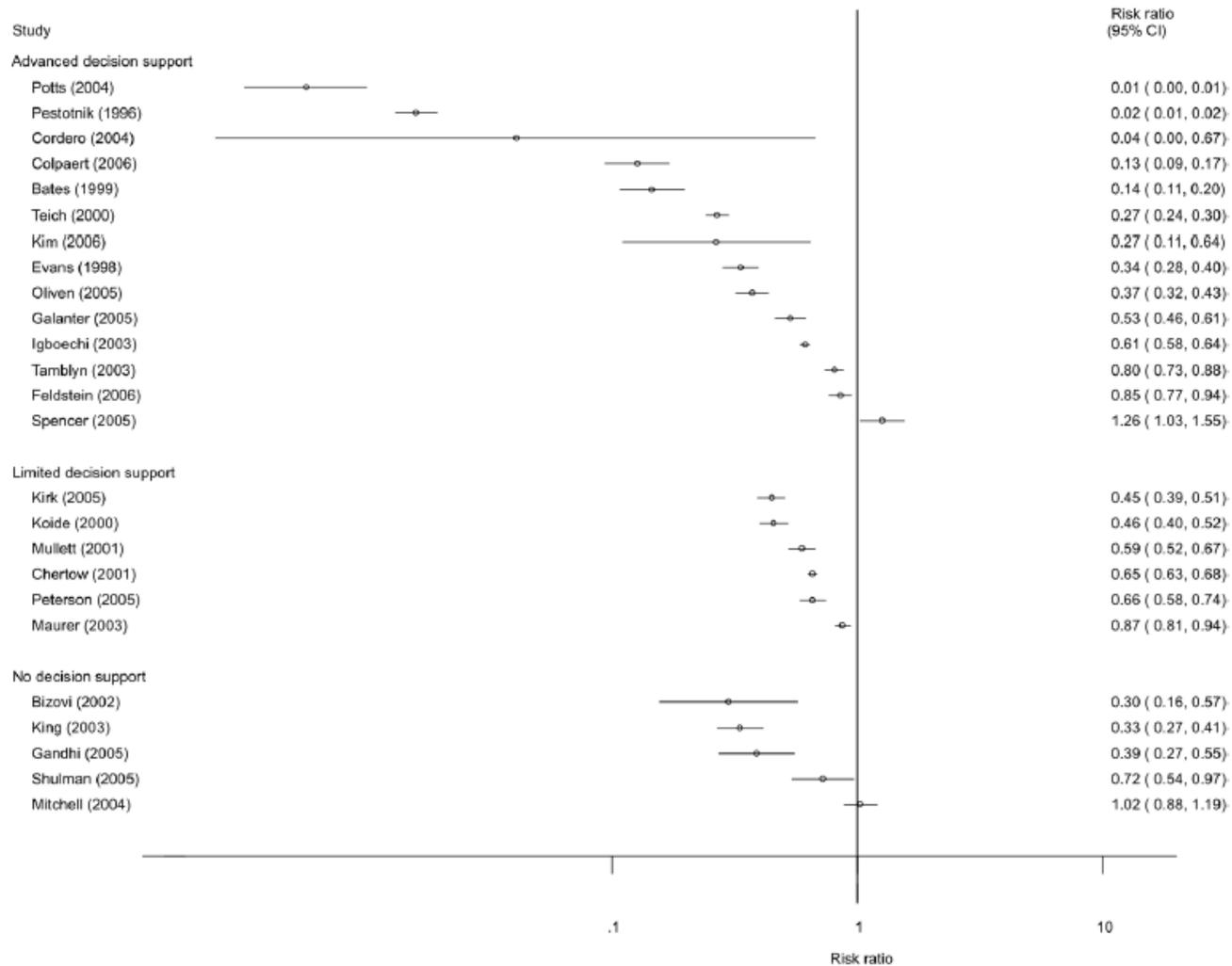
Einfluss von elektronischer Verordnung auf die Rate an Medikationsfehlern



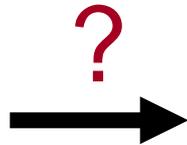
Einfluss von elektronischer Verordnung auf die Rate an Nebenwirkungen



Einfluss der Verordnungs“unterstützung“ auf die Rate an Medikationsfehlern



Wie wirksam sind Warnhinweise?



Computerized Physician order Entry systems (CPOE) linked with Clinical Decision Support (CDS)



Entscheidende Faktoren sind

- Customizing,
- der Prozess der Implementation,
- Zeit und Ressourcen
- Evidenz für den Nutzen im Hinblick auf Patienten-nahe Endpunkte (Nebenwirkungen, QoL) immer noch „dünn“



- Mehr als 20 % aller Patienten einer interdisziplinären Notaufnahme sind von Medikationsfehlern/ unerwünschten Arzneimittelwirkungen betroffen (Müller et al 2011)
- Bei 38% der aufgenommenen Patienten zeigten sich **ungewollte** Abweichungen in der AM-Therapie, bei 15% klinisch relevant (Vira et al., 2006)
- Bei 41 % der entlassenen Patienten zeigten sich **ungewollte** Abweichungen in der AM-Therapie, bei 9% klinisch relevant (Vira et al., 2006)
- Nach Entlassung wird bei ca. einem Drittel der Patienten die Medikation umgestellt (Himmel et al, 2004)

Der Medikationsplan

Der Medikationsplan soll:

- Einen hohen Wiedererkennungswert haben
- der Vereinheitlichung der Arzneimittel-Dokumentation dienen
- Sektorale Grenzen überwinden
- Dient den Patienten als zentrale, haptische und visuelle Orientierungshilfe
- den Leistungserbringern als Aktualisierungs- und Koordinierungsmedium in der Behandlungskette

Aktionsplan AMTS 2010-2012 des BMG

| Arzneimittel | | Wirkstoff | Starke | Darfo | Einsetzung no. x Lab. za. | Einnahmehinweise | Zeitraum | Behandlungs- grund |
|--------------------|--|-------------------------|--------|-------|------------------------------|------------------------|----------|-----------------------|
| Ramipril STADA® N1 | | Ramipril | 5mg | Tab | 1 0 0 | während der Mahlzeiten | | Bluthochdruck |
| HCT-Duro® 5mg N2 | | Hydrochlorothiazid 25mg | | Tab | 1 0 0 | während der Mahlzeiten | | Bluthochdruck |
| Plavix® 75 mg N1 | | Clopidogrel | 75mg | Tab | 0 0 1 | während der Mahlzeiten | | art. Verschluss |
| Simvalip® 20mg N2 | | Simvastatin | 20mg | Tab | 0 0 1 | nach der Mahlzeit | | erhöhte Blutzette |

I.m./i.v./s.c. Anwendung:

| | | | | | | | | |
|------------------------|---------------|--|--|------------|------|--|--|----------|
| Insulin B. Braun Basal | Insulin human | | | 201E-0-10E | s.c. | | | Diabetes |
|------------------------|---------------|--|--|------------|------|--|--|----------|

Bedarfsmedikation:

| | | | | | | | | |
|---------------------|----------------|--|--|---------|--|-------------------|--|---------------|
| Goraxin® Nitrospray | Glyzerolnitrat | | | | | max. 3 Hobe. akut | | Hitzeschmerz |
| Vertinox® stark | | | | 0 0 0 1 | | bei Bedarf | | Schmerzmittel |

Herstellerkennung, Firma MP-ready

Checklisten für das ärztliche Schnittstellenmanagement zwischen den Versorgungssektoren



2012

Medikationsplan – aktuelle Projekte

- MetropolMediplan 2016 - Modellregion
Nürnberg/Fürth/Erlangen
12 Ärzte – 12 Apotheken – (2 Kliniken)
- PRIMA – Medikationsplan im Rahmen von ARMIN,
Sachsen und Thüringen (AOK-PLUS)
Ärzte und Apotheken
- Modellregion Erfurt – Medikationsplan
12 Ärzte - 12 Apotheken – 1 Klinik
- Rheinland/Pfalz – Medikationsplan ambulant – stationär
5 Krankenhausapotheken – Apotheken – Ärzte – 600
Patienten
- Heidelberger Medikationsplan

Erprobung eines Medikationsplanes in der Praxis hinsichtlich Akzeptanz und Praktikabilität. Modellregion Erfurt.



Ziele

- Verbesserung der Versorgungsqualität und Sicherheit von Patienten in Erfurt mit Hilfe eines sektorenübergreifenden Medikationsplanes
- Erprobung eines Medikationsplanes an einem nicht-universitären Maximalversorger ohne bisherige spezielle Infrastruktur
- Einbindung von niedergelassenen ÄrztInnen und versorgenden Apotheken

Erprobung eines Medikationsplanes in der Praxis hinsichtlich Akzeptanz und Praktikabilität. Modellregion Erfurt.



Vorgehensweise

- Rekrutierung von insgesamt 150 Patienten im ambulanten Bereich, die vor einer (elektiven) Einweisung stehen **und** Patienten im Krankenhaus, die wieder in den ambulanten Bereich entlassen werden.
- IT-Basis: Medikationsplan als separate Anwendung, entweder über Browser oder stationär. Einlesen mittels Barcode-Scanner. Übertragung der neuen Datei auf geschützten Server, Ausdruck für Patienten.
- Nachverfolgung der Patienten und deren Medikation durch Projekt-Wissenschaftler über 12 Monate.

Ablauf für den Patienten

1.

Medikationsplan:
aktuell und vollständig

Medikationsplan:
elektronisch eingescannt



Medikationsplan



Prüfung der Medikation:

- Stationsarzt und Projektapotheker
- Erfassung, Klassifikation und Dokumentation von Medikationsproblemen
- u.a. Interaktionscheck

2.

Medikationsplan:
nicht aktuell /
unvollständig,
z.B. mehrere Ärzte

Medikationsplan:
elektronisch eingescannt

Medikationsplan:
Zusammenführung der
Medikation aller Ärzte im
Medikationsplan

Ablauf für den Patienten

Prüfung der Medikation

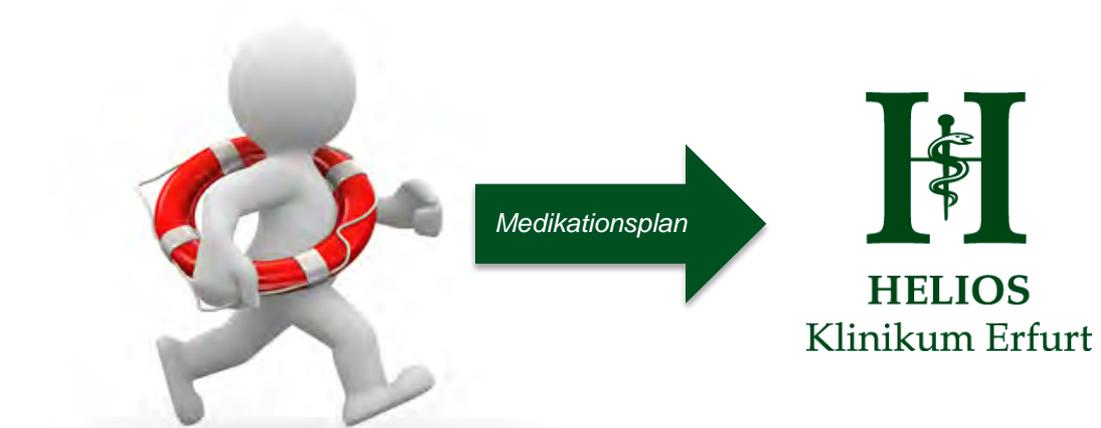
- Stationsarzt und Projektapotheker
- Erfassung, Klassifikation und Dokumentation von Medikationsproblemen
- u.a. Interaktionscheck

Klinikaufenthalt

- Arzneimittel können dazu kommen oder abgesetzt werden
- Dosisanpassung etc.

Entlassmanagement I

- Aktualisierung Medikationsplan
- Interaktionscheck



aktuelle Version des Medikationsplanes bei Krankenhausentlassung liegt immer dem niedergelassenem Arzt vor

Entlassmanagement II

Medikationsplan wird:

- ausgedruckt
- Patienten erklärt
- Patienten ausgehändigt

Entlassmanagement III

- Medikationsplan wird mit Arztbrief an behandelnden Arzt versendet.
- Änderungen der Medikation werden auch im Arztbrief aufgeführt.

Erprobung eines Medikationsplanes in der Praxis hinsichtlich Akzeptanz und Praktikabilität. Modellregion Erfurt.



Zielgrößen

- Analyse der Anzahl der Medikationspläne, „Brüche“ und Probleme in der Anwendung durch den Patienten
- Standardisierte Befragung der Patienten zur Zufriedenheit, selbst-berichteten Adhärenz und Umgang mit dem Medikationsplan
- Standardisierte Befragung von Ärzten und Apothekern zu Problemen und Zufriedenheit

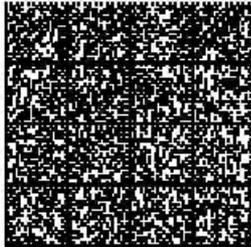
Erprobung eines Medikationsplanes in der Praxis hinsichtlich Akzeptanz und Praktikabilität. Modellregion Erfurt.



„Probleme“

- Anforderungen an Patienten/Angehörige (Vergessen ...)
- MP nicht für jeden verständlich
- Arzt- und Apothekenbesuche bei nicht-teilnehmenden KollegInnen
- Scanner-/Druckerprobleme
- Extra-Eingabe ausserhalb der Praxis-Software
- Sehr heterogene Ausstattung der Arztpraxen und Apotheken
- Implementation der MP-Software in Praxis- und Klinikinformationssystem - in statu nascendi

Nutzerfreundlicher Medikationsplan?

| | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| <p style="text-align: center;">Medikationsplan Seite 1 von 1</p>  | <p>für: Test Mustermann geb. am: 18.09.1977</p> <p>ausgedruckt von: Helios Klinikum Erfurt GmbH Nordhäuser Str. 74, 99089 Erfurt Tel: 0361-7811504 E-Mail: danny.brell@helios-kliniken.de</p> <p style="text-align: right;">ausgedruckt am: 31.08.2015</p> |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|

| Wirkstoff | Handelsname | Stärke | Form | | | | | Einheit | Hinweise | Grund |
|--------------------------------|--------------------------------------------------|----------|---------|---------|---------|--------|-----------|---------|------------------------------------|---------------------|
| | | | | morgens | mittags | abends | zur Nacht | | | |
| Metoprolol succinat (Ph.Eur.) | MetoHEXAL® Succ® 47,5mg 100 Retardtbl. N3 | 47,5mg | RetTabl | 1 | 0 | 1/2 | 0 | | | Bluthochdruck, Herz |
| Pantoprazol natrium-1,5-Wasser | Pantoprazol-Actavis 20mg 100 msr. Tbl. N3 | 22,6mg | Tabl | 1 | 0 | 0 | 0 | | 30 Min vor dem Frühstück einnehmen | Magenschutz |
| Valsartan | Valsartan-Actavis 80mg 98 Filmtbl. N3 | 80mg | Tabl | 1 | 0 | 0 | 0 | | | Bluthochdruck, Herz |
| Tapentadol hydrochlorid | Palexia retard 100mg 100 Retardtbl. N3 | 116,47mg | RetTabl | 1 | 0 | 1 | 0 | | | Schmerzen |
| Atorvastatin hemicalcium | Atorvastatin-ratiopharm® 20mg 100 | 20,73mg | Tabl | 0 | 0 | 1 | 0 | | | Fettsenker |
| Torasemid | Torasemid HEXAL® 10mg 100 Tbl. N3 | 10mg | Tabl | 1 | 0 | 0 | 0 | | | Bluthochdruck |
| Rivaroxaban | Xarelto® 20mg 98 Filmtbl. N3 | 20mg | Tabl | 1 | 0 | 0 | 0 | | | Blutverdünner |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

Bedarfsmedikation

| | | | | | | | |
|--|-------------------------|--|--------|--------------------|--|--|-------------------------------|
| | MOVICOL® 10 Btl. | | Pulver | b. Bedarf 1 Beutel | | | in einem Glas Wasser auflösen |
|--|-------------------------|--|--------|--------------------|--|--|-------------------------------|

Arzneimitteltherapiesicherheit – zwischen Technologie und Patientennutzen



- Erkenntnis: AMTS und Pharmakovigilanz ergänzen und überschneiden sich
- „To err is human“
- IT-Technologie kann den Medikationsprozess von der Verordnung bis zur Anwendung sinnvoll und für den Patienten nützlich unterstützen
- Barrieren in den Köpfen der Beteiligten
- IT ersetzt nicht, sondern unterstützt Kommunikation
- Implementation der Technologie ist entscheidender Faktor
- Der „Nutzen“ vieler Anwendungen ist noch nicht (wirklich) bewiesen – aber bald ...



 AKTIONSPLAN ZUR VERBESSERUNG DER
**ARZNEIMITTEL
THERAPIESICHERHEIT**
IN DEUTSCHLAND



Vielen Dank!



Bundesministerium
für Gesundheit

www.helios-kliniken.de

Jeder Moment ist Medizin

Programm

gevko Symposium 2015



Tag 1 - 22. September

- | | |
|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ab 10:00 | Empfang und Begrüßungskaffee |
| 11:15 | Eröffnung des Symposiums <i>Prof. Dr. Guido Noelle - gevko GmbH</i> |
| 11:30 - 12:00 | Keynote Die Rolle der Digitalisierung im Gesundheitswesen im Kontext zukünftiger Herausforderungen. <i>Martin Litsch - AOK NORDWEST / AOK Bundesverband</i> |
| 12:00 - 13:00 | Pause |
| 13:00 - 15:00 | Entwicklung besonderer Versorgungsformen nach VSG II, eHealth-Gesetz und Innovationsfonds. <i>Dr. Bernhard Gibis - Kassenärztliche Bundesvereinigung</i> <i>Dr. Ulf Maywald - AOK Plus</i> <i>Eberhard Mehl - Deutscher Hausärzteverband</i> <i>Dr. Sabine Richard - AOK Bundesverband</i> <i>Prof. Dr. Stefan G. Spitzer - Dt. Gesellschaft für Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen</i> |
| 15:00 - 15:30 | Pause |
| 15:30 - 16:30 | Quo Vadis Internetmedizin – zwischen Innovation und Regelbetrieb. <i>Dr. Tobias Gantner - HealthCare Futurists</i> <i>Heinz-Theo Rey - Kassenärztliche Bundesvereinigung</i> <i>Sebastian Vorberg - Bundesverband Internetmedizin</i> |
| 16:30 - 17:30 | Telematikinfrastruktur im Spannungsfeld von Arzt, Patient und sonstigen Leistungserbringern. <i>Dr. Florian Fuhrmann - KV Telematik</i> <i>Benno Herrmann - gematik</i> |
| ab 19:00 | Gemeinsame Abendveranstaltung |

Programm

gevko Symposium 2015



Tag 2 - 23. September

- 09:00 - 10:30** **Workshop 1 - Mit der S3C-Schnittstelle zum Versorgungsvertrag – innovative Versorgungskonzepte in die Praxis bringen.**
Frank Schmalfuß – gevko
- 09:00 - 10:30** **Workshop 2 - Qualitätssicherung und medizinische Dokumentation - die S3C-Schnittstelle als zukunftsfähige Technologie für die Softwareindustrie.**
Michael Külschbach - gevko
- 09:00 - 10:30** **Workshop 3 - Big Data: Ideen für den Innovationsfonds. Vorteile für Patient, Arzt und Krankenkasse.**
Dr. Peter Walther - Elsevier Health Analytics
Nino Mangiapan - Bundesministerium für Gesundheit
Uwe Lange - Deutscher Hausärzterverband Landesverband NDS e.V.
Hardy Müller - WINEG (Wissenschaftliches Institut der TK für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen) / Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.
Olaf Lodbrog - Elsevier Health Analytics
- 10:30 - 11:00** Pause
- 11:00 – 12:30** **Vom Verordner zum Leistungserbringer – elektronische Verordnungsprüfung und Genehmigungsverfahren.**
Michael Baumgärtner - AOK Systems
Istok Kespret - HMM Deutschland
Monika Klein - AOK Systems
Frank Schmalfuß - gevko
- 12:30 - 13:30** Pause
- 13:30 - 15:00** **Arzneimitteltherapiesicherheit – zwischen Technologie und Patientennutzen?**
Dr. Gunter Hellmann - Hellmann Consult
Prof. Dr. Petra Thürmann - HELIOS Klinikum Wuppertal
Dr. Veit Wambach - Agentur dt. Arztnetze
- 15:00 - 15:45** **Abschlussdiskussion**
Dr. Tobias Gantner - HealthCare Futurists
Prof. Dr. Guido Noelle – gevko
Heinz-Theo Rey - Kassenärztliche Bundesvereinigung
Prof. Dr. Petra Thürmann - HELIOS Klinikum Wuppertal

Referenten

gevko SYMPOSIUM 2015



Dirk Albers

ist Geschäftsführer der Initas Healthcare, einem spezialisierten Beratungsunternehmen im Gesundheitsbereich. Zuvor war er als Geschäftsführer der Medco International tätig. Zu seinen früheren Stationen zählten leitende Funktionen in den Bereichen Pharma und ehealth bei Unternehmen wie ICW, IBM und MSD.



Michael Baumgärtner

ist Produktmanager Querschnittsthemen bei der AOK Systems. Schwerpunkte sind die Thema Telematik und Outputmanagement, Datenaustausch, eAkte und Internet Anwendungen. Zu seinen früheren Stationen zählen verschiedene Leitungsfunktionen bei der AOK Systems und der AOK Baden-Württemberg, Beratung und Projektleitung bei der Vogel & Partner GmbH sowie seine Tätigkeit am Lehrstuhl für Wirtschaftsinformatik an der Universität Hohenheim.



Dr. Florian Fuhrmann

ist seit 2014 Geschäftsführer der KV Telematik GmbH. Zuvor war er als Geschäftsbereichsleiter Kostenträger und Versorgungsmanagement der CompuGroup Medical Deutschland AG, als Leiter Arzneimittel- und Versorgungsmanagement IT bei der Knappschaft und bei Fresenius-Kabi RCA sowie als Unternehmensberater tätig.



Dr. med. Tobias D. Gantner, MBA, LL. M.

ist Gründer der HealthCare Futurists, einer internationalen und unabhängigen Denkfabrik mit den Schwerpunkten Medizin, Gesundheitswesen und Life Sciences, sowie Director Gesundheitsökonomie und Market Access bei Janssen-Cilag. Er lehrt an verschiedenen Universitäten und Hochschulen und ist ein gefragter Referent zum Thema Innovation in der Medizin. Zu seinen früheren Stationen gehörten Leitungsfunktionen bei Bayer Healthcare, Novartis Pharma Deutschland, internationale Projekte für Siemens Management Consulting, sowie seine Tätigkeit in der Transplantationschirurgie.



Dr. med. Bernhard Gibis, MPH

ist Leiter des Dezernats 4, Geschäftsbereich Versorgungsstruktur, der KBV. Zu seinen bisherigen Stationen gehören mehrjährige Auslandsaufenthalte zu Themen der evidenzbasierten Medizin und Versorgungsplanung als Mitarbeiter internationaler Forschungseinrichtungen sowie Reviewtätigkeiten für nationale und internationale Zeitschriften. Schwerpunktthemen sind derzeit kooperative Versorgungsformen und Bedarfsplanungssysteme.



Dr. Gunter Hellmann

ist freier Berater im Bereich medizinische Software und Unternehmensstrategie mit Spezialisierung auf das Gebiet der Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS). Seit 2011 ist er als Experte bei der Maßnahme Medikationsplan des Aktionsplans zur Verbesserung der AMTS eingebunden. Frühere Stationen waren u.a. DOCexpert (heute medatixx), Siemens, ID, gematik und DAK, wo er sich mit der Konzeption und Einführung vieler medizinischer Softwareprodukte im Bereich Ambulanz, Apotheke, Zahnarzt, Krankenhaus, medizinische Kommunikation, Terminologie, Wissenssysteme, Abrechnung und Arzneimittel, befasste.



Benno Herrmann

ist Leiter Unternehmenskommunikation und Marketing bei der gematik - Gesellschaft für Telematik-anwendungen der Gesundheitskarte mbH tätig. In den Jahren 2000 bis 2013 hatte er verschiedene Führungsaufgaben in Unternehmen der CompuGroup Medical AG inne; u.a. war er Geschäftsführer der telemed GmbH, der CompuPlan GmbH und der Systema Deutschland GmbH. Zu seinen früheren Aufgaben zählten die Geschäftsführung der Herrmann Medizintechnik GbR sowie die Planung und Einrichtung von Zahnarztpraxen.

Referenten

gevko SYMPOSIUM 2015



Istok Kespert

ist Geschäftsführer der HMM Deutschland GmbH. Nach seinem Studium der Wirtschaftswissenschaften an der Universität Duisburg-Essen gründete Herr Kespert die Kespert & Lang AG, bei der er bis heute als Vorstand tätig ist. Zudem führt er die Geschäfte der ikivest UG, X3.Net GmbH und TrustAp GmbH.



Monika Klein

ist seit 2003 Produktmanagerin bei der AOK Systems. Davor war sie elf Jahre lang bei einem RZ-Betreiber für AOKs tätig. Ihre Laufbahn im GKV-Umfeld begann sie 1983 bei der AOK.



Michael Külschbach

verantwortet den Bereich Produkte der gevko. Zuvor war er 20 Jahre als Qualitätsmanager und Produktmanager in verschiedenen Unternehmen tätig, die letzten 15 Jahre davon durchgängig als Produktmanager für ein Praxisverwaltungssystem.



Martin Litsch

ist kommissarischer geschäftsführender Vorstand des AOK-Bundesverbandes und Vorstand der AOK NORDWEST. In dieser Funktion ist er u.a. für die Bereiche Ambulante Versorgung, Krankenhausmanagement und Pharmakologie, wie auch für die Themenfelder Politik, Grundsatzfragen und Unternehmenssteuerung sowie Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen verantwortlich. Seit 1989 ist er im AOK-System tätig, u.a. im Vorstand der AOK Westfalen-Lippe, als Leiter des Wissenschaftlichen Instituts der AOK, Projektleiter Change Management im AOK-Bundesverband und Geschäftsführer der AOK-Consult GmbH.



Dr. Ulf Maywald

leitet seit 2006 den Bereich Arzneimittel der AOK PLUS. Zuvor war er am Institut für Klinische Pharmakologie der TU Dresden in der Pharmakotherapieberatung und der Versorgungsforschung sowie im strategischen Marketing bei Bayer tätig. Er war einige Jahre Mitglied im Unterausschuss Arzneimittel des Gemeinsamen Bundesausschusses.



Eberhard Mehl

ist seit mehr als 15 Jahren als Hauptgeschäftsführer bzw. Geschäftsführer des BDA (heute: Deutscher Hausärzteverband e.V.) und Projektleiter für indikationsbezogene Steuerungsmodelle tätig. Davor war er im AOK Bundesverband u.a. für die Entwicklung und vertragliche Umsetzung neuer Versorgungsstrukturen und die Entwicklung und Umsetzung der indikationsbezogenen Steuerungsmodelle Diabetes, Depression, Asthma verantwortlich.



Prof. Dr. med. Guido Noelle

ist seit 2013 Geschäftsführer der gevko GmbH. Er lehrt an der Hochschule Bonn-Rhein-Sieg Medizinische Informatik und eHealth. In seinen früheren Stationen, u.a. beim Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland, dem Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin, dem Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen sowie bei verschiedenen Softwareherstellern im Gesundheitswesen, hat er vielfältige IT-Lösungen für das Gesundheitswesen entwickelt.

Referenten

gevko SYMPOSIUM 2015



Heinz-Theo Rey

ist Leiter des Dezernates „Informationstechnik, Telematik und Telemedizin“ der KBV, bei der er bereits seit fast 20 Jahren in verschiedenen Positionen tätig ist. Zuvor war er als Software-Entwickler und Projektingenieur bei der Landis&Gyr EM GmbH beschäftigt.



Frank Schmalfuß

ist Prokurist und Leiter der Abteilungen Strategische Unternehmensentwicklung und Kompetenzzentrum Gesundheit der gevko. Zu seinen früheren Stationen zählten Positionen als Kaufmännischer Leiter und Klinikmanager, als Referent Geschäftsbereich Rehabilitation und Pflege beim Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V. sowie als Wissenschaftlicher Mitarbeiter im Ressort Versorgungsqualität am Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Seit 2012 ist er Lehrbeauftragter an der Hochschule Fresenius.



Prof. Dr. Stefan G. Spitzer

ist Vorsitzender des Vorstandes der Deutschen Gesellschaft für Integrierte Versorgung (DGIV). Seit 2002 ist er Hauptgeschäftsführer der PRAXISKLINIK HERZ UND GEFÄSSE, die er im Jahr 1992 als fachübergreifende Gemeinschaftspraxis mit begründet hat.



Prof. Dr. Petra Thürmann

ist Chefärztin am HELIOS Klinikum Wuppertal und hat einen Lehrstuhl für Klinische Pharmakologie an der Universität Witten/Herdecke. Zuvor war Sie u.a. als Geschäftsführerin der HELIOS Research Center GmbH und als stellv. Ärztliche Direktorin der Klinikum Wuppertal GmbH (seit 1.1.2003 HELIOS Klinikum Wuppertal) tätig. Ihre Forschungsschwerpunkte liegen in den Bereichen Pharmakovigilanz, Arzneimitteltherapie-sicherheit, Geriatrische Klinische Pharmakologie, Versorgungsforschung sowie Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Arzneimittelforschung und –therapie.



Sebastian Vorberg

ist Fachanwalt für Medizinrecht. Er ist Geschäftsführer und Gründer des Instituts für Qualität in der Onkologie (IQO) sowie Vorstandssprecher und Gründungsmitglied des Bundesverbandes Internetmedizin (BIM).



Dr. Peter Walther

ist bei Elsevier Health Analytics in der Geschäftsleitung verantwortlich für Business Development und Communication. Seit 12 Jahren lehrt er Gesundheitsmanagement und Gesundheitsökonomie an verschiedenen Hochschulen – derzeit an der Hochschule Fresenius. Frühere Stationen waren die Geschäftsleitung von ALK-Abelló Arzneimittel, Wyeth Pharma sowie Verbände wie BPI, KBV und der Bundesverband der Krankenhausapotheker (ADKA).



Dr. Veit Wambach

ist niedergelassener Facharzt für Allgemeinmedizin in Nürnberg. Darüber hinaus nimmt er u.a. Aufgaben als Vorsitzender der Agentur deutscher Arztnetze, Delegierter des ärztlichen Bezirksverbands und der Bayerischen Landesärztekammer, als stv. Bundesvorsitzender des NAV-Virchow-Bundes, als Vorsitzender der Qualität und Effizienz QuE eG und als Vorsitzender des Praxisnetzes Nürnberg Nord e.V. war.

Teilnehmer

gevko SYMPOSIUM 2015



| | | | | |
|------|----------|-----------|--------------------|---------------------------------------------|
| Herr | | Dirk | Albers | Initas Healthcare GbR |
| Herr | | Ernesto | Aparicio-Rodriguez | gevko GmbH |
| Herr | | Michael | Baumgärtner | AOK Systems GmbH |
| Herr | | Timo | Behrendt | AOK Nordost |
| Herr | | Alexander | Bingel | gevko GmbH |
| Herr | | Rolf | Boddenberg | Syntela IT-Dienstleistungs GmbH |
| Herr | | Frank | Böhme | GfS GmbH |
| Herr | | Robert | Böser | Data-AL GmbH |
| Frau | | Lisa | Braun | pag Presseagentur Gesundheit |
| Herr | | Jürgen | Braun | gevko GmbH |
| Herr | | Nico | Brinkkötter | gevko GmbH |
| Frau | | Isabel | Bröhl | gevko GmbH |
| Frau | | Ute Marie | Brumme | AMGEN GmbH |
| Herr | | Andreas | Bühler | Bosch BKK |
| Frau | | Anke | Chmiell | AOK Nordost |
| Frau | | Ina | Curdt | PTA GmbH |
| Herr | | Thomas | Degen | AOK Beteiligungsgesellschaft mbH |
| Herr | Dr. med. | Dominik | Deimel | com2health GmbH |
| Frau | | Sibel | Demirbas | adesso AG |
| Herr | | Volkmar | Dick | data experts gmbh |
| Herr | | Michael | Diederer | gevko GmbH |
| Herr | | Matthias | Dietze | AOK PLUS |
| Frau | | Kerstin | Drescher | AOK Nordost |
| Herr | | Thomas | Drescher-Welk | Berlin Chemie AG |
| Herr | | Markus | Dzilak | AMGEN GmbH |
| Frau | | Sandra | Ehrhardt | AOK Plus |
| Herr | | Peter | Eismann | PEGA Elektronik GmbH Stuttgart |
| Frau | | Anna | Ewerd | DeGIV GmbH |
| Frau | | Miriam | Felberg | ABDA |
| Herr | | Ingo | Feldhaus | optadata.com GmbH |
| Herr | | Christian | Fink | phink consulting & ventures UG |
| Herr | Dr. | Mathias | Flume | Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe |
| Herr | | Ralf | Franke | gevko GmbH |
| Herr | Dr. | Holger | Friedrich | Steltemeier & Rawe Public Health GmbH |
| Herr | Dr. | Florian | Fuhrmann | KV Telematik GmbH |

Teilnehmer

gevko SYMPOSIUM 2015



| | | | | |
|------|-------------|-----------|-------------------|------------------------------------------------------------------------|
| Herr | Dr. | Tobias D. | Gantner | HealthCare Futurists GmbH |
| Frau | | Petra | Gebenroth-Müller | medatixx |
| Herr | | René | Gelin | Deutsches Medizinrechenzentrum GmbH |
| Frau | | Astrid | Genet | Pfizer Deutschland GmbH |
| Herr | Dr. | Bernhard | Gibis | Kassenärztliche Bundesvereinigung |
| Herr | | Frank | Gilles | Acardian GmbH |
| Herr | | Harald | Graßnickel | AOK - Die Gesundheitskasse in Hessen |
| Herr | | Philipp | Grätzel von Grätz | Freier Journalist und Autor |
| Herr | | Klaus | Gritschneider | Europa Apotheek Venlo B.V. |
| Frau | | Susanne | Guthoff-Hagen | sgh-consulting |
| Herr | | Josef | Hafenmayr | AOK Bayern |
| Herr | | Stefan | Hahne | SHD GmbH |
| Herr | | Stefan | Haibach | itsg GmbH |
| Herr | Dr. | Gunther | Hellmann | Hellmann Consult – Gesundheitsinformatik |
| Herr | | Ulrich | Henning | AOK Nordost |
| Herr | | Benno | Herrmann | gematik Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH |
| Herr | Dipl.-Psych | Bernhard | Hertel | Epikur Software & IT-Service GmbH & Co. KG |
| Herr | | Marcus | Hettlage | gevko GmbH |
| Herr | Dr. | Frank | Heydenreich | dr.heydenreich GmbH |
| Herr | | Matthias | Hoffmann | PTA GmbH |
| Herr | | Philipp | Kachel | Krebsregister Rheinland-Pfalz gGmbH |
| Frau | | Ute | Kerschensteiner | Barmer GEK |
| Herr | | Istok | Kespret | HMM Deutschland GmbH |
| Herr | | Christian | Klante | gevko GmbH |
| Frau | | Monika | Klein | AOK Systems GmbH |
| Herr | Dr. | Lutz | Kleinholz | healthpartner-consulting GmbH |
| Herr | | Karsten | Knöppler | AGENON GmbH |
| Herr | | Christian | Koch | Gesundheitsforen Leipzig GmbH |
| Frau | | Evelyn | Kofahl | AOK Plus |
| Herr | Dipl.-Inf. | Michael | Kopp | INDAMED EDV-Entwicklung und -Vertrieb GmbH |
| Herr | | Peter | Kraft | AOK Bundesverband GbR |
| Herr | | Conny | Kreyßel | INTER-FORUM AG |
| Frau | | Christina | Külschbach | gevko GmbH |
| Herr | | Michael | Külschbach | gevko GmbH |

Teilnehmer

gevko SYMPOSIUM 2015



| | | | |
|----------------|------------|-------------|-----------------------------------------------------------|
| Herr | Uwe | Lange | Deutscher Hausärzteverband Niedersachsen e.V. |
| Herr | Andreas | Leddin | UCB Pharma GmbH |
| Herr | Martin | Litsch | AOK NORDWEST / AOK Bundesverband |
| Herr | Olaf | Lodbrock | Elsevier Health Analytics |
| Herr | James | Löll | data experts gmbh |
| Herr | Oliver | Lowens | HÄVG Hausärztliche Vertragsgesellschaft AG |
| Herr | Georg | Mackenbrock | Deutsches Medizinrechenzentrum GmbH |
| Frau | Tina | Manfraß | DAK Gesundheit - Vertragsbereich NRW |
| Herr | Nino | Mangiapane | Bundesministerium für Gesundheit |
| Herr Dr. | Ulf | Maywald | AOK PLUS - Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen |
| Herr Dr. | Eberhard | Mehl | Deutscher Hausärzteverband e.V. |
| Frau | Eva | Mohr | AOK Bundesverband GbR |
| Herr | Till | Moysies | Moysies & Partner IT- und Managementberatung |
| Herr | Hardy | Müller | WINEG/ APS |
| Herr | Hans | Nass | AOK Systems GmbH |
| Herr | Axel | Naumann | INTER-FORUM AG |
| Herr Prof. Dr. | Guido | Noelle | gevko GmbH |
| Herr | Marc | Oberkirch | Medizinische Medien Informations GmbH |
| Frau Dr. | Susanne | Ozegowski | Bundesverband Managed Care e.V. |
| Herr | Ingo | Paszkowsky | Paszkowsky Medien |
| Herr | Marc | Peltzer | gevko GmbH |
| Frau | Susanne | Pollak | Gesundheitsforen Leipzig GmbH |
| Frau | Taina | Rall | KompartVerlag GmbH |
| Herr | Heinz-Theo | Rey | Kassenärztliche Bundesvereinigung |
| Frau Dr. | Sabine | Richard | AOK Bundesverband |
| Herr Prof. Dr. | Ludwig | Richter | Element 44 GmbH |
| Herr | Stephan | Rieche | gevko GmbH |
| Herr | Dieter | Rittinger | DeGIV GmbH |
| Frau | Marion | Rohwedel | Comline AG |
| Frau | Josefine | Rosenau | adhoc best services GmbH |
| Herr | Thomas | Rottschäfer | Satzverstand - Redaktionsbüro |
| Herr | Ewald | Rübel | DDG GmbH |
| Herr | Michael | Saxler | CompuGroup Medical Deutschland AG |
| Herr | Stefan | Schäfer | gevko GmbH |
| Frau | Kathrin | Scheele | gevko GmbH |

Teilnehmer

gevko SYMPOSIUM 2015



| | | | | |
|------|------------|-----------|----------------|-----------------------------------------------------------------|
| Frau | | Heike | Schenk | AOK Nordost - Die Gesundheitskasse |
| Frau | | Anja | Scherff | BITMARCK Service GmbH |
| Herr | Dipl. Inf. | Stephan | Schilling | Comline AG |
| Herr | | Frank | Schmalfuß | gevko GmbH |
| Frau | | Rieke | Schulz | |
| Frau | | Sabrina | Schwartzkopff | AOK Nordost |
| Herr | Dr. | Stefan | Schwenzer | Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) |
| Herr | | Balthasar | Siekiera | sgh-consulting |
| Herr | | André | Siemon | UCB Pharma GmbH |
| Herr | | Gunter | Sperzel | AOK Bundesverband GbR |
| Herr | Prof. | Stefan G. | Spitzer | Dt. Gesellschaft für Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen |
| Herr | | Burkhard | Sprenger | DDG Dt. Dienstleistungszentrum für das Gesundheitswesen |
| Herr | | Peter | Stegmaier | Monitor Versorgungsforschung c/o eRelation AG |
| Herr | | Lars | Steinhaus | AOK NORDWEST |
| Frau | Dr. | Nicole | Svoboda | Janssen Cilag GmbH |
| Frau | | Anja | Theiß-Nastold | Syntela IT-Dienstleistungs GmbH |
| Herr | Dipl.-Kfm | Dirk | Thiele | AOK Bundesverband GbR |
| Herr | | Martin | Thorn | medesso GmbH |
| Frau | Prof. | Petra | Thürmann | HELIOS Klinikum Wuppertal |
| Herr | | Burkhardt | Tonagel | AstraZeneca GmbH |
| Herr | | Thomas | van Emmenes | DDG GmbH |
| Herr | | Carlos | von Donop | Computer Futures, Ein Geschäftszweig der Sthree GmbH |
| Frau | | Petra | von Wensierski | |
| Herr | | Sebastian | Vorberg | Bundesverband Internetmedizin |
| Herr | | Manuel | Waldmann | AOK Nordost - Die Gesundheitskasse |
| Herr | Dr. | Peter | Walther | Elsevier Health Analytics |
| Herr | Dr. | Veit | Wambach | Agentur deutscher Arztnetze e.V. |
| Herr | Prof. Dr. | Thomas | Wolf | Consileon Business Consultancy GmbH |
| Herr | | Thomas | Wolny | management systems gmbh |
| Herr | | Björn | Zeien | optadata Abrechnungs GmbH |