

(gemäß Nr. 14.1 ANBest-IF)

Konsortialführung:	IGiB-StimMT gGmbH
Förderkennzeichen:	01NVF16001
Akronym:	IGiB-StimMT
Projekttitel:	IGiB - Strukturmigration im Mittelbereich Templin
Autoren:	Steffen Bohm, Lutz O. Freiberg, Alicia Prinz
Förderzeitraum:	1. Januar 2017 – 31. Dezember 2020

Abkürzungsverzeichnis.....	2
Abbildungsverzeichnis.....	4
Tabellenverzeichnis.....	4
1. Zusammenfassung.....	5
2. Beteiligte Projektpartner	6
3. Einleitung	7
3.1 Ausgangslage des Projektes.....	7
3.2 Ziele und Fragestellungen/Hypothesen des Projektes.....	8
3.3 Projektstruktur	9
3.4 Zusammenarbeit mit den Konsortialpartnern.....	12
4. Projektdurchführung	15
4.1 Die neue Versorgungsform im Überblick	15
4.2 Durchgeführte Arbeiten, Versorgungsmodule, Zielgruppen und Wirkansätze	22
4.3 Rechtsgrundlage und Erfahrungen.....	29
4.4 Maßnahmen und Erfahrungen zur Implementierung.....	30
5. Methodik.....	30
6. Projektergebnisse und Schlussfolgerungen.....	34
6.1 Teilprojekt-übergreifende Ergebnisse der Evaluation	34
6.2 Teilprojekt-spezifische Ergebnisse	36
6.3 Schlussfolgerungen.....	50
7. Beitrag für die Weiterentwicklung der GKV-Versorgung und Fortführung nach Ende der Förderung.....	52
7.1 Übertragbarkeit der Ergebnisse.....	52
7.2 Überführung in die Regelversorgung und nächste Schritte.....	53
8. Erfolgte Veröffentlichungen	62
9. Anlagen	63

Abkürzungsverzeichnis

ÄBP	Ärztliche Bereitschaftspraxis
AG	Arbeitsgruppe
AK	Arbeitskreis
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
ARGE	Arbeitsgemeinschaft
ASK	Ambulant sensitive Krankenhausfälle
ASZ	Ambulant Stationäres Zentrum
BD	Bereitschaftsdienst
BMI	Body-Mass-Index
BSG	Bundessozialgericht
GiT	Gesund in Templin e.V. (Arzt- und Psychotherapeutennetz)
CDR	Clinical Data Repository
DIN	Deutsches Institut für Normung
DSGVO	Datenschutz-Grundverordnung
DU	Decision Unit
GbR	Gesellschaft bürgerlichen Rechts
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GVG	Grundversorgungsgemeinschaft
ICB	Individual Competence Baseline
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
IG	Interventionsgruppe
IGiB	Innovative Gesundheitsversorgung in Brandenburg
IKK	Innungskrankenkasse
IKT	Informations- und Kommunikationstechnik
IT	Informationstechnik
IPMA	International Projektmanagement Association

Akronym: IGiB-StimMT

Förderkennzeichen: 01NVF16001

KBZ	Koordinierungs- und Beratungszentrum
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KG	Kontrollgruppe
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KV RMZ	KV RegioMedZentrum
LCU	Low Care-Unit
MASGF	Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie
MFA	Medizinische Fachangestellte
MSGIV	Ministerium für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz
MST	Manchester-Triage-System
NYHA	New York Heart Association
ÖA	Öffentlichkeitsarbeit
RCT	Randomisiert kontrollierte Studie
SGB	Sozialgesetzbuch
SHIV	Strukturierte Harninkontinenzversorgung
StimMT	Strukturmigration im Mittelbereich Templin
SÜ-BHPF	Sektorenübergreifende Behandlungspfade
TP	Teilprojekt



Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Bevölkerungsentwicklung im Mittelbereich Templin	7
Abbildung 2: Projektpartner IGiB-StimMT	10
Abbildung 3: Projektaufbau IGiB-StimMT	12
Abbildung 4: Versorgungsstruktur und -module nach Strukturmigration	15

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Beteiligte Projektpartner.....	6
Tabelle 2: Teilprojekte und Teilprojektziele.....	9
Tabelle 3: Aufgaben und Funktionen der Projektgremien	13
Tabelle 4: Kerninhalte der Konzeptionen für die Versorgungsmodule bzw. Teilleistungen des StimMT-Projektes	16
Tabelle 5: Evaluationsmethoden gemäß Evaluationskonzept vom 21.06.2019 (Quelle: inav GmbH).....	32
Tabelle 6: Verweise auf ausführliche Darstellungen im Evaluationsbericht.....	33
Tabelle 7: Pro-Kopf-Werte der GKV-Ausgaben nach Leistungsbereichen	49
Tabelle 8: Übersicht über die Versorgungsmodule bzw. Teilleistungen des Projektes nach Art der Finanzierung.....	53

1. Zusammenfassung

Der Mittelbereich Templin steht mit einem aufgrund der demografischen Entwicklung veränderten Versorgungsbedarf, Schwierigkeiten bei der Nachbesetzung freiwerdender Arztsitze und -stellen, Fachkräftemangel in der Pflege und Defiziten des in Templin angesiedelten Krankenhauses aufgrund teilweise nicht ausreichend ausgelasteter Kapazitäten Herausforderungen gegenüber, mit der sich viele ländliche Regionen nicht nur in Brandenburg, sondern bundesweit konfrontiert sehen. Übergeordnetes Projektziel war die Schaffung einer an die regionalen Bedarfe der Wohnbevölkerung und die demografischen und epidemiologischen Veränderungen angepassten Versorgungsstruktur. Krankenhausaufenthalte sollen so weit als möglich durch bereits bestehende und neu zu schaffende sowie erweiterte ambulante Versorgung vermieden werden (ambulant vor stationär). Gleichzeitig soll die wohnortnahe medizinische Versorgung verbessert werden, um sie in Bezug auf die Grundversorgung möglichst gleichwertig zu Ballungsräumen zu gestalten (wohnortnah statt wohnortfern).

Um dieses Zielbündel zu erreichen, wurden im Ergebnis der gemeinsamen Projektentwicklung der Konsortialpartner fünf Teilprojekte festgelegt:

- Teilprojekt 1: Grundversorgungsgemeinschaft (GVG) und Arzt- und Psychotherapeuten-netz
- Teilprojekt 2: Anpassung und Ausbau der ambulanten Versorgungsmöglichkeiten im Ambulant Stationären Zentrum Templin (ASZ)
- Teilprojekt 3: Koordinierungs- und Beratungszentrum Templin (KBZ)
- Teilprojekt 4: Sektorenübergreifende Behandlungspfade
- Teilprojekt 5: Informations- und Kommunikationstechnologie: IT-Plattform und Clinical Data Repository (CDR)

Nach vierjähriger Laufzeit des Projektes (vom 01.01.2017 bis zum 31.12.2020) kann in Übereinstimmung mit den Evaluationsergebnissen zusammenfassend festgehalten werden, dass die mit dem Projekt IGiB-StimMT verfolgten angebotsstrukturellen Veränderungen mit Ausnahme des Teilprojektziels 5 erreicht werden konnten und als Grundlage für Anpassungen in Regionen mit vergleichbarer Ausgangslage geeignet sind.

Im Ergebnis der Evaluation konnte die Zufriedenheit von Patient:innen, Ärzt:innen und verschiedenen Gesundheitsberufen mit der Versorgung vor Ort gesteigert werden, ebenso wie die Gesundheitskompetenz bei 23,3% der Befragten, die an einem der sektorenübergreifenden Behandlungspfade oder an der strukturierten Harninkontinenzversorgung teilgenommen haben. Bei Pfadteilnehmer:innen konnten verschiedentlich Verbesserungen von Outcome-Parametern erreicht werden, z.B. bei der über das NYHA-Stadium gemessenen Leistungsfähigkeit bei Herzinsuffizienz oder bezogen auf das Schmerzniveau von Patient:innen mit Rückenschmerz.

Im Vergleich zu einer Kontrollgruppe konnten stationäre Fallzahlen und GKV-Ausgaben für Krankenhausbehandlungen im Jahr 2020 (mit Pandemie-bedingten Einschränkungen) wie auch im Jahr 2019 (vor Pandemie) gegenüber dem Jahr 2016 (vor Start des Projektes) reduziert werden. Für die GKV-Ausgaben gesamt gilt das auch für das Jahr 2019 gegenüber dem Jahr 2016.

2. Beteiligte Projektpartner

Tabelle 1: Beteiligte Projektpartner

Name	Verantwortlichkeit/Rolle	Ansprechpartner:in
IGiB-StimMT gGmbH	Fachlicher Ansprechpartner für Rückfragen nach Projektende	Seit 01.01.2020: Steffen Bohm Tel.: 030-92104570 bo@agenon.de
	Projektleitung/Konsortialführung, Teilprojekt 3	Bis 31.12.2020: Lutz O. Freiberg Tel.: 0331-2309212 lfreiberg@kvbb.de
KV Consult- und Managementgesellschaft mbH	Konsortialpartner, Teilprojekt 1, Teilprojekt 4, Teilprojekt 5	Andrea Trunev Tel.: 0331-2309795 andrea.trunev@kv-comm.de
Sana Kliniken Berlin-Brandenburg GmbH	Konsortialpartner, Teilprojekt 2, erweiterte Gesamtprojektleitung (ab 01.09.2019)	Christian Quack Tel.: 030-55183501 christian.quack@sana-bb.de
Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg	Konsortialpartner, stellv. Projektleitung, Teilprojekt 3	Dr. Peter Noack Tel.: 0331-2309156 pnoack@kvbb.de
AGENON Gesellschaft für Forschung und Entwicklung im Gesundheitswesen mbH	Konsortialpartner, Projektkoordination/Projektmanagement, erweiterte Gesamtprojektleitung (ab 01.09.2019)	Steffen Bohm/Alicia Prinz Tel.: 030-92104570 bo@agenon.de, pi@agenon.de
BARMER	Konsortialpartner, Vertragsmanagement	Gabriela Leyh Tel.: 0800-333004151100 gabriela.leyh@barmer.de
AOK Nordost	Konsortialpartner, Vertragsmanagement, erweiterte Gesamtprojektleitung (ab 01.09.2019)	Daniela Teichert Tel.: 0800-26508032509 daniela.teichert@nordost.aok.de
inav GmbH	Konsortialpartner, Evaluation	Prof. Volker Amelung Tel.: 030-24631222 amelung@inav-berlin.de

Das Projekt wurde durch die Kooperationspartner Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie des Landes Brandenburg (MASGF; jetzt: Ministerium für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg, MSGIV), das Gemeinsame Landesgremium gemäß § 90a SGB V, die Stadt Templin, den Landkreis Uckermark sowie die Techniker Krankenkasse und die IKK Brandenburg und Berlin unterstützt.

3. Einleitung

3.1 Ausgangslage des Projektes

Der Mittelbereich Templin mit 27.000 Einwohner:innen zum Zeitpunkt der Antragstellung im Jahr 2016 ist eine siedlungsstrukturell ländliche Region im Landkreis Uckermark im Nordosten Brandenburgs und besteht aus der Gemeinde Boitzenburger Land, den Städten Lychen und Templin und dem Amt Gerswalde. Urbanes Zentrum bildet die Stadt Templin mit gut 16.000 Einwohner:innen (Zeitpunkt der Antragstellung).

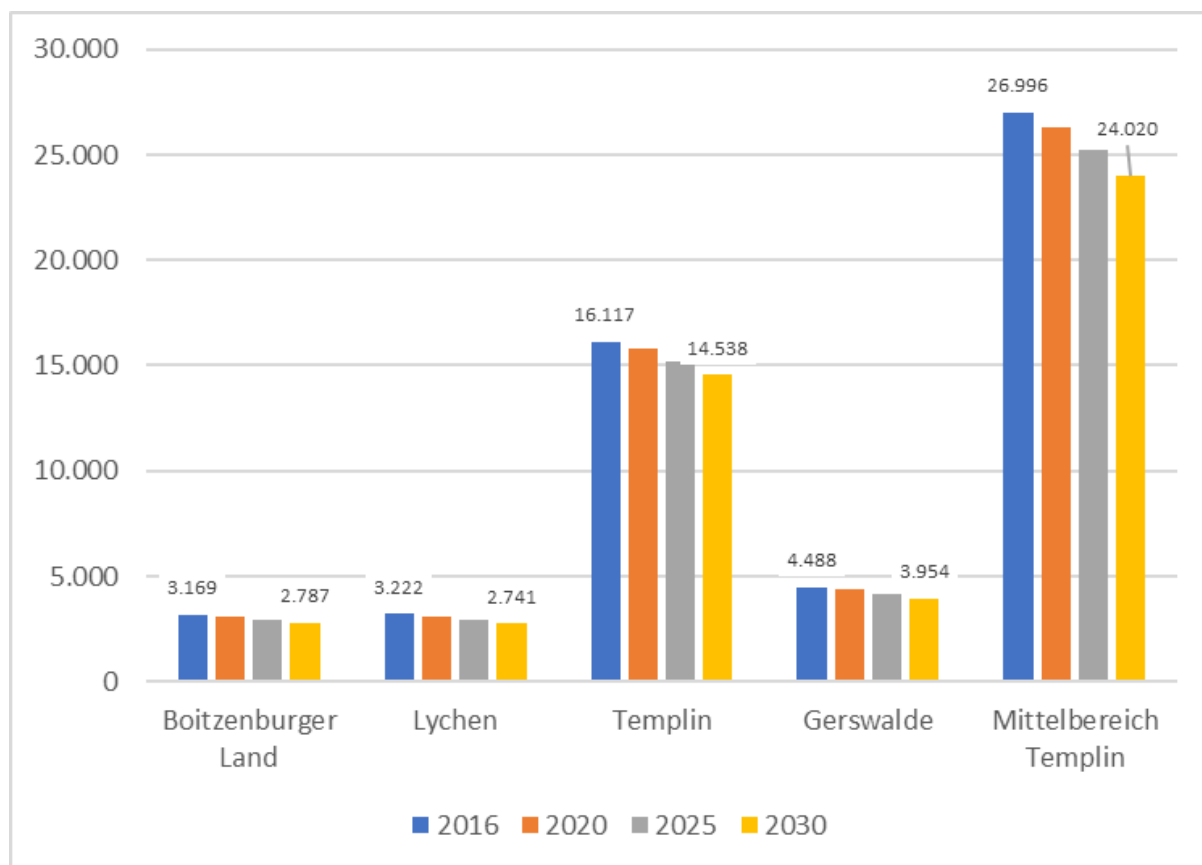


Abbildung 1: Bevölkerungsentwicklung im Mittelbereich Templin

Die medizinische und pflegerische Versorgung im Mittelbereich wird von 40 Haus- und Fachärzt:innen, einem Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung mit aktuell 96 Planbetten und Standort in der Stadt Templin, fünf Pflegeheimen und 18 Pflegediensten getragen. Für die Gestaltung der zukünftigen Versorgung im Mittelbereich Templin bestehen die für ländliche Regionen typischen infrastrukturellen und demografischen Herausforderungen: Der Anteil der jüngeren und berufstätigen Bevölkerung schrumpft und der Fachkräftemangel macht sich zunehmend auch in der Pflege und Medizin bemerkbar. Mit der demografischen Veränderung geht einher, dass chronische Erkrankungen, Multimorbidität und Pflegebedürftigkeit zahlenmäßig zunehmen werden. Gleichzeitig sind speziell für Geburten und die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen vorgehaltene Kapazitäten nicht ausgelastet.

Die Wohnbevölkerung wird im Mittelbereich Templin bis zum Jahr 2030 auf 24.020 Einwohner:innen zurückgehen (Abbildung 1).¹ Das entspricht einem Rückgang um -11 Prozent. Getragen wird diese Abnahme von Rückgängen in den Altersgruppen 0 bis unter 15 Jahre (-11,1 Prozent) und 15 bis unter 65 Jahre (-29,3 Prozent). Die Altersgruppe ab 65 Jahre wird demgegenüber bis zum Jahr 2030 um 32,3 Prozent zunehmen (von 7.074 auf 9.361 Einwohner:innen).

Eine im Rahmen einer Vorstudie des späteren Konsortialpartners AGENON erfolgten Auswertung von Routinedaten der AOK Nordost und der BARMER ergab für Versicherte ab 65 Jahre mit Wohnort im Mittelbereich Templin für das Jahr 2014, dass bei einem Versichertenanteil von 14% chronische Erkrankungen aus allen vier der folgenden Krankheitsgruppen vorlagen: Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (Kapitel E des ICD-10), Krankheiten des Kreislaufsystems (Kapitel I), Krankheiten des Atmungssystems (Kapitel J) und Krankheiten des Verdauungssystems (Kapitel K). 33% waren an chronischen Erkrankungen aus immerhin drei der vier Krankheitsgruppen erkrankt, 35% an chronischen Erkrankungen aus zwei verschiedenen Krankheitsgruppen und 12% an einer chronischen Erkrankung.² Da die betroffene Gruppe wächst, während die Bevölkerung in allen anderen Altersgruppen abnimmt, wird der Behandlungsbedarf bei den über 65-Jährigen zunehmen. Dagegen wird insbesondere die Anzahl der Geburten im Mittelbereich Templin wie auch der Bedarf ambulanter und stationärer Behandlungskapazitäten im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin abnehmen. Es wurde außerdem deutlich, dass Einwohner:innen des Mittelbereiches Templin vergleichsweise oft als Notfälle stationär aufgenommen werden und gleichzeitig der Anteilswert sogenannter ambulant-sensitiver Krankenhausfälle (ASK-Fälle) im Sana Krankenhaus Templin mit knapp 38% relativ hoch lag.³

3.2 Ziele und Fragestellungen/Hypothesen des Projektes

Übergeordnetes Projektziel war die Schaffung einer an die demografischen und epidemiologischen Veränderungen und dem daraus resultierenden veränderten Bedarf der Wohnbevölkerung angepassten Versorgungsstruktur. Krankenhausaufenthalte sollten so weit wie möglich durch bereits bestehende und neu zu schaffende sowie erweiterte ambulante Versorgungsmöglichkeiten vermieden werden (ambulant vor stationär). Gleichzeitig sollte die wohnortnahe medizinische Versorgung verbessert werden, um sie in Bezug auf die Grundversorgung möglichst gleichwertig zu Ballungsräumen zu gestalten (wohnortnah statt wohnortfern).

Um dieses Zielbündel zu erreichen, wurden im Ergebnis der gemeinsamen Projektentwicklung der Konsortialpartner fünf Teilprojekte (TP) und für jedes Teilprojekt ein aus dem übergeordneten Projektziel abgeleitetes Teilprojektziel definiert respektive festgelegt (Tabelle 2).

¹ Landesamt für Bauen und Verkehr (2018): Bevölkerungsvorausschätzung 2017 bis 2030. Ämter und amtsfreie Gemeinden des Landes Brandenburg, Hoppegarten. Download: https://lbv.brandenburg.de/dateien/stadt_wohnen/RB_BVS_2017_BIS_2030.pdf

² Bohm S., Nölke L., Priess H.-W. (2016): Vorstudie zum Projekt Strukturmigration im Mittelbereich Templin. Empirische Analysen zur Epidemiologie, zu Behandlungsanlässen und zur Versorgung im Mittelbereich Templin im Auftrag der AOK Nordost und der BARMER GEK, Berlin.

³ Bei den ASK-Fällen handelt es sich um Krankenhausfälle bestimmter Krankheitsbilder, die durch eine frühzeitige und qualifizierte Versorgung potenziell vermeidbar gewesen wären; vgl. Sundmacher L, Schüttig W, Faisst C (2015): Krankenhausaufenthalte infolge ambulant-sensitiver Diagnosen in Deutschland. Fachbereich Health Service Management, Ludwig-Maximilians Universität München.

Tabelle 2: Teilprojekte und Teilprojektziele

TP	Titel	Teilprojektziel
1	Grundversorgungsgemeinschaft (GVG) und Arzt- und Psychotherapeutennetz	Weiterentwicklung der Grundversorgung unter Anpassung an die komplexen Versorgungserfordernisse älterer, multimorbider Patient:innen durch eine Grundversorgungsgemeinschaft (GVG) in der ersten Stufe und Weiterentwicklung zu einem Arzt- und Psychotherapeutennetz in der zweiten Stufe
2	Anpassung und Ausbau der ambulanten Versorgungsmöglichkeiten im Ambulant Stationären Zentrum Templin (ASZ)	Gezielte Anpassung und frühzeitiger Ausbau ambulanter Versorgungsmöglichkeiten unter Erschließung des ambulanten Potentials heutiger stationärer Leistungen; Anpassung stationärer Versorgungskapazitäten; Neuordnung der Akut- und Notfallversorgung; Neuordnung der pädiatrischen Versorgung
3	Koordinierungs- und Beratungszentrum Templin (KBZ)	Schaffung eines eng in das Versorgungssystem eingebundenen Koordinierungs- und Beratungszentrums (KBZ) für Ärzt:innen, Leistungserbringer, Patient:innen und Angehörige
4	Sektorenübergreifende Behandlungspfade	Unterstützung einer systematischen fach-, berufsgruppen- und sektorenübergreifenden Abstimmung und Koordination der Versorgung durch leitlinienbasierte und übergreifend abgestimmte Verfahrensabläufe respektive Behandlungspfade
5	Informations- und Kommunikationstechnologie	Gezielte und bedarfsgerechte Unterstützung der Behandlung und Betreuung durch moderne Informations- und Kommunikationstechnologie in Form einer IT-Plattform, bestehend aus einer Datenaustausch-Plattform und einem Clinical Data Repository (CDR)

3.3 Projektstruktur

Für die Durchführung des Projektes und die Konsortialführung wurde von den in der ARGE „Innovative Gesundheitsversorgung in Brandenburg“ – IGiB GbR (Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V) zusammengeschlossenen Partnern als Tochtergesellschaft die IGiB-StimMT gGmbH gegründet. Die Partner der IGiB GbR sind die Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg (KV Brandenburg), die AOK Nordost – Die Gesundheitskasse und die BARMER, die als Konsortialpartner selbst am Projekt teilgenommen haben. Weitere Konsortialpartner waren die KV Consult und Management GmbH (KV COMM GmbH), die Sana Kliniken Berlin-Brandenburg GmbH und AGENON Gesellschaft für Forschung und Entwicklung im Gesundheitswesen mbH. Die Evaluation des Projektes ist durch inav – privates Institut für angewandte Versorgungsforschung GmbH erfolgt, das ebenfalls Partner im Konsortium war.



Abbildung 2: Projektpartner IGiB-StimMT

Die Aufgaben und Verantwortlichkeiten der Partner:innen waren wie folgt verteilt:

IGiB-StimMT gGmbH:

- Ausübung aller gegenüber Förderer und Konsortialpartnern wahrzunehmenden Aufgaben
- Sicherung der erforderlichen Abstimmungen im Lenkungsgremium
- Organisation, Durchführung, Vor- und Nachbereitung sowie Protokollierung von Sitzungen der Projektgremien
- Koordinierung, Steuerung und Kontrolle der Teilprojekte
- Fristgerechte Erledigung aller mit der Anforderung und Verwendung der Fördermittel sowie dem Nachweis der Mittelverwendung verbundenen Pflichten
- Öffentlichkeitsarbeit/ Marketing
- Leitung des Teilprojektes 3

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg:

- Personalgestellung stellvertretende Gesamtprojektleitung, Leitung AG Vertrag und AG Evaluation, Gesamtprojektleitung ab 1/2019 sowie Projektleitung Teilprojekt 3
- Mitwirkung an Sitzungen der Projektgremien
- Datenbereitstellung für die Evaluation
- Fristgerechte Erledigung aller mit der Anforderung und Verwendung der Fördermittel sowie dem Nachweis der Mittelverwendung verbundenen Pflichten

AOK Nordost – Die Gesundheitskasse:

- Mitarbeit Vertragsmanagement (Entwicklung, Verhandlung, Abwicklung, Abrechnung, Vergütung)
- Einschreibemanagement
- Mitwirkung an Sitzungen der Projektgremien
- Datenbereitstellung für die Evaluation
- Koordination interne Prozesse und Vernetzung
- Fristgerechte Erledigung aller mit der Anforderung und Verwendung der Fördermittel sowie dem Nachweis der Mittelverwendung verbundenen Pflichten
- Erweiterte Gesamtprojektleitung (ab 01.09.2019)
- Öffentlichkeitsarbeit

BARMER:

- Mitarbeit Vertragsmanagement (Entwicklung, Verhandlung, Abwicklung, Abrechnung, Vergütung)
- Einschreibemanagement
- Mitwirkung an Sitzungen der Projektgremien
- Datenbereitstellung für die Evaluation
- Koordination interne Prozesse und Vernetzung
- Fristgerechte Erledigung aller mit der Anforderung und Verwendung der Fördermittel sowie dem Nachweis der Mittelverwendung verbundenen Pflichten
- Öffentlichkeitsarbeit

Sana Kliniken Berlin-Brandenburg GmbH:

- Leitung des Teilprojektes 2
- Schaffung der baulichen, räumlichen, sachlichen und technischen Voraussetzungen für die Inbetriebnahme und den laufenden Betrieb der spezifischen Einrichtungen des Ambulant Stationären Zentrums Templin (ASZ)
- Mitwirkung an Sitzungen der Projektgremien
- Fristgerechte Erledigung aller mit der Anforderung und Verwendung der Fördermittel sowie dem Nachweis der Mittelverwendung verbundenen Pflichten
- Erweiterte Gesamtprojektleitung (ab 01.09.2019)
- Öffentlichkeitsarbeit

KV Consult- und Managementgesellschaft mbH:

- Leitung der Teilprojekte 1, 4 und 5
- Schaffung der personellen, räumlichen, sachlichen und technischen Voraussetzungen für den Betrieb von IT-Plattform und CDR
- Mitwirkung an Sitzungen der Projektgremien
- Koordination interne Prozesse und Vernetzung
- Fristgerechte Erledigung aller mit der Anforderung und Verwendung der Fördermittel sowie dem Nachweis der Mittelverwendung verbundenen Pflichten

AGENON GmbH:

- Teilprojektübergreifende Planung und Bereitstellung von Pflichtenheften, Planungs- und Dokumentationsvorlagen für die Durchführung des Gesamtprojektes
- Führen des Projekthandbuches
- Unterstützung der Gesamtprojektleitung bei der Berichterstattung gegenüber dem Förderer und den erforderlichen Abstimmungen mit dem Förderer
- Unterstützung der Teilprojektleiter bei der Planung und Durchführung der Teilprojekte
- Monitoring und Koordination der Teilprojekte entsprechend den Regelungen im Pflichtenheft Teilprojekte; Berichterstattung an und Abstimmung mit der Projektleitung
- Unterstützung der Projektleitung bei der Vorbereitung und Durchführung von Sitzungen der Projektgremien und Mitwirkung in den Gremien
- Fristgerechte Erledigung aller mit der Anforderung und Verwendung der Fördermittel sowie dem Nachweis der Mittelverwendung verbundenen Pflichten
- Erweiterte Gesamtprojektleitung (ab 01.09.2019)
- Öffentlichkeitsarbeit

inav GmbH:

- Durchführung der wissenschaftlichen Begleitung und Evaluation des Projektes
- Fristgerechte Erstellung der Evaluationsberichte
- Fristgerechte Erledigung aller mit der Anforderung und Verwendung der Fördermittel sowie dem Nachweis der Mittelverwendung verbundenen Pflichten

3.4 Zusammenarbeit mit den Konsortialpartnern

Für einen regelmäßigen Informationsaustausch zwischen den Konsortialpartnern sowie strukturierte Abstimmungs- und Entscheidungsprozesse wurden als Gremien eingerichtet:

- Lenkungsgremium und erweitertes Lenkungsgremium
- Arbeitsausschuss
- AG Vertrag
- AG Evaluation
- AG Öffentlichkeitsarbeit
- AG Datenschutz
- AG Teilnehmerverwaltung

Für die Koordination und Abstimmung aller Arbeiten im Projekt wurden die in einem zweiwöchigen Rhythmus tagende Teilprojektleiterrunde sowie ein wöchentlicher Jour Fixe zwischen Gesamtprojektleitung und Projektkoordination eingerichtet.

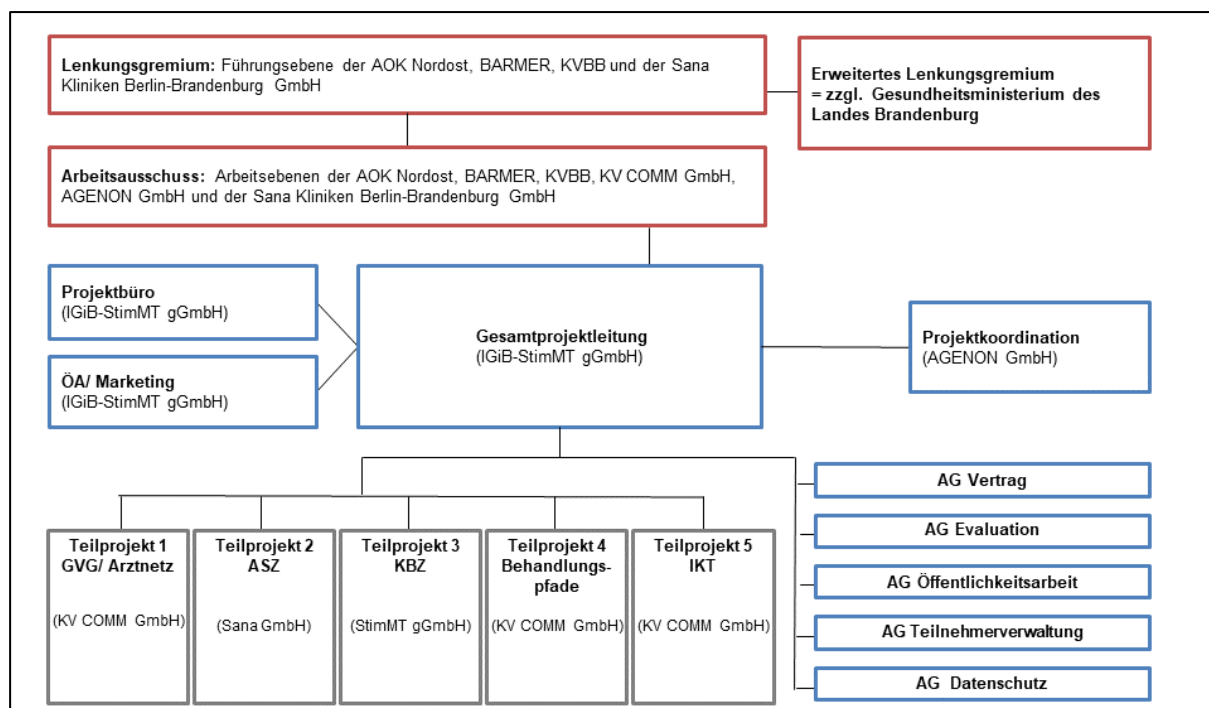


Abbildung 3: Projektaufbau IGiB-StimMT

Für die Umsetzung des Gesamtprojektes wurde des Weiteren die oben berichtete Untergliederung in fünf Teilprojekte vorgenommen. Abbildung 3 zeigt die Aufbauorganisation des Projektes im Überblick.

Tabelle 3 gibt die eingerichteten Projektgremien mit ihrem jeweiligen Auftrag/ihrer Funktion sowie die Anzahl der innerhalb des Projektzeitraums durchgeführten Treffen wieder.

Tabelle 3: Aufgaben und Funktionen der Projektgremien

Gremium	Auftrag/Funktion (Kurzfassung)	Anzahl Sitzungen
Lenkungsgremium	Oberstes Projektgremium, das Entscheidungen hinsichtlich Projektstruktur, Umsetzung der definierten Projektziele sowie Veränderungen (u.a. Abweichungen von der Projektplanung oder Veränderungen in der Ver-/Aufteilung der Fördermittel) trifft	37
Erweitertes Lenkungsgremium	Information der Landespolitik über Umsetzungs- und Arbeitsstände, Abstimmung politischer Aktivitäten	5
Arbeitsausschuss	Vorbereitung der Entscheidungen des Lenkungsgremiums sowie organisations- und teilprojektübergreifende Abstimmung aller Partner auf Arbeitsebene, aufgelöst Ende 2018, verbunden mit der Intensivierung der Arbeit im Lenkungsgremium und Hinzunahme von Vertreter:innen des aufgebauten Arzt- und Psychotherapeutennetzes „Gesund in Templin e.V.“ (GIT) in das Lenkungsgremium	16
Jour Fixe Gesamtprojektleitung & Projektkoordination	Regelhafte Abstimmung aller Aktivitäten mit unmittelbarem und mittelbarem Projektbezug, Vor- und Nachbereitung von Sitzungen des Arbeitsausschusses und des (erweiterten) Lenkungsgremiums	68
Teilprojektleiterunde	Monitoring von Terminen, Arbeiten und Arbeitsständen in den Teilprojekten, Sicherstellung der wechselseitigen Kommunikation und Information zwischen den Teilprojekten sowie Information über aktuelle Aktivitäten der Gesamtprojektleitung und Projektkoordination	82
AG Vertrag	Besicherung der Durchführung des Projektes durch die Erarbeitung erforderlicher Verträge (u.a. Rahmenvertrag nebst modulbasierten Anlagen inkl. Ergänzungsvereinbarungen), Erarbeitung von Verträgen zur Weiterführung nach Ende der Förderung	36
AG Evaluation	Abstimmung der zu evaluierenden Strukturen, Prozesse und Ergebnisgrößen, Abstimmung von Zeitpunkten für Erhebungen und Bereitstellungen von Daten (u.a. Weiterentwicklung und Modifizierung des Evaluationskonzeptes, Abstimmung Datensatzbeschreibungen und Bereitstellung Routinedaten) sowie Abstimmung der Anträge nach § 75 SGB X	23
AG Öffentlichkeitsarbeit	Entwicklung und Abstimmung der Maßnahmenpläne für Kampagnen und Produkte im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit	45
AG Datenschutz	Auftrag der Absicherung der Datenschutzkonformität der Umsetzung des Projektes, dazu insbesondere Erarbeitung und Abstimmung der erforderlichen Datenschutzkonzepte	17
AG Teilnehmerverwaltung	Sicherung einer reibungslosen und den datenschutzrechtlichen Bestimmungen entsprechenden Datenübermittlungen (Inhalte, Übermittlungsformate und Zeitpunkte) der erfassten Patientenerklärungen vom Projektbüro zu den Krankenkassen.	2

Ferner wurden zeitlich begrenzt zwei Arbeitskreise (AK) eingerichtet: Ein AK befasste sich mit Maßnahmen zur Intensivierung der Akquise von Teilnehmer:innen und ein weiterer mit der Zusammenfassung aller Teilbetriebskonzepte in einem Betriebskonzept für das Ambulant Stationäre Zentrum (ASZ).

Des Weiteren wurden im Projektzeitraum zwei Klausurtagungen sowie bedarfsabhängig verschiedene Workshops durchgeführt, u.a. zu den Themen „Neuorganisation der Akut- und Notfallversorgung“, „Stationersetzende Leistungen“, „Klärung operativer Fragen zum Ambulant Stationären Zentrum Templin“, „Leistungsbestandteile sektorenübergreifender Behandlungspfade“, „Abgrenzung der Versorgungsmodule zur Regelversorgung“ und „Außenkommunikation Ambulant Stationäres Zentrum“.

Das Projektmanagement der komplexen Intervention IGiB-StimMT wurde vom Konsortialpartner AGENON GmbH sichergestellt. Dem Projektmanagement lag die Individual Competence Baseline (ICB) der International Projektmanagement Association (IPMA) zugrunde, die ihrerseits die deutschen Normen DIN 69901 „Projektmanagement – und Projektmanagementsysteme“ und DIN 69909 „Multiprojektmanagement – Management von Projektportfolios, Programmen und Projekten“ beinhaltet.

In Kooperation mit den teilprojektverantwortlichen Konsortialpartnern wurde eine systematische und hierarchische Strukturierung des Projektleistungsumfanges vorgenommen. Neben der Reduzierung der Komplexität war die systematische Darstellung der Projektaufgaben in ihrem logischen Zusammenhang Ziel dieser Projektstrukturplanung. Für den Projektstrukturplan wurde eine objektorientierte Strukturierung gewählt, da diese die bestmögliche Übersicht liefert. Um plan- und kontrollierbare Einheiten zu schaffen, wurden die Teilprojekte in Teilaufgaben, Phasen, Arbeitspakete und Vorgänge weiter ausdifferenziert. Es wurde eine einheitliche Kodiervorlage zur Kennzeichnung aller Arbeitsschritte entwickelt. Um die Arbeit der fünf Teilprojekte weiter zu strukturieren, wurde außerdem ein Pflichtenheft für die Teilprojekte angefertigt, das als allgemeines Regelwerk für die Arbeit und Vereinbarungen in den Teilprojekten galt.

Die zeitlichen Planungen wurden an der mit dem Projektträger initial abgestimmten Meilensteinplanung ausgerichtet. In einem mitlaufenden Monitoring wurden die obligaten Zielgrößen, Leistungen/Leistungsfortschritt und Termine, das Erreichen der Projektziele und das Projektumfeld und Risiken überwacht. Dazu wurden Monitoring-Formulare und Audit-Gespräche eingesetzt. Erforderliche zeitliche Anpassungen wurden identifiziert und vorgenommen und – soweit die Meilensteinplanung berührt war – mit dem Förderer abgestimmt. Über Ergebnisse wurde in regelmäßigen Abständen in den Sitzungen des Lenkungsgremiums und des Arbeitsausschusses berichtet und beraten.

4. Projektdurchführung

4.1 Die neue Versorgungsform im Überblick

Abbildung 4 zeigt die mit dem Projekt IGiB-StimMT im Mittelbereich Templin geschaffene Struktur der Versorgungsangebote nach Strukturmigration. Gelb hinterlegt sind die neuen mit Mitteln aus dem Innovationsfonds etablierten Strukturen und Module, blau hinterlegt sind Module bzw. Angebote, die als weitere Bestandteile des Gesamtansatzes der Strukturmigration aber ohne Finanzierung von Investitionen und laufendem Betrieb aus Mitteln des Innovationsfonds entstanden sind. Für die mit Mitteln aus dem Innovationsfonds etablierten in der Abbildung gelb hinterlegten Strukturen und Module ist in eckigen Klammern die Hauptzuordnung zum jeweiligen Teilprojekt (TP) ausgewiesen. Die gewählte Bezeichnung „Hauptzuordnung“ weist darauf hin, dass aus der ausgewiesenen Zuordnung in der Regel nicht auf eine ausschließliche Bearbeitung im jeweils genannten Teilprojekt geschlossen werden kann. Insbesondere für die Pfade und die im ASZ etablierten Strukturen und Module gilt, dass sie im engen Zusammenwirken der Teilprojekte entstanden sind, wobei den ausgewiesenen Teilprojekten die Federführung oblag.

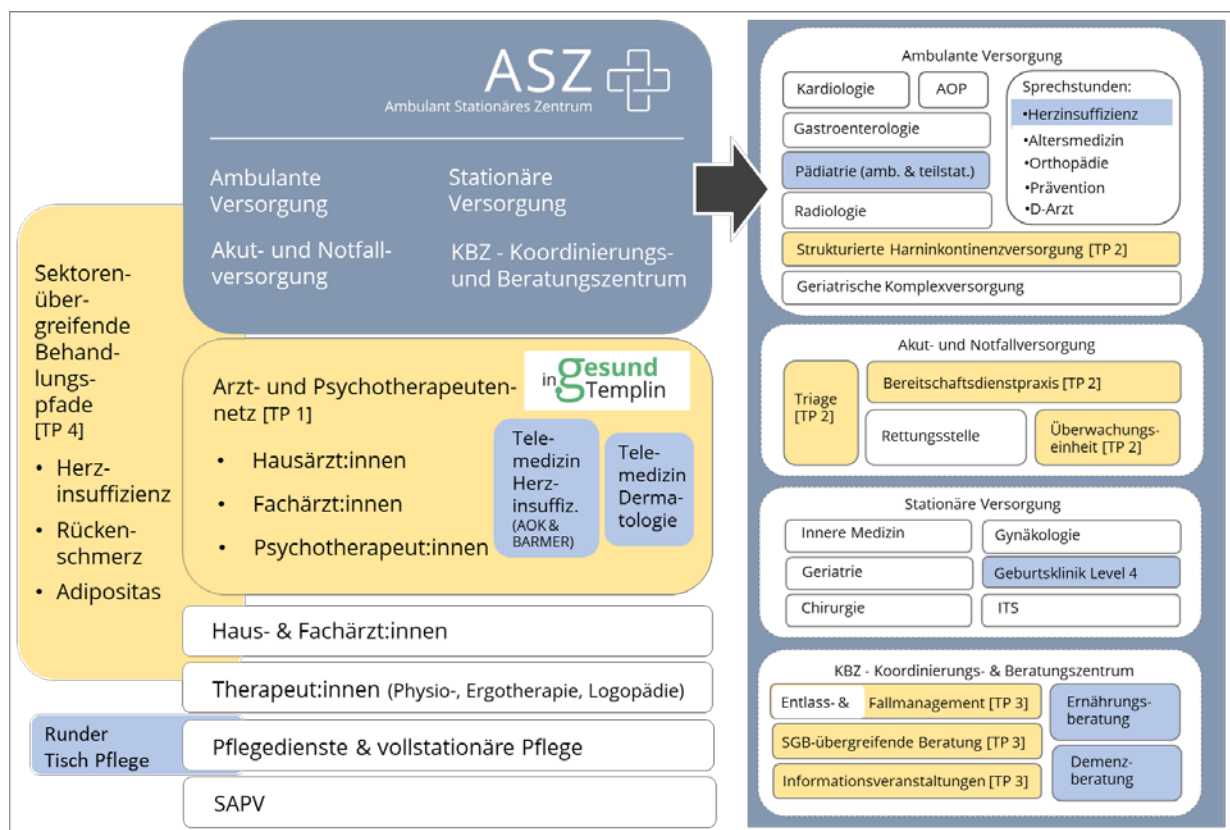


Abbildung 4: Versorgungsstruktur und -module nach Strukturmigration

Nachfolgend werden in tabellarischer Form für die mit Mitteln aus dem Innovationsfonds etablierten (gelb hinterlegten) und auch als Teilleistungen bezeichneten Versorgungsmodule Kerninhalte (versorgende Ärzt:innen und nicht-ärztliches Fachpersonal, Zugang zum jeweiligen Versorgungsangebot, Indikationen/Zielgruppen respektive Ein- und Ausschlusskriterien, Ziele,

Leistungsspektrum und soweit relevant Besonderheiten) der zugrundeliegenden Konzeptionen wiedergegeben. Für das Arzt- und Psychotherapeutennetz wird auf das Entwicklungs- und Finanzierungskonzept für das Arztnetz „Gesund in Templin e.V.“ verwiesen, das diesem Ergebnisbericht als Anlage 2 beigefügt ist.

Tabelle 4: Kerninhalte der Konzeptionen für die Versorgungsmodule bzw. Teilleistungen des StimMT-Projektes

Teilleistung/ Versorgungsmodul:	Sektorenübergreifender Behandlungspfad Herzinsuffizienz
Teilprojekt:	4
Beteiligte Ärzt:innen und nicht-ärztliches Fachpersonal:	Die Behandlung erfolgt multimodal im multiprofessionellen therapeutischen Team unter ärztlicher Leitung entsprechend weiterführender Spezifikation im Pfadkonzept
Ein- und Ausschluss- kriterien	Patient:innen mit klinischen Symptomen und Zeichen der Herzinsuffizienz gemäß Leitlinien oder mit gesicherter Diagnose einer chronischen Herzinsuffizienz. Patienten mit einer Immobilität, einer Demenz, einer geistigen Behinderung oder fehlenden deutschen Sprachkenntnissen können nicht in den Behandlungspfad Herzinsuffizienz eingeschrieben werden
Zugang:	Über die behandelnde Hausärzt:in
Ziele:	Mit der Versorgung entsprechend dem Pfadkonzept werden als Ziele verfolgt: <ul style="list-style-type: none"> - Vermeidung medizinisch nicht zwingend erforderlicher stationärer Behandlungen - wohnortnahe Versorgung (Reduktion der wohnortfernen Versorgung in Abhängigkeit der Spezialisierungsanforderung der medizinischen Versorgung) - Senkung der Sterblichkeit - Verbesserung der Leistungsfähigkeit - adäquate Behandlung von Komorbiditäten - Steigerung der Lebensqualität - Stärkung der Gesundheitskompetenz
Leistungs- spektrum:	Die Versorgung gemäß Spezifikation im Pfadkonzept gliedert sich in drei Versorgungsebenen. Jeder Versorgungsebene ist ein spezifisches Leistungsspektrum zugeordnet. Der Behandlungspfad bildet eine Methodenkombination aus Prozessverbesserungen (Organisationsrahmen), Strukturergänzungen (neue Versorgungsangebote) und Maßnahmen zur Erreichung individuell festgelegter therapeutischer Zielstellungen ab
Besonderheiten:	Bestandteil des sektorenübergreifenden Behandlungspfades ist das ambulante Fallmanagement durch Fachkräfte des KBZ
Weiterführende Quelle/n:	Konzept zum Sektorenübergreifenden Behandlungspfad Herzinsuffizienz, diesem Ergebnisbericht als Anlage 5 beigefügt
Teilleistung/ Versorgungsmodul:	Sektorenübergreifender Behandlungspfad Rückenschmerz
Teilprojekt:	4
Beteiligte Ärzt:innen und Nicht-ärztliches Fachpersonal:	Die Behandlung erfolgt multimodal im multiprofessionellen therapeutischen Team unter ärztlicher Leitung entsprechend weiterführender Spezifikation im Pfadkonzept
Ein- und Ausschluss- kriterien	Patient:innen mit akuten, rezidivierenden oder chronifizierten nicht-spezifischen Rückenschmerzen. Die Patienten müssen das 18. Lebensjahr erreicht haben und andauernde AU-Zeiten (mind. zwei Wochen oder kumuliert sechs Wochen im Jahr) wegen dieser Beschwerden aufweisen. Bei der Auswahl der Patienten müssen nachstehende Risikofaktoren berücksichtigt werden:

- Alter und Pflegebedürftigkeit
- Sozioökonomische Faktoren (Länge der Arbeitslosigkeit, Ausbildungsgrad)
- Medikation
- Vorherige Erkrankungen

Zugang: Über die behandelnde Hausärzt:in

Ziele: Im ersten Schritt soll eine Linderung von Schmerzen und im zweiten Schritt eine Verbesserung der durch die Schmerzen eingeschränkten körperlichen, psychischen und sozialen Fähigkeiten erreicht werden. Von hoher Relevanz ist in diesem Zusammenhang die Vermittlung von Wissen, Motivation und Lebensfreude. Die weiteren Versorgungsziele sind im Einzelnen:

- frühestmögliche Erkennung von Chronifizierungsrisiken
- Vermeidung von Chronifizierungsprozessen
- Erhalt der Erwerbstätigkeit / Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit
- Schmerzlinderung
- Erhalt/Verbesserung der Lebensqualität
- Vermeidung von Krankenhausaufenthalten und ambulanten Krankenhausbehandlungen in der Rettungsstelle
- Stärkung des Nachsorgeangebotes
- Patientenedukation/Coaching
- Motivation zu regelmäßiger körperlicher Aktivität
- Befähigung der Patienten zu einem strukturierten Selbstmanagement

Leistungsspektrum: Die Versorgung gemäß Spezifikation im Pfadkonzept gliedert sich in drei Versorgungsebenen. Jeder Versorgungsebene ist ein spezifisches Leistungsspektrum zugeordnet. Der Behandlungspfad bildet eine Methodenkombination aus Prozessverbesserungen (Organisationsrahmen), Strukturergänzungen (neue Versorgungsangebote) und Maßnahmen zur Erreichung individuell festgelegter therapeutischer Zielstellungen ab. Bestandteile des Behandlungspfades sind edukative Komponenten

Besonderheiten: Bestandteil des sektorenübergreifenden Behandlungspfades ist das ambulante Fallmanagement durch Fachkräfte des KBZ

Weiterführende Quelle/n: Konzept zum Sektorenübergreifenden Behandlungspfad Rückenschmerz, diesem Ergebnisbericht als Anlage 7 beigefügt

**Teilleistung/
Versorgungsmodul:** Sektorenübergreifender Behandlungspfad Adipositas

Teilprojekt: 4

Beteiligte Ärzt:innen und nicht-ärztliches Fachpersonal: Die Behandlung erfolgt durch Haus-, Fachärzte sowie verschiedene Therapeuten entsprechend weiterführender Spezifikation im Pfadkonzept. Neben niedergelassenen Ärzten werden auch Mediziner aus dem stationären Bereich in die Pfadbetreuung integriert

Ein- und Ausschlusskriterien: Patient:innen mit einem BMI zwischen 25 und < 30 kg/m² und gleichzeitigem Vorliegen von:

- übergewichtsbedingter Gesundheitsstörungen (z.B. Hypertonie, Diabetes mellitus Typ 2) oder
- einer abdominalen Adipositas oder
- Erkrankungen, die durch Übergewicht verschlimmert werden oder
- eines hohen psychosozialen Leidensdrucks

sowie

Patienten mit einem BMI ≥ 30 kg/m².

Darüber hinaus können in den Pfad Patient:innen mit Tendenz zum Übergewicht und bestehenden lebensstilbezogenen Risikofaktoren (bauchbetontes Übergewicht, manifester Bewegungsmangel, verringerte Stress-Reaktivität, Schlafstörungen, Rauchen) eingeschlossen werden.

Die Patient:innen müssen grundsätzlich das 18. aber noch nicht das 60. Lebensjahr vollendet haben. Das Alter stellt jedoch kein strenges Ausschlusskriterium dar. Einem motivierten übergewichtigen oder adipösen Patienten außerhalb der

	Altersgrenzen soll die Teilnahme nicht verwehrt werden. Patient:innen mit Demenz, geistig behinderte Patient:innen sowie Personen mit fehlenden deutschen Sprachkenntnissen sind von diesem Behandlungspfad ausgeschlossen
Zugang:	Über die behandelnde Hausärzt:in
Ziele:	Mit Etablierung des sektorenübergreifenden Behandlungspfades Adipositas werden als Zielstellungen verfolgt: <ul style="list-style-type: none"> - Senkung des Morbiditäts- und Mortalitätsrisikos - Reduktion von bauchbetontem Übergewicht - Erhalt bzw. Verringerung des Adipositasgrades - Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit - Steigerung der körperlichen Abwehr - Linderung von Funktionseinschränkungen - Verbesserung der Stoffwechselfunktion - Reduzierung der adipositasbedingten Krankenhauseinweisungen - gezielte Steuerung des Patienten nach einer Krankenhausbehandlung - Steigerung der Lebensqualität des Patienten - Stärkung der Gesundheitskompetenz des Patienten
Leistungsspektrum:	Die Versorgung gemäß Spezifikation im Pfadkonzept gliedert sich in drei Versorgungsphasen. Der Behandlungspfad bildet eine Methodenkombination aus Prozessverbesserungen (Organisationsrahmen), Strukturergänzungen (neue Versorgungsangebote) und Maßnahmen zum Selbstmanagement der Patienten ab
Besonderheiten:	Bestandteil des sektorenübergreifenden Behandlungspfades ist das ambulante Fallmanagement durch Fachkräfte des KBZ
Weiterführende Quelle/n:	Konzept zum Sektorenübergreifenden Behandlungspfad Adipositas, diesem Ergebnisbericht als Anlage 4 beigelegt
Teilleistung/ Versorgungsmodul:	Expertensystem-gestützte Triage
Teilprojekt:	2
Ärztliche Besetzung:	Entfällt
Nicht-ärztliches Fachpersonal:	Examierte Gesundheits- und Krankenpflegende mit Zertifikat Manchester-Triage-System (MTS) und Nicht-ärztliches Fachpersonal für Notfallpflege
Zugang:	Direktzugang oder über die Rettungsstelle
Indikationen/ Zielgruppen:	Patient:innen, die das ASZ aufgrund akuter Beschwerden aufsuchen bzw. die direkt über die Rettungsstelle ins ASZ gelangen
Ziele:	Steuerung in die bedarfsgerechte Versorgung, Vermeidung aus medizinischer Sicht nicht indizierter Inanspruchnahme der Rettungsstelle, Vermeidung stationärer Aufnahmen, Entlastung des Fahrdienstes
Leistungsspektrum:	Ersteinschätzung (Triage) der Behandlungsdringlichkeit, Entscheidung der weiteren Patient:innen-Distribution in die Bereitschaftspraxis oder in die Rettungsstelle und entsprechende Veranlassung
Besonderheiten:	Die Triage erfolgt elektronisch gestützt durch Epias
Weiterführende Quelle/n:	Betriebskonzept ASZ - Abschnitt A.3.2.2; das Betriebskonzept ASZ ist diesem Ergebnisbericht als Anlage 3 beigelegt

Teilleistung/ Versorgungsmodul:	Ärztliche Bereitschaftspraxis (ÄBP)
Teilprojekt:	2
Ärztliche Besetzung:	Besetzung durch niedergelassene Ärzt:innen
Nicht-ärztliches Fachpersonal:	Examinierte Gesundheits- und Krankenpflegende
Zugang:	Zuweisung durch Fachkraft Triage
Indikationen/ Zielgruppen:	Patient:innen mit akuten Beschwerden, die keiner stationären Versorgung und keiner Versorgung in der Rettungsstelle bedürfen
Ziele:	Bedarfsgerechte ambulante Versorgung von Patient:innen mit akuten Beschwerden während der sprechstundenfreien Zeiten, Entlastung der Rettungsstelle und des Fahrdienstes und Vermeidung stationärer Aufnahmen
Leistungs- spektrum:	Anamnese und körperliche Untersuchung der Patient:innen, ggf. Veranlassung von Labordiagnostik und/oder Durchführung von weitergehenden Untersuchungen, Befundbeurteilung, Weiterleitung in die Rettungsstelle oder in die ambulante Versorgung
Weiterführende Quelle/n:	Betriebskonzept ASZ - Abschnitt A.3.2.3; das Betriebskonzept ASZ ist diesem Ergebnisbericht als Anlage 3 beigefügt Modulsteckbrief Akut- und Notfallversorgung; der Modulsteckbrief ist diesem Ergebnisbericht als Anlage 14 beigefügt
Teilleistung/ Versorgungsmodul:	Überwachungseinheit/Decision Unit (DU)
Teilprojekt:	2
Ärztliche Besetzung:	Ärzt:in im ASZ, trifft die Entscheidung zur Aufnahme in die Überwachungseinheit
Nicht-ärztliches Fachpersonal:	Personal der Rettungsstelle in separater Dienstschiene (s. A.3.2.4)
Zugang:	Zuweisung durch Ärzt:innen der Rettungsstelle
Indikationen/ Zielgruppen:	Patient:innen aller Altersgruppen mit unklarer Symptomatik oder Überwachungserfordernis, bei denen aufgrund ihres Zustandes die Entscheidung zur ambulanten oder stationären Weiterbehandlung noch nicht abschließend getroffen werden kann, z.B. unklarer Thoraxschmerz, Krampfanfall, Alkoholintoxikation, Exsikkose, Bluthochdruck, Gelenk-Luxation mit Analgosedierung, allergische Reaktion, Hypoglykämie, Gallenkolik, Nierenkolik, unklarer Bauch-, Rücken- oder Kopfschmerz
Ziele:	Vermeidung stationärer Aufnahmen durch ein niederschwelliges wohnortnahes Angebot im Rahmen der Neustrukturierung der Akut- und Notfallversorgung, Steigerung der Versorgungssicherheit
Leistungs- spektrum:	Ärztliche Ersteinschätzung und Aufnahme auf der Überwachungseinheit, Befunderhebung inklusive Verlaufskontrollen (z.B. Labor, Sonographie), Einleitung einer Therapie (z.B. Schmerztherapie, spasmolytische Therapie, antiallergische Therapie, Volumentherapie), Überwachung der Vitalwerte der Patient:innen, soweit erforderlich Einbindung weiterer Fachärzt:innen im Rahmen eines telemedizinischen Konsils, pflegerische Versorgung, Verköstigung, ärztliche Entscheidung zur ambulanten oder stationären Weiterbehandlung bis maximal acht Stunden oder nach der nächsten Frühvisite
Besonderheiten:	Integration der Überwachungseinheit in die Rettungsstelle, wodurch die unmittelbare personelle und prozessuale Anbindung an die Rettungsstelle gewährleistet ist

Weiterführende Quelle/n: Betriebskonzept ASZ - Abschnitt A.3.2.5; das Betriebskonzept ASZ ist diesem Ergebnisbericht als Anlage 3 beigelegt
Modulsteckbrief Decision Unit; der Modulsteckbrief ist diesem Ergebnisbericht als Anlage 15 beigelegt

**Teilleistung/
Versorgungsmodul:** Strukturierte Harninkontinenzversorgung (SHIV)

Teilprojekt: 2

Vorbemerkung: Die Strukturierte Harninkontinenzversorgung (SHIV) wurde im Rahmen des Projektes IGiB-StimMT vor dem Hintergrund aufgebaut, dass sich aus der demografischen Entwicklung im Mittelbereich Templin eine Zunahme der behandlungsbedürftigen Harninkontinenz ergeben wird. Harninkontinenz ist als Krankheitsbild ein gesellschaftliches Tabuthema. Die Patient:innen vermeiden häufig die Ansprache von Inkontinenzproblemen bei Haus- oder Fachärzt:innen aufgrund von Schamgefühl. Dabei kann eine frühzeitige Therapie den Verlauf der Erkrankung positiv beeinflussen und einen wichtigen Beitrag zum Erhalt der Lebensqualität leisten. Die aktuelle Versorgungssituation in der Region zeigt zudem, dass Patient:innen mit Harninkontinenz häufig an zertifizierte, wohnortferne Zentren verwiesen werden. Vor diesem Hintergrund wurde die SHIV als wohnortnahes Angebot konzipiert

Ärztliche Besetzung: Fachärzt:in für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Nicht-ärztliches Fachpersonal: Examinierte Gesundheits- und Krankenpflegende mit Zusatzausbildung Inkontinenzschwester/Harninkontinenzpfleger

Zugang: Zuweisung durch ambulant behandelnde Haus- oder Fachärzt:in

Indikationen/
Zielgruppen: Inkontinenz: N32.8 Hyperaktive Blase/overactive bladder/ Detrusorüberaktivität, N39.3 Belastungsincontinenz [Stressincontinenz], N39.4 Sonstige näher bezeichnete Inkontinenz

Harninkontinenz: N39.40 Reflexincontinenz, N39.41 Überlaufincontinenz, N39.42 Drangincontinenz, N39.47 Rezidivincontinenz, N39.48 Sonstige näher bezeichnete Harninkontinenz, R32 nicht näher bezeichnete Harninkontinenz

Prolaps: N81.0 bis N81.9 Genitalprolaps bei der Frau, N99.3 Prolaps des Scheidenstumpfes nach Hysterektomie

Ziele: Senkung der Hospitalisierungsrate (unter anderem Reduktion von operativen Eingriffen), wohnortnahe Versorgung (Reduktion der wohnortfernen Versorgung in Abhängigkeit von den Spezialisierungsanforderungen an die medizinische Versorgung), Senkung des Medikamenteneinsatzes, Senkung/Vermeidung der Versorgung mit Inkontinenzartikeln, Verbesserung der Lebensqualität, Steigerung der Gesundheitskompetenz

Leistungsspektrum: Ärztliche Versorgung:
Anamnese, Auswertung Fragebogen und Miktionsprotokoll, gynäkologische Untersuchung (Spiegeleinstellung, Abstrichentnahme ggf. mit mikroskopischer Auswertung, pH-Messung, bimanuelle Untersuchung im Liegen), bimanuelle Untersuchung im Stehen, rektale Tastuntersuchung, Ultraschalluntersuchung, Therapiebestimmung, Patient:innenberatungsgespräch, Erhebung von spezifischen Parametern (Urinstatus mittel Stick, mikrobiologischer Abstrich, Nativpräparat), Behandlungsverlaufskontrollen, ggf. urodynamische Untersuchung

Pflegerische Versorgung („Inkontinenzschwester/Inkontinenzpfleger“):
Erläuterung zum Führen eines Trink- und Toilettenprotokolls, Fragebogenerhebung, Bestimmung des Urinstatus, Beratungsgespräch zum Umgang mit Inkontinenz im Alltag, Terminvergabe

Beckenbodengymnastikgruppe

Besonderheiten: Fallkonferenzen zwischen behandelnden Ärzt:innen ggf. unter Einbindung stationär tätiger Gynäkolog:in und Inkontinenzschwester/Inkontinenzpfleger bzgl. weiterer Diagnostik und Therapieplanung und ggf. operativem Eingriff

Anbindung an das Beckenbodenzentrum am Sana Klinikum Lichtenberg (fachlicher Austausch bei komplexen Behandlungsfällen)

Niedergelassene Fachärzt:innen für Frauenheilkunde und Geburtshilfe und im ASZ im Rahmen der stationären Versorgung tätige Gynäkolog:innen bilden zusammen mit dem Beckenbodenzentrum am Sana Klinikum Lichtenberg das Kompetenznetzwerk Harninkontinenz

Weiterführende Quelle/n: Betriebskonzept ASZ - Abschnitt A.3.2.3; das Betriebskonzept ASZ ist diesem Ergebnisbericht als Anlage 3 beigefügt
 Modulsteckbrief Strukturierte Harninkontinenzversorgung (SHIV); der Modulsteckbrief ist diesem Ergebnisbericht als Anlage 16 beigefügt

Teilleistung/ Versorgungsmodul: Case-/Fallmanagement

Teilprojekt: 3

Mitarbeitende: Examierte Gesundheits- und Krankenpflegende mit Zusatzqualifikation agnes^{zwei} oder Arzthelfer:innen mit Zusatzqualifikation agnes^{zwei}

Zugang: Zuweisung/Beauftragung durch Haus- oder Fachärzt:innen, Zuweisung aus dem Entlassungsmanagement, der geriatrischen Komplexversorgung oder Direktzugang

Indikationen/ Zielgruppen: Chronisch kranke Patient:innen, multimorbide Patient:innen, in Pfaden geführte Patient:innen, Patient:innen mit kognitiven Beeinträchtigungen (v.a. Demenz), Patient:innen mit Suchtproblematik, Patient:innen nach Rehabilitation, Therapieverweigerer (z.B. AHB), Patient:innen nach ambulantem chirurgischem Eingriff

Leistungsspektrum: Eingangs- und Re-Assessments, Überleitungs- und Schnittstellenmanagement, Koordination der Behandlungskette, Terminkoordination, Sicherstellung eines rechtzeitigen und transparenten Informationsflusses, arztunterstützende Abstimmung mit den behandelnden Ärzt:innen und Leistungserbringern, Erschließung und Vermittlung ergänzender Dienste und Hilfen, Medikamentenkontrolle, Unterstützung Palliativversorgung (außerhalb SAPV), Monitoring der Leistungen der häuslichen Krankenpflege, Angehörigenunterstützung, Durchführung notwendiger Hausbesuche, standardisierte Verlaufsdokumentation, fallbezogener Abschlussbericht

Weiterführende Quelle/n: Betriebskonzept ASZ - Abschnitt A.3.5.2; das Betriebskonzept ASZ ist diesem Ergebnisbericht als Anlage 3 beigefügt
 Modulsteckbrief Ambulantes Fallmanagement; der Modulsteckbrief ist diesem Ergebnisbericht als Anlage 17 beigefügt

Teilleistung/ Versorgungsmodul: SGB-übergreifende Beratung

Teilprojekt: 3

Mitarbeitende: Abgeschlossenes Studium/Ausbildung in einem der folgenden Berufe/Fächer: Soziale Arbeit, Gesundheits- oder Pflegemanagement, Pflegewissenschaften
 Fachwirt:in im Sozial- und Gesundheitswesen und einschlägiger Berufserfahrung

Zugang: Direktzugang

Indikationen/ Zielgruppen: Patient:innen und Angehörige mit Fragestellungen zur Beantragung und Inanspruchnahme von SGB-Leistungen

Leistungsspektrum: Beratung und Kontaktvermittlung zu regionalen und überregionalen medizinischen, pflegerischen und sozialrechtlichen Leistungsangeboten, Vermittlung

und Initiierung von Unterstützungs- und Versorgungsleistungen sowie ergänzenden Diensten und Hilfen, Unterstützung bei Antragstellungen (z.B. bei Kranken- und Pflegekassen), Beratung zu Pflegebedarf, Pflegegrad und Schwerbehinderung, Beratung zu Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht

Weiterführende Quelle/n: Betriebskonzept ASZ - Abschnitt A.3.5.3; das Betriebskonzept ASZ ist diesem Ergebnisbericht als Anlage 3 beigefügt
Modulsteckbrief Beratung SGB-übergreifend; der Modulsteckbrief ist diesem Ergebnisbericht als Anlage 18 beigefügt

**Teilleistung/
Versorgungsmodul:** Informationsveranstaltungen

Teilprojekt: 3

Leistungsspektrum: Im Rahmen regelmäßiger Informationsveranstaltungen werden gemeinsam mit regionalen Partner:innen indikationsspezifische Themen, häufige Krankheitsbilder oder andere vielfach nachgefragte Gesundheitsthemen aufbereitet und präsentiert

Weiterführende Quelle/n: Betriebskonzept ASZ - Abschnitt A.3.5.6; das Betriebskonzept ASZ ist diesem Ergebnisbericht als Anlage 3 beigefügt
Modulsteckbrief Medizinische Informationsveranstaltungen/Erwachsenenbildung; der Modulsteckbrief ist diesem Ergebnisbericht als Anlage 19 beigefügt

4.2 Durchgeführte Arbeiten, Versorgungsmodule, Zielgruppen und Wirkansätze

Auch die Darstellung von durchgeführten Arbeiten, Versorgungsmodulen, Zielgruppen und Wirkansätzen orientiert sich nachfolgend an den fünf Teilprojekten des IGiB-StimMT-Gesamtprojektes.

Teilprojekt 1: Grundversorgungsgemeinschaft (GVG) und Arzt- und Psychotherapeutennetz

Durchgeführte Arbeiten:

Die in Teilprojekt 1 durchgeführten Arbeiten umfassten insbesondere

- Recherchen und Analysen (u.a. zur Akut- und Notfallversorgung im Mittelbereich Templin, zu den Leistungsprofilen der vor Ort niedergelassenen Ärzt:innen) und Aufbereitung in Analyse- und Rechercheberichten
- Gewinnung und Motivation der im Mittelbereich Templin niedergelassenen Ärzt:innen für die Mitwirkung im Projekt
- Kommunikation mit den Ärzt:innen (Regionalbeiräte, Bereitschaftsdienstbeauftragte, ärztliche Leitung der Projektgruppen)
- Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung von Informationsveranstaltungen, Workshops und Projektgruppensitzungen
- Erarbeitung von Maßnahmenkatalogen, Grob- und Feinkonzepten, Modulsteckbriefen, Vorstellung und Abstimmung in den Gremien des Projektes
- Vorbereitung von Verträgen und Satzungen (Grundversorgungsgemeinschaft – GVG und Arzt- und Psychotherapeutennetz), Unterstützung bei den Gründungsprozessen und den erforderlichen Aufbauarbeiten
- Sondierungs- und Abstimmungsprozesse mit externen Entscheidungsträger:innen
- Öffentlichkeitsarbeit

Versorgungsmodule, Zielgruppen und Wirkansätze:

Die GVG wurde als Vorstufe zum Arzt- und Psychotherapeutennetz am 13.06.2018 gegründet. Mit Gründung des Netzes Gesund in Templin e.V. (GiT) am 26.09.2018 wurde die GVG sukzessive in die Netzstruktur integriert.

Durch die organisatorische und kommunikative Vernetzung der regionalen Akteure konnten folgende Projektziele umgesetzt werden:

- Stärkung der arbeitsorganisatorischen Einbindung der Casemanagement-Fachkräfte in die GVG und weiterer Arztpraxen im Mittelbereich Templin
- Aus- und Weiterbildung der MFA in dem im Projekt etablierten Format des Schwesternstammtisches
- Qualitative Verbesserung der fach- und sektorenübergreifenden Zusammenarbeit
- Durchführung der Projektaufklärung
- Etablierung der Projektgruppenarbeit
- Systematische Integration ambulanter Versorgungsansätze unter Einsatz von Telemedizin (Erarbeitung eines telemedizinischen dermatologischen Versorgungsansatzes, aufgrund fehlender Förderfähigkeit wurde das Vorhaben außerhalb des Projektes umgesetzt)

Das Netzkonzept ist diesem Bericht als Anlage 2 beigelegt.

Teilprojekt 2: Anpassung und Ausbau der ambulanten Versorgungsmöglichkeiten im Ambulant Stationären Zentrum Templin (ASZ)

Durchgeführte Arbeiten:

Die in Teilprojekt 2 durchgeführten Arbeiten umfassten insbesondere

- Gewinnung und Motivation der im Krankenhaus tätigen Ärzt:innen für die Mitwirkung im Projekt
- Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung von Informationsveranstaltungen, Workshops und Projektgruppensitzungen
- Erarbeitung von Maßnahmenkatalogen, Grob- und Feinkonzepten sowie Teilbetriebskonzepten, Modulsteckbriefen und modulspezifische Kalkulation der Kosten, Vorstellung und Abstimmung in den Gremien des Projektes
- Erstellung von Dienstplänen, Organisation und Monitoring der Abläufe
- Schaffung und Sicherung der personellen, baulich-räumlichen und technischen Voraussetzungen für die Etablierung der projektspezifischen Versorgungsmodule im Gebäude in der Robert-Koch-Straße 24, dem Standort des Sana Krankenhauses Templin und Standort des zukünftigen ASZ
- Zusammenfassung der Teilbetriebskonzepte zu einem Betriebskonzept für das ASZ, inklusive Personalplanung und kurz- und mittelfristiger Finanzplanung
- Sondierungs- und Abstimmungsprozesse mit externen Entscheidungsträger:innen (Landesebene, Landkreis, Stadt Templin)
- Öffentlichkeitsarbeit

Versorgungsmodule, Zielgruppen und Wirkansätze:

Akut- und Notfallversorgung: Triage

Ein wichtiges Teilziel betraf die Neuorganisation der Akut- und Notfallversorgung. Im Projekt wurde die Weiterleitung von Patient:innen mit akuten Beschwerden entweder in die Ärztliche Bereitschaftspraxis (ÄBP) oder die Rettungsstelle im Ergebnis einer Ersteinschätzung (Triage) durch examinierte Gesundheits- und Krankenpflegende mit Zertifikat Manchester-Triage-System (MTS) etabliert. Die Ersteinschätzung erfolgt elektronisch gestützt (Epias). Patient:innen mit Zugang ins ASZ über die Notärzt:in bzw. direkt über die Rettungsstelle werden ebenfalls elektronisch gestützt triagiert (Epias).

Akut- und Notfallversorgung: Ärztliche Bereitschaftspraxis (ÄBP)

Durch ein alternatives ortsgebundenes Behandlungsangebot zur Verbesserung des Bereitschaftsdienstangebotes – eine zu den sprechstundenfreien Zeiten geöffnete ÄBP in den Räumen der Rettungsstelle - sollte in der Notfallversorgung die Inanspruchnahme von Rettungsstelle in medizinisch nicht notwendigen Fällen verringert werden. Weiteres Ziel war es, die Ressource „Ärzt:in“ möglichst bedarfsgerecht einzusetzen. Analysen hatten gezeigt, dass mit dem Patientenaufkommen in der Akut- und Notfallversorgung in den sprechstundenfreien Zeiten im Mittelbereich Templin eine Ärzt:in in der Vorhaltung gerechtfertigt werden kann (zzgl. einer temporären ärztlichen Ressource im konkreten Bedarfsfall zur Vermeidung von zeitlichen Versorgungslücken). Durch die Trennung der Sektoren bedingt waren demgegenüber zeitgleich drei Ärzt:innen im Dienst (Ärzt:in Rettungsstelle, Ärzt:in Bereitschaftspraxis und Notärzt:in). Entsprechend war es auch Ziel der Neuordnung, die Akut- und Notfallversorgung mit weniger Ärzt:innen zu organisieren und abzusichern, was aber nur gelingen konnte, wenn mehrere Rollen zusammengefasst werden.

Entsprechend wurde die zu den sprechstundenfreien Zeiten geöffnete ÄBP von einem/r (freiberuflich) tätigen Ärzt:in besetzt, der/die zugleich bei den seltenen Notfällen als Notärzt:in im Mittelbereich zum Einsatz kam (Vorrang Notfall). Im Fall eines Einsatzes als Notärzt:in wurde die Versorgung in der ÄBP temporär von dem/der diensthabenden Ärzt:in der Rettungsstelle übernommen. Dadurch konnte im Gegenzug die Besetzung der Rettungsstelle in Randzeiten in Personalunion mit der Bereitschaft für eine bettenführende Station erfolgen.

In Verantwortung der KV Brandenburg wurde die ÄBP zum 03.04.2018 in Kooperation und organisatorischer Verknüpfung von KV Brandenburg, Krankenhaus und Notarztsystem etabliert. In der Folge eines Urteils des Bundessozialgerichtes zu freiberuflichen Tätigkeiten in Dienstsyste men mit Beteiligung von Krankenhäusern⁴ konnte diese Kooperation über den 31.12.2019 hinaus nicht im bisherigen Umfang aufrechterhalten werden - die ärztliche Besetzung wäre nur noch mit angestelltem ärztlichen Personal möglich gewesen, was aufgrund des bestehenden Personalstamms des Klinikums nicht umsetzbar war und ist. Die Besetzungen wurden nachgängig unter Einbezug der Vertragsärzt:innen vor Ort neu geregelt, so dass die ÄBP außerhalb des Projektes fortbesteht. Zu den Sprechstundenzeiten ist eine Umsteuerung von Akutfällen, die nicht einer Notfallversorgung bedürfen an die umliegenden Hausarztpraxen vereinbart (GVG-Partnerpraxen: abgestimmte Dienst-/Praxiszeiten). Die Förderung im Rahmen des Projektes endete vorfristig zum 31.12.2019.

⁴ BSG-Urteil vom 04.06. 2019 (AZ B 12 R 11/18 als Leitfall).

Akut- und Notfallversorgung: Überwachungseinheit/Decision Unit (DU)

Im Rahmen der Neustrukturierung durch das Projekt IGiB-StimMT wurde die Akut- und Notfallversorgung des ASZ um eine Überwachungseinheit/Decision Unit ergänzt. Diese Überwachungseinheit wurde für Patient:innen implementiert, die aufgrund einer noch zu klärenden Verdachtsdiagnose oder sonstiger ggf. vorübergehender Einschränkung der Gesundheit einer ärztlichen und pflegerischen Überwachung und Versorgung bedürfen. Zum Aufnahmezeitpunkt stand bei den Patient:innen die Entscheidung aus, ob sie ambulant oder stationär weiterbehandelt werden müssen oder eine Entlassung ohne Weiterbehandlung erfolgen kann. Im Verlauf erfolgt diese Abklärung abschließend. Das Ziel war es somit, die Hospitalisierungsrate zu senken und eine optimale bedarfsgerechte, gesicherte medizinische Versorgung im ländlichen Raum zu fördern.

Low Care-Unit (LCU)

Für Patient:innen mit weiten Anfahrtswegen bei anstehendem stationären Aufenthalt oder nach erfolgter Intervention, für die nicht der Einsatz der Ressourcen eines Krankenhauses erforderlich ist, die aber nicht unmittelbar nach Hause oder in die weiterführende Versorgung entlassen werden können, sollte die Möglichkeit einer übergangsweisen Unterbringung in einer räumlich am Standort etablierten Einheit - der Low Care-Unit - geschaffen werden.

Stationersetzende kardiologische und gastroenterologische Versorgung

In den Bereichen Kardiologie und Gastroenterologie war eine ambulante Versorgung mit eingeschränktem Leistungsspektrum und Überweisungsvorbehalt aus dem fachärztlich internistischen Vertragsarztbereich bereits vor Start des Projektes IGiB-StimMT im Rahmen eines Versorgungsauftrages des KV RegioMed Zentrums Templin (Eigeneinrichtung der KV Brandenburg nach §105 SGB V) etabliert. Im Projekt war vorgesehen, die bestehenden Sprechstundenangebote zu einer stationersetzenden ambulanten Versorgung auszubauen. Die Projektarbeiten wurden eingestellt, nachdem die Förderfähigkeit verneint wurde. Die Angebote blieben und bleiben somit auf die Möglichkeiten der Regelversorgung begrenzt.

Sprechstunde Herzinsuffizienz:

Im Zuge der Optimierung der Versorgung von Patient:innen mit Herzinsuffizienz durch die Implementation des sektorenübergreifenden Behandlungspfades (SÜ-BHPF) Herzinsuffizienz wurde im ASZ als Bestandteil des Pfades für Patient:innen mit progredienter Herzinsuffizienz der Stadien NYHA III oder NYHA IV oder Zustand nach Dekompensation/stationärem Aufenthalt wegen Herzinsuffizienz im fortgeschrittenen Stadium NYHA III oder NYHA IV die Sprechstunde Herzinsuffizienz eingerichtet. Im Rahmen dieser kardiologischen Sprechstunde erfolgt unterstützend und ergänzend zur ambulanten haus- und fachärztlichen Versorgung eine weiterführende differenzierte Diagnostik und Therapieplanung.

Telemedizin Herzinsuffizienz

Als weiterer Baustein der Versorgung von Patient:innen mit Herzinsuffizienz im Mittelbereich Templin wurde und wird das telemedizinische Versorgungsangebot Herzinsuffizienz für Versicherte der AOK Nordost über einen Selektivvertrag nach § 140a SGB V umgesetzt und im Rahmen dieses Vertrages auch evaluiert. Zum 01.11.2019 ist auch für Versicherte der BAR-MER ein telemedizinisches Versorgungsangebot Herzinsuffizienz über einen Selektivvertrag gestartet.

Pädiatrische Versorgung

Die Neuordnung der pädiatrischen Versorgung konnte mit Schließung der stationären Pädiatrie zum 31.12.2019 und dem Aufbau einer substitutiven Struktur abgeschlossen werden. Die substitutive Struktur umfasst zusätzliche Kapazitäten für die ambulante kinderärztliche Versorgung in der „Villa“ auf dem Gelände des Sana Krankenhaus Templin, eine neu eingerichtete teilstationäre Versorgung sowie eine Kooperation mit dem Werner Forßmann Klinikum in Eberswalde über die Vorhaltung einer kinderärztliche Expertise 24/7 als telemedizinisches Konsil. Für Akutfälle wird die DU belegt und die Betreuung durch Fachärzt:innen der Inneren Medizin, Chirurgie und Anästhesie/ Intensivmedizin sichergestellt, soweit dies medizinisch vertretbar ist. In der Folge der Umstrukturierung konnte der Perinatale Schwerpunkt (Versorgungsstufe 3) nicht aufrechterhalten werden und die Geburtshilfe auf die Versorgungsstufe 4 angepasst.

Strukturierte Harninkontinenzversorgung (SHIV)

Durch die niedergelassenen Frauenärzt:innen und den stationär tätigen Facharzt für Gynäkologie wurden die vor Ort bestehenden Versorgungsmöglichkeiten für Patientinnen mit Harninkontinenz als unzureichend und dringend verbesserungswürdig angesehen. In gemeinschaftlicher Projektgruppenarbeit wurde ein Versorgungskonzept ausgearbeitet und umgesetzt, das sich aus den folgenden Bestandteilen zusammensetzt:

- Unterstützung der Patientinnen und Ärzt:innen im Rahmen der SHIV durch eine zum Thema Harninkontinenz speziell geschulte Gesundheits- und Krankenpflegerin („Harninkontinenzschwester“)
- Durchführung einer Spezialsprechstunde
- Aufbau eines Kompetenznetzes mit dem Beckenbodenzentrum des Sana Klinikums Lichtenberg
- Durchführung sektorenübergreifender Fallkonferenzen
- Aufbau einer qualifizierten Beckenbodengymnastikgruppe vor Ort

Um- und Neubau

Am 19.06.2019 erfolgte die Grundsteinlegung für die aus Mitteln des Krankenhaus Strukturfonds geförderte bauliche Umgestaltung des Krankenhauses Templin in das ASZ. Mit der baulichen Umgestaltung werden die Voraussetzungen für die räumliche Integration im Projekt entwickelter Versorgungsmodule geschaffen, insbesondere des KBZ und ambulante und therapeutische Behandlungsflächen sowie Räumlichkeiten zur Schulung von Patient:innen. Zudem entstand ein neu gestalteter zentraler Empfangsbereich, um die bedarfsgerechte Steuerung der Patient:innen in den Versorgungsebenen abzusichern.

Das Betriebskonzept des Ambulant Stationären Zentrums ist diesem Bericht als Anlage 3 beigelegt.

Teilprojekt 3: Koordinierungs- und Beratungszentrum Templin (KBZ)

Durchgeführte Arbeiten:

Die in Teilprojekt 3 durchgeführten Arbeiten umfassten insbesondere

- Recherchen und Analysen zu verfügbaren und erforderlichen Diensten und Hilfen, Aufbereitung in Analyse- und Rechercheberichten
- Erarbeitung von Maßnahmenkatalogen, Grob- und Feinkonzepten, Modulsteckbriefen sowie des KBZ-Betriebskonzeptes, Vorstellung und Abstimmung in den Gremien des Projektes
- Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung von Informationsveranstaltungen, Workshops und Projektgruppensitzungen
- Schaffung und Sicherung der personellen und sachlich-technischen Voraussetzungen für den Betrieb des zunächst in der Dargersdorfer Str. 21 angesiedelten KBZ
- Unterstützung der KBZ-Leitung bei der Erstellung von Dienstplänen, bei der Organisation und dem Monitoring der Abläufe
- Unterstützung der Leitung des KBZ beim Ausbau des Netzwerkes und beim Abschluss von Kooperationsverträgen mit externen Dienstleistern und der Integration ergänzender Informations- und Beratungsangebote in das KBZ (Demenz, Ernährung)
- Sondierungs- und Abstimmungsprozesse mit Anbietern vor Ort (Pflegedienste, Ärzt:innen etc.)
- Öffentlichkeitsarbeit

Versorgungsmodule, Zielgruppen und Wirkansätze:

Folgende Angebote wurden sukzessive aufgebaut und in das KBZ integriert:

- Im Auftrag aller regional tätigen Ärzt:innen erfolgte das Casemanagement zur Unterstützung und Koordination der Patient:innen, zur Unterstützung und Entlastung der Ärzt:innen sowie für eine abgestimmte Kommunikation aller an der Versorgung Beteiligten
- SGB-übergreifende Beratung zur Unterstützung und Information der Patient:innen und Angehörigen hinsichtlich medizinischer, pflegerischer, sozialer und rehabilitativer Leistungen und Fragestellungen. Für weitergehende Fragestellungen erfolgte auch eine individuelle Vermittlung von Unterstützungs-, Versorgungs- und Daseinsfürsorgeangeboten Dritter
- Damit die Angebote des KBZ auch immobilen Patient:innen zur Verfügung stehen, wurden monatliche Außensprechstunden in umliegenden Gemeinden eingerichtet
- Koordination und Betreuung der Patient:innen im Rahmen ihrer Versorgung in den sektorübergreifenden Behandlungspfaden
- Auf Basis von Kooperationsverträgen konnten in den Räumen des KBZ auch Beratungsleistungen Dritter integriert werden (z.B. Demenzberatung)
- Durch regelmäßige Kontaktaufnahme erfolgte der Aufbau eines regionalen Netzwerkes der Mitarbeiter:innen des KBZ zu den regionalen Leistungsanbietern
- Für einen regelmäßigen Austausch von und mit Leistungsanbietern der Region konnte der „Runde Tisch Pflege“ (Teilnehmende: ambulante und stationäre Pflegeanbieter) etabliert werden
- Zur Information in Bezug auf die Tätigkeiten des KBZ, aber auch hinsichtlich der weiteren Leistungsmodule des Projektes, wurden in den Räumen des KBZ themenbezogenen Veranstaltungen mit Fachvorträgen durchgeführt.

Nach der Einrichtung des KBZ in Übergangsräumen in der Stadt Templin konnten nach baulicher Fertigstellung des ASZ die dort für das KBZ geplanten Räume bezogen werden.

Das Betriebskonzept des KBZ ist Teil des Betriebskonzeptes des ASZ und ist diesem Bericht als Anlage 3 beigelegt.

Teilprojekt 4: Sektorenübergreifende Behandlungspfade (SÜ-BHPF)

Durchgeführte Arbeiten:

Die in Teilprojekt 4 durchgeführten Arbeiten umfassten insbesondere

- Recherchen und Analysen (zur Prävalenz, zur Soziodemographie, zur Versorgung, zu Behandlungsempfehlungen/Leitlinien), Zusammenstellung von Kennzahlen, möglichen Ein- und Ausschlusskriterien, Outcome-Parametern und Aufbereitung für die Projektgruppenarbeit
- Erstellung von Leitfäden für die Pfadentwicklung und für die Pfadumsetzung
- Pfadentwicklung in Projektgruppenarbeit, Erstellung Pfadkonzepte, Vorstellung und Abstimmung in den Gremien des Projektes
- Erstellung von Informationsmaterialien für Ärzt:innen und Patient:innen, von Schulungsmaterialien, Checklisten und Dokumentationsinstrumenten
- Information und Schulung von Ärzten und Praxisangestellten, Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung von Fallkonferenzen und Qualitätszirkeln
- Monitoring der Pfadumsetzung
- Sondierungs- und Abstimmungsprozesse mit Anbietern vor Ort
- Öffentlichkeitsarbeit

Versorgungsmodule, Zielgruppen und Wirkansätze:

Neben konzeptionellen Arbeiten zu den Indikationen Diabetes mellitus, Rheuma und Geriatrie, die in Abstimmung mit dem Fördermittelgeber nicht umgesetzt wurden, konnten drei SÜ-BHPF (Herzinsuffizienz, Adipositas, Rückenschmerz) vollständig erarbeitet und implementiert werden. Um auch die Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung angemessen zu berücksichtigen und um auch das spezifische Know-how der stationär tätigen Ärzt:innen einzubinden, wurden im Unterschied zu den meisten der bisherigen Ansätze neben den niedergelassenen Ärzt:innen die Ärzt:innen des Sana Krankenhauses Templin von Beginn an in die Erarbeitung der SÜ-BHPF einbezogen. Es wurden zudem Kriterien für den Einsatz von Casemanagement eingearbeitet und weitere nichtärztliche Berufsgruppen (Physiotherapeut:innen, Ernährungsberater:innen, etc.) in die Erarbeitung einbezogen. Die SÜ-BHPF orientieren sich an den strukturellen Rahmenbedingungen vor Ort und waren Teil des gesamten Migrationsprozesses vor dem Hintergrund der sich verändernden Versorgungsstrukturen im Mittelbereich Templin (Einbindung der entstandenen Strukturen des KBZ und ASZ).

Teilprojekt 5: Einsatz moderner Informations- und Kommunikationstechnologie

Durchgeführte Arbeiten:

Die in Teilprojekt 5 durchgeführten Arbeiten umfassten insbesondere

- Erstellung von Konzepten (Grobkonzept, Datenschutz- und Sicherheitskonzept, Konzeption für die Betreiberkonstellation)
- Recherche zu telemedizinischen Anwendungen, Abstimmungen mit Herstellern inkl. Angebotseinholung

- Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung von Workshops und Projektgruppensitzungen (u.a. zum Datenschutz, zur Abstimmung von Anforderungen an die IT-Plattform),
- Umsetzung von Anforderungsdefinitionen aus den Teilprojekten 1 bis 4 in Funktionalitäten der IT-Plattform
- fortlaufende Abstimmung von Anwendungen und Diensten mit den am Projekt beteiligten ambulant und stationär tätigen Ärzt:innen

Versorgungsmodule, Zielgruppen und Wirkansätze:

Ärzt:innen und das ansässige Krankenhaus sollten in die Lage versetzt werden, die Versorgungssteuerung und Behandlungsplanung mit Hilfe einer ganzheitlichen Sicht auf die Patient:innen und dank eines engen und digital unterstützten Austausches der Ärzt:innen in der Region durch eine IT-Plattform und ein Clinical Data Repository (CDR) untereinander zu optimieren:

- Die Datenaustausch-Plattform sollte eine elektronische Patientenakte abbilden. Sie sollte Standard-Schnittstellen zum Austausch von Daten und zur Verwaltung von Identitäten und Berechtigungen unterstützen. Die Datenaustausch-Plattform sollte in Bezug auf die Daten agnostisch sein, d.h. hier sollte keine Verarbeitung oder Auswertung eingestellter Daten stattfinden.
- Für die Versorgungssteuerung, Behandlungsplanung und Herstellung einer ganzheitlichen Sicht auf Patient:innen sollten relevante Daten in strukturierter, kodierter Form in einem Clinical Data Repository (CDR) verwaltet werden. Beispiele für solche Daten sind Patient Summaries (z.B. Notfalldatensatz), Medikations- und Therapiepläne und Vital- und Labor-daten.
- Verfahren zur automatisierten Auswertung von Daten sollten auf dem CDR aufsetzen. Aus dem CDR sollten Dokumente generiert und in die Datenaustausch-Plattform eingespeist werden können. Weitere Systembausteine sollten es ermöglichen, individuelle Sichten zu bilden.

Unterschiedliche Gründe haben die Umsetzung dieses Teilprojektes immer wieder erschwert und auch mit Blick auf die langen Vorläufe vergaberechtlich vorgeschriebener europaweiter Ausschreibungen zu zeitlichen Verzögerungen geführt, so dass die vom Förderer für die Produktivsetzung gesetzte Frist nicht gehalten werden konnte. Die Arbeiten in diesem Teilprojekt mussten vorzeitig eingestellt werden.

Dem Ergebnisbericht sind das Grobkonzept der IT-Plattform (Anlage 8), das Lastenheft der IT-Plattform (Anlage 9), das alternative Betreibermodell (Anlage 10) sowie die Beschreibung von Fachanwendungen (Anlage 11) beigefügt.

4.3 Rechtsgrundlage und Erfahrungen

Nachdem zunächst vorgesehen war, das Projekt IGiB-StimMT auf der Basis von Verträgen nach § 140a SGB V durchzuführen, wurde in den Detailplanungen zur Projektrealisierung schnell deutlich, dass die vorgesehenen Veränderungen in den Angebotsstrukturen im Wesentlichen regelhaft erbrachte Versorgungsleistungen tangieren, auf die Versicherte unabhängig von ihrer Kassenzugehörigkeit Anspruch haben (Leistungen gemäß § 11 SGB V). Im Ergebnis der diesbezüglichen Abstimmungen mit dem Förderer zur Erweiterung der Rechtsgrundlage gemäß SGB V konnte Einvernehmen dazu erzielt werden, dass ausgehend von § 23d der Berufsordnung der Landesärztekammer Brandenburg als berufsrechtlicher Basis für

die einrichtungs-, berufs- und fachgruppenübergreifende Zusammenarbeit (Möglichkeit zur Kooperation von Ärzten und Leistungserbringern) im Rahmen des Projektes zum einen die Regelungen des SGB V zur Zulassung zur GKV-Versorgung einschlägig sind (u.a. §§ 95 ff, 108 SGB V) und ferner die verschiedenen Normen des SGB V, die Leistungsansprüche des Versicherten begründen (u.a. §§ 11 Abs. 4, 39 Abs. 1a SGB V). Die Abstimmungen mit dem Förderer konnten mit Änderungsbescheid des Förderers vom 10.11.2017 abgeschlossen werden. Flankierend dazu haben die Konsortialpartner einen „Vertrag zur Umsetzung der gesundheitlichen Versorgungsleistungen im Rahmen des vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 92a SGB V geförderten Projektes IGiB – Strukturmigration im Mittelbereich Templin (Rahmenvertrag)“ abgeschlossen, in dem auch die konkrete inhaltliche Ausgestaltung der einzelnen Versorgungsmodule und ihre Vergütung in Anlagen geregelt sind. Selektiv und demnach wählbaren Leistungen im Projekt wurden auf der Grundlage von Verträgen nach § 140a SGB V erbracht und standen entsprechend nur Versicherten der vertragsschließenden Krankenkassen offen.

4.4 Maßnahmen und Erfahrungen zur Implementierung

Für die Maßnahmen zur Implementierung kann auf die Ausführungen unter Kapitel 3.4 verwiesen werden.

Zu den Herausforderungen, mit denen im Projektverlauf umgegangen werden musste, zählten insbesondere:

- durch längere Ausfallzeiten bedingte Brüche in der Kontinuität von Maßnahmenumsetzungen;
- zeitlicher Aufwand für motivationsförderliche Aufklärungs- und Überzeugungsarbeit vor Ort;
- im letzten Projektjahr Pandemie-bedingte Einschränkungen in der Umsetzung und Inanspruchnahme verschiedener gesundheitlicher Versorgungsleistungen und ihre „Wiederbelebung“ in Abhängigkeit von Lockerungen;
- durch Veränderungen in den externen Rahmenseetzungen bedingte Neuplanungen von zeitlichen Abfolgen, erforderlichen Maßnahmen, Mittelbedarfen und Verantwortlichkeiten und daraus resultierende nachgehende interne Abstimmungserfordernisse, die zu zeitlichen Verzögerungen geführt haben (Stichworte: DSGVO, BSG-Urteile);
- aus Neuplanungen resultierende Erfordernisse, Veränderungen der unterschiedlichsten Art im Vorfeld ihrer Realisierung und idealerweise im Turnus der quartalsweisen Zahlungsanforderungen zu beantragen und die Zustimmung des Förderers abzuwarten;
- die Klärung von Fragen zur Abgrenzung gesundheitlicher Versorgungsleistungen von der Regelversorgung.

5. Methodik

Während bei einfachen Interventionen klassische Evaluationsdesigns Anwendung finden, ist dieses Vorgehen bei einer komplexen Intervention in einem nahezu einzigartigen Setting und Kontext wie im Projekt IGiB-StimMT nicht ohne weiteres möglich. Gilt beispielsweise bei klinischen Studien oder bei Studien mit gut abgrenzbaren Interventionen insbesondere das Design einer randomisierten kontrollierten Studie (RCT) als Goldstandard bei der Evaluation, so lässt

sich ein solches Studiendesign bei einer komplexen Intervention wie IGiB-StimMT nicht umsetzen. Zu den Gründen, die gegen ein RCT-Design sprechen, gehören vor allem mangelnde Praktikabilität und Machbarkeit (Randomisierung ganzer Regionen), die dem Projekt inhärente Dynamik (permanente Weiterentwicklung der einzelnen Konzepte und Versorgungsmodule) und die Komplexität (Variation an unterschiedlichen Stellschrauben zur gleichen Zeit).

Je komplexer, vielschichtiger und dynamischer eine Intervention ist, desto höher sind auch die Anforderungen an den Evaluationsansatz. Vor diesem Hintergrund bietet sich zur formativen und summativen Evaluation von komplexen Interventionen ein Mixed-Methods-Ansatz an, also eine Kombination aus quantitativen und qualitativen Methoden. Darüber hinaus kann die Evaluation komplexer Interventionen in einer Kombination aus Dachevaluation und komponentenspezifischen Einzelevaluationen bestehen.

Die Evaluation von IGiB-StimMT basiert auf drei Säulen:

1. Struktur- und Prozessevaluation

- Stakeholder-Befragung [qualitative Methode]
- Zufriedenheitsbefragung [quantitative und qualitative Methoden]
- Teilnehmende Beobachtung [qualitative Methode]
- Strukturdatenerhebung [quantitative Methode]

2. Ergebnisevaluation einzelner Versorgungsmodule

- Effektevaluation der Behandlungspfade (sektorenübergreifender Behandlungspfad Herzinsuffizienz, sektorenübergreifender Behandlungspfad Rückenschmerz, sektorenübergreifender Behandlungspfad Adipositas) sowie der strukturierten Harninkontinenzversorgung [quantitative Methode mittels Fragebögen]

3. Gesundheitsökonomische Evaluation

- Effektivitätsanalyse, Kosten-Analyse und Kosten-Effektivitäts-Analyse [quantitative Methode mittels Routinedaten der gesetzlichen Krankenversicherung und der Kasernenärztlichen Vereinigung]

Die Komponenten des Evaluationskonzeptes sind diesem Bericht als Anlage 13 beigelegt. Das Datenschutzkonzept zur Evaluation ist diesem Bericht als Anlage 12 beigelegt.

In Tabelle 5 sind die einzelnen Evaluationsmethoden bezogen auf die verschiedenen zu evaluierenden Versorgungsmodule von IGiB-StimMT gemäß Evaluationskonzept mit Stand vom 21.06.2019 dargestellt.

Es würde den Rahmen der Darstellung in diesem Ergebnisbericht sprengen, wenn auf alle in der Evaluation genutzten quantitativen und qualitativen Methoden, auf alle Ein- und Ausschlusskriterien, die der Rekrutierung für die sektorenübergreifenden Behandlungspfade und die strukturierte Harninkontinenzversorgung zu Grunde gelegen haben, ferner auf alle Auswertungsstrategien und auf alle weiteren Aspekte eingegangen werden würde, die im Zusammenhang mit Evaluationen von Interesse sind. Die entsprechenden Darstellungen umfassen im Evaluationsbericht 33 Seiten.

Tabelle 5: Evaluationsmethoden gemäß Evaluationskonzept vom 21.06.2019 (Quelle: inav GmbH)

	Quantitativ			Qualitativ		
	Strukturdaten	Gesundheits- ökonomische Evaluation	Effektevaluation (Fragebögen)	Zufriedenheits- befragung Leis- tungserbringer	Stakeholder- Befragung	Teilnehmende Beobachtung
GVG				X	X	
SÜ-BHPF			X			
SÜ-BHPF Rückenschmerz		X	X			
SÜ-BHPF Herzinsuffizienz		X	X			
SÜ-BHPF Adipositas		X	X			
ASZ		X		X	X	
KBZ	X					X
ÄBP	X					
DU	X					
SHIV			X			

Tabelle 6 weist die Erhebungszeitpunkte und Methoden aus. Ausgewiesen ist zu dem, ab welcher Seite des Evaluationsberichtes (Anlage 1) sich jeweils die ausführlichen Darstellungen finden.

Tabelle 6: Verweise auf ausführliche Darstellungen im Evaluationsbericht

Kapitel		Erhebungszeitpunkt	Methoden	Im Evaluationsbericht ab Seite
3.1.	Stakeholder-Befragung	07/17-02/18; 07/20-10/20	Erhebung: Leitfadengestützte, problemzentrierte Interviews Auswertung: Dokumentarische Methode	21
3.2.	Zufriedenheitsbefragung	07/20-12/20	Erhebung: Online-Befragung (offene und geschlossene Fragen) Auswertung: 1. Deskriptive Datenauswertung, 2. Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring	24
3.3.	Teilnehmende Beobachtung	11/19-12/19	Erhebung: Beobachtung, formelle und informelle Befragungen Auswertung: Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring	26
3.4.	Strukturdatenanalyse	01/17-12/20	Erhebung: Quantitativ (Abrechnungsdaten nach § 295 SGB V der KVBB, Daten aus dem KIS des Sana KH Templins, Daten aus der Dokumentationssoftware des KBZ) Auswertung: Deskriptive Datenauswertung	29
3.5.1.	Versorgungsmodulübergreifendes Evaluationsdesign der Behandlungspfade und des Behandlungsprogramms	06-12/19	Erhebung: Fragebögen (Gesundheitskompetenz (HLS-EU-Q16), Lebensqualität (EQ-5D-6L) mit Analogskala (VAS), Gesundheitsfragebogen für Patient:innen, Depressionsmodul (PHQ-9), Zufriedenheit mit der ambulanten Versorgung (ZAP), soziodemografischer Fragebogen) Auswertung: Deskriptive Datenauswertung	32
3.5.2.	Evaluation des Behandlungspfades Herzinsuffizienz	06/18-12/19		34
3.5.3.	Evaluation des Behandlungspfades Rückenschmerz	10/18-12/19		37
3.5.4.	Evaluation des Behandlungspfades Adipositas	05/19-12/19		41
3.5.5.	Evaluation der strukturierten Harninkontinenzversorgung	09/18-12/19		44

Kapitel		Erhebungszeitpunkt	Methoden	Im Evaluationsbericht ab Seite
3.6.	Gesundheitsökonomische Evaluation	01/16-12/20	Kosten-Effektivitäts-Analyse (auch Kosten-Wirksamkeits-Analyse) auf Basis der Routinedaten der AOK Nordost, BAR-MER und KVBB	47

Eine komprimierte ausführliche Detaillierung des Evaluationskonzeptes für alle Komponenten der Struktur- und Prozessevaluation, der Ergebnisevaluation wie auch der gesundheitsökonomischen Evaluation nach den Dimensionen Fragestellungen/Hypothesen, Studienpopulation, Datenerhebung und -auswertung sowie nach Endpunkten kann Anlage 13 entnommen werden.

Dem Evaluationsbericht sind die im Projekt entwickelten Evaluationsdokumente (Fragebögen, Interviewleitfäden etc.) als Anlagen beigefügt.

6. Projektergebnisse und Schlussfolgerungen

In Kapitel 6.1 werden entsprechend dem Evaluationsbericht zunächst die Teilprojekt-übergreifenden Ergebnisse aus den als Bestandteile der Struktur- und Prozessanalyse durchgeführten Stakeholder- und der Zufriedenheitsbefragungen sowie der Strukturdatenanalyse zur Projektaufklärung und Einschreibung berichtet. Im Weiteren wird das an den Teilprojekten orientierte Vorgehen bei der Darstellung der Teilprojekt-spezifischen Projektergebnisse in Kapitel 6.2 beibehalten. In einem letzten Unterabschnitt von Kapitel 6.2 werden die Ergebnisse der gesundheitsökonomischen Evaluation – also die Wirkungen des Projektes auf Inanspruchnahme und Kosten, letztere abgebildet über Wirkungen auf die GKV-Ausgaben – vorgestellt. Da ein Fokus allein auf die Teilprojekte und die gesundheitsökonomischen Effekte aber den Blick darauf verstellen würde, dass alle Teilprojekte zusammen die Strukturmigration im Mittelbereich Templin ergeben, wird die Darstellung der Projektergebnisse in Kapitel 6.1 und Kapitel 6.2 durch eine auf das Gesamtprojekt bezogene Schlussbetrachtung mit Schlussfolgerungen in Kapitel 6.3 abgerundet.

6.1 Teilprojekt-übergreifende Ergebnisse der Evaluation

Struktur- und Prozessanalyse: Ergebnisse von Stakeholder- und Zufriedenheitsbefragung

In einer ersten Befragung wurden im Zeitraum Juli 2017 bis Februar 2018 vom Evaluator 18 Stakeholder aus Politik, Gesundheitswesen und Wirtschaft befragt. Die zweite Befragung fand von Juli 2020 bis Oktober 2020 mit dem Ziel statt, anschließend an die Befragung von 2017 zu erheben, „ob und wie das Projekt die Versorgung in Templin beeinflusst hat, welche Erfahrungen insbesondere in den Bereichen Kommunikation und Zusammenarbeit gemacht wurden und wie das Projekt abschließend bewertet wird“ (Evaluationsbericht, Seite 22).

Berichtet werden folgende Ergebnisse (Evaluationsbericht, Seite 53 ff):

- Erwartungen an das Projekt IGiB-StimMT

Alle Befragten erwarteten die Stärkung der Kommunikation zwischen den einzelnen Versorgungsgruppen und die Integration von ambulantem und stationärem Sektor. Die pflegenden Berufsgruppen wünschten zudem eine stärkere Einbindung ihrer Kompetenzen und Ressourcen, des Weiteren war es dieser Gruppe besonders wichtig, dass eine intensivere Betreuung der älteren Bevölkerung sichergestellt werden kann.

- Kenntnis der Projektziele:

Bei den befragten Ärzt:innen (n = 5) waren gute Kenntnisse über die groben Projektziele vorhanden. Zu Projektbeginn konnten keine spezifischen bzw. detaillierten Ziele des Projektes benannt werden. Ein vergleichbarer Kenntnisstand zeigte sich auch unter den Befragten aus den Bereichen Pflege (n = 3) und Apotheke (n = 1). Befragte Stakeholder des Casemanagements (n = 1) und Klinikmanagements (n = 4), der Kostenträger (n = 2) und der Politik (n = 2) konnten dagegen konkrete Projektziele benennen und ausführlich definieren. Der Evaluator vermutet, dass dies daran liegen könnte, dass nicht alle Akteure in gleichem Maße in den Informationsfluss vor Projektbeginn einbezogen waren.

- Einschätzung der aktuellen Situation der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung:

Ärzt:innen empfanden die Bevölkerung des Mittelbereichs Templin als sehr gut versorgt und waren mit der medizinischen und pflegerischen Versorgung zufrieden. Im Vergleich dazu wurde unter Stakeholdern der Pflege die pflegerische Betreuung der Bevölkerung in Templin stark bemängelt. Beanstandet wurde u.a., dass die Praxisschließzeiten von ambulant tätigen (Fach-)Ärzt:innen eine funktionierende Versorgung erschweren würden. Kostenträger sowie Akteure aus der Politik empfanden die Versorgung der vorwiegend älteren Bevölkerung als nicht ausreichend und sahen den Grund hierfür sowohl im medizinischen Fachkräftemangel als auch in den strukturellen und regionalen Gegebenheiten des Landkreises. Die Vertreter:innen des Klinikmanagements beurteilten vor allem die ambulante Versorgung als gut und sahen den Fachkräftemangel im stationären Bereich als problematisch an.

- Einschätzung der eigenen Situation und der Zusammenarbeit in der Versorgungsregion Templin:

Ärzt:innen wünschten bezogen auf ihre Arbeitsauslastung weder eine Entlastung noch ein vermehrtes Patientenaufkommen. Angehörige der Gruppe Pflege haben dem Evaluationsbericht folgend negative Erfahrungen in der Kommunikation mit anderen an der Versorgung beteiligten Akteuren gemacht und thematisierten auch schlechte Nahverkehrsverbindungen. Die Problematik der Gewinnung neuer (Fach-) Ärzt:innen wurde seitens der Kostenträger und seitens der Akteure aus dem Klinikmanagement thematisiert. Von den Akteuren der Gruppe Politik wurde eine stärkere Einbindung von ambulanten Strukturen in das stationäre Gefüge wahrgenommen. Sowohl Ärztinnen als auch Angehörige der Gruppe des Case- und Klinikmanagements berichteten über positive Erfahrungen in der Zusammenarbeit. Während in der Gruppe Apotheke negative Erfahrungen mit den Kostenträgern angesprochen wurden, berichteten die Vertreter:innen des Casemanagements dem Evaluationsbericht folgend ausschließlich über positive Erlebnisse mit den Kostenträgern.

Struktur- und Prozessanalyse: Ergebnisse der Strukturdatenerhebung zur Projektaufklärung und Einschreibung

Bedingt durch die erstmalige Auszahlung von Fördermitteln im Sommer 2017 und die Sommerferien konnte die Patientenrekrutierung erst im dritten Quartal des Jahres 2017 gestartet werden. Dennoch konnten in den Jahren 2017 bis 2020 10.613 Einwohner:innen des Mittelbereichs über die Inhalte und die neue Versorgungsform aufgeklärt werden und via Unterzeichnung einer Einwilligungserklärung für die Teilnahme am Projekt gewonnen werden. Die ursprünglich geplante Anzahl von 12.998 Einwilligungserklärungen wurde um 2.385 unterschritten (vgl. Evaluationsbericht, Seite 58).

6.2 Teilprojekt-spezifische Ergebnisse

Teilprojekt 1: Grundversorgungsgemeinschaft (GVG) und Arzt- und Psychotherapeutennetz

Mit der Gründung von GVG und des Arzt- und Psychotherapeutennetzes „Gesund in Templin e.V.“ (GiT) konnte eine organisatorische Plattform für die Bündelung der Interessen der niedergelassenen Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen und zugleich eine organisatorische Ebene geschaffen werden, über die die ambulanten Angebotsstrukturen idealiter so ausgerichtet werden, dass Auswirkungen struktureller Anpassungen des Krankenhauses substituiert und die angestrebte Vermeidung stationärer Fälle durch Steuerung und Versorgung in der dem Krankheitsbild adäquaten Versorgungsebene erreicht werden können. Arzt- und Psychotherapeutennetze sind somit zuallererst eine bestimmte strukturelle Form der Organisation der Versorgung zur Steuerung derselben, und kein spezifisches Versorgungsangebot im Sinne einer Leistung, auf die entweder alle GKV-Versicherten einen Anspruch haben (Regelversorgung) oder nicht (nicht Regelversorgung). Vorliegend ist das GiT insgesamt für die fach- und berufsgruppenübergreifende Vernetzung wie auch für die Vernetzung mit dem stationären Bereich des Ambulant Stationären Zentrums (ASZ) notwendig. Der ärztliche fachspezifische Austausch über die Sektorengrenzen hinweg ist elementar in der gemeinsamen Patientenversorgung und Grundlage für Alternativen zu dem stark auf den eigenen Sektor fokussierten Arbeiten. Im Projekt wurde dieser Ansatz konkret über die Zusammenarbeit in Projektgruppen, Prozessbeschreibungen in den SÜ-BHPF (Teilprojekt 4), die in der Akutversorgung zusätzlich übernommenen Aufgaben (GVG-Partnerpraxen, siehe dazu auch die nachfolgenden Ausführungen zur Neuordnung der Akut- und Notfallversorgung) und die Zusammenarbeit mit den Mitarbeiter:innen des KBZ umgesetzt.

Teilprojekt 2: Anpassung und Ausbau der ambulanten Versorgungsmöglichkeiten im Ambulant Stationären Zentrum Templin (ASZ)

Neuordnung der Akut- und Notfallversorgung

Vor Start des Projektes wurden Patient:innen, die mit akuten Gesundheitsproblemen die Rettungsstelle aufsuchten, entweder stationär aufgenommen oder nach der Behandlung in der Rettungsstelle zur Weiterbehandlung zurück in die vertragsärztliche Versorgung verwiesen. Die zuletzt genannte Patient:innengruppe belastete die ärztlichen und nicht-ärztlichen personellen Ressourcen des Krankenhauses der Grundversorgung damit zusätzlich zu den erforderlichen Bereitschaften für Notfälle und den Diensten auf den Stationen. Mit dem Projekt sollte eine Entlastung erreicht werden. Weiteres Ziel war es, die Ressource „Ärzt:in“ möglichst effektiv und effizient einzusetzen. Mit dem Projekt wurden die Strukturen für die Akut- und Notfallversorgung wie oben beschrieben verändert und zielgerichtet erweitert (Expertensystem-gestützte Triage, Bereitschaftsdienstpraxis, Decision Unit, Einbindung der umliegenden

Hausarztpraxen wochentags zu Sprechstundenzeiten entsprechend Dienstplan eine Praxis, fußläufig gut erreichbar).

- Gemäß Strukturdatenerhebung im Rahmen der Struktur- und Prozessanalyse wurden folgende Ergebnisse erzielt (vgl. dazu ausführlich Evaluationsbericht, Seite 65 ff.): Die ÄBP hat im zweiten Quartal 2018 ihren Betrieb aufgenommen. Die hinsichtlich der Ressource „Ärzt:in“ wie oben beschrieben optimierte Struktur konnte in der Folge eines BSG-Urteils nicht über den 31.12.2019 hinaus weitergeführt werden. Im geförderten Zeitraum (bis viertes Quartal 2019) wurden 5.416 Behandlungen durchgeführt. Die ÄBP wurde von Anfang an sehr gut angenommen und hat zu einer Entlastung von Rettungsstelle und Fahrdienst geführt. Die Entlastung der Rettungsstelle hat sich bis zum Ende der Förderung der ÄBP (am 31.12.2019) in den letzten drei Quartalen des Jahres 2019 auf gut 200 Inanspruchnahmen weniger pro Quartal bzw. auf einen Rückgang von ca. 20% gegenüber dem jeweiligen Quartal vor Eröffnung der ÄBP eingependelt. Beim Fahrdienst wurden im Jahr 2016 noch 647 Einsätze gezählt. Im Jahr 2018 waren es nur 295 und im Jahr 2019 nur noch 146 Einsätze. Das entspricht einem Rückgang 2019 gegenüber 2016 um gut 77%.
- Ab dem Zeitpunkt der Inbetriebnahme der DU im vierten Quartal 2018 bis zum Ende des Förderzeitraumes wurden 1.131 Patient:innen in der DU versorgt und beobachtet. Davon wurden neun vollstationär aufgenommen, alle anderen konnten wieder zurück in ihr häusliches Umfeld entlassen werden. Im Beobachtungszeitraum waren die drei größten Fallgruppen Patient:innen mit Problemen der Verdauungsorgane/Bauchschmerzen (218 Fälle), Herz-Kreislauf-Problemen/Brustschmerz (159) und unfallchirurgische Fälle mit oberflächlichen Verletzungen/Fraktur (152). Gemäß Ergebnis der Evaluation führte die DU insgesamt zu einer Senkung der stationären Fallzahlen und der Hospitalisierungsrate und ermöglichte somit die Steuerung der Patient:innen in eine optimale bedarfsgerechte Versorgung (Evaluationsbericht, Seite 84). Die Resultate dieser Analyse stehen laut Evaluationsbericht auch im Einklang mit den Erkenntnissen der zweiten Stakeholder-Befragung, in der die Befragten einen besonderen Mehrwert der DU für die überörtliche Versorgung sahen (ebenda).

Zusammengefasst konnte mit der beschriebenen Neuordnung nicht nur die Allokation der (knappen) Ressourcen für die Versorgung optimiert werden. Auch die Steuerung der Patient:innen in die für sie medizinisch am besten geeignete Versorgungsebene wurde verbessert und insbesondere konnten Aufnahmen in die stationäre Versorgung vermieden werden (vgl. dazu auch Evaluationsbericht, Seite 77 und Seite 84). Damit konnten die Etablierung einer wohnortnahen ambulanten Versorgung, also eines der Kernziele des Gesamtprojektes, wesentlich unterstützt und Qualitätsverbesserungen für die Templiner Wohnbevölkerung erreicht werden.

Neuordnung der pädiatrischen Versorgung

Ein typisches Grundproblem von Krankenhäusern im ländlichen Raum mit stationärer Pädiatrie ist die Absicherung der fachärztlichen Besetzung im 24-Stunden Dienstbetrieb sowie die Finanzierung aller mit dem Stationsbetrieb verbundenen Kosten, die vielfach in keinem wirtschaftlich vertretbaren Verhältnis zur Anzahl behandelter Patient:innen und den damit verbundenen Erlösen stehen. Nachdem die Nachbesetzung der Position der Chefärzt:in für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen in eigener Fachabteilung mangels geeigneter Nachfolger nicht erfolgreich war, wurde eine substituierende Struktur erforderlich, damit

den Templiner Kindern und Jugendlichen eine gleichwertige Versorgung offensteht und Geburten mit pädiatrischer Unterstützung und Erstuntersuchung, Akutbehandlungen sowie weitergehende Diagnostik wohnortnah angeboten werden können.

Ein limitierender Faktor, mit dem im Fall von Templin umgegangen werden musste, war dabei, dass gemäß den Vorgaben der vertragsärztlichen Bedarfsplanung für den gesamten Mittelbereich nur ein Versorgungsauftrag (eine Zulassung) zur Verfügung stand (und steht), der bereits niedergelassen besetzt war und darüber hinaus den gesamten Mittelbereich zu versorgen hatte (und hat). Ohne Erweiterung dieser Kapazität wäre der Aufbau einer zur stationären Versorgung substitutiven Struktur von vornherein nicht denkbar gewesen.

Im Ergebnis konnte verhindert werden, dass es durch Abbau der stationären Kapazitäten im Bereich der Pädiatrie zu einer Verschlechterung der Versorgungssituation in der Akut- und Geburtsmedizin vor Ort kam. Dazu wurde die ambulante pädiatrische Versorgung im Leistungsumfang der Regelversorgung um einen halben Versorgungsauftrag erweitert. Der Versorgungsauftrag wurde im Rahmen der Eigeneinrichtung der KV Brandenburg nach § 105 Abs. 1c SGB V erteilt und wird durch die bis dato stationär tätigen Kinderärzt:innen in Räumlichkeiten der umgebauten „Villa“ auf dem Campus abgedeckt. Ferner wurden teilstationäre pädiatrische Behandlungsmöglichkeiten geschaffen und die Erweiterung der Versorgungsmöglichkeiten von Akut- und Nottfällen in der Überwachungseinheit/Decision Unit (DU) auf Kinder- und Jugendliche mit 24/7-Unterstützung im Rahmen von Telekonsilen mit umliegenden stationären Einrichtungen der Kinder- und Jugendmedizin umgesetzt. In der DU wurden bis zum Ende der Förderung 199 Kinder- und Jugendliche wohnortnah versorgt, von denen eine Patient:in stationär weiterbehandelt werden musste. Eine wohnortferne stationäre Aufnahme von akut erkrankten Kindern, die den Standort aufsuchten, konnte ansonsten erfolgreich vermieden werden. Trotz Abbau stationärer Kapazitäten konnte die pädiatrische Unterstützung von Geburten und Erstuntersuchungen im Ambulant Stationären Zentrum (ASZ) aufrechterhalten werden. Gleichzeitig konnte den bislang stationär tätigen Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin eine berufliche Perspektive am Standort geboten werden.

Low Care-Unit (LCU)

Im Rahmen einer Überprüfung der Bedarfsnotwendigkeit zeigte sich, dass die Patient:innen bereits durch die Nutzung mit dem Projekt neu geschaffener Strukturen – und hier insbesondere dem KBZ- und der Möglichkeit der 2016 geschaffenen Leistungsanspruchnahme von Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V auch ohne die Low Care-Unit (LCU) ohne zeitliche Brüche in der Versorgung in die Häuslichkeit bzw. in weiterführende Versorgungseinrichtungen überführt werden können. Der ursprünglich vorgesehene Aufbau der LCU wurde deshalb im Projekt nicht weiter bis zur Versorgungswirksamkeit verfolgt.

Stationersetzende kardiologische und gastroenterologische Versorgung

Der Aus- und Aufbau stationersetzender Strukturen in den Bereichen Kardiologie und Gastroenterologie konnte im Projekt aufgrund nicht gegebener Fördermöglichkeiten demgegenüber nicht weiter vorangetrieben werden. Vor Ort (im Krankenhaus) zwar verfügbare kardiologische und gastroenterologische Expertise ist damit weiterhin ambulant auf die Umfänge der bestehenden KV RMZ-Versorgungsaufträge begrenzt. Die Wiedereröffnung der Bahnverbindung von Templin nach Eberswalde und die sehr bürgerfreundliche Ausgestaltung des Nahverkehrs im Mittelbereich Templin leisten hier einen wichtigen Beitrag zur verbesserten Erreichbarkeit wohnortfern verfügbarer ambulanter kardiologischer und gastroenterologischer Versorgungsangebote. Davon profitieren insbesondere die mobileren Bürger:innen. Für ältere,

immobilere Bürger:innen, für die wohnortferne Angebote nicht oder nur mit großen Schwierigkeiten erreichbar sind, bleibt es dagegen dabei, dass über die Möglichkeiten der KV RMZ-Versorgungsaufträge hinausgehende kardiologische und gastroenterologische Versorgungserfordernisse vor Ort ambulant im Rahmen der hausärztlichen und allgemeinen internistischen Versorgung oder alternativ stationär abgedeckt werden müssen.

Strukturierte Harninkontinenzversorgung (SHIV)

Bis Ende 2019 konnten die teilnehmenden Gynäkolog:innen für dieses Versorgungsmodul insgesamt 67 Patientinnen mit Symptomen der Harninkontinenz rekrutieren. Über die gesamte Laufzeit des Behandlungsprogramms konnten die geplanten Fallzahlen hier nicht erreicht werden.

Für die Ergebnisevaluation des Versorgungsmoduls SHIV konnten Daten von 66 Fällen zur Baseline und von 55 Fällen nach zwölf Monaten erfasst und analysiert werden. Die Drop-out-Rate lag bei 18%. Laut Berichterstattung im Evaluationsbericht auf den Seiten 84 bis 96

- konnte keine statistisch signifikante Reduzierung der wohnortfernen Versorgung aufgrund des Behandlungsprogramms Harninkontinenz nachgewiesen werden (ausgewiesener p-Wert bei $n = 55$: $p = 0,500$);
- kann die Annahme bestätigt werden, dass das Behandlungsprogramm Patient:innen mit Harninkontinenz erfasst, die ohne das Angebot unbehandelt geblieben wären (ausgewiesene Werte bei $n = 51$: $df = 1$; $p = 0,015$);
- konnte eine am Verbrauch von Inkontinenzartikeln gemessene Verbesserung des Inkontinenzmaßes nicht erreicht werden (Verbrauch von Inkontinenzartikeln nach Ende des Behandlungsprogrammes war nicht signifikant niedriger als zu Beginn; ausgewiesene Werte bei $n = 48$: $W = 9$; $p = 0,361$);
- konnte keine statistisch signifikante Veränderung der Lebensqualität festgestellt werden (ausgewiesene Werte bei $n = 42$: $W = 16$; $p = 0,459$);
- konnte gemessen an der VAS⁵ kein statistisch signifikanter Unterschied hinsichtlich des Gesundheitszustandes der Patientinnen durch das Behandlungsprogramm nachgewiesen werden (ausgewiesene Werte bei $n = 45$: $W = 18$; $p = 0,341$);
- konnte keine statistisch signifikante Veränderung des PHQ-9 Summenscores⁶ aufgrund der SHIV festgestellt werden (ausgewiesene Werte bei $n = 50$: $W = 21$; $p = 0,291$).

Bei den berichteten Ergebnissen ist zu beachten, dass die Stichprobe klein ist und in einem Beobachtungszeitraum von zwölf Monaten Effekte bereits sehr deutlich ausfallen müssten, damit ein statistisch signifikantes Ergebnis festgestellt werden kann. Das von den Ärzt:innen vor Ort aktiv vorangetriebene Versorgungsangebot erfordert aus deren Sicht auf Grund der bislang naturgemäß noch geringen Teilnehmer:innenzahl weitergehende Analysen.

Teilprojekt 3: Koordinierungs- und Beratungszentrum Templin (KBZ)

Die Angebote des KBZ fanden breite Resonanz bei Ärzt:innen, Pflegediensten und Einwohner:innen. Die Planzahlen konnten sowohl im Bereich Casemanagement als auch im Bereich SGB-übergreifende Beratung deutlich übertroffen werden: Vom dritten Quartal 2017 bis zum vierten Quartal 2020 wurden 1.795 Beratungsfälle und 502 Casemanagement-Fälle (davon

⁵ VAS steht als Abkürzung für eine visuelle Analogskala, bei der die Befragten gebeten werden, ihren eigenen aktuellen Gesundheitszustand auf einer Skala einzuschätzen.

⁶ Der PHQ-9 Summenscore ist ausschlaggebend für die Einteilung der Schwere der Depressivität. Je niedriger der PHQ-9 Summenscore ist, desto schwächer ausgeprägt sind die depressiven Symptome.

225 Casemanagement-Fälle für Versicherte ohne Teilnahme an einem Pfad sowie 277 Fälle für Versicherten mit Teilnahme an einem Pfad) durch Mitarbeiter:innen des KBZ betreut.

Abgestimmt auf die Berichterstattung im Evaluationsbericht auf den Seiten 59 bis 64 werden nachfolgend die Ergebnisse aus deskriptiver Auswertung der Strukturdaten in Form von Fall-dokumentationen, teilnehmender Beobachtung und der von September bis Oktober 2020 durchgeführten Stakeholder-Befragung entlang den Dimensionen Inanspruchnahmeverhalten, Bewertung sowie Entwicklungsmöglichkeiten des KBZ zusammengefasst wiedergegeben.

Inanspruchnahmeverhalten

Die Beratungsleistungen im KBZ wurden fast ausschließlich von Personen im Rentenalter nachgefragt, die überwiegend multimorbide waren, einen vielfältigen Betreuungsbedarf aufwiesen und bei denen häufig keine unterstützenden Angehörigen in der Nähe lebten. Schwerpunktgebiete der Beratung waren insbesondere Versicherungsfragen, Fragen zur Pflege und Fragen zu Patientenverfügungen und Vollmachten. Die durchschnittliche Beratungsdauer im KBZ betrug 43,2 Minuten. Eine Beratung dauerte mindestens 2 Minuten und maximal 180 Minuten.

Klient:innen des ausschließlich im ärztlichen Auftrag durchgeführten Casemanagements waren überwiegend körperlich (Gehbehinderungen, Bettlägerigkeit) und teils auch in Bezug auf ihre sozialen Kontakte stark eingeschränkt. Die Fallbegleitung umfasste Zeiträume bis zu einem halben Jahr, in Einzelfällen bis zu einem Jahr, und erstreckte sich auf den Austausch mit Behandlern und anderen Institutionen, die Koordination von Terminen, die Organisation weiterer Unterstützungsleistungen, die Teilnahme an Fallkonferenzen, die Klärung verschiedenartiger Problemstellungen und die Abstimmung der Versorgung bzw. von Versorgungslösungen.

Bewertung

In der im Rahmen der Evaluation durchgeführten Stakeholder-Befragung wurde das KBZ von einigen Stakeholdern als erfolgreichstes Versorgungsmodul im Projekt IGiB-StimMT bewertet. Auch im Ergebnis der teilnehmenden Beobachtung wurden die konkreten Beratungen und die Bearbeitung der persönlichen Anliegen durchweg positiv bewertet. Vom evaluierenden Institut wird das KBZ als erfolgreiches Projektmodul bewertet, das den übergeordneten Zielstellungen des Gesamtprojektes entspricht und nicht zuletzt auch aufgrund der demografischen Entwicklung eine sinnvolle Ergänzung und Weiterentwicklung der Grundversorgung im Mittelbereich Templin darstellt. Zudem, so das evaluierende Institut, belegen die Ergebnisse eine gute Einbindung des KBZ in das bestehende Versorgungssystem. Die Etablierung eines derartigen Beratungsangebotes ist auch für die Einbindung der Bevölkerung und die Akzeptanz eines strukturverändernden Projektes von Bedeutung. Eine besondere Stärke wird in der Breite des „aus einer Hand“ abgedeckten Beratungs- und Unterstützungsspektrums gesehen. Vor diesem Hintergrund wird in der Begleitevaluation festgestellt, dass „die Abgrenzung von Beratungsangeboten entsprechend der Leistungsbereiche der verschiedenen Sozialgesetzbücher aus Sicht der Versicherten weder nachvollziehbar noch zweckmäßig ist. Gebraucht werden vielmehr übergreifende Sozialberatungsstellen, die die Lebenssituation der Klientinnen und Klienten ganzheitlich berücksichtigen und diese ggf. an spezialisierte Beratungseinrichtungen wie Pflegestützpunkte oder Rechtsberatungsstellen weitervermitteln können“ (Evaluationsbericht, Seite 186).

Entwicklungsmöglichkeiten

Die Klient:innen nannten nur wenige Entwicklungsmöglichkeiten. Angesprochen wurde hier der Wunsch nach einer stärkeren Abstimmung innerhalb des KBZ-Teams, beispielsweise bei der Terminvergabe. Weitere Verbesserungsmöglichkeiten wurden in einer klareren Kommunikation der Leistungsangebote nach außen gesehen. Einige Stakeholder regten eine Zielgruppenerweiterung an, beispielsweise um Kinder als Zielgruppe. Eine weitere Entwicklungsmöglichkeit sahen die Casemanager:innen und Berater:innen in einer verbesserten KBZ-Infrastruktur.

Teilprojekt 4: Sektorenübergreifende Behandlungspfade (SÜ-BHPF)

Mit der grundlegenden konzeptionellen Bearbeitung zum Pfadverständnis und zur Pfadentwicklung (Pfadkonzept, Pfadhandbuch) konnten neue Aspekte wie u.a. Aufbau von multiprofessionellen Strukturen, Stärkung der Gesundheitskompetenz und Einbindung des Casemanagements entwickelt und umgesetzt werden. Die Etablierung eines sektorenübergreifenden Organisationsrahmens führte zu mehr Sicherheit und Verbindlichkeit sowie zu einer nachhaltigen Verbesserung der Therapietreue. Insbesondere die Förderung der Handlungskompetenzen bei den Patient:innen in den Bereichen Ernährung, Bewegung, Lebensstil greifen die Empfehlungen zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz auf. Des Weiteren fördert die Etablierung sektorübergreifender Behandlungspfade die intersektorale und interprofessionelle Zusammenarbeit in und zwischen den bislang getrennt agierenden Sektoren der Versorgung. Darüber hinaus wurden für die SÜ-BHPF Kriterien zur Ergänzung der Therapie um Zusatzangebote (u.a. psychologische Mitbetreuung, Sporttherapie, Schulungsangebote) weiterentwickelt, so dass die Integration in ein Betreuungskonzept umgesetzt werden konnte (Maßnahmen zur aktiven Patient:innenbeteiligung). Vor dem Hintergrund sich verändernder Versorgungsstrukturen im Mittelbereich Templin wurden die SÜ-BHPF zudem dynamisch angelegt und waren Teil des gesamten Migrationsprozesses (Einbindung in die im Projektverlauf entstandenen Strukturen des KBZ und ASZ).

Bis einschließlich 31.12.2019 konnten insgesamt 277 Patient:innen in einen der SÜ-BHPF Herzinsuffizienz (175 Patient:innen), Rückenschmerz (45) und Adipositas (57) eingeschlossen werden.

Ergebnisse der versorgungsmodulübergreifenden Effektevaluation:

Laut Berichterstattung im Evaluationsbericht zur versorgungsmodulübergreifenden Evaluation der drei SÜ-BHPF auf den Seiten 96 bis 104

- konnte eine statistisch signifikante Steigerung der Gesundheitskompetenz im Rahmen der Teilnahme an einem der SÜ-BHPF erreicht werden (ausgewiesene Werte bei $n = 103$: $W = 13$; $p = 0,015$);
- hat der Prä-Post-Vergleich des EQ-5D-5L-Index keine statistisch signifikante Verbesserung der Lebensqualität ergeben (ausgewiesene Werte bei $n = 100$: $W = 33$; $p = 0,134$);
- konnte gemessen an der VAS eine statistisch signifikante Verbesserung des Gesundheitszustandes der Patientinnen und Patienten festgestellt werden (ausgewiesene Werte bei $n = 99$: $W = 38$; $p = 0,043$);
- konnte keine signifikante Veränderung des PHQ-9-Summenscores aufgrund der Teilnahme an einem SÜ-BHPF festgestellt werden (ausgewiesene Werte bei $n = 113$: $W = 41$; $p = 0,305$);

- konnte in allen untersuchten Dimensionen der Zufriedenheit mit Ausnahme im Bereich der Partizipation nach zwölf Monaten eine statistisch signifikante Verbesserung der Zufriedenheit nachgewiesen werden (für die Einzelwerte je Dimension vgl. Evaluationsbericht, Seite 104).

Ergebnisse der Effektevaluation für den SÜ-BHPF Herzinsuffizienz:

Bis einschließlich 31.12.2020 konnten Daten von 175 Personen zur Baseline und von 106 Personen nach zwölf Monaten analysiert werden. Die Drop-out-Rate lag bei 39,4%. Entsprechend dem Hinweis im Evaluationsbericht ist diese hohe Rate auch im Zusammenhang mit den Auswirkungen der Pandemie auf das Versorgungsgeschehen zu sehen. Laut Berichterstattung im Evaluationsbericht zur Effektevaluation des SÜ-BHPF Herzinsuffizienz auf den Seiten 104 bis 115

- konnte gemessen am NYHA-Stadium eine signifikante Verbesserung der Leistungsfähigkeit erzielt werden (ausgewiesene Werte bei $n = 91$: $W = 3$; $p = 0,000$);
- konnte eine signifikante Verbesserung der linksventrikulären Ejektionsfraktion bewirkt werden (ausgewiesene Werte bei $n = 62$: $W = 6$; $p = 0,001$);
- konnte eine statistisch signifikante Steigerung der Gesundheitskompetenz im Rahmen der Teilnahme am sektorenübergreifenden Behandlungspfad Herzinsuffizienz erreicht werden (ausgewiesene Werte bei $n = 59$: $W = 7$; $p = 0,014$);
- konnte keine statistisch signifikante Veränderung der Lebensqualität nachgewiesen werden (ausgewiesene Werte bei $n = 61$: $W = 25$; $p = 0,224$);
- konnte gemessen an der VAS kein statistisch signifikanter Unterschied hinsichtlich des Gesundheitszustandes der Patientinnen und Patienten durch den Behandlungspfad nachgewiesen werden (ausgewiesene Werte bei $n = 58$: $df = 57$; $p = 0,242$);
- konnte keine signifikante Veränderung des PHQ-9-Summenscores aufgrund der Teilnahme am SÜ-BHPF Herzinsuffizienz festgestellt werden (ausgewiesene Werte bei $n = 69$: $df = 68$; $p = 0,309$).

Ergebnisse der gesundheitsökonomischen Evaluation für den SÜ-BHPF Herzinsuffizienz:

In die gesundheitsökonomische Evaluation des SÜ-BHPF Herzinsuffizienz konnten insgesamt 93 Versicherte der AOK Nordost und der BARMER eingeschlossen werden. Laut Berichterstattung im Evaluationsbericht auf den Seiten 115 bis 120

- konnten die durchschnittlichen vollstationären Krankenhausaufenthalte pro Versicherten im Nachbeobachtungszeitraum im Vergleich zum Vorbeobachtungszeitraum mit einer Verminderung um 0,419 Aufenthalte statistisch signifikant reduziert werden (ausgewiesene Werte: $W = 439$; $p = 0,007$);
- konnte die Hospitalisierungsrate um 20,4% reduziert werden;
- konnten die durchschnittlichen Kosten der stationären Leistungen im Vorbeobachtungszeitraum von 5.903,24 € pro Person auf 3.449,63 € im Nachbeobachtungszeitraum und damit um 2.453,61 € statistisch signifikant gesenkt werden (ausgewiesene Werte: $W = 587$; $p = 0,008$);
- wurde im ambulanten Bereich ein statistisch signifikanter Anstieg der Kosten im Nachbeobachtungszeitraum gegenüber dem Vorbeobachtungszeitraum von 109,97 € pro Person ermittelt ($W = 2958$; $p = 0,002$);

- wurde ein statistisch signifikanter Anstieg in den Arzneimittelkosten über den Betrachtungszeitraum von 461,27 € ermittelt (ausgewiesene Werte: $W = 3294$; $p = 0,001$);⁷
- konnten die Heil- (ausgewiesene Werte: DiD: -22,40 €, $W = 497$; $p = 0,241$) und Hilfsmitelkosten (ausgewiesene Werte: DiD: -193,40 €, $W = 1039$; $p = 0,499$) sowie die Fahrtkosten (ausgewiesene Werte: DiD: -283,38 €, $W = 532$; $p = 0,010$) reduziert werden;
- wurden die Gesamtkosten pro Person um 2.197,98 € reduziert (ausgewiesene Werte: $W = 1875$; $p = 0,117$);
- wurde ein inkrementelles Gesamtkosten-Effektivitäts-Verhältnis von 5.241,33 € pro Krankenhausaufenthalt und ein inkrementelles Krankenhauskosten-Effektivitäts-Verhältnis von 5.850,91 € pro Krankenhausaufenthalt berechnet;
- zeigte sich im Rahmen einer vom Evaluator durchgeführten Sensitivitätsanalyse mittels nicht-parametrischem Bootstrapping mit 5.000 Wiederholungen eine Differenz zwischen den Gruppen im Durchschnitt von -0,42 [95% KI: -0,74; -0,10] Krankenhausaufenthalten sowie Gesamtkosten im Durchschnitt von -2.195,67 € [95% KI: -4.879,12 €; 393,60 €]. Das dadurch ermittelte mittlere inkrementelle Gesamtkosten-Effektivitäts-Verhältnis ergab 5.228,59 € pro Krankenhausaufenthalt. Bei der Sensitivitätsanalyse für das inkrementelle Krankenhauskosten-Effektivitätsverhältnis wurde eine Differenz im Durchschnitt von -0,42 [95% KI: -0,74; -0,11] Krankenhausaufenthalten berechnet. Darüber hinaus ergab das nicht-parametrische Bootstrapping Krankenhauskosten im Durchschnitt von -2.472,68 € [95% KI: -4.756,82 €; -288,32 €]. Für das daraus resultierende inkrementelle Krankenhauskosten-Effektivitätsverhältnis wird der Betrag von 5.885,56 € pro Krankenhausaufenthalt ausgewiesen;
- ergibt die Interpretation der Kosten-Effektivität anhand der Kosten-Effektivitäts-Fläche (cost effectiveness plane, CEP) bezogen auf das inkrementelle Gesamtkosten-Effektivitäts-Verhältnis, dass der SÜ-BHPF Herzinsuffizienz in der Simulation mit 99,6% zu weniger voll- und teilstationären Krankenhausaufenthalten führt und in 95,0% der Simulation kostensparend war und bezogen auf das inkrementelle Krankenhauskosten-Effektivitäts-Verhältnis, dass der Behandlungspfad mit 99,7% zu weniger voll- und teilstationären Krankenhausaufenthalten führte und zudem in der Simulation mit 98,7% kostensparend war. In beiden Betrachtungen ergibt sich laut Evaluationsbericht, dass der Behandlungspfad Herzinsuffizienz effektiver ist als die Regelversorgung.

Bei den berichteten Ergebnissen ist auch hier zu beachten, dass die Stichprobe klein ist und in einem Beobachtungszeitraum von zwölf Monaten Effekte bereits sehr deutlich ausfallen müssten, damit ein statistisch signifikantes Ergebnis festgestellt werden kann. Bei den berichteten Ergebnissen und ihrer Interpretation ist ferner zu beachten, dass der Nachbeobachtungszeitraum vielfach in das Jahr 2020 und damit in das Jahr fällt, in dem Pandemie-bedingte Einschränkungen das Inanspruchnahme- und Versorgungsgeschehen spürbar beeinflusst haben.⁸

⁷ Bei den Arzneimittelkosten sind einige Besonderheiten zu beachten, vgl. dazu die Ausführungen im Unterabschnitt *Effekte auf die Inanspruchnahme und die GKV-Ausgaben in anderen Leistungsbereichen*.

⁸ Auf mögliche Limitationen in der Ergebnisinterpretation, die sich bedingt durch die Auswirkungen der Pandemie auf das stationäre Versorgungsgeschehen ergeben können, wird im Evaluationsbericht in allgemeiner Form an anderer Stelle hingewiesen; vgl. z.B. entsprechende Hinweise auf den Seiten 155 und 193. Ein konkreter Bezug auf Pandemie-bedingte Fallzahlrückgänge bei Patient:innen, die wegen einer Herzinsuffizienz behandelt wurden, findet sich auf Seite 158.

Ergebnisse der Effektevaluation für den SÜ-BHPF Rückenschmerz:

Bis Ende 2019 konnten in den SÜ-BHPF Rückenschmerz 45 Patient:innen eingeschlossen und damit die angestrebte Fallzahl erreicht werden. Bis einschließlich 31.12.2020 konnten Daten von 44 Fällen zur Baseline und von 29 Fällen nach zwölf Monaten analysiert werden. Die wiederum auch im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie zu sehende hohe Drop-out-Rate im SÜ-BHPF Rückenschmerz betrug 35,5%. Laut Berichterstattung im Evaluationsbericht zur Effektevaluation des SÜ-BHPF Rückenschmerz auf den Seiten 121 bis 137

- konnte trotz zwischenzeitlicher Unterbrechung aufgrund von Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie für die Patient:innen im Bewegungsprogramm eine statistisch signifikante Veränderung des Schmerzniveaus nachgewiesen werden (ausgewiesene Werte für $n = 23$; $df = 22$; $p = 0,000$);
- gaben 29 Patient:innen unabhängig davon, welche Therapie sie erhalten hatten, an, dass ihre Schmerzen im Durchschnitt um 43,7 % abgenommen haben. Ferner betrachteten 16 dieser Patient:innen den Erfolg ihrer Behandlung als sehr gut bis gut. Zehn Personen fanden den Erfolg zufriedenstellend und drei Personen bewerteten den Erfolg der Behandlung als weniger gut;
- konnte keine statistisch signifikante Veränderung der Gesundheitskompetenz nachgewiesen werden (ausgewiesene Werte für $n = 20$; $W = 2$; $p = 0,080$);
- konnte anhand des Prä-Post-Vergleichs des EQ-5D-5L-Index für Patient:innen, die das pfadspezifische Bewegungsprogramm erhielten, eine statistisch signifikante Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität nachgewiesen werden (ausgewiesene Werte bei $n = 18$; $W = 2$; $p = 0,001$);
- konnte gemessen an der VAS für Patient:innen mit Teilnahme am pfadspezifischen Bewegungsprogramm ein statistisch signifikanter Unterschied hinsichtlich des Gesundheitszustandes nachgewiesen werden (ausgewiesene Werte bei $n = 19$; $df = 18$; $p = 0,003$);
- konnte für Patient:innen mit Teilnahme am pfadspezifischen Bewegungsprogramm keine statistisch signifikante Veränderung des PHQ-9-Summscores festgestellt werden (ausgewiesene Werte bei $n = 20$; $W = 4$; $p = 0,072$).

Bei den berichteten Ergebnissen ist wiederum zu beachten, dass die Stichprobe klein ist und in einem Beobachtungszeitraum von zwölf Monaten Effekte bereits sehr deutlich ausfallen müssten, damit ein statistisch signifikantes Ergebnis festgestellt werden kann.

Ergebnisse der gesundheitsökonomischen Evaluation für den SÜ-BHPF Rückenschmerz:

In die gesundheitsökonomische Evaluation konnten laut Ausweis auf Seite 137 im Evaluationsbericht nur insgesamt 15 Versicherte der AOK Nordost und der BARMER eingeschlossen werden. Aufgrund der geringen Stichprobengröße sind Unterschiede respektive Veränderungen über die Zeit und/oder zwischen Gruppen nicht sinnvoll interpretierbar. Die Werte werden im Evaluationsbericht auf den Seiten 138 und 139 ausgewiesen.

Ergebnisse der Effektevaluation für den SÜ-BHPF Adipositas:

Laut Evaluationsbericht konnten bis Ende 2019 57 Patient:innen für eine Teilnahme am SÜ-BHPF Adipositas gewonnen werden. Die geplante Fallzahl von 90 Patient:innen wurde damit nicht erreicht. Zur Baseline konnten bis zum 31.12.2020 Daten von 56 Fällen und von 32 Fällen nach zwölf Monaten analysiert werden. Die Drop-out-Rate im Behandlungspfad Adipositas lag bei 42,1%. Als häufigster Grund für die Beendigung gab die behandelnde Praxis dem Evaluationsbericht folgend eine unzureichende Zusammenarbeit bzw. Compliance ($n = 9$) an. Er-

schwerend hat sich auch hier die Pandemie ausgewirkt, da Verhaltenstherapie, Ernährungsberatung und das Reha-Sportprogramm zwischenzeitlich eingestellt werden mussten. Laut Berichterstattung im Evaluationsbericht zur Effektevaluation des SÜ-BHPF Adipositas auf den Seiten 140 bis 151

- konnte durch den Behandlungspfad Adipositas das Durchschnittsgewicht über zwölf Monate von 110,3 kg auf 103,1 kg gesenkt werden;
- konnte der BMI von durchschnittlich 38,3 kg/m² bei Start des Programms innerhalb von zwölf Monaten auf durchschnittlich 36,0 kg/m² gesenkt werden;
- konnte anhand der Daten eine signifikante Verbesserung des BMI nachgewiesen werden (ausgewiesene Werte bei n = 32: df = 31; p = 0,001);
- konnte über den Beobachtungszeitraum eine signifikante Verbesserung des Adipositas-Grades festgestellt werden (ausgewiesener Wert bei n = 32: W = 0; p = 0,002);
- konnte keine statistisch signifikante Steigerung der Gesundheitskompetenz aufgrund der Teilnahme am Behandlungspfad Adipositas nachgewiesen werden (ausgewiesene Werte bei n = 17: W = 1; p = 0,159);
- konnte anhand des Prä-Post-Vergleichs des EQ-5D-5L-Index keine statistisch signifikante Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität nachgewiesen werden (ausgewiesene Werte bei n = 14: W = 3; p = 0,296);
- konnte gemessen an der VAS kein statistisch signifikanter Unterschied hinsichtlich des Gesundheitszustandes nachgewiesen werden (ausgewiesene Werte bei n = 16: W = 6; p = 0,097);
- konnte für Patient:innen mit Teilnahme am SÜ-BHPF Adipositas keine statistisch signifikante Veränderung des PHQ-9-Summscores festgestellt werden (ausgewiesene Werte bei n = 17: W = 3; p = 0,157).

Auch hier ist bei den berichteten Ergebnissen ist zu beachten, dass die Stichprobe klein ist und in einem Beobachtungszeitraum von zwölf Monaten Effekte bereits sehr deutlich ausfallen müssten, damit ein statistisch signifikantes Ergebnis festgestellt werden kann.

Ergebnisse der gesundheitsökonomischen Evaluation für den SÜ-BHPF Adipositas:

In die gesundheitsökonomische Evaluation konnten laut Ausweis auf Seite 151 im Evaluationsbericht nur insgesamt 18 Versicherte der AOK Nordost und der BARMER eingeschlossen werden. Aufgrund der geringen Stichprobengröße sind Unterschiede respektive Veränderungen über die Zeit und/oder zwischen Gruppen nicht sinnvoll interpretierbar. Werte werden im Evaluationsbericht auf den Seiten 152 und 153 ausgewiesen.

Teilprojekt 5: CDR und IT-Plattform

Auch wenn die geplante IT-Plattform im Förderzeitraum nicht umgesetzt werden konnte, liegen als weiterverwendbare Teilergebnisse vor:

- Grobkonzept für den Aufbau einer intersektoralen Interoperabilitätsplattform mit Clinical Data Repository (CDR) zum strukturiertem Datenaustausch
- Beschreibung von Fachanwendungen mit Leistungserbringern für den Betrieb auf und mit der IT-Plattform
- Konzept für den Betrieb einer interoperablen IT-Plattform durch eine Versorgungs-Management-Gesellschaft
- Lastenheft mit der Spezifikation für die technische Umsetzung

Ergebnisse der gesundheitsökonomischen Evaluation

Interventions- und Kontrollgruppen-Design

Die Messung von Effekten auf zentrale Zielgrößen der Inanspruchnahme und der Ausgaben ist seitens des evaluierenden Institutes ausgehend von einem Nearest-Neighbor-Matching vorgenommen worden.⁹ Versicherte der AOK Nordost und der BARMER mit Wohnort im Mittelbereich Templin bilden die Interventionsgruppe (IG) und Versicherte beider Krankenkassen mit Wohnort in gleichfalls ländlichen Regionen in Brandenburg bilden die Kontrollgruppe (KG). Das Jahr 2016 ist das Vorbeobachtungsjahr, in dem sich IG und KG aus 11.756 (IG) und 11.755 (KG) Versicherten zusammengesetzt haben.¹⁰ Im letzten Projektjahr 2020 standen in der IG noch 10.847 Versicherte zur Verfügung und in der KG noch 10.755.

Die Ergebnisse der gesundheitsökonomischen Evaluation sind im Evaluationsbericht ausführlich auf den Seiten 154 bis 184 dargestellt. Eine komprimiertere Darstellung findet sich auch in Bohm, Freiberg und Supantia (2021a).

Effekte auf die vollstationären Krankenhausfälle und die GKV-Ausgaben für die vollstationäre Versorgung

Den Ergebnissen der Evaluation des IGiB-StimMT-Projektes folgend, haben die vollstationären Fallzahlen in der Interventionsgruppe (IG) gegenüber der Kontrollgruppe (KG) im Vergleich der Jahre 2020 und 2016 mit -14,4% deutlich stärker abgenommen (KG: -7,2%). Da die auf die stationären Fallzahlen wirkenden Interventionen primär am Standort des zum ASZ weiter entwickelten Krankenhauses Templin umgesetzt worden sind, zeigt sich für Versicherte der IG hier erwartungsgemäß mit einem Rückgang von knapp -26% (von 1.668 vollstationären Fällen im Jahr 2016 auf 1.238 Fälle im Jahr 2020) ein deutlich ausgeprägter Effekt.

Die vom Evaluator durchgeführte Difference-in-Differences-Analyse zeigt, dass die Reduktion der vollstationären Krankenhausaufenthalte von 2016 zu 2020 um 266 vollstationäre Krankenhausaufenthalte zugunsten der IG ausfiel. Für den Betrachtungszeitraum wird vom Evaluator eine statistisch signifikante Reduktion der vollstationären Krankenhausaufenthalte in der IG gegenüber der KG festgestellt (ausgewiesene Werte: $W = 20$; $p = 0,039$). Entsprechend fällt auch die Zunahme bei den vollstationären Ausgaben pro Kopf im Vergleich der Jahre 2019 und 2016 mit einem Zuwachs in der IG um gut 33% (von 1.119,61 € auf 1.490,06 €) deutlich niedriger aus als in der KG mit gut 51% (von 1.080,34 € auf 1.490,06 €).

Aufgrund des Sondereffektes „Pandemie“ – die Verschiebung planbarer Eingriffe und die ergriffenen Quarantänemaßnahmen zur Eindämmung der COVID-19-Pandemie - ist der Vergleich zwischen IG und KG mit dem Jahr 2020 als jüngstem Jahr problematisch. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass diese Ergebnisse durch unterschiedliche regionale Auswirkungen der Corona-Epidemie artifiziell verzerrt sind. Davon unverfälschtere Ergebnisse ergibt der Vergleich 2019 gegenüber 2016, der allerdings den Nachteil hat, dass Verbesserungen in der Wirksamkeit von projektspezifischen Interventionen im Jahr 2020 unberücksichtigt bleiben. Im Vergleich 2019 gegenüber 2016 zeigt sich bei der IG bei den vollstationären Krankenhausfällen keine Zunahme, während die Fallzahlen in der KG um 13,5% angestiegen sind.

⁹ Matching ohne Zurücklegen mit einer maximalen Distanz von 0,0001 zwischen zwei Matching-Partnern. Für weitere Details zum Matching vgl. Evaluationsbericht, S. 47f.

¹⁰ Eine versicherte Person konnte im dispositiven Datenbestand nicht mehr identifiziert werden.

Aus dem Evaluationsbericht ergibt sich ferner, dass die Anzahl der Versicherten mit Pflegestufe in der IG von 1.281 Versicherten am 31.12.2016 um 519 Versicherte auf 1.800 Versicherte am 31.12.2020 mit Pflegegrad angestiegen ist, was einem Zuwachs von 40% entspricht. Der Zuwachs in der KG beträgt im gleichen Zeitraum dagegen 24,6% (von 1.158 um 285 Versicherte auf 1.443 Versicherte) und liegt damit deutlich niedriger. Aus verschiedenen Untersuchungen ist bekannt, dass Versicherte mit Pflegestufe bzw. Pflegegrad deutlich häufiger stationär behandelt werden als gleichaltrige Versicherte ohne Pflegestufe bzw. Pflegegrad¹¹, was die Effekte der StimMT-Interventionen unterstreicht.

Effekte auf die ambulant-sensitiven Krankenhausfälle

Die Anzahl der ambulant-sensitiven vollstationären Krankenhausfälle (ASK-Fälle) hat im betrachteten Zeitraum 2020 gegenüber 2016 ebenfalls stärker in der IG als in der KG abgenommen (-10,3% gegenüber -2,8%). Nach Berechnungen des Evaluators haben sich in der Difference-in-Differences-Analyse die vollstationären Krankenhausaufenthalte mit einer ambulant-sensitiven Diagnose von 2016 zu 2020 um 118 Fälle zugunsten der IG reduziert (ausgewiesene Werte: $W = 31$; $p = 0,218$). Betrachtet man aus den oben genannten Gründen den Zeitraum 2019 gegenüber 2016, verläuft die Entwicklung bei der IG gegenüber der KG im Vergleich der Jahre 2019 gegenüber 2016 mit einer Zunahme um 5,6% deutlich moderater als in der KG mit 14,2%. Eine günstigere Entwicklung in der IG gegenüber KG kann somit auch im Vergleich der Jahre 2019 und 2016 bestätigt werden. Welcher Effekt sich ergibt, wenn man auf die Entwicklung am Standort des zum ASZ weiter entwickelten Krankenhauses Templin abstellt, wurde im Rahmen der Evaluation nicht untersucht, so dass dazu hier keine Aussagen möglich sind.

Effekte auf die Notfallaufnahmen

Bei den Notfallaufnahmen zeigen sich dem Evaluationsbericht folgend im Vergleich der Jahre 2020 und 2016 nur geringfügige Veränderungen (IG: +1,4%, KG: -1,8%). Die vom Evaluator vorgenommene Difference-in-Differences-Analyse ergibt, dass in der IG von 2016 zu 2020 durchschnittlich 51 mehr stationäre Notfälle behandelt wurden als in der KG (ausgewiesene Werte: $W = 40,5$; $p = 0,500$). Im Vergleich der Jahre 2019 und 2016 ergeben sich bei der IG und der KG nahezu identische Zuwächse (IG: +15,2%, KG: +14,9%). Für den Standort Templin ergibt sich dem Evaluationsbericht folgend nach Inbetriebnahme der DU eine Senkung der Hospitalisierungsrate bei vollstationären Kurzliegerfällen, die als Notfallpatient:innen über die Rettungsstelle aufgenommen wurden (Evaluationsbericht, Seite 79 f).

Effekte auf die Inanspruchnahme und die GKV-Ausgaben in anderen Leistungsbereichen

Im Rahmen der Evaluation wurden des weiteren Effekte auf die Inanspruchnahme von Leistungen und die GKV-Ausgaben in den folgenden weiteren Leistungsbereichen untersucht:

- Ambulante Versorgung (vertragsärztliche Versorgung)
- Arzneimittel
- Heilmittel (Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie)
- Hilfsmittel
- Häusliche Krankenpflege
- Fahrkosten

¹¹ Vgl. z.B. Matzk, S et al. (2021): Pflegebedürftigkeit in Deutschland, in: Jacobs, K et al. (Hrsg.): Pflege-Report 2021: 253ff.

Unterschiede in der Inanspruchnahme zwischen IG und KG werden auf den Seiten 160 bis 168 im Vergleich der Jahre 2020 und 2016 berichtet. Methodisch wird dabei wiederum der Difference-in-Differences-Ansatz (DiD) verwendet, dem die Annahme zugrunde liegt, dass sich betrachtete Parameter ohne StimMT-Interventionen in IG und KG gleich entwickelt hätten. Im Evaluationsbericht selbst wird einschränkend darauf hingewiesen, dass neben den projektspezifischen Interventionen als weitere mögliche Quelle für ermittelte Unterschiede zwischen IG und KG im Jahr 2020 bekannte Unterschiede im Infektionsgeschehen zwischen dem Landkreis Uckermark und anderen Landkreisen in Brandenburg in Betracht kommen (Evaluationsbericht, Seite 193). Auf eine Wiedergabe der DiD-Werte und ihre Interpretation wird aufgrund einer fraglichen Aussagekraft verzichtet. Werte für das Jahr 2019 werden im Evaluationsbericht nach Altersgruppen nicht gesamt berichtet, so dass hier auch nicht hilfsweise auf den Vergleich zwischen 2019 und 2016 abgestellt werden kann. Bei dem Vergleich von unterschiedlichen Entwicklungen bei der Inanspruchnahme von Hausärzt:innen und Fachärzt:innen zwischen IG und KG kommt als weitere zusätzliche mögliche Quelle von Verzerrungen hinzu, dass die Datengrundlage 2020 keine sog. Fremdfälle enthält. Als Fremdfälle werden Fälle von Versicherten der IG und der KG bei Vertragsärzt:innen außerhalb des regionalen Zuständigkeitsbereiches der KV Brandenburg bezeichnet.¹² Da nicht bekannt ist, inwieweit die Frequenzierung von Haus- und Fachärzt:innen außerhalb von IG und KG übereinstimmt oder abweicht, können ggf. resultierende Verzerrungen a priori nicht ausgeschlossen werden.

Für die GKV-Ausgaben weist der Evaluationsbericht nach Leistungsbereichen die in Tabelle 7 ausgewiesenen Pro-Kopf-Werte aus.

Im Ergebnis der Evaluation haben die GKV-Ausgaben (Zeile „Gesamt“) pro Kopf im Zeitraum 2020 gegenüber 2016 in der IG um 9,6% und damit weniger stark zugenommen als in der KG mit 12%. Die vom Evaluator durchgeführte Difference-in-Differences-Analyse ergibt, dass im Vergleich der Jahre 2020 und 2016 in der IG die Gesamtkosten stärker reduziert werden konnten als in der KG (DiD: -40,57 €). Dieser Unterschied zwischen den Gruppen war gemäß Wertetausweis im Evaluationsbericht statistisch nicht signifikant (ausgewiesene Werte: $W = 35$, $p = 0,333$). Wiederum ist darauf hinzuweisen, dass die Aussagekraft dieses Resultats durch regional unterschiedliche Auswirkungen der Pandemie wie auch durch das oben angesprochene Fehlen der sog. Fremdfälle in der Datengrundlage 2020 bei den ambulanten Kosten in Frage steht.

Im diesbezüglich aussagekräftigeren Vergleich 2019 gegenüber 2016 ist der Zuwachs bei den Pro-Kopf-Ausgaben in der IG mit knapp 31% gegenüber 37% in der KG deutlicher geringer ausgefallen. Führt man auch dazu die Difference-in-Differences-Analyse durch, ergibt sich im Vergleich der Jahre 2019 und 2016 mit -83,77 € eine gegenüber dem DiD-Wert im Vergleich der Jahre 2020 und 2016 mit -40,57 € mehr als doppelt so hohe Reduktion der Gesamtkosten in der IG gegenüber der KG.

¹² Darauf wird im Evaluationsbericht mit der Formulierung auf Seite 193 hingewiesen, dass „(...) die Daten der beteiligten Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung über eine unterschiedliche Informationsdichte (verfügen), sodass die ambulanten Leistungsdaten aus dem Jahr 2020 aus einer anderen Datenquelle stammen als in den Jahren zuvor.“

Tabelle 7: Pro-Kopf-Werte der GKV-Ausgaben nach Leistungsbereichen

Jahr	2016	2017	2018	2019	2020	2020/ 2016	2019/ 2016
Interventionsgruppe (IG)							
Stationäre Leistungen	1.119,61	1.392,95	1.328,37	1.490,06	1.410,05	25,9%	33,1%
Ambulante Leistungen	586,86	618,84	641,34	628,40	191,12	-67,4%	7,1%
Arzneimittel	780,78	917,99	991,71	1.125,76	1.095,44	40,3%	44,2%
Heilmittel	89,42	98,57	117,84	143,23	138,42	54,8%	60,2%
Hilfsmittel SGB V	52,95	65,31	73,14	85,47	92,39	74,5%	61,4%
Häusliche Krankenpflege	237,25	170,25	200,44	237,82	145,41	-38,7%	0,2%
Fahrtkosten	168,24	212,44	232,68	261,83	253,12	50,5%	55,6%
Gesamt	3.035,11	3.476,35	3.585,52	3.972,57	3.325,95	9,6%	30,9%
Kontrollgruppe (KG)							
Stationäre Leistungen	1.080,34	1.410,35	1.510,79	1.635,70	1.493,38	38,2%	51,4%
Ambulante Leistungen	489,03	530,97	546,81	568,81	153,73	-68,6%	16,3%
Arzneimittel	682,60	750,25	821,24	891,83	837,27	22,7%	30,7%
Heilmittel	93,10	102,28	116,52	140,52	128,18	37,7%	50,9%
Hilfsmittel SGB V	55,61	80,61	82,42	91,19	81,56	46,7%	64,0%
Häusliche Krankenpflege	239,87	208,03	226,06	250,95	193,62	-19,3%	4,6%
Fahrtkosten	119,68	171,09	181,17	202,46	203,90	70,4%	69,2%
Gesamt	2.760,23	3.253,58	3.485,01	3.781,46	3.091,64	12,0%	37,0%
Differenz IG zu KG in €						Differenz IG zu KG in %Punkten	
Stationäre Leistungen	39,27	-17,40	-182,42	-145,64	-83,33	-12,3	-18,3
Ambulante Leistungen	97,83	87,87	94,53	59,59	37,39	1,1	-9,2
Arzneimittel	98,18	167,74	170,47	233,93	258,17	17,6	13,5
Heilmittel	-3,68	-3,71	1,32	2,71	10,24	17,1	9,2
Hilfsmittel SGB V	-2,66	-15,30	-9,28	-5,72	10,83	27,8	-2,6
Häusliche Krankenpflege	-2,62	-37,78	-25,62	-13,13	-48,21	-19,4	-4,4
Fahrtkosten	48,56	41,35	51,51	59,37	49,22	-19,9	-13,5
Gesamt	274,88	222,77	100,51	191,11	234,31	-2,4	-6,1

Quelle: Evaluationsbericht, Tabelle 38, Seite 169. Werte „Gesamt“ für IG und KG gemäß Addition der Einzelwerte der Leistungsbereiche

Des Weiteren ist zu berücksichtigen,

- dass ausweislich des Evaluationsberichtes bereits 2016 ein statistisch signifikanter Unterschied in der Anzahl verordneter Arzneimittel zwischen IG mit einem deutlich höheren Wert als in der KG vorlag. Die Unterschiede spiegeln sich in gegenüber der KG deutlich höheren Pro-Kopf-Ausgaben in der IG bereits im Ausgangsjahr 2016 (vor Start des Projektes). In der Folgezeit entwickeln sich die Pro-Kopf-Ausgaben für Arzneimittel zwischen IG und KG immer weiter auseinander: Die Zunahme 2020 gegenüber 2016 liegt in der IG mit gut 40% schließlich deutlich höher als in der KG mit knapp 23%. Das hängt wesentlich damit zusammen, dass in der IG 29-mal Jahresausgaben von mehr als 100.000 Euro für Patient:innen zu finden waren, in der KG dagegen nur einmal. Ergänzende Analysen haben gezeigt,

dass es sich hier u.a. um Hämophilie-Präparate, individuell hergestellte parenterale Lösungen mit monoklonalen Antikörpern und Immunglobulin handelt, mithin um Ausgaben, die durch Interventionen des StimMT-Projektes nicht beeinflussbar waren¹³;

- dass die Anzahl der Versicherten mit Pflegestufe bzw. Pflegegrad in der IG im Zeitraum 2020 mit einem Zuwachs von 40% sehr viel deutlicher angestiegen ist als in der KG mit 24,6%. Da - wie oben ausgeführt - Versicherte mit Pflegestufe bzw. Pflegegrad deutlich häufiger stationär behandelt werden als gleichaltrige Versicherte ohne Pflegestufe bzw. Pflegegrad, wäre eine im Vergleich zur KG deutliche Zunahme der Krankenhaus- und damit auch der Gesamtkosten in der IG zu erwarten gewesen.

Die genannten Aspekte unterstreichen damit die Effekte des Projektes IGiB-StimMT auf die GKV-Gesamtausgaben und auf die Inanspruchnahme und die GKV-Ausgaben für die stationäre Versorgung.

Im Evaluationsbericht werden auf den Seiten 181 bis 183 abschließend die Ergebnisse von Berechnungen zum Kosten-Effektivitäts-Verhältnis berichtet:

- Ermittelt wurde ein inkrementelles Gesamtkosten-Effektivitätsverhältnis von 1.647,42 € und ein inkrementelles Krankenhauskosten-Effektivitätsverhältnis von 4.982,01 € pro vollstationärem Krankenhausaufenthalt.
- Eine Sensitivitätsanalyse der Differenz der Differenzen der jeweiligen inkrementellen Kosten sowie der inkrementellen Krankenhausaufenthalte mittels nicht-parametrischem Bootstrapping mit 5.000 Wiederholungen der vollstationären Krankenhausaufenthalte ergab eine Differenz zwischen den Gruppen im Durchschnitt von -0,025 [95% KI: -0,062; 0,005] und für die Gesamtkosten im Durchschnitt von -47,31 € [95% KI: -657,77 €; 511,85 €];
- Das ermittelte inkrementelle Gesamtkosten-Effektivitäts-Verhältnis ergab 1.863,55 € pro vollstationärem Krankenhausaufenthalt.
- Die Interpretation der Kosten-Effektivität anhand der Kosten-Effektivitäts-Fläche (cost effectiveness plane, CEP) ergab bezogen auf das inkrementelle Gesamtkosten-Effektivitäts-Verhältnis, dass die neuen Versorgungsstrukturen in der Simulation mit 94,7% zu weniger vollstationären Krankenhausaufenthalten führten und in 54,0% der Simulation kostensparend waren, und ferner bezogen auf das inkrementelle Krankenhauskosten-Effektivitäts-Verhältnis, dass die neuen Versorgungsstrukturen in der Simulation mit 94,4% zu weniger vollstationären Krankenhausaufenthalten führten und mit 72,7% in der Simulation hinsichtlich der Krankenhauskosten kostensparend waren.

6.3 Schlussfolgerungen

Die Ausgangslage und die anstehenden Herausforderungen stellen sich in anderen ländlich strukturierten Regionen in vielerlei Hinsicht vergleichbar zum Mittelbereich Templin dar. In etwas allgemeinerer Formulierung war es das Ziel des Projektes, als Beitrag zur Weiterentwicklung/Verbesserung der Versorgung Antworten und praxistaugliche Lösungen dafür zu liefern, wie vergleichbare regionale „Versorgungslandschaften“ so umgestaltet werden können, dass gegenwärtigen und anstehenden Herausforderungen durch eine zukunftsfähige und am Bedarf der Wohnbevölkerung orientierte intersektorale Versorgungsstrukturierung begegnet werden kann. Hierbei spielt neben der Bedarfsfrage auch die Frage eine Rolle, was - auch mit

¹³ Vgl. dazu die Ausführungen und Fußnote 3 auf Seite 173 des Evaluationsberichtes.

Unterstützung durch Telemedizin - wohnortnah qualitätsgesichert und ökonomisch tragfähig mit den für die Versorgung vorhandenen Ressourcen geleistet werden kann.

In ländlichen Regionen wie dem Mittelbereich Templin haben Krankenhäuser ihren Auftrag für die wohnortnahe medizinische Versorgung der Wohnbevölkerung, insbesondere in der Akut- und Notfallversorgung zu leisten, stehen in der Wahrnehmung der Einwohner aber auch für Versorgungssicherheit, sind wichtige Arbeitgeber, spielen eine bedeutende Rolle als Standortfaktor für ansiedlungswillige Unternehmen, als Standortfaktor für den Zuzug und auch den Verbleib vor Ort gerade auch der jüngeren Generation u.a.m. Dem steht bei einem i.d.R. nicht am tatsächlichen regionalen Bedarf der Wohnbevölkerung im Einzugsbereich orientierten Leistungsportfolio, sondern im Rahmen der „klassischen“ Krankenhausplanung statistisch abgeleiteten Bettenzahlen rein wirtschaftlich oftmals eine Situation gegenüber, in der die stationären Erlöse aus der Versorgung nicht ausreichen, um die mit den dafür geforderten personellen und infrastrukturellen Vorhaltungen verbundenen Kosten zu decken.

Entsprechend bildete die strukturelle Anpassung des Krankenhauses der Grundversorgung in Templin an die Versorgungserfordernisse im Mittelbereich Templin einen zentralen Hintergrund bei der Konzeption des Projektes. Einen weiteren zentralen Hintergrund bildete das Ziel, ambulant behandelbare Fälle tatsächlich auch wohnortnah sowie ambulant zu behandeln und eben nicht mehr stationär aufzunehmen (Ambulantisierung). Dass Potenziale dafür in hinreichender Größenordnung vorhanden waren, ergaben Voruntersuchungen durch den (späteren) Konsortialpartner AGENON GmbH auf Basis von Daten der AOK Nordost und der BARMER.¹⁴

Um Krankenhausfälle zu vermeiden, muss die ambulante Versorgung idealerweise so ausgerichtet werden, dass es gar nicht erst zu einer stationären Aufnahme kommt, z.B. indem Exazerbationen bereits im Vorfeld vermieden und die Patient:innen dabei unterstützt werden, dass sie entsprechend ihrer Krankheitsspezifika auf der für sie angemessenen Versorgungsebene behandelt werden. Die ambulanten Angebotsstrukturen müssen derart ausgerichtet werden, dass einem bestehenden Versorgungsbedarf, der zuvor mangels Alternativen stationär abgedeckt worden ist, präventiv begegnet werden kann und der Versorgungsbedarf ambulant bzw. in einer infrastrukturell, personell und technisch erweiterten ambulanten Versorgung abgedeckt werden kann. Damit ist keineswegs gemeint, dass eine Doppelstruktur zu den im Krankenhaus verfügbaren Kapazitäten aufgebaut wird. Im Gegenteil: Gemeint ist vielmehr, dass die vor Ort vorhandenen Kapazitäten je nach Bedarf in der stationären, teilstationären oder ambulanten Versorgung eingesetzt werden. Vorzunehmende Anpassungen müssen auch berücksichtigen und idealerweise antizipieren, dass sich die Einwohnerzahl und die Bevölkerungsstruktur und mit ihnen die Anforderungen an die Versorgung in den kommenden Dekaden weiter und spürbar verändern werden. Und zu guter Letzt: Die Digitalisierung schafft neue Möglichkeiten, die gesundheitliche Versorgung zu unterstützen. Sie können bei den vorzunehmenden Anpassungen respektive der erforderlichen Strukturmigration nicht unberücksichtigt bleiben.

In die Konzeption des Projektes sind alle vorgenannten Aspekte eingeflossen. Die Konzeption konnte zudem auf mehrere Studien und Voruntersuchungen zur Bevölkerungs- und Morbiditätsstruktur, zu den vor Ort verfügbaren Angeboten, zu qualitativen Einschätzungen der Versorgung von Ärzt:innen und Pflegediensten, zur Inanspruchnahme und zu den Ausgaben für die gesundheitliche Versorgung und Pflege aufbauen.

¹⁴ Bohm S., Nölke L., Priess H.-W., a.a.O.

Die für die Weiterentwicklung der Versorgung respektive für die Weiterentwicklung der Versorgungsstruktur ausgearbeiteten Versorgungsmodule sind zusammen mit den aus Mitteln des Strukturfonds nach § 12 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) geförderten Um- und Neu- baumaßnahmen am Standort des Sana Krankenhauses Templin in der Robert-Koch-Str. 24 vor diesem Hintergrund zu sehen. Dazu gehört auch, dass die Förderung der Baumaßnahmen an die Bedingung geknüpft war, dass die Bettenzahl im Sana Krankenhaus Templin von 122 auf 96 Planbetten reduziert wird.

Zusammenfassend kann in Übereinstimmung mit den Evaluationsergebnissen festgehalten werden, dass die mit dem Projekt IGiB-StimMT verfolgten angebotsstrukturellen Veränderungen - mit Ausnahme des Teilprojektziels 5 - erreicht werden konnten. Auch zentrale quantitative Zielgrößen wie die vollstationären Krankenhausbehandlungen, GKV-Ausgaben für die vollstationäre Versorgung und hier insbesondere Fälle mit ambulant-sensitiver Diagnose – konnten in der erwünschten Richtung beeinflusst werden.

7. Beitrag für die Weiterentwicklung der GKV-Versorgung und Fortführung nach Ende der Förderung

7.1 Übertragbarkeit der Ergebnisse

Es wurde verschiedentlich darauf hingewiesen, dass in Deutschland zahlreiche ländliche Regionen mit gleichen oder zumindest ähnlichen Herausforderungen konfrontiert sind. Die im Projekt realisierten Lösungen beinhalten in ihrer Gesamtheit mögliche Ansätze für andere Gesundheitsstandorte. Hier ist IGiB-StimMT bereits jetzt impulsgebend für andere Regionen in Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern.¹⁵ Um den regionalen Gegebenheiten, Bedarfen und Rahmenbedingungen Rechnung zu tragen, könnten ausgehend von diesem Gesamtansatz passgenaue Lösungen entwickelt werden.

Im Einzelnen:

- Die Neuordnung der Akut- und Notfallversorgung hat auch im Ergebnis der Evaluation den Nachweis eines in sich stimmigen und praxistauglichen Gesamtkonzeptes erbracht und kann als Orientierung für die Neuordnung unter vergleichbaren Gegebenheiten dienen. Ferner konnte gezeigt werden, dass im Fall einer niedrigen Inanspruchnahme, wie sie für ländliche Regionen typisch ist, eine Verzahnung der drei Säulen der Akut- und Notfallversorgung (ambulante Versorgung, stationäre Versorgung, Rettungswesen) möglich und auch versorgungspolitisch gut vertretbar ist. Allerdings müssen hierfür geltendes Recht und Abrechnungsmodalitäten angepasst werden.
- Als gleichfalls erfolgreicher Baustein in der Akut- und Notfallversorgung hat sich die Decision Unit erwiesen. Sie wurde im Projektverlauf kontinuierlich weiterentwickelt, so dass zum Ende des Förderzeitraumes eine Indikationsliste zugeschnitten auf die Fachabteilungen im Sana Krankenhaus Templin vorliegt, die auch als Aufsatzpunkt an anderen Standorten verwendet werden kann.
- Auch die Neuordnung der pädiatrischen Versorgung (unter Einschluss der Geburtshilfe) hat sich im Projekt als ein stimmiges und praxistaugliches Gesamtkonzept bewährt und

¹⁵ Augurzky B et al. (2021): Zukunft der medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern, Essen. Enquete-Kommission „Zukunft der medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern“, Kommissionsdrucksache 7/42: 80

erscheint als Ausgangspunkt für erforderliche Anpassungen in anderen Regionen geeignet. Als Teilergebnisse können auch die einzelnen Komponenten der Gesamtlösung angesehen werden, die prinzipiell auch in anderen Regionen und Settings umgesetzt werden können.

- Zu den im Projekt entwickelten SÜ-BHPFs für Herzinsuffizienz, Rückenschmerz und Adipositas und der Frage ihrer Übertragbarkeit ist wie bei allen in hoher Kontextabhängigkeit entwickelten Konzepten in jedem Fall eine Anpassung an die konkreten Bedingungen vor Ort erforderlich. Dabei kann der im Projekt entwickelte Leitfaden zur Pfadentwicklung verwendet werden.
- Für die SHIV liegt im Ergebnis der Projektarbeiten ein Konzept vor, das als Aufsatzpunkt für Konzepte in anderen Regionen verwendet werden kann.
- Das KBZ hat nicht nur in der Bevölkerung, sondern auch von den Versorgungspartnern vor Ort eine zunehmend breitere Anerkennung und positive Resonanz erfahren. Auch im Ergebnis der Evaluation wird dem KBZ ein gutes Zeugnis ausgestellt. Es hat sich aber auch gezeigt, dass ein SGB-übergreifendes Unterstützungs- und Beratungsangebot wie das des KBZ in den gegenwärtigen Strukturen nicht ohne Weiteres umsetzbar ist.

7.2 Überführung in die Regelversorgung und nächste Schritte

Einleitend gibt Tabelle 8 einen Überblick, welche Versorgungsmodule bzw. Teilleistungen im Förderzeitraum aus dem Innovationsfonds und welche anderweitig finanziert worden sind und welcher Sachstand zur Finanzierung nach Förder- bzw. Projektende besteht.

Tabelle 8: Übersicht über die Versorgungsmodule bzw. Teilleistungen des Projektes nach Art der Finanzierung

Versorgungsmodul/ Teilleistung	Finanzierung im Förderzeitraum aus dem Innovationsfonds	Finanzierung im Förderzeitraum anderweitig	Sachstand Finanzierung nach Förder- bzw. Projektende
Teilprojekt 1			
Aufbau Grundversorgungsgemeinschaft (GVG) sowie Arzt- und Psychotherapeuten-netz	Ja		Professionalisierung mit eigener Managementgesellschaft ab III/2020; Finanzierung über Vertrag nach §140a SGB V (nur AOK Nordost)
Teilprojekt 2			
Expertensystem-gestützte Triage	Ja		Bestandteil der Kooperation von KVBB und Sana im Rahmen der Akut- und Notfallversorgung
Ärztliche Bereitschaftspraxis	Ja, bis 31.12.19	Neustart 2020 ohne Finanzierung aus Fördermitteln; Finanzierung im Rahmen des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes	Finanzierung im Rahmen des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes

Versorgungsmodul/ Teilleistung	Finanzierung im Förderzeitraum aus dem Innovationsfonds	Finanzierung im Förderzeitraum anderweitig	Sachstand Finanzierung nach Förder- bzw. Projektende
Überwachungseinheit (Decision Unit)	Ja		Ausweis im Feststellungsbescheid und im Landeskrankenhausplan ist erfolgt; Vergütung in Verhandlung; gesetzliche Grundlage noch offen; Lösung für alle GKV-Versicherten angestrebt
Einbindung Partnerpraxen in die Akutversorgung	Ja	Finanzierung der medizinischen Leistungen aus der Regelversorgung	Nachfolgeprojekt KVBB und Arztnetz GiT; Finanzierung aus dem Strukturfonds nach § 105 Abs. 1a SGB V
Low Care-Unit	Nein		
Stationersetzende kardiologische Versorgung	Nein	Eingeschränktes Leistungsspektrum im Rahmen Eigenrichtung der KVBB	Wie nebenstehend
Sprechstunde Herzinsuffizienz	Nein	Pfadspezifisches Leistungsspektrum im Rahmen der Eigenrichtung der KV Brandenburg	Wie nebenstehend
Stationersetzende gastroenterologische Versorgung	Nein	Eingeschränktes Leistungsspektrum im Rahmen Eigenrichtung der KV Brandenburg	Wie nebenstehend
Telemedizin Herzinsuffizienz (AOK Nordost und BARMER)	Nein	Finanzierung über Verträge nach § 140a SGB V, nur Versicherte der AOK Nordost und BARMER	Wie nebenstehend
Neuordnung pädiatrische Versorgung	Nein	Ambulant: Finanzierung ab dem 01.01.2020 über Ergänzungsvereinbarung zur Gesamtvergütungsvereinbarung	Finanzierung über Ergänzungsvereinbarung zur Gesamtvergütungsvereinbarung; Lösung für alle GKV-Versicherten erreicht
	Nein	Teilstationär: Ausweis im Feststellungsbescheid ist zum 01.06.2020 erfolgt	Vergütung in Verhandlung; gesetzliche Grundlage noch offen; Lösung für alle GKV-Versicherten angestrebt
	Nein	Telemedizinisches Konsil als Bestandteil der Kooperation zwischen Sana und der GLG Gesellschaft für Leben und Gesundheit GmbH	

Versorgungsmodul/ Teilleistung	Finanzierung im Förderzeitraum aus dem Innovationsfonds	Finanzierung im Förderzeitraum anderweitig	Sachstand Finanzierung nach Förder- bzw. Projektende
Strukturierte Harninkontinenzversorgung (SHIV)	Ja	Ja, für nicht über die Regelversorgung hinausgehende Leistungen	Finanzierung über Vertrag nach § 140a SGB V (nur AOK Nordost)
Teilprojekt 3			
Koordinierungs- und Beratungszentrum	Casemanagement: Ja		Vertragliche Grundlage und Finanzierung offen; anteilige Fortführung und Finanzierung im Rahmen Entlassmanagement; Fortführung für alle GKV-Versicherten, allerdings nur im Rahmen des Entlassmanagements und damit nur in Teilen des zuvor geförderten Umfangs
	Beratung und Koordination: Ja		Beratung zu SGB XI über neu etablierten Pflegestützpunkt am Standort
Teilprojekt 4			
Sektorenübergreifender Behandlungspfad Herzinsuffizienz	Ja	Ja, für nicht über die Regelversorgung hinausgehende Leistungen	Finanzierung über Vertrag nach § 140a SGB V
Sektorenübergreifender Behandlungspfad Rückenschmerz	Ja	Ja, für nicht über die Regelversorgung hinausgehende Leistungen	Finanzierung über Vertrag nach § 140a SGB V
Sektorenübergreifender Behandlungspfad Adipositas	Ja	Ja, für nicht über die Regelversorgung hinausgehende Leistungen	Finanzierung über Vertrag nach § 140a SGB V

Bei der Frage, wie eine Überführung der Projektergebnisse in die Regelversorgung erfolgen kann und welche nächsten Schritte dazu konkret erforderlich sind, kann unterschieden werden zwischen der Überführung des ASZ als neue Versorgungseinrichtung, die im SGB V gleichberechtigt neben Krankenhäuser, Medizinische Versorgungszentren, Praxiskliniken und Arztpraxen tritt, und der Überführung einzelner Versorgungsmodule des Projektes IGiB-SimMT andererseits.

Überführung des ASZ als neue Versorgungseinrichtung

Ein ASZ in der im IGiB-StimMT-Projekt entwickelten und umgesetzten Form vereint bedarfsgerechte stationäre, teilstationäre und ambulante Versorgungsangebote sowie bedarfsadäquat ausgestaltete SGB-übergreifende Unterstützungs- und Beratungsangebote unter einem Dach. Es unterhält - auch digital in verschiedener Form unterstützte – vertraglich abgesicherte Kooperationsbeziehungen zu Ärzt:innen und Leistungserbringern vor Ort wie auch wohnortfern insbesondere zu spezialisierten Partner:innen und sorgt so für einen bedarfsgerechten Zugang der Bevölkerung zu gleichwertiger Versorgung im ländlichen Raum. Übergeordnetes charakteristisches Merkmal ist es, dass in einem ASZ Ärzt:innen, Therapeut:innen und Pfleger:innen bedarfsabhängig in der stationären, teilstationären und ambulanten Versorgung tätig

sind und die vor Ort verfügbaren sachlich-technischen Kapazitäten unabhängig von der Versorgungsform (ambulant/teilstationär/stationär) genutzt werden.

Im vierten Kapitel des SGB V sind Versorgungseinrichtungen mit diesen Merkmalen neben Vertragsarztpraxen, Medizinischen Versorgungszentren, Krankenhäusern etc. bislang nicht vorgesehen. Um Ambulant Stationäre Zentren als feste Bestandteile der Versorgung vor allem im ländlichen Raum zu etablieren, sind verschiedene Änderungen im Rechtsrahmen erforderlich, insbesondere bezogen auf

- ihre Einbettung in eine sektorenübergreifende regionalbezogene Planung einschließlich notwendiger struktureller Bereinigungen und Weiterentwicklungen in den Sektoren
- die Ausgestaltung ihres Versorgungsauftrages (im Regionalbezug)
- ihre Zulassung
- die für eine Trägerschaft zulässigen Partner (bspw. ein breiterer Kreis der an der Versorgung Beteiligten und Kommunen, Landkreise etc.)
- ihre Finanzierung und Vergütung (SGB- und sektorenübergreifende Finanzierung aller Leistungsbestandteile, insbesondere SGB V und XI sowie ambulant, erweitert ambulant, teilstationär und stationär, anreizkonforme Vergütung), wobei ein mindestens kostendeckender Betrieb (Finanzierung von Vorhaltekosten) zur Erfüllung des übertragenen ambulanten und stationären Versorgungsauftrages gesichert werden muss
- die Qualitätssicherung

Um das ASZ als neue Versorgungseinrichtung/-struktur trotz der bestehenden Hürden nach Projektende fortzuführen, wurden ab Ende 2020 Teilträgerschaften (Sana, Eigeneinrichtung der KV, Ärzte, IGiB-StimMT) sowie Kooperationsvereinbarungen zwischen den Trägern geschlossen. Für die Übergangsphase vom Projekt zum Regelbetrieb wurde ein Konsortium (BGB-Gesellschaft (GbR)) mit dem gesellschaftlichen Zweck der Sicherung und Weiterentwicklung der Gesundheitsregion Mittelbereich Templin gegründet. Konsortialpartner sind das Arzt- und Psychotherapeutennetz GiT, vertreten durch die Gesundheit in Templin Projekt GmbH, die KV Brandenburg, die Sana Kliniken Berlin-Brandenburg GmbH sowie die Stadt Templin.

Ferner wird die Umstrukturierung bzw. der Aufbau eines ASZ ohne finanzielle Förderung vielfach nicht gelingen, so dass die oben angesprochenen rechtlichen Änderungen von Fördermaßnahmen flankiert werden müssten. Dazu gehört - vergleichbar zur Förderung von Krankenhäusern aus dem Strukturfonds – die Fördermöglichkeit

- von Strukturmigrationen
- sowie von Trägern oder Trärgemeinschaften als Förderempfänger bei neu zu etablierenden sektorenübergreifenden Strukturen wie im Fall des ASZ.

Bezogen auf die Trägerschaften der Versorgungsangebote eines ASZ sind Kooperationen der regional Beteiligten (Krankenhausträger, Arzt-/Praxisnetz, Kommune, KV) anzustreben. Die Realisierung setzt bedarfsgerechte und nachhaltige Versorgungsaufträge sowie gesicherte Finanzierungsgrundlagen des ASZ für den Aufbau und den Betrieb voraus.

Überführung einzelner Versorgungsmodule des Projektes IGiB-StimMT

Im Anschluss an die Ausführungen zur Übertragbarkeit der Ergebnisse in Kapitel 7.1 kann zur Frage der Überführung einzelner Versorgungsmodule in die Regelversorgung festgehalten werden:

- Die Verzahnung der drei Säulen der Akut- und Notfallversorgung, die gerade in ländlichen Regionen aufgrund einer niedrigen Inanspruchnahme der Akut- und Notfallstrukturen sinnvoll ist, ist ohne die Anpassung geltenden Rechts nicht möglich.

Konkret:

Der Bundestag hat am 16.02.2017 mit dem Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz – HHVG) in § 23c Abs. 2 – neu-SGB IV beschlossen, dass Einnahmen aus Tätigkeiten als Notärztin und Notarzt im Rettungsdienst dann nicht beitragspflichtig sind, wenn diese Tätigkeiten neben

1. einer Beschäftigung mit einem Umfang von regelmäßig mindestens 15 Stunden wöchentlich außerhalb des Rettungsdienstes, oder
2. einer Tätigkeit als niedergelassener Vertragsarzt oder als Arzt in privater Niederlassung ausgeübt werden.

Für Tätigkeiten, bei denen die Einnahmen nicht beitragspflichtig sind, bestehen zudem keine Meldepflichten nach dem SGB IV. Der Gesetzgeber hat damit erkannt, dass die Notarztversorgung in Deutschland weit überwiegend durch Ärztinnen und Ärzte erfolgt, die diese zusätzlich zu einer anderen Tätigkeit übernehmen. Durch die gesetzliche Neuregelung sind aber „echte“ Honorar-Notärzte, also ohne anderweitiges (sozialversicherungspflichtiges) Beschäftigungsverhältnis oder Niederlassung, von der Befreiung ausgeschlossen. Dies gilt auch für anderweitig angestellte Ärzte, deren Beschäftigungsumfang regelmäßig weniger als 15 Stunden wöchentlich beträgt.

Unter Versorgungsgesichtspunkten wird vorgeschlagen, die o.g. Regelung auf Ärzt:innen in Notdienstpraxen (ärztliche Bereitschaftspraxen) oder in Kooperation und organisatorischer Verknüpfung mit zugelassenen Krankenhäusern nach § 75 Abs. 1b Satz 2 und 3 SGB V zu erweitern.

- Für die fachärztlichen Sprechstunden im ASZ in der mit dem Projekt vorgesehenen Form gibt es aktuell kein Pendant in der Regelversorgung. Für den Betrieb und die Finanzierung müssen zunächst die entsprechenden Voraussetzungen in den einschlägigen Richtlinien und in den Katalogen geschaffen werden, die den bundesrechtlichen Rahmen bestimmen und regionalen Vergütungsverhandlungen zugrunde liegen.

Diese Thematik wurde bereits in der Stellungnahme an den DLR-Projektträger vom 25.02.2019 erörtert. Inhaltlich ging es bei dieser Stellungnahme um die Begründung, warum die klassischen Modelle der Bedarfs- und Zulassungsplanung in einer sektübergreifenden Betrachtung der Versorgung nicht anwendbar sind bzw. spätestens an der Frage der Finanzierung von Ambulantisierung scheitern. Hierzu wurde ausgeführt:

Der Anspruch eines Versicherten auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung ergibt sich aus den gesetzlichen Rahmenbedingungen sowie aus den Festlegungen und Bewertungen durch die gemeinsame Selbstverwaltung. Maßgeblich ist darüber hinaus das Wirtschaftlichkeitsgebot gemäß § 12 SGB V, wonach Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein müssen und das Maß des Notwendigen nicht überschreiten dürfen. Der Anspruch auf eine unter diesen Maßgaben vom Versicherten zu beanspruchende Leistung ist dabei grundsätzlich

nicht an das Vorhandensein eines wohnortnahen Angebotes auf Seiten der Leistungserbringer gebunden.

Gleichwohl ergeben sich aus den Bestimmungen des SGB V zur ambulanten Bedarfsplanung, Zulassung und Ermächtigung sowie den Vorgaben zur morbiditätsbedingten Gesamtvergütung erhebliche Unterschiede in der Realisierung des Anspruchs einer benötigten Leistung für die Versicherten. Konkret bedeutet dies, dass Leistungen keinesfalls zu Lasten der GKV gegenüber Versicherten erbracht werden dürfen, wenn hierfür keine Zulassung oder Ermächtigung vorliegt. Dies ist insbesondere ein Problem in ländlichen und dünn besiedelten Regionen, da die heutige Bedarfsplanung gerade bei fachärztlichen und spezialisierten Fachrichtungen auf ein Pro-Kopf-Verhältnis von Arzt und Einwohnern abzielt, was den realen Versorgungsbedürfnissen einer solchen regionalen Population entgegensteht. Dies führt in Regionen wie dem Mittelbereich Templin dazu, dass z.B. trotz hoher Krankheitslasten in der Kardiologie, insbesondere bei Herzinsuffizienz, und in der Gastroenterologie, die Durchsetzung eines Anspruchs auf eine dem Leistungskatalog der GKV entsprechende kardiologische bzw. gastroenterologische Versorgung im Mittelbereich nicht möglich ist. Die nach den heutigen Bedarfsplanungsrichtlinien zugelassenen Versorgungsangebote befinden sich wohnortfern. Dies hat zur Folge, dass entweder unter hoher persönlicher Belastung wohnortferne Angebote aufgesucht werden müssen, eine vermeidbare stationäre Versorgung in Anspruch genommen wird, die Compliance der Patienten sinkt oder sogar eine medizinische Intervention ausbleibt.

Genau diesem Defizit widmet sich das Strukturmigrationsprojekt im Mittelbereich Templin (StimMT), dessen Ziel es ist, eine an der Krankheitslast der Wohnbevölkerung ausgerichtete ambulant-stationäre wohnortnahe Versorgungsstruktur zu etablieren, die dem Versicherten die Wahrnehmung seines Versorgungsanspruches ermöglicht und die Vorgaben der Regelversorgung berücksichtigt. Der Aspekt der bedarfsgerechten und gleichwertigen Versorgung im ländlichen Raum aus der Sicht des Versicherten stellt von Anbeginn ein Kernanliegen des Projektes dar. Die Bedarfsgerechtigkeit umfasst dabei auch das Angebot und den Zugang zu diesen Leistungen.

Die Folgen des Fehlens an der Krankheitslast der Bevölkerung ausgerichteter Strukturen zur medizinischen Behandlung und zur ggf. notwendigen kontinuierlichen Therapiebegleitung zeigen sich am Beispiel von Templin unter anderem in hohen Fallzahlen nicht notwendiger stationärer Aufenthalte (sogenannte ambulant-sensitive Krankenhausaufenthalte) mit der damit einhergehenden „fehlallozierten“ Nutzung von Ressourcen im Gesundheitswesen im Widerspruch zum Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 SGB V. Daher ist auch ein Ziel des Innovationsfondsprojektes StimMT, dieser Unwirtschaftlichkeit der sektorierten Versorgung durch die Etablierung eng verzahnter und sektorenübergreifender Angebote zu begegnen.

*Die KV Brandenburg geht im Rahmen ihrer Möglichkeiten als Körperschaft des öffentlichen Rechts bereits über die klassische Ermächtigung nach SGB V hinaus. Hierzu hat sie bereits mit einer **Eigeneinrichtung*** nach § 105 SGB V eine Vorreiterrolle eingenommen (KV RegioMed Zentrum Templin), um sich den Herausforderungen zu stellen (erteilte Versorgungsaufträge Herzinsuffizienz und Gastroenterologie im Rahmen des KV RegioMed Zentrum Templin). Aber auch dieser Rechtsrahmen stößt an seine Grenzen und ermöglicht nicht, den nachweislich notwendigen Umfang an ambulanter bzw. stationärsersetzender gastroenterologischer und kardiologischer Versorgung im Mittelbereich zu etablieren. In der Kardiologie und der Gastroenterologie werden im StimMT-Projekt Angebotsstrukturen neu etabliert, die zwar dem Versorgungsbedarf der Bevölkerung im Mittelbereich entsprechen, aber nach den Regularien der heutigen ambulanten Bedarfsplanung nicht im erforderlichen Umfang abbildbar sind.“*

Vorgenannte Problemstellungen sind auch nicht durch das Instrument der Sonderbedarfszulassung sowie andere bestehende Regularien der Bedarfs- und Zulassungsplanung heilbar. Hierzu wurde ausgeführt:

*Eine **Sonderbedarfsfeststellung*** ist ein Instrument, welches gemäß §§ 36 ff. Bedarfsplanungs-Richtlinie nur im Ausnahmefall zur Anwendung kommen soll. Dazu ist als Voraussetzung in § 36 Bedarfsplanungs-Richtlinie geregelt, dass die Besetzung eines zusätzlichen Vertragsarztsitzes in Ausnahmefällen unerlässlich ist, um die vertragsärztliche Versorgung in einem Versorgungsbereich zu gewährleisten und dabei einen zusätzlichen lokalen oder einen qualifikationsbezogenen Versorgungsbedarf zu decken. Nach Bedarfsplanungs-Richtlinie zielen diese Regelungen auf die in § 95 Abs. 1 SGB V genannten zulassungswilligen bzw. in bestehenden MVZ anstellungswilligen Fachärzte ab. Ob der Anwendungsbereich auch für die Konstellation in Templin (Eigeneinrichtung nach § 105 SGB V i.V.m. Versorgungsauftrag für Krankenhausarzt) anwendbar ist, kann nicht abgeleitet werden.*

Bei der Prüfung auf Sonderbedarf ist ferner eine regionale Abgrenzung, für welche ein Versorgungsbedarf zu prüfen ist, vorzunehmen. Dabei sind nach ständiger Rechtsprechung alle fachidentischen Versorgungsangebote im Umkreis von ca. 30 km vom geplanten Versorgungsstandort zu berücksichtigen. Je spezieller das Versorgungsangebot, umso weiträumiger sind der Einzugsbereich und damit die zu berücksichtigenden Versorgungsangebote.

Nach Prüfung dieser Option seitens des Bereiches Sicherstellung der KV Brandenburg unter Anwendung dieser Grundsätze auf die kardiologische Versorgungssituation ist festzuhalten, dass im Umkreis von Templin im ca. 35 km entfernten Prenzlau ein reguläres kardiologisches Versorgungsangebot etabliert ist. Die Fallzahlen als objektivierte Kriterium für eine Versorgungsbewertung sind in dieser Praxis deutlich unterhalb des Fachgruppenschmittes, so dass ausreichende Behandlungskapazitäten vorhanden sind und dieser Versorgungsstandort innerhalb der durch die Rechtsprechung entwickelten zu berücksichtigten Versorgungsregion liegt. Die Wahrscheinlichkeit, dass der Zulassungsausschuss einem Antrag auf Sonderbedarfszulassung/-anstellung für das gesamte Spektrum der Kardiologie für den Standort Templin zustimmt, ist demnach unter Beachtung der aktuellen Regelungen sehr gering.

In der Gastroenterologie stellt sich die Versorgungssituation so dar, dass die nächsten regulären Versorgungsangebote im 51 km entfernten Eberswalde und im 60 km entfernten Bernau bestehen. Allein die Entfernungen zu diesen Versorgungsstandorten erwecken den Eindruck einer Versorgungslücke auf dem Gebiet der Gastroenterologie. Da die Zulassungsgremien jedoch einen Ermessensspielraum in der Bewertung der Versorgungssituation haben und die Versorgungsangebote in Bernau deutliche Versorgungskapazitäten aufgrund der Behandlungsfallzahlen vermuten lassen und die Gastroenterologie nicht zur wohnortnahen Versorgungsebene gehört, ist keine verbindliche Prognose möglich. Selbst wenn interessierte, qualifizierte Ärztinnen und Ärzte Anträge an die Zulassungsgremien stellen würden, kann von bestandfähigen Entscheidungen, so diese überhaupt für die Antragsteller positiv ergingen, ggf. in frühestens 6 Monaten bzw. bei sozialgerichtlichen Überprüfungen in bis zu 3 Jahren ausgegangen werden.

Im Rahmen einer Strukturmigration der Versorgung (Ambulantisierung) ergibt sich folgende Kaskade an Zusammenhängen zwischen den einzelnen Leistungsbestandteilen. Zunächst sind ausreichende und bedarfsgerechte, ambulante Kapazitäten erforderlich, um überhaupt wohnortnah stationäre Versorgung (ambulant sensitive Leistungen) zu substituieren. Es bedarf eines Mindestmaßes an technischer und personeller Ausstattung, um darüber hinaus unterhalb des stationären Settings bei gleicher Versorgungsqualität Leistungen anbieten zu können, die den Umfang eines regelhaften ambulanten Versorgungsauftrages überschreiten.

Es wurde ferner ausgeführt:

Damit wird die veränderte Versorgung nachhaltig gesichert. Auf dieser Basis kann sukzessive die Umsteuerung von Behandlungsfällen aus dem stationären in ein neu geschaffenes, ambu-

lantes oder zwischensektorales Setting erfolgen und es werden die Voraussetzungen geschaffen, damit nicht mehr benötigte stationäre Ressourcen umgewidmet oder reduziert werden können.

Vor diesem Hintergrund schlagen wir vor: Abweichend von den Vorschriften der Bedarfsplanung sollten von der Selbstverwaltung zusätzliche regionale Versorgungsbedarfe gemeinsam festgestellt werden können. Die Ausgestaltung des Versorgungsauftrages, die Finanzierung und die Vergütung sowie die Qualitätsanforderungen sollten zwischen den Verbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung gemeinsam und einheitlich vereinbart werden können. Hierbei sollte von den diesbezüglichen Vorgaben des SGB V und den nach diesen Vorschriften getroffenen Regelungen abgewichen werden können.

- Auch für die in Templin etablierte Form einer Decision Unit gilt, dass es für dieses Versorgungsmodul in der mit dem Projekt etablierten Form aktuell kein Pendant in der Regelversorgung gibt. Für den regelhaften Betrieb sollten Strukturvorgaben entwickelt werden, die Basis für die Kalkulation der Vergütung und ihre Vereinbarung in den Vergütungsverhandlungen bilden. Dies insbesondere bezogen auf folgende Aspekte:
 - Die Anforderung, eine Beobachtungsstation mit mindestens sechs Betten für Kurzlieger mit maximal 24-stündiger Aufenthaltsdauer und organisatorisch abgegrenzter Einheit vorzuhalten, besteht erst ab Teilnahme an der Erweiterten Notfallversorgung. Selbst wenn die in der GBA-Richtlinie zum gestuften System der Notfallversorgung beschriebenen Mindestanforderungen auf Häuser der Basisnotfallversorgung übertragen werden würden, gehen diese hinsichtlich der mindestens vorzuhaltenden Betten über den tatsächlichen Bedarf hinaus. Die GBA-Richtlinie berücksichtigt aktuell sektorenübergreifende Strukturen wie Ambulant-Stationäre Zentren mit ggf. auch von der jetzigen Stufensystematik abweichendem bedarfsgerechten Versorgungsauftrag nicht und sollte entsprechend angepasst werden.
 - Des Weiteren wird vorgeschlagen, dass die gemeinsame Selbstverwaltung das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) zusammen mit dem Institut des Bewertungsausschusses (InBa) mit der Kalkulation einer Vergütung beauftragt.

Bei beiden Empfehlungen besteht die Herausforderung, Vorkehrungen dafür zu treffen, dass dieses Angebot auf Fallgruppen beschränkt bleibt, die ohne eine DU stationär aufgenommen worden wären.

- Für die SÜ-BHPFs kommt der Evaluator zu dem Schluss, „die Ergebnisse der verschiedenen indikationsspezifischen Versorgungskonzepte aus anderen Innovationsfondsprojekten sowie aus Selektivverträgen zusammenzuführen und daraus Best-Practice-Modelle abzuleiten.“ Bis dahin empfiehlt er, „Selektivverträge fortzuführen bzw. neu abzuschließen.“
- Das KBZ wurde vor dem Hintergrund konzipiert und etabliert, dass insbesondere Menschen mit komplexem Behandlungsbedarf häufig auf Unterstützung angewiesen sind, um in dem für sie unübersichtlichen Gesundheitssystem die notwendigen Versorgungsleistungen zu erhalten. Eine kontinuierliche Versorgung der Patient:innen setzt die einrichtungs- und sektorenübergreifende Zusammenarbeit der verschiedenen Gesundheitsfachberufe voraus. Diese Unterstützung können Casemanager leisten, indem sie die Versorgungs-

leistungen für Patient:innen koordinieren und diese engmaschig betreuen. Das Casemanagement umfasst aber auch die Förderung der gesundheitlichen Eigenkompetenz und Eigenverantwortung. Bislang besteht allerdings kein gesetzlicher Anspruch auf ein Casemanagement. Ferner besteht keine Möglichkeit zur Anbindung von Casemanager:innen an ein KBZ bzw. eine vergleichbare Institution. Es sollten deshalb die rechtlichen Voraussetzungen dafür geschaffen werden, dass Beratungs- und Koordinierungsangebote über die verschiedenen Sozialgesetzbücher und Sektorengrenzen hinweg und unter Einschluss aller Angebote der Daseinsvorsorge und -fürsorge unter einer Trägerschaft zum Bestandteil regionaler Versorgung werden. Ferner schlagen wir die Beauftragung einer Expertise vor, in der praktikable Vorschläge für die Gestaltung und Etablierung bedarfsgerechter und bürgernaher Angebote entwickelt und unterbreitet werden, die alle Bereiche der Sozialversicherung wie auch das gesamte Angebotsspektrum im Bereich der Daseinsvorsorge und -fürsorge zusammenführen. Um Doppelstrukturen zu verhindern, ist dabei eine Bündelung und Konzentration der bestehenden Beratungs- und Hilferessourcen herbeizuführen. Die Expertise sollte des Weiteren Vorschläge zur trägerübergreifenden Finanzierung umfassen und prüfen, welche Änderungen geltenden Rechts erforderlich wären.

8. Erfolgte Veröffentlichungen

- Bohm S, Freiberg LO, Supantia P (2021a): Strukturmigration am Beispiel des Projektes IGiB-StimMT: Effekte auf Inanspruchnahme und GKV-Ausgaben sowie Politikempfehlungen, G&S Gesundheits- und Sozialpolitik, 4-5/2021: 91-98.
- Stegmaier P (2021): Ein Paradebeispiel für hohen Erkenntnisgewinn, Monitor Versorgungsforschung 05/21, S. 18-22.
- Bohm S, Freiberg LO, Supantia P (2021b): Das Ambulant Stationäre Zentrum (ASZ) - Ziele, Struktur und erste Ergebnisse, Hellmann W (Hrsg.): Kooperative Versorgungsformen – Chance für den ländlichen Raum Praxisbeispiele, Konzepte, Wissensvermittlung, Kulmbach: 140-147.
- Bohm S, Freiberg LO, Supantia P (2021c): Strukturmigration im Mittelbereich Templin, G+G Wissenschaft (GGW), 1/2021: 7-14. https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen/Produkte/GGW/2021/wido_ggw_012021_bohm_et_al.pdf, letzter Zugriff: 29.06.2021.
- Stegmaier P (2020): Nonnemacher: „Bereitschaft, Versorgung neu zu denken“, Monitor Versorgungsforschung, 06/20: 24-29. <https://www.monitor-versorgungsforschung.de/Abstracts/Abstract2020/mvf-0620/mvf06-PDF/Templin-Ambulantisierung>, letzter Zugriff: 29.06.2021.
- Stegmaier P (2021): Über die Sonnen- und Schattenseiten bei Großprojekten, Monitor Versorgungsforschung, 01/21: 14-19. <https://www.monitor-versorgungsforschung.de/Abstracts/Kurzfassungen-2021/PDF-Artikel-2021/templin-teil2>, letzter Zugriff: 29.06.2021.
- Stegmaier P (2021): Die Kunst der Evaluation komplexer Interventionen, Monitor Versorgungsforschung, 02/21: 38-39. https://www.monitor-versorgungsforschung.de/Abstracts/Kurzfassungen-2021/MVF-02-21/PDF-Artikel-2021_2/PDF0221_IGiB-Teil3, letzter Zugriff: 29.06.2021.
- Bertram N, Binder S, Kerkemeyer L, Amelung V (2018): Entwicklung und Evaluation komplexer Interventionen weiterdenken, G&S Gesundheits- und Sozialpolitik, 6/2018: 44-51.
- Helming HJ, Bohm S (2017): IGiB- Strukturmigration im Mittelbereich Templin. Amelung VE et al. (Hrsg.): Innovationsfonds. Impulse für das deutsche Gesundheitssystem. Berlin: 133-139.
- Helming HJ (2017): Zukunft der Gesundheitsversorgung in ländlichen Gebieten, Frankfurter Allgemeine Zeitung, Verlagsspezial „Zukunft der Gesundheitsversorgung“; 28. April 2017.
- Freiberg LO (2017): IGiB – Strukturmigration im Mittelbereich Templin (StimMT): zukunftsfähige Gestaltung regionaler Versorgung, G&S Gesundheits- und Sozialpolitik, 1/2017: 35-39.

9. Anlagen

- Anlage 1 Evaluationsbericht (verbindliche Anlage gemäß Nr. 14.1 ANBest-IF)
- Anlage 2 Entwicklungs- und Finanzierungskonzept Arztnetz „Gesund in Templin e.V.“
- Anlage 3 Ambulant Stationäres Zentrum Templin - Betriebskonzept
- Anlage 4 Konzept zum Sektorenübergreifenden Behandlungspfad Adipositas
- Anlage 5 Konzept zum Sektorenübergreifenden Behandlungspfad Herzinsuffizienz
- Anlage 6 Konzept zum Sektorenübergreifenden Behandlungspfad Rheuma
- Anlage 7 Konzept zum Sektorenübergreifenden Behandlungspfad Rückenschmerz
- Anlage 8 Grobkonzept der IT-Plattform, Iteration 3, Version 1
- Anlage 9 Lastenheft IT-Plattform Teil 1: Verfahren, Iteration 1, Version 1
- Anlage 10 Alternatives Betreibermodell - Betriebskonzept
- Anlage 11 IT-Plattform – Beschreibungen von Fachanwendungen
- Anlage 12 Datenschutzkonzept für die Durchführung der Evaluation des Innovationsfondsprojekts „IGiB-StimMT“
- Anlage 13 Komponenten des Evaluationskonzeptes
- Anlage 14 Modulsteckbrief Akut- und Notfallversorgung
- Anlage 15 Modulsteckbrief Decision Unit
- Anlage 16 Modulsteckbrief Strukturierte Harninkontinenzversorgung (SHIV)
- Anlage 17 Modulsteckbrief Ambulantes Fallmanagement
- Anlage 18 Modulsteckbrief Beratung SGB-übergreifend
- Anlage 19 Modulsteckbrief Medizinische Informationsveranstaltungen/
Erwachsenenbildung

Anlage 1: Evaluationsbericht

Die Anlage ist über den folgenden Link abrufbar: https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/abschluss-dokumente/156/2022-04-01_IGiBStimMT_Evaluationsbericht.pdf

Entwicklungs- und Finanzierungskonzept Arztnetz „Gesund in Templin e.V.“

1 Inhaltsverzeichnis

Präambel	4
1. Arztnetz Gesund in Templin e.V. – Gründung und Organisation	4
2. Zielsetzung des Arztnetzes Gesund in Templin e.V.	5
3. Arztnetzes Gesund in Templin e.V. im Kontext des Projektes IGiB-StimMT	6
4. Leistungsspektrum	7
4.1 Vertragsärztliche und –psychotherapeutische Versorgungssituation	7
4.2 Geriatrische Versorgung.....	9
4.3 Palliativversorgung	9
4.4 Präventionssprechstunde.....	10
4.5 Strukturierte Harninkontinenzversorgung	10
4.6 TeleDermatologische Versorgung	10
4.7 GVG Partnerpraxen zur Akutversorgung während der Sprechstundenzeiten	11
4.8 Fach- und sektorenübergreifende Behandlungspfade.....	12
5 Qualitätsorientierte Maßnahmen zur Versorgungsoptimierung	13
5.1 Qualitätspolitik	14
5.2 QuATRo – „Qualität in Arztnetzen – Transparenz durch Routinedaten“	14
5.3 Terminvereinbarungsregelungen und Überleitungsprozesse.....	15
5.4 Notfallmanagement in der Arztpraxis	17
5.5 Fehlermanagement	17
5.6 Vertretungsregelungen	18
5.7 Fallbesprechungen und Qualitätszirkel	19
5.8 Fort- und Weiterbildung im Netzwerk beteiligter Gesundheitsberufe	19
5.9 Patienteninformation und Schulungsangebote	21
5.10 Patientenbefragungen.....	21
5.11 Beschwerdemanagement.....	21
5.12 Optimierung der Inanspruchnahme von Präventionsangeboten	22
5.13 Umsetzung von fach- und sektorenübergreifenden Behandlungspfaden	23
6 Netzpartner	23
6.1 Fachkräfte für Fallmanagement	23
6.2 Ambulant- und stationäre Pflegeeinrichtungen.....	25
6.3 Ambulant Stationäres Zentrum.....	25
6.4 Weitere Partner.....	27
7 Digitalisierung.....	27
7.1 Digitales Gesundheitsnetzwerk.....	27
7.2 Die Plattform	28

8	Öffentlichkeitsarbeit und Marketing.....	29
9	Finanzierung	29
9.1	Grundprinzipien der Finanzierung.....	29
9.2	Einführung Budgetverantwortung und erfolgsabhängige Vergütung.....	30
9.3	Finanzierung - Vorauszahlungen auf das Budgetergebnis (Managementleistungen)	31
10	Literaturverzeichnis.....	32
	Anlagen.....	32

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Aktuelle Organstruktur des Arztnetz GiT	4
Abbildung 2	Anteil des Arztnetzes an der vertragsärztlichen und - psychotherapeutischen Versorgung im Mittelbereich Templin	8
Abbildung 3	Ablauforganisation zur Patientenlenkung.....	11
Abbildung 4	Überweisungsprozess	15

Präambel

Das Arzt- und Psychotherapeutennetz „Gesund in Templin e.V.“ (Arztnetz GiT) ist ein Zusammenschluss von Ärzten und Psychotherapeuten verschiedener Facharztrichtungen mit dem vorrangigen Ziel, die medizinische Qualität und die ärztliche Zusammenarbeit zu sichern und zu verbessern. Grundprinzipien sind die ärztliche und soziale Kompetenz, die Kollegialität und auch das wirtschaftlich sinnvolle Handeln. Im Mittelpunkt aller Bemühungen steht der Patient.

Das Arztnetz GiT spielt eine zentrale Rolle für die Sicherstellung und Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung im Mittelbereich Templin. Betreffende Ärzte und Psychotherapeuten kommen direkt mit den Bedarfs- und Bedürfnislagen der Bevölkerung in Kontakt und können auf notwendige Versorgungsanpassungen im besonderen Maß hinwirken. Hierbei ist eine enge Zusammenarbeit mit dem sich im Aufbau befindenden Ambulant Stationären Zentrum (ASZ) Templin entscheidend. So werden die Patienten in Abstimmung von Klinik- und niedergelassenen Ärzten verschiedener Fachrichtungen in einer zentralen räumlichen und organisatorischen Einheit behandelt.

Um als starker Partner in der regionalen Versorgungslandschaft mitwirken und agieren zu können, ist es notwendig die aktuelle Netzarbeit und -organisation professionell aufzustellen. Das vorliegende Entwicklungs- und Finanzierungskonzept dient dazu, einerseits die aktuelle Netzaktivität abzubilden und andererseits konkrete Entwicklungsmaßnahmen aufzuzeigen.

1. Arztnetz Gesund in Templin e.V. – Gründung und Organisation

Der Aufbau fachübergreifender ärztlicher Netzwerkstrukturen ist im Projekt Strukturmigration im Mittelbereich Templin (IGiB-StimMT) eine der maßgeblichen Zielstellungen. In diesem Kontext wurde am 16.05.2018 von neun Templiner Hausärzten die Grundversorgungsgemeinschaft (GVG) gegründet. Das Ziel der Hausarztgemeinschaft ist es, als zentraler Ansprechpartner das fach- und sektorenübergreifende Versorgungsgeschehen zu stärken und als Organisationseinheit zu professionalisieren (vgl. Rahmenvereinbarung GVG). Als Weiterentwicklung der GVG wurde am 26.09.2018 von neun Templiner Ärzten das Arztnetz GiT ins Leben gerufen, um als starker Partner in der Projektentwicklung mitwirken zu können. Aktuell verzeichnet das Netz 26 Mitglieder, davon 14 Fachärzte, 11 Hausärzte sowie einen Psychotherapeuten, die im Mittelbereich Templin ärztlich bzw. psychotherapeutisch tätig sind (vgl. Anlage 1).

Aktuelle Organisationsstruktur:

Das Arztnetz GiT ist seit dem 18.10.2019 als gemeinnütziger Verein mit Sitz in Templin registriert.

Adresse: Parisiusstr. 14, 17268 Templin
Mailadresse: info@gesund-in-templin.de

Die Anerkennung der Gemeinnützigkeit wird derzeit durch das zuständige Finanzamt Angermünde geprüft. Die Organstruktur des Vereins stellt sich wie folgt dar:

Abbildung 1 Aktuelle Organstruktur des Arztnetz GiT



Mitgliederversammlungen:

- Mindestens einmal pro Jahr sowie bei Bedarf

Netzvorstand:

- [REDACTED] – Vorsitz
- [REDACTED] – Stellvertretung zuständig für:
 - Schriftführung
 - Mitgliedermanagement

Das Arztnetz wird steuerrechtlich betreut von: [REDACTED]

Weitere etablierte Kommunikationsplattformen sind:

- Qualitätszirkel der Ärzte 1x pro Monat
- Schwesternstammtisch 1x pro Quartal

Aus organisations- und haftungsrechtlichen Gründen wird angestrebt, die aktuelle Rechtsform in eine Form der Personen- und Kapitalgesellschaft, Genossenschaft oder GmbH & Co. KG umzuwandeln und ein hauptamtliches Netzmanagement mit Geschäftsstelle und Geschäftsführung einzusetzen. Die Organstruktur kann damit folgende Elemente umfassen:

- Mitgliederversammlung
- Vorstand
- Lenkungsgremium (Sprecherbeirat)
- Geschäftsführung
- IT-Sicherheitsbeauftragter
- Qualitätsmanagementbeauftragter
- Beauftragter Öffentlichkeitsarbeit und Marketing
- Facharbeitsgruppen

Die Umwandlung der Organisationsstruktur wird im Rahmen des geplanten Professionalisierungsprozesses umgesetzt.

2. Zielsetzung des Arztnetzes Gesund in Templin e.V.

Die übergeordneten Ziele des Arztnetz GiT umfassen:

- Kontinuierliche Verbesserung der medizinischen Versorgungsqualität zum Nutzen der Patienten

- Koordination der fachübergreifenden Zusammenarbeit durch einen vom Patienten zu wählenden Hausarzt
- Ausbau der interdisziplinären und multiprofessionellen Zusammenarbeit innerhalb des Arztnetzes sowie in Kooperation mit weiteren regionalen Gesundheitsakteuren
- Die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und -angebote unter Berücksichtigung der regionalen Bedarfslagen der Bevölkerung
- Die Umsetzung der Prinzipien ambulant vor stationär sowie wohnortnah vor wohnortfern

Zur Verwirklichung der übergeordneten Ziele werden die nachstehenden versorgungsbezogenen Maßnahmen angestrebt:

- Einführung eines permanenten Qualitätsmanagements für ein qualitäts- und wirtschaftlichkeitsorientiertes Handeln (z.B. QuATRo der AOK Nordost, vgl. Punkt 5.2)
- Erstellung von interdisziplinären und sektorenübergreifenden Behandlungsprogrammen bei ausgewählten Krankheitsbildern
- Verbesserung der Patientensteuerung zu Sprechstundenzeiten und zu sprechstundenfreien Zeiten, insbesondere in Hinblick auf die Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Patientenversorgung
- Optimierung der Inanspruchnahme von strukturierten Behandlungsprogrammen bei chronischen Krankheiten (insb. DMP)
- Optimierung der Inanspruchnahme von Präventionsangeboten
- Nutzung von IT-Lösungen zum elektronischen Austausch von Gesundheitsdaten zwischen Patienten, niedergelassenen Ärzten und Kliniken als Grundlage für eine sektorenübergreifende Vernetzung der Beteiligten (vgl. Punkt 7)
- Etablierung von Schulungsangeboten für Patienten und Angehörige
- Etablierung von Fort- und Weiterbildungsangeboten für Gesundheitsberufe

Des Weiteren setzt das Arztnetz GiT folgende organisatorische Maßnahmen um:

- Gründung einer Rechtsform mit eigener Kapitalanlage
- Einsetzung eines ärztlichen Vorstandes
- Etablierung von Arbeitsgruppen zur inhaltlichen Ausgestaltung der Versorgungsthemen
- Beauftragung eines hauptamtlichen, handlungs- und vertretungsberechtigten Netzmanagements

3. Arztnetzes Gesund in Templin e.V. im Kontext des Projektes IGiB-StimMT

Das Arztnetz GiT unterstützt wie folgt die Ziele sowie die Etablierung versorgungswirksamer Leistungen des Projektes IGiB-StimMT:

Projekteinschreibung:

- Aktivierung der ärztlichen Kollegen
- Motivierung des Praxispersonals
- Förderung der Patienteninformation

Akut- und Notfallversorgung:

- Erarbeitung eines tragfähigen Konzeptes unter Einbeziehung der Ärzte
- Mitwirkung an der Konzeptumsetzung

Koordinierungs- und Beratungszentrum (KBZ):

- Förderung der auftragsbezogenen Inanspruchnahme der agnes^{zwei}-Fachkräfte
- Förderung der patientenseitigen Inanspruchnahme von Beratungs- und Informationsleistungen
- Unterstützung der KBZ-Veranstaltungsreihe

Ambulant Stationäres Zentrum (ASZ):

- Unterstützung bei der Erarbeitung und Umsetzung von Versorgungsangeboten
- Unterstützung der Organisationsstruktur (z.B. Ärztliche Leitung der agnes^{zwei}-Fachkräfte)
- Teil der Trägerstruktur

Interdisziplinäre sowie sektorenübergreifende Behandlungspfade:

- Mitwirkung an der Entwicklung und Umsetzung von Behandlungspfaden
- Förderung der patientenseitigen Inanspruchnahme der erarbeiteten Behandlungspfade
- Mitwirkung an der Weiterentwicklung etablierter Behandlungspfade

4. Leistungsspektrum

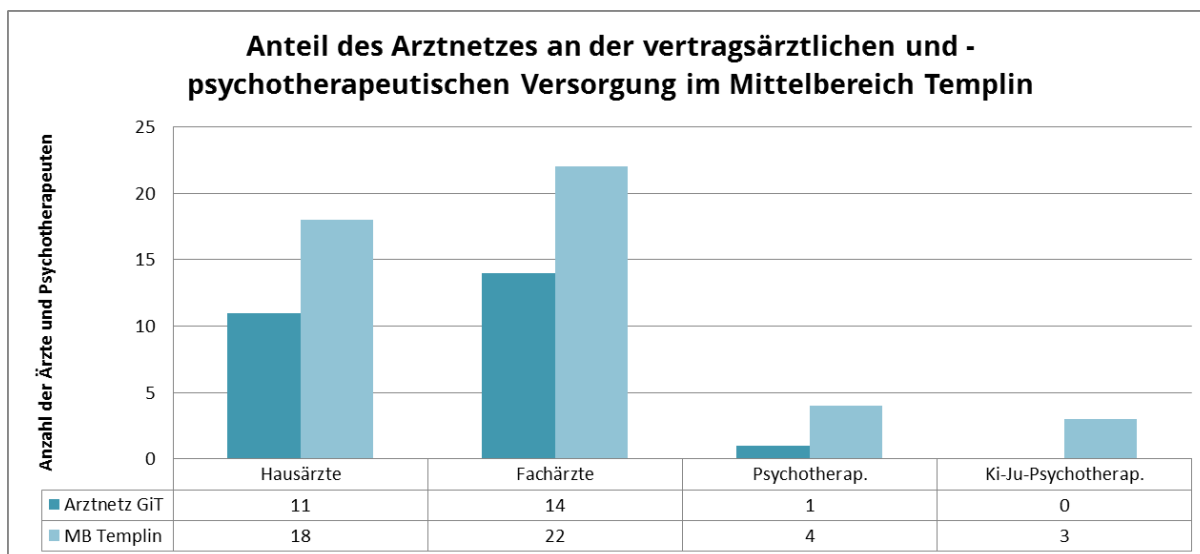
4.1 Vertragsärztliche und –psychotherapeutische Versorgungssituation

Im Mittelbereich Templin sind insgesamt 36 Vertragsärzte¹ sowie sieben Vertragspsychotherapeuten in eigener Praxis niedergelassen (Stand 13.01.2020). Mit Ausnahme von zwei hausärztlichen Kooperationspraxen ist der überwiegende Teil in Einzelpraxen organisiert. Darüber hinaus sind in der Region drei angestellte Ärzte tätig: Eine Dauerassistentin in der Facharztpraxis für Orthopädie sowie zwei Fachärzte für Innere Medizin/Schw. Nephrologie im Dialysezentrum DaVita. Letztere Einrichtung ist als Nebenbetriebsstätte des MVZ DaVita Prenzlau registriert. Weiterhin führt eine Hausärztin eine Diabetologische Schwerpunktpraxis zur Diagnostik und Therapie von Menschen mit Diabetes.

Im Arztnetz GiT sind 14 der 22 Fachärzte organisiert. Etwa die Hälfte der Hausärzte ist Mitglied im Arztnetz GiT. Vonseiten der Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendpsychotherapeuten ist ein Vertreter Mitglied im Arztnetz GiT (s.u.).

¹ Ein Vertragsarzt hat einen halben Versorgungsauftrag sowohl für die fachärztliche als auch für die hausärztliche Versorgung. Diese Person ist hier ein Mal aufgeführt. In Abb. 2 wird der Arzt sowohl als Haus- als auch als Facharzt gezählt.

Abbildung 2 Anteil des Arztnetzes an der vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Versorgung im Mittelbereich Templin



Alle niedergelassenen Fachärzte und Psychotherapeuten betreiben ihre Praxen in der Stadt Templin. Im Gegensatz dazu sind sieben der 18 Hausärzte in anliegenden Gemeinden niedergelassen (s.u.).

Tabelle 1: Regionale Verteilung der Hausärzte im Mittelbereich Templin

Region	Hausärzte (N)	Hausärzte Arztnetz GiT (N)
Templin Stadt	11	8
Lychen	2	1
Milmersdorf	2	2
Gerswalde	2	0
Boitzenburger Land	1	0

Mit Blick auf die aktuelle Bedarfsplanung beträgt der Versorgungsgrad der Hausärzte 96,5%. Damit ist der Planungsbereich für einen weiteren Vertragsarztsitz offen.

Die fachärztliche Versorgungssituation im Mittelbereich Templin ist sehr gut. Mit Ausnahme von Dermatologen sind alle relevanten Fachgruppen vertreten, wie nachfolgen aufgelistet (Stand 13.01.2020):

- 3X FA f. Frauenheilkunde u. Geburtshilfe
- 2X FA f. Augenheilkunde
- 2X FÄ f. Anästhesiologie
- 1X FÄ f. Innere Medizin
- 3X FÄ f. Innere Medizin Schwerpunkt Nephrologie
- 1X FA f. Innere Medizin Schwerpunkt Pneumologie
- 1X FÄ f. Innere Medizin Schwerpunkt Rheumatologie
- 1X FÄ f. Innere Medizin Schwerpunkt Onkologie
- 1X FA f. Urologie
- 1X FA f. Chirurgie u. Unfallchirurgie

- 1X FA f. Orthopädie
- 1X FA f. Orthopädie u. Unfallchirurgie
- 1X FA f. Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie
- 1X FÄ f. Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
- 1X FÄ f. Nervenheilkunde
- 1X Dauerassistenz in der Praxis für Orthopädie

Empfehlenswert wäre es zu prüfen, ob eine Einbeziehung weiterer Ärzte, die ihren Praxisstandort außerhalb des Mittelbereiches Templin haben, in das Arztnetz gewünscht ist.

Die Einschreibung der Versicherten erfolgt durch den jeweiligen Hausarzt. Des Weiteren besteht die Möglichkeit, dass eine Einschreibung durch den behandelnden Facharzt erfolgt. Dieser muss bei der Einschreibung jedoch auf einen Hausarzt verweisen.

4.2 Geriatrische Versorgung

Ambulante geriatrische Komplexbehandlung:

Seit 2014 haben fünf Hausärztinnen über ihren Versorgungsauftrag hinaus eine Zulassung für ihre Tätigkeit im KV RegioMed Zentrum am Standort des sich im Aufbau befindenden ASZ. Die Ärztinnen initiieren und begleiten die ambulante geriatrische Komplexbehandlung (vgl. Anlage 2).

Sprechstunde Altersmedizin im ASZ:

Die vom Hausarzt geführte Sprechstunde Altersmedizin erfolgt im KV RegioMed Zentrum und befindet sich am Standort des geplanten ASZ (vgl. Anlage 2):

- Zielgruppe: Geriatrische Patienten und deren Angehörige
- Versorgungsinhaltliche Leistungen: Medikationsplanung, Antragstellung, Aufklärung/Beratung über Behandlungsoptionen, Zweitmeinungsverfahren
- Sprechstunde: 1x wöchentlich Donnerstags von 09:00 bis 12:00 Uhr
- Zugang: Überweisungsschein
- Koordination durch agnes^{zwei}-Fachkraft

4.3 Palliativversorgung

Es existieren drei Versorgungsstrukturen in der ambulanten Palliativmedizin:

- Allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV) – keine besondere Qualifikation, Abrechnung über vier EBM-Ziffern
- Seit 2016 Besonders qualifizierte und koordinierte palliativ-medizinischen Versorgung (BQKPMV) – 40 Stunden Basiskurs, zusätzliche EBM-Ziffern
- Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) - Zusatzbezeichnung Palliativmedizin, Direktverträge mit KK

Um den Aufbau und die Stärkung der regionalen Palliativversorgung voranzubringen, haben sich Templiner Ärzte und Pflegedienste zu einem Palliativnetzwerk zusammengeschlossen. In Kooperation mit dem Palliativ Care Team in Eberswalde können somit seit dem vierten Quartal 2017 Templiner Patienten im Rahmen der SAPV versorgt werden.

Im Rahmen der Weiterentwicklung des Versorgungsangebotes ist:

- die Akquise weiterer Ärzte und Pflegeeinrichtungen,
- eine enge Zusammenarbeit mit dem ASZ sowie

- die Implementierung eines Qualitätszirkels geplant.

4.4 Präventionssprechstunde

In der vom Hausarzt durchgeführten Präventionssprechstunde wird zunächst anhand einer Anamnese, körperlichen Untersuchung sowie b.B. apparativer Diagnostik und Laboruntersuchungen der Gesundheitsstatus ermittelt. Anhand der Ergebnisse und Vorbefunde werden gemeinsam mit dem Patienten individuelle Gesundheitsziele sowie zukünftige Präventions- und Risikostrategien vereinbart:

- Ort: Hausarztpraxis
- Zielgruppe: Patienten ohne Vorerkrankungen und/oder Motivation zur Lebensstiländerung und/oder familiärer Disposition für chronische und multimorbide Krankheitsgeschehen
- Versorgungsinhaltliche Leistungen: Diagnostik, Beratung
- Sprechstunde: 1x wöchentlich Montags von 12:00 bis 16:00 Uhr
- Zugang: Überweisungsschein
- Koordination durch Präventionsberater

4.5 Strukturierte Harninkontinenzversorgung

Aufgrund von Schamgefühlen werden Inkontinenzprobleme häufig nicht gegenüber den Haus- und Fachärzten angesprochen. Dabei kann eine frühzeitige Therapie den Verlauf der Erkrankung positiv beeinflussen und einen wichtigen Beitrag zum Erhalt der Lebensqualität leisten. Der urogynäkologischen Therapie geht eine umfangreiche und zeitaufwendige Diagnostik voraus:

- Fragebogenerhebung
- Trink- und Toilettenprotokoll
- Urinstatus
- Ultraschalluntersuchung
- Ggf. urodynamische Untersuchung

Darüber hinaus bedarf es einer vertrauensvollen Kommunikation zwischen Arzt und Patientin, die in vielen Fällen zunächst auf eine Enttabuisierung der Erkrankung abzielt, wichtige Beratungsinhalte vermittelt und Grundlage für einen erfolgreichen Therapieverlauf ist (Compliance).

Im normalen gynäkologischen Praxisbetrieb stehen für die genannten Beratungs- und Diagnostikleistungen, sowie für die Therapieplanung und -kontrolle keine ausreichenden zeitlichen und medizintechnischen Ressourcen zur Verfügung. Im EBM findet sich keine entsprechende Abbildung für diese zeitaufwendigen Leistungen - lediglich die Grundpauschale 08211 oder 08212 sind hier anzusetzen.

Aus diesem Grund wurde im September 2018 das Angebot einer strukturierten Harninkontinenzversorgung im ASZ etabliert (vgl. Anlage 3).

- Zielgruppe: Patienten mit Harninkontinenzproblemen
- Versorgungsinhaltliche Leistungen: Diagnostik, Beratung
- Sprechstunde: 2x monatlich, Mo – Do: 07:00 – 17:00 Uhr und Fr: 07:00 – 15:00 Uhr
- Zugang: Überweisungsschein
- Koordination durch Mitarbeiter des ASZ

4.6 TeleDermatologische Versorgung

Um dem dermatologischen Versorgungsdefizit entgegenzuwirken bieten seit Mitte 2019 hausärztliche Netzmitglieder ihren Patienten telemedizinische Konsile bei unsicheren oder unbekanntem Hautveränderungen an. Das Angebot wird als Selbstzahlerleistung

vonseiten der Patienten in Höhe von rund 45 € finanziert. Aktuell stellen vier der 11 Hausärzte diese Versorgungsleistung zur Verfügung. Ein Ausbau bzw. Weiterentwicklung auf diesem Gebiet wird angestrebt.

4.7 GVG Partnerpraxen zur Akutversorgung während der Sprechstundenzeiten

Die Organisation der Akutversorgung während der Sprechstundenzeit hat zum Ziel, Patienten mit akuten Gesundheitsproblemen, die keine ärztliche Behandlung in der Rettungsstelle oder eine stationäre Krankenhausbehandlung benötigen, durch ambulante Angebote am Standort oder in den umliegenden Arztpraxen zu versorgen und damit die Rettungsstelle des ASZ zu entlasten (vgl. Campus-Prinzip).

Ablauforganisation zur Patientenlenkung:

Schritt 1: Patient trifft im ASZ ein und stellt sich bei der zentralen Patienten Anmeldung vor.

Schritt 2: Information über Versorgungsmöglichkeiten durch Mitarbeiter der zentralen Patienten Anmeldung²:

- a) Information über ambulante Angebote (Hausarzt- oder Partnerpraxis)
- b) Information über Behandlung in der Rettungsstelle des ASZ

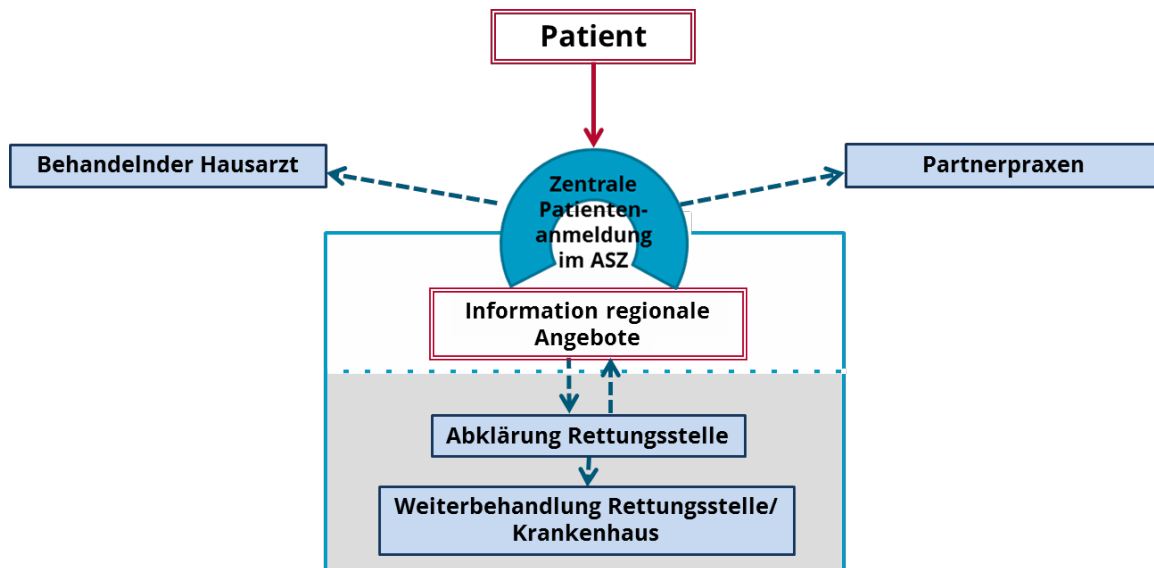
Nutzung des „Dienstplans der Partnerpraxen“ sowie Aushändigung von „Laufzetteln“ mit Kontaktdaten der Partnerpraxen zur Information hilfeschender Patienten.

Schritt 3: Bei Patientenaufnahme in der Rettungsstelle erfolgt zunächst ein ärztliches Abklärungsverfahren mit den Ergebnissen:

- a) Weiterleitung in den Vertragsarztbereich durch Information über Versorgungsmöglichkeiten (vgl. Schritt 2a)
- b) Weiterbehandlung in der Rettungsstelle bzw. Krankenhausbehandlung

Abbildung 3 Ablauforganisation zur Patientenlenkung

² Die Rolle der zentralen Patienten Anmeldung sowie deren personeller Besetzung ist bislang nicht abschließend geklärt und wird im Zuge der vollständigen Etablierung des ASZ erarbeitet. Die derzeitige Patienten Anmeldung des ASZ Krankenhauses bildet im Rahmen der vorliegenden Übergangslösung einen neutralen Informationspunkt für Patienten sowie ein Teil des Wegeleitsystems ab.



Das Konzept der GVG-Partnerpraxen ist seit Oktober 2019 in die Praxis transferiert. Hierzu wird monatlich ein Dienstplan der Partnerpraxen erstellt und der Anmeldung des ASZ zur Verfügung gestellt (vgl. Anlage 4).

Teilnehmer der GVG-Partnerpraxen sind (Stand 13.01.2020):

[REDACTED]

4.8 Fach- und sektorenübergreifende Behandlungspfade

Pfad Herzinsuffizienz

Seit Juni 2018 können Templiner Hausärzte ihre Patienten mit der gesicherten Diagnose Herzinsuffizienz oder ersten Symptomen einer Herzschwäche in ein abgestimmtes Behandlungsprogramm einschreiben (vgl. Anlage 5).

Beginnend mit einer fachärztlichen Sprechstunde zur Differenzialdiagnostik und individueller Therapieplanung werden Betroffene engmaschig über ein Jahr betreut. Bei Bedarf erfolgt eine strukturierte Überleitung in eine spezialisierte Herzinsuffizienzsprechstunde. Im Fokus steht dabei die Vermeidung von Komplikationen aufgrund von Nichteinhaltung der Therapie- und Medikamenten- sowie Lebensstilempfehlungen. Durch den intensivierten Informationsaustausch aller Beteiligten wird die Qualität der Versorgung verbessert und besonderes Augenmerk auf die Behandlung von Komorbiditäten gelegt wie beispielsweise Diabetes mellitus Typ II oder chronisch-obstruktive Lungenerkrankungen (COPD). Weitere Zielsetzungen sind:

- Senkung der ambulant-sensitiven Krankenhausfälle
- Senkung der Mortalität
- Steigerung der Lebensqualität und Leistungsfähigkeit

- Steigerung der Gesundheitskompetenz
- Sicherung der wohnortnahen Versorgung

Agnes^{zwei}-Fachkräfte begleiten den Patienten und übernehmen die Terminkoordination im Be-handlungsprogramm. Mit Stand vom 31.12.2019 wurden insgesamt 177 Patienten im Pfad Herzinsuffizienz versorgt.

Behandlungspfad Rückenschmerz

Für Patienten mit beginnenden Rückenschmerzen steht seit Oktober 2018 ein strukturiertes Behandlungsprogramm zur Verfügung.

Das Besondere daran: Hausärzte, Fachärzte, Therapeuten und ein Gesundheitssportanbieter aus der Region arbeiten in diesen speziellen Behandlungsprogrammen Hand in Hand. Ziel ist es, Patienten mit beginnenden Rückenschmerzen in ein individuelles Bewegungsprogramm zu integrieren und den Chronifizierungsprozess zu stoppen. Eine agnes^{zwei}-Fachkraft begleitet den Patienten durch das Programm, ist Ansprechpartner und koordiniert die Termine.

Patienten müssen von ihrem Hausarzt im Mittelbereich Templin in den Pfad eingeschrieben werden. Dafür müssen jeweils bestimmte Kriterien erfüllt sein (vgl. Anlage 6). Mit Stand vom 31.12.2019 konnten 45 Pfadpatienten betreut werden.

Behandlungspfad Adipositas

Seit Juni 2019 können Templiner Hausärzte ihre Patienten mit Adipositasgrad I-III oder bauchbetontem Übergewicht und lebensstilbedingten Risikofaktoren in eine spezielle Präventionssprechstunde überweisen. Die Präventionssprechstunde umfasst ein ausführliches ärztliches Beratungsgespräch sowie eine sportärztliche Untersuchung. Anhand der Ergebnisse und Vorbefunde werden gemeinsam mit dem Patienten individuelle Gesundheitsziele vereinbart. Im Fokus stehen dabei:

- Reduzierung des Gewichtes
- Verringerung des bauchbetonten Übergewichts
- Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit und der körperlichen Abwehr
- Steigerung der Lebensqualität und des Wohlbefindens
- Linderung von Funktionseinschränkungen
- Langfristige Änderung des Lebensstils

Fachkräfte für Fallmanagement begleiten den Patienten und koordinieren die Inanspruchnahme von Bewegungs- und Ernährungsangeboten. Nach einem Jahr intensiver Betreuung wird der Pfad mit einer ärztlichen Abschlussuntersuchung und der Überprüfung der Gesundheitsziele beendet. Mit Stand vom 31.12.2019 nehmen 57 Patienten an dem Behandlungsprogramm teil (vgl. Anlage 7).

Im Rahmen des Professionalisierungsprozesses ist vorgesehen, den jeweiligen Pfad auf Verbesserungsmöglichkeiten zu prüfen. Hierzu erfolgt ein enger Austausch der Pfadbeteiligten und Netzpartner anhand strukturierter Fallkonferenzen.

5 Qualitätsorientierte Maßnahmen zur Versorgungsoptimierung

Die Entwicklung und Umsetzung qualitätsorientierter Maßnahmen erfolgt unter der Maßgabe, den Dokumentationsaufwand in der Arzt- und Psychotherapeutenpraxis so gering wie möglich zu halten.

5.1 Qualitätspolitik

Keine Organisation kann ohne Grundsätze geführt werden. In allen Bereichen werden Instrumente des Qualitätsmanagements angewendet, um die Qualität der medizinischen Versorgung im Sinne der Patienten sicherzustellen und kontinuierlich weiterzuentwickeln. Daher ist es notwendig netzintern übergeordnete Absichten und generelle Ziele bezogen auf die Umsetzung von Qualitätsmanagement und Qualitätszielen festzulegen (vgl. QEP 2012).

Zielsetzung bezogen auf die Qualitätspolitik:

- Das Netz legt eine schriftlich formulierte Qualitätspolitik vor und überprüft diese regelmäßig auf Aktualität. Auf Basis dessen orientiert sich das qualitätsbezogene Handeln der Netzmitglieder.
- Die Netzmitglieder verständigen sich auf die Umsetzung und Überprüfung von internen Qualitätszielen wie beispielsweise Steigerung der Patientenzufriedenheit, Steigerung von Impfraten, Ausbau von Kooperationen, Steigerung der Teilnahme an Fortbildungen.

Qualitätsmanagement-System zur systematischen Qualitätsentwicklung:

- Gemäß der Qualitätsmanagement-Richtlinie sind alle Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten sowie Medizinische Versorgungszentren dazu verpflichtet, einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement umzusetzen und weiterzuentwickeln (vgl. KBV 2018).
- Sofern möglich, wird in den Netzpraxen ein einheitliches Qualitätsmanagement umgesetzt.

Verantwortlichkeit: Für die Inkraft- und Außerkraftsetzung ist der/ die Qualitätsbeauftragte/r des Arztnetz GiT Frau/ Herr NAME verantwortlich.

Die nachstehenden Punkte 5.2 bis 5.14 beschreiben bereits entscheidende Qualitätsmaßnahmen sowie Zielsetzungen. Die Auflistung ist nicht abschließend und wird im anstehenden Professionalisierungsprozess geprüft und fortentwickelt.

5.2 QuATRo – „Qualität in Arztnetzen – Transparenz durch Routinedaten“

Mit der vom Ärztenetz übernommenen Versorgungsverantwortung rückt auch das Thema „Qualität“ in den Fokus der Betrachtung. Mit dem Ziel, Qualität auch in der ambulanten Versorgung für die Bevölkerung und die Akteure im Gesundheitswesen stärker sichtbar zu machen, bedarf es geeigneter Instrumente, die es erlauben, Qualität zu messen, Ergebnisse zu berichten und Qualität damit erlebbar zu machen. Zusammen mit dem Göttinger Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (aQua) ist in mehrjähriger Zusammenarbeit das „Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung“ (QiSA) entwickelt worden. QiSA wird regelmäßig unter Einbezug von Praxiserfahrungen aktualisiert und bildet die methodische Grundlage für die transparente Abbildung der indikationenübergreifenden Patientenbehandlung durch eine Indikatoren gestützte Qualitätsmessung auf der Grundlage von Routinedaten.

Ein Teil dieser QiSA-Indikatoren werden für QuATRo genutzt, um auf Basis der Routinedaten arztnetzbezogene Qualitätsberichte zu erstellen. Die daraus resultierenden Ergebnisse ermöglichen es den Vertragspartnern sowie Leistungserbringern, gemeinsam

und im Dialog, die Ergebnisse zu analysieren. Bei Bedarf werden auf dieser Grundlage geeignete Maßnahmen, mit dem Ziel der Gewährleistung der Qualität der Versorgung nach § 70 Absatz 1 SGB V als gemeinsame Aufgabe der Krankenkassen und Leistungserbringer, vereinbart. Diese Transparenz ermöglicht es den Vertragspartnern aktiv für mehr Effizienz und Qualität in den jeweiligen Arztnetzen und Regionen beizutragen.

Dieses System soll auch in der Arbeit des Ärztenetzes etabliert und als Qualitätsinitiative „QuATRo – Qualitätssicherung in Arztnetzen – Transparent durch Routinedaten“ in Rahmen der vertraglichen Zusammenarbeit mit der AOK Nordost vereinbart werden.

QuATRo – Berechnung und Datennutzung

Die Messung der Qualitätsindikatoren in QuATRo basieren auf aggregierten und pseudonymisierten Abrechnungsdaten der gemäß des Vertrages „Mein AOK Gesundheitsnetz®“ eingeschriebenen Versicherten, die der AOK zu Abrechnungszwecken von den Leistungserbringern bzw. der beteiligten Kassenärztlichen Vereinigung oder externen Abrechnungsdienstleistern zur Verfügung gestellt werden. Aktuell beinhaltet QuATRo 60 Indikatoren, welche unterschiedliche Aspekte der Versorgung der Netzpatienten abbilden. So ermöglichen indikationsspezifische Indikatoren für chronische Erkrankungen einen Überblick über die erkrankungsspezifische Behandlung der Patienten. Indikationsübergreifende Indikatoren und Indikatoren zur organisatorischen Ausgestaltung der Behandlung (hier: Allgemeine Indikatoren) ergänzen die spezifische Sicht und sollen ein umfassendes Bild über die Versorgungsqualität des Netzes ermöglichen und dieses bei der internen Qualitätsarbeit unterstützen. Die Daten werden ausschließlich für die Qualitätsarbeit erhoben und den Arztnetzen zur Verfügung gestellt.

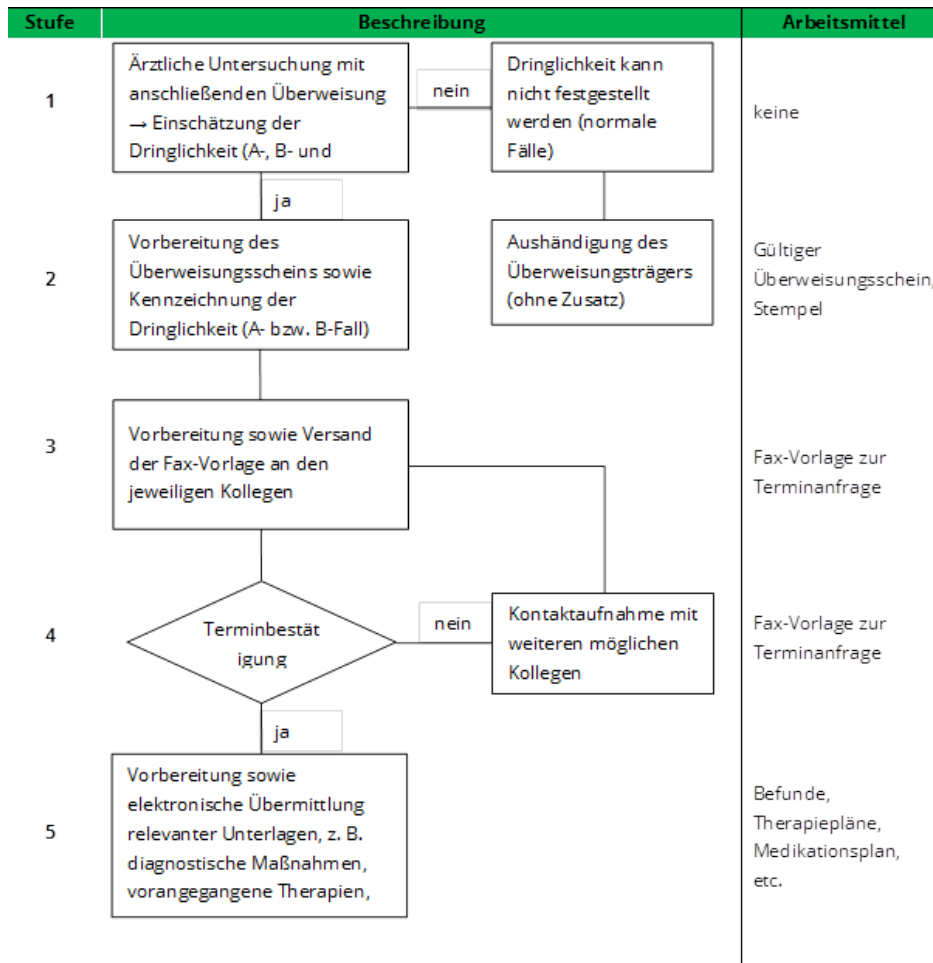
5.3 Terminvereinbarungsregelungen und Überleitungsprozesse

Um die medizinische Versorgung der Patienten sicherzustellen und die Erreichbarkeit medizinischer Leistungen zu verbessern, erfolgt eine standardisierte Terminvereinbarung unter den Mitgliedern des Arztnetz GiT. Dabei wird zwischen folgenden Fällen unterschieden:

- A-Fälle: überaus dringende Fällen (Patienten mit hochakuten Erkrankungen) → Überweisung innerhalb eines Werktages
- B-Fälle: dringende Fällen (Patienten, deren Gesundheitszustand sich bei einer laufenden Therapie verschlechtert hat) → Überweisung innerhalb einer Woche
- C-Fälle: normale Fälle → Überweisung nach verfügbaren Terminen

Für dieses Überweisungssystem wird ein standardisierter Überleitungsprozess angewendet:

Abbildung 4 Überweisungsprozess



Eckpunkte des standardisierten Überleitungsprozesses:

- Zur Einordnung der Fälle werden die Standard-Überweisungsträger mit A- bzw. B-Stempeln gekennzeichnet. Behandlungsfälle der Stufe „C“ benötigen keine zusätzliche Kennzeichnung und werden als Standardüberweisung behandelt. Hierzu legt das Arztnetz GiT durchschnittliche Wartezeiten für Haus- und Facharzttermine fest.
- Die Mitglieder des Arztnetzes GiT verfügen über standardisierte Fax-Vorlagen zur Terminanfrage bei ihren Kollegen außerhalb der Praxisöffnungszeiten.
- Bei der Terminvergabe werden zeitliche, personelle, technische und räumliche Ressourcen berücksichtigt. Bei Bedarf erfolgt eine telefonische Abstimmung zwischen den beteiligten Ärzten.
- Verantwortlich für die Terminvergabe ist das Praxispersonal der Anmeldung. Bei Bedarf erfolgt eine Rücksprache mit der Praxisleitung (Arzt).
- Bei der Terminvergabe erhalten Patienten folgende Informationen:
 - Bitte um Pünktlichkeit
 - Bei Verhinderung frühzeitige Absage, möglichst 24 Stunden vorher
 - Mitführen der Versicherungskarte/des Versicherungsnachweis
 - Mitführen der Überweisung
 - Mitführen von Befunden, Impfpass und andere Dokumenten
 - Mitführen des aktuellen Medikationsplans (falls zutreffend)
 - Information über spezielle Erfordernisse (z. B. volle Blase, nüchterner Magen)

- Sollte kein Termin angeboten werden können, erfolgt die bedarfsgerechte Weiterleitung des Patienten an einen zutreffenden Netzarzt.
- Die gesetzlichen Vorgaben nach § 75 Abs. 1 SGB V werden darüber hinaus berücksichtigt und eingehalten.
- Weiterhin existieren innerhalb der Netzpraxen interne Regelungen zur Identifikation von Notfallpatienten (s. Punkt 5.4).

Verantwortlichkeit: Für die Inkraft- und Außerkraftsetzung ist der/ die Qualitätsbeauftragte/r des Arztnetz GiT Frau/ Herr NAME verantwortlich.

5.4 Notfallmanagement in der Arztpraxis

Patienten mit dringenden Gesundheitsproblemen/Notfälle müssen erkannt und so schnell wie möglich versorgt werden. Dies kann auch durch sofortige Krankenhauseinweisung erfolgen. Zu Notfällen zählen sowohl Patienten, die sich persönlich und telefonisch in der Arztpraxis melden als auch solche, die sich erst in der Praxis ereignen.

Reglungen für Notfallpatienten (vgl. OEP 2012):

- Schulungen zum Verhalten in Notfallsituationen sollten praxisintern alle zwei Jahre erfolgen. Ab zwei Mitarbeitern ist ein Ersthelfer für Erste-Hilfe-Leistungen zu qualifizieren.
- Es gibt einen schriftlichen Notfallplan, der die Verantwortlichkeiten und Abläufe regelt.
- Das Team beherrscht den Einsatz der praxisinternen Notfallsausstattung.
- Stattgefundene Notfallsituationen werden zeitnah analysiert und ggf. Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet.

Verantwortlichkeit: Für die Inkraft- und Außerkraftsetzung ist der/ die Qualitätsbeauftragte/r des Arztnetz GiT Frau/ Herr NAME verantwortlich.

5.5 Fehlermanagement

Im Praxisgeschehen wird zwischen allgemeinen sowie fachspezifischen Risiken und Fehlerquellen unterschieden. Diese werden als sicherheitsrelevante Ereignisse bezeichnet (z.B. fehlerhafte Medikamentenverordnung, Rezeptierungsfehler). Ein systematisches Fehlermanagement verfolgt das Ziel, größtmögliche Sicherheit für den Patienten zu gewährleisten.

Zielsetzung des Arztnetz GiT gemäß OEP 2012:

- Kritische und unerwünschte Ereignisse, Fehler, Beinahe-Schäden und Schäden werden dokumentiert, analysiert und Korrektur- sowie Vorbeugemaßnahmen werden eingeleitet.
- Es werden Nachbesprechungen kritischer Ereignisse im Team durchgeführt.
- Die Praxisleitung kann ihr Vorgehen zur Reduktion potenzieller Risiken und Gefahren darlegen.
- Bei sicherheitsrelevanten Ereignissen einer fach- oder sektorenübergreifenden Versorgung werden die beteiligten Akteure in den Analyse- sowie Korrekturprozess einbezogen.

Weiterhin können anonyme Fehlermeldesysteme genutzt werden wie www.cirsmedical.de oder www.jeder-fehler-zaehlt.de.

Umsetzung:

- Erstellen einer Verfahrensregelung
- Erstellen eines Fehlerprotokolls
- Etablierung eines festen Tagesordnungspunktes im Rahmen der Team-Sitzungen

Verantwortlichkeit: Für die Inkraft- und Außerkraftsetzung ist der/ die Qualitätsbeauftragte/r des Arztnetz GiT Frau/ Herr NAME verantwortlich.

5.6 Vertretungsregelungen

Um die Patientenversorgung im Fall einer Praxisschließung sicherzustellen, einigt sich das Arztnetz GiT auf die nachstehenden Regularien gemäß STATUT über die Durchführung von Maßnahmen zur Sicherstellung der KV Brandenburg (2003, letzte Änderung 2012):

- Für die Dauer seiner Praxisabwesenheit hat der Vertragsarzt für eine ordnungsgemäße Vertretung Sorge zu tragen. Die Vertretung des abwesenden Vertragsarztes hat daher durch
 - einen Arzt in der eigenen Praxis oder
 - andere Vertragsärzte in der Praxis des abwesenden Arztes oder
 - andere Vertragsärzte in deren Praxis zu erfolgen (kollegiale Vertretung).In diesem Fall ist die Vertretung durch andere Vertragsärzte nur zulässig, wenn eine vorherige individuelle Absprache erfolgte, die zwingend das Einverständnis des Vertreters voraussetzt.
- Der Vertragsarzt hat bei seiner Abwesenheit – auch bei Verhinderung von weniger als einer Woche – dies in geeigneter Weise (z. B. durch Aushang, Pressehinweise, telefonische Ansage) bekanntzugeben und dafür Sorge zu tragen, dass seine Patienten rechtzeitig auf die getroffene Vertretungsregelung aufmerksam gemacht werden.
- Abwesenheiten und Vertretungen müssen unter den im Versorgungsbereich niedergelassenen Kollegen rechtzeitig so aufeinander abgestimmt werden, dass eine ausreichende ärztliche Versorgung während dieser Zeit sichergestellt bleibt.
- Bei Abwesenheitsvertretungen zwischen den Partnern innerhalb einer BAG bzw. Einrichtungen nach den §§ 95, 105 Absätze 1 und 5 sowie 311 Abs. 2 SGB V handelt es sich nicht um eine Vertretung im Sinne des § 32 Abs. 1 Ärzte-ZV.
- Eine Vertretung bei genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen einschließlich der probatorischen Sitzungen ist unzulässig.

Weitere Vorgaben für anzeige- und genehmigungspflichtige Vertretungen sowie die Qualifikation des Vertreters regelt das STATUT der KV Brandenburg. Darüber haben sich die Mitglieder des Arztnetz GiT auf folgende Punkte geeinigt:

- Das Regelwerk des STATUT gilt auch für Vertragspsychotherapeuten.
- Erarbeitung standardisierter Informationsmaterialien für Patienten im corporate design des Arztnetz GiT.
- Vertretungsanfragen für geplante Praxisschließungen wie z.B. Urlaub oder Fortbildung werden mindestens zwei Wochen vor Beginn an potenzielle Vertretungsärzte, -psychotherapeuten gestellt.
- Im Fall einer unvorhergesehenen Praxisschließung erfolgt die Vertretungsanfrage unverzüglich.
- Das Arztnetz GiT stellt jährlich einen Vertretungsplan für Brückentage zusammen, um sich kollegial zu vertreten.

Verantwortlichkeit: Für die Inkraft- und Außerkraftsetzung ist der/ die Qualitätsbeauftragte/r des Arztnetz GiT Frau/ Herr NAME verantwortlich.

5.7 Fallbesprechungen und Qualitätszirkel

Fallbesprechungen sind ein Instrument des internen Qualitätsmanagements und dienen dazu komplexe Versorgungssituationen und –abläufe aus verschiedenen Perspektiven zu bewerten. Aus diesem Grund werden Fallbesprechungen begleitend bei fach- und sektorenübergreifenden Versorgungsangeboten durchgeführt, wie beispielsweise Behandlungspfade.

Nach den Qualitätssicherungs-Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) gemäß § 75 Abs. 7 SGB V vom 20.01.2002 sind ärztliche Qualitätszirkel als freiwillige Zusammenschlüsse ein sinnvolles Verfahren, die Qualität der ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungserbringung zu sichern. Definitionsgemäß handelt es sich bei einem Qualitätszirkel um eine freiwillige und von Moderatoren unterstützte Gruppenarbeit niedergelassener Ärzte und Psychotherapeuten, die erfahrungsbezogen kontinuierlich themenzentriert systematisch und zielbezogen ist. Die Qualitätszirkelarbeit ist eine anerkannte Maßnahme zur Sicherung der Qualität in der Medizin und wird im Rahmen des Fortbildungszertifikats der Landesärztekammer als Fortbildungsmaßnahme anerkannt.

Für die Anerkennung und Meldung von Qualitätszirkeln ist die Leitlinie der KV Brandenburg zu berücksichtigen (vgl. KVBB 2000). Das Arztnetz GiT verfügt aktuell über einen anerkannten Qualitätszirkel unter der Leitung des Netzvorstandes [REDACTED].

Umsetzung:

- Erarbeitung eines Verzeichnis der durchgeführten Qualitätszirkel und Fallbesprechungen
- Erarbeitung einer Standarddokumentation für Fallbesprechungen und Qualitätszirkel
- Erarbeitung einer elektronische Lösung zum fachlichen Austausch z.B. in Form eines Chats

5.8 Fort- und Weiterbildung im Netzverbund beteiligter Gesundheitsberufe

Regelmäßige Fort- und Weiterbildungen sind wesentliche Faktoren für eine qualitativ hochwertige Versorgung der Patienten. Basierend auf den festgestellten Bedarfslagen werden Fort- und Weiterbildungen im Netzverbund geplant und umgesetzt. Die gesetzlichen Pflichten zur Fort- und Weiterbildung für Vertragsärzte und Psychotherapeuten gemäß § 95d SGB V sind zu beachten.

Zielsetzungen (vgl. QEP 2012):

- Den Mitgliedern des Arztnetz GiT ist der Qualifizierungsstatus insbesondere des nichtärztlichen Praxispersonals bekannt.
- Der Fort- und Weiterbildungsbedarf wird jährlich in Form von Praxisbefragungen sowie unter Einbezug der Netzpartner ermittelt.
- Das Arztnetz GiT entwickelt einen Fort- und Weiterbildungsplan für nichtärztliches Praxispersonal und prüft dabei die Durchführbarkeit praxisübergreifender Qualifikationsmaßnahmen (z.B. Notfallmanagement/Erste-Hilfe-Kurs).

- Das Arztnetz GiT prüft gemeinsam mit Netzpartnern die Implementierung eines Weiterbildungsnetzwerks zur koordinierten Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin sowie weiterer Facharzttrichtungen durch Absicherung eines kontinuierlichen Ablaufs von in der Weiterbildungsordnung vorgeschriebenen Weiterbildungsabschnitten.
- Informationen über Fort- und Weiterbildungen stehen alle Netzpraxen zur Verfügung.
- Die Erarbeitung von Fortbildungsplänen erfolgt unter Berücksichtigung strategischer Ziele, des Leistungsspektrums sowie der Personalentwicklung im Netz.
- Nachweise für die Teilnahme an Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen sind vorhanden.

Umsetzung:

- Erstellung von Kompetenzprofilen der Netzpraxen und Netzpartner
- Erstellung einer standardisierten Dokumentation (z.B. Abfrage von Qualifizierungsbedarfen, Fort- und Weiterbildungsverzeichnis, Teilnahmelisten)
- Liste der Ärzte mit Genehmigung zur Weiterbildungsermächtigung
- Prüfung zur Etablierung eines Weiterbildungsnetzwerks gemäß Rahmenvereinbarung der KVBB (vgl. <https://www.kvbb.de/praxis/studium-weiterbildung/aerzte-in-weiterbildung/weiterbildungsnetzwerke/>).

Verantwortlichkeit: Für die Inkraft- und Außerkraftsetzung ist der/ die Qualitätsbeauftragte/r des sowie der/ die Fortbildungskoordinator/in Arztnetz GiT Frau/ Herr NAME verantwortlich.

Für die im Ärztenetz organisierten Leistungserbringer gelten die einschlägigen gesetzlichen und berufsrechtlichen Vorschriften zur fachlichen Fortbildung; diese werden durch die Zusammenarbeit im Rahmen „Mein AOK-Gesundheitsnetz® nicht berührt und gelten fort.

Im Sinne einer gezielten Weiterentwicklung des Ärztenetzes als regionale Versorgungsstruktur sind in einer späteren Entwicklungsphase Bildungsmaßnahmen zu konzipieren und zu entwickeln, die entweder selbst angeboten oder initiiert werden. Diese Bildungsmaßnahmen sollen grundsätzlich alle kooperierenden regionalen Gesundheitsberufe und Organisationen einschließen und deren kontinuierliche und strukturierte Zusammenarbeit fördern.

Mit Blick auf die gezielte Entwicklung der (hausarztgetragenen) integrativen/kooperativen Grundversorgung wären aus heutiger Sicht folgende Aspekte zu berücksichtigen:

- regelmäßige interdisziplinäre daten- oder indikatorengestützte Fallbesprechungen, u.a. zu Fragen der Polymedikation und anderen Qualitätsindikatoren,
- regelmäßige interdisziplinäre Qualitätszirkel,
- Fortbildungsangebote für alle im IV-Netzverbund beteiligten Gesundheitsberufe darunter auch Fortbildungsangebote mit dem Schwerpunkt des Kostenmanagements und zur Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements
- die Verständigung auf gemeinsame und verbindliche Standards der wechselseitigen Information und Dokumentation sowie der sicheren Kommunikation,
- die aus der regionalen Versorgungssituation abgeleitete themenspezifische Schwerpunktthemen,

Jegliche Bildungsmaßnahmen sind frei von Dritten durchzuführen.

5.9 Patienteninformation und Schulungsangebote

Zielsetzung systematischer Patientenschulungen (vgl. QEP 2012):

- Die Durchführung von Patientenschulungen ist in strukturierten Behandlungsprogrammen geregelt (z.B. DMP, Behandlungspfade)
- Schulungen zielen auf die Stärkung der patientenseitigen Gesundheitskompetenzen ab und binden patientenseitige Bedarfs- und Bedürfnislagen ein.

Ziele einer organisierten Bereitstellung von Patienteninformationen:

- In der Praxis werden verständliche Informationsmaterialien zu Krankheitsbildern, Präventionsangeboten, Diagnostik, Behandlung und Bewältigung angeboten und eingesetzt.
- In der Praxis werden Informationen und Kontaktdaten zu Selbsthilfekontaktstellen, Patientenorganisationen oder lokalen Beratungseinrichtungen angeboten.
- Enge Zusammenarbeit mit dem im ASZ eingerichteten Koordinierungs- und Beratungszentrum.
- Verantwortlichkeiten für die Auswahl und Aktualität der Informationen sind geregelt. Dazu kann ein Abfrage- und Liefersystem erstellt werden.

5.10 Patientenbefragungen

Um dem Anspruch einer patientenzentrierten Versorgung gerecht zu werden, benötigen die betreffenden Gesundheitsakteure Informationen über wichtige Erlebnisse und Erfahrungen der Patienten mit der Versorgung und wie sie diese beurteilen. Die Versorgungswirklichkeit mit den Augen des Patienten betrachtet, deckt Stärken aber auch Schwachstellen und damit Verbesserungspotenziale auf und liefert einen wichtigen Beitrag für die Qualitätsentwicklung. Zu diesem Zwecke strebt das Arztnetz GiT ein analytisch orientiertes Monitoring in Form einer Patientenbefragung an, welche beispielsweise einmal pro Jahr im 1. Quartal durchgeführt wird.

Die Konzeptionierung und Planung der Patientenbefragung erfolgt im Rahmen des angestrebten Professionalisierungsprozesses. Hierbei sind folgende Fragen zu klären:

- Zielgruppe und Stichprobengröße
- Auswahl des Fragebogens
- Vorgehensweise
- Ergebnispräsentation
- Finanzierung

Verantwortlichkeit: Für die Inkraft- und Außerkraftsetzung ist der/ die Qualitätsbeauftragte/r des Arztnetz GiT Frau/ Herr NAME verantwortlich.

5.11 Beschwerdemanagement

Mithilfe eines strukturierten Beschwerdemanagements soll sichergestellt werden, dass Beschwerden, Anregungen und Rückmeldungen von Patienten, deren Angehörigen und von Kooperationspartnern als wichtige Hinweise genutzt werden, um bestehende Prozesse zu verbessern.

Zielsetzungen des Arztnetz GiT gemäß QEP 2012:

- Die Beschwerden, Anregungen und Rückmeldungen können in mündlicher oder schriftlicher Form, anonym oder namentlich, sowie persönlich bei dem Personal der Arztpraxis erfolgen.
- Jede eingehende Beschwerde, Anregung und Rückmeldung wird schriftlich erfasst.
- Je nach Entscheidung des Patienten, wie die Beschwerde behandelt wird, erfolgt eine Weiterleitung an die Praxisleitung (Vertragsarzt, Vertragspsychotherapeut).
- Beschwerden, Anregungen und Rückmeldungen werden ausgewertet und bei Bedarf Korrektur- und Vorbeugemaßnahmen festgelegt.
- Festgelegte Korrektur- und Vorbeugemaßnahmen werden verschriftlicht und sind durch die Praxisleitung oder einen Praxismitarbeiter zu kontrollieren.

Umsetzung:

- Erstellen einer Verfahrensreglung
- Erstellen eines Beschwerdeboogens
- Etablierung eines festen Tagesordnungspunktes im Rahmen der Team-Sitzungen

Verantwortlichkeit: Für die Inkraft- und Außerkraftsetzung ist der/ die Qualitätsbeauftragte/r des Arztnetz GiT Frau/ Herr NAME verantwortlich.

5.12 Optimierung der Inanspruchnahme von Präventionsangeboten

Die unterschiedlichen Lebens-, Arbeits- und Freizeitbedingungen nehmen einen entscheidenden Einfluss auf die Gesundheit - daher sollten diese Faktoren den Grundstein von Gesundheit und nicht von Krankheit bilden. Daran orientiert sich der Gesetzgeber mit dem im Jahr 2015 in Kraft getretenen Gesetz zur Förderung der Gesundheit im unmittelbaren Lebensumfeld. Im Sinne des Gesetzes (§ 20a SGB V) werden diese als „bedeutsame, abgrenzbare soziale Systeme insbesondere des Wohnens, des Lebens, des Studierens, der medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie der Freizeitgestaltung einschließlich des Sports“ beschrieben. Es gibt eine Vielzahl von präventiven Leistungen, die von niedergelassenen Ärzten (z.B. Schutzimpfungen, Gesundheits-Check-up, Früherkennungsuntersuchungen, etc.) und auch von anderen Akteuren (z.B. Präventionskurse) angeboten werden. Die Netzärzte verständigen sich auf eine umfangreiche Patienteninformation.

Das Arztnetz GiT einigt sich auf folgende Eckpunkte zur Optimierung der Inanspruchnahme präventiver Angebote gemäß QEP 2012:

- Festlegung auf Präventionsleistungen, die selbst angeboten oder empfohlen werden.
- Systematische Erfassung und Ansprache von Patienten, die von Präventionsangeboten profitieren.
- Initiierte Präventionsangebote sowie durchgeführte Beratungsgespräche werden dokumentiert.
- Für Präventivleistungen wird ein Erinnerungssystem eingesetzt.
- Bei Bedarf, Einbindung von Präventionsberatern zur Koordination präventiver Angebote und langfristigen Begleitung der Patienten.
- Das Arztnetz GiT legt Zielvereinbarungen in verschiedenen Präventionsbereichen fest, wie beispielsweise:
 - Impfquoten für Gripeschutz, Pneumokokken, HPV etc.
 - Quoten für Rauchentwöhnungsprogramme
 - Quoten für Programme zur Reduzierung von Übergewicht

Verantwortlichkeit: Für die Inkraft- und Außerkraftsetzung ist der/ die Qualitätsbeauftragte/r des Arztnetz GiT Frau/ Herr NAME verantwortlich.

5.13 Umsetzung von fach- und sektorenübergreifenden Behandlungspfaden

Behandlungspfade sind eine Sonderform von Ablaufbeschreibungen, die sich auf die konkrete Versorgung von Patienten beziehen. Sie stellen interne Regelungen dar und beziehen auch organisatorische und praxisspezifische Aspekte der beteiligten Pfadakteure ein. In Abhängigkeit der zu strukturierenden Versorgungssituation können Behandlungspfade fach- oder sektorenübergreifend konzipiert sein. Sie sollten die besonderen Bestimmungen des SGB V berücksichtigen und sich an evidenzbasierten Leitlinien orientieren.

Zielsetzungen für die Entwicklung und Umsetzung von Behandlungspfaden:

- Für häufige, schwere oder komplexe Krankheitsbilder liegen Behandlungspfade vor.
- Entwickelte Behandlungspfade werden in der Patientenversorgung angewendet. Hierzu werden Zielgrößen festgelegt (Anteil der Pfadpatienten zu den Prävalenzdaten).
- Jedes Netzmitglied kennt die für sich geltenden Aufgabenbereiche und Anteile der Behandlungspfade.
- Behandlungspfade werden kontinuierlich evaluiert und bei Bedarf angepasst. Dazu werden quartalsweise Fallbesprechungen mit den beteiligten Pfadakteuren durchgeführt.

Aktuell sind im Arztnetz GiT drei Behandlungspfade umgesetzt s. Punkt 4. Verantwortlichkeit: Für die Entwicklung und Umsetzung sind die Facharbeitsgruppen verantwortlich.

6 Netzpartner

6.1 Fachkräfte für Fallmanagement

Im Koordinierungs- und Beratungszentrum (KBZ) stehen derzeit drei agnes^{zwei}-Fachkräfte zur Verfügung, um hilfebedürftige Patienten und Angehörige temporär zu unterstützen (vgl. Anlag 8).

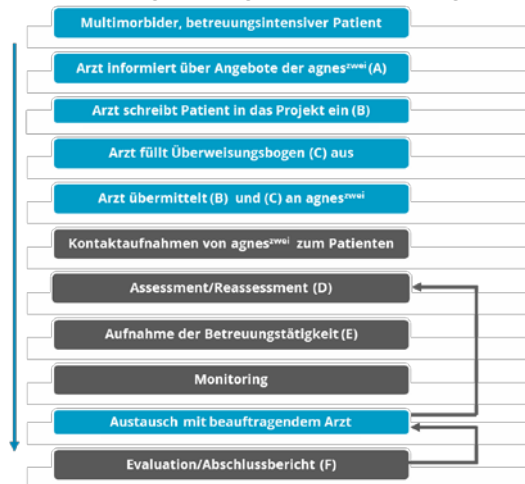
Für welche Patienten eignen sich ein Fallmanagement durch eine agnes^{zwei}-Fachkraft?

- betreuungsintensive Patienten (z.B. multimorbide/immobile Patienten, Patienten mit chronischen Erkrankungen, Patienten mit ambulantem chirurgischen Eingriff)
- Patienten und deren Angehörige mit Bedarf an Beratung bzw. Unterstützung bei der Organisation der medizinischen Versorgung
- Patienten, bei denen ein Pflegebedarf besteht, aber kein Pflegegrad vorhanden ist
- Patienten nach Rehabilitationsmaßnahmen
- Patienten, die Entlassungsmanagement oder Anschlussheilbehandlung verweigern
- Patienten, bei denen der Verdacht besteht, dass Medikamente eingenommen werden, die nicht auf dem Medikamentenplan eingetragen sind

Die agnes^{zwei}-Fachkräfte können von Ärzten und Psychotherapeuten im Mittelbereich Templin zur Durchführung des Fallmanagements beauftragt werden. Insgesamt integrieren 14 der 28 Netzmitglieder regelmäßig Fachkräfte für Fallmanagement in

komplexe Versorgungsmaßnahmen ihrer Patienten. Der Einbindungsprozess ist nachstehend abgebildet.

Abb. 5: Ablaufschema für die auftragsbezogene Einbindung einer agnes^{zwei} Fachkraft



Blau=primäre Aufgaben des Arztes

Grau=primäre Aufgaben der agnes^{zwei} Fachkraft

Die agnes^{zwei}-Fachkraft ist arbeitsrechtlich an das Koordinierungs- und Beratungszentrum gebunden. Die fachlich-medizinische Aufsicht, insbesondere bei Übernahme von delegationsfähigen Leistungen, haben die Ärztinnen des KV RegioMed Zentrums (aktuell in der Leitung von [REDACTED], Vorsitzende des Arztnetz GiT).

Ansprechpartner fachliche Aufsicht

Name [REDACTED]
Adresse [REDACTED]
Kontakt [REDACTED]
Stellvertretung
Name [REDACTED]
Adresse [REDACTED]
Kontakt [REDACTED]

Dokumentationserfordernisse für den Arzt:

- Patientenflyer KBZ
- Patientenerklärung (Projekteinschreibung)
- Überweisungsbogen Arzt

Dokumentationserfordernisse für die agnes^{zwei}-Fachkraft:

- Dokumentationsbogen
- Schweigepflichtentbindung
- Abschlussbericht

Die Tätigkeit der agnes^{zwei}-Fachkräfte ist Bestandteil der Projektförderung IGiB-StimMT vom 01.01.2017 bis 31.12.2020. Die Ausgestaltung der organisatorischen Anbindung sowie der ärztlichen Fachaufsicht nach dem Projekt wird im Kontext der Träger- und Betriebsstruktur des ASZs erarbeitet.

6.2 Ambulant- und stationäre Pflegeeinrichtungen

Gemäß des AOK Pflege-Navigator (Stand 10.01.2020) existieren im Mittelbereich Templin aktuell fünf stationäre sowie 16 ambulante Pflegeeinrichtungen (vgl. Anlage 09/10).

Die Einrichtungen und die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Haus- oder Fachärzte arbeiten eng zusammen, um den Patienten in der Pflegeeinrichtung eine koordinierte und strukturierte Versorgung anzubieten. Ziele einer kooperativen und koordinierten ärztlichen und pflegerischen Versorgung:

- Vermeidung unnötiger Inanspruchnahme von Leistungen des Bereitschafts- und des Rettungsdienstes
- Vermeidung von Krankenhausaufenthalten, einschließlich der Inanspruchnahme von Krankentransporten
- Koordination einer wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie, einschließlich der Vermeidung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen
- Förderung einer indikationsgerechten Heil- und Hilfsmittelversorgung

Bezogen auf die Zusammenarbeit von stationären Pflegeeinrichtungen und Vertragsärzten besteht die Möglichkeit einen Kooperationsvertrag nach § 119b SGB V abzuschließen. Dieser regelt u.a. die Aufgaben des Hausarztes und der Pflegeeinrichtung sowie die Form der Zusammenarbeit (vgl. Anlage 13).

Folgende Maßnahmen dienen der Zielerreichung:

- Die im Arztnetz GiT teilnehmenden Hausärzte streben in Abhängigkeit der Anzahl der zu versorgenden Pflegebedürftigen die Kooperation mit stationären Pflegeeinrichtungen gemäß § 119b SGB V an. Aktuell haben vier von neun hausärztlichen Mitgliedern des Arztnetzes GiT entsprechende Kooperationsverträge abgeschlossen.
- Das Arztnetz GiT informiert regionale Pflegeeinrichtungen über neue ärztliche Angebotsstrukturen. Sofern erforderlich bindet das Arztnetz GiT Vertreter der Pflegeeinrichtungen in die Angebots- und Schnittstellenentwicklung ein. Hierzu wird der Runde Tisch Pflege³ als Informations- und Austauschplattform genutzt.

6.3 Ambulant Stationäres Zentrum

Als Teil einer regionalen Versorgungsstruktur erfüllt das Ärztenetz seine vertraglichen Verpflichtungen selbst bzw. mit Hilfe von Dritten. Dazu kann das Arztnetz GiT bilateral Verträge mit Leistungserbringern abschließen bzw. sonst Kooperationspartner verbindlich einbinden. Die Einbindung von zugelassenen Krankenhäusern, krankenhausähnlichen Strukturen wie z.B. das ASZ oder anderen, in Trägerschaft eines Krankenhauses befindlichen Einrichtungen erfolgt über dreiseitige Verträge zwischen der AOK, dem Arztnetz GiT und der jeweiligen Einrichtung.

In den Verträgen und verbindlichen Absprachen werden insbesondere die wechselseitigen Rechte und Pflichten bezüglich der am Versorgungsbedarf der Versicherten ausgerichteten

³ Der Runde Tisch Pflege (RTP) ist eine Organisations- und Kommunikationsplattform für leitende Pflegefachkräfte, welche im September 2015 ins Leben gerufen wurde und zuletzt im September 2017 zusammenkam. Der RTP wurde von der KV COMM organisatorisch begleitet. Kernelemente des RTP sind: Schnittstellenkoordination zwischen Pflege, Medizin und weiteren regionalen Akteuren, Information über regionale Angebotsstrukturen und Themen der Gesundheitswirtschaft sowie Entwicklung von Qualität und Innovationen.

Zusammenarbeit, z.B. Informationswege, Medikationslisten etc., geregelt. Weitere damit im Zusammenhang stehende Belange können ebenfalls Gegenstand der Verträge sein

Eine enge Zusammenarbeit mit dem sich im Aufbau befindenden Ambulant Stationären Zentrum Templin sowie dem Arztnetz GiT ist entscheidend. So werden die Patienten in enger Abstimmung von Klinik- und niedergelassenen Ärzten verschiedener Facharzttrichtungen in einer zentralen räumlichen und organisatorischen Einheit behandelt. Zwischen dem ASZ und dem Arztnetz GiT sind folgende Kooperationsfelder denkbar:

- Aufnahme- und Entlassungsmanagement:
 - Unterstützung des ASZs bei der Umsetzung des Entlassungsmanagements gemäß § 39 Absatz 1a SGB V ; ggfs. unter Einbeziehung des Digitalen Gesundheitsnetzwerks (s. Punkt 7)
 - Definition gemeinsamer Kommunikationsmittel (z.B. Einweisungsbefunde, Entlassungsberichte)
 - Definition gemeinsamer Kommunikationszeiten (z.B. Übermittlung von Befunden, Terminabstimmungen vor Aufnahme und Entlassung)
 - Bei Bedarf findet eine persönliche Kommunikation bzw. eine Fallkonferenz statt.
- Akut- und Notfallversorgung:
 - Ärztliche Bereitschaftspraxis am Standort: Das Konzept der ärztlichen Bereitschaftspraxis wird derzeit unter Mitwirkung des Arztnetz GiT neu erarbeitet.
- Medizinische Versorgungsangebote und Spezialsprechstunden (vgl. Punkt 4):
 - Entwicklung und Umsetzung bedarfsgerechter medizinischer Angebote im ASZ
- Fort- und Weiterbildung:
 - Einrichtung gemeinsamer Qualitätszirkel und Fallbesprechungen (s. Punkt 5.7)
 - Durchführung von Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen
 - Implementierung eines Weiterbildungsnetzwerks
- IT-Vernetzung (s. Punkt 7)
 - Nutzung einer gemeinsamen IT Plattform als technische Grundlage für eine sektorenübergreifende digitale Vernetzung der Beteiligten.
- Sektorenübergreifende Pharmakotherapie:

Die Versorgung mit Arzneimitteln stellt an den Sektorengrenzen regelmäßig eine Herausforderung dar. Die Verordnungsfähigkeit im stationären Sektor unterscheidet sich grundsätzlich von der im ambulanten Bereich. Dies kann dazu führen, dass im Krankenhaus angewendete Medikamente im ambulanten Bereich nicht oder nicht wirtschaftlich verordnet werden können. In der Folge muss im Anschluss an eine stationäre Behandlung eine Umstellung durch den niedergelassenen Haus- oder Facharzt erfolgen. Es kann auch im Rahmen der Behandlung im ASZ nicht ausgeschlossen werden, dass derartige Inkonsistenzen entstehen, da es hier aktuell an eindeutigen gesetzlichen Regelungen mangelt. Daraus resultierende Irritationen beim Patienten sowie der ärztliche Mehraufwand hinsichtlich Beratung und Aufklärung des Versicherten können deutlich reduziert werden. Dazu soll eine gemeinsame Liste

von Arzneimitteln entwickelt werden, der die Regularien zur Verordnung von Arzneimitteln für den vertragsärztlichen Bereich zugrunde liegen. Diese Liste soll sich an den Erfordernissen der medizinischen Versorgung in der Region orientieren. Idealerweise erfolgt die Abstimmung dieser Arzneimittelliste sowohl zwischen den niedergelassenen Ärzten und dem ASZ. Die an der Versorgung teilnehmenden Versicherten erhalten dann ihre Medikation entsprechend der abgestimmten Liste, unabhängig vom Ort der Verordnung und der Verabreichung. Die Partner verständigen sich weiterhin darauf, dass in den Entlassunterlagen und Arztbriefen Wirkstoffe (nicht Präparate) empfohlen und Kombinationspräparate vermieden werden.

Die Konzeptionierung der Kooperationsfelder wird im Rahmen des anstehenden Professionalisierungsprozesses abgestimmt und ist hier nicht abschließend.

Neben den Kooperationsfeldern ist die Entwicklung einer vertrauensvollen Kommunikationskultur entscheidend, indem Ansprechpartner festgelegt und ein regelmäßiger kollegialer Austausch etabliert wird.

Aufgrund der räumlichen Nähe einiger Netzmitglieder und dem ASZ können deren Leistungen gemäß des Campus-Prinzips zusammengeführt und organisiert werden. Hierbei spielt die zentrale Anmeldung des ASZs sowie das zu erarbeitende Wegeleitsystem eine zentrale Rolle.

6.4 Weitere Partner

Das Arztnetz GiT strebt Kooperationen mit weiteren Akteuren der regionalen Gesundheitslandschaft an, um die Kompetenzen im regionalen Netzwerk zu bündeln und einen strukturierten Zugriff auf Expertenwissen und Ressourcen der Netzpartner sicher zu stellen. Folgende Kooperationspartner sind vorstellbar:

- Apotheken
- Einrichtungen der Ergo-, Physio- und Logopädie
- Sanitätshäuser
- Sozialdienste
- Anbietern von Präventionsangeboten
- Kommune

7 Digitalisierung

7.1 Digitales Gesundheitsnetzwerk

Die AOK-Gemeinschaft beabsichtigt die Digitalisierung im Gesundheitswesen voranzutreiben und eine offene digitale Plattform aufzubauen. Über ein digitales Gesundheitsnetzwerk sollen die Haus- und Fachärzte, Krankenhäuser, Apotheken und sonstige Leistungserbringer sinnvoll untereinander und mit den Krankenkassen vernetzt werden. Dabei erfolgt der Zugriff für Leistungserbringer über deren etablierte Primärsysteme. Diese Plattform soll perspektivisch auch von anderen Krankenkassen genutzt werden können, um so zu einem Standard in der digitalen Gesundheitsversorgung zu werden und eine sinnvolle Ergänzung zur Telematik-Infrastruktur darzustellen.

In einem digitalen Gesundheitsnetzwerk muss, nach Ansicht der AOKs, der Versicherte im Fokus stehen, denn es geht primär um seine persönliche Gesundheit und seine Daten. Daher soll der Versicherte hier sowohl seine persönlichen Gesundheitsinformationen

einsehen können als auch entscheiden, für welche Behandler er diese Informationen freigibt. Das stärkt die Kompetenz des Versicherten im Umgang mit seiner Gesundheit und ermöglicht den Behandlern sowohl in Notfällen als auch in regelhaften Versorgungsabläufen eine besser abgestimmte Versorgung zu erbringen. In Zusammenarbeit mit den medizinischen Partnern vor Ort entstehen somit nachhaltige und verantwortungsbewusste digitale Versorgungslösungen, in denen der Patient stets im Mittelpunkt steht und die Hoheit über seine Daten behält.

Durch das digitale Gesundheitsnetzwerk sind den Medizinern im ambulanten und stationären Versorgungsbereich umfassende Informationen und Dokumentationen zugänglich, die helfen, fundierte Entscheidungen zu treffen. Besonders in der Koordination und Kommunikation zwischen medizinischen Einrichtungen entfaltet das Netzwerk seinen vollen Nutzen – beispielsweise im stationären Aufnahmeprozess sowie beim Übergang in die stationäre oder ambulante Pflege bzw. Rehabilitation.

Das digitale Portal führt den Patienten zu einer besseren Einbindung und Information im Behandlungsprozess und nicht zuletzt zu einer Stärkung des Arzt-Patienten-Verhältnisses. Als Ergebnis des Projektvorhabens sollen alle Dokumente, wie etwa Impfpässe und Medikationspläne bis hin zu medizinischen Tagebüchern und der Terminverwaltung, im digitalen Gesundheitsnetzwerk abgedeckt werden.

Das Ganze geschieht auf Basis internationaler Datenschutz- und Informationssicherheitsstandards und soll als offene Plattform schrittweise allen Akteuren bundesweit und in den Regionen zur Verfügung stehen. Das umfasst auch andere Kassen und deren Versicherte, denn ein Hauptziel des Projektes ist es, die Versorgung im Ganzen weiter zu verbessern.

Durch die dezentrale Datenhaltung (alle Daten bleiben dort gespeichert, wo sie erzeugt wurden) wird die Datensicherheit gewährleistet. Die AOKs selbst haben keinen Zugriff auf die persönlichen Gesundheitsdaten des Versicherten. Der Betrieb aller Elemente des digitalen Gesundheitsnetzwerkes soll vollständig in der Verantwortung eines Dienstleisters erfolgen.

7.2 Die Plattform

Die Plattform des AOK-Gesundheitsnetzwerkes ist die Grundlage für den digitalen Austausch von Gesundheitsinformationen - bundesweit und in der Region - für Leistungserbringer und Versicherte und soll wesentliche Akteure im Gesundheitswesen miteinander vernetzen. Die Zielgruppen sind Versicherte und Leistungserbringer aller Sektoren und Krankenkassen.

Die Plattform bietet den Gesundheitsakteuren und Versicherten die Möglichkeit, ihre Zusammenarbeitsprozesse zu digitalisieren, noch besser abzustimmen, zu beschleunigen und qualitativ heben zu können. Die Plattform liefert somit für alle Beteiligten mit der Vernetzung die offene Infrastruktur für eine digitale Gesundheitsakte. Die Zukunft in der Vernetzung liegt in der Koexistenz und Kooperation von Netzwerken, die über einheitliche Standards miteinander verbunden sind.

Die Kernanwendungen werden größtenteils durch die Vernetzung der verschiedenen Leistungserbringer untereinander nutzbar. Die Verfügbarkeit bzw. der Austausch von Daten ermöglicht es, die Abläufe und Prozesse bei den Leistungserbringern zu

vereinfachen oder zu beschleunigen, was sowohl der behandelnden Person als auch den Versicherten zugutekommt. Gleichzeitig führt ein aktuelleres und vollständigeres Informationsangebot auch zu einer Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung allgemein.

8 Öffentlichkeitsarbeit und Marketing

Die Netzstruktur sowie die Netzaktivitäten sollen mit verschiedenen Marketing- und Öffentlichkeitsmaßnahmen bekannt gemacht werden. Dadurch soll eine Identifizierung sowohl der Mitglieder als auch der Bevölkerung im Mittelbereich Templin erreicht werden. Hierzu werden im Rahmen des Projektes IGiB-StimMT folgende Maßnahmen entwickelt und umgesetzt:

- Logo
- Flyer
- Website

Die Finanzierung dieser Maßnahmen ist durch Fördermittel des Projektes IGiB-StimMT sichergestellt. Darüber hinaus engagiert sich das Arztnetz GiT:

- an Patienteninformationsveranstaltungen des KBZ (Fachvorträge, Redebeiträge) sowie
- an regionalen Gesundheitsveranstaltungen (Fachvorträge, Redebeiträge)

und entwickelt versorgungsbezogene Patienteninformationen (z.B. Flyer, Impfkampagne).

9 Finanzierung

9.1 Grundprinzipien der Finanzierung

Die Finanzierung und Vergütung der für die Versicherten erbrachten Leistungen des Ärztenetzes folgt grundsätzlich den Regularien der kollektivvertraglich organisierten Versorgung (Regelversorgung - EBM). Diese werden durch den Vertrag „Mein AOK-Gesundheitsnetz®“ nicht berührt und finden weiterhin Anwendung. Soweit versorgungswirksame Leistungen im Rahmen des Innovationsfondprojektes Strukturmigration im Mittelbereich Templin (StimMT) erbracht werden, gelten darüber hinaus die Bestimmungen und Fördermittelrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (GB A). Danach werden versorgungswirksame Leistungen grundsätzlich aus den Fördermitteln des GB A finanziert, soweit die Kosten nicht dem Grunde nach von den Vergütungssystemen der Regelversorgung umfasst sind. Davon ausgenommen sind diejenigen versorgungswirksamen Leistungen für Versicherte, deren Teilnahme am Innovationsfondprojekt StimMT am 02.01.2020 beginnt. Deren Vergütung ist/wird gesondert in Verträgen gemäß § 140a SGB V geregelt.

Kernelement der vertraglichen Zusammenarbeit im Rahmen von „Mein AOK-Gesundheitsnetz®“ ist die Übernahme der Versorgungsverantwortung durch das Ärztenetz. Die Versorgungsverantwortung erstreckt sich auf drei für die Versorgung der Versicherten elementare Bereiche:

- Organisation der Versorgung
- Qualität der Versorgung
- Wirtschaftlichkeit der Versorgung (Budgetverantwortung)

Mit der Übernahme der Budgetverantwortung ist das Ärztenetz berechtigt und verpflichtet, den Ressourceneinsatz in Bezug auf die Gesamtheit der einbezogenen Leistungsbereiche und in diesem Rahmen alle für die teilnehmenden Versicherten selbst erbrachten, verordneten und/oder veranlassten Leistungen zu organisieren. Insoweit der Fokus damit nicht mehr auf der einzelnen ärztlichen Tätigkeit, sondern vielmehr auf dem Ergebnis des ärztlichen Handelns liegt, wird das Ärztenetz an einem empirisch nachgewiesenen wirtschaftlichen Erfolg beteiligt.

9.2 Einführung Budgetverantwortung und erfolgsabhängige Vergütung

Diesem ergebnisorientierten Ansatz liegt ein Verfahren zu Grunde, in dem ein sogenanntes fiktives Budget kalkuliert wird. Dazu wird retrospektiv für ein abgeschlossenes Vertragsjahr ein „Budget“ berechnet und mit den tatsächlichen Ausgaben der teilnehmenden Versicherten verglichen. Im Fall der Unterschreitung des fiktiven Budgets wird das Ärztenetz an den so nachgewiesenen Minderausgaben der AOK Nordost zu einem vertraglich zu vereinbarenden Teil beteiligt. Über die Verwendung der Erfolgsbeteiligung, vorzugsweise zur Verwendung von durch das Ärztenetz initiierten Versorgungsangeboten/-maßnahmen, entscheidet das Ärztenetz im Innenverhältnis.

Die „richtige“ Bemessung des Budgets stellt hohe Anforderungen an die Qualität, Verfüg- und Verwendbarkeit von Daten sowie an die Methodik. Für das teilnehmende Versichertenkollektiv ist der Ausgabenbetrag zu ermitteln, der entsprechend der Alters-/Geschlecht- und Morbiditätsstruktur dieser Versicherten angefallen wäre, wenn diese Versicherten nicht an dem Vertrag „Mein AOK-Gesundheitsnetz®“ teilgenommen hätten. Vergleichsmaßstab ist das regional durchschnittliche Ausgabenniveau der AOK Nordost.

Sämtliche Analysen und Auswertungen werden dabei durch die AOK Nordost selbst auf der Basis der Routinedaten der Krankenversicherung durchgeführt. Damit das Berechnungsverfahren eine hohe Transparenz erreicht und folglich die Berechnungsergebnisse eine hohe Akzeptanz der Leistungserbringer erhalten, werden die einzelnen Berechnungsschritte in einer Vertragsanlage im Detail beschrieben. Jede Änderung im Verfahren ist dem Arztnetz mitzuteilen und bedarf bei relevanten Änderungen der Zustimmung des Ärztenetzes.

Die Berechnungen zur Erfolgsbewertung werden nach den oben beschriebenen Verfahren für jedes Vertragsjahr im Herbst des Folgejahres zum Vertragsjahr durchgeführt. Erst zu diesem Zeitpunkt liegen sämtliche Berechnungsgrundlagen (Ausgaben, Morbiditätsinformationen, und Versicherten- bzw. Einschreibeinformationen) vor.

Grundprinzipien des Berechnungsverfahrens

Das Budget eines Arztnetzes umfasst die Gesamtausgaben seiner teilnehmenden Versicherten. Dazu werden die Ausgaben für die folgenden Leistungsbereiche herangezogen: Stationäre Versorgung, Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel, Häusliche Krankenpflege und Fahrkosten sowie ärztliche Leistungen.

Auf dieser Grundlage werden für die teilnehmenden Versicherten zunächst die risikoadjustierten Vergleichsausgaben des Ärztenetzes berechnet und dann den tatsächlichen Ausgaben des Ärztenetzes gegenübergestellt. Ein wirtschaftlicher Erfolg liegt dann vor, wenn die tatsächlichen Ausgaben des Ärztenetzes dessen risikoadjustierte Vergleichsausgaben unterschreiten.

9.3 Finanzierung - Vorauszahlungen auf das Budgetergebnis (Managementleistungen)

Im Rahmen der vertraglichen Zusammenarbeit „Mein AOK-Gesundheitsnetz®“ können für die Etablierung und Finanzierung eines Netzmanagements unterjährige Vorauszahlungen auf ein jeweils erwartetes positives Budgetergebnis durch die AOK Nordost vereinbart werden. Die Vorauszahlungen können bis zu einer Höhe von 30.000 EUR je Kalendervierteljahr vereinbart werden. Die Vorauszahlungen werden auf das jährlich (retrospektiv) zu ermittelnde Budgetergebnis angerechnet und sind grundsätzlich auch rückzahlungspflichtig, sofern und soweit die Summe der Vorauszahlungen die berechnete Erfolgsbeteiligung des Ärztenetzes übersteigen; ausgenommen von der Rückzahlungsverpflichtung sind die ersten drei Vertragsjahre. Ab Beginn des vierten Vertragsjahres sind Vorauszahlungen dem Grunde und der Höhe nach neu zu vereinbaren.

10 Literaturverzeichnis

KBV 2018: Bericht zur Umsetzung von Qualitätsmanagement in Vertragsarztpraxen und Medizinischen Versorgungszentren. Stichprobenerhebung im Jahr 2017. Kassenärztliche Bundesvereinigung, Berlin.

KVBB 2000: Leitlinien für die Gestaltung, Durchführung und Anerkennung von Qualitätszirkeln im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg. Brandenburg 2000.

QEP 2012: QEP Manual für Praxen. Für Kooperationen. Für MVZ. Kassenärztliche Bundesvereinigung, Berlin.

Anlagen

- 1) Mitgliederliste
- 2) Flyer Geriatrische Versorgung KV RegioMed Zentrum Templin
- 3) Flyer Strukturierte Harninkontinenzversorgung
- 4) GVG-Partnerpraxen: Prozessbeschreibung
- 5) Flyer Behandlungspfad Herzinsuffizienz
- 6) Flyer Behandlungspfad Rückenschmerz
- 7) Flyer Behandlungspfad Adipositas
- 8) Flyer Koordinierungs- und Beratungszentrum
- 9) Liste stationäre Pflegeeinrichtungen
- 10) Liste ambulante Pflegeeinrichtungen
- 11) Mustervertrag § 119b SGB V

Wie erreichen Sie uns?

KV RegioMed Zentrum
am Sana Krankenhaus Templin
Robert-Koch-Straße 24, 17268 Templin

Telefon: 03987 4397-145
Fax: 03987 4397-146
E-Mail: templin@kvbb.de

Mit dem Bus: Linie 531 bis Haltestelle "Templin Heinestraße" (150 m zu Fuß), weitere Linien bis Haltestelle „Templin Friedrich-Engels-Straße“ (250 m zu Fuß)

Mit dem Auto: Vor den Eingängen des Krankenhauses ist ein kurzer Halt zum Ein- und Aussteigen möglich. Ausreichend Parkplätze stehen Ihnen in der Heinestraße und in der Prenzlauer Allee zur Verfügung.

Mit dem Patientenbus: Sollte Ihnen eine selbstständige Anfahrt nicht möglich sein, unterstützen wir Sie gern. Mit unserem Patientenbus fahren wir Sie von zu Hause in das KV RegioMed Zentrum Templin und nach den Therapien wieder zurück. Sprechen Sie uns bei Bedarf an.

www.kvbb.de



Das KV RegioMed Zentrum Templin auf einen Blick:

Therapie	Was wird gemacht?	Termine/Telefon
Ambulante Geriatrische Versorgung <i>(mittels Zuweisung Ihres Hausarztes)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Geriatrische Sprechstunde • Physio-, Ergo- und Sprachtherapie • Fallmanagement durch agnes^{zwei} • Fallkonferenzen 	nach Vereinbarung Mo. - Fr. in der Zeit von 7:30 - 15:30 Uhr Telefon: 03987 4397-145
Gastroenterologie <i>(auf Überweisung)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Prokto-, Rekto- und präventive Koloskopie • Magenspiegelung inkl. interventioneller Maßnahmen • konsiliarische Beratung/Mitbehandlung ausgewählter gastroenterologischer Krankheitsbilder 	Termine nach Vereinbarung Mo. - Fr. in der Zeit von 7:00 - 15:00 Uhr Telefon: 03987 42-376
Kardiologie <i>(auf Überweisung)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Herzschrittmacherkontrolle • Stressechokardiographie • Schluckechokardiographie 	Termine nach Vereinbarung Mo. - Fr. in der Zeit von 7:00 - 15:00 Uhr Telefon: 03987 42-243
Sprechstunde Altersmedizin <i>(auf Überweisung)</i>	Beratung, Betreuung und Koordination für alle medizinisch relevanten Fragen im Alter, u. a. <ul style="list-style-type: none"> • Arzneimitteltherapie • Betreuung und Vorsorge • Förderung und Selbsthilfe • Prävention 60+ 	Termine nach Vereinbarung Mo.-Fr. in der Zeit von 7:30 - 15:30 Uhr Telefon: 03987 4397-145

Mit **fachärztlicher**
Unterstützung
im hohen
Alter **ZU**
Hause
gesund
leben



**AMBULANTE GERIATRISCHE
VERSORGUNG IM
KV REGIOMED ZENTRUM TEMPLIN**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

80 Jahre oder älter zu werden ist heute keine Besonderheit mehr. Mit zunehmendem Alter erhöht sich jedoch das Risiko, die Eigenständigkeit zu verlieren.

Akute oder chronische Erkrankungen können Mobilität und Kraft einschränken und schnell dazu führen, dass der Alltag nicht mehr alleine bewältigt werden kann.

Mit dem ganzheitlichen Versorgungsangebot im Bereich der Altersmedizin wollen wir im KV RegioMed Zentrum Templin Ihre Eigenständigkeit und Unabhängigkeit im Alltag erhalten bzw. wieder herstellen.

Wir möchten, dass Sie möglichst lange und zufrieden in Ihrem gewohnten Umfeld leben können. Dazu bieten wir Ihnen mit unserem Versorgungsprogramm folgende abgestimmte und umfangreiche Unterstützung:

1. medizinische Betreuung,
2. therapeutische Anwendungen und
3. ein unterstützendes Fallmanagement durch unsere agnes^{zwei}-Fachkraft.

Zu unserem Team gehören Fachärzte für Allgemeinmedizin, Innere Medizin und Geriatrie sowie Mitarbeiter aus den Bereichen Physiotherapie, Ergotherapie und Sprachtherapie.

Regelmäßige Teamsitzungen ermöglichen eine mit allen beteiligten Ärzten und Therapeuten abgestimmte Behandlung und einen optimalen Therapieplan.

Sie sollen die Chance haben, mit fachärztlicher Unterstützung zu Hause gesund zu leben.



Wie nehme ich an der geriatrischen Versorgung teil?

Bei entsprechendem Krankheitsbild stellt Ihnen Ihr Hausarzt einen Überweisungsbogen zur ambulanten geriatrischen Versorgung im KV RegioMed Zentrum aus und leitet diesen mit den notwendigen Informationen direkt an unser Zentrum weiter.

Unsere agnes^{zwei}-Fachkraft, setzt sich daraufhin telefonisch mit Ihnen in Verbindung und vereinbart einen Hausbesuchstermin.

Bei diesem Besuch klärt die agnes^{zwei} mit Ihnen den Behandlungsablauf, nimmt Ihre Alltagssituation auf und beantwortet Ihre Fragen.

Sie ist Ihre zentrale Ansprechpartnerin im KV RegioMed Zentrum, die alle Termine, Anfragen und Maßnahmen für Sie koordiniert und organisiert.

Sie erreichen die agnes^{zwei} unter der Telefonnummer:

03987 4397-145



Wie ist der Ablauf der geriatrischen Versorgung?

→ Geriatrische Sprechstunde:

Zunächst erfasst ein in Altersmedizin geschulter Arzt Ihren aktuellen Gesundheitszustand und legt mit Ihnen Ihren ganz persönlichen Therapieplan fest.

→ 3 Wochen Therapie:

Innerhalb Ihrer dreiwöchigen Therapie erhalten Sie täglich bis zu 4 verschiedene Anwendungen aus den Bereichen Physiotherapie, Ergotherapie und Sprachtherapie. Die einzelnen Therapieeinheiten dauern zwischen 15 und 60 Minuten.

Zwischen den Therapieeinheiten, die am Vormittag oder am Nachmittag stattfinden, haben Sie kleine Pausen zur Erholung. Die Termine für die Behandlungen liegen zeitnah und aufeinander abgestimmt, so dass keine langen Wartezeiten entstehen.

Bitte richten Sie sich auf einen maximal 3-stündigen Aufenthalt im KV RegioMed Zentrum ein.

Am Ende Ihres Therapiezyklus führt der Arzt mit Ihnen ein abschließendes Gespräch und erstellt einen Bericht für Ihren Hausarzt. Zur weiteren Behandlung und Betreuung kehren Sie zu Ihrem Hausarzt zurück.



Welche Vorteile bietet die geriatrische Versorgung?

- Erhaltung/Wiederherstellung der Alltagskompetenz
- Sprechstunde, ambulante Therapien und Anwendungen an einem Ort
- Regelmäßiger Austausch zwischen Ärzten und Therapeuten für einen optimalen Therapieverlauf
- Betreuung durch agnes^{zwei}: Unterstützung entlang der Behandlungskette, Termin-Koordination, Betreuung zu Hause, Vermittlung sozialer Dienste etc.



Das KV RegioMed Zentrum Templin ist ein Angebot, das von der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg gemeinsam mit niedergelassenen Ärzten der Region sowie dem Sana Krankenhaus Templin entwickelt wurde.

Die Sprechstunde findet zweimal im Monat
nach Terminvereinbarung statt.

Wo?

Ambulant-Stationäres Zentrum
Robert-Koch-Straße 24
17268 Templin

Terminvereinbarung unter

Telefon: 03987 42 257
Mo – Do: 07:00 – 17:00 Uhr
Fr: 07:00 – 15:00 Uhr

Das müssen Sie zur Inkontinenz- Sprechstunde mitbringen?

- Ihre Krankenversicherungskarte
- Vorbefunde
- Überweisungsschein

Praxisstempel



Fotos T. Schweers, iStock – alvarez, bowdenimages



Worüber man
nicht spricht,
kann **nicht**
besser werden!

IGiB | StimMT gGmbH

Innovative
Gesundheitsversorgung
in Brandenburg

Ambulant
Stationäres
Zentrum

Blasenschwäche...

ist ein unfreiwilliger Harnverlust, der im Alltag zu deutlichen Einschränkungen führt. In Deutschland sind etwa 9 Millionen Menschen betroffen - das heißt jede 4. Frau und jeder 10. Mann. Die Ursachen sind sehr unterschiedlich. Die meisten Menschen trauen sich nicht darüber zu reden, obwohl es sie stark belastet. Das muss nicht so sein.

Manchmal können schon kleine Veränderungen im Verhalten viel bewirken – manchmal sind auch Medikamente oder andere Behandlungen notwendig. Um das zu entscheiden, müssen aber Sie als Betroffene den ersten Schritt tun!

Sprechen Sie darüber!
...damit Sie Ihr Leben wieder unbeschwert genießen können!



Ihr Behandlungsablauf

- 1 Sprechen Sie Ihren **Hausarzt/ Frauenarzt oder Urologen** an. Sie werden überwiesen an die strukturierte Harninkontinenzversorgung im ASZ
- 2 In einem ersten Gespräch mit der **Inkontinenzschwester** erhalten Sie Instruktionen für ein Trink- und Toilettenprotokoll. In einem Fragebogen erfassen wir das Ausmaß Ihrer Beschwerden.
- 3 In den folgenden **Arztterminen** werden im Gespräch und bei einer Untersuchung mögliche Ursachen festgestellt und eine entsprechende Behandlung begonnen. Nach ca. drei Monaten wird die Wirksamkeit ausgewertet.
- 4 Zur Unterstützung des Therapieerfolgs besteht anschließend die Möglichkeit an einer **Beckenboden-Gymnastikgruppe** teilzunehmen.

Partnerpraxen Versorgungsziel

Akutversorgung während der Sprechstundenzeit

Hintergrund

Die KV Brandenburg (KVBB) verantwortet, gemäß § 75 Abs. 1 Satz 1 SGB V, die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten im Land Brandenburg. Hierzu haben Patienten mit akuten Gesundheitsproblemen während der üblichen Sprechstundenzeiten die Möglichkeit eine medizinische Versorgung in den niedergelassenen Arztpraxen zu erhalten.

Allerdings wird verstärkt beobachtet, dass Patienten bei Bedarf direkt das Krankenhaus aufzusuchen. Die Gründe sind vielschichtig: Keine Erreichbarkeit der niedergelassenen Ärzte oder deren Vertreter, bessere diagnostische und therapeutische Möglichkeiten oder die Fehleinschätzung der gesundheitlichen Probleme. Zudem gibt ein Teil der Patienten an, auf Empfehlung des niedergelassenen Haus- oder Facharztes das Krankenhaus aufzusuchen (vgl. Korzilius 2017).

Daher hat die Neuorganisation der Akutversorgung während der Sprechstundenzeit zum Ziel, Patienten mit akuten Gesundheitsproblemen, die keine ärztliche Behandlung in der Rettungsstelle oder eine stationäre Krankenhausbehandlung benötigen, durch ambulante Angebote am Standort oder in den umliegenden Arztpraxen zu versorgen und damit die Rettungsstelle des Krankenhauses zu entlasten.

1. Ablauforganisation zur Patientenlenkung

Schritt 1: Patient trifft im Ambulant Stationären Zentrum ein (ASZ) und stellt sich bei der zentralen Patientenmeldung vor.

Schritt 2: Information über Versorgungsmöglichkeiten durch Mitarbeiter der zentralen Patientenmeldung¹:

- a) Information über ambulante Angebote (Hausarzt- oder Partnerpraxis)
- b) Information über Behandlung in der Rettungsstelle des Sana Krankenhauses

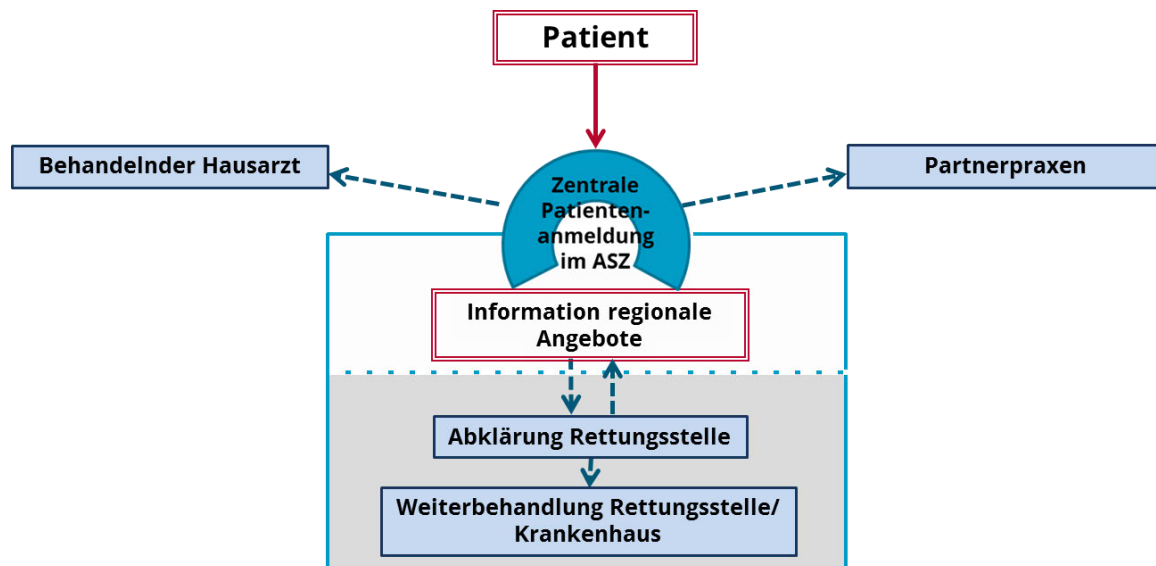
Bei Bedarf: Nutzung der „Arztsuche“ der KVBB, des „Dienstplans der Partnerpraxen“ sowie Aushändigung von „Laufzetteln“ mit Kontaktdaten der Partnerpraxen zur Information hilfesuchender Patienten.

Schritt 3: Bei Patientenaufnahme in der Rettungsstelle erfolgt zunächst ein ärztliches Abklärungsverfahren mit den Ergebnissen:

- a) Weiterleitung in den Vertragsarztbereich durch Information über Versorgungsmöglichkeiten (vgl. Schritt 2a)
- b) Weiterbehandlung in der Rettungsstelle bzw. Krankenhausbehandlung

¹ Die Rolle der zentralen Patientenmeldung sowie deren personeller Besetzung ist noch nicht abschließend geklärt und wird im Zuge der vollständigen Etablierung des ASZ erarbeitet. Die derzeitige Patientenmeldung des Krankenhauses bildet im Rahmen der vorliegenden Übergangslösung einen neutralen Informationspunkt für Patienten sowie ein Teil des Wegeleitsystems ab.

Abb. 1 Ablauforganisation zur Patientenlenkung



2. Ablauforganisation Erstellung des Dienstplans der „Partnerpraxen“

Der Dienstplan wird zukünftig monatlich durch einen verantwortlichen Mitarbeiter des ASZ erstellt und auf Aktualität geprüft.

Hierzu werden die Partnerpraxen in der letzten Woche des ablaufenden Monats kontaktiert und deren Dienstverfügbarkeit für den Folgemonat abgefragt (Anlage A_Faxabfrage Dienstplan). Weiterhin sind seitens der Partnerpraxen, Angaben zur Vertretung oder Änderung der Dienstzeiten zu übermitteln.

3. Ablauforganisation Patienteninformationen

Mitarbeiter der zentralen Patientenmeldung geben „Laufzettel“ auf Nachfrage zur Information an Patienten aus. Zusätzlich werden die Patienten darauf hingewiesen, dass die „Laufzettel“ in der Partnerpraxis abzugeben sind. Entsprechend des Dienstplans werden „Laufzettel“ der Partnerpraxen aktualisiert (Anlage B_Laufzettel).

4. Dokumentation und Abrechnung

4.1 Zentrale Patientenmeldung im Sana Krankenhaus Templin

Die Dokumentation von Patienten, welche sich für das Angebot der Partnerpraxen entschieden haben, werden in der Dokumentationsliste händisch gepflegt (Anlage C_Patienteninformation).

4.1 Partnerpraxen

Der Patient gibt in der Praxis den „Laufzettel“ ab. Auf der Rückseite ist Folgendes vonseiten der Praxis anzugeben:

- Arztstempel und Unterschrift
- Datum

Die Laufzettel werden in der Arztpraxis gesammelt und monatlich durch den Ansprechpartner der KV COMM gesammelt.

Weitere Praxisdokumentation:

- Erfassung der Versichertendaten
- Ggf. Erstellen eines Vertreterscheins
- Ggf. Erfassung der Symbolnummer 90057²

Der Durchschlag des Notfall-/Vertreterscheins wird dem Patienten zur Information für den behandelnden Hausarzt mitgegeben.

5. Evaluation

Zur projektinternen Evaluation werden folgende Zielparameter erfasst:

Daten	Datenquelle	Datenanfrage
Fallzahlen	Patientendokumentation, Laufzettel	Sana Krankenhaus Templin, Partnerpraxen
Abklärungspauschale im Krankenhaus EBM-Ziffern 01205 und 01207	Routinedaten der KVBB	Die Daten stehen im zweiten Monat des Folgequartals zur Verfügung
Weiterbehandlung akuter Behandlungsfälle in der Hausarzt- und Partnerpraxis Symbolnummer 90057	Routinedaten der KVBB	Die Daten stehen im zweiten Monat des Folgequartals zur Verfügung

Anlage A: Faxabfrage Dienstplan

Anlage B: Patienteninformation Visitenkarte

Anlage C: Patientendokumentation

² Voraussetzungen: der Versicherte sich am gleichen Tag oder am Vortag in einer Rettungsstelle im Land Brandenburg vorgestellt hat und dort nach der Abklärung der Behandlungsnotwendigkeit abgewiesen wurde (Gebührenordnungspositionen 01205 bzw. 01207 EBM). Eine Weiterbehandlung des Patienten im Rahmen der Sprechstundentätigkeit erfolgt ist.

Anlage A Abfrage Dienstplan

Antwortfax Dienstplan Partnerpraxen

Bitte prüfen Sie Ihre Verfügbarkeiten für den Monat XX 20XX

Aktueller Dienstplan Partnerpraxen

Praxis	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
N.N					

- Ich stehe für die o.g. Dienstzeiten zur Verfügung.
- Ich stehe an folgenden Tagen nicht zur Verfügung und werde vertreten.

Datum	Vertretungspraxis	Uhrzeit
	N.N.	

**Rücksendung des Antwortfaxes bis spätestens
XX.XX.XXXX an _____**

Vielen Dank!

Anlage B Laufzettel Partnerpraxen

Zweck: Information über Kontaktmöglichkeiten der jeweils an dem Tag zuständigen Partnerpraxis für am Krankenhaus eintreffende Patienten. Der Laufzettel wird von Mitarbeitern der Krankenhausanmeldung ausgehändigt und ist von der Partnerpraxis auszufüllen und zu sammeln.

Format: A6

Vorderseite:



Patient Partnerpraxis

Anrede, Titel, Name, Vorname

Straße Hausnr., PLZ, Ort

Telefon

Bitte dem Praxispersonal vorlegen!

Rückseite:

Von der Partnerpraxis auszufüllen!

Datum:

Uhrzeit:

Arztstempel/Unterschrift

Anlage C Patientendokumentation

Dokumentation Patientenlenkung – zentrale Patienten Anmeldung Sana Krankenhaus Templin

Bitte dokumentieren Sie die Anzahl der Patienten, die mit einem Laufzettel eine Partnerpraxis aufsuchen. Dokumentieren Sie in Form eines Strichs pro Patient.

Wochentag	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
Datum					
Anzahl der Patienten					
Datum					
Anzahl der Patienten					
Datum					
Anzahl der Patienten					
Datum					
Anzahl der Patienten					
Datum					
Anzahl der Patienten					

Wenn die Puste ausgeht...

Unser Herz vollbringt täglich Höchstleistungen. Mit einem Eigengewicht von nur 300g pumpt dieser Muskel in einer Minute etwa 5 l Blut durch den Körper, um ihn mit genügend Sauerstoff zu versorgen. Bei körperlicher Anstrengung sind es sogar 12 bis 18 Liter pro Minute.

Wenn das Herz zu schwach ist, um den Körper mit Sauerstoff und Nährstoffen zu versorgen, spricht man von einer Herzschwäche oder auch Herzinsuffizienz.

Symptome der Herzschwäche

Häufige Hinweise auf Herzschwäche sind

- Kurzatmigkeit
- Erschöpfung und Schwindel
- geschwollene Füße, Knöchel oder Beine
- dauerhaft zu schneller Herzschlag
- Appetitlosigkeit
- plötzliche Gewichtszunahme
- häufiges Wasserlassen in der Nacht

Ursachen der Herzschwäche

Schwere Herzkrankheiten, Bluthochdruck, aber auch ein ungesunder Lebensstil können dazu führen, dass der Herzmuskel nicht mehr richtig arbeitet. Das Herz schafft es nicht mehr, eine ausreichende Menge Blut durch den Körper zu pumpen.

Dadurch kommt es zu Wassereinlagerungen im Gewebe und in der Lunge.

Achten Sie auf die Warnsignale Ihres Körpers!

Informieren Sie sich bei Ihrem Arzt!

Arztstempel

Im Rahmen des Behandlungsprogramms werden Sie zudem durch die agnes^{zwei}-Fachkräfte unterstützt.

Koordinierungs- und Beratungszentrum

Dargersdorfer Straße 11
17268 Templin
Telefon: 03987 200 8 701
Internet: www.igib-stimmt.de

Unsere Öffnungszeiten:

Mo, Di, Mi 9:00 – 15:00 Uhr
Do 9:00 – 18:00 Uhr
Fr 9:00 – 15:00 Uhr

Sprechen Sie uns an!

Fotos iStock – Sezeryadigar, Fotolia – Hanna

Herzschwäche

Gut versorgt in der Region



IGiB | StimMT gGmbH

Innovative
Gesundheitsversorgung
in Brandenburg



Ihr Behandlungsprogramm

Obwohl Herzschwäche eine chronische Erkrankung ist, kann sie gut behandelt werden. Ein wesentlicher Bestandteil ist dabei das Erkennen und regelmäßige Überprüfen von Symptomen. Weiterhin können ergänzende therapeutische Maßnahmen und ein gesunder Lebensstil die medizinische Therapie positiv beeinflussen.

Um Ihnen mit dieser Erkrankung eine optimale Behandlung und Betreuung zu ermöglichen, haben wir ein umfassendes Behandlungsprogramm zusammengestellt.

- 1 Hausärztliche Versorgung
- 2 Fachärztliche Versorgung
- 3 Koordinierung durch die agnes^{zwei}
- 4 Spezielle Versorgungsangebote
- 5 Unterstützung durch Gruppentherapie
- 6 Aktivierung durch Sportangebote
- 7 Begleitende Schulungen

Nutzen Sie die erweiterten Versorgungsangebote: Das individuelle Plus für Sie



Wenn der Rücken schmerzt...

Egal ob Schulkind oder Rentner, Kreuzschmerzen, Hexenschuss oder einfach Rückenschmerzen gelten als Volkskrankheit. Fast 85% der Deutschen machen im Laufe des Lebens Bekanntschaft mit Rückenschmerzen. Jeder dritte ist derzeit davon betroffen. Bei etwa 10 % führen diese Schmerzen zu Beeinträchtigungen im Alltag.

Ursachen

Bewegungsmangel, Fehlbelastungen der Wirbelsäule, seelische Konflikte oder beruflicher Stress können Rückenschmerzen verursachen. Ein häufiger Grund sind eine Fehlhaltung im Nacken- und Schulterbereich aufgrund dessen die Muskulatur ihre normale Dehnbarkeit verliert, sie verhärtet sich und schmerzt. Mit zunehmendem Alter wirkt sich der chronische Verschleiß der Wirbelsäule auf Bandscheiben, Wirbelgelenke und beteiligte Weichteile aus.

Darüber hinaus können auch schwerwiegende Faktoren wie Infektionen, Tumorerkrankungen oder Gefäßleiden Schmerzen im Bereich der Wirbelsäule verursachen.

Symptome

Eine sofortige ärztliche Abklärung ist u. a. erforderlich

- Bei Belastungsschmerzen
- bei Fieber, Abgeschlagenheit und Gewichtsverlust
- schlimmer werdenden Schmerzen und Lähmungserscheinungen in den Beinen

Informieren Sie sich bei Ihrem Arzt!

Arztstempel

Im Rahmen des Behandlungsprogramms werden Sie zudem durch die agnes^{zwei}-Fachkräfte unterstützt.

Koordinierungs- und Beratungszentrum

Dargersdorfer Straße 11
17268 Templin
Telefon: 03987 200 8 701
Internet: www.igib-stimmt.de

Unsere Öffnungszeiten:

Mo, Di, Mi 9:00 – 15:00 Uhr
Do 9:00 – 18:00 Uhr
Fr 9:00 – 15:00 Uhr

Sprechen Sie uns an!

Fotos iStock – Sezeryadigar, Fotolia – Hanna

Rückenschmerzen

Gut versorgt in der Region

Wir sind für Sie da!

IGiB|StimMT
bestimmt für Brandenburg

Innovative
Gesundheitsversorgung
in Brandenburg



Ihr Behandlungsprogramm

Rückenschmerz ist in Deutschland zu einer Volkskrankheit geworden.

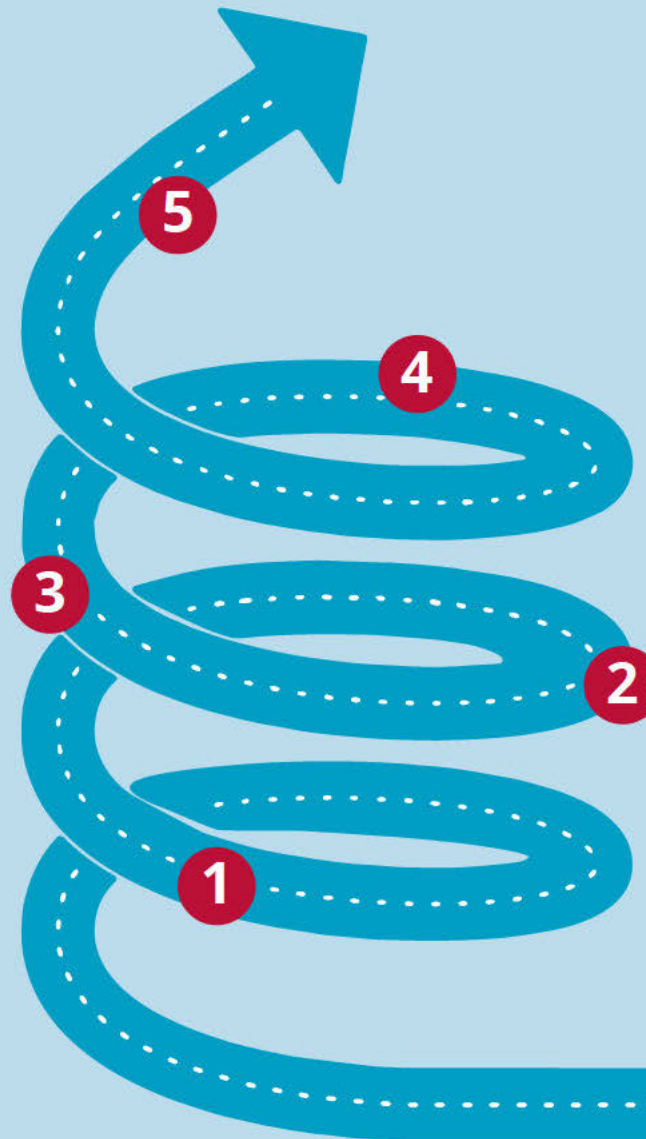
Bewegungsmangel, Fehlbelastungen und Stress führen dazu, dass 80% der Deutschen mindestens einmal in ihrem Leben Rückenschmerzen haben.

Werden die Ursachen der Rückenschmerzen nicht erkannt und behandelt, kann es zu **chronischen Funktionseinschränkungen** mit erheblichen Beeinträchtigungen im Privat- und Berufsleben kommen.

Ziel der Behandlung von Rückenschmerzen ist es, einer Chronifizierung vorzubeugen.

Deshalb haben wir in Templin ein ambulantes, berufsbegleitendes **Behandlungsprogramm** erarbeitet. Diese Therapie will der Vielfalt der Ursachen chronischer Rückenschmerzen gerecht werden, damit der Schmerzgeplagte wieder **Aktiv** und **Lebensfroh** am Leben teilnehmen kann.

Nutzen Sie die erweiterten Versorgungsangebote: Das individuelle Plus für Sie



- 1 Hausärztliche Versorgung
- 2 Fachärztliche Versorgung
- 3 Koordinierung durch die agnes^{zwei}
- 4 Spezielle Versorgungsangebote
- 5 Unterstützung durch Gruppentherapie
- 6 Aktivierung durch Sportangebote

Ursachen und Risikofaktoren

Für die Entstehung von Übergewicht und Adipositas können beispielsweise verantwortlich sein:

- Ungesunde Ernährung
- Bewegungsmangel
- Genetische Veranlagung
- Permanente Verfügbarkeit von Essen
- Stress
- Bestimmte Erkrankungen, wie z.B. Depressionen, Schilddrüsenunterfunktion, etc.
- Bestimmte Medikamente

Übergewicht und Adipositas begünstigen die Entstehung von weiteren Folgeerkrankungen, wie Diabetes mellitus Typ 2, Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Bluthochdruck), Depressionen, etc.

Ziele

Wir wollen Sie wieder fit machen! Nutzen Sie unser erweitertes Versorgungsangebot und tauschen Sie Gewicht gegen Lebensqualität.

Die Ziele des Behandlungsprogrammes sind:

- Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit u. der körperlichen Abwehr
- Reduzierung des Gewichtes
- Verringerung des bauchbetonten Übergewichts
- Steigerung der Lebensqualität und des Wohlbefindens
- Linderung von Funktionseinschränkungen
- Langfristige Änderung des Lebensstils

Informieren Sie sich bei Ihrem Arzt!

Arztstempel

Im Rahmen des Behandlungsprogramms werden Sie zudem durch die Fallmanagement Fachkräfte unterstützt.

Koordinierungs- und Beratungszentrum

Dargersdorfer Straße 11
17268 Templin
Telefon: 03987 200 8 701
Internet: www.igib-stimmt.de

Unsere Öffnungszeiten:

Mo, Di, Mi 9:00 – 15:00 Uhr
Do 9:00 – 18:00 Uhr
Fr 9:00 – 15:00 Uhr

Sprechen Sie uns an!

Fotos 123RF – warrengoldswain, nyu



Adipositas

Gut versorgt in Ihrer Region

Wir sind für Sie da!

IGiB|StimMT
bestimmt für Brandenburg

Innovative
Gesundheitsversorgung
in Brandenburg



Ihr Behandlungsprogramm

Sie leiden an Übergewicht und möchten etwas ändern? Dann sprechen Sie Ihren Hausarzt an. Er informiert Sie über das spezielle Behandlungsprogramm und überweist Sie zur ärztlichen Präventionssprechstunde. Sie erhalten eine sportmedizinische Untersuchung, die neben Ihrer Leistungsfähigkeit auch Ihren Gelenkstatus erfasst. Gemeinsam mit der behandelnden Ärztin werden Ihre Ziele festgelegt.

Die begleitenden Therapieangebote bestehen aus einer Ernährungsberatung und einem knochenschonenden Bewegungsangebot. Die jeweilige Terminkoordination übernimmt eine agnes^{zwei}-Fachkraft aus dem Koordinierungs- und Beratungszentrum.

Durch die langfristige persönliche Betreuung und Kontrolle Ihrer Ziele hilft Ihnen das Behandlungsprogramm „Adipositas“ wieder fit zu werden.

Nutzen Sie die erweiterten Versorgungsangebote!

Tauschen Sie Gewicht gegen Lebensqualität.

Ihr Behandlungsweg



1 Hausärztliche Versorgung

- umfassende Untersuchung
- schnelle Überweisung



2 Ärztliche Präventionssprechstunde

- Beratungsgespräch
- umfassende sportärztliche Untersuchung
- Vereinbarung der persönlichen Ziele
- Regelmäßige Verlaufskontrollen



3 Koordination durch eine agnes^{zwei} Fachkraft

- Terminkoordination



4 Spezielle Therapieangebote

- Knochenschonendes Bewegungsprogramm
- Ernährungsberatung



Externe Beratung

Demenzsprechstunden der Arbeiterwohlfahrt

Beratung für Angehörige von demenzkranken Menschen

- Informationen zur Erkrankung
- Beratung zu Ansprüchen bei Leistungsträgern
- Aufzeigen und Vermittlung von Hilfeangeboten vor Ort

Jeden ersten Montag im Monat

Bitte vorherige telefonische
Terminvereinbarung unter **03987 200 8 702**.



Ernährungsberatung und Ernährungstherapie

Die Ernährungsberatung ist offen für alle, die ernährungsbedingte Probleme haben und findet ausschließlich in persönlichen Gesprächen statt.

Ziel ist es eine individuelle, je nach Problem und Bedarf gestaltete Lösung zu finden, die Ihnen eine Möglichkeit gibt Ihre Ernährungsge-
wohnheiten zu optimieren, sowie ernährungs-
bedingte Krankheiten zu therapieren.

Jeden Freitag von 15 bis 19 Uhr

Bitte vorherige telefonische
Terminvereinbarung unter **03987 200 8 702**.

Besuchen Sie uns oder
rufen Sie uns an!

Koordinierungs- und Beratungszentrum Templin

Dargersdorfer Straße 11 | 17268 Templin
Teil des Ambulant Stationären Zentrum
Tel.: 03987 200 8 702 | Fax: 03987 200 8 704
E-Mail: kbz@igib-stimmt.de
Internet: www.igib-stimmt.de

Unsere Öffnungszeiten:

Mo – Mi, Fr 9:00 – 15:00 Uhr
Do 9:00 – 18:00 Uhr



Außensprechstunden

Einmal im Monat bieten wir eine Außensprech-
stunde jeweils in Boitzenburg und in Lychen an.

Arztpraxis Dr. Elke Schumacher
Hospitalstraße 1 | 17279 Lychen

Praxis Michael Feck
Wegguner Straße 6 | 17268 Boitzenburger Land

Bitte vorherige telefonische
Terminvereinbarung unter **03987 200 8 702**.

Wir sind für
Sie da!

Ihr Ansprechpartner
für Fragen der
Gesundheitsversorgung



Koordinierungs- und
Beratungszentrum Templin

IGiB|StimMT

Unser Angebot

Innovative Gesundheitsversorgung
in Brandenburg

Was ist das Koordinierungs- und Beratungszentrum?

Das Koordinierungs- und Beratungszentrum Templin ist die zentrale Anlaufstelle für Patienten, Angehörige und interessierte Einwohner der Region Templin, wenn es um Fragen der Gesundheitsversorgung geht.

Beratung

Als neutrale Anlaufstelle für alle Fragen zur gesundheitlichen Versorgung stehen wir Ihnen mit unseren Fachkräften zur Verfügung. Sie wissen nicht,

- an wen Sie sich bei einer bestimmten Thematik wenden sollen?
- welche gesundheitlichen Versorgungsleistungen regional angeboten werden?
- wie eine bestimmte Leistung beantragt wird?

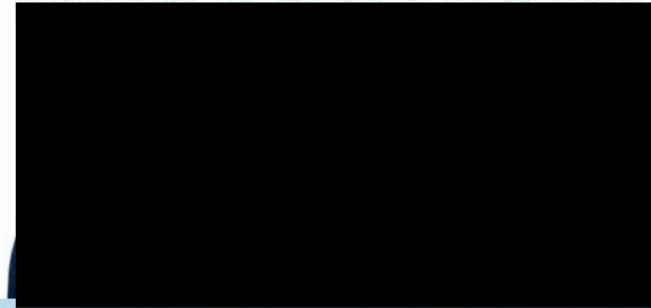
Dann melden Sie sich bei uns! Wir geben Ihnen Auskunft zu regionalen und überregionalen Leistungsangeboten im medizinischen, pflegerischen und sozialen Bereich. Wir unterstützen Sie bei Antragstellungen (Patientenverfügungen etc.). Wir vermitteln Ihnen Kontakte zu Anbietern und Ansprechpartnern.

Nehmen Sie Kontakt zu uns auf:

Dargersdorfer Straße 11
17268 Templin
Telefon: 03987 200 8 702
E-Mail: kbz@igib-stimmt.de

Dürfen wir uns vorstellen?

IHR TEAM



Wir sind Ihr Team für Templin! Als mobile Fachkräfte übernehmen wir das Fallmanagement für Patienten in schwierigen Lebenssituationen.

Im Auftrag des behandelnden Arztes unterstützen wir beim Erhalt der Eigenständigkeit. Gerne kommen wir zum Hausbesuch und helfen Ihnen bei der **Koordinierung der Pflege zu Hause**, der **Terminvereinbarung bei Fachärzten**, der **Vermittlung von Unterstützungsangeboten** sowie der **Antragstellung bei Behörden und Krankenkassen**. Sprechen Sie Ihren Arzt an oder besuchen Sie uns im Koordinierungs- und Beratungszentrum!

Dargersdorfer Straße 11
17268 Templin
Telefon: 03987 200 8 702
E-Mail: kbz@igib-stimmt.de

Informationsveranstaltungen

Im Rahmen regelmäßiger Veranstaltungen werden die Leistungen des Projektes IGiB-StimMT vorgestellt. Gemeinsam mit Partnern aus der Region werden zu unterschiedlichen Gesundheitsthemen Informationsveranstaltungen durchgeführt.


Zusammenarbeit mit Partnern in der Region


Wir suchen gemeinsam mit Partnern aus der Region Lösungen, wenn es um Ihre Gesundheitsversorgung geht.





Pflegeheime: Ihre Merkliste

Evangelisches Seniorenzentrum Richard Kirstein

 Prenzlauer Allee 1-2, 17268 Templin **Transparenzbericht ab 2017:**
 Gesamtnote: sehr gut (1.0)


 03987/2083-199


 esz-templin@lafim.de


 <http://www.lafim.de>

Eigenanteil pro Monat:
 Pflegegrad 1: 2.422,07 €
 Pflegegrad 2 - 5: 2.073,83 €
 Eigenanteil des Heimbewohners in €
 Vollstationäre Pflege - Allgemeiner
 Pflegesatz
 inkl. Investitionskosten

Margarethe-Hennig-Haus

 Kastanienstraße 4, 17268 Templin **Transparenzbericht ab 2017:**
 Gesamtnote: sehr gut (1.0)

 bgregor@kv-uckermark-west.drk.de

 <http://www.drk-umw-ob.de>

Eigenanteil pro Monat:
 Pflegegrad 1: 2.145,85 €
 Pflegegrad 2 - 5: 1.690,35 €
 Eigenanteil des Heimbewohners in €
 Vollstationäre Pflege - Allgemeiner
 Pflegesatz
 inkl. Investitionskosten

Senioren-Landsitz An der Buchheide GmbH

 Dargersdorfer Str. 123, 17268
 Templin **Transparenzbericht ab 2017:**
 Gesamtnote: gut (1.6)

 03987 / 707700

 03987 / 707701

 post@senioren-landsitz.de

 <http://www.senioren-landsitz.de>

Eigenanteil pro Monat:
 Pflegegrad 1: 2.110,57 €
 Pflegegrad 2 - 5: 1.480,00 €
 Eigenanteil des Heimbewohners in €
 Vollstationäre Pflege - Allgemeiner
 Pflegesatz
 inkl. Investitionskosten

Haus der Begegnung

 Bahnhofstraße 6, 17268
 Boitzenburger Land **Transparenzbericht ab 2017:**
 Gesamtnote: sehr gut (1.1)

 isabell.kerwitz@pflagedienst-
 kempa.de

 <https://www.pflagedienst-kempa.de>

Eigenanteil pro Monat:
 Pflegegrad 1: 1.644,84 €
 Pflegegrad 2 - 5: 1.128,50 €
 Eigenanteil des Heimbewohners in €
 Vollstationäre Pflege - Allgemeiner
 Pflegesatz
 inkl. Investitionskosten

Seniorenpflegeheim Haus Thomsdorf

 Thomsdorf 17 a, 17268
 Boitzenburger Land **Transparenzbericht ab 2017:**
 Gesamtnote: gut (1.7)
























 webmaster@hotel-thomsdorf.de

 <http://www.hotel-thomsdorf.de>





Eigenanteil pro Monat:
 Pflegegrad 1: 1.536,54 €
 Pflegegrad 2 - 5: 1.094,35 €
 Eigenanteil des Heimbewohners in €
 Vollstationäre Pflege - Allgemeiner
 Pflegesatz
 inkl. Investitionskosten

*) Diese Angaben wurden durch die Pflegeeinrichtungen selbst eingestellt. Der AOK-Bundesverband übernimmt keinerlei Gewähr für die Aktualität, Korrektheit, Vollständigkeit oder Qualität dieser so gekennzeichneten Informationen, hierfür sind die jeweiligen Pflegeeinrichtungen selbst verantwortlich.

Pflegedienste: Ihre Merkliste

 Bon Vital Betreuung und Pflege GmbH Pflegeteam Templin Am Markt 12, 17268 Templin [Transparenzbericht ab 2017:](#)
Gesamtnote: sehr gut (1.0) 03987 200230 03987 200232 team.templin@betreuung-
bonvital.de <http://www.betreuung-bonvital.de>**Kosten:** AWO-Uckermark Sozialstation Templin Schinkelstr. 32, 17268 Templin [Transparenzbericht ab 2017:](#)
Gesamtnote: sehr gut (1.0) 03987 7251 03987 2000054 info@awo-uckermark.de <http://www.awo-uckermark.de>**Kosten:** DRK-Sozialstation Uckermark West e. V. Sozialstation Templin Schinkelstr. 32, 17268 Templin [Transparenzbericht ab 2017:](#)
Gesamtnote: sehr gut (1.0) 03987 700633 03987 700644 hkohn@kv-uckermark-west.drk.de <http://www.drk-umw-ob.de>**Kosten:** Sozialstation Templin Obere Mühlenstraße 4a, 17268
Templin [Transparenzbericht ab 2017:](#)
Gesamtnote: sehr gut (1.3) 03987-2000555 03987-208986 sst-templin@volkssolidaritaet.de <http://www.volkssolidaritaet.de/landesverband-brandenburg-ev/soziale-angebote/pflege-und-betreuung/>**Kosten:** Häusliche Krankenpflege Karola Hinz Inhaberin Karola Falke Bahnhofstraße 17B, 17268 Templin [Transparenzbericht ab 2017:](#)
Gesamtnote: sehr gut (1.0) 03987 551416 03987 551415 info@krankenpflege-hinz.de <http://www.krankenpflege-hinz.de>**Kosten:** Aktiv - ambulanter Pflegeservice Frau Elke Herrmann Obere Mühlenstr. 10 a, 17268
Templin [Transparenzbericht ab 2017:](#)
Gesamtnote: sehr gut (1.0) 03987 50710 03987 2086057 aktiv-elherrmann@t-online.de <http://www.aktiv-pflege-templin.de>**Kosten:** Häusliche und stationäre Krankenpflege und
Seniorenbetreuung Birgit Kempa Obere Mühlenstr. 10 a, 17268
Templin [Transparenzbericht ab 2017:](#)
Gesamtnote: sehr gut (1.0) 03987 74877 03987 200975 Birgit_Kempa@web.de <http://www.pflegedienst-kempa.de>**Kosten:** Häuslicher Pflegedienst Schwester Andrea Berkner Inhaber
Sandra Naber Otto-Lilienthal-Str. 9, 17268
Templin [Transparenzbericht ab 2017:](#)
Gesamtnote: sehr gut (1.3) 03987 54830 03987 54830 pflegedienst.templin@gmx.de**Kosten:** Pflegedienst Herzensangelegenheit Dorfstraße 31, 17268 Templin **Kosten:** 03987 2017404 03987 2017405 info@pflegedienst-kuegler.de <http://pflegedienst-kuegler.de> Häusliche Krankenpflege Elke Haufe Mittelweg 3 a, 17268 Milnersdorf [Transparenzbericht ab 2017:](#)
Gesamtnote: gut (1.6) 039886 283 039886 34811 Hauskarolina-SeniorenWG@web.de**Kosten:** <http://www.pflegedienst-elkehaufe.de>

 Pflegedienst Hampe Inh. Daniela Maletz

 Stargarder Str. 2, 17279 Lychen **Transparenzbericht ab 2017:**
Gesamtnote: sehr gut (1.1)
 039888 2880
 039888 2880 **Kosten:**
 hkp_hampe@gmx.de

 Pflegedienst Lychen


 Stargarder Str. 15 a, 17279 Lychen **Transparenzbericht ab 2017:**
Gesamtnote: sehr gut (1.0)
 039888 / 527890
 039888 / 527891 **Kosten:**
 pflegedienst.lychen@t-online.de






 Uckermark Pflege Guido Neumann

 Lindenplatz 6, 17268 Gerswalde **Transparenzbericht ab 2017:**
Gesamtnote: sehr gut (1.0)
 039887 174972
 039887 174979 **Kosten:**
 uckermarkpflege@gmx.de
 <http://uckermarkpflege.com>






 Hauskrankenpflege Monika Heide

 Wegguner Straße 7, 17268 **Transparenzbericht ab 2017:**
Boitzenburger Land Gesamtnote: sehr gut (1.0)
 039889/508589 **Kosten:**
 039889/508593
 monikaheide@t-online.de

 Ambulanter Pflegedienst WW Wansner & Westphal

 Ort Buchholz 12, 17268 Gerswalde **Transparenzbericht ab 2017:**
Gesamtnote: gut (1.6)
 039887 174929
 039887 174932 **Kosten:**
 pflegedienst-ww@web.de
 <http://www.pflegedienst-wansner-westphal.de>

 Pflegedienst Retzow

 Retzower Str. 24, 17279 Lychen **Transparenzbericht ab 2017:**
Gesamtnote: sehr gut (1.0)
 039888 2202
 039888 43922 **Kosten:**
 pflegedienst.retzow@t-online.de
 <http://www.pflegedienst.retzow.de>

*) Diese Angaben wurden durch die Pflegeeinrichtungen selbst eingestellt. Der AOK-Bundesverband übernimmt keinerlei Gewähr für die Aktualität, Korrektheit, Vollständigkeit oder Qualität dieser so gekennzeichneten Informationen, hierfür sind die jeweiligen Pflegeeinrichtungen selbst verantwortlich.

Kooperationsvertrag

nach § 119b Abs. 1 i.V.m. § 87a Abs. 2 S. 3 Nr. 2 SGB V

entsprechend der Vereinbarung nach § 119b Abs. 2 SGB V

**zur Förderung der kooperativen und
koordinierten ärztlichen und pflegerischen
Versorgung in stationären Pflegeheimen
(Anlage 27 zum Bundesmantelvertrag)**

zwischen

der stationären Pflegeeinrichtung

Name

Anschrift

IK:

und

dem Vertragsarzt

Dr. med. Max Mustermann, FA f. Allgemeinmedizin

Praxissitz: Anschrift

LANR

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden im folgenden Vertragstext Berufs- und Funktionsbezeichnungen stets in der maskulinen Form verwendet. Die Bezeichnungen umfassen jedoch jeweils Personen weiblichen und männlichen Geschlechts gleichermaßen.

§ 1 Gegenstand des Kooperationsvertrages

(1) Die Pflegeeinrichtung und die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Haus- oder Fachärzte bzw. MVZ schließen diesen Kooperationsvertrag nach § 119b Abs. 1 SGB V, um Patienten in der Pflegeeinrichtung eine koordinierte und strukturierte Versorgung anzubieten.

(2) Der Rahmen, der durch die grundlegenden Anforderungen an eine kooperative und koordinierte ärztliche und pflegerische Versorgung von Patienten in der Pflegeeinrichtung in der Vereinbarung nach § 119b Abs. 2 SGB V zur Förderung der kooperativen und koordinierten ärztlichen und pflegerischen Versorgung in stationären Pflegeheimen (Anlage 27 zum Bundesmantelvertrag) gesetzt wird, wird durch diesen Kooperationsvertrag ausgestaltet.

(3) Dieser Kooperationsvertrag ist die Grundlage für die Erbringung und Abrechnung von Leistungen nach Kapitel 37 des EBM.

(4) Durch eine verbesserte kooperative und koordinierte ärztliche und pflegerische Versorgung von Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen sollen insbesondere

- die unnötige Inanspruchnahme von Leistungen des Bereitschafts- und des Rettungsdienstes vermieden,
- vermeidbarer Krankenhausaufenthalte einschließlich Krankentransporte reduziert,
- eine wirtschaftliche Arzneimitteltherapie einschließlich der Vermeidung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen koordiniert sowie
- eine indikationsgerechte Heil- und Hilfsmittelversorgung gefördert werden.

(5) Die Vertragspartner arbeiten eng, kooperativ und vertrauensvoll zusammen. Dies umfasst den Aufbau strukturierter Prozesse für einen funktionierenden Informationsaustausch.

(6) Der Abschluss des Kooperationsvertrages ist für den Arzt und die stationäre Pflegeeinrichtung freiwillig. Das Recht auf freie Arztwahl der Patienten in der stationären Pflegeeinrichtung bleibt unberührt.

§ 2 Aufgaben Hausarzt

(1) Der Hausarzt übernimmt die Steuerung des multiprofessionellen Behandlungsprozesses. Hierzu gehört die Veranlassung und Durchführung und/ oder

Koordination von diagnostischen, therapeutischen und rehabilitativen Maßnahmen unter Einbeziehung aller beteiligten Berufsgruppen. Dies wird durch die nachfolgenden Absprachen zur Zusammenarbeit, zum Informationsaustausch und zur Dokumentation gewährleistet.

(2) Der Hausarzt und die Pflegeeinrichtung vereinbaren, dass die Visiten regelmäßig und bedarfsgerecht erfolgen, d.h., i.d.R. findet die Visite

_____statt.

(3) Der Hausarzt teilt der Pflegeeinrichtung mit, wer ihn im Fall seiner Verhinderung (z.B. wegen Urlaub oder Krankheit) vertritt.

(4) Ist eine Einweisung zur stationären Krankenhausbehandlung erforderlich, orientiert sich der Hausarzt am Patientenwohl und am Patientenwillen und berücksichtigt bei der Verordnung die bestehenden Versorgungsstrukturen. Er kommuniziert mit dem behandelnden Krankenhausarzt nach einer Krankenhauseinweisung und nach der Entlassung.

(5) Der Hausarzt steht dem Versicherten und den Angehörigen bzw. Bezugspersonen als Ansprechpartner zu Verfügung.

(6) Der Hausarzt koordiniert bedarfsgerecht in Zusammenarbeit mit der stationären Pflegeeinrichtung patientenorientierte Fallbesprechungen und Konsile für die Patienten der Pflegeeinrichtung unter Beteiligung der notwendigen ärztlichen Fachdisziplin sowie der Pflegekräfte (ggf. auch telefonisch).

(7) Der Hausarzt und Pflegeeinrichtung haben folgende Vereinbarung für die Versorgung in sprechstundenfreien Zeiten, z.B. an Wochenenden und Feiertagen, ggf. unter Einbeziehung des vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes, getroffen:

_____.

(8) Zur telefonischen Erreichbarkeit des Hausarztes wird folgende Vereinbarung getroffen:

_____.

§ 3 Aufgabe Fachärzte

(1) Der Facharzt arbeitet mit dem den Patienten in der Pflegeeinrichtung behandelnden Hausarzt bzw. dem koordinierenden Vertragsarzt zusammen. Dies bedeutet insbesondere, dass er schriftlich (z.B. _____) den behandelnden Hausarzt bzw. koordinierenden Vertragsarzt bei Änderung des Befundes,

der Diagnose oder der Therapie über die Diagnosestellung und die Behandlungsmaßnahmen informiert.

(2) Der Facharzt und die Pflegeeinrichtung haben folgende Regelung zu bedarfsgerechten, regelmäßigen Besuchen bzw. Konsilen der Versicherten möglich in Absprache mit dem Hausarzt bzw. dem koordinierenden Vertragsarzt getroffen

(3) Der Facharzt und die Pflegeeinrichtung haben folgende Vereinbarung für die Versorgung in sprechstundenfreien Zeiten, z.B. an Wochenenden und Feiertagen, ggf. unter Einbeziehung des vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes, getroffen:

(4) Der Facharzt und die Pflegeeinrichtung haben zur telefonischen Erreichbarkeit folgende Vereinbarung getroffen:

(5) In Ausnahmefällen können Fachärzte für Neurologie, Nervenheilkunde, Neurologie und Psychiatrie, Psychiatrie und Psychotherapie die koordinierenden Aufgaben des Hausarztes nach § 2 übernehmen. In diesem Fall ist der koordinierende Arzt zu benennen:

§ 4 Aufgaben stationären Pflegeeinrichtung

(1) Zur Förderung einer kooperativen und koordinierten ärztlichen und pflegerischen Versorgung von Versicherten benennt die stationäre Pflegeeinrichtung eine Pflegefachkraft als Ansprechpartner für den Vertragsarzt. Dieser Ansprechpartner wird ebenfalls durch eine Pflegefachkraft vertreten.

(2) Für die Inanspruchnahme des Vertragsarztes außerhalb der vereinbarten persönlichen und telefonischen Erreichbarkeit wurde bei nicht aufschiebbaren Fällen folgende Absprache getroffen:

(3) Pflegefachkräfte nehmen bei Bedarf und mit Zustimmung des Versicherten an den Visiten sowie regelhaft an interdisziplinären Fallbesprechungen teil.

(4) Die Pflegeeinrichtung gewährleistet die Umsetzung geänderter Arzneimittelverordnungen, z.B. die Verabreichung von flüssigen und festen geteilten Darreichungsformen.

(5) Die Pflegeeinrichtung unterstützt bedarfsorientiert den Vertragsarzt bei der Koordination und Durchführung von diagnostischen, medizinischen und therapeutischen Maßnahmen.

(6) Sollte der Vertragsarzt nicht erreichbar sein, wird für die Rücksprache vor einem ggf. notwendigen Krankenhausaufenthalt Folgendes vereinbart:

(7) Zur Wahrung der Intimsphäre und der Vertraulichkeit der Behandlung wurde folgende Vorkehrung vereinbart:

§ 5 Zusammenarbeit

(1) Zur Konkretisierung der engen, kooperativen und vertrauensvollen Zusammenarbeit haben die Pflegeeinrichtung und der Vertragsarzt ggf. folgende Maßnahmen ergriffen¹:

(2) Bezüglich der Dokumentation der ärztlichen Leistungen, Befunderhebung und Anordnungen haben der Vertragsarzt und die Pflegeeinrichtung Folgendes als gemeinsame Dokumentationsform und -aufbewahrung vereinbart:

(3) Der Vertragsarzt ist mit der Übermittlung seines Namens und seiner LANR an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen im Rahmen der Informationspflicht der Pflegeeinrichtungen nach § 114 Abs. 1 SGB XI einverstanden.

§ 6 Anerkennung gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung

Dieser Kooperationsvertrag ist Voraussetzung für die Erbringung und Abrechnung von Leistungen nach Kapitel 37 des EBM. Bei der Abrechnung sind die Vorgaben der

¹ Hier können bspw. die Erarbeitung von Kommunikationsleitfäden und Prozessleitfäden sowie der Absprachen zur Kommunikation aufgeführt werden.

Kassenärztlichen Vereinigung, insbesondere zur Vorlage dieses Vertrages und ggf. zur Kennzeichnung zu beachten².

§ 7 Schweigepflicht

Die Pflegeeinrichtung stellt sicher, dass zur Durchführung der hier getroffenen Vereinbarungen, insbesondere zur Dokumentation und zum Informationsaustausch, entsprechende schriftliche Erklärungen des Patienten oder seines Bevollmächtigten oder Betreuers zur Entbindung von der gesetzlichen ärztlichen Schweigepflicht vorliegen.

§ 8 Datenschutz

(1) Der Vertragsarzt und die Pflegeeinrichtung sind damit einverstanden, dass die zur Evaluation nach § 119b SGB V notwendigen Daten von der Kassenärztlichen Vereinigung, den Krankenkassen und den Pflegekassen erfasst und über die Kassenärztliche Bundesvereinigung sowie über den GKV-Spitzenverband der vom Bewertungsausschuss zur Evaluation bestimmten Stelle nach zur Verfügung gestellt werden.

(2) Der Vertragsarzt und die Pflegeeinrichtung stimmen der Erfassung dieser Kooperationsvereinbarung durch die Kassenärztliche Vereinigung zur allgemeinen Information der Öffentlichkeit über die Umsetzung von Kooperationsverträgen zur Verbesserung der Pflegeheimversorgung nach § 119b SGB V zu.

(3) Im Übrigen sind die Vertragspartner zur Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen verpflichtet.

§ 9 Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden bzw. Lücken enthalten, so wird die Gültigkeit des Vertrages im Übrigen nicht berührt, es sei denn, die unwirksame Bestimmung war für eine Vertragspartei derart wesentlich, dass ihr ein Festhalten an dem Vertrag nicht zugemutet werden kann. In allen anderen Fällen werden die Vertragsparteien die unwirksame Bestimmung durch Regelungen ersetzen, die dem ursprünglichen Regelungsziel am nächsten kommt. Erweist sich dieser Vertrag als lückenhaft, sind die Parteien verpflichtet, ihn unter Beachtung der erkennbaren Zielsetzung zu ergänzen.

² Die KV Kann hierfür besondere Abrechnungsregelungen hier oder auch in einer Anlage ergänzen.

§ 10 Schlussbestimmungen

Diese Kooperationsvertrag nach § 119b Abs. 1 SGB V wird mit Wirkung zum XX.XX.XXXX geschlossen.

Der Kooperationsvertrag kann von den Vertragspartnern mit einer Frist von 3 Monaten zum Ende des Quartals schriftlich gekündigt werden.

Die Kassenärztliche Vereinigung ist über Vertragsänderungen und das Vertragsende unverzüglich schriftlich zu informieren.

Musterstadt, 01.01.20XX

Ort, Datum

Musterstadt, 01.01.20XX

Ort, Datum

Stationäre Pflegeeinrichtung
Stempel/ Unterschrift

Vertragsarzt / Vertragsärztin / MVZ
Stempel/ Unterschrift

Anlage Arztgruppen und Arztnetze

(1) Arztgruppen oder Arztnetze können gemeinsam die Versorgung einer Pflegeeinrichtung übernehmen³.

(2) Die Mitglieder der Arztgruppe oder des Arztnetzes, die ebenfalls eine Kooperationsvereinbarung mit der Pflegeeinrichtung nach § 119b SGB V abgeschlossen haben, werden in einem gesonderten Anhang benannt, sofern Sie einverstanden sind.

(3) Als Kooperationsarzt der Arztgruppe/des Arztnetzes wird Herr/Frau _____ bestimmt⁴.

³ Netz- oder arztgruppenspezifische Vertretungs- und Kooperationsregelungen können hier näher beschrieben werden.

⁴ Fakultativ.

Ambulant Stationäres Zentrum Templin

- Betriebskonzept -

Stand: 31.12.2020

Inhaltsverzeichnis

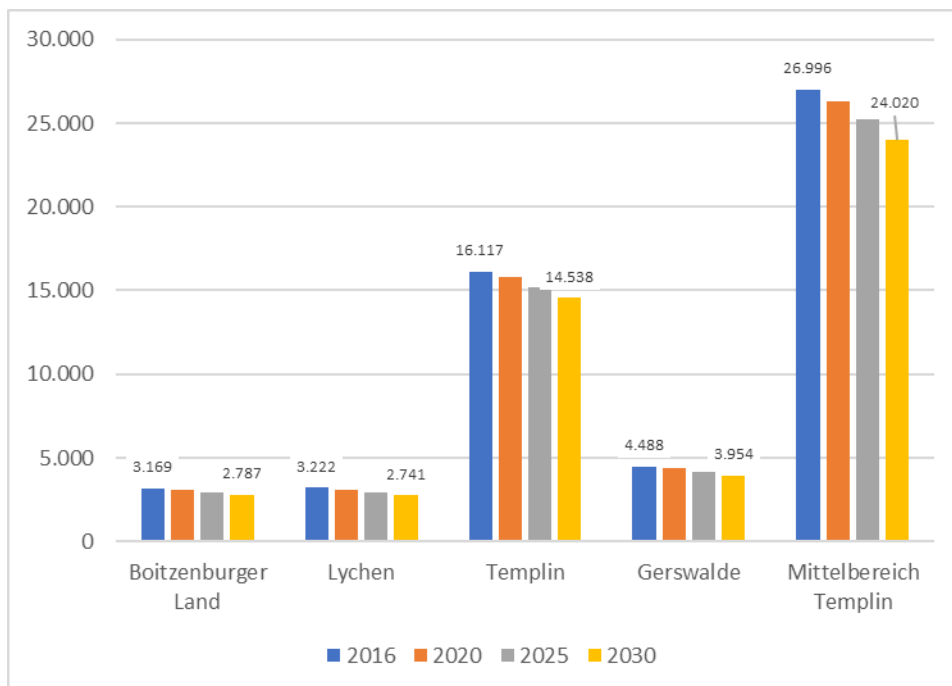
Einleitung	3
A Standort und Erreichbarkeit, Träger des ASZ, Versorgungsangebote, Management und Raumkonzept	7
A.1 Standort und Erreichbarkeit des ASZ.....	7
A.2 Träger des ASZ	7
A.3.1 Gesamtüberblick	8
A.3.2 Akut- und Notfallversorgung	9
A.3.2.1 Überblick	9
A.3.2.2 Triage.....	9
A.3.2.3 Ärztliche Bereitschaftspraxis (ÄBP)	10
A.3.2.4 Rettungsstelle	10
A.3.2.5 Überwachungseinheit (Decision Unit).....	11
A.3.3 Stationäre Versorgung	12
A.3.3.1 Überblick.....	12
A.3.3.2 Intensivmedizinische Abteilung (ITS).....	12
A.3.3.3 Innere Medizin	13
A.3.3.3 Geriatrie	13
A.3.3.4 Chirurgie	14
A.3.3.5 Gynäkologie und Geburtshilfe (Geburtsklinik Level 4)	14
A.3.4 Ambulante Versorgung.....	15
A.3.4.1 Überblick	15
A.3.4.2 Kardiologie	16
A.3.4.3 Herzinsuffizienzsprechstunde.....	16
A.3.4.4 Gastroenterologie.....	17
A.3.4.5 Kinderheilkunde/Pädiatrie	18
A.3.4.6 Geriatriische Versorgung	19
A.3.4.7 Strukturierte Harninkontinenzversorgung (SHIV).....	21
A.3.4.8 Ambulante Operationen	22
A.3.4.9 Sprechstunden	23
A.3.4.9.1 Gefäßsprechstunde.....	23
A.3.4.9.2 Sprechstunde D-Arzt.....	24

A.3.5	Koordinierungs- und Beratungszentrum (KBZ)	24
A.3.5.1	Überblick	24
A.3.5.2	Entlass- und Fallmanagement	25
A.3.5.3	SGB-übergreifende Beratung	26
A.3.5.4	Ernährungsberatung	26
A.3.5.5	Demenzberatung	26
A.3.5.6	Informationsveranstaltungen	27
A.4	Raumkonzept	27
A.5	Management und Organisation des ASZ	29
A.5.1	Überblick	29
A.5.2	Leitung	30
A.5.3	Personal	30
A.5.4	Finanzen, Rechnungswesen, kaufmännisches Controlling und Patient_innenverwaltung	31
A.5.6	Medizincontrolling	31
A.5.7	Recht und Versicherung	32
A.5.8	Beschaffung/Einkauf	32
A.5.9	Öffentlichkeitsarbeit	32
A.5.10	Qualitätsmanagement	32
A.5.11	Hygienemanagement	33
A.6	Kooperationen/Netzwerke	34
A.6.1	Überblick	34
A.6.2	Unfallkrankenhaus Berlin (UKB)	34
A.6.3	Krankenhaus Eberswalde	35
A.6.4	Sana Klinikum Lichtenberg	35
A.6.5	Arztnetz Gesund in Templin e.V.	35
A.6.6	Netzwerk Gesunde Kinder Westuckermark	35
B	Kosten, Erlöse und Erfolgsplanung	37
B.1	Kosten und Erlöse des ASZ bis 2025 im Basisszenario	37
B.2	Entwicklung von Kosten und Erlösen bis 2025	41
	Anhang 1: Raumbuch	1

Einleitung

Der Mittelbereich Templin ist eine siedlungsstrukturell ländliche Region im Landkreis Uckermark im Nordosten Brandenburgs und besteht aus den Städten Templin und Lychen, der Gemeinde Boitzenburger Land und dem Amt Gerswalde (Flieth-Stegelitz, Gerswalde, Milmersdorf, Mittenwalde, Temmen-Ringenwalde). Urbanes Zentrum bildet die Stadt Templin mit 16.277 Einwohner_innen (Stand: 01.01.2017). Laut aktuellen Prognosen zur Bevölkerungsentwicklung wird die Zahl der Einwohner_innen im Mittelbereich Templin bis zum Jahr 2030 von 26.996 (Stand 31.12.2016) auf 24.020 Einwohner_innen zurückgehen (vgl. Abbildung 1).¹ Das entspricht einem Rückgang um 11 Prozent.

Abbildung 1



Getragen wird diese Abnahme von Rückgängen in den Altersgruppen 0 bis unter 15 Jahre (-11,1 Prozent) und 15 bis unter 65 Jahre (-29,3 Prozent). Die Altersgruppe ab 65 Jahren wird demgegenüber bis zum Jahr 2030 um 32,3 Prozent zunehmen (von 7.074 auf 9.361 Einwohner_innen).

¹ Landesamt für Bauen und Verkehr (2018): Bevölkerungsvorausschätzung 2017 bis 2030. Ämter und amtsfreie Gemeinden des Landes Brandenburg, Hoppegarten. Download: https://lbv.brandenburg.de/dateien/stadt_wohnen/RB_BVS_2017_BIS_2030.pdf

Bedingt durch den gegenwärtigen Altersaufbau dominieren bereits heute chronische Erkrankungen das Krankheitsgeschehen, wobei viele betroffene Personen mehrfach erkrankt sind. Die Auswertung von Routinedaten der AOK Nordost und der BARMER ergab für das Jahr 2014 für versicherte Personen ab 65 Jahren mit Wohnort im Mittelbereich Templin, dass mindestens zwölf Prozent an einer chronischen Erkrankung aus den Krankheitsgruppen Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (Kapitel E des ICD-10), Krankheiten des Kreislaufsystems (Kapitel I), Krankheiten des Atmungssystems (Kapitel J) oder Krankheiten des Verdauungssystems (Kapitel K) leiden, 35 Prozent an chronischen Erkrankungen aus zwei der genannten Krankheitsgruppen, 33 Prozent an chronischen Erkrankungen aus drei und 14 Prozent an chronischen Erkrankungen aus allen vier Krankheitsgruppen.² Da die betroffene Gruppe wächst, wird der Behandlungsbedarf bei den ab 65-Jährigen zunehmen, während er an anderen Stellen weiter rückläufig sein wird. Das lässt sich am Beispiel der Geburtenanzahl illustrieren, die im Mittelbereich Templin seit Jahren kontinuierlich abnehmen.³ Bei dem zu erwartenden Rückgang der Bevölkerung im gebärfähigen Alter wird die Anzahl der Geburten weiter abnehmen. Bedingt durch die anstehenden demografischen Veränderungen wird auch der Bedarf ambulanter und stationärer Behandlungskapazitäten im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin im Mittelbereich Templin zurückgehen.

Vor dem Hintergrund dieser Veränderungen wurde basierend auf einer Machbarkeitsstudie⁴ und verschiedenen Voruntersuchungen im Verlauf der Jahre 2015 und 2016⁵ das Projekt „StimMT - Strukturmigration im Mittelbereich Templin“⁶ konzipiert, das im Zeitraum vom 01.01.2017 bis zum 31.12.2020 aus Mitteln des Innovationsfonds nach § 92a SGB V gefördert und politisch vom Land Brandenburg unterstützt wird. Kerninhalt des Projektes ist die Umwandlung des Sana Krankenhauses Templin in ein Ambulant-Stationäres-Zentrum (ASZ), wobei die erforderlichen baulichen Umbauten aus Mitteln des Strukturfonds nach § 12 KHG gefördert werden.

Ausgerichtet auf die gegenwärtigen und zukünftigen Versorgungserfordernisse wird das ASZ unter Überwindung der klassischen Sektorengrenzen stationäre und ambulante Versorgungsangebote unter einem Dach vereinen. Unabhängig von der ansonsten gängigen Zuordnung ärztlicher und nicht-ärztlicher Tätigkeit nach dem Tätigkeitsort „Krankenhaus“ oder „Arztpraxis“ folgt die Behandlung der Patient_innen im ASZ dem Grundsatz ambulant vor stationär entsprechend den im Einzelfall gegebenen Versorgungserfordernissen: Ärzt_innen und nicht-ärztliches Fachpersonal versorgen Patient_innen ambulant, soweit und solange dies möglich ist, und stationär nur, soweit

² Bohm S, L Nölke, HW Priess (2016): Vorstudie zum Projekt Strukturmigration im Mittelbereich Templin. Empirische Analysen zur Epidemiologie, zu Behandlungsanlässen und zur Versorgung im Mittelbereich Templin im Auftrag der AOK Nordost und der BARMER GEK, Berlin.

³ Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, Abruf unter <https://www.statistik-berlin-brandenburg.de/>

⁴ Bohm S, C Dressler, B Lehmann, D Schmidt (2015): Machbarkeitsstudie zu den Bedingungen für den Aufbau einer sektorenübergreifenden Versorgungskette in der Altersmedizin am Standort Templin. Endbericht, Berlin.

⁵ Bohm S, L Nölke, HW Priess (2016), a.a.O. Des Weiteren: Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg (o. J.): Regionaler Versorgungsbedarf im Mittelbereich Templin. Abschlussbericht, Potsdam.

⁶ Helming HJ, S Bohm (2017): IGiB - Strukturmigration im Mittelbereich Templin, in: Amelung, VE, S Eble, H Hildebrandt, F Knieps, R Lägell, S Ozegowski, RU Schlenker R Sjuts (Hg.): Innovationsfonds. Impulse für das deutsche Gesundheitssystem, Berlin 2017: 133-139.

dies unvermeidbar ist. Systematisch werden dazu bestehende Kooperationen mit den vor Ort niedergelassenen Ärzt_innen, nicht-ärztlichen Therapeut_innen und ergänzenden Diensten und Hilfen genutzt. Patient_innen mit stationärem Behandlungserfordernis, die im ASZ nicht adäquat stationär versorgt werden können, werden nach erfolgter Abklärung - ggf. im Rahmen telemedizinischer Konsile mit spezialisierten Kolleg_innen kooperierender Partner_innen - an fachlich entsprechend ausgerichtete Standorte geleitet. Mit dem StimMT-Projekt wurden für die Akut- und Notfallversorgung zudem neue Strukturen im ASZ geschaffen, die nachweislich zu einer Entlastung von Rettungsstelle und Fahrdiensten und zu einem Rückgang stationärer Notfallaufnahmen geführt haben. Im Rahmen des StimMT-Projektes war außerdem vorgesehen, gezielt die stationärsetzende kardiologische und gastroenterologische Versorgung zu entwickeln und umzusetzen. Eine Förderfähigkeit wurde seitens des Förderers (Innovationsfonds des Gemeinsames Bundesausschuss) nicht gesehen. Erforderliche Entwicklungsarbeiten und Erstumsetzungen stehen entsprechend noch aus.

In der Versorgung der wachsenden Gruppe älterer, multimorbider Patient_innen ist im Projektzeitraum dem Koordinierungs- und Beratungszentrum (KBZ) eine Schlüsselfunktion zugekommen. Es wurde im Rahmen des StimMT-Projektes aufgebaut und konnte bereits im März 2020 räumlich integriert werden. Bislang fehlt eine Anschlussfinanzierung für das KBZ. Mit dem Landkreis und der Arbeitsgemeinschaft Pflegestützpunkte werden derzeit Verhandlungen zur Eröffnung eines Pflegestützpunktes mit weitestgehend identischen Leistungsinhalten geführt.

Hinzu kommen spezielle, auf diese Patientengruppe zugeschnittene neue Versorgungsangebote wie die Strukturierte Harninkontinenzversorgung (SHIV) und die Demenzsprechstunde. Integraler Bestandteil des ASZ ist außerdem die ambulante geriatrische Komplexversorgung, die seit dem Jahr 2014 über das KV RegioMed Zentrum (KV RMZ) in Räumlichkeiten des ASZ etabliert ist.

Mit allen Maßnahmen und neuen Leistungsangeboten werden gemäß Projektantrag vom 08.04.2016 folgende Ziele verfolgt:

- Weiterentwicklung der Grundversorgung unter Anpassung an die Versorgungsbedürfnisse älterer, multimorbider Patienten
- Anpassung und Ausbau ambulanter Versorgungsmöglichkeiten unter Erschließung ambulanter Potenziale heutiger stationärer Leistungen
- Strukturierte Behandlungsführung und Informationsstelle im Koordinierungs- und Beratungszentrum
- Patientenversorgung anhand leitlinienbasierter Verfahrensabläufe und Behandlungspfade bestimmter Indikationen
- Sachgerechter Einsatz moderner IT
- Neustrukturierung der Akut- und Notfallversorgung

Angestrebt wird ein Versorgungskonzept, das auf vergleichbare Regionen transferiert werden könnte.

Das vorliegende Betriebskonzept ist wie folgt aufgebaut:

- In **Abschnitt A** werden Standort und Erreichbarkeit (Unterabschnitt A.1), Trägerschaft (Unterabschnitt A.2), Versorgungsangebot (Unterabschnitt A.3), Raumkonzept (Unterabschnitt A.4),

Management und Organisation des ASZ (Unterabschnitt A.5) sowie Kooperationen (Unterabschnitt A.6) dargestellt.

- In **Abschnitt B** werden die Kosten gesamt und nach Organisations- und Funktionseinheiten des ASZ (Unterabschnitt B.1), die Erlöse gesamt und nach Einnahmequellen (Unterabschnitt B.2) und die kurz- und mittelfristige Erfolgsplanung (Unterabschnitt B.3) vorgestellt.
- In **Anhängen** sind Tätigkeitsdarstellungen (Stellenbeschreibungen), das Raumbuch sowie das stationäre und das ambulante Leistungsspektrum beigefügt.

A Standort und Erreichbarkeit, Träger des ASZ, Versorgungsangebote, Management und Raumkonzept

A.1 Standort und Erreichbarkeit des ASZ

Das ASZ bildet das gemeinsame Dach über alle ambulanten und stationären Versorgungsangebote, die in Räumlichkeiten des umgebauten und räumlich erweiterten Gebäudes in der Robert-Koch-Straße 24 in 17268 Templin angesiedelt sind. Das ASZ ist gut mit den öffentlichen Verkehrsmitteln erreichbar. Templin hat als Mittelzentrum auch die Funktion eines Verkehrsknotenpunktes, daher sind die Wege des öffentlichen Personennahverkehrs im Mittelbereich auf Templin ausgerichtet. Wochentags fahren Busse aus den peripheren Ortschaften des Mittelbereiches regelmäßig die Stadt Templin an. Das ASZ ist über mehrere Haltestellen in der Nähe gut zu erreichen (der ZOB befindet sich ca. 600 Meter entfernt). Templin verfügt ebenso über eine Bahnverbindung (Strecke Berlin-Templin), die jedoch nur durch einen kleinen Teil des Mittelbereiches führt. Der Standort ist auch mit dem PKW sehr gut zu erreichen. Das ASZ am Standort des Sana Krankenhauses Templin ist barrierefrei erreichbar.

A.2 Träger des ASZ

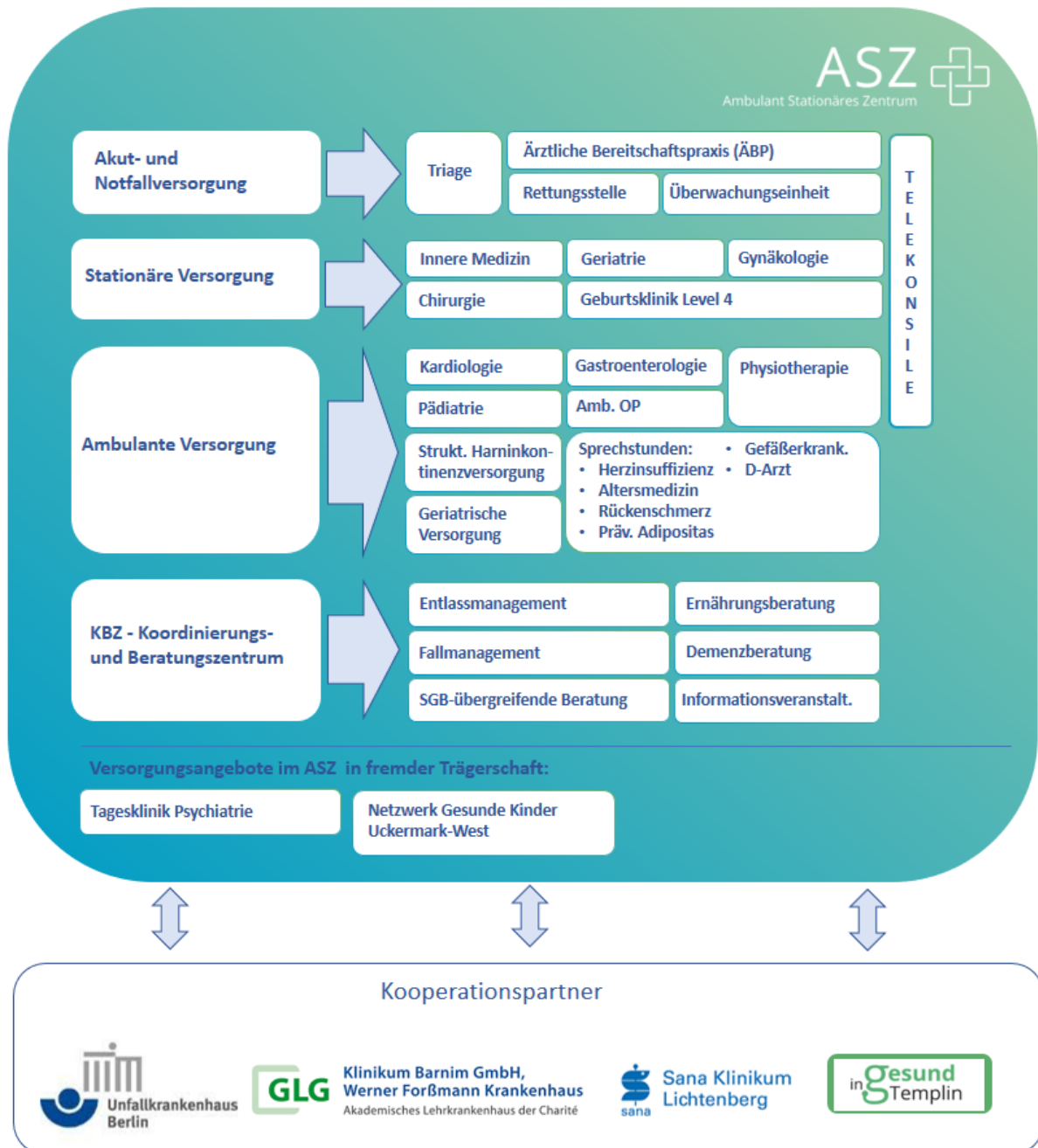
Nach aktuellem Stand werden Träger_innen des ASZ die Gesellschafter der zu gründenden ASZ Templin GmbH sein:

- Sana Kliniken Berlin-Brandenburg GmbH
- Stadt Templin
- Managementgesellschaft des Arztnetzes Gesund in Templin e. V., Gesund in Templin GmbH
- Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg K. d. ö. R.

A.3.1 Gesamtüberblick

Nachstehende Abbildung 2 zeigt im Gesamtüberblick die im ASZ verfügbaren Versorgungsangebote und die Kooperationspartner_innen des ASZ.

Abbildung 2



A.3.2 Akut- und Notfallversorgung

A.3.2.1 Überblick

Im Rahmen des StimMT-Projektes wurden die bis zum Start des Projektes bestehenden Strukturen für die Akut- und Notfallversorgung reorganisiert. Wesentliche Bestandteile dieser Reorganisation waren der Aufbau einer Ärztlichen Bereitschaftspraxis und einer Überwachungseinheit im ASZ, die im Rahmen des Projektes beide zusätzlich zur Rettungsstelle eingerichtet wurden. Die Weiterleitung von Patient_innen mit akuten Beschwerden entweder in die Bereitschaftspraxis oder die Rettungsstelle erfolgt im Ergebnis einer Ersteinschätzung (Triage) durch examinierte Gesundheits- und Krankenpflegende mit Zertifikat Manchester-Triage-System (MTS) und nicht-ärztliches Fachpersonal für Notfallpflege.⁷ Die Ersteinschätzung erfolgt elektronisch gestützt (Epias). Patient_innen mit Zugang ins ASZ über den Notarzt bzw. direkt über die Rettungsstelle werden ebenfalls elektronisch gestützt triagiert (Epias).

Patient_innen, für die erst nach weiterer Überwachung und Diagnostik und ggf. der Einbindung spezialisierter externer Expertise im Rahmen telemedizinischer Konsile eine gesicherte Entscheidung zur ambulanten Versorgung oder stationären Aufnahme getroffen werden kann, werden zunächst in der Überwachungseinheit aufgenommen.

Mit den aufgebauten Strukturen sind bereits zentrale Elemente der anstehenden Reform der Notfallversorgung umgesetzt (Stichwort: Integrierte Notfallzentren), die entsprechend anzupassen sein werden, soweit dies in den neuen gesetzlichen Regelungen vorgesehene regulierende Ausführungsbestimmungen erfordern.

A.3.2.2 Triage

Nicht-ärztliches Fachpersonal:	Examinierte Gesundheits- und Krankenpflegende mit Zertifikat Manchester-Triage-System (MTS) und Nicht-ärztliches Fachpersonal für Notfallpflege
Zugang:	Direktzugang oder über die Rettungsstelle
Indikationen/Zielgruppen:	Patient_innen, die das ASZ aufgrund akuter Beschwerden aufsuchen bzw. die direkt über die Rettungsstelle ins ASZ gelangen
Ziele:	Steuerung in die bedarfsgerechte Versorgung, Vermeidung aus medizinischer Sicht nicht indizierter Inanspruchnahme der Rettungsstelle, Vermeidung medizinisch nicht indizierter stationärer Aufnahmen, Entlastung des Fahrdienstes
Leistungsspektrum:	Ersteinschätzung (Triage) der Behandlungsdringlichkeit, Entscheidung der weiteren Patient_innen-Distribution in die Bereitschaftspraxis oder in die Rettungsstelle und entsprechende Veranlassung

⁷ Die Qualifikation von nicht-ärztlichem Fachpersonal für Notfallpflege beinhaltet das MTS.

Besonderheiten: Die Triage erfolgt elektronisch gestützt durch Epias

A.3.2.3 Ärztliche Bereitschaftspraxis (ÄBP)

Ärztliche Besetzung:	Besetzung durch niedergelassene Ärzt_innen in den folgenden Zeiten: Mittwoch und Freitag von 15:00 bis 19:00 Uhr, Samstag, Sonntag, feiertags sowie am 24.12 und 31.12 von 10:00 bis 19:00 Uhr
Nicht-ärztliches Fachpersonal:	Examinierte Gesundheits- und Krankenpflegende (Grundlage: bestehende Arbeitnehmerüberlassungsverträge)
Zugang:	Zuweisung durch Fachkraft Triage (s. A.3.2.2)
Indikationen/Zielgruppen:	Patient_innen mit akuten Beschwerden, die keiner stationären Versorgung und keiner Versorgung in der Rettungsstelle bedürfen
Ziele:	Bedarfsgerechte ambulante Versorgung von Patient_innen mit akuten Beschwerden während der sprechstundenfreien Zeiten, Entlastung der Rettungsstelle und des Fahrdienstes und Vermeidung stationärer Aufnahmen
Leistungsspektrum:	Anamnese und körperliche Untersuchung der Patient_innen, ggf. Veranlassung von Labordiagnostik und/oder Durchführung von weitergehenden Untersuchungen, Befundbeurteilung, Weiterleitung in die Rettungsstelle oder in die ambulante Versorgung

A.3.2.4 Rettungsstelle

Vorbemerkung:	Anders als in großen Häusern, kann im ASZ eine persönliche 24/7/365-Anwesenheit von Spezialist_innen für Notfallmedizin derzeit weder organisatorisch noch betriebswirtschaftlich vollständig abgedeckt werden. Wenn außerhalb der Dienstzeiten der ärztlichen Leitung der Rettungsstelle die Zuständigkeit einer der im ASZ tätigen Ärzt_innen nicht sichergestellt ist, erfolgt eine Abdeckung über die Notarztbörse
Ärztliche Besetzung:	Fachärzt_innen für Notfallmedizin/Fachärzt_innen mit Zusatzbezeichnung Notfallmedizin (inkl. Besetzung über Notarztbörse) sowie je nach Behandlungserfordernis diensthabende Ärzt_in in der stationären Versorgung
Nicht-ärztliches Fachpersonal:	Examinierte Gesundheits- und Krankenpflegende mit Fachweiterbildung Notfallpflege, examinierte Gesundheits- und Krankenpflegende mit Zertifikat Manchester-Triage-System (MTS)

Zugang:	Zuweisung durch Notärzt_in/Rettungsdienst, Zuweisung durch Fachkraft Triage (s. A.3.3.2)
Indikationen/Zielgruppen:	Patient_innen aller Altersgruppen mit akutem Behandlungserfordernis, die im Rahmen des bestehenden ambulanten Behandlungsangebotes nicht adäquat versorgt werden können
Ziele:	Lebensrettung, Einschätzung der Krankheitsschwere, sichere und schnelle Diagnosestellung
Leistungsspektrum:	Diagnosestellung, Einleitung bzw. Planung der erforderlichen Diagnostik und Therapie, Befundbeurteilung, Organisation der Weiterbehandlung (ambulant oder stationär, inklusive Intensivstation oder Weiterverlegung)
Besonderheiten:	<p>Im Fall erforderlicher neurologischer oder radiologischer Diagnostik erfolgt diese telemedizinisch gestützt im Rahmen einer Kooperation mit dem Unfallkrankenhaus Berlin (UKB)</p> <p>Im Fall erforderlicher pädiatrischer Konsultation erfolgt diese durch die im ASZ tätigen Pädiater_innen und Notärzt_innen, ggf. pädiatrisch telemedizinisches Konsil im Rahmen einer Kooperation mit dem Werner Forßmann Klinikum Eberswalde</p>

A.3.2.5 Überwachungseinheit (Decision Unit)

Vorbemerkung:	Um stationäre Aufnahmen vor abschließender Klärung zu vermeiden, wurde im Rahmen des StimMT-Projektes ein Konzept für eine Überwachungseinheit (Decision Unit) entwickelt und nach vorliegenden Ergebnissen auch erfolgreich im Sinne eines Beitrages zur Reduktion stationärer Fallzahlen umgesetzt.
Ärztliche Besetzung:	Ärzt_in im ASZ, trifft die Entscheidung zur Aufnahme in die Überwachungseinheit
Nicht-ärztliches Fachpersonal:	Personal der Rettungsstelle in separater Dienstschiene (s. A.3.2.4)
Zugang:	Zuweisung durch Ärzt_innen der Rettungsstelle
Kapazität:	2 Betten mit maximaler Belegung für max. 24 Std./Fall
Indikationen/Zielgruppen:	Patient_innen aller Altersgruppen mit unklarer Symptomatik oder Überwachungserfordernis, bei denen aufgrund ihres Zustandes die Entscheidung zur ambulanten oder stationären Weiterbehandlung noch nicht abschließend getroffen werden kann, z.B. unklarer Thoraxschmerz, Krampfanfall, Alkoholintoxikation, Exsikkose, Bluthochdruck, Gelenk-Luxation mit Analgesierung, allergische Reaktion, Hypoglykämie, Gallenkolik, Nierenkolik, unklarer Bauch-, Rücken- oder Kopfschmerz

Ziele:	Vermeidung stationärer Aufnahmen durch ein niederschwelliges wohnortnahes Angebot im Rahmen der Neustrukturierung der Akut- und Notfallversorgung, Steigerung der Versorgungssicherheit
Leistungsspektrum:	Ärztliche Ersteinschätzung und Aufnahme auf der Überwachungseinheit, Befunderhebung inklusive Verlaufskontrollen (z.B. Labor, Sonographie), Einleitung einer Therapie (z.B. Schmerztherapie, spasmolytische Therapie, antiallergische Therapie, Volumentherapie), Überwachung der Vitalwerte der Patient_innen, soweit erforderlich Einbindung weiterer Fachärzt_innen im Rahmen eines telemedizinischen Konsils, pflegerische Versorgung, Verköstigung, ärztliche Entscheidung zur ambulanten oder stationären Weiterbehandlung bis maximal acht Stunden oder nach der nächsten Frühvisite
Besonderheiten:	Integration der Überwachungseinheit in die Rettungsstelle, wodurch die unmittelbare personelle und prozessuale Anbindung an die Rettungsstelle gewährleistet ist

A.3.3 Stationäre Versorgung

A.3.3.1 Überblick

Das stationäre Versorgungsangebot umfasst intensivmedizinische Versorgung (ITS), Innere Medizin, Geriatrie, Chirurgie, Gynäkologie und eine Geburtsklinik Level 4.

A.3.2.1 Intensivmedizinische Abteilung (ITS)

Ärztliche Besetzung:	Fachärzt_innen mit Zusatzbezeichnung Intensivmedizin
Nicht-ärztliches Fachpersonal:	Fachkrankenpflegekräfte für Intensivpflege
Kapazität:	6 Betten, davon 4 mit Beatmungsmöglichkeit
Indikationen/Zielgruppen:	Patient_innen mit überwachungspflichtigem (postoperativen) Zustand und ggf. Beatmungspflicht, Patient_innen mit lebensbedrohlichem Zustand
Leistungsspektrum:	Nichtinvasive und invasive Überwachungsmethoden: Überwachung Herz-Kreislauf- und Atmungssystem, arterielle Blutdruckmessung, Messung des zentralen Venendruckes Therapiemethoden: Beatmung, Infusions-/Transfusions-therapie, kontinuierliche medikamentöse Therapie mittels Spritzenpumpen, künstliche Ernährung, Defibrillation

A.3.2.2 Innere Medizin

Ärztliche Besetzung:	Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung und Fachärzt_innen für Innere Medizin, vorzugsweise mit Subspezialisierungen/Zusatzbezeichnungen Gastroenterologie, Kardiologie
Nicht-ärztliches Fachpersonal:	Examiniertes Krankenpflegepersonal und Krankenpflegehelfer_innen
Kapazität:	46 Betten
Indikationen/Zielgruppen:	Patient_innen aller Altersgruppen mit akuter oder chronischer Erkrankung der Lunge, der Speiseröhre, des Magens, der Gallenwege, der Bauchspeicheldrüse, des Dünn-, Dick- und Enddarms sowie chronische Lebererkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus und Therapie bösartiger Tumore des Verdauungstraktes
Leistungsspektrum:	Das Leistungsspektrum umfasst sämtliche allgemeininternistische DRG mit gastroenterologischem und kardiologischem Schwerpunkt
Besonderheiten:	Teilnahme am überregionalen Netzwerk zur Versorgung von Schlaganfallpatienten (Innovationsfondsprojekt ANNOTEM). Ziel ist die medizinische und wirtschaftliche Optimierung der wohnortnahen Versorgung von Patient_innen mit einem akuten Schlaganfall sowie anderen akut lebensbedrohlichen neurologischen Erkrankungen. Das ANNOTEM-Konsortium bietet dazu eine permanent verfügbare teleneurologische Beratung an. In Einzelfällen übernehmen die Kliniken des Konsortiums Schlaganfallpatienten in ihrer Abteilung für Neurologie mit Stroke Unit

A.3.3.3 Geriatrie

Ärztliche Besetzung:	Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung und Fachärzt_innen für Innere Medizin und Geriatrie bzw. Fachärzt_innen für Innere Medizin mit Zusatzbezeichnung Geriatrie
Nicht-ärztliches Fachpersonal:	Examiniertes Krankenpflegepersonal und Krankenpflegehelfer_innen
Kapazität:	28 Betten
Indikationen/Zielgruppen:	Patient_innen ab dem 65. Lebensjahr mit altersphysiologischer Einschränkung und gegebenenfalls schon manifester oder zumindest latenter Schädigung von Körperfunktion und/oder -struktur
Leistungsspektrum:	Der Schwerpunkt liegt bei der internistischen Geriatrie, wobei auch neurologische und unfallchirurgische Erkrankungen

behandelt werden.

Besonderheiten: Geriatrische Komplexbehandlung, die neben der internistischen Behandlung auch physiotherapeutische, ergotherapeutische, logopädische und psychologische Behandlung beinhaltet

Tiergestützte Therapie in Form von Gruppentherapie und Einzeltherapie

A.3.3.4 Chirurgie

Ärztliche Besetzung: Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung und Fachärzt_innen für Allgemeine Chirurgie und Unfallchirurgie, vorzugsweise mit Anerkennung Notfallmedizin und/oder Subspezialisierungen/Zusatzbezeichnungen/ Zertifizierungen in den Bereichen Viszeralchirurgie, Onkologische Chirurgie, Minimalinvasive Chirurgie (MIC), Wirbelsäulen-Chirurgie, Wundbehandlung, Fußchirurgie

Nicht-ärztliches Fachpersonal: Examiniertes Krankenpflegepersonal und Krankenpflegehelfer_innen

Kapazität: 17 Betten

Indikationen/Zielgruppen: Patient_innen aller Altersgruppen mit operativem Behandlungserfordernis

Leistungsspektrum: Das gesamte Spektrum der Allgemein-, Viczeral und Unfallchirurgie

Besonderheiten: Minimalinvasive Chirurgie (MIC)

A.3.3.5 Gynäkologie und Geburtshilfe (Geburtsklinik Level 4)

Vorbemerkung: Bis zum 31.12.2019 bestand ein stationäres geburtsmedizinisches Versorgungsangebot mit perinatalem Schwerpunkt im Sana Krankenhaus Templin. Mit Schließung der vollstationären Pädiatrie zum 31.12.2019 konnte das Versorgungsangebot nicht mehr in diesem Umfang aufrechterhalten werden. Um Schwangeren mit Wohnort im Mittelbereich Templin weiterhin die Möglichkeit zu bieten, wohnortnah zu entbinden, ist im ASZ eine Geburtsklinik Level 4 etabliert worden. Für Risikoschwangerschaften besteht eine enge Kooperation mit dem Perinatalzentrum des GLG Werner Forßmann Klinikums Eberswalde

Ärztliche Besetzung: Fachärzt_innen für Gynäkologie und Geburtshilfe

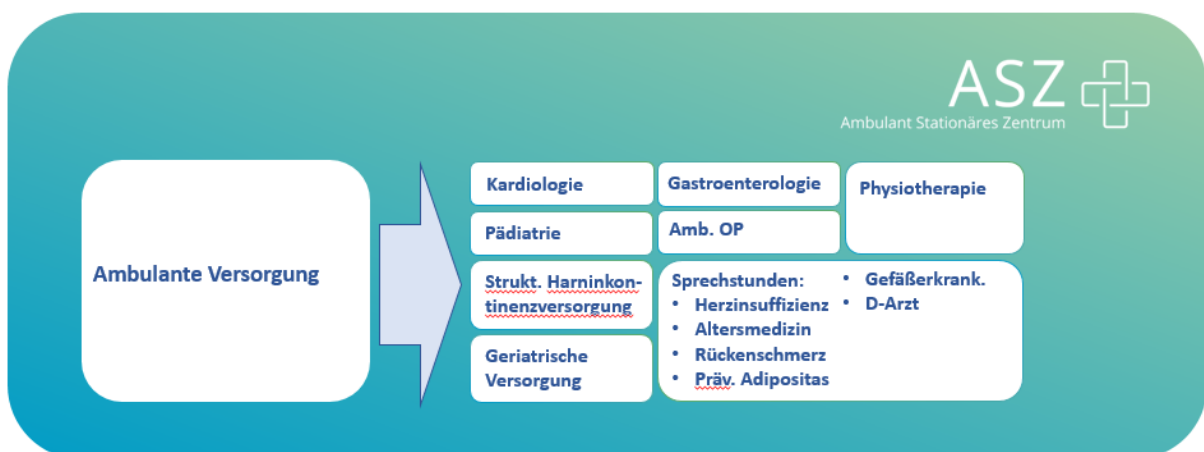
Nicht-ärztliches Fachpersonal:	Hebammen/Geburtshelfende Examiniertes Krankenpflegepersonal und Krankenpfleger_innen
Kapazität:	5 Betten
Indikationen/Zielgruppen:	Patient_innen aller Altersgruppen mit Eingriffsnotwendigkeit an Brust, Gebärmutter, Eierstöcken, Eileitern, Genitalbereich sowie urogynäkologische Operationen bei Harninkontinenz Entbindung von Kindern ab der 37. Schwangerschaftswoche ohne zu erwartende Komplikationen bei Neugeborenen und bei Müttern ohne Schwangerschaftskomplikationen
Leistungsspektrum:	Leistungen einer Geburtsklinik Level 4 Breites Spektrum an gynäkologischen Eingriffen mit laparoskopischen Schwerpunkt
Besonderheiten:	Minimalinvasive Chirurgie (MIC II) Möglichkeit der telemedizinischen Konsultation spezialisierter Pädiater_innen über 24/7-Anbindung an das GLG Werner Forßmann Klinikum Eberswalde Verlegung bei Komplikationen in das Perinatalzentrum Level 2 des GLG Werner Forßmann Klinikums Eberswalde

A.3.4 Ambulante Versorgung

A.3.4.1 Überblick

Abbildung 3 zeigt die ambulanten Versorgungsangebote des ASZ im Überblick. Sie werden in den nachfolgenden Abschnitten ausführlich dargestellt.

Abbildung 3



A.3.4.2 Kardiologie

Vorbemerkungen:	Um die bestehende Lücke in der spezialisierten ambulanten kardiologischen vor Ort partiell zu schließen, wurde dem Sana Krankenhaus Templin seitens der KVBB im Rahmen des KV RegioMed Zentrums Templin der Versorgungsauftrag zur ambulanten Durchführung spezifischer kardiologischer Untersuchungen erteilt. Im Rahmen des StimMT-Projektes war vorgesehen, für bislang aufgrund kardiologischer Indikation stationär behandelte Patient_innen Konzepte für die stationsersetzende ambulante Versorgung zu entwickeln und in die Umsetzung zu bringen. Seitens des Förderers wurde dafür keine Förderfähigkeit gesehen. Nachfolgend wird deshalb der im Rahmen des KV RegioMed Zentrums bestehende Versorgungsauftrag dargestellt, der in das ASZ integriert ist
Ärztliche Besetzung:	8h pro Woche Fachärzt_innen für Innere Medizin mit Subspezialisierung/Zusatzbezeichnung Kardiologie
Nicht-ärztliches Fachpersonal:	Examinierte Gesundheits- und Krankenpflegende
Zugang:	Direktzugang, Zugang auf Zuweisung durch Haus- oder Fachärzt_innen
Sprechstundenzeiten:	Nach Vereinbarung
Indikationen/Zielgruppen:	Schrittmachersprechstunde: Patient_innen mit einem implantierten Device (Schrittmacher, Loop, ICD/CRT-D)
Ziele:	Gewährleistung eines wohnortnahen anstelle eines wohnortfernen ambulanten kardiologischen Versorgungsangebotes
Leistungsspektrum:	TTE, TEE, Schrittmacherabfragen, Stress-Echokardiographie

A.3.4.3 Herzinsuffizienzprechstunde

Vorbemerkungen:	Patient_innen mit Herzinsuffizienz bilden nach der AGENON-Vorstudie für das StimMT-Projekt im Mittelbereich Templin die größte Gruppe ambulant-sensitiver Krankenhausfälle. Der Aufbau einer ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) gem. § 116b Abs. 1 Nr. 1 d) SGB V vor Ort scheitert an den hohen Anforderungen, die an die ASV Herzinsuffizienz gestellt werden. Um die für die stationäre Versorgung bestehende fachärztliche kardiologische Expertise dennoch im Rahmen der ambulanten Versorgung systematisch nutzen zu können, wurde im Rahmen des StimMT-Projektes die Herzinsuffizienzprechstunde als integraler Bestandteil des ebenfalls im Rahmen des StimMT-Projektes entwickelten und umgesetzten sektorenübergreifenden Behandlungspfades Herzinsuffizienz aufgebaut
-----------------	---

Ärztliche Besetzung:	4h/Woche Fachärzt_innen für Innere Medizin mit Subspezialisierung/Zusatzbezeichnung Kardiologie
Nicht-ärztliches Fachpersonal:	Examierte Gesundheits- und Krankenpflegende
Zugang:	Zuweisung erfolgt i.d.R. im Rahmen der pfadspezifischen Versorgung und Betreuung
Sprechstundenzeiten:	Nach Vereinbarung
Indikationen/Zielgruppen:	Patient_innen mit diagnostizierter Herzinsuffizienz und NYHA-Stadium III – IV: I50.13, I50.14
Ziele:	Senkung der Sterblichkeit, Senkung der (Re-) Hospitalisierungsrate, Verbesserung der Lebensqualität, Steigerung der Gesundheitskompetenz, wohnortnahe anstelle wohnortferner spezialfachärztlicher Versorgung
Leistungsspektrum:	Ärztliche Versorgung: Transthorakale Echokardiographie (TTE), Transösophageale Echokardiographie (TEE), Dobutamin-Stressechokardiographie, Device-Kontrollen (Eventrecorder, Schrittmacher, ICD, CRT), Auswertung Langzeit-EKG, Auswertung Langzeit-RR, Ergometrie, Therapieplanung, Patientenberatungsgespräch, Ausstellung von Rezepten, Krankenhauseinweisungen, AU-Bescheinigungen, Labor
Besonderheiten:	Einbindung der Deviceträger_innen (ICD/CRT-D) in Telemonitoring

A.3.4.4 Gastroenterologie

Vorbemerkung:	Um die bestehende Lücke in der spezialisierten ambulanten gastroenterologischen Versorgung vor Ort partiell zu schließen, wurde dem Sana Krankenhaus Templin seitens der KVBB im Rahmen des KV RegioMed Zentrums Templin der Versorgungsauftrag zur ambulanten Durchführung spezifischer Untersuchungen erteilt. Im Rahmen des StimMT-Projektes war vorgesehen, für bislang aufgrund gastroenterologischer Indikationen stationär behandelte Patient_innen Konzepte für die stationsersetzende ambulante Versorgung zu entwickeln und in die Umsetzung zu bringen. Seitens des Förderers wurde dafür keine Förderfähigkeit gesehen. Erforderliche Entwicklungsarbeiten und Erstumsetzungen stehen infolgedessen noch aus. Nachfolgend wird der im Rahmen des KV RegioMed Zentrums bestehende Versorgungsauftrag dargestellt, der in das ASZ integriert ist
---------------	--

Ärztliche Besetzung:	Fachärzt_innen für Innere Medizin mit Subspezialisierung Gastroenterologie
Nicht-ärztliches Fachpersonal:	Examierte Gesundheits- und Krankenpflegende
Zugang:	Direktzugang, auf Zuweisung durch Haus- oder Fachärzt_innen
Sprechstundenzeiten:	Sprechstunde einmal pro Woche, endoskopische Diagnostik täglich
Indikationen/Zielgruppen:	Patient_innen mit komplexen gastroenterologischen Krankheitsbildern wie chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen (Morbus Crohn, Colitis ulcerosa), komplizierter Zöliakie (Sprue), komplizierten Bauchspeicheldrüsen-Erkrankungen, seltenen Autoimmun-Erkrankungen des Verdauungstrakts, der großen Gallenwege und der Bauchspeicheldrüse sowie mit begründetem Verdacht auf eine bösartige Erkrankung des Verdauungstrakts
Ziele:	Gewährleistung eines wohnortnahen anstelle eines wohnortfernen ambulanten gastroenterologischen Versorgungsangebotes
Leistungsspektrum:	Prokto-, Retro-, präventive und kurative Koloskopie, Magenspiegelung inkl. interventioneller Maßnahmen, konsiliarische Beratung/Mitbehandlung ausgewählter gastroenterologischer Krankheitsbilder, ggf. einfache ERCP

A.3.4.5 Kinderheilkunde/Pädiatrie

Vorbemerkung:	Nachdem die Nachbesetzung der Position der Chefärzt_in für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen in eigener Fachabteilung mangels geeigneter Nachfolger nicht erfolgreich war, war es unerlässlich, die Versorgung umzustrukturieren. Insbesondere um den Einwohnern weite Anfahrtswege zu den nächstgelegenen Kliniken mit eigener Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin in Fällen ohne klares stationäres Behandlungserfordernis zu ersparen, wurde die vor Ort verfügbare kinderärztliche Expertise am Standort des ASZ gebündelt und so ausgerichtet, dass ambulante Versorgungsmöglichkeiten möglichst maximal ausgeschöpft werden können. Die kinderärztliche Expertise steht darüber hinaus während der Sprechstundenzeiten auch für Fachkonsile für die ambulant tätigen Haus- und Fachärzt_innen sowie für die Konsultation von Kindern zur Verfügung, die - soweit medizinisch vertretbar - stationär in der FA Innere Medizin, der FA Chirurgie oder der Überwachungseinheit versorgt werden
---------------	--

Ärztliche Besetzung:	Fachärzt_innen für Kinder- und Jugendmedizin (20 Sprechstunden pro Woche zzgl. 10 Stunden Vor- und Nachbereitung zzgl. 10 Stunden für über das vertragsärztliche Versorgungsangebot hinausgehende Leistungen)
Nicht-ärztliches Fachpersonal:	Medizinische Fachangestellte und examinierte Gesundheits- und Kinderkrankenpflegende
Zugang:	Direktzugang oder auf Veranlassung/Überweisung durch niedergelassene Haus- oder Fachärzt_innen oder auf Zuweisung durch Fachkraft Triage (s. A.3.3.2)
Sprechstundenzeiten:	Täglich
Indikationen/Zielgruppen:	Kinder vom Säuglingsalter bis zum Alter von 18 Jahren mit medizinischem Behandlungserfordernis, wobei auch bislang stationär behandelte Kinder zur Zielgruppe zählen, für die in Abhängigkeit vom Einzelfall über ein entsprechend ausgerichtetes Leistungsspektrum eine ambulante bzw. teilstationäre Behandlungsmöglichkeit besteht: Bauch- und Beckenschmerzen (R10.*), Darminfektion, Gastroenteritis (A08.*, A09.*), Gehirnerschütterung (S06), Synkope (R55), Urtikaria (L50.*), Infektionen an mehreren Lokalisationen der Atemwege (J06.*), Bronchitis (J20.*, J21.*), Alkoholintoxikation (F10.*), Anfall, Epilepsie, Migräne (G40.*, G41.*, G43.*)
Ziele:	Ausschöpfung ambulanter wohnortnaher Behandlungsmöglichkeiten bei gleichzeitiger Substitution stationärer Behandlung
Leistungsspektrum:	Entsprechend dem Leistungsspektrum einer kinderärztlichen Praxis zzgl. einem auf die Substitution stationärer Aufenthalte ausgerichteten erweiterten Leistungsangebot, das insbesondere Kreislaufdiagnostik, EEG-Diagnostik, Stoffwechsell Diagnostik, Diagnostik bei Verdacht auf Immundefekt und intravenöse Medikation über einen längeren Zeitraum (z. B. Borreliose) umfasst

A.3.4.6 Geriatrische Versorgung

Vorbemerkung:	Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung mit zunehmender Bedeutung chronischer Mehrfacherkrankungen und Mobilitätseinschränkungen wurde bereits im Jahr 2015 im Rahmen des KV RegioMed Zentrum Templins eine ambulante sektorenübergreifende geriatrische Betreuung in Kombination mit einer ganzheitlichen therapeutischen Versorgung sowie
---------------	--

	einer Betreuung durch ein patientenorientiertes Fallmanagement etabliert
Ärztliche Besetzung:	Niedergelassene Fachärzt_innen für Allgemeinmedizin oder hausärztlich tätige Fachärzt_innen für Innere Medizin mit abgeschlossener oder laufender Fortbildung zur geriatrischen Grundversorgung
Nicht-ärztliches Fachpersonal:	Physiotherapeut_innen/Krankengymnast_innen, Ergotherapeut_innen, Logopäd_innen, Mitarbeitende mit der Qualifikation einer agnes ^{zwei} -Fachkraft
Zugang:	Zuweisung in die Sprechstunde durch niedergelassene Haus- und Fachärzt_innen
Sprechstundenzeiten:	Täglich
Indikationen/Zielgruppen:	Ältere Menschen (> 65 Jahre) mit multifaktoriell bedingter Mobilitätsstörung einschließlich Fallneigung und Altersschwindel und/oder komplexer Beeinträchtigung kognitiver und/oder emotionaler oder verhaltensbezogener Art und/oder Frailty-Syndrom und/oder Dysphagie und/oder Inkontinenz(en) und/oder therapierefraktärem chronischen Schmerzsyndrom
Ziele:	Aufrechterhaltung der selbstständigen Lebensführung und Vermeidung psychischer Dysbalancen bzw. Störungen, Verringerung des Risikos von Hospitalisierungen und Pflegebedürftigkeit
Leistungsspektrum:	Die ambulante geriatrische Komplexversorgung erstreckt sich in der Regel über einen Zeitraum von 3 Wochen (bei 5 Behandlungstagen pro Woche). Durchschnittlich erhalten die Patient_innen drei Therapieeinheiten pro Tag am Vormittag bzw. am Nachmittag Im Einzelnen setzt sich das Leistungsspektrum wie folgt zusammen: <ul style="list-style-type: none"> • Wöchentliche Fallkonferenzen des Versorgungsteams, darin Supervision durch die ärztliche Leitung der Geriatrie • Ärztliche Leistungen: <ul style="list-style-type: none"> – Aufklärung über das spezielle Versorgungsangebot – Anamnese, Erstellung Therapieplan, Veranlassung der Maßnahmen gemäß Therapieplanung, Epikrise und Abschlussgespräch • Mitarbeitende des KBZ: <ul style="list-style-type: none"> – vorbereitender Hausbesuch mit Assessment – Abklärung offener Fragen mit mitbehandelnden Ärzt_innen sowie Bezugs- und Betreuungspersonen, Zusammenarbeit mit Angehörigen, Pflegediensten, sozialen Diensten – Organisation des Fahrdienstes (Patientenbus), Betreuung während des Aufenthaltes im ASZ und Organisation

der Weiterversorgung

- Physiotherapeut/Krankengymnast, Logopäde, Ergotherapeut: Therapeutische Versorgung entsprechend der Therapieplanung

A.3.4.7 Strukturierte Harninkontinenzversorgung (SHIV)

Vorbemerkung:	Die Strukturierte Harninkontinenzversorgung (SHIV) wurde im Rahmen des Projektes IGiB-StimMT vor dem Hintergrund aufgebaut, dass sich aus der demografischen Entwicklung im Mittelbereich Templin eine Zunahme der behandlungsbedürftigen Harninkontinenz ergeben wird. Harninkontinenz ist als Krankheitsbild ein gesellschaftliches Tabuthema. Die Patient_innen vermeiden häufig die Ansprache von Inkontinenzproblemen bei Haus- oder Fachärzt_innen aufgrund von Schamgefühl. Dabei kann eine frühzeitige Therapie den Verlauf der Erkrankung positiv beeinflussen und einen wichtigen Beitrag zum Erhalt der Lebensqualität leisten. Die aktuelle Versorgungssituation in der Region zeigt zudem, dass Patient_innen mit Harninkontinenz häufig an zertifizierte, wohnortferne Zentren verwiesen werden. Vor diesem Hintergrund wurde die SHIV als wohnortnahes Angebot konzipiert
Ärztliche Besetzung:	Fachärzt_innen für Frauenheilkunde und Geburtshilfe/ zwei Sprechstunden pro Woche
Nicht-ärztliches Fachpersonal:	1,0 VK examinierte Gesundheits- und Krankenpflegende mit Zusatzausbildung Inkontinenzschwester/Harninkontinenzpfleger
Zugang:	Zuweisung durch ambulant behandelnde Haus- oder Fachärzt_innen
Sprechstundenzeiten:	Zweimal pro Monat
Indikationen/Zielgruppen:	Inkontinenz: N32.8 Hyperaktive Blase/overactive bladder/ Detrusorüberaktivität, N39.3 Belastungsincontinenz [Stressincontinenz], N39.4 Sonstige näher bezeichnete Inkontinenz Harninkontinenz: N39.40 Reflexinkontinenz, N39.41 Überlaufinkontinenz, N39.42 Dranginkontinenz, N39.47 Rezidivinkontinenz, N39.48 Sonstige näher bezeichnete Harninkontinenz, R32 nicht näher bezeichnete Harninkontinenz Prolaps: N81.0 bis N81.9 Genitalprolaps bei der Frau, N99.3 Prolaps des Scheidenstumpfes nach Hysterektomie
Ziele:	Senkung der Hospitalisierungsrate (unter anderem Reduktion von operativen Eingriffen), wohnortnahe Versorgung (Reduktion der wohnortfernen Versorgung in Abhängigkeit von den

Leistungsspektrum:	<p>Spezialisierungsanforderungen an die medizinische Versorgung), Senkung des Medikamenteneinsatzes, Senkung/Vermeidung der Versorgung mit Inkontinenzartikeln, Verbesserung der Lebensqualität, Steigerung der Gesundheitskompetenz</p> <p>Ärztliche Versorgung: Anamnese, Auswertung Fragebogen und Miktionsprotokoll, gynäkologische Untersuchung (Spiegeleinstellung, Abstrichentnahme ggf. mit mikroskopischer Auswertung, ph-Messung, bimanuelle Untersuchung im Liegen), bimanuelle Untersuchung im Stehen, Hackentest, rektale Tastuntersuchung, Ultraschalluntersuchung, Therapiebestimmung, Patient_innenberatungsgespräch, Erhebung von spezifischen Parametern (Urinstatus mittel Stick, mikrobiologischer Abstrich, Nativpräparat), Behandlungsverlaufskontrollen, ggf. urodynamische Untersuchung</p> <p>Pflegerische Versorgung („Inkontinenzschwester/Inkontinenzpfleger“): Erläuterung zum Führen eines Trink- und Toilettenprotokolls, Fragebogenerhebung, Bestimmung des Urinstatus, Beratungsgespräch zum Umgang mit Inkontinenz im Alltag, Terminvergabe</p> <p>Beckenbodengymnastikgruppe</p>
Besonderheiten:	<p>Fallkonferenzen zwischen behandelnden Ärzt_innen ggf. unter Einbindung stationär tätiger Gynäkolog_innen und Inkontinenzschwester/Inkontinenzpfleger bzgl. weiterer Diagnostik und Therapieplanung und ggf. operativem Eingriff</p> <p>Anbindung an das Beckenbodenzentrum am Sana Klinikum Lichtenberg (fachlicher Austausch bei komplexen Behandlungsfällen)</p> <p>Niedergelassene Fachärzt_innen für Frauenheilkunde und Geburtshilfe und im ASZ im Rahmen der stationären Versorgung tätige Gynäkolog_innen bilden zusammen mit dem Beckenbodenzentrum am Sana Klinikum Lichtenberg das Kompetenznetzwerk Harninkontinenz</p>

A.3.4.8 Ambulante Operationen

Ärztliche Besetzung:	Im ASZ angestellte Chirurg_innen und Gynäkolog_innen
Nicht-ärztliches Fachpersonal:	Examierte Gesundheits- und Krankenpflegende, OP-Fachpflegende
Zugang:	Zuweisung durch ambulant behandelnde Haus- oder Fachärzt_innen

Sprechstundenzeiten:	Nach Vereinbarung
Indikationen/Zielgruppen:	Patient_innen mit ambulant durchführbarem Operationserfordernis
Ziele:	Vermeidung stationärer Aufnahmen
Leistungsspektrum:	Ambulante Operationen gemäß Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationsersetzender Eingriffe gemäß § 115b SGB V der Fachbereiche Allgemein-, Viczeral-, Gefäß- und Unfallchirurgie, Kardiologie, Gynäkologie
Besonderheiten:	MIC-Chirurgie

A.3.4.9 Sprechstunden

A.3.4.9.1 Gefäßsprechstunde

Ärztliche Besetzung:	Fachärzt_innen für Allgemeinchirurgie, Fachärzt_innen für Gefäßchirurgie
Zugang:	Zuweisung durch ambulant behandelnde Haus- oder Fachärzt_innen oder Direktzugang
Sprechstundenzeiten:	Zweimal im Monat
Indikationen/Zielgruppen:	Patient_innen mit PAVK (Schaufensterkrankheit), Diabetische FüÙe, Varizen (Krampfadern), Lymphödem, Offene FüÙe/Beine bei PAVK, Varizen
Ziele:	Kontrolle und Behandlung der PAVK, Diagnostik und Behandlung der Varizen
Leistungsspektrum:	Das Leistungsspektrum umfasst: <ul style="list-style-type: none"> • Diagnostik und Therapie der PAVK • Diagnostik und Therapie der Varikosis bis zur ambulanten/stationären OP

A.3.4.9.2 Sprechstunde D-Arzt

Ärztliche Besetzung:	Fachärzt_innen für Unfallchirurgie und Orthopädie
Zugang:	Direktzugang
Sprechstundenzeiten:	Zweimal pro Woche
Indikationen/Zielgruppen:	Arbeits- und Berufserkrankungen
Ziele:	(Nach-) Behandlung von Berufs- und Arbeitsunfällen
Leistungsspektrum:	Das Leistungsspektrum umfasst die medizinische Erstversorgung und Entscheidung, ob eine weitere unfallmedizinische Versorgung erforderlich ist, Erstellung des Arztberichtes für die Unfallversicherung

A.3.5 Koordinierungs- und Beratungszentrum (KBZ)

A.3.5.1 Überblick

In dem am Standort eingerichteten Koordinierungs- und Beratungszentrum (KBZ) sind Fachkräfte für das Case- und Entlassungsmanagement sowie Fachkräfte für die übergreifende Koordination und Beratung von Ärzt_innen, Leistungserbringenden, Patient_innen und Angehörigen zusammengefasst.

Die im KBZ angesiedelten Fachkräfte sind eng in das Versorgungssystem integriert und werden in definierten Fallkonstellationen frühzeitig in die Versorgung von Patient_innen eingebunden. Zum Angebot gehört auch eine SGB-übergreifende Beratung und die weiterführende Vermittlung von Unterstützungs-, Versorgungs- und Daseinsfürsorgeangeboten Dritter. Dies wird durch den Aufbau eines Netzwerkes ergänzender Dienste und Hilfen sowie die Initiierung weiterer unterstützender Angebote (z.B. Fahrdienste, ehrenamtliche Betreuung, technische Assistenzsysteme) erreicht. Des Weiteren wurden Angebote zur Stärkung der Gesundheitskompetenz der Patient_innen entwickelt und implementiert.

Abbildung 4 zeigt die Versorgungsangebote im KBZ des ASZ im Überblick. Sie werden in den nachfolgenden Abschnitten ausführlich dargestellt.

Abbildung 4



A.3.5.2 Entlass- und Fallmanagement

Leitung:	Examierte Gesundheits- und Krankenpflegende, Ausbildung zur Leitung einer Station/Abteilung/Funktionseinheit, Ausbildung Entlassmanagement/Casemanagement, einschlägige Berufserfahrung
Mitarbeitende:	Entlassmanagement: Examierte Gesundheits- und Krankenpflegende, Sozialdienstmitarbeiter_innen Fallmanagement: Examierte Gesundheits- und Krankenpflegende mit Zusatzqualifikation agnes ^{zwei} oder Arzthelfer_innen mit Zusatzqualifikation agnes ^{zwei}
Zugang:	Zuweisung/Beauftragung durch Haus- oder Fachärzt_innen, Zuweisung aus dem Entlassungsmanagement, der geriatrischen Komplexversorgung oder Direktzugang
Sprechzeiten:	Täglich
Indikationen/Zielgruppen:	Chronisch kranke Patient_innen, multimorbide Patient_innen, in Pfaden geführte Patient_innen, Patient_innen mit kognitiven Beeinträchtigungen (v.a. Demenz), Patient_innen mit Suchtproblematik, Patient_innen nach Rehabilitation, Therapieverweigerer (z.B. AHB), Patient_innen nach ambulantem chirurgischem Eingriff
Leistungsspektrum:	Eingangs- und Re-Assessments, Überleitungs- und Schnittstellenmanagement, Koordination der Behandlungskette, Terminkoordination, Sicherstellung eines rechtzeitigen und transparenten Informationsflusses, arztunterstützte Abstimmung mit den behandelnden Ärzt_innen und Leistungserbringern, Erschließung und Vermittlung ergänzender Dienste und Hilfen, Medikamentenkontrolle, Unterstützung Palliativversorgung (außerhalb SAPV), Monitoring der Leistungen der häuslichen Krankenpflege, Angehörigenunterstützung, Durch-

führung notwendiger Hausbesuche, standardisierte Verlaufsdokumentation, fallbezogener Abschlussbericht

A.3.5.3 SGB-übergreifende Beratung

Mitarbeitende:	Abgeschlossenes Studium/Ausbildung in einem der folgenden Berufe/Fächer: Soziale Arbeit, Gesundheits- oder Pflegemanagement, Pflegewissenschaften Fachwirt_in im Sozial- und Gesundheitswesen und einschlägiger Berufserfahrung
Zugang:	Direktzugang
Sprechzeiten:	Täglich
Indikationen/Zielgruppen:	Patient_innen und Angehörige mit Fragestellungen zur Beantragung und Inanspruchnahme von SGB-Leistungen
Leistungsspektrum:	Beratung und Kontaktvermittlung zu regionalen und überregionalen medizinischen, pflegerischen und sozialrechtlichen Leistungsangeboten, Vermittlung und Initiierung von Unterstützungs- und Versorgungsleistungen sowie ergänzenden Diensten und Hilfen, Unterstützung bei Antragstellungen (z.B. bei Kranken- und Pflegekassen), Beratung zu Pflegebedarf, Pflegegrad und Schwerbehinderung, Beratung zu Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht

A.3.5.4 Ernährungsberatung

Mitarbeitende:	Zertifizierte Ernährungsberater_innen, über Kooperationsvertrag eingebunden
Zugang:	i.d.R. auf Vermittlung durch Mitarbeiterinnen des KBZ
Termine:	Erst und Folgeberatung nach individueller Terminvergabe
Indikationen/Zielgruppen:	Patienten mit ernährungsbedingten Problemen
Ziele:	Individuelle Analyse und Optimierung von Essgewohnheiten sowie Therapie ernährungsbedingter Erkrankungen
Leistungsspektrum:	Einzel- und Gruppenberatungen

A.3.5.5 Demenzberatung

Mitarbeitende:	Speziell geschulte Mitarbeitende des AWO Kreisverbandes Uckermark e.V., über Kooperationsvertrag eingebunden
Zugang:	i.d.R. auf Vermittlung durch Mitarbeitende des KBZ
Sprechzeiten:	Sprechstundenzeit ist jeden 1. Montag im Monat

Indikationen/Zielgruppen:	Angehörige von demenzerkrankten Menschen
Ziele:	Information und Unterstützung von Angehörigen von demenzerkrankten Menschen
Leistungsspektrum:	Vermittlung von Informationen zur Erkrankung, zu Ansprüchen gegenüber Leistungsträgern, Aufzeigen und die Vermittlung von Hilfeangeboten vor Ort

A.3.5.6 Informationsveranstaltungen

Im Rahmen regelmäßiger Informationsveranstaltungen werden gemeinsam mit regionalen Partner_innen indikationsspezifische Themen, häufige Krankheitsbilder oder andere vielfach nachgefragte Gesundheitsthemen aufbereitet und präsentiert.

A.4 Raumkonzept

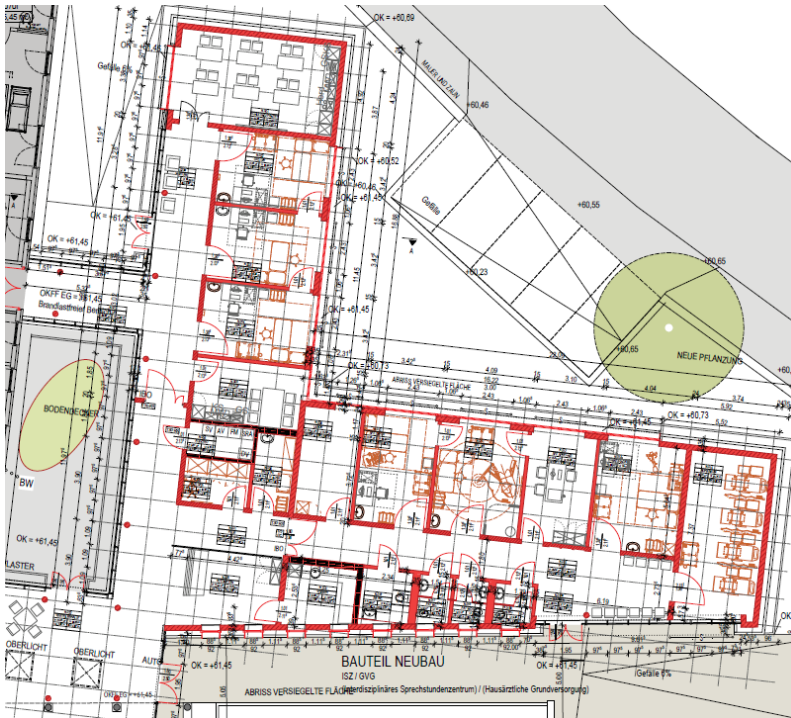
Ziel des über den Strukturfonds nach § 12a KHG geförderten Umgestaltung des Sana Krankenhauses Templin zum ASZ war die optimale baulich-organisatorische Integration ambulanter medizinischer Versorgungsangebote und des KBZ im Bestandsgebäude sowie in einem Neubau. Dabei war insbesondere die Trennung von ambulanten und stationären Patientenströmen von Bedeutung.

Erdgeschoss

Zur Steuerung der Patientenströme wurde ein zentraler Informations-, Empfangs- und Aufnahmebereich geschaffen. Baulich mussten dafür Erweiterungen im Eingangsbereich vorgenommen werden. Über Umbauten wurden des Weiteren die für das KBZ erforderlichen Räumlichkeiten eingangsnah angesiedelt, um eine gute Erreichbarkeit zu gewährleisten. Eine Nachnutzung durch den noch zu etablierenden Pflegestützpunkt wird angestrebt.

Die Cafeteria wurde in den Neubau verlagert, der auf dem südwestlich gelegenen Hof in Richtung Stadtseite errichtet wurde. Hier findet sich auch ein interdisziplinäres Sprechstundenzentrum, in dem alle ASZ Sprechstundenangebote gebündelt werden. Im Neubau wurden ferner Räumlichkeiten für mehrere Praxen sowie Wartebereiche für Patient_innen geschaffen. Die Praxisräume sind flexibel und damit interdisziplinär nutzbar. In der sogenannten „Villa“ im Süden der Anlage wurde eine pädiatrische Praxis eingerichtet.

Die Umbauten im Erdgeschoss sind in der nachfolgenden Abbildung rot dargestellt.



Flügel 1 mit den diagnostischen Einrichtungen und der Rettungsstelle ist in seinem Bestand unberührt geblieben. Im Bereich der Rettungsstelle ist die Überwachungseinheit (Decision-Unit) mit zwei Betten angesiedelt. Ebenfalls im Erdgeschoss befindet sich die Innere Klinik, in der zuletzt über 2.500 Patient_innen aus allen Bereichen der Inneren Medizin stationär behandelt worden sind. Dafür stehen 43 stationäre Betten zur Verfügung. Sechs weitere Betten für schwerstkranke Patient_innen befinden sich auf der interdisziplinären Intensivstation im 1. Obergeschoss.

1. Obergeschoss

Im ersten Obergeschoss findet sich unter anderem eine interdisziplinäre Station. Die interdisziplinäre Station ist organisatorisch an die internistische Station 2 angebunden. Auf dieser Station werden die Patient_innen von Gynäkolog_innen/Geburtshelfenden, Internist_innen und von Chirurg_innen gemeinsam betreut. Damit wird dem Umstand Rechnung getragen, dass bei vielen Krankheitsbildern eine alleinige internistisch-gastroenterologische oder eine alleinige chirurgische Therapie nicht ausreichend ist. Unnötige Verlegungen, Doppeluntersuchungen und lange Nachfragen werden vermieden, weil die Entscheidungen im Zusammenwirken der Fachdisziplinen getroffen werden und die Behandlungsmethoden nahtlos ineinandergreifen. Des Weiteren befinden sich im ersten Obergeschoss zwei OP-Säle, der Kreißsaal und die interdisziplinäre Intensivstation.

2. Obergeschoss

Die Klinik für Geriatrie befindet sich im zweiten Obergeschoss und verfügt über stationäre Behandlungsplätze und eigene Therapieräume. In der ambulanten Geriatrie erfolgt neben einer spezifischen geriatrischen Diagnostik ebenfalls eine komplexe interdisziplinäre Therapie der festgestellten Defizite. Durch die räumliche Nähe zu der stationären Versorgung geriatrischer Patient_innen und den Therapieräumen (Ergotherapie, Physiotherapie etc.) werden Synergieeffekte zwischen

ambulanter und stationärer Versorgung generiert. Des Weiteren befinden sich die Räume der Verwaltung, der Krankenhausleitung und zwei Konferenzräume auf dieser Etage.

Das Raumbuch findet sich im Anhang.

A.5 Management und Organisation des ASZ

A.5.1 Überblick

Die ASZ Templin GmbH wird verantwortlich von einem/einer bei der GmbH angestellten Geschäftsführer_in geleitet werden. Der/die Geschäftsführer_in wird verantwortlich alle betrieblichen Entscheidungen treffen.

Die Kostenvorteile eines großen Konzerns werden weiterhin über den Abschluss von Geschäftsbesorgungsverträgen mit der Sana Kliniken Berlin-Brandenburg GmbH genutzt werden.

Geschäftsbesorgungsverträge werden für die folgenden Bereiche geschlossen:

- Recht und Versicherungen (inklusive Vertragsverwaltung)
- Personalverwaltung
- Patientenmanagement
- Kaufmännisches Controlling
- Medizincontrolling
- Einkauf
- Unternehmenskommunikation
- Medizin und Qualität
- Hygiene

Ausgliedert werden folgende Dienstleistungen:

- EDV-Service (Sana IT)
- Rechnungswesen (Sana Rechnungswesen GmbH)
- Hol- und Bringedienst, Hof- und Gartendienst (DGS)
- Catering-Service (SCS)
- Bau- und Haustechnik (TGmed)
- Personalservice (SPS)
- Medizintechnik (Sana MTSZ)
- Belieferung mit Ge- und Verbrauchsgütern (Clinic.log)
- Betriebsarzt (Fa. Thurm)

A.5.2 Leitung

Die Leitung des ASZ wird durch die/den angestellte/n Geschäftsführer_in erfolgen. Der/die Geschäftsführer_in wird von einem/einer angestellten Referent_in und einer Sekretariatsfachkraft unterstützt werden. Die medizinische Leitung wird durch den/die ärztliche/n Direktor_in erfolgen. Die Leitung Pflege wird bei der Pflegedienstleitung liegen.

A.5.3 Personal

Personalentscheidungen werden verantwortlich von dem/der Geschäftsführer_in des ASZ getroffen.

Für folgende Aufgaben im Bereich Personal wird ein Geschäftsbesorgungsvertrag mit der Sana Kliniken Berlin-Brandenburg GmbH geschlossen:

- Strategische und operative Gestaltung der Personalpolitik in Abstimmung mit der SBB-Geschäftsführung
- Personalplanung unter Berücksichtigung der Leistungsentwicklung und von Budgets einschl. der Abwicklung der daraus resultierenden, entsprechenden personalwirtschaftlichen Maßnahmen unter Beachtung des Betriebsverfassungsgesetzes und der Wirtschaftsplanung des Unternehmens
- Personalentwicklungsmaßnahmen je nach der Aufgabenstellung der Unternehmensleitung und nach Entwicklungsbedarf im Unternehmen
- Personalbeschaffung in Zusammenarbeit mit den Einsatzbereichen (Erstellung von Anforderungsprofilen, Zusammenarbeit mit Behörden und Institutionen zur Personalbeschaffung, Erstellen von Stellenausschreibungen, Personalgewinnung unter Beachtung des Kostenfaktors, Mitwirkung bei der Bewerberauswahl)
- Personalberichtswesen / -controlling: Ermittlung, Bereitstellen und Kontrolle von Kennzahlen, die wichtig sind für den Personalbedarf, die Personalbeschaffung, den Personaleinsatz, die Personalkosten, die Personalentwicklung, den Monats-, Quartals- sowie den Jahresabschluss und die Wirtschaftsplanung
- Personalsachbearbeitung für alle Beschäftigten des ASZ, einschließlich, Praktikanten, Auszubildende, Zivildienstleistende (Realisierung allg. Verwaltungsvorgänge mit Beratungsleistungen gegenüber Führungskräften und Mitarbeitern zu allen Personalthemen, die das Beschäftigungsverhältnis betreffen)
- Sicherstellung der monatlichen Entgeltabrechnung sowie der Reisekostenabrechnung unter Anwendung der tarif-, arbeits-, steuer-, sozialversicherungs- und datenschutzrechtlichen Vorschriften sowie unter ordnungsgemäßer Anwendung des im Einsatz befindlichen elektronischen Entgelt-, Reisekostenabrechnungs- und Dienstplanprogramms
- Umsetzung der Tarifpolitik, Mitwirkung bei der Ausarbeitung neuer tarifvertraglicher Regelungen, ggf. neuer Tarifverträge, sowie Unterbreitung strategischer Vorschläge zur Tarifpolitik inkl. der Umsetzung neuer tarifvertraglicher Regelungen
- Prüfung aller Sachverhalte zum Arbeits-, Tarif- und Sozialversicherungsrecht sowie Bearbeitung aller Arbeitsgerichtsfälle

- Einbeziehung der Betriebsräte, insbesondere die Bearbeitung und Verwaltung der Anträge an die Betriebsräte gemäß BetrVG zur Mitbestimmung und Unterrichtung, die im Zusammenhang mit den Aufgaben der Personalabteilung stehen, einschließlich der Mitwirkung bei der Erstellung und Einhaltung von Betriebsvereinbarungen
- Leitung der Ausbildungsgänge Kauffrau/Kaufmann im Gesundheitswesen, Kauffrau/Kaufmann für Bürokommunikation (Anmeldung/Zusammenarbeit mit Berufsschule, IHK, Erstellung der Ausbildungspläne, Auswahl und Betreuung der Auszubildenden, Umschüler und Praktikant_innen etc.)
- regelmäßige Berichterstattung über alle relevanten Personalsachverhalte

A.5.4 Finanzen, Rechnungswesen, kaufmännisches Controlling und Patient_innenverwaltung

Die Verantwortung für Finanzen, Rechnungswesen, kaufmännisches Controlling und Patient_innenverwaltung wird bei dem/der Geschäftsführer_in des ASZ liegen.

Für folgende Aufgaben wird ein Geschäftsbesorgungsvertrag mit der Sana Kliniken Berlin-Brandenburg GmbH geschlossen:

- Finanzbuchhaltung
- Erstellung von Jahresabschlüssen
- Liquiditätsplanung und -überwachung
- Aufgaben der Patientenverwaltung:
 - Durchführung der Abrechnung für die Krankenhäuser und RSO
 - Durchführung der Aufnahmeprozesse in den Krankenhäusern und der RSO
 - Verwaltung der Patientenakten in den o.g. Einrichtungen
 - der Datenaustausch mit den Kostenträgern (Konverter in Zusammenarbeit mit der Sana IT Services (SIT) erbracht.

A.5.6 Medizincontrolling

Für das Medizincontrolling wird der/die Geschäftsführer_in des ASZ verantwortlich zeichnen.

Für folgende Aufgaben wird ein Geschäftsbesorgungsvertrag mit der Sana Kliniken Berlin-Brandenburg GmbH geschlossen:

- Sicherstellung der Dokumentations- und Kodierqualität
- Bearbeitung der Anfragen von Krankenkassen und dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen zu medizinischen Fragestellungen
- Sicherstellung der externen vergleichenden Qualitätssicherung
- partielle Erstellung und die Abgabe von Tumordaten an das Krebsregister
- Auswertung medizinischer Leistungsdaten

A.5.7 Recht und Versicherung

Für den Bereich Recht und Versicherung wird der/die Geschäftsführer_in des ASZ verantwortlich sein.

Für folgende Aufgaben wird ein Geschäftsbesorgungsvertrag mit der Sana Kliniken Berlin-Brandenburg GmbH geschlossen:

- rechtliche Sachverhaltsaufbereitung und Erteilung allgemeiner juristischer Auskünfte
- jährliche Risikoerhebung und Bearbeitung der betriebsnotwendigen Versicherungen
- Bearbeitung aller Versicherungs- und Schadenfälle
- Prüfung von Vertragsangeboten, Vertragsentwicklung sowie Vertragsverwaltung in einer Datenbank.

A.5.8 Beschaffung/Einkauf

Die Entscheidungen im Bereich Beschaffung/Einkauf werden verantwortlich von dem/der Geschäftsführer_in des ASZ getroffen.

Für die Versorgung mit Verbrauchs- und Investitionsgütern wird ein Geschäftsbesorgungsvertrag mit der Sana Kliniken Berlin-Brandenburg GmbH geschlossen. Zur Optimierung der Beschaffung arbeitet die Einkaufsabteilung der Sana Kliniken Berlin-Brandenburg GmbH eng mit dem Zentraleinkauf der Sana AG zusammen. Der Geschäftsbesorgungsvertrag wird auch die Beratung hinsichtlich der verwendeten Produkte umfassen.

A.5.9 Öffentlichkeitsarbeit

Für Bereich der Öffentlichkeitsarbeit wird ein Geschäftsbesorgungsvertrag mit der Sana Kliniken Berlin-Brandenburg GmbH geschlossen.

Gegenstand des Geschäftsbesorgungsvertrages werden sein:

- mediengerechte Auf- und Verarbeitung von internen und externen Informationen
- Organisation von Pressekonferenzen und Presseerklärungen
- Erstellung von Layouts für Publikationen, wie Flyer, Broschüren und Plakate
- Organisation von Veranstaltungen

A.5.10 Qualitätsmanagement

Hauptziel des Qualitätsmanagements (QM) ist die Einführung, Verwirklichung und Aufrechterhaltung eines Qualitätsmanagementsystems und damit die Gewährleistung des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses der Geschäftstätigkeit.

Für das QM im ASZ wird ein Geschäftsbesorgungsvertrag mit der Sana Kliniken Berlin-Brandenburg GmbH zu folgenden Aufgabenfeldern geschlossen:

- Pflege des Qualitätsmanagementhandbuches (QMH), in dem die Grundsätze des QM niedergelegt sowie Prozessbeschreibungen, Verfahrens- und Arbeitsanweisungen und andere Regelungen und Festlegungen dokumentiert sind
- Initiierung, Durchführung und Auswertung von Maßnahmen zur Qualitätssicherung wie Interne Audits, Kundenbefragungen und Managementbewertungen
- Festlegung von Korrektur- und Verbesserungsmaßnahmen und Überwachung der Umsetzung

Für das Sana Krankenhaus Templin bestehen folgende Mitgliedschaften, Zertifizierungen und Auszeichnungen:

Mitglied:

Initiative Qualitätsmedizin (IQM), eine Initiative von über 450 Krankenhäusern ganz unterschiedlicher Krankenhausträger. Ziel von IQM ist es, die medizinische Behandlungsqualität für alle Patient_innen zu verbessern.

Zertifizierungen:

- Ab 2018 nach DIN EN ISO 9001:2008
- 08. Dezember 2011 Zertifikat „Beruf und Familie“

Auszeichnungen

- PKV-Gütesiegel
- Familienservice für Mitarbeiter

Nutzungs-/Verwertungsmöglichkeiten für das ASZ sind zu prüfen.

A.5.11 Hygienemanagement

Aufgabe der Krankenhaushygiene ist es, unter Beachtung der gültigen Gesetze (IfSG) und Richtlinien (RKI-Richtlinie, DIN und ISO Normen) Patient_innen und Personal vor Infektionen zu schützen.

Für das Hygienemanagement im ASZ wird ein Geschäftsbesorgungsvertrag mit der Sana Kliniken Berlin-Brandenburg GmbH zu folgenden Aufgabenfeldern geschlossen:

- Hygienebegehungen in Verbindung mit Umgebungsuntersuchungen
- Erarbeitung von Hygieneplänen adaptiert an die individuellen Bedingungen der jeweiligen Einrichtung
- Beratung und Begleitung von Krankenhausneu- und Umbau
- Mitarbeit und Unterstützung bei der Umsetzung hygienischer Standards
- Fortbildungen von Mitarbeitenden zu aktuellen, hygienespezifischen Themen
- Erarbeitung von krankenhaushygienischen Stellungnahmen
- Analyse von Ausbruchssituationen
- Infektionserfassung
- Klinikspezifische Auswertung infektiologisch bedeutsamer Daten (Surveillance nosokomialer Infektionen, Resistenz- und Antibiotikastatistik, IfSG § 23-Erreger)
- Einberufung und Gestaltung der Hygienekommission

- Einführung neuer Mitarbeitenden in das Hygienemanagement des Krankenhauses
- Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt und übriger Behörden
- Organisation und Überprüfung der hygienisch- mikrobiologischen Qualitätssicherung und Dokumentation der Ergebnisse
- Fortlaufende Analyse wissenschaftlicher Erkenntnisse auf dem Gebiet der Krankenhaushygiene
- Weitergabe und Umsetzung der Erkenntnisse von internationalen, bundes- und länderspezifischen Regelungen, Normen und Gesetze

A.6 Kooperationen/Netzwerke

A.6.1 Überblick

Kooperationspartner



Klinikum Barnim GmbH,
Werner Forßmann Krankenhaus
Akademisches Lehrkrankenhaus der Charité



Sana Klinikum
Lichtenberg



A.6.2 Unfallkrankenhaus Berlin (UKB)

Kurzbeschreibung des Partners:

Verein für Berufsgenossenschaftliche Heilbehandlung Berlin e.V. Unfallkrankenhaus Berlin, Warener Straße 7, 12683 Berlin

Das Unfallkrankenhaus Berlin (UKB) ist ein Traumazentrum der Maximalversorgung. Als medizinische Einrichtung der gesetzlichen Unfallversicherung ist das BG Klinikum Unfallkrankenhaus Berlin in der Rechtsform einer gemeinnützigen Gesellschaft mit beschränkter Haftung (gGmbH) organisiert.

Gegenstand der Kooperation:

Teilnahme am geförderten Projekt ANNOTeM als Konsortialpartner. Ziel des Projektes ist die medizinische und wirtschaftliche Optimierung der Versorgung von Patient_innen mit einem akuten Schlaganfall sowie anderen akut lebensbedrohlichen neurologischen Erkrankungen. Das UKB bietet dazu eine permanent verfügbare teleneurologische Beratung an. Die Behandlung der Patient_innen soll ohne Zeitverzug ermöglicht werden. In Einzelfällen übernimmt das UKB Schlaganfallpatient_innen in seiner Abteilung Neurologie mit Stroke Unit und Frührehabilitation.

A.6.3 Krankenhaus Eberswalde

Kurzbeschreibung des Partners:	Klinikum Barnim GmbH, Werner Forßmann Krankenhaus, Rudolf-Breitscheid-Straße 100, 16225 Eberswalde Das GLG Werner Forßmann Klinikum Eberswalde wird von der Klinikum Barnim GmbH betrieben und ist Teil des GLG-Verbundes. Der GLG-Verbund ist der größte Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen im Nordosten Brandenburgs
Gegenstand der Kooperation:	Zusammenarbeit Versorgung von Patient_innen mit neurochirurgischem, gefäßchirurgischem oder interventionell-radiologischem Behandlungsbedarf. Kooperationsvertrag Perinatalogie: Zweck des Vertrags ist die telemedizinische Unterstützung, bei der medizinischen Ersteinschätzung von Kindern, die außerhalb der Sprechzeiten der niedergelassenen Kinderärztinnen im ASZ eintreffen sowie die konsiliarische Unterstützung der medizinischen Ersteinschätzung von Kindern und Jugendlichen per Telefon durch eine/n Fachärzt_in für Kinder- und Jugendheilkunde.

A.6.4 Sana Klinikum Lichtenberg

Kurzbeschreibung des Partners:	Das Sana Klinikum Lichtenberg in der Trägerschaft der Sana Kliniken Berlin-Brandenburg GmbH ist ein akademisches Lehrkrankenhaus der Charité-Universitätsmedizin Berlin und ein Krankenhaus der Schwerpunktversorgung.
Gegenstand der Kooperation:	Kollegialsystem in den Bereichen Gastroenterologie und Kardiologie

A.6.5 Arztnetz Gesund in Templin e.V.

Kurzbeschreibung des Partners:	Das Templiner Arzt- und Psychotherapeutennetz „Gesund in Templin e.V.“ wurde am 26.09.2018 gegründet. Aktuell sind 10 niedergelassen Hausärzt_innen und hausärztlich tätige Internist_innen sowie 17 niedergelassene Fachärzt_innen im Arzt- und Psychotherapeutennetz „Gesund in Templin e.V.“ zusammengeschlossen
Gegenstand der Kooperation:	Nutzung der durch Sana bereitgestellten Kommunikationsplattform health network zum Austausch radiologischer Befunde

A.6.6 Netzwerk Gesunde Kinder Westuckermark

Kurzbeschreibung des Partners:	Das Netzwerk Gesunde Kinder richtet sich seit 2006 an Familien
--------------------------------	--

- Partners: des Landes Brandenburg mit dem Ziel, Eltern in ihren Kompetenzen zu stärken und Kinder in ihrer gesunden Entwicklung zu fördern. Geschulte ehrenamtliche Familienpat_innen begleiten Familien und geben nützliche Informationen zur Förderung der kindlichen Gesundheit und Entwicklung. Kurse und Veranstaltungen zu unterschiedlichen Themen runden die Begleitung durch die Familienpat_innen ab
- Gegenstand der Kooperation: Kooperationsvereinbarung über die Zusammenarbeit im Netzwerk Gesunde Kinder Westuckermark (Optimierung Netzwerkarbeit, Öffentlichkeitsarbeit, Akquise von Familienpaten, finanzielle Unterstützung)

B Kosten, Erlöse und Erfolgsplanung

B.1 Kosten und Erlöse des ASZ bis 2025 im Basisszenario

Ziel des Basisszenarios ist es, zunächst eine möglichst realitätsnahe Einschätzung der Entwicklung von Kosten und Erlösen bis zum Jahr 2025 zu erlangen, wenn KEINE Maßnahmen für Ergebnisverbesserungen ergriffen werden.

Allen Berechnungen liegt zum einen ein gesonderter Abzug aller Erlöse und Kosten des Sana Krankenhauses Templin des Jahres 2019 aus SAP zu Grunde. Kosten und Erlöse lagen im Ergebnis des gesonderten Abzuges für 127 Kostenstellen und über 200 Erlös- und knapp 250 Kostenarten vor. Die 127 Kostenstellen wurden im ersten Schritt auf für die Zwecke dieser Wirtschaftsplanung eigens gebildete 46 Hauptkostenstellen verdichtet. Die verschiedenen Erlösarten wurden auf acht Erlösgruppen verdichtet und die Kostenarten auf 27 Kostengruppen. In der nächsthöheren Hierarchisierung verbleiben je Kostenstelle eine Erlössumme und vier Hauptkostengruppen (ohne ergebnisneutrale Aufwendungen und Erträge). Erlös- und Kostenzuweisungen wurden im Wege von Einzelsichtungen geprüft, nicht korrekte Zuweisungen wurden identifiziert und korrigiert.

In die Berechnungen sind des Weiteren Kosten und Erlöse des KV RMZ Templin eingegangen, die – ebenfalls für das Jahr 2019 – von der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg bereitgestellt worden sind. Schließlich sind Kosteninformationen und Fördermittelzuweisungen im Rahmen des StimMT-Projektes einbezogen worden.

Für die Kosten und Erlöse aus den genannten Quellen wurde vor dem Hintergrund der mit dem ASZ verbundenen Zielsetzungen des StimMT-Projektes eine Zusammenfassung nach folgenden Kategorien realisiert:

- Akut- und Notfallversorgung
- Stationäre Versorgung
- Ambulante Versorgung
- Koordinierungs- und Beratungszentrum
- Leitung und Verwaltung

Um diese Kategorisierung zu realisieren, mussten in der 2019er-Datengrundlage im ersten Schritt verschiedene „Basisanpassungen“ vorgenommen werden: So musste für einige Hauptkostenstellen die Aufteilung der Kosten und Erlöse nach stationärer und nach ambulanter Versorgung nachträglich vorgenommen werden, teilweise gestützt auf ergänzende Informationen und teilweise gestützt auf Annahmen (u. a. für die Hauptkostenstellen Heilmittel, Radiologie, Pädiatrie). Für andere Hauptkostenstellen mussten die Kosten gesondert geschätzt werden, z. B. wenn eine Kostenstelle im SAP zwar angelegt war, aber für einschlägige Kostenarten keine oder nur unvollständige Zubuchungen erfolgt waren (z. B. waren in der Kostenstelle Decision Unit keine Personalkosten gebucht und in der Kostenstelle für die ambulanten Sprechstunden Kardiologie und Gastroenterologie waren nur Personalkosten für Pflegekräfte aber keine für Ärzte gebucht). Alle diesbezüglichen Anpassungen in der 2019er-Datenbasis wurden so vorgenommen, dass die Summe aller

Erlöse und die Summe aller Kosten vor und nach Basisanpassung gleichgeblieben sind. Das so ermittelte Basisszenario 2019 für das ASZ zeigt Tabelle 1.

Tabelle 1

	Akut- & Notfall- versorgung	Stationäre Versorgung (inkl. AOP)	Ambulante Versorgung	Koordini- rungs- und Beratungs- zentrum (KBZ)	Leitung & Verwaltung (inkl. OH StimMT)	ASZ gesamt
Erlöse						
Erlöse aus all Krankenhausleistunge						
Erlöse aus wahlärztlichen Leistungen						
Erlöse aus amb Lstgen d KHes						
Nutzungsentgelte der Ärzte						
Umsatzerlöse (nicht KH)						
Bestandsveränd der Erzeugnisse						
Zuw und Zusch der öffHa						
Sonstige betriebliche Erträge						
Summe Erlöse						
Löhne & Gehälter						
L&G Löhne und Gehälter						
Soz Abgaben u Aufw f AV						
Summe Löhne und Gehälter						
Aufwendungen						
Aufwendungen RHB						
Aufwendungen f bezogenen Leist						
Verwaltungsbedarf						
Instandhaltung						
Sonstige Abgaben und Gebühren						
Versicherungen						
AfA auf Forderungen						
AfA auf sonstige Vermögensgegenstände						
Sonstige ordentliche Aufwendungen						
Übrige Aufwendungen						
Aufwendungen gesamt						
AfA						
AfA immaterielle VG nicht gef.						
AfA Sachanlagen nicht gef.						
IFRS AfA Sachanlagen nicht gef. geleast						
AfA gesamt						
Zinsen und ähnliche Aufwendungen						
Zinsen und ähnliche Aufwendungen						
Zinsen u ä Aufwand an verb Untern						
IFRS Zinsen für aktiviertes Leasing						
sonstige Zinsen und ähnliche Ertrag						
Zinsen und ähnl. Aufw. gesamt						
Erlöse gesamt						17.745.264
Kosten gesamt						-18.353.012
Erlöse ./ Kosten						-607.749

Ausgehend von diesem Basisszenario wurden im nächsten Schritt zunächst die für das Jahr 2020 maßgeblichsten Änderungen gegenüber dem Basisszenario in der 2019er-Datengrundlage abgebildet: Obwohl erst im Jahr 2020 eingetreten, wurden die Auswirkungen der Schließung der stationären Pädiatrie und der Ausbau der ambulanten pädiatrischen und die neue teilstationäre pädiatrische Versorgung in der 2019er-Datengrundlage umgesetzt. Um davon ausgehend zum vorkalkulatorischen Jahresergebnis 2020 zu gelangen, wurden im nächsten Schritt erstens bei den ermittelten Erlösen und Kosten Preissteigerungen berücksichtigt und zweitens wurde der Erlösrückgang berücksichtigt, der aus einem erneut deutlichen Fallzahlrückgang gegenüber 2019 in den verbleibenden Fachabteilungen resultiert. Zu berücksichtigen sind hierbei die Kapazitätseinschränkungen im Rahmen der Covid 19-Pandemie. In gegenüber Tabelle 1 höher aggregierter Form zeigt Tabelle 2 die Ergebnisse der Berechnungen für das Jahr 2020. Da es auch nicht möglich war, flankierend zu dem Erlösminderungen im Jahr 2020 die Kostenseite zu entlasten, erhöht sich das 2020er-Defizit gegenüber dem Jahr 2019 von knapp 608T € auf 1,76 Mio €.

Eine deutliche abermalige Verschlechterung ergeben die ebenfalls in Tabelle 2 ausgewiesene Berechnungsergebnisse für das Jahr 2021: Das Defizit hat sich im Ergebnis aller Änderungen, die gegenüber dem Jahr 2020 für das Jahr 2021 berücksichtigt worden sind, kalkulatorisch noch einmal um knapp 654T € auf über 2,41 Mio € erhöht.

Die wichtigsten und berücksichtigten Änderungen sind:

- Preissteigerungen sind auf der Erlös- und der Kostenseite berücksichtigt
- Alle im Jahr 2020 noch auf der Erlösseite wirksamen Förderungen für das StimMT-Projekt sind entfallen. Aus der Förderung finanzierte Kosten bestehen demgegenüber i. W. unverändert fort. Dazu zählen u. a. die Personalkosten für zwei Triage-Fachkräfte und alle im Zusammenhang mit der Decision Unit stehenden Kosten
- Für das KBZ ist der zukünftig zu erwartende Stand berücksichtigt (u. a. teilweise Kostenübernahme durch den Landkreis für den Pflegestützpunkt, Tragung der verbleibenden Personal- und sonstigen Kosten durch den ASZ-Partner Sana, keine den Entfall der Fördermittel kompensierenden „eigene“ Erlöse)
- Die Kosten für die Bereitschaftsdienstpraxis und die Decision Unit werden annahmegemäß durch gleichhohe Erlöse neutralisiert. Gleiches gilt für die teilstationäre Pädiatrie, für die eine neue Hauptkostenstelle gebildet wurde. Dem liegen die Annahmen zugrunde, dass die KV Brandenburg die Kostentragung für die Bereitschaftsdienstpraxis übernimmt und eine kostendeckende Vergütung für die Decision Unit und die teilstationäre Pädiatrie in den Budgetverhandlungen erreicht werden kann. Erste Verhandlungen verliefen bis dato ergebnislos, so dass die Decision Unit ab 01.01.2021 voraussichtlich ohne Finanzierungsvereinbarung fortzuführen ist.

Tabelle 2

	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Akut- & Notfallversorgung							
Erlöse							
Löhne und Gehälter							
Aufwendungen							
AfA							
Zinsen & ähnl. Aufw.							
Stationäre Versorgung (inkl. AOP)							
Erlöse							
Initialer Erlösrückgang aus FZ-							
Rückgang							
Erlöse nach initialem Rückgang							
Löhne und Gehälter							
Aufwendungen							
AfA							
Zinsen & ähnl. Aufw.							
Ambulante Versorgung							
Erlöse ohne ambul. Pädiatrie							
Erlöse ambul. Pädiatrie							
Erlöse gesamt							
Löhne und Gehälter							
Aufwendungen							
AfA							
Zinsen & ähnl. Aufw.							
Sozialdienst (2020=KBZ)							
Erlöse							
Löhne und Gehälter							
Aufwendungen							
AfA							
Zinsen & ähnl. Aufw.							
Leitung & Verwaltung							
Erlöse vor Sicherstellungs-							
zuschlag §5Abs2aKHEntG							
Sicherstellungszuschlag							
§5Abs2aKHEntG							
Erlöse nach Zuschlag							
Löhne und Gehälter							
Aufwendungen							
AfA							
Zinsen & ähnl. Aufw.							
ASZ gesamt							
Erlöse							
Löhne und Gehälter							
Aufwendungen							
AfA							
Zinsen & ähnl. Aufw.							
ERLÖSE gesamt	17.745.264	16.795.091	16.577.550	16.998.989	17.430.464	17.872.225	18.324.531
KOSTEN gesamt	18.353.166	18.555.474	18.991.887	19.463.616	19.923.021	20.394.713	20.879.045
ERLÖSE ./, KOSTEN	-607.902	-1.760.383	-2.414.337	-2.464.627	-2.492.557	-2.522.488	-2.554.514

Die für das Basisszenario in Tabelle 2 ausgewiesenen Werte für die Folgejahre 2022 bis 2025 ergeben sich allein nach Berücksichtigung von Preiserhöhungen.

Insbesondere wird im Basisszenario nicht davon ausgegangen, dass sich nach dem durch die Corona-Pandemie mit verursachten Fallzahlrückgang wieder „automatische“ eine Erhöhung der Fallzahlen gegenüber dem Niveau im Jahr 2020 ergibt. Unterstellt wird für das Basisszenario aber, dass die Fallzahlen entgegen dem seit Jahren auch vor der Corona-Pandemie insgesamt rückläufigen Trend (vgl. Tabelle 3) im Zeitraum bis 2025 ohne weitergehende Maßnahmen stabil bleiben.

Tabelle 3

	Stat Chir	Stat Inn	Stat Gyn	Stat Geri	ges ohne Stat Päd	Stat Päd	ges mit Stat Päd
Fallzahlen absolut							
2016	927	2.585	744	346	4.602	607	5.209
2017	941	2.440	739	478	4.598	588	5.186
2018	867	2.502	607	427	4.403	555	4.958
2019	835	2.296	550	376	4.057	479	4.536
2020*	830	1.856	384	321	3.391	3	3.394
Veränderungen ggü. dem Vorjahr in Prozent							
2017	1,5%	-5,6%	-0,7%	38,2%	-0,1%	-3,1%	-0,4%
2018	-7,9%	2,5%	-17,9%	-10,7%	-4,2%	-5,6%	-4,4%
2019	-3,7%	-8,2%	-9,4%	-11,9%	-7,9%	-13,7%	-8,5%
2020*	-0,6%	-19,2%	-30,2%	-14,6%	-16,4%	-99,4%	-25,2%

* Werte nach vorläufigem JA-Stand

Da die auf der Kostenseite angesetzten Preissteigerungsfaktoren ein insgesamt höheres Gewicht haben als die Preissteigerungen, die annahmegemäß in den Erlösen berücksichtigt werden (im Basisfallwert), geht die Schere zwischen Kosten und Erlösen weiter auseinander mit der Folge, dass sich das Defizit von Jahr zu Jahr erhöht und im Jahr 2025 gut 2,55 Mio. € erreicht.

B.2 Entwicklung von Kosten und Erlösen bis 2025

In den kommenden Jahren werden die Ergebnisse des Basisszenarios durch hypothetische Maßnahmen positiv verändert, die sowohl auf der Erlös- als auch auf der Kostenseite ansetzen:

- Unter Fortschreibung mit dem Preissteigerungsfaktor 1,012 werden die Aufwendungen für Leitung und Verwaltung im Jahr 2022 mit 3,66 Mio. € veranschlagt. Durch ein Bündel von Maß-

nahmen würden annahmegemäß gegenüber den Werten, die sich bei einfacher Fortschreibung ergeben würden, erstmalig im Jahr 2022 und nachfolgend in jedem Jahr bis 2025 Einsparungen von drei Prozent erzielt.

- Altersbedingt scheiden in den Jahren 2024 und 2025 vornehmlich im Bereich der stationären Versorgung tätige Ärzte aus. Die Nachbesetzung mit jüngeren Ärzten führt annahmegemäß jeweils zu verringerten Personalausgaben.

Aus Tabelle 5 kann abgelesen werden, dass die mit diesen beiden Maßnahmen erzielbaren Effekte im Jahr 2024 mit knapp 400T € und im Jahr 2025 mit knapp 458T € allein nicht ausreichend sein würden, um das bei Aufrechterhaltung des Status quo (= Basisszenario) drohende Defizit - im Jahr 2025 in Höhe von gut 2,55 Mio € - auszugleichen.

Es sind deshalb weitere Maßnahmen erforderlich, um das negative Betriebsergebnis nachhaltig abzubauen:

- Jährlich werden rund 4.000 Patient_innen mit Wohnort im Mittelbereich Templin in anderen Krankenhäusern vollstationär versorgt. Ausgehend von der Indikationsstellung, der Fallschwere und weiteren Merkmalen weisen knapp die Hälfte dieser Patient_innen Potenziale für eine stationäre Behandlung im ASZ auf. Nach Abzug von Notfällen und einem pauschalen Ansatz für Patient_innen, für die sich aus spezifischen Konstellationen im Einzelfall ein unabweisbares Behandlungserfordernis an einem anderen Standort ergibt, wird das danach verbleibende Potenzial mit Behandlungsmöglichkeit im ASZ auf 964 Fälle jährlich abgeleitet. Insbesondere über die Kooperation mit dem Arzt- und Psychotherapeutennetz Gesund in Templin e.V. sollte dieses Potenzial in den kommenden Jahren schrittweise erschlossen werden. Im Ergebnis könnten die gemäß Krankenhausplan vorzuhaltenden Kapazitäten besser ausgelastet werden, so dass durch die Kooperation hinzugewonnene Fälle auch bei geringer Fallschwere in Summe einen positiven Deckungsbeitrag leisten würden.

Tabelle 4 zeigt die Ergebnisse für zwei Ausschöpfungsszenarien. Im ersten Ausschöpfungsszenario würde (nach Fixkostendegressionsabschlag) bei einer Ausschöpfungsquote von 60% im Jahr 2025 ein Erlöszuwachs von 1,395 Mio € realisiert, im zweiten Szenario bei einer Ausschöpfungsquote von 70% ein Erlöszuwachs von 1,709 Mio €. Im Nettoerlös aus dem Fallpreis ist hierbei für die variablen Kosten bereits ein Abschlag i. H. v. 10% vom DRG-Erlös berücksichtigt.

Tabelle 4

	2021	2022	2023	2024	2025
Ausgangsgrößen					
Potenzial Fälle	964				
Nettoerlös aus Fallpreis	3.367	3.452	3.538	3.626	3.717
Erlöszuwachs aus Umsteuerung - Szenario 1					
Potenzialausschöpfung	0%	20%	40%	50%	60%
entspricht Fallzahl	0	193	386	482	578
verbleiben Fälle für stationäre Versorgung	0	169	338	422	506
Erlöszuwachs vor FDA	0	583.310	1.195.787	1.530.286	1.880.767
FDA (= Fixkostendegressionsabschlag 35%) Vorjahr	0	0	204.159	443.139	360.823
FDA nur Mehrfälle Geschäftsjahr ggü Vorjahr	0	204.159	238.980	121.843	124.889
FDA Geschäftsjahr Gesamt	0	204.159	443.139	564.982	485.712
Erlöszuwachs nach FDA	0	379.152	752.648	965.304	1.395.055
Erlöszuwachs aus Umsteuerung - Szenario 2					
Potenzialausschöpfung	0%	30%	50%	60%	70%
entspricht Fallzahl	0	289	482	578	675
verbleiben Fälle für stationäre Versorgung	0	253	422	506	591
Erlöszuwachs vor FDA	0	872.981	1.492.375	1.834.348	2.195.746
FDA (= Fixkostendegressionsabschlag 35%) Vorjahr	0	0	305.543	544.524	360.823
FDA nur Mehrfälle Geschäftsjahr ggü Vorjahr	0	305.543	238.980	121.843	126.190
FDA Geschäftsjahr Gesamt	0	305.543	544.524	666.366	487.013
Erlöszuwachs nach FDA	0	567.437	947.851	1.167.982	1.708.733

- Die stationäre gynäkologische Versorgung und der für Sectios vorzuhaltende zweite OP-Saal wirken sich bei seit Jahren rückläufigen Fallzahlen negativ auf das Betriebsergebnis aus. Es ist nicht erkennbar, dass es hier zu einer Trendumkehr kommen wird. Es wurde deshalb fiktiv berechnet, welche Entlastungen sich für das Betriebsergebnis ergeben würden, wenn stationäre Gynäkologie und zweiter OP-Saal mit Wirkung ab dem Jahr 2023 geschlossen werden würden.

Im Ergebnis würde im Jahr 2025 erstmals ein ausgeglichenes Betriebsergebnis erreicht, wenn

- die Ausgaben für Leitung und Verwaltung wie oben beschrieben abgesenkt werden
- die Personalkosten reduziert werden, indem altersbedingt ausgeschiedene im ASZ angestellte Ärzte durch jüngere Ärzte mit entsprechend niedrigeren Gehältern ersetzt werden
- insbesondere durch die Kooperation mit dem Arzt- und Psychotherapeutennetz Gesund in Templin e.V. erreicht werden könnte, dass im Jahr 2025 70% des Potenzials im ASZ behandelbarer Fälle ausgeschöpft werden
- die stationäre Gynäkologie und der zweite vorgehaltene OP mit Wirkung ab dem Jahr 2023 geschlossen werden

Tabelle 5

	2021	2022	2023	2024	2025	
ASZ gesamt						
Erlöse						
Löhne und Gehälter						
Aufwendungen						
AfA						
Zinsen & ähnl. Aufw.						
ERLÖSE gesamt	16.577.550	16.998.989	17.430.464	17.872.225	18.324.531	
KOSTEN gesamt	18.991.887	19.463.616	19.923.021	20.394.713	20.879.045	
ERLÖSE ./ . KOSTEN	-2.414.337	-2.464.627	-2.492.557	-2.522.488	-2.554.514	
ERGEBNISVERÄNDERUNGEN						
S1	Minderung Aufwendungen Leitung & Verwaltung					
	Minderung Kosten Löhne & Gehälter Stationäre Versorgung					
	Erlöszuwachs aus Umsteuerung nach FDA - Szenario 1					
	Gesamtveränderung	0	489.039	863.853	1.356.244	1.854.036
S1	ERLÖSE ./ . KOSTEN	-2.414.337	-1.975.588	-1.628.704	-1.166.244	-700.477
S2	Minderung Aufwendungen Leitung & Verwaltung					
	Minderung Kosten Löhne & Gehälter Stationäre Versorgung					
	Erlöszuwachs aus Umsteuerung nach FDA - Szenario 2					
	Gesamtveränderung	0	677.324	1.059.057	1.558.922	2.167.714
S2	ERLÖSE ./ . KOSTEN	-2.414.337	-1.787.302	-1.433.500	-963.566	-386.799
S3-1	Minderung Aufwendungen Leitung & Verwaltung					
	Minderung Kosten Löhne & Gehälter Stationäre Versorgung					
	Erlöszuwachs aus Umsteuerung nach FDA - Szenario 1					
	Saldo Effekte aus Schließung Gyn & OP2					
	Gesamtveränderung	0	489.039	941.356	1.707.729	2.301.329
S3-1	ERLÖSE ./ . KOSTEN	-2.414.337	-1.975.588	-1.551.201	-814.758	-253.185
S3-2	Minderung Aufwendungen Leitung & Verwaltung					
	Minderung Kosten Löhne & Gehälter Stationäre Versorgung					
	Erlöszuwachs aus Umsteuerung nach FDA - Szenario 2					
	Saldo Effekte aus Schließung Gyn & OP2					
	Gesamtveränderung	0	677.324	1.136.559	1.910.407	2.615.007
S3-2	ERLÖSE ./ . KOSTEN	-2.414.337	-1.787.302	-1.355.997	-612.080	60.494

Anhang 1: Raumbuch

IGiB – Strukturmigration im
Mittelbereich Templin

Förderkennzeichen:

01NVF16001

Konzept zum Sektorenübergreifenden

Behandlungspfad Adipositas

- erstellt durch den Konsortialpartner KV COMM -

[Pfadkonzept Adipositas]

Inhaltsverzeichnis

Präambel	3
1. Ausgangslage	4
2. Ist-Analyse.....	4
3. Zielgruppen-Definition	10
4. Zielsetzung.....	11
5. Pfadakteure	13
6. Pfadschema	16
7. Leistungsbestandteile	26
8. Evaluation.....	26
Literaturverzeichnis	28
Abbildungsverzeichnis	28
Tabellenverzeichnis	30
Anhang.....	31

[Pfadkonzept Adipositas]

Präambel

Das vorliegende Konzept zum Sektorenübergreifenden Behandlungspfad (SÜ-BHPF) Adipositas ordnet sich in das Teilprojekt 4 „Unterstützung einer systematischen fachgruppen-, berufsgruppen- und sektorenübergreifenden Abstimmung und Koordination“ des Projektes IGiB – Strukturmigration im Mittelbereich Templin ein. Das Projekt IGiB – Strukturmigration im Mittelbereich wird vom Innovationsfonds unter dem Kennzeichen 01NVF16001 gefördert. Ziel des Teilprojektes 4 ist es, nationale und internationale evidenzbasierte Leitlinien in der regionalen medizinischen Versorgung anhand von standardisierten SÜ-BHPF zu ausgewählten Indikationen zu etablieren. Die Umsetzung der SÜ-BHPF erfolgt unter Einbezug der niedergelassenen Ärzte wie auch der Ärzte des Sana Krankenhauses Templin und unter Einsatz von Case Management. Durch die Implementierung des im nachstehenden Dokument dargestellten SÜ-BHPF Adipositas wird die Reduzierung unnötiger stationärer Behandlungen angestrebt. Damit einhergehend, sollen Krankheitskosten reduziert und die Lebensqualität von adipös erkrankten Patienten erhöht werden.

Potsdam, den 02.11.2018

[Pfadkonzept Adipositas]

1. Ausgangslage

Adipositas gilt nicht nur als chronische Erkrankung, sondern darüber hinaus auch als wesentlicher Risikofaktor für die Entstehung von Folge- und Begleiterkrankungen, wie beispielsweise Diabetes mellitus Typ 2, Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Bluthochdruck. Unter Berücksichtigung des hohen Mortalitäts- und Morbiditätsrisikos sowie der eingeschränkten Lebensqualität ist eine langfristige und standardisierte Betreuung erforderlich, die alle am Behandlungs- und Therapieprozess beteiligten Akteure umfasst (Deutsche Adipositas-Gesellschaft et. al (2014), zit. nach: World Health Organization).

2. Ist-Analyse

Um genaue Aussagen hinsichtlich des Bedarfes zur Implementierung eines SÜ-Pfades Adipositas treffen zu können, wurde eine Potenzialanalyse durchgeführt. Die zur Auswertung herangezogenen Daten beziehen sich auf Abrechnungsdaten der niedergelassenen Ärzte im MB Templin, die von der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg (KVBB) bereitgestellt wurden. Dargestellt wird die Anzahl der Patienten im Jahr 2016 mit einer Adipositas Diagnose (ICD 10-Code E66).

Im MB Templin leben insgesamt 27.000 Menschen (Stand: 31.12.2014). Nach Auswertung des Datensatzes wird ersichtlich, dass insgesamt 11 Prozent der Einwohner (n = 2.937 Menschen) an Adipositas leiden. Bezogen auf das Geschlecht sind 59 Prozent (n = 1.720) weibliche und 41 Prozent (n = 1.217) männlich. Die grafische Darstellung erfolgt in Abbildung 1. Die Darstellung der absoluten Zahlen erfolgt in Tabelle 3 im Anhang.

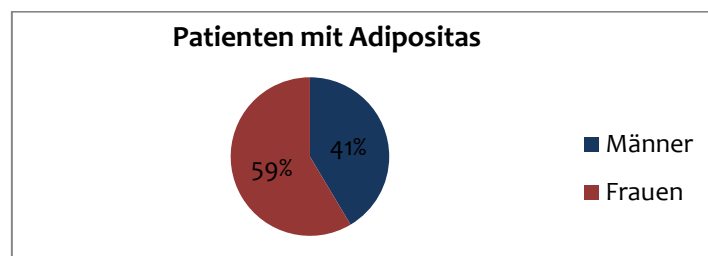


Abbildung 1: Patienten mit Adipositas im MB Templin bezogen auf das Geschlecht (Eigene Darstellung)

Hinsichtlich des Alters wird deutlich, dass Adipositas in allen Altersgruppen vertreten ist. Am häufigsten sind die Altersgruppen von 51 bis 60; 61 bis 70 und 71 bis 80 Jahren zu nennen. Bezogen auf das Geschlecht können leichte Unterschiede eruiert werden. Während bei Frauen die Anzahl der an Adipositas Leidenden in den genannten Altersgruppen annähernd gleich bleiben, nimmt mit steigendem Alter die Anzahl der an Adipositas leidenden Männer ab.

[Pfadkonzept Adipositas]

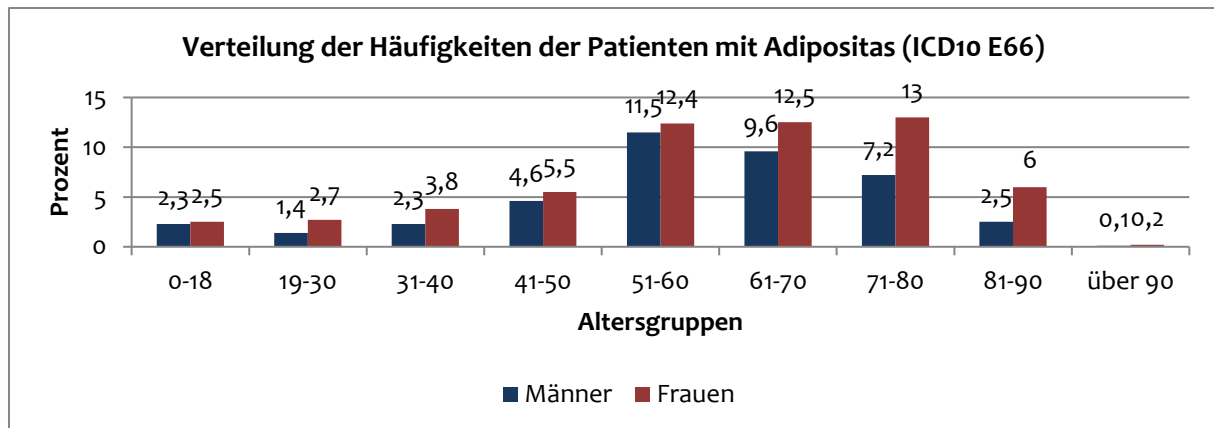


Abbildung 2: Anzahl der Patienten mit Adipositas (ICD10 E66) bezogen auf das Alter und das Geschlecht (Eigene Darstellung)

Die Unterteilung einer Adipositas-Erkrankung erfolgt anhand des Body-Mass-Indexes in drei Schweregraden: 30 - 34,9kg/ m² (Schweregrad I); 35 - 39,9 kg/m² (Schweregrad II); >40 kg/m² (Schweregrad III). Den Abrechnungsdaten ist zu entnehmen, dass unabhängig des Geschlechts und des Alters alle drei Grade im MB Templin vertreten sind. Wie in der Abbildung dargestellt wird, tritt der Schweregrad I mit 26,5 Prozent am häufigsten auf. Bezogen auf das Geschlecht wird ersichtlich, dass alle drei Grade sowohl Frauen als auch Männer betreffen. Diese unterscheiden sich in ihrer Ausprägung jedoch nur geringfügig voneinander. So ist der Schweregrad I und II bei den Frauen annähernd gleich verteilt, bei den Männern hingegen nimmt die Häufigkeit mit zunehmenden Schweregrad ab.

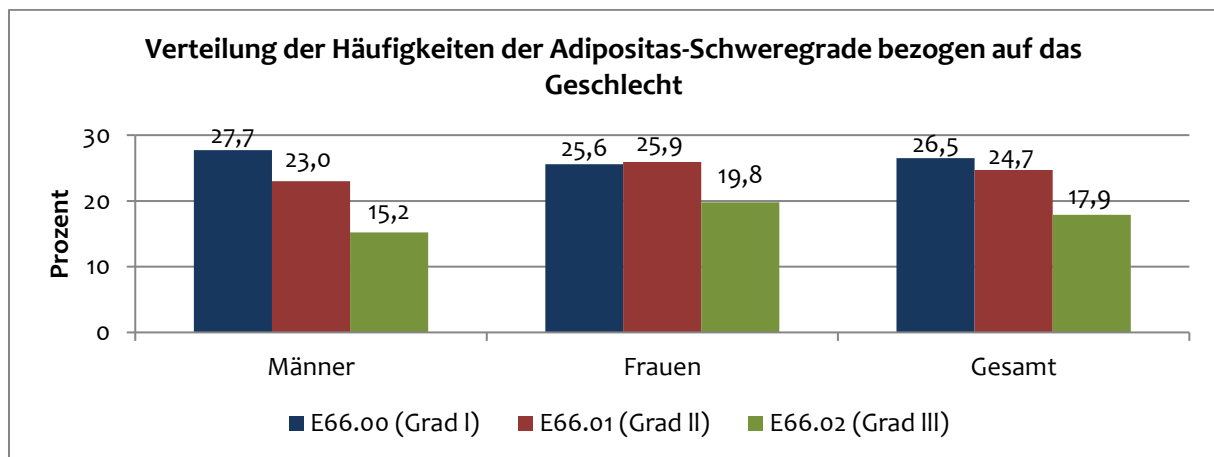


Abbildung 3: Verteilung der Häufigkeit der Adipositas-Schweregrade (Eigene Darstellung)

Hinsichtlich des Alters ist zu erkennen, dass der Schweregrad I am häufigsten bei den Männern in der Altersgruppe 51 bis 60 Jahre (8,5 Prozent) und bei den Frauen in der Gruppe der 71- bis 80-jährigen (7 Prozent) vertreten ist. Beim Schweregrad II erfolgt bei den Männern eine Altersverschiebung, so dass die Altersgruppe der 61- bis 70-jährigen mit 6,8 Prozent am häufigsten betroffen ist. Bei den Frauen sind es sowohl die Altersgruppe der 51- bis 60-jährigen (6,1 Prozent), als auch die Altersgruppe der 71- bis 80-jährigen (6,1 Prozent). Der Schweregrad III ist bei Frauen als auch bei Männern am häufigsten in den Altersgruppen der 51- bis 60-jährigen (Männer: 3,9 Pro-

[Pfadkonzept Adipositas]

zent, Frauen: 4,9 Prozent) und der 61- bis 70-jährigen (Männer: 4 Prozent, Frauen: 5,1 Prozent) am höchsten. Die grafische Darstellung erfolgt in der nachstehenden Abbildung. Die absoluten Zahlen können im Anhang in der Tabelle 4 eingesehen werden.

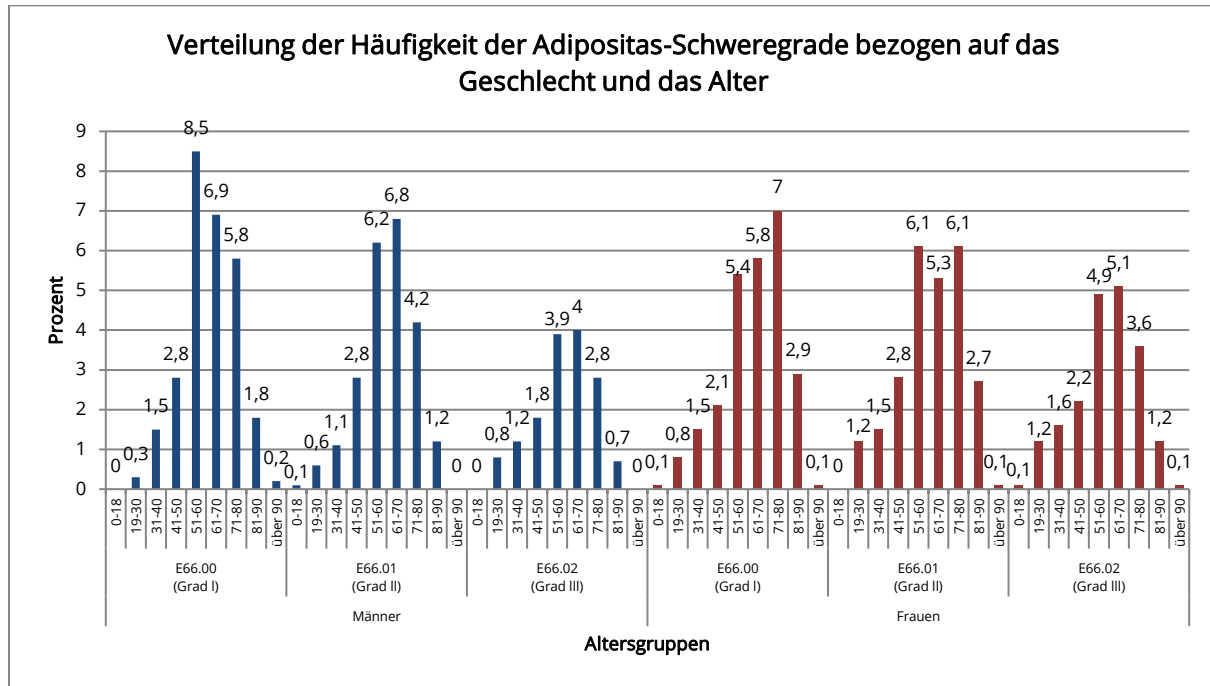


Abbildung 4: Verteilung der Häufigkeit der Adipositas-Schweregrade bezogen auf das Geschlecht und das Alter (Eigene Darstellung)

Neben der Unterscheidung in die drei Schweregrade werden noch vier weitere Differenzierungen vorgenommen. Die Darstellung erfolgt in der nachstehenden Tabelle. Im MB Templin sind die Ausprägungen der E66.1 (Arzneimittelinduzierte Adipositas) sowie der E66.2 (Übermäßige Adipositas mit alveolärer Hypoventilation) so gering, dass diese im Rahmen des Pfadkonzeptes vernachlässigt werden können. Die ICD10-Codes E66.8 und E66.9 sind hingegen häufiger und umfassen insgesamt 27,98 Prozent.

Tabelle 1: Anzahl bzw. Häufigkeit der Patienten mit IDC10 E66.1- bis E66.9- (Eigene Darstellung)

	Männer		Frauen	
	Absolut	Prozent	Absolut	Prozent
E66.1 (Arzneimittelinduzierte Adipositas)	2	0,7 %	2	0,7 %
E66.2 (Übermäßige Adipositas mit alveolärer Hypoventilation)	11	0,37 %	8	0,27 %
E66.8 (Sonstige Adipositas)	124	4,22 %	184	6,26 %
E66.9 (Adipositas, nicht näher bezeichnet)	414	14,1 %	638	21,72 %

Mit steigendem Body-Mass-Index steigt das Risiko von Folge- bzw. Begleiterkrankungen. In den zur Auswertung herangezogenen Daten wurden folgenden Erkrankungen berücksichtigt: Hypertonie, Diabetes mellitus Typ 2, Fettstoffwechselstörung, Gicht und Depressionen. Zu beobachten ist, dass unabhängig des Geschlechts die Erkrankung Hypertonie mit insgesamt 78,6 Prozent am

[Pfadkonzept Adipositas]

häufigsten auftritt. An zweiter Stelle ist die Fettstoffwechselstörung mit 43,6 Prozent und an dritter der Diabetes mellitus Typ 2 mit insgesamt 38,9 Prozent zu nennen. Erkennbar wird, dass Gicht sowie Depressionen in Kombination mit Adipositas zwar vorhanden sind, hier jedoch nur eine geringe Anzahl der Patienten betroffen sind (Gicht: 11,7 Prozent und Depressionen 12,5 Prozent). Die Darstellung erfolgt in der nachstehenden Abbildung. Die absoluten Zahlen können in der Tabelle 5 im Anhang eingesehen werden.

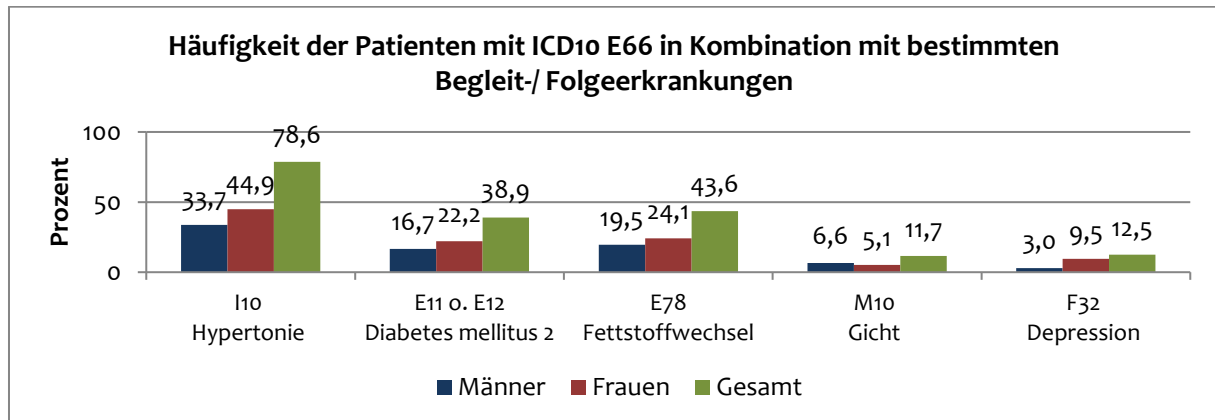


Abbildung 5: Häufigkeit der Patienten mit ICD10 E66 in Kombination mit bestimmten Begleit-/ Folgeerkrankungen (Eigene Darstellung)

Deutlich wird, dass alle Erkrankungen in Kombination mit Adipositas unabhängig vom Schweregrad im MB Templin unterschiedlich stark vorhanden sind. Die grafischen Darstellungen erfolgen in den nachstehenden Abbildungen.

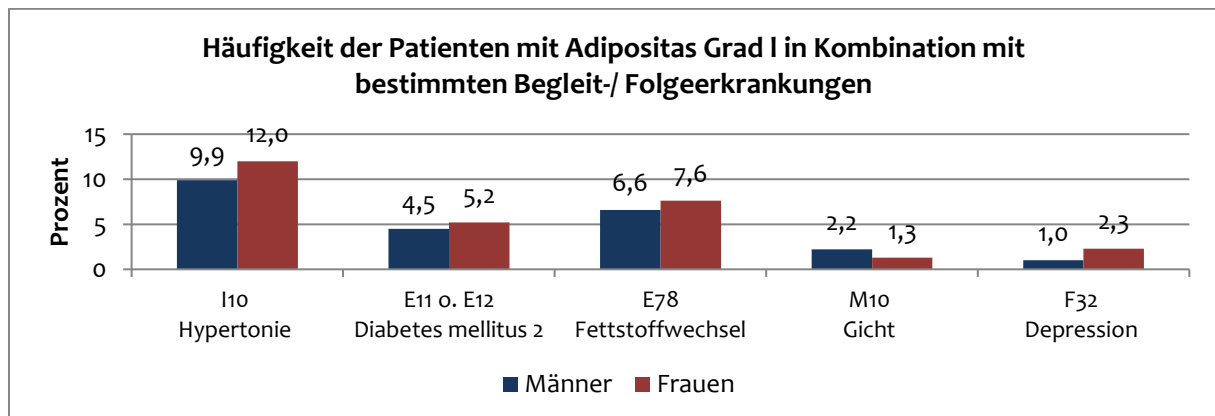


Abbildung 6: Häufigkeit der Patienten mit Adipositas Grad I in Kombination mit bestimmten Begleit-/ Folgeerkrankungen (Eigene Darstellung)

[Pfadkonzept Adipositas]

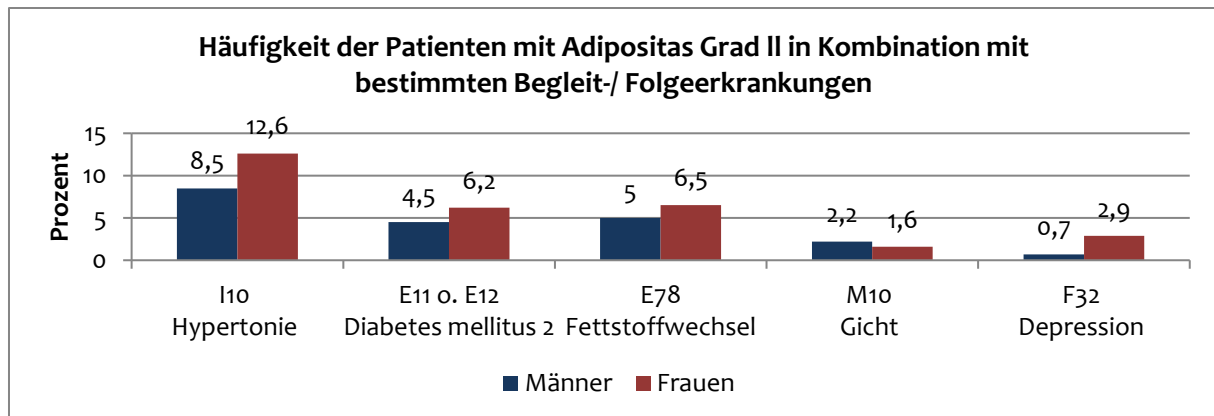


Abbildung 7: Häufigkeit der Patienten mit Adipositas Grad II in Kombination mit bestimmten Begleit-/ Folgeerkrankungen (Eigene Darstellung)

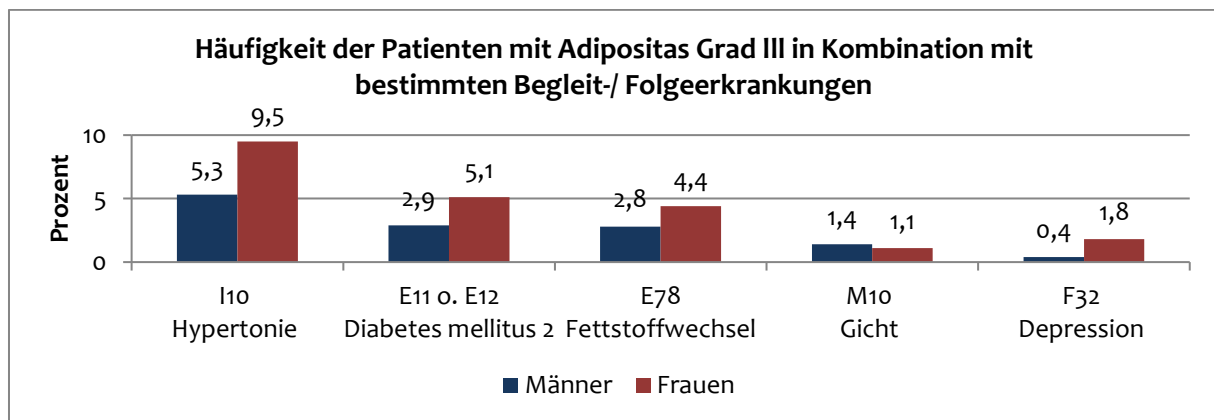


Abbildung 8: Häufigkeit der Patienten mit Adipositas Grad III in Kombination mit bestimmten Begleit-/ Folgeerkrankungen (Eigene Darstellung)

Bei detaillierter Betrachtung der Kombination der beiden Begleit-/Folgeerkrankungen Hypertonie und Diabetes mellitus Typ 2 wird ersichtlich, dass sowohl Frauen als auch Männer – unabhängig vom Schweregrad – beide Erkrankungsbilder zeitgleich aufweisen. Deutlich wird, dass diese Kombination am häufigsten im Schweregrad II (Männer: 4,2 Prozent; Frauen 5,7 Prozent) vorkommt. Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt in Abbildung .

[Pfadkonzept Adipositas]

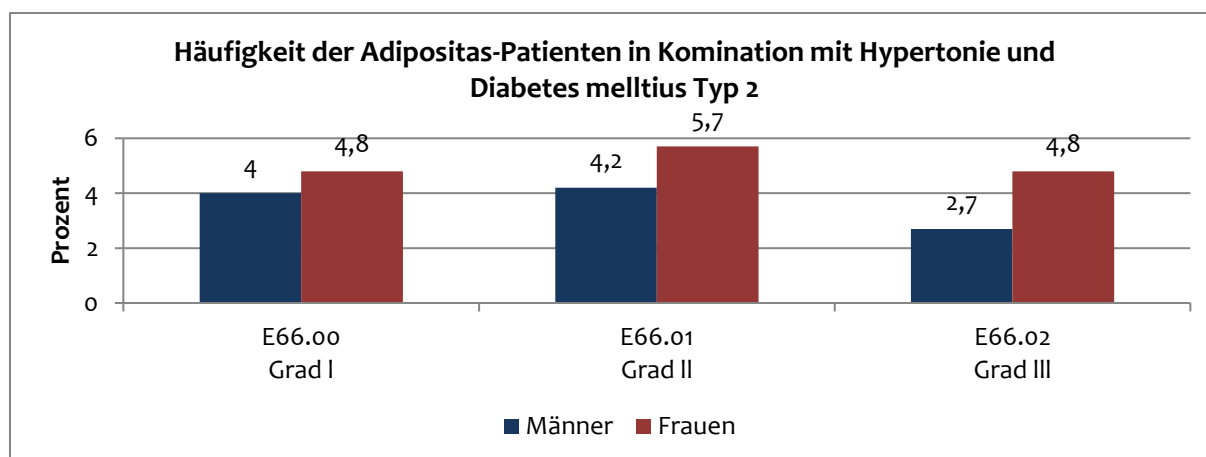


Abbildung 9: Häufigkeit der Adipositas-Patienten in Kombination mit Hypertonie und Diabetes mellitus Typ 2 (Eigene Darstellung)

Mit Bezug auf die im Pfad beteiligten Akteure wurde eine Analyse der Prävalenzdaten von Adipositas nach Arztgruppe durchgeführt. In Abbildung ist zu beobachten, dass die 17 niedergelassenen Hausärzte im Mittelbereich Templin die meisten Diagnosen (n = 2.508) vergeben haben. Die Fachgruppen Orthopädie (n = 205), Chirurgie (n = 193), Frauenheilkunde (n = 191) und Pneumologie (n = 122) sollten in Anbetracht der Anzahl der vergebenen Diagnosen dennoch im Pfadkonzept berücksichtigt werden.

Die Hausärzte sind die zentralen Ansprechpartner für Adipositas-Patienten. Dies wurde ebenfalls in der Arbeitsgruppe „SÜ-BHPF – Adipositas“ von den teilnehmenden Ärzten bestätigt. Im Rahmen der IST-Analyse bei den Arbeitsgruppentreffen wurde deutlich, dass bislang kein einheitlicher Verfahrensablauf für diese Erkrankung im MB Templin existiert. Vielmehr wurde auf den geringen Handlungsspielraum der Klinikärzte hingewiesen. So erfolgt eine Klinikeinweisung in der Regel auf Grundlage der bestehenden Begleit-/ Folgeerkrankungen, beispielsweise wenn der Blutdruck oder der Blutzuckerwert unkontrollierbar sind und gegebenenfalls eine neue medikamentöse Einstellung erfolgen muss. Eine definierbare Zusammenarbeit zwischen den niedergelassenen und den stationären Ärzten im Bereich der Adipositas gibt es bislang nicht

[Pfadkonzept Adipositas]

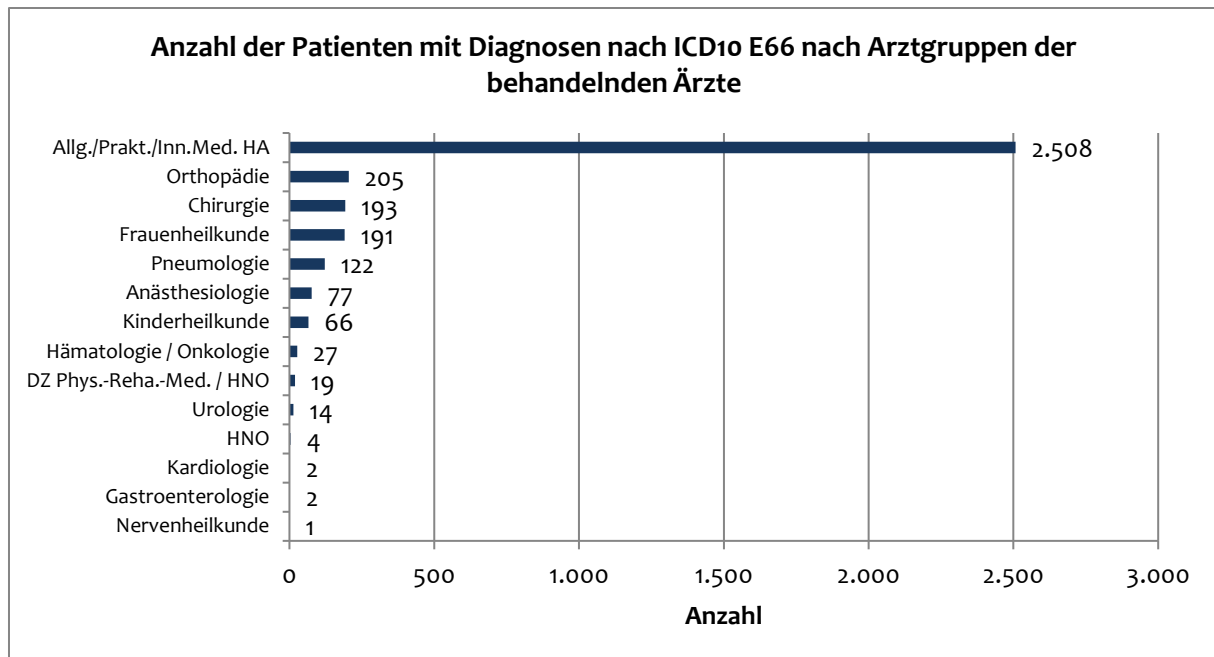


Abbildung 10: Anzahl der Patienten mit Diagnosen nach ICD10 E66 nach Arztgruppen der behandelnden Ärzte (Eigene Darstellung)

Hinsichtlich des therapeutischen Angebotes, welches im Rahmen der Ist-Analyse ebenfalls berücksichtigt wurde, zeigt sich, dass umfangreiche Bewegungsangebote von unterschiedlichen Anbietern existieren. Eine Auflistung der Angebote wird im Gliederungspunkt 5 Pfadbestandteile auf der Seite 13 vorgenommen.

Zusammenfassend ist ersichtlich, dass unabhängig des Geschlechts 11 Prozent der Bevölkerung eine Adipositas Erkrankung aufweisen. Die Altersspanne der Hauptbetroffenen beläuft sich auf 51 bis 80 Jahre. Es sind dennoch auch Einwohner im jüngeren oder höheren Alter erkrankt. Darüber hinaus zeigen die Daten, dass unabhängig des Geschlechts und des Schweregrades Begleit-/ Folgeerkrankungen existieren. Die häufigste ist mit 78,6 Prozent die Hypertonie, aber auch die Fettstoffwechselerkrankung und der Diabetes mellitus Typ 2 sind nicht zu vernachlässigen.

Weitere Datensätze sind in Anlage 1 des vorliegenden Dokuments einsehbar.

3. Zielgruppen-Definition

Gemäß der interdisziplinären Leitlinie der Qualität S3 zur „Prävention und Therapie der Adipositas“ werden folgende Patienten in den Pfad eingeschlossen:

1. Patienten mit einem BMI zwischen 25 und $< 30 \text{ kg/m}^2$ und gleichzeitigem Vorliegen von:
 - übergewichtsbedingter Gesundheitsstörungen (z.B. Hypertonie, Diabetes mellitus Typ 2) oder
 - einer abdominalen Adipositas oder
 - Erkrankungen, die durch Übergewicht verschlimmert werden oder
 - eines hohen psychosozialen Leidensdrucks
2. Patienten mit einem BMI $\geq 30 \text{ kg/m}^2$

[Pfadkonzept Adipositas]

Darüber hinaus wird in den Pfad folgende Patientengruppe eingeschlossen:

3. Patienten mit Tendenz zum Übergewicht und bestehenden lebensstilbezogenen Risikofaktoren (bauchbetontes Übergewicht, manifester Bewegungsmangel, verringerte Stressreaktivität, Schlafstörungen, Rauchen)

Der in diesem Dokument ausgearbeitete Behandlungspfad fokussiert die Altersgruppe von 19 bis 60 Jahren. Die Entwicklung eines zweiten Pfades – für Kinder und Jugendliche der Altersgruppe von 2 bis 18 Jahren – muss noch geprüft werden¹.

Das Alter soll dennoch kein Ausschlusskriterium darstellen, so dass einem motivierten übergewichtigen oder adipösen Patienten die Teilnahme nicht verwehrt werden soll. Die Entscheidung über die Teilnahme obliegt dem Hausarzt des Patienten.

4. Zielsetzung

Bei der Entwicklung des Behandlungspfades stand die Fragestellung „Wie können Krankenhausweisungen, die überwiegend aufgrund der bestehenden Begleiterkrankungen, wie beispielsweise Diabetes mellitus Typ 2 und/oder Hypertonie erfolgen, vermieden werden?“ im Vordergrund. Darauf basierend wurde überprüft, welche Maßnahmen integriert werden müssen, damit diese Krankenhausfälle zukünftig vermieden werden können. Hierbei wurden folgende Thesen aufgestellt:

1. Die Versorgung von übergewichtigen bzw. adipösen Patienten erfolgt nicht kontinuierlich und nicht am ursprünglichen Problem – dem Gewicht. Dies bedeutet, dass lediglich die Behandlung der Begleiterkrankungen im Fokus steht.
2. Der Umgang mit der Erkrankung stellt für den Patienten eine Herausforderung dar (Therapie-treue), die mit einem unsicheren Therapieverlauf einhergeht. Daraus ergibt sich häufig die Inanspruchnahme stationärer Strukturen, die von dem Patienten ohne eine Einweisung auf-gesucht werden.

Mit der Veröffentlichung des Nationalen Aktionsplanes Gesundheitskompetenz aus dem Jahr 2018 kann die zweite These unterstützt werden: *Mehr als die Hälfte der Bevölkerung (54,3 Prozent) weist eine lediglich eingeschränkte Gesundheitskompetenz auf und hat Schwierigkeiten, mit gesundheitsrelevanten Informationen umzugehen. Bestimmte Bevölkerungsgruppen verfügen tendenziell über eine noch geringere Gesundheitskompetenz. Dazu zählen Menschen mit Migrationshintergrund, Menschen mit niedrigem Sozialstatus oder niedrigem Bildungsniveau sowie ältere und chronisch kranke Menschen* (Schaeffer et. al. 2018).

Der SÜ-BHPF Adipositas greift folgende Lösungsansätze auf:

- a) Verbesserung der Patientensteuerung
 - Etablierung eines Screening-Verfahrens zur sicheren Diagnosestellung in der Hausarztpraxis

¹ Die Kinderversorgung ist zunächst nicht Bestandteil des Pfadkonzeptes, aufgrund der derzeit laufenden Strukturveränderungen.

[Pfadkonzept Adipositas]

- Etablierung eines Screening-Verfahrens zur sicheren Diagnosestellung im Krankenhaus mit einem Überleitungsbogen an den behandelnden Hausarzt
- Entwicklung geeigneter Patienteninformationen
- b) Integration eines Betreuungskonzeptes
 - Aufbau eines Überleitungsmanagements in die „Ärztliche Präventionssprechstunde Bewegung“, in den therapeutischen Bereich sowie in den Bereich des Gesundheitssports und der Ernährungsberatung
- c) Stärkung der Gesundheitskompetenz
 - Förderung der Handlungskompetenz in den Bereichen Ernährung, Bewegung und Stressmanagement
 - Förderung der Annahme eines gesundheitsbewussten Lebensstils
 - Etablierung von Schulungsangeboten
- d) Entwicklung einer einheitlichen, berufsgruppenübergreifenden Dokumentationsbasis
 - Integration der berufsgruppenübergreifenden Dokumentationsanteile in ein Dokument bzw. in eine Anwendung
- e) Bündelung der regionalen Ressourcen
 - Vermittlung der regionalen Angebote im Bereich Therapie und Gesundheitssports (z.B. Rehasport, Präventionsangebote, etc.)
- f) Stärkung der Fortbildung
 - Durchführung regelmäßiger Fallkonferenzen und Qualitätszirkel

Mit diesen Ansätzen sollen folgende messbare Zielwerte erreicht werden:

- Senkung des Morbiditäts- und Mortalitätsrisikos
- Reduktion von bauchbetontem Übergewicht
- Erhalt bzw. Verringerung des Adipositasgrades
- Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit
- Steigerung der körperlichen Abwehr
- Linderung von Funktionseinschränkungen
- Verbesserung der Stoffwechselfunktion
- Reduzierung der adipositasbedingten Krankenhauseinweisungen
- Gezielte Steuerung des Patienten nach einer Krankenhausbehandlung
- Steigerung der Lebensqualität des Patienten
- Stärkung der Gesundheitskompetenz des Patienten

Um die beschriebenen Ziele zu erreichen, berücksichtigt der Pfad eine Methodenkombination aus Prozessverbesserungen (Organisationsrahmen), Strukturergänzungen (neue Versorgungsan-

[Pfadkonzept Adipositas]

gebote) und Maßnahmen zur Erreichung individuell festgelegter Zielstellungen (Einbezug therapeutischer Maßnahmen). Die Behandlung des übergewichtigen bzw. adipösen Patienten erfolgt im multiprofessionellen, therapeutischen Team unter ärztlicher Leitung.

5. Pfadakteure

Damit das Ziel der Zusammenarbeit in einem multiprofessionellen Team erfüllt wird, werden neben den niedergelassenen Ärzten und dem stationären Bereich folgende Akteure in den SÜ-BHPF integriert:

(1) Ärztliche Präventionssprechstunde

Im Rahmen des SÜ-BHPF Adipositas ist ein medizinisches Angebot der hausärztlichen Grundversorgungsgemeinschaft (GVG) integriert. Die Ärztliche Präventionssprechstunde mit dem Schwerpunkt Bewegung und Sportmedizin wird von der Hausärztin und Sportmedizinerin Frau Dr. Möwius durchgeführt.

Die Sprechstunde findet wöchentlich donnerstags in der Zeit zwischen 13:00-15:00 Uhr in den Räumlichkeiten der GVG-Praxis im Ambulant-stationären Zentrum statt. Der Zugang zur Sprechstunde erfolgt auftragsbezogen durch den behandelnden Hausarzt und wird mithilfe der agnes-zwei-Fachkräfte koordiniert.

(2) Therapie

Entsprechend der medizinischen Bewertung des behandelnden Arztes können regionale Physiotherapiepraxen eingebunden werden (s. Anlage 2).

(3) Psychologische Mitbetreuung

Entsprechend der medizinischen Bewertung des behandelnden Arztes kann im Rahmen der abrechnungsfähigen Leistungen des EBM eine Überweisung an eine psychotherapeutische Mitbetreuung (psychotherapeutisch tätige Ärzte, psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten) erfolgen. Nicht förderfähige Leistungen umfassen:

- Verhaltenstherapie, die Analytische Psychotherapie und die Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert bei denen Psychotherapie indiziert ist, z.B.:
 - o Angststörungen
 - o Depressionen
 - o Essstörungen
 - o Persönlichkeitsstörungen
 - o psychosomatische Störungen

[Pfadkonzept Adipositas]

- Süchte
- Verhaltensstörungen
- Zwangsstörungen

Gesonderte, förderfähige Kooperationsverträge können bspw. mit Anbietern einer Lebensberatung, Coaching oder Supervision geschlossen werden, bei Therapien, welche allein der Erziehungs-, Ehe-, Lebens- oder Sexualberatung; der Behandlung von Befindlichkeitsstörungen; allgemeinen Lebenskrisen oder Beziehungsproblemen dienen und im Zusammenhang mit der Ausprägung einer Adipositas stehen.

(4) agnes^{zwei}-Fachkraft

Die agnes^{zwei}-Fachkraft soll das Pfadmanagement durch Erfassung und Auswertung der relevanten Daten unterstützen und an der kontinuierlichen Weiterentwicklung der Behandlungspfade mitwirken. Die Beauftragung erfolgt durch den Hausarzt oder im Bedarfsfall durch den Facharzt. Im Rahmen der Tätigkeit sind folgende Aufgabenschwerpunkte vorgesehen:

- Beratung und Betreuung
- Ansprechpartner für Patient und Angehörige (Umgebungsassessment)
- Koordination
- Planung der Termine
- Fallbesprechung
- Unterstützung in der interdisziplinären Zusammenarbeit
- Informationsmanagement

(5) Schulung/Vortrag

- Im Rahmen von Gesundheitssportangeboten, , Ernährungsberatung etc.

(6) Ernährungsberatung

In Bearbeitung durch das KBZ

(7) Gesundheitssport

Körperlich-sportliche Aktivitäten können dazu beitragen, die Gesundheitsressourcen zu stärken und das Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko bei einer Anzahl von chronischen Erkrankungen zu reduzieren. Dies gilt im besonderen Maße für koronare Erkrankungen, Hypertonie, Dickdarmkrebs, Fettleibigkeit, funktionelle Leistungsfähigkeit und nichtinsulinabhängiger Diabetes. Hinsichtlich der Effekte auf die psychische Gesundheit² kann zusammengefasst werden, dass körperlich-sportliche Aktivitäten zur Verbesserung von Selbstkonzept, Beschwerdewahrnehmung, positiver Befindlichkeit und Stress-Reaktivität sowie zu einer Verminderung von Angst- und Depressionswerten führen können (vgl. Woll & Bös2004).

² Psychische Gesundheit wird nach Woll und Bös (2004) operationalisiert mit den Variablen: Befindlichkeit, Beschwerdeerleben, Depressivität, Angst, Selbstkonzept, Stressverarbeitung und internale Kontrollüberzeugungen.

[Pfadkonzept Adipositas]

Das Einbeziehen regionaler Angebote ist für den SÜ-BHPF zwingend erforderlich. Zu beachten ist dennoch, dass es im MB Templin keine Angebote zur Ernährungsberatung existieren (s. Anlage 3).

Das derzeit einzige sportmedizinische Beratungs- und Diagnostikangebot für Patienten ab dem 35. Lebensjahr wird von Frau Dr. Möwius in ihren Praxisräumlichkeiten angeboten. Ein weiterer Hausarzt befindet sich derzeit in der Weiterbildung zum Sportmediziner (Abschluss vrsl. 3. Q 2018).

6. Pfadschema

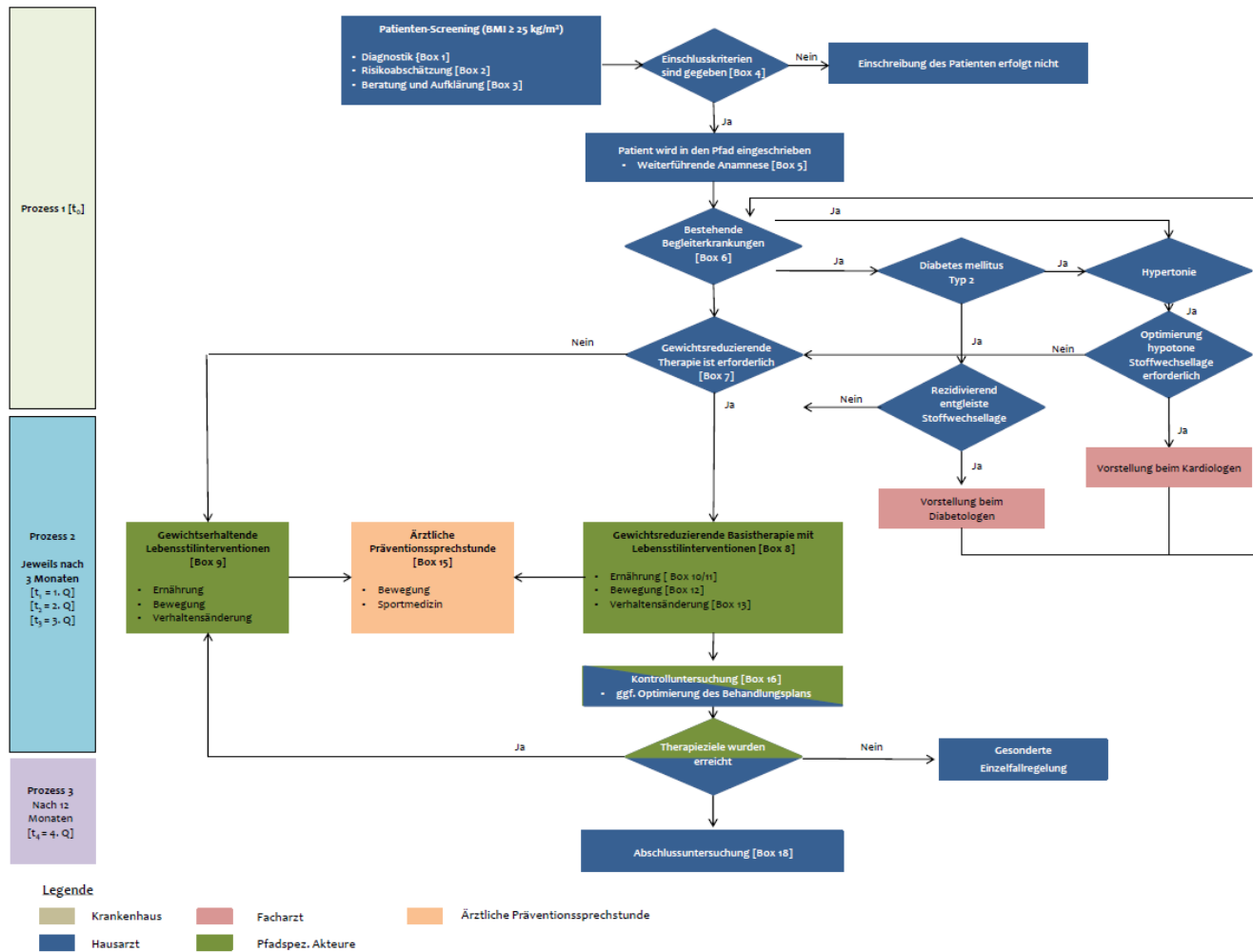


Abbildung 11 Pfadschema
SÜ-Pfad Adipositas

Grundsätzlich bildet der Pfad folgende drei Prozessschritte ab:

- | | |
|-----------|---|
| Prozess 1 | Einschreibung des Patienten/Screening |
| Prozess 2 | Pfadspezifische Versorgung und Therapie |
| Prozess 3 | Beendigung der umfangreichen Betreuung durch pfadspezifische Akteure und Übergabe des Patienten an den Hausarzt |

Prozess 1: Einschreibung des Patienten/Screening [t₀]

Der Patient kann auf unterschiedlichen Wegen in den SÜ-BHPF eingeschlossen werden:

1. Stationäre Krankenhausbehandlung
 - Patienten ab einem BMI $\geq 25 \text{ kg/m}^2$ und einer gleichzeitig bestehenden Begleiterkrankung erfolgt die Überprüfung, ob der Patient bereits in den SÜ-BHPF Adipositas eingeschrieben ist.
 - Falls nicht, wird der Patient mit Überleitungsbogen zum behandelnden Hausarzt geleitet.
2. Behandlung bei einem Facharzt
 - Patienten ab einem BMI $\geq 25 \text{ kg/m}^2$ und einer gleichzeitig bestehenden Begleiterkrankung erfolgt die Überprüfung, ob der Patient bereits in den SÜ-BHPF Adipositas eingeschrieben ist.
 - Falls nicht, wird der Patient mit Überleitungsbogen zum behandelnden Hausarzt geleitet.
3. Direkte Ansprache durch den behandelnden Hausarzt
4. Direkte Ansprache durch den Patienten (Eigenmotivation)

Box 1 – Diagnose über den behandelnden Hausarzt

Mit der Vorstellung des Patienten in der Hausarztpraxis wird er über den behandelnden Arzt oder der MFA über das IGiB-StimMT Projekt informiert (mit Hilfe von Informationsmaterialien und Flyer).

- Die Diagnose von Übergewicht oder Adipositas erfolgt anhand des BMI.
- Die Eingruppierung des Patienten erfolgt wie folgt:
 - Übergewicht: $25 - 29,9 \text{ kg/m}^2$
 - Adipositas Grad I: $30 - 34,9 \text{ kg/m}^2$
 - Adipositas Grad II: $35 - 39,9 \text{ kg/m}^2$
 - Adipositas Grad III $\geq 40 \text{ kg/m}^2$
- Die Interpretation des BMI erfolgt bei Patienten mit einer großen Muskelmasse mit „Vorsicht“
- Die Bioimpedanzmessung sowie die Messung des Hüftumfangs sollen routinemäßig erfolgen.

Box 2 – Risikoabschätzung

Im Rahmen der individuellen Risikoabschätzung werden der BMI, der Hüftumfang sowie das Vorliegen bereits bestehender Begleiterkrankungen berücksichtigt:

- BMI
 - BMI $\geq 30 \text{ kg/m}^2$: erhöhtes Mortalitäts- und kardiovaskuläres Risiko
 - BMI ≥ 25 bis $< 30 \text{ kg/m}^2$: erhöhtes Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen
 - BMI $\geq 25 \text{ kg/m}^2$: erhöhtes Diabetesrisiko
- Vorhandensein von übergewichts- bzw. adipositasassoziierten Begleiterkrankungen oder

[Pfadkonzept Adipositas]

weitere kardiovaskuläre Risikofaktoren: z.B.

- Diabetes mellitus Typ 2
- Arterieller Hypertonie
- Dyslipidämie
- Manifeste kardiovaskuläre Erkrankungen
- Arthrose
- Obstruktives-Schlafapnoe-Syndrom
- Hüftumfang (dient der weiteren Einschätzung des Gesundheitsrisikos):

	Hüftumfang		
	F: < 80 cm M: < 94 cm	F: < 80-88 cm M: < 94-102 cm	F: > 88 cm M: > 102 cm
Übergewicht ($25 \leq \text{BMI} < 30 \text{ kg/m}^2$)	ein erhöhtes Risiko	Erhöhtes Risiko	Hohes Risiko
Adipositas I ($30 \leq \text{BMI} < 35 \text{ kg/m}^2$)	Erhöhtes Risiko	Hohes Risiko	Sehr hohes Risiko
Adipositas II;III ($\text{BMI} \geq 35 \text{ kg/m}^2$)	Sehr hohes Risiko	Sehr hohes Risiko	Sehr hohes Risiko

F: Frauen Männer

- Folgende Risikofaktoren sollen während des Screenings ebenfalls berücksichtigt werden:

Kriterien für die Diagnose des Metabolischen Syndroms		
Risikofaktoren		≥ 3 der unten stehenden Risikofaktoren
Taillenumfang	Männer	> 94 cm
	Frauen	> 80 cm
HDL-Cholesterin	Männer	< 40 mg/dl (1,03 mmol/l)
	Frauen	< 50 mg/dl (1,29 mmol/l)
Triglyzeride		≥ 150 mg/dl (1,7 mmol/l)
Blutdruck		≥ 130 mmHg SBP
		≥ 85 mmHg DBP
Nüchternblutzucker (NBZ)		≥ 100 mg/dl (5,6 mmol/l)

- Lebensstilgezugene Risikofaktoren:
 - Alter
 - Geschlecht
 - bauchbetontes Übergewicht
 - manifester Bewegungsmangel
 - verringerte Stress-Reaktivität
 - Schlafstörungen
 - Rauchen

Box 3 – Beratung und Aufklärung

In einem Beratungs- und Aufklärungsgespräch sollen Patienten mit lebensstilbezogenen Risikofaktoren, Übergewicht oder Adipositas zum einen über das persönliche Gesundheitsrisiko aufgeklärt (siehe Box 2) und über das Versorgungsangebot SÜ-BHPF Adipositas informiert werden (inkl. der unter Punkt 5 beschriebenen Pfadbestandteile).

[Pfadkonzept Adipositas]

Sollte ein Patient zur gegebenen Zeit keine Therapie beginnen können oder wollen, ist ihm zu signalisieren, dass eine Beratung bzw. eine Unterstützung jederzeit auch später möglich ist:

- Bereitstellen von Informationsmaterialien (Vorteile einer Gewichtsreduktion, gesunde Ernährung, Bewegung)
- Vereinbaren eines neuen Beratungstermins in 3 bis 6 Monaten

Box 4 - Einschreibung des Patienten in den SÜ-BHPF Adipositas

Eine Einschreibung des Patienten erfolgt mit Zutreffen der folgenden Faktoren:

- BMI $\geq 30 \text{ kg/m}^2$
- BMI 25 bis $< 30 \text{ kg/m}^2$ und gleichzeitigem Vorliegen:
 - übergewichtsbedingter Gesundheitsstörungen (z.B. Hypertonie, Diabetes mellitus Typ 2)
 - einer abdominalen Adipositas oder
 - von Erkrankungen, die durch Übergewicht verschlimmert werden oder
 - eines hohen psychosozialen Leidensdrucks
- lebensstilbezogene Risikofaktoren: bauchbetontes Übergewicht, manifester Bewegungsmangel, verringerte Stress-Reaktivität, Schlafstörungen, Rauchen

Mit der unterschriebenen Teilnahmeerklärung (Einwilligungserklärung und Schweigepflichtbindung) ist der Patient in den SÜ-BHPF Adipositas eingeschrieben.

Box 5 – Weiterführende Anamnese

Um eine umfassende Therapie zu gewährleisten und die mögliche Ursachen für Übergewicht / Adipositas herauszufinden, werden im Rahmen der weiterführenden Anamnese folgende Aspekte geklärt:

- Organische oder genetische Ursachen für Übergewicht/Adipositas
- Überprüfung der Medikamenteneinnahme (Ziel: Aufdecken möglicher Zusammenhänge mit Übergewicht/Adipositas bzw. Optimierung der Medikation von Begleiterkrankungen) (Box 6)
- Gewichtsverlauf
- Persönliche Einschätzung des Körpergewichtes, der Diagnose sowie der Gründe für die Gewichtszunahme
- Thematisieren bereits durchgeführter Diäten zur Gewichtsreduktion und die daraus resultierenden Erfahrungen
- psychosozialer Stress / psychologische Probleme
- Familienanamnese hinsichtlich des Übergewichtes / der Adipositas bzw. von Co-Morbiditäten
- Analyse des Umfeldes bzw. familiäre und soziale Faktoren
- Motivierende und zielgruppenspezifische Gesprächsführung und Beratung

Box 6 – Therapie von Begleiterkrankungen

Das Management der Begleiterkrankungen erfolgt unabhängig von einer möglichen gewichtsreduzierenden Maßnahme. Die Therapie der Erkrankung wird entsprechend der jeweiligen Leitlinien durchgeführt. Speziell bei Diabetes mellitus Typ 2 soll bei einer rezidivierend entgleisten Stoffwechsellage die Vorstellung bei einem Diabetologen in Erwägung gezogen werden.

[Pfadkonzept Adipositas]

Gleiches gilt im Bereich der Hypertonie – eine Vorstellung beim Kardiologen soll ebenfalls in Erwägung gezogen werden.

Bestehende Verträge zur Überweisungssteuerung, die von den Hausärzten bereits genutzt werden, können eingebunden werden (s. Anlage 4). Die MFA kann die Terminvermittlung für den Patienten übernehmen. Bei der Abstimmung einer neuen Medikation sollen Medikamente mit einer gewichtsneutralen bzw. gewichtsreduzierenden Wirkung berücksichtigt bzw. in Betracht gezogen werden.

Erhält der Patient eine Medikation, die einen ungünstigen Einfluss auf das Körpergewicht nimmt, soll eine Umstellung dieser zu Medikamenten mit einer gewichtsneutralen bzw. gewichtsreduzierenden Wirkung in Betracht gezogen werden. Folgende Medikamente können Einfluss auf das Gewicht haben: Antidepressiva, Neuroleptika, Phasenprophylaktika, Antiepileptika, Antidiabetika, Glukokortikoide, einige Kontrazeptiva, Betablocker.

Die Patientenberatung bezüglich der potenziellen Gewichtseffekte der bestehenden oder der geplanten Medikation und deren möglichen Alternativen stehen im Vordergrund.

Box 7 – Gewichtsreduzierende Therapie

Der behandelnde Hausarzt trifft anhand des Patientenscreenings, der weiterführenden Anamnese sowie unter Berücksichtigung bestehender Begleiterkrankungen die Entscheidung über die fortzuführende Therapie und dokumentiert alle notwendigen Punkte im Screeningbogen:

- 1.) gewichtsreduzierende Basistherapie mit Lebensstilintervention (siehe Box 8) – Zugangskriterien:
 - BMI \geq 30 kg/m² oder
 - BMI \geq 25 kg/m² bis < 30 kg/m² mit Begleiterkrankungen/Risikofaktoren (siehe Box 2)
 - BMI \geq 25 kg/m² bis < 30 kg/m² ohne Begleiterkrankungen / Risikofaktoren kann eine gewichtsreduzierende Therapie optional erfolgen
- 2.) gewichtserhaltende Lebensstilintervention (siehe Box 9) - Zugangskriterien:
 - BMI \geq 25 kg/m² bis < 30 kg/m² ohne Begleiterkrankungen / Risikofaktoren
 - lebensstilbezogene Risikofaktoren: bauchbetontes Übergewicht, manifester Bewegungsmangel, verringerte Stress-Reaktivität, Schlafstörungen, Rauchen

Es werden Zielempfehlungen für die bevorstehende Therapie formuliert und eine Überweisung an die ärztliche Präventionssprechstunde sowie zur Ernährungsberatung ausgestellt. Für Patienten mit Tendenz zum Übergewicht und lebensstilbezogenen Risikofaktoren können nach Einschätzung des Hausarztes zunächst niedrigschwellige Angebote der Krankenkassen in Anspruch genommen werden (siehe Anlage Zusatzangebote).

Bariatrisch chirurgischer Eingriff (s. Anlage 5) – Zugangskriterien:

- BMI \geq 40 kg/m² oder
- BMI \geq 35 kg/m² in Kombination mit Begleiterkrankungen/Risikofaktoren (siehe Box 2), die durch eine Gewichtsreduktion positiv beeinflusst werden können
- Die bariatrische Operation kann bei Patienten mit einem BMI \geq 50 kg/m² auch als Erstlinientherapie durchgeführt werden.

[Pfadkonzept Adipositas]

Prozess 2: Pfadspezifische Versorgung und Therapie [t_{1,2,3}]

Nach der Erstuntersuchung durch den behandelnden Hausarzt erfolgt die Weiterleitung des Patienten an die benötigten pfadspezifischen Akteure, welche den Patienten gemäß dem ärztlichen Behandlungsplans behandeln. Der Überweisung ist der Screeningbogen beizufügen.

Box 8 – Gewichtsreduzierende Basistherapie mit Lebensstilinterventionen

- Das Therapieziel umfasst einen Gewichtsverlust von 0.25 bis 1 Kg pro Woche bzw. 5 bis 10 Prozent des Ausgangsgewichts innerhalb von sechs Monaten.
- Die Interventionen zur Lebensstiländerung umfassen immer die folgenden Komponenten:
 - Änderung der Essgewohnheiten, kalorienreduzierte Diät
 - Steigerung der körperlichen Aktivität
 - Unterstützende Maßnahmen zur Verhaltensänderung
- Ziel der Maßnahmen ist die Entstehung eines Energiedefizits, d.h. der tägliche Energieverbrauch ist höher als die Energieaufnahme
- Die Maßnahmen der Lebensstiländerung sind an die individuelle Situation der Personen (beispielsweise Fitness, Gesundheitszustand, aktueller Lebensstil) bzw. ihre Präferenzen anzupassen – unter Einbezug der persönlichen sowie beruflichen Voraussetzungen
- Während der gewichtsreduzierenden Lebensstilinterventionen erfolgt eine engmaschige (mindestens quartalsweise) Betreuung in Einzel- und Gruppenberatung.
- Für Patienten mit einem BMI ≥ 30 kg/m² können nach Einschätzung des Hausarztes weiterführende Angebote in Anspruch genommen werden (siehe Anlage Zusatzangebote)

Box 9 – Gewichtserhaltende Lebensstilinterventionen

Sofern keine gewichtsreduzierende Therapie erforderlich ist, soll das aktuelle Körpergewicht konstant bleiben (ggf. unter Inanspruchnahme von Zusatzangeboten, siehe Anlage Zusatzangebote).

- Folgende Komponenten umfassen langfristige gewichtserhaltende Interventionen:
 - Gesunde und ausgewogene Ernährung mit ausgeglichener Energiebilanz
 - Gesteigerte körperliche Aktivität unter Berücksichtigung von Fitness sowie der individuellen Möglichkeiten. Formen der körperlichen Aktivität können sein: Aktivitäten des täglichen Lebens, spezielle Trainingsprogramme, Schwimmen, rasches Gehen, etc. Die tägliche körperliche Aktivität soll bei adipösen Personen 60 bis 90 Minuten und bei Übergewichtigen 45 bis 60 Minuten umfassen.
 - Unterstützende Maßnahmen zur Verhaltensänderung
- Kontinuierliche Kontrolle des BMI (mindestens halbjährlich) beim Hausarzt

Box 11 – sehr niedrig kalorische Diät

- Dabei handelt es sich um Diäten, bei der die tägliche Energiezufuhr durch die Nahrung auf ≤ 800 kcal reduziert wird. Diese Form der Diät kann in Ausnahmefällen bei Personen mit einem BMI ≥ 30 kg/m² angewendet werden, wenn Begleiterkrankungen/ -umstände vorliegen, die eine raschere Gewichtsreduktion erfordern, als es mit einer konventionellen kalo-

[Pfadkonzept Adipositas]

rienreduzierten Ernährung möglich ist (z.B. geplanter Gelenkersatz, geplante In-Vitro-Fertilisation, ausgewählte Fälle vor einem bariatrischen Einsatz).

- Zu beachten ist, dass sehr niedrig kalorische Diäten mit einem erhöhten Komplikationsrisiko assoziiert sind. Aufgrund dessen sollen diese Diäten nur durchgeführt werden, wenn eine ausreichende Erfahrung in der medizinischen Betreuung und ein intensives medizinisches Monitoring geleistet werden kann.
- Vor Beginn dieser Diätform sollen der mögliche Nutzen sowie die möglichen Risiken besprochen werden und eine Evaluierung hinsichtlich der möglichen Essstörungen oder der psychologischen Probleme erfolgen.
- Kontraindikationen für eine sehr niedrig kalorische Diät sind:
 - Schwangerschaft, Stillzeit, Personen höheren Alters?
 - Essstörungen, schwere Depressionen, Psychose
 - Drogen- oder Alkoholmissbrauch
 - Elektrolytstörungen und orthostatische Hypotension
 - Erkrankungen mit Eiweißverlust: z.B. Cushing Syndrom, systemischer Lupus erythematoses, Proteinurie, Neoplasien, Malabsorption, entzündliche Darmerkrankungen
 - Kortikosteroidtherapie
 - Situationen, in denen eine bestehende Erkrankung durch eine Kalorienreduktion verschlechtert werden kann: z.B. Porphyrrie, Neoplasie, Leber- oder Nierenerkrankungen, akutes Koronarsyndrom, Herzrhythmusstörungen, Insult
 - großer chirurgischer Eingriff oder wesentliches Trauma in den letzten 3 Monaten
- Eine Beratung hinsichtlich einer möglichen Gewichtszunahme nach der Durchführung einer sehr niedrig kalorischen Diät ist erforderlich. Die maximale Dauer dieser Diät soll einen Zeitrahmen von 12 bis 16 Wochen nicht überschreiten.
- Zu beachten ist, dass häufig eine Supplementierung von Mineralstoffen (Kalium, Kalzium) bzw. Vitaminen notwendig ist.
- Hinsichtlich möglicher Komplikationen (z.B. gestörter Elektrolythaushalt, erhöhte Leberenzyme, Gallensteine) ist ein kontinuierliches Monitoring erforderlich.

Box 12 – Bewegung

Pfadspezifische Akteure betreuen folgende Patientengruppe zum Thema Bewegung:

- BMI ≥ 25 kg/m² bis < 30 kg/m² ohne Begleiterkrankungen
- Patienten mit lebensstilbezogene Risikofaktoren: bauchbetontes Übergewicht, manifester Bewegungsmangel, verringerte Stress-Reaktivität, Schlafstörungen, Rauchen

Folgende Leistungen sollen erfolgen:

- Eine Beratung hinsichtlich der positiven Effekte, die mit einer Steigerung der körperlichen Aktivität einhergehen
- Vermittlung von regionalen Therapie- und Gesundheitssportangeboten (über Ärztliche Präventionsprechstunde, KBZ, agnes^{zwei}-Fachkraft)

Weitere Hinweise:

- Wichtig sind realistische und verständliche Zielsetzungen, die an dem täglichen Leben der

[Pfadkonzept Adipositas]

Person anzupassen sind (z.B. schnelles Gehen, Radfahren, Gartenarbeiten, Treppen steigen). Mögliche Kontraindikationen sind zu berücksichtigen.

- Die körperliche Aktivität soll insgesamt mit moderater Intensität für mindestens 150 Minuten pro Woche (5 Einheiten zu je 30 Minuten) erfolgen. Dabei sollen die Aktivitäten an sich unregelmäßig kurze intensive Einheiten und längere kontinuierliche Übungen umfassen. Für die Gewichtsreduktion ist ein alleiniges Krafttraining nicht geeignet.

Box 13 – Maßnahmen zur Verhaltensänderung

- Die Durchführung von verhaltenstherapeutischen Interventionen soll von Personen mit einer entsprechenden Qualifikation (z.B. Ernährungsberater, klinischer Psychologe, Psychotherapeut, etc.) im Rahmen von Einzel- oder Gruppengesprächen erfolgen.
- Die Anpassung an die individuelle Situation der jeweiligen Person wird dabei vorausgesetzt und umfasst die Verknüpfung verschiedener Elemente:
 - Motivierende Gesprächsführung
 - Selbst-Monitoring des Verhaltens und des Therapiefortschrittes
 - Stimulus Kontrolle
 - Setzen von Zielen
 - Langsames Essen
 - Strukturierte Essenspläne
 - Soziale Unterstützung
 - Problembewältigung
 - Selbstbehauptung
 - Kognitive Restrukturierung
 - Festigung von Veränderungen
 - Rückfall-Prävention
 - Strategien im Umgang mit erneuter Gewichtszunahme

Box 15– Ärztliche Präventionssprechstunde

Frau Dr. Möwius betreut folgende Patientengruppe zum Thema Bewegung/Sportmedizin:

- BMI ≥ 30 kg/m² oder
- BMI ≥ 25 kg/m² bis < 30 kg/m² mit Begleiterkrankungen/Risikofaktoren (siehe Box 2)
- Optional BMI ≥ 25 kg/m² bis < 30 kg/m² ohne Begleiterkrankungen / Risikofaktoren

Die Aufgaben der Ärztin umfassen:

- Ggf. Körperliche Untersuchung
- Ggf. Durchführung sportärztlicher Untersuchungen (z.B. Sport-Check-up)
- Erstellung einer Maßnahmen- und Zielplanung unter Einbezug vorliegender Anamnesen, (Fremd-)Befunde sowie des Medikationsplans
- Beratung und Auswahl geeigneter Angebote im Bereich Gesundheitssport und Therapie
- Patientenbezogene Abstimmung zwischen pfadspezifischen Akteuren und behandelnden Arzt Die Inanspruchnahme der ärztlichen Präventionssprechstunde liegt im Ermessen des behandelnden Hausarztes sowie der Sportmedizinerin Frau Dr. Möwius. Zumindest erfolgt

[Pfadkonzept Adipositas]

eine Vorstellung zum Zeitpunkt t_0 , $t_1=1.Q$ und optional zu den Zeitpunkten $t_2=2.Q$ sowie $t_3=3.Q$

Box 16 – Kontrolluntersuchungen

- Bei Patienten, die das Therapieziel (Gewichtsreduktion ≥ 5 Prozent des Ausgangsgewichts) nicht erreicht haben, erfolgt eine (Re-) Evaluation des Behandlungsplans:
 - BMI und Hüftumfang (Vergleich der Werte der letzten Untersuchung)
 - Änderungen bei Risikofaktoren/Begleiterkrankungen
 - Erfolgte Änderungen des Lebensstiles
 - Kalorienaufnahme und -verbrauch
 - Motivation
 - Gründe für das Nichterreichen des Therapiezieles aus Sicht des Betroffenen
 - Elemente des Behandlungsplanes
 - Eignung des Behandlungsplanes
 - Individuelle Barrieren gegenüber der Einhaltung des Behandlungsplanes
- Basierend auf den Ergebnissen der (Re-) Evaluation erfolgt eine Anpassung/Optimierung des Behandlungsplanes. Eine Unterstützung und Motivation hinsichtlich der Lebensstiländerung und der Zielerreichung soll angeboten werden und erfolgen.
- In Abstimmung mit pfadspezifischen Akteuren sowie dem behandelnden Arzt erfolgt eine Anpassung des Therapieplanes. Die Ergebnisse der Kontrolluntersuchung werden im Assessmentbogen dokumentiert.

Prozess 3 Beendigung der umfangreichen Betreuung durch pfadspezifische Akteure und Übergabe des Patienten an den Hausarzt (**t_4 – Ende**)

Box 18 – Abschlussuntersuchung

Im Rahmen einer Abschlussuntersuchung werden alle medizinischen Parameter der Eingangsuntersuchung, die im Rahmen der Anamnese erfasst wurden, kontrolliert. Für jeden einzelnen Patienten soll ein Plan für die nachhaltige gesundheitsbewusste Verhaltensänderung erstellt werden. Die Ergebnisse werden im Assessmentbogen durch den Hausarzt dokumentiert.

Das beschriebene Pfadschema orientiert sich an dem Endbericht „(Be-) Handlungspfad Übergewicht und Adipositas auf Primärversorgungsebene des Instituts für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung (LAMEV, 2016).

Der Interventionszeitraum des SÜ-BHPF umfasst 12 Monate. Während dieser Zeitspanne erfolgt sowohl das Screening als auch die intensive Pfadtherapie, die im Rahmen des Projektes evaluiert werden.

Für das Pfadschema ergeben sich folgende Messzeitpunkte:

[Pfadkonzept Adipositas]

Messzeitpunkt	Inhalt	Beteiligter Akteur
t ₀ – Prozessstart (und in den ersten drei Monaten)	<ul style="list-style-type: none"> • Screening • Start Therapie-, Trainings- und Schulungsangebote • ggf. Überleitung an „Ärztliche Präventionssprechstunde“ 	<ul style="list-style-type: none"> • Hausarzt • pfadspezifische Akteure ggf. agnes^{zwei}-Fachkraft • ggf. Arzt/Ärztin der „Ärztlichen Präventionssprechstunde“ •
t ₁ – nach 3 Monaten	<ul style="list-style-type: none"> • Verlaufskontrolle 1 • Fortführung der Therapie-, Trainings- /Schulungsangebote • ggf. Überleitung an „Ärztliche Präventionssprechstunde“ 	<ul style="list-style-type: none"> • Hausarzt • pfadspezifische Akteure ggf. agnes^{zwei}-Fachkraft • Arzt der „Ärztlichen Präventionssprechstunde“ •
t ₂ – nach 6 Monaten	<ul style="list-style-type: none"> • Verlaufskontrolle 2 • Fortführung der Therapie-, Trainings- und Schulungsangebote • ggf. Überleitung an „Ärztliche Präventionssprechstunde“ 	<ul style="list-style-type: none"> • Hausarzt • pfadspezifische Akteure ggf. agnes^{zwei}-Fachkraft • ggf. Arzt der „Ärztlichen Präventionssprechstunde“ •
t ₃ – nach 9 Monaten	<ul style="list-style-type: none"> • Verlaufskontrolle 3 • Fortführung der Therapie-, Trainings- und Schulungsangebote • ggf. Überleitung an „Ärztliche Präventionssprechstunde“ 	<ul style="list-style-type: none"> • Hausarzt • pfadspezifische Akteure ggf. agnes^{zwei}-Fachkraft • ggf. Arzt der „Ärztlichen Präventionssprechstunde“ •
t ₄ – Projektende – nach 12 Monaten	<ul style="list-style-type: none"> • Verlaufskontrolle 4 • Abschlussgespräch 	<ul style="list-style-type: none"> • Hausarzt • pfadspezifische Akteure ggf. agnes^{zwei}-Fachkraft • ggf. Arzt der „Ärztlichen Präventionssprechstunde“
4x/ Jahr	<ul style="list-style-type: none"> • Pfadübergreifende Qualitätszirkel 	<ul style="list-style-type: none"> • b.B. pfadspezifische Akteure ggf. agnes^{zwei}-Fachkraft • Arzt der „Ärztlichen Präventionssprechstunde“ • Hausarzt

Der SÜ-BHPF Adipositas ist mit der Einführung ein obligater Bestandteil der zukünftigen ambulanten, wohnortnahen und leitliniengerechten Versorgung von übergewichtigen sowie adipösen Patienten im MB Templin. Der Pfad umfasst den kompletten Versorgungszeitraum eines Patienten ab der Diagnosestellung.

[Pfadkonzept Adipositas]

7. Leistungsbestandteile

Die beschriebenen Leistungsinhalte werden einerseits im Rahmen der Regelversorgung durch den EBM abgebildet. Andererseits erfolgt für die neu etablierten Zusatzleistungen eine Vergütung aus den Fördermitteln.

Grundsätzlich besteht vorrangig das Ziel, die erarbeiteten Leistungsinhalte des Pfades über den Projektzeitraum hinaus zu finanzieren bzw. dass das Versorgungskonzept in weiterführende Verträge integriert werden kann.

Folgende Einzelpositionen erfolgen als Zusatzleistungen, die aus Fördermitteln finanziert werden:

1. Einschreibepauschale 15€/Patient
2. Patientenscreening 15€/Patient
3.
 - a. Erfassung der medizinischen Kriterien
 - b. Erstberatung und Aufklärung
 - c. Therapieentscheidung
4. Beratungsleistungen (Hausarzt (Kosten i.B.))
 - a. Vereinbarung der Gesundheitsziele
 - b. Monitoring der Gesundheitsziele (Verlaufskontrollen)
 - c. ggf. Anpassung des Gesundheitsweges
5. Beratungsleistung durch die „Ärztliche Präventionsprechstunde“ 45€/Gesprächspauschale
 - a. Sportmedizinische Beratung
 - b. Vereinbarung der Gesundheitsziele
 - c. Definieren des Gesundheitsweges
 - d. Monitoring der Gesundheitsziele
 - e. Empfehlung von Sport- und Bewegungskursen
6. Sport- und Bewegungskurs 10€/Patient (Häufigkeit im Interventionszeitraum i.B.)
7. Ernährungsberatung (Kosten i.B.)
8. Ggf. (Niedrigschwellige) Angebote der Krankenkassen (Kosten i.B.)

8. Evaluation

Mit den beschriebenen Ansätzen sollen folgende messbare Zielwerte erreicht werden:

- Inanspruchnahmeverhalten (Senkung ASK-Fälle)
- Senkung der Risikofaktoren
- Senkung des Körpergewichtes
- Steigerung der Lebensqualität sowie der Gesundheitskompetenz
- Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit
- Steigerung Patientenzufriedenheit
- Inanspruchnahme des Leistungsangebotes gemäß des SÜ-BHPF
- Gesundheitsökonomische Betrachtung

[Pfadkonzept Adipositas]

Weitere Details sind dem Evaluationskonzept zu entnehmen.

[Pfadkonzept Adipositas]

Literaturverzeichnis

Deutsche Adipositas-Gesellschaft (DAG) e.V., Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG), Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) e.V., Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) e.V. (HRSG) (2014): Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur „Prävention und Therapie der Adipositas“. 2. Auflage. URL: <http://www.adipositas-gesellschaft.de/index.php?id=9> [zuletzt geöffnet: 11.01.2017]

Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung (LAMEV) (Hrsg.) (2016): (Be-) Handlungspfad Übergewicht und Adipositas auf Primärversorgungsebene. URL: <http://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwj1qfnMglraAhXMKVAKHcYbCf4QFggnMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.hauptverband.at%2Fcdscontent%2Fload%3Fcontentid%3D10008.636045%26version%3D1486475079&usg=AOvVaw3kupNhf8qQMNNEiNL7iUIq> [zuletzt geöffnet: 01.03.2018]

Landessportbund Brandenburg e.V. (2018): Gesundheitssportangebote 2018. URL: <https://lsb-brandenburg.de/downloads/publikationen/2018/gesundheitsbroschur%202018/mobile/index.html#p=90> [zuletzt geöffnet: 03.05.2018]

Schaeffer, et al. (2018): Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken. URL: <https://www.nap-gesundheitskompetenz.de/> [zuletzt geöffnet: 03.05.2018]

Woll, A. & Bös, K. (2004): Wirkung von Gesundheitssport. Bewegungstherapie und Gesundheitssport, 20, S.1-10.

World Health Organization (Hrsg.) (2000): Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation. *World Health Organ Tech Rep Ser.* 2000;894:i-xii, 1-253. Epub 2001/03/10. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11234459> [zuletzt geöffnet: 11.01.2017]

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: *Patienten mit Adipositas im MB Templin bezogen auf das Geschlecht (Eigene Darstellung)*.....4

Abbildung 2: *Anzahl der Patienten mit Adipositas (ICD10 E66) bezogen auf das Alter und das Geschlecht (Eigene Darstellung)*..... 5

Abbildung 3: *Verteilung der Häufigkeit der Adipositas-Schweregrade (Eigene Darstellung)* 5

Abbildung 4: *Verteilung der Häufigkeit der Adipositas-Schweregrade bezogen auf das Geschlecht und das Alter (Eigene Darstellung)*..... 6

Abbildung 5: *Häufigkeit der Patienten mit ICD10 E66 in Kombination mit bestimmten Begleit-/ Folgeerkrankungen (Eigene Darstellung)*..... 7

[Pfadkonzept Adipositas]

Abbildung 6: Häufigkeit der Patienten mit Adipositas Grad I in Kombination mit bestimmten Begleit-/ Folgeerkrankungen (Eigene Darstellung).....	7
Abbildung 7: Häufigkeit der Patienten mit Adipositas Grad II in Kombination mit bestimmten Begleit-/ Folgeerkrankungen (Eigene Darstellung).....	8
Abbildung 8: Häufigkeit der Patienten mit Adipositas Grad III in Kombination mit bestimmten Begleit-/ Folgeerkrankungen (Eigene Darstellung).....	8
Abbildung 9: Häufigkeit der Adipositas-Patienten in Kombination mit Hypertonie und Diabetes mellitus Typ 2 (Eigene Darstellung).....	9
Abbildung 10: Anzahl der Patienten mit Diagnosen nach ICD10 E66 nach Arztgruppen der behandelnden Ärzte (Eigene Darstellung).....	10
Abbildung 11 Pfadschema	16
Abbildung 12: Übersicht der Verträge zur Überweisungssteuerung (KVBB).....	42

Tabellenverzeichnis

<i>Tabelle 1: Anzahl bzw. Häufigkeit der Patienten mit IDC10 E66.1- bis E66.9- (Eigene Darstellung).....</i>	6
Tabelle 6: Anzahl der Patienten mit Adipositas bezogen auf das Alter und das Geschlecht (absolute Zahlen) (Eigene Darstellung).....	31
Tabelle 7: Anzahl der Patienten bezogen auf den Adipositas-Schweregrad (absolute Zahlen) (Eigene Darstellung).....	32
Tabelle 4: Verteilung der Häufigkeiten der Adipositas-Schweregrade bezogen auf das Geschlecht und das Alter (Eigene Darstellung).....	32
Tabelle 5: Anzahl bzw. Häufigkeit der Patienten mit ICD10 E66 in Kombination mit bestimmten Begleit-/ Folgeerkrankungen (Eigene Darstellung).....	32
Tabelle 10: Anzahl bzw. Häufigkeiten der Patienten bezogen auf den Schweregrade I in Kombination mit bestimmten Begleit-/ Folgeerkrankungen (Eigene Darstellung).....	34
Tabelle 11: Anzahl bzw. Häufigkeiten der Patienten bezogen auf den Schweregrade II in Kombination mit bestimmten Begleit-/ Folgeerkrankungen (Eigene Darstellung).....	35
Tabelle 12: Anzahl bzw. Häufigkeiten der Patienten bezogen auf den Schweregrad III in Kombination mit bestimmten Begleit-/ Folgeerkrankungen (Eigene Darstellung).....	36
Tabelle 13: Anzahl bzw. Häufigkeit der Adipositas-Patienten in Kombination mit Hypertonie und Diabetes mellitus Typ 2 (Eigene Darstellung)	37
Tabelle 2: Übersicht der Physiotherapiepraxen im MB Templin (KBZ)	39
<i>Tabelle 3: Sport- bzw. therapeutische Angebote in Templin und Umgebung (eigene Darstellung).....</i>	40
<i>Tabelle 4: Übersicht der Kategorien der Dringlichkeit (eigene Darstellung).....</i>	42

[Pfadkonzept Adipositas]

Anhang

1. Prävalenzdaten Adipositas

Tabelle 2: Anzahl der Patienten mit Adipositas bezogen auf das Alter und das Geschlecht (absolute Zahlen) (Eigene Darstellung)

	Altersgruppen	Männer		Frauen	
		Absolut	Prozent	Absolut	Prozent
E66	0-18	69	2,3%	72	2,5%
	19-30	40	1,4%	80	2,7%
	31-40	69	2,3%	111	3,8%
	41-50	136	4,6%	161	5,5%
	51-60	337	11,5%	365	12,4%
	61-70	281	9,6%	366	12,5%
	71-80	210	7,2%	383	13,0%
	über 90	2	0,1%	7	0,2%
E66.00 (Grad I)	0-18	0	0,0%	1	0,0%
	19-30	4	0,1%	14	0,5%
	31-40	18	0,6%	25	0,9%
	41-50	34	1,2%	36	1,2%
	51-60	103	3,5%	93	3,2%
	61-70	84	2,9%	99	3,4%
	71-80	70	2,4%	120	4,1%
	über 90	2	0,1%	2	0,1%
E66.01 (Grad II)	0-18	1	0,0%	0	0,0%
	19-30	7	0,2%	21	0,7%
	31-40	13	0,4%	26	0,9%
	41-50	34	1,2%	49	1,7%
	51-60	76	2,6%	105	3,6%
	61-70	83	2,8%	91	3,1%
	71-80	51	1,7%	105	3,6%
	über 90	0	0,0%	1	0,0%
E66.02 (Grad III)	0-18	0	0,0%	1	0,0%
	19-30	10	0,2%	20	0,7%
	31-40	15	0,4%	28	0,9%
	41-50	22	1,2%	37	1,7%
	51-60	47	2,6%	84	3,6%
	61-70	49	2,8%	87	3,1%
	71-80	34	1,7%	62	3,6%

[Pfadkonzept Adipositas]

	81-90	8	0,5%	21	1,6%
	über 90	0	0,0%	1	0,0%

Tabelle 3: Anzahl der Patienten bezogen auf den Adipositas-Schweregrad (absolute Zahlen) (Eigene Darstellung)

	Männer		Frauen		Gesamt	
	Absolute Zahl	Prozent	Absolute Zahl	Prozent	Absolute Zahl	Prozent
E66.00 (Grad I)	337	27,7%	440	25,6%	777	26,5%
E66.01 (Grad II)	280	23,0%	445	25,9%	725	24,7%
E66.02 (Grad III)	185	15,2%	341	19,8%	526	17,9%

Tabelle 4: Verteilung der Häufigkeiten der Adipositas-Schweregrade bezogen auf das Geschlecht und das Alter (Eigene Darstellung)

			Altersgruppe								
			0-18	19-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80	81-90	über 90
Männer	E66	Absolut	69	40	69	136	337	281	210	73	2
		Prozent	5,7%	3,3%	5,7%	11,2%	27,7%	23,1%	17,3%	6,0%	0,2%
	E66.00 (Grad I)	Absolut	0	4	18	34	103	84	70	22	2
		Prozent	0,0%	0,3%	1,5%	2,8%	8,5%	6,9%	5,8%	1,8%	0,2%
	E66.01 (Grad II)	Absolut	1	7	13	34	76	83	51	15	0
		Prozent	0,1%	0,6%	1,1%	2,8%	6,2%	6,8%	4,2%	1,2%	0,0%
E66.02 (Grad III)	Absolut	0	10	15	22	47	49	34	8	0	
	Prozent	0,0%	0,8%	1,2%	1,8%	3,9%	4,0%	2,8%	0,7%	0,0%	
Frauen	E66	Absolut	72	80	111	161	365	366	383	175	7
		Prozent	4,2%	4,7%	6,5%	9,4%	21,2%	21,3%	22,3%	10,2%	0,4%
	E66.00 (Grad I)	Absolut	1	14	25	36	93	99	120	50	2
		Prozent	0,1%	0,8%	1,5%	2,1%	5,4%	5,8%	7,0%	2,9%	0,1%
	E66.01 (Grad II)	Absolut	0	21	26	49	105	91	105	47	1
		Prozent	0,0%	1,2%	1,5%	2,8%	6,1%	5,3%	6,1%	2,7%	0,1%
E66.02 (Grad III)	Absolut	1	20	28	37	84	87	62	21	1	
	Prozent	0,1%	1,2%	1,6%	2,2%	4,9%	5,1%	3,6%	1,2%	0,1%	

Tabelle 5: Anzahl bzw. Häufigkeit der Patienten mit ICD10 E66 in Kombination mit bestimmten Begleit-/ Folgeerkrankungen (Eigene Darstellung)

[Pfadkonzept Adipositas]

	Alters-gruppe	Männer		Frauen	
		Absolut	Prozent	Absolut	Prozent
I10 Hypertonie	0-18	6	0,2%	2	0,1%
	19-30	19	0,6%	15	0,5%
	31-40	44	1,5%	40	1,4%
	41-50	106	3,6%	105	3,6%
	51-60	295	10,0%	295	10,0%
	61-70	254	8,6%	326	11,1%
	71-80	198	6,7%	361	12,3%
	81-90	68	2,3%	169	5,8%
	über 90	1	0,0%	7	0,2%
E11 o. E12 Diabetes mellitus 2	0-18	0	0,0%	2	0,1%
	19-30	0	0,0%	5	0,2%
	31-40	7	0,2%	2	0,1%
	41-50	29	1,0%	30	1,0%
	51-60	145	4,9%	125	4,3%
	61-70	144	4,9%	171	5,8%
	71-80	123	4,2%	209	7,1%
	81-90	41	1,4%	104	3,5%
	über 90	2	0,1%	5	0,2%
E78 Fettstoffwechsel	0-18	0	0,0%	0	0,0%
	19-30	3	0,1%	2	0,1%
	31-40	12	0,4%	13	0,4%
	41-50	59	2,0%	57	1,9%
	51-60	167	5,7%	137	4,7%
	61-70	168	5,7%	193	6,6%
	71-80	127	4,3%	217	7,4%
	81-90	37	1,3%	84	2,9%
	über 90	0	0,0%	4	0,1%
M10 Gicht	0-18	0	0,0%	0	0,0%
	19-30	0	0,0%	0	0,0%
	31-40	7	0,2%	2	0,1%
	41-50	19	0,6%	3	0,1%
	51-60	50	1,7%	24	0,8%
	61-70	46	1,6%	36	1,2%
	71-80	57	1,9%	58	2,0%
	81-90	14	0,5%	26	0,9%
	über 90	0	0,0%	0	0,0%
F32 Depression	0-18	1	0,0%	4	0,1%
	19-30	1	0,0%	6	0,2%
	31-40	5	0,2%	13	0,4%

[Pfadkonzept Adipositas]

	41-50	7	0,2%	25	0,9%
	51-60	30	1,0%	64	2,2%
	61-70	26	0,9%	63	2,1%
	71-80	12	0,4%	69	2,3%
	81-90	6	0,2%	32	1,1%
	über 90	0	0,0%	3	0,1%

Tabelle 6: Anzahl bzw. Häufigkeiten der Patienten bezogen auf den Schweregrad I in Kombination mit bestimmten Begleit-/ Folgeerkrankungen (Eigene Darstellung)

E66.00 Schweregrad I	Altersgruppe	Männer		Frauen	
		Absolut	Prozent	Absolut	Prozent
I10 Hypertonie	0-18	0	0,0%	0	0,0%
	19-30	3	0,1%	2	0,1%
	31-40	11	0,4%	7	0,2%
	41-50	25	0,9%	18	0,6%
	51-60	93	3,2%	74	2,5%
	61-70	71	2,4%	87	3,0%
	71-80	67	2,3%	113	3,8%
	81-90	20	0,7%	48	1,6%
	über 90	1	0,0%	2	0,1%
E11 o. E12 Diabetes mellitus 2	0-18	0	0,0%	0	0,0%
	19-30	0	0,0%	0	0,0%
	31-40	0	0,0%	0	0,0%
	41-50	4	0,1%	1	0,0%
	51-60	43	1,5%	26	0,9%
	61-70	39	1,3%	36	1,2%
	71-80	33	1,1%	62	2,1%
	81-90	10	0,3%	27	0,9%
	über 90	2	0,1%	2	0,1%
E78 Fettstoffwechsel	0-18	0	0,0%	0	0,0%
	19-30	1	0,0%	0	0,0%
	31-40	3	0,1%	4	0,1%
	41-50	15	0,5%	15	0,5%
	51-60	60	2,0%	40	1,4%
	61-70	59	2,0%	57	1,9%
	71-80	43	1,5%	80	2,7%
	81-90	12	0,4%	27	0,9%
	über 90	0	0,0%	1	0,0%
M10 Gicht	0-18	0	0,0%	0	0,0%
	19-30	0	0,0%	0	0,0%

[Pfadkonzept Adipositas]

	31-40	1	0,0%	0	0,0%
	41-50	5	0,2%	0	0,0%
	51-60	19	0,6%	6	0,2%
	61-70	16	0,5%	8	0,3%
	71-80	20	0,7%	19	0,6%
	81-90	4	0,1%	5	0,2%
	über 90	0	0,0%	0	0,0%
F32 Depression	0-18	0	0,0%	0	0,0%
	19-30	0	0,0%	1	0,0%
	31-40	0	0,0%	6	0,2%
	41-50	3	0,1%	6	0,2%
	51-60	11	0,4%	14	0,5%
	61-70	10	0,3%	17	0,6%
	71-80	5	0,2%	18	0,6%
	81-90	1	0,0%	7	0,2%
über 90	0	0,0%	0	0,0%	

Tabelle 7: Anzahl bzw. Häufigkeiten der Patienten bezogen auf den Schweregrade II in Kombination mit bestimmten Begleit-/ Folgerkrankungen (Eigene Darstellung)

E66.01 Schweregrad II	Altersgruppe	Männer		Frauen	
		Absolut	Prozent	Absolut	Prozent
I10 Hypertonie	0-18	0	0,0%	0	0,0%
	19-30	5	0,2%	5	0,2%
	31-40	10	0,3%	11	0,4%
	41-50	28	1,0%	37	1,3%
	51-60	67	2,3%	88	3,0%
	61-70	79	2,7%	80	2,7%
	71-80	48	1,6%	101	3,4%
	81-90	14	0,5%	46	1,6%
E11 o. E12 Diabetes mellitus 2	0-18	0	0,0%	0	0,0%
	19-30	0	0,0%	1	0,0%
	31-40	1	0,0%	0	0,0%
	41-50	7	0,2%	12	0,4%
	51-60	34	1,2%	39	1,3%
	61-70	46	1,6%	44	1,5%
	71-80	36	1,2%	57	1,9%
	81-90	7	0,2%	29	1,0%
E78	0-18	0	0,0%	0	0,0%

[Pfadkonzept Adipositas]

Fettstoffwechsel	19-30	0	0,0%	0	0,0%
	31-40	4	0,1%	3	0,1%
	41-50	14	0,5%	17	0,6%
	51-60	35	1,2%	39	1,3%
	61-70	54	1,8%	47	1,6%
	71-80	32	1,1%	60	2,0%
	81-90	9	0,3%	25	0,9%
	über 90	0	0,0%	0	0,0%
M10 Gicht	0-18	0	0,0%	0	0,0%
	19-30	0	0,0%	0	0,0%
	31-40	2	0,1%	1	0,0%
	41-50	5	0,2%	0	0,0%
	51-60	18	0,6%	13	0,4%
	61-70	15	0,5%	5	0,2%
	71-80	20	0,7%	16	0,5%
	81-90	4	0,1%	11	0,4%
über 90	0	0,0%	0	0,0%	
F32 Depression	0-18	0	0,0%	0	0,0%
	19-30	0	0,0%	1	0,0%
	31-40	2	0,1%	2	0,1%
	41-50	1	0,0%	5	0,2%
	51-60	5	0,2%	21	0,7%
	61-70	10	0,3%	19	0,6%
	71-80	2	0,1%	23	0,8%
	81-90	0	0,0%	12	0,4%
über 90	0	0,0%	1	0,0%	

Tabelle 8: Anzahl bzw. Häufigkeiten der Patienten bezogen auf den Schweregrad III in Kombination mit bestimmten Begleit-/ Folgeerkrankungen (Eigene Darstellung)

E66.02 Schweregrad III	Altersgruppe	Männer		Frauen	
		Absolut	Prozent	Absolut	Prozent
I10 Hypertonie	0-18	0	0,0%	1	0,0%
	19-30	4	0,1%	5	0,2%
	31-40	10	0,3%	12	0,4%
	41-50	17	0,6%	27	0,9%
	51-60	41	1,4%	72	2,5%
	61-70	47	1,6%	83	2,8%
	71-80	31	1,1%	59	2,0%
	81-90	7	0,2%	19	0,6%
über 90	0	0,0%	1	0,0%	
E11 o. E12	0-18	0	0,0%	0	0,0%

[Pfadkonzept Adipositas]

Diabetes mellitus 2	19-30	0	0,0%	2	0,1%
	31-40	3	0,1%	0	0,0%
	41-50	7	0,2%	10	0,3%
	51-60	22	0,7%	37	1,3%
	61-70	27	0,9%	49	1,7%
	71-80	20	0,7%	38	1,3%
	81-90	6	0,2%	13	0,4%
	über 90	0	0,0%	1	0,0%
E78 Fettstoffwechsel	0-18	0	0,0%	0	0,0%
	19-30	1	0,0%	0	0,0%
	31-40	3	0,1%	1	0,0%
	41-50	8	0,3%	11	0,4%
	51-60	21	0,7%	28	1,0%
	61-70	28	1,0%	46	1,6%
	71-80	18	0,6%	36	1,2%
	81-90	4	0,1%	8	0,3%
über 90	0	0,0%	0	0,0%	
M10 Gicht	0-18	0	0,0%	0	0,0%
	19-30	0	0,0%	0	0,0%
	31-40	1	0,0%	1	0,0%
	41-50	5	0,2%	2	0,1%
	51-60	11	0,4%	3	0,1%
	61-70	11	0,4%	11	0,4%
	71-80	9	0,3%	11	0,4%
	81-90	3	0,1%	5	0,2%
über 90	0	0,0%	0	0,0%	
F32 Depression	0-18	0	0,0%	0	0,0%
	19-30	0	0,0%	2	0,1%
	31-40	2	0,1%	4	0,1%
	41-50	0	0,0%	6	0,2%
	51-60	6	0,2%	12	0,4%
	61-70	4	0,1%	13	0,4%
	71-80	0	0,0%	10	0,3%
	81-90	1	0,0%	5	0,2%
über 90	0	0,0%	0	0,0%	

Tabelle 9: Anzahl bzw. Häufigkeit der Adipositas-Patienten in Kombination mit Hypertonie und Diabetes mellitus Typ 2 (Eigene Darstellung)

[Pfadkonzept Adipositas]

	Altersgruppe	Männer		Frauen	
		Absolut	Prozent	Absolut	Prozent
E66.00 Grad I	0-18	0	0,0%	0	0,0%
	19-30	0	0,0%	0	0,0%
	31-40	0	0,0%	0	0,0%
	41-50	3	0,1%	1	0,0%
	51-60	41	1,4%	24	0,8%
	61-70	32	1,1%	31	1,1%
	71-80	32	1,1%	57	1,9%
	81-90	8	0,3%	26	0,9%
	über 90	1	0,0%	2	0,1%
E66.01 Grad II	0-18	0	0,0%	0	0,0%
	19-30	0	0,0%	1	0,0%
	31-40	1	0,0%	0	0,0%
	41-50	7	0,2%	10	0,3%
	51-60	32	1,1%	34	1,2%
	61-70	44	1,5%	40	1,4%
	71-80	34	1,2%	54	1,8%
	81-90	6	0,2%	28	1,0%
	über 90	0	0,0%	0	0,0%
E66.02 Grad III	0-18	0	0,0%	0	0,0%
	19-30	0	0,0%	2	0,1%
	31-40	3	0,1%	0	0,0%
	41-50	5	0,2%	8	0,3%
	51-60	21	0,7%	34	1,2%
	61-70	26	0,9%	46	1,6%
	71-80	20	0,7%	37	1,3%
	81-90	5	0,2%	12	0,4%
	über 90	0	0,0%	1	0,0%

[Pfadkonzept Adipositas]

2. Übersicht der Physiotherapiepraxen im MB Templin

Tabelle 10: Übersicht der Physiotherapiepraxen im MB Templin (KBZ)

Einrichtung	Inhaber	Adresse
Physiotherapiepraxis	Sabine Seidler	Dargersdorfer Str. 13a 17268 Templin
Physiotherapiepraxis	Martina Zebitz	Postheim 25 17268 Templin
Physiotherapiepraxis Krankengymnastik	Dörte Ludwig	Lychener Str. 8 17268 Templin
Physiotherapiepraxis	Tina Wodtke	Mühlenstr. 23a 17268 Templin
Physiotherapiepraxis	Christina Marx	Friedrich-Engelsstr. 15 17268 Templin
Physiotherapiepraxis Massagepraxis	Tom Karten Renate	Elsternest 22 17268 Templin
Physiotherapiepraxis HT	Manuela Tietz Petra Harms	Lychener Str. 58/60 17268 Templin
Physiotherapiepraxis	Andrea Moritz Heike Gerlach	Obere Mühlenstr. 10a 17268 Templin
Physiotherapiepraxis	Kerstin Wacker Simone Harms	Bahnhofstr. 24 17268 Templin
Physiotherapiepraxis	Andrea Matthies	Annenwalder Weg 2a 17268 Templin
Physiotherapie Bäderbehandlungen	Naturtherme Templin	Dargersdorfer Str. 121 17268 Templin
Physiotherapie Bäderbehandlungen	Am Senioren Landsitz Herr Lambrecht	Dargersdorfer Str. 123 17268 Templin
Physiotherapie	Kerstin Repkow/Wacker	Stargader Str. 4a 17279 Lychen
Physiotherapie Massagepraxis	Grit Schäfer	Seestr. 17268 Boitzenburger Land
Physiotherapie	Ingrid Haase	Templiner Str. 9 17268 Boitzenburger Land
Physiotherapie	Karola Neumann	Großfredenwalder Weg 1 17268 Gerswalde

[Pfadkonzept Adipositas]

3. Übersicht Gesundheitssportangebote

Tabelle 11: Sport- bzw. therapeutische Angebote in Templin und Umgebung (eigene Darstellung)

Angebot	Anbieter	
Senioren-sport	<ul style="list-style-type: none"> • Templiner Seniorenklub e.V. 	
Reha-Sport	<ul style="list-style-type: none"> • Fitnessclub Life Style (Templin) • Pegasus vital & gesund (Templin) • Fitnessclub Alte Mühle (Templin) • Rehavitalisplus e.V. Fit und Fun (Zehdenick) 	
Herzsport	<ul style="list-style-type: none"> • SV Blau-Weiß Röddelin (Templin-Röddelin) 	
Gedächtnis- und Bewegungstraining	<ul style="list-style-type: none"> • Templiner Seniorenklub e.V. (Templin) 	
Präventionskurse	Kursart	Anbieter
Bewegung	Aquagymnastik/Wassergymnastik	NaturThermeTemplin Dargersdorfer Str. 121 17268 Templin
	Die neue Rückenschule	Praxis für Ergotherapie Kockot Jahnstraße 5 17268 Templin
	Grundkurs „Neue Rückenschule“	Praxis für Ergotherapie Kockot Jahnstraße 5 17268 Templin
	Neue Rückenschule nach KDDR	Physio Pröhl Herrensteimer Weg 4a 17268 Gerswalde
	Nordic Walking – Kraft und Energie durch Bewegung	Ulrike Pilz Obere Mühlenstraße 3 17268 Templin
	Präventionskurs Aquafitness	Physiotherapie Praxis „Am Senioren Landsitz“ Dargersdorfer Str. 123 17268 Templin
	Wassergymnastik	Physiotherapie Praxis „Am Senioren Landsitz“ Dargersdorfer Str. 123 17268 Templin
Ernährung	Keine bestehende Angebote	
Entspannung und Stressbewältigung	Progressive Muskelrelaxation „Mit Entspannung zum Wohlbefinden“	Praxis für Ergotherapie Kockot Jahnstraße 5 17268 Templin

[Pfadkonzept Adipositas]

Weitere Gesundheitssportangebote gibt es zudem vom Landessportbund Brandenburg e.V.:

Erkrankung	Sportstätte	Verein, Ansprechpartner, Telefon, E-Mail	Zielgruppe	Aqua
	17268 Templin Dargersdorfer Straße 69	TRBSV Templiner Reha- und Behinderten SV e.V. Sigrid Finck ☎ 03987/6557 ➡ sigrid-templin@web.de	Erwachsene	
	17268 Templin Am Mühlentor 1	BPRSV e.V. Ulrike Pilz ☎ 03987/200705 ➡ Post@bprsv.de	Erwachsene	
	17268 Templin Friedrich-Engels-Straße 15	rsnb e.V. Arne Roßberg ☎ 03987/4943100 ➡ info@rsnb.de	Erwachsene	
	17268 Templin Dargersdorfer Straße 123	H(erz) SV Buchheide e.V. Julia Schülke ☎ 03987/707520 ➡ post@physio-landsitz.de	Erwachsene	
	17268 Templin Am Mühlentor 1	BPRSV e.V. Ulla Sorge ☎ 03987/200705 ➡ Post@bprsv.de	Erwachsene	
	17268 Templin Seestraße 2	SV Blau-Weiß Röddelin/Templin Renate Zöllner ☎ 03987/200239 ➡ sportvereinroeddelin@web.de	Erwachsene	
 	17268 Templin Dargersdorfer Straße 69	TRBSV Templiner Reha- und Behinderten SV e.V. Sigrid Finck ☎ 03987/6557 ➡ sigrid-templin@web.de	Erwachsene	

[Pfadkonzept Adipositas]

4. Überweisungssteuerung

Die nachstehende Tabelle stellt die Überweisungssteuerung für die Krankenkassen BARMER und AOK dar.

	SNR	TK ab 01.01.2016	BARMER ab 01.07.2016	AOK ab 01.07.2017
Kategorie A (Termin nächster Werktag)				
überweisender Arzt	93480A	6,00 €	6,00 €	6,00 €
übernehmender Arzt	93481A	16,00 €	16,00 €	15,00 €
Kategorie B (Termin 1 Woche)				
überweisender Arzt	93480B	5,00 €	5,00 €	5,00 €
übernehmender Arzt	93481B	12,00 €	12,00 €	8,00 €

Abbildung 12: Übersicht der Verträge zur Überweisungssteuerung (KVBB)

Alle Verträge beinhalten die Kategorien der Dringlichkeit, die wie folgt abgebildet werden können:

Tabelle 12: Übersicht der Kategorien der Dringlichkeit (eigene Darstellung)

Kategorie A <i>(erfordert einen Termin am nächsten Werktag)</i>	Kategorie B <i>(erfordert einen Termin binnen einer Woche)</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Vermeidung prästationärer Zeiten • Vermeidung einer Krankenhauseinweisung • Abklärung der Notwendigkeit einer stationären Behandlung • drohender Dauerschaden eines Patienten • hoch akutes Krankheitsbild 	<ul style="list-style-type: none"> • Versagen einer begonnenen Therapie • zunehmende/anhaltende Verschlechterung der Symptomatik • anhaltende Arbeitsunfähigkeit zur Abklärung des weiteren Behandlungsprozesses

[Pfadkonzept Adipositas]

5. Bariatrische Chirurgie

Box 17 – Bariatrische Chirurgie


- Zu den Kontraindikationen eines bariatrischen Eingriffs gehören:
 - Instabile psychopathologische Zustände, schwere Depression
 - Konsumierende und neoplastische Erkrankungen
 - Aktive Substanzabhängigkeit (Drogen, Alkohol)
 - Eine unbehandelte Bulimia nervosa
 - Chronische Erkrankungen wie z.B. Leberzirrhose
 - Andere schwer gesundheitlich einschränkende Erkrankungen, welche sich durch den postoperativen katabolen Stoffwechsel verschlechtern können
 - Mangelnde Fähigkeit/mangelnder Wille an einem langfristigen medizinischen Follow-up teilzunehmen
- **Präoperatives Vorgehen**
 - Gewichtsreduzierende Programme sollen präoperativ beibehalten werden.
 - Die Therapie von Begleiterkrankungen soll optimiert werden (z.B. Substitution einer Hypothyreose, Optimierung der Blutzucker- Blutdruck-Einstellung)
 - Durchführen einer umfassenden präoperativen Evaluierung – unter Einbezug folgender Punkte:
 - Nutzen-Risiko-Analyse
 - Bestimmung des OP-Risikos, allgemeine OP-Tauglichkeit muss gegeben sein (präoperative Untersuchung wie für andere größere abdominelle Operationen)
 - Routine-Labor (inklusive Nüchtern-Blutzucker, Lipide, Nierenfunktion, Leberwerte, Harnanalyse, Prothrombin-Zeit/INR, Blutgruppe, Blutbild)
 - Nährstoff-Screening (Eisen, Vitamin B12, Folsäure, Vitamin D; Vitamin A und E optional)
 - Kardiopulmonale Untersuchung (inklusive Schlafapnoe)
 - Gastrointestinale Untersuchung (Gastroskopie, Heliobacter Pylori-Screening, Oberbauch-Sonographie (v.a. Gallenblase)
 - Endokrinologische Untersuchung
 - Knochendichte
 - Ernährungsanamnese
 - Erhebung von Essstörungen (z.B. Binge-Eating), um eine entsprechende präoperative Verhaltenstherapie einzuleiten

[Pfadkonzept Adipositas]

- Anamnese des psychosozialen Verhalten
- Tumor-Screening
- Psychosoziale Unterstützung
- Im Rahmen eines Beratungsgesprächs erfolgen zum einen eine umfassende Information zu möglichen Gewichtsverlusten und deren Risiken und zum anderen eine Aufklärung über die notwendige postoperative Ernährungsumstellung. Darüber hinaus wird der Patient darüber informiert, dass nach einem bariatrischen Eingriff eine langfristige Überwachung mit regelmäßigen Kontrolluntersuchungen notwendig ist. Erfolgt hinsichtlich dessen kein Einverständnis des Patienten, dann soll von dem Eingriff abgesehen werden.
- **Postoperatives Vorgehen**
 - Ein regelmäßiges postoperatives Assessment (nach einem Monat, während des ersten Jahres alle drei Monate, danach alle sechs bis zwölf Monate) inklusive eines diätischen und falls erforderlich auch eines chirurgischen Follow-up soll durchgeführt werden.
 - Die postoperative Langzeitnachsorge soll ganzheitlich und allumfassend erfolgen und folgende Aspekte umfassen:
 - Ernährungsberatung:
 - Beratung und Unterstützung für eine an die individuellen Bedürfnisse des Patienten und des jeweiligen operativen Verfahrens angepasste postoperative Ernährung,
 - Identifizierung möglicher Nahrungsdefizite (inklusive Proteine, Vitamine und Mineralstoffe) und Fehlernährung,
 - Falls erforderlich: Supplementierung von Nährstoffen, Vitaminen etc. (z.B. Eisen, Folsäure, Vitamin B12, Proteine)
 - Beratung und Unterstützung für mehr körperliche Aktivität
 - Individuelle psychologische und psychosoziale Unterstützung
 - Informationen zu Beratungs- und Selbsthilfegruppen
 - Monitoring der Begleiterkrankungen, inklusive der Therapieoptimierung und der Anpassung der Medikamente
 - Falls eine Frau nach einem bariatrischen Eingriff schwanger wird, ist eine engmaschige Kontrolle hinsichtlich einer adäquaten Gewichtszunahme sowie möglicher Nährstoffdefizite erforderlich.

[Pfadkonzept Adipositas]

Erhebungsbögen



Krankenkasse	Praxisstempel, Unterschrift, Datum
Name, Vorname, Adresse des Versicherten geb. am	
Kostenträgerkennung Versicherungsnummer Status	
Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum	

Screeningbogen SÜ-BHPF- Adipositas

I) Angaben zum Patienten

1. Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
2. Geburtsjahr	_ _ _ _ (JJJJ)

II) Familienanamnese

	ja	nein
1. Übergewicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Adipositas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Dyslipidämie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Hypertonie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Atherosklerose (insbesondere koronare Herzerkrankung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Seite 1 von 3

[Pfadkonzept Adipositas]


III) Klinische Parameter

3. Körpergröße	_____, ____ m
4. Körpergewicht	_____ kg
5. Body-Mass-Index (BMI)	_____ kg/m ²
6. Taillenumfang	_____ cm
7. Triglyzeride	_____ mg/dl
8. HDL-Cholesterien	_____ mg/dl
9. Blutdruck	
diastolisch	_____ mmHg
systolisch	_____ mmHg
10. Nüchternblutglukose	_____ mg/dl
11. Harnsäure	_____ mg/dl

IV) Komorbiditäten/Krankheitslast

	ja	nein
1. Diabetes mellitus Typ II	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Arterielle Hypertonie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Manifeste kardiovaskuläre Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Hyperurikämie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Dyslipidämien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Schlaf-Apnoe-Syndrom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Arthrose		
6. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

[Pfadkonzept Adipositas]

		
V) Diagnosestellung		
<hr/>		
ICD-Eingabe		
1. Diagnosestellung	_____ . _____	
VI) Medikation		
<hr/>		
	ja	nein
4. Medikationsplan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



IGiB – StimMT
Strukturmigration im
Mittelbereich Templin

Förderkennzeichen:
01NVF16001

Konzept zum Sektorenübergreifenden
Behandlungspfad Herzinsuffizienz

- erstellt durch den Konsortialpartner KV COMM -

Inhaltsverzeichnis

<i>Präambel</i>	4
1. Vorbemerkung zum projektspezifischen Pfadverständnis	5
2. Ausgangslage	6
3. Ist-Analyse	7
3.1. <i>Prognose der Morbiditätsentwicklung</i>	7
3.2. <i>Ambulante Versorgung</i>	7
3.3. <i>Stationäre Inanspruchnahme</i>	11
4. Zielstellung	11
5. Beschreibung	14
5.1. <i>Zielgruppe</i>	14
5.2. <i>Screening in der Hausarztpraxis</i>	17
5.3. <i>Pfadspezifische Versorgung durch die Facharztpraxis</i>	20
5.4. <i>Integration der Zusatzangebote</i>	22
5.4.1. <i>Einbindung der agnes^{zwei}-Fachkraft</i>	23
5.4.2. <i>Fragebogen zur Lebensqualität und Gesundheitskompetenz</i>	23
5.4.3. <i>Einbindung zusätzlicher Therapieangebote</i>	24
5.4.4. <i>Fallkonferenz/QZ</i>	25
5.5. <i>Interventionszeitpunkte</i>	25
6. Leistungsbestandteile	26
7. Evaluation	27
7.1. <i>Zielparameter</i>	27
7.2. <i>Operationalisierung</i>	27
Tabellenverzeichnis	29
Abbildungsverzeichnis	30
Literaturverzeichnis/Recherche	31
Anlagen	33
Anlage 1 Arzneimittelempfehlung	33
Anlage 2 Dokumentationskatalog	37
Anlage 2.1. Screeningbogen	38
Anlage 2.2. Überleitungsbogen agnes ^{zwei}	39
Anlage 2.3. Assessmentbogen (Erst- und Folgekontrolle, Verlaufskontrolle I-III)	40
Anlage 2.4. Fragebögen Lebensqualität und Gesundheitskompetenz	41
Anlage 2.5. Monitoringbogen agnes ^{zwei}	42
Anlage 3 Umsetzungsplanung – psychologische Mitbetreuung	43
Anlage 4 Umsetzungsplanung – Trainingsprogramme	44
Anlage 5 Umsetzungsplanung – Patientenschulung	45

[Pfadkonzept Herzinsuffizienz]

Präambel

Das vorliegende Konzept zum Behandlungspfad Herzinsuffizienz ordnet sich in das Teilprojekt 4 „Unterstützung einer systematischen fachgruppen-, berufsgruppen- und sektorenübergreifenden Abstimmung und Koordination“ des Projektes IGiB – Strukturmigration im Mittelbereich Templin ein. Das Projekt IGiB – Strukturmigration im Mittelbereich wird vom Innovationsfonds unter dem Kennzeichen 01NVF16001 gefördert.

Ziel des Teilprojektes 4 ist es, nationale und internationale evidenzbasierte Leitlinien in der regionalen medizinischen Versorgung anhand von standardisierten Behandlungspfaden zu ausgewählten Indikationen zu etablieren. Die Umsetzung der Behandlungspfade erfolgt unter Einbezug der niedergelassenen Ärzte im Mittelbereich Templin wie auch der Ärzte des Sana Krankenhauses Templin und unter Einsatz von Case Management. Weiterhin werden maßgeblich die Empfehlungen des „Nationalen Aktionsplans Gesundheitskompetenz“ (2018) aufgegriffen.

Die Selektion der Indikationen richtete sich nach dem größten Potenzial für die Vermeidung stationärer Behandlung. Neben der Reduzierung von unnötigen stationären Behandlungen kann mit der Implementierung des im nachstehenden Dokument dargestellten Behandlungspfades Herzinsuffizienz eine Senkung von Krankheitskosten und eine Steigerung der Lebensqualität von Herzinsuffizienz erkrankten Patienten erreicht werden.

Potsdam, den 25.04. 2018

**Zur besseren und flüssigeren Lesbarkeit werden nachfolgend geschlechtsspezifische Bezeichnungen nur in der männlichen Form verwendet. Diese umfassen jedoch Frauen und Männer gleichermaßen.*

[Pfadkonzept Herzinsuffizienz]

1. Vorbemerkung zum projektspezifischen Pfadverständnis

Die Entwicklung und Umsetzung des SÜ-BHPF Herzinsuffizienz erfolgte aufgrund der im Förderantrag vom 05.07.2016 formulierten Zielstellungen:

1. Adaptation nationaler und internationaler evidenzbasierter Leitlinien an die lokalen Bedingungen durch die Ärzte vor Ort.
2. Neben der Gruppe geriatrischer Patienten wird eine Konzentration auf Krankheiten des Kreislaufsystems sowie auf Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten erfolgen. Auswahl erfolgt unter Berücksichtigung der größten Potenziale für die Vermeidung stationärer Behandlungen.
3. Um auch die Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung angemessen zu berücksichtigen werden im Unterschied zu den meisten der bisherigen Ansätze, neben den niedergelassenen Ärzten, die Ärzte des Sana Krankenhauses Templin von Beginn an in die Erarbeitung der Pfade einbezogen.
4. Es werden zudem Kriterien für den Einsatz von Case Management eingearbeitet und soweit angezeigt, werden nichtärztliche Berufsgruppen (Physiotherapeuten, Pflege, etc.) in die Erarbeitung einbezogen.
5. Es wird festgelegt, welche Informationen wann über die Datenaustausch-Plattform ausgetauscht und welche Informationen in das Clinical Data Repository eingestellt werden bzw. dokumentiert sein sollen.

Weitere Kriterien für die Anforderungen für die Pfadentwicklung im Projekt wurden in der AG „Prototypische Fälle“ (2016/2017) definiert:

1. SÜ-BHPF orientieren sich an den strukturellen Rahmenbedingungen vor Ort und sind ein Teil des gesamten Migrationsprozesses.
2. Vor dem Hintergrund sich verändernder Versorgungsstrukturen sind SÜ-BHPF dynamisch angelegt und bedürfen kontinuierlicher Anpassungsprozesse.
3. SÜ-BHPF können sich an einzelnen Diagnosen orientieren und/oder werden komplex aufgebaut, um eine definierte Zielgruppe einzuschließen.
4. SÜ-BHPF sind mehrdimensional und berücksichtigen Komorbiditäten.

Aufbauend zu diesem Pfadverständnis hat die Projektgruppe SÜ-BHPF die Kriterien für Herzinsuffizienz wie folgt konkretisiert:

1. Stärkung der wohnortnahen, strukturierten und leitliniengerechten Versorgung.
2. Stabilisierung von schwerkranken Patienten im ambulanten Setting.
3. Etablierung eines sektorenübergreifenden Organisationsrahmens für Sicherheit und Verbindlichkeit (Prozessdefinition und Festlegung des Dokumentationsmanagements).
4. Verbesserung der Therapietreue.

[Pfadkonzept Herzinsuffizienz]

5. Ergänzung der Therapie um Zusatzangebote (psychologische Mitbetreuung, Sporttherapie, Schulungsangebote).
6. Einbindung des agnes^{zwei}-Fachkräfte
7. Dynamischer Modulansatz (Einbindung zukünftig entstehender Strukturen KBZ und ASZ).

Der Pfad integriert zudem die bisher schon etablierte Versorgung der Herzinsuffizienz im Rahmen der haus- und fachärztlichen Versorgung im Mittelbereich Templin. Obligater Bestandteil ist die Pocket-Leitlinie von der DGK (übernommene Stellungnahme der European Society of Cardiology, 2016).

2. Ausgangslage

„Herzinsuffizienz ist ein klinisches Syndrom, das durch typische Symptome (z. B. Luftnot, Knöchel-Ödeme und Müdigkeit) gekennzeichnet ist, die von bestimmten Zeichen (z. B. erhöhter Jugularvenendruck, gestaute Halsvenen, Rasselgeräusche über der Lunge oder periphere Ödeme) begleitet werden können. Ursache sind kardiale Strukturdefekte und/oder Funktionsstörungen, die zu einer verringerten Auswurfleistung des Herzens und/oder zu erhöhten intrakardialen Drücken in Ruhe oder unter Belastung führen.“ (DGK 2016)

Die Herzinsuffizienz ist eine der häufigsten und kostenintensivsten chronischen Erkrankungen. Seit dem Jahr 2000 ist die Erkrankungshäufigkeit der Herzinsuffizienz nahezu kontinuierlich gestiegen (Herzstiftung 2017). In einer aktuellen retrospektiven Studie zur Prävalenz der Herzinsuffizienz, die sich auf Daten der Jahre 2009 bis 2013 bezieht, wurde eine Prävalenz von 3,96 % in Deutschland berechnet (Störk et al. 2017). Aufgrund der demografischen Entwicklung und des medizinischen Fortschritts werden Prävalenz und Inzidenz der Herzinsuffizienz auch in Zukunft zunehmen (Lloyd-Jones 2002). Im Land Brandenburg werden überdurchschnittliche viele Menschen aufgrund der Herzinsuffizienz ins Krankenhaus eingewiesen. Die altersstandardisierte vollstationäre Hospitalisationsrate pro 100.000 Einwohner im Land Brandenburg übersteigt den Bundesdurchschnitt um 14,8 % (Herzstiftung 2017).

Vor dem Projektziel der Vermeidung unnötiger stationärer Aufenthalte von Patienten mit Herzinsuffizienz im Mittelbereich (MB) Templin ist eine standardisierte Abfolge der Behandlung erforderlich, die alle regionalen am Behandlungs- und Therapieprozess beteiligten Akteure umfasst. Im Rahmen erster Gespräche mit niedergelassenen Ärzten im Mittelbereich Templin wurde deutlich, dass eine solche strukturierte Abfolge bereits von einzelnen Arztpraxen in enger Abstimmung mit Ärzten aus dem stationären Sektor umgesetzt wird. Ziel des Pfadkonzeptes Herzinsuffizienz ist also die extensive Implementierung und Bekanntmachung des Behandlungspfades unter den ambulant tätigen Ärzten im MB Templin.

[Pfadkonzept Herzinsuffizienz]

3. Ist-Analyse

3.1. *Prognose der Morbiditätsentwicklung*

Die demografischen Veränderungen im Mittelbereich Templin werden Auswirkungen auf die Prävalenzen einzelner Krankheiten haben. Das Zentralinstitut der Kassenärztlichen Vereinigung (ZI) hat im Auftrag der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg (KVBB) ermittelt, dass ausgehend von einer Prävalenz im Jahr 2009 von 2,8% sich die Prävalenz im Mittelbereich Templin im Jahr 2025 auf 4,0% erhöhen wird. Dies entspricht einer Zunahme von 42,9% (vgl. Regionalbericht der KVBB 2013). Im Bundesdurchschnitt wird mit einer Zunahme um 62% gerechnet (vgl. Health Policy Partnership 2015).

3.2. *Ambulante Versorgung*

Die hausärztliche Versorgung erfolgte 2010 gemäß Auswertungen des Regionalberichtes der KVBB wohnortnah im Mittelbereich Templin, d.h. knapp 90% der Patienten nutzen die dort vorhandenen Hausarztpraxen in der Stadt Templin und den umliegenden Gemeinden. Die ambulante kardiologische Versorgung fand hingegen ausschließlich außerhalb des Mittelbereichs statt, da diese Fachgruppe nicht vertreten war. Hier werden kardiologische Schwerpunktpraxen u.a. in Bernau, Eberswalde, Oranienburg und Schwedt in Anspruch genommen.

Im Rahmen der internistischen Versorgung (ohne Schwerpunkt Kardiologie) erfolgt die Versorgung von kardiologisch-erkrankten Patienten im Mittelbereich durch die niedergelassene Ärztin Dr. [REDACTED]. Nach eigenen Angaben wurden von [REDACTED] im Jahr 2017 161 Fälle von Linksherzinsuffizienz aller NYHA Stufen in ihrer Praxis versorgt.

Weiterhin wurde das Leistungsangebot im Rahmen des KV RegioMed Zentrums Templin im Jahr 2014 um eine kardiologische Sprechstunde (insb. für Herzschrittmacherkontrollen) in Zusammenarbeit mit den ambulant und stationär tätigen Ärzten etabliert.

Zur Einschätzung der Krankheitslast im MB Templin wurden Abrechnungsdaten der niedergelassenen Ärzte im MB Templin von der Kassenärztlichen Vereinigung analysiert. Konkret handelte es sich um die quartalsbezogene Anzahl der Patienten, die aufgrund einer Diagnose der Gruppe „Herzinsuffizienz“ (ICD 10-Code I50.-) im Jahr 2016 von Mitgliedern der KVBB behandelt wurden.

Grundsätzlich zeigt sich, dass im Jahr 2016 von den Diagnosen der Gruppe „I50-“ die Diagnose „I50.9 Herzinsuffizienz, nicht näher bezeichnet“ mit 50,23 % der Diagnosen am meisten vergeben wurde (vgl. Tabelle 1). Es folgen die Diagnosen des Komplexes „I50.1 Linksherzinsuffizienz“ mit 37,05 %. Die Diagnosen des Komplexes „I50.0- Rechtsherzinsuffizienz“ wurden mit 12,72 % am wenigsten vergeben. Die hohe Anzahl der Diagnosen „I50.9 Herzinsuffizienz, nicht näher bezeichnet“ könnte ein Hinweis darauf sein, dass die spezifische Lokalisierung der Herzinsuffizienz in Form einer differenzierteren Diagnosestellung im Rahmen der ambulanten Versorgung beispielsweise in der Hausarztpraxis eher nebensächlich ist. Grundsätzlich wurden etwas mehr Frauen (52,34 %) als Männer mit Herzinsuffizienz behandelt.

[Pfadkonzept Herzinsuffizienz]

Tabelle 1: Anzahl der Patienten mit einer Diagnose nach „I50.- Herzinsuffizienz“ in 2016 im MB Templin (Quelle: KVBB, eigene Darstellung)

	Männer		Frauen		Insgesamt	
	Absolut	Anteil	Absolut	Anteil	Absolut	Anteil
I50.0- Rechtsherzinsuffizienz	64	10,19 %	98	15,17 %	162	12,72 %
I50.1- Linksherzinsuffizienz	266	42,36 %	206	31,89 %	472	37,05%
I50.9 Herzinsuffizienz, nicht näher bezeichnet	298	47,45 %	342	52,94 %	640	50,23%
I 50 Herzinsuffizienz (nach Ausschluss von Doppelungen)	499	47,66 %	548	52,34 %	1047	100,00 %

Nach Ausschluss von Doppelzählungen wurden im MB Templin im Jahr 2016 1.047 Patienten aufgrund einer Diagnose der Gruppe „I50 Herzinsuffizienz“ behandelt. Gemessen an der Einwohnerzahl des Mittelbereichs Templin (27.000 Menschen) entspricht dies einer Prävalenz von ca. 3,9 % und somit der von Störk et. al. errechneten Prävalenz für Deutschland.

Valide Aussagen zur Krankheitshäufigkeit können jedoch aus den Routinedaten nicht abgeleitet werden, da angenommen wird, dass...

- Nicht alle Patienten aus dem MB Templin, die an einer Herzinsuffizienz leiden, werden medizinisch versorgt.
- Nicht alle Patienten aus dem MB Templin, die an einer Herzinsuffizienz leiden, werden im ambulanten Sektor behandelt.
- Nicht bei allen Patienten aus dem MB Templin, die an einer Herzinsuffizienz leiden, wird eine Herzinsuffizienz diagnostiziert und dokumentiert.
- Nicht alle Patienten aus dem MB Templin, die an einer Herzinsuffizienz leiden, werden in einer Arztpraxis im MB Templin versorgt.

Auch zur Diagnosequalität kann keine Aussage getroffen werden. Insofern ist die hier angegebene Krankheitslast im Mittelbereich nur statistisch hergeleitet.

Weiterhin wurden die Diagnosen der Gruppe „I50.- Herzinsuffizienz“ nach Altersgruppen ausgewertet (vgl. Tabelle 2). Es zeigt sich, dass vor allem Patienten der Altersgruppen 71 – 80 Jahre (34,67 %) und 81 – 90 Jahre (33,14 %) von Herzinsuffizienz betroffen sind. Der Median liegt bei 71 – 80 Jahren.

[Pfadkonzept Herzinsuffizienz]

Tabelle 2: Anzahl der Patienten mit einer Diagnose nach „I50.- Herzinsuffizienz“ nach Altersgruppen (Quelle: KVBB, eigene Darstellung)

	Männer		Frauen		Insgesamt	
	Absolut	Anteil	Absolut	Anteil	Absolut	Anteil
0-18 Jahre	2	0,40%	0	0,00%	2	0,19%
19-30 Jahre	2	0,40%	1	0,18%	3	0,29%
31-40 Jahre	3	0,60%	2	0,36%	5	0,48%
41-50 Jahre	10	2,00%	6	1,09%	16	1,53%
51-60 Jahre	61	12,22%	37	6,75%	98	9,36%
61-70 Jahre	98	19,64%	64	11,68%	162	15,47%
71-80 Jahre	171	34,27%	192	35,04%	363	34,67%
81-90 Jahre	142	28,46%	205	37,41%	347	33,14%
über 90 Jahre	10	2,00%	41	7,48%	51	4,87%
Insgesamt	499	100 %	548	100 %	1047	100 %

Auch nach Geschlecht differenziert, befindet sich der Median sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen bei 71-80 Jahren. Allerdings wird bei genauer Betrachtung deutlich, dass bei den Männern alle Items bis zum Median stärker ausgeprägt sind, als bei den Frauen. Die Items 71 – 80 Jahre, 81-90 Jahre und über 90 Jahre sind bei den Frauen stärker ausgeprägt. Insofern sind die männlichen Patienten mit Herzinsuffizienz jünger als die weiblichen Patienten mit Herzinsuffizienz.

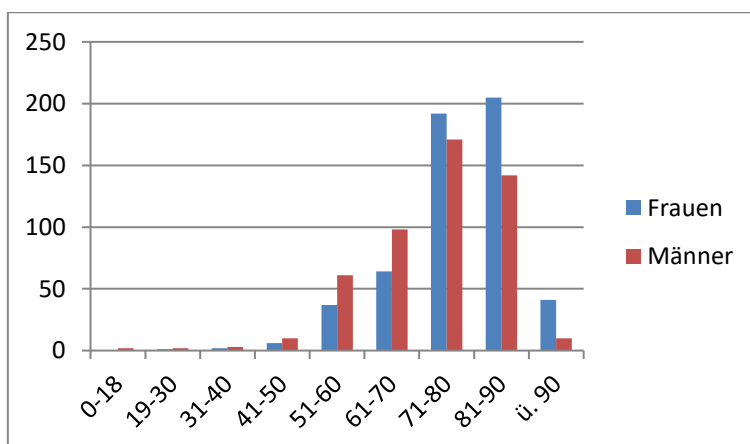


Abbildung 1: Patienten mit „I50.- Herzinsuffizienz“ nach Altersgruppen differenziert nach Geschlecht (Quelle: KVBB, eigene Darstellung)

[Pfadkonzept Herzinsuffizienz]

Bezogen auf die Linksherzinsuffizienz war es möglich, die NYHA-Stadien anhand der Diagnosestellungen der Ärzte zu differenzieren (vgl. Tabelle 3). Über die Hälfte (53,74 %) der - und damit die meisten Patienten befanden sich in einem NYHA Stadium II.

Tabelle 3: Anzahl der Patienten mit einer Diagnose nach „I50.1 Linksherzinsuffizienz“ nach NYHA-Stadium, (Quelle: KVBB, eigene Darstellung)

	Männer		Frauen		Insgesamt	
	Absolut	Anteil	Absolut	Anteil	Absolut	Anteil
NYHA-Stadium I	14	6,45%	10	6,37%	24	6,42%
NYHA-Stadium II	114	52,53%	87	55,41%	201	53,74%
NYHA-Stadium III	82	37,79%	51	32,48%	133	35,56%
NYHA-Stadium VI	7	3,23%	9	5,73%	16	4,28%
Insgesamt	217	100 %	194	100 %	374	100 %

Weiterhin konnten die Herzinsuffizienz-Diagnosen der Ärzte im MB Templin den Arztgruppen zugeordnet werden (vgl. Tabelle 4). Hier zeigt sich, dass 75,07 % der Herzinsuffizienz-Diagnosen Hausarztpraxen zuzuordnen. 11,24 % der Diagnosen können einer Praxis der Inneren Medizin und 6,85 % der Diagnosen können einer Praxis der Pneumologie zugeordnet werden. Grundsätzlich gilt zu beachten, dass es sich hierbei um Patienten pro Arzt handelt. Die hohe Gesamtzahl (n = 1504) ist also Doppeldiagnosen begründet. Das heißt, dass ein Patient in mehr als einer Praxis mit einer Herzinsuffizienz-Diagnose behandelt wurde.

Tabelle 4: Anzahl der Patienten mit einer Diagnose nach „I50.- Herzinsuffizienz“ nach Arztgruppe, (Quelle: KVBB, eigene Darstellung)

	Absolut	Anteil
Allg./Prakt./Inn.Med. HA	1129	75,06%
Innere Medizin (FA) o. SP	169	11,24%
Pneumologie	103	6,85%
Sonstige	103	6,85%
Insgesamt	1504	100 %

Zusammenfassend kann auf Basis der Abrechnungsdaten der KVBB gesagt werden, dass im MB Templin eine im Vergleich zum Bundesdurchschnitt hohe Prävalenz der Herzinsuffizienz vorliegt. Am meisten wurde die Diagnose „I50.9 Herzinsuffizienz, nicht näher bezeichnet“ von den Ärzten vergeben. Über zweidrittel der Patienten, die mit einer Diagnose der Gruppe „I50.- Herzinsuffizienz“ behandelt wurden, gehörten den Altersgruppen 71-80 Jahre und 81-90 Jahre an.

In der Vorstudie von AGENON (2016) wurde zudem ausgewiesen, dass die Diagnosekodierungen im Bereich der „Krankheiten des Kreislaufsystems“ (ICD Hauptkapitel IX) die größte Bedeutung im

[Pfadkonzept Herzinsuffizienz]

Erkrankungsspektrum der AOK Nordost und BARMER Versicherten im Mittelbereich Templin ausweist (vgl. Vorstudie AGENON S. 29f.).

3.3. Stationäre Inanspruchnahme

Weiterhin wurde in der Vorstudie von AGENON aufgeführt, dass die höchste Zahl der vollstationären Krankenhausfälle in der Gruppe der „Krankheiten des Kreislaufsystems“ liegt (vgl. S. 18f.). Dies entspricht einer Fallzahl von 869 im Jahr 2014 (20,7% aller Fälle). Dabei liegt die Diagnose Herzinsuffizienz (I50) in die Altersklasse 46-65 Jahr bei 22 Fällen (Rang 7 der TOP 15-Diagnosen) und in der Altersklasse ab 66 Jahren bei 116 Fällen (Rang 1 der TOP 15-Diagnosen).

Die Auswertung weist weiterhin daraufhin, dass von den 869 stationären Fällen im Bereich der „Krankheiten des Kreislaufsystems“ nur 43% mit Einweisung erfolgten. D.h. 57% bzw. 496 Fällen erfolgten als „Notfälle“. Davon werden 104 Fälle als ambulant-sensitive, vollstationäre Krankenhausfälle ausgewiesen (vgl. S. 24ff.).

4. Zielstellung

Ausgangspunkt für die Entwicklung des SÜ-BHPF Herzinsuffizienz war die folgende Fragestellung: Was sind die Ursachen für (unnötige) Krankenhausfälle? Im Umkehrschluss hieß das, welche Maßnahmen müssen in den SÜ-BHPF integriert werden, um zukünftig Krankenhausfälle zu vermeiden.

Hierbei wurden zwei Thesen aufgestellt:

1. Die Patientensteuerung erfolgt nicht unter vollumfänglicher Nutzung der (fachärztlichen-) ambulanten Ressourcen. D.h. es wird angenommen, dass Patienten direkt aus dem hausärztlichen Bereich in ein Krankenhaus eingewiesen werden.
2. Der Patient hat Schwierigkeiten im Umgang mit seiner Erkrankung (Therapietreue) und ist unsicher im Therapieverlauf. Daraus ergibt sich, dass häufig aus Unwissenheit eigenmächtig stationäre Strukturen durch den Patient ohne Einweisung in Anspruch genommen werden.

Diese zweite These wird unterstützt die aktuelle Veröffentlichung im Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz (2018): *Mehr als die Hälfte der Bevölkerung weist eine lediglich eingeschränkte Gesundheitskompetenz (54,3 Prozent) auf und hat Schwierigkeiten, mit gesundheitsrelevanten Informationen umzugehen. Bestimmte Bevölkerungsgruppen verfügen tendenziell über eine noch geringere Gesundheitskompetenz. Dazu zählen Menschen mit Migrationshintergrund, Menschen mit niedrigem Sozialstatus oder niedrigem Bildungsniveau sowie ältere und chronisch kranke Menschen.*

[Pfadkonzept Herzinsuffizienz]

Als Lösungsansätze greift der SÜ-BHPF Herzinsuffizienz folgende Maßnahmen auf:

a.) Verbesserung der Patientensteuerung

- Etablierung eines Screeningverfahrens zur sicheren Diagnosestellung in der Hausarztpraxis
- Standardisierung des Überleitungsmanagements von der Haus- in die Facharztpraxis
- Entwicklung geeigneter Patienteninformationen

b.) Integration in ein Betreuungskonzept

- Einbindung des Casemanagements bzw. der agnes^{zwei}-Fachkräfte aus dem KBZ
- Aufbau eines Überleitungsmanagements (u.a. in den therapeutischen Bereich)

c.) Stärkung der Gesundheitskompetenz

- Förderung der Handlungskompetenz in den Bereichen: Ernährung, Bewegung, Lebensstil
- Erarbeitung von Trainings- und Schulungsangeboten als integrative Anteile

d.) Reduzierung von Behandlungsvariabilitäten

- Art und Umfang der medizinischen Leistungen werden definiert und in eine logische (optimale) Abfolge gebracht
- Art und Umfang von Diagnostik und Laboranforderungen sowie Medikation werden standardisiert (obligater Bestandteil ist die Leitlinie)
- Für alle diagnostischen und therapeutischen Leistungsbestandteile bzw. Zusatzangebote werden Entscheidungskriterien definiert
- Standardisierung der Ergebnis- und Verlaufsdokumentation der im Vorfeld standardisierten Leistungen (Hinterlegung der immer wiederkehrenden Standards, Angaben und Leistungen, die nur noch im Ankreuzverfahren ausgewählt werden)

e.) Entwicklung einer einheitlichen berufsgruppenübergreifenden Dokumentationsbasis

- Integration der berufsgruppenbezogenen Dokumentationsanteile in ein Dokument bzw. in eine Anwendung

f.) Bündelung der regionalen Ressourcen und Integration wohnortferner Leistungsangebote zur Stärkung der wohnortnahen Kapazitäten*

- Etablierung einer spezialisierten Herzinsuffizienzprechstunde im ASZ
- Einsatz von Telemonitoring und Telemedizin

**Beschreibung dieser Leistungsangebote erfolgt durch das TP 2*

g.) Stärkung der Fortbildung

- Durchführung regelmäßiger Fallkonferenzen und Qualitätszirkel

Im Ergebnis sollen dadurch folgende messbare Zielwerte erreicht werden:

[Pfadkonzept Herzinsuffizienz]

- Senkung der Sterblichkeit
- Senkung der Hospitalisierungsrate
- Hemmung der Progression
- Steigerung der Lebensqualität
- Steigerung der Leistungsfähigkeit (NYHA-Stadium)
- Fristgerechte Versorgung gemäß des Behandlungspfades.

Der erarbeitete SÜ-BHPF Herzinsuffizienz bildet eine spezielle Methodenkombination aus Prozessverbesserungen (Organisationsrahmen), Strukturergänzungen (neue Versorgungsangebote) und Maßnahmen zur Erreichung individuell festgelegter therapeutischer Zielstellungen ab. Die Behandlung erfolgt multimodal im multiprofessionellen therapeutischen Team unter ärztlicher Leitung.

Das nun folgende Pfadschema stellt die am Versorgungsprozess schematisch beteiligten Akteure dar und bildet die multidisziplinäre und sektorenübergreifende Mitbetreuung ab. Vordergründig ist hierbei die rechtzeitige Identifizierung von Patienten, um zeit- und sachgerecht Therapiemaßnahmen im ambulanten Setting einzuleiten.

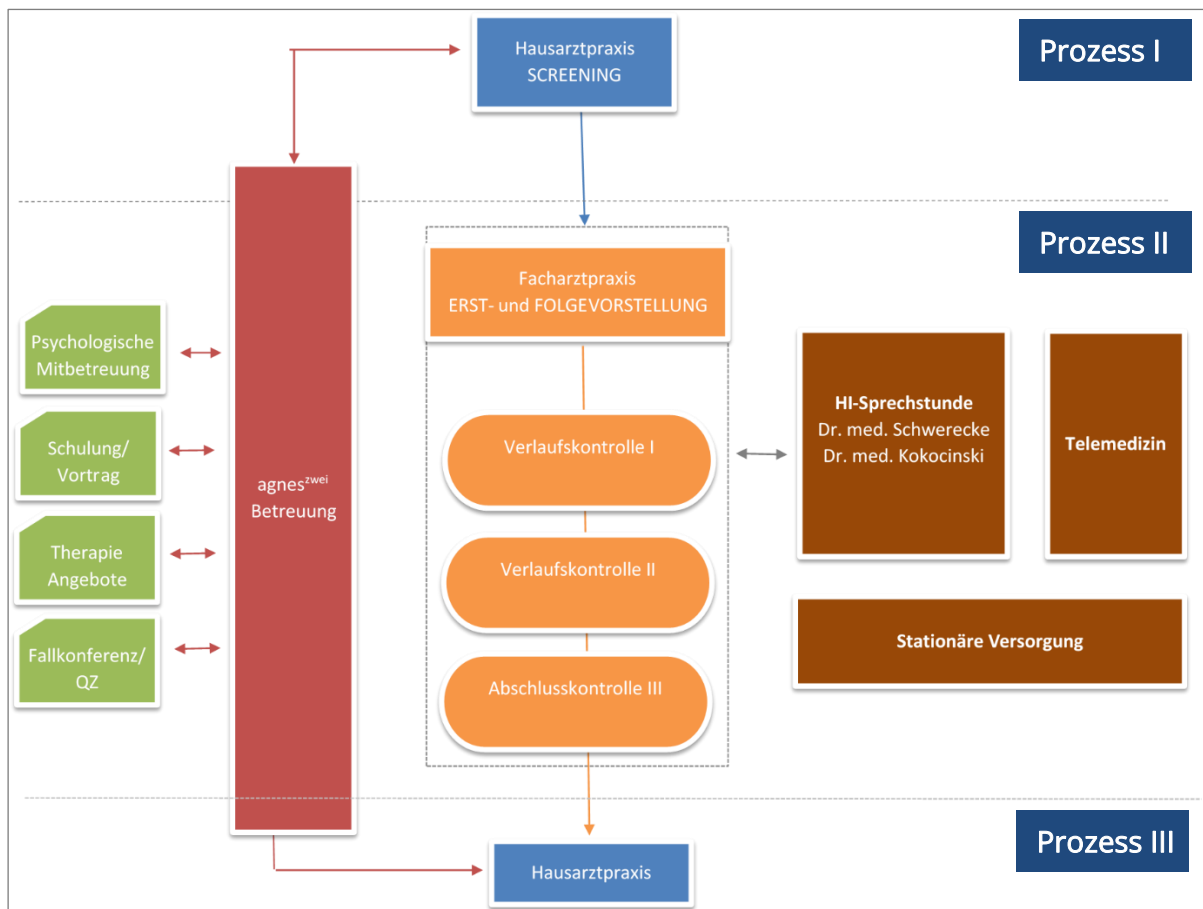


Abbildung 2: Pfadschema (eigene Darstellung)

[Pfadkonzept Herzinsuffizienz]

Die Zeitpunkte und Entscheidungskriterien der Intervention sowie die Verweise auf begleitende Pfaddokumente wie Checklisten, Standards oder Handbücher werden separat als Anlagen für die beteiligten Akteure zusammengestellt.

Das Pfadschema bildet vereinfacht drei Prozessschritte ab:

- Prozess I Einschreibung des Patienten/Screening
- Prozess II Übernahme in die Pfadbetreuung und pfadspezifische Versorgung und Therapie
- Prozess III Überführung in die HI-Standardversorgung.

5. Beschreibung

Vorbemerkung:

Die Beschreibung erfolgt auf Basis des Soll-Zustandes der IT-Anwendungen. Je nach Entwicklungsstand im TP 5 müssen hieraus ggf. Interimslösungen abgeleitet werden.

Im Folgenden werden konkret die einzelnen Interventionen (Patientenbezogene Parameter) zusammengestellt:

5.1. Zielgruppe

Der SÜ BHPF Herzinsuffizienz basiert auf der Grundannahme, dass alle Patienten im Mittelbereich Templin mit klinischen Symptomen und Zeichen der Herzinsuffizienz gemäß Leitlinie (zum Beispiel Dyspnoe, Leistungsminderung, Flüssigkeitsretention) eingeschlossen werden (siehe Abbildung 4).

Tabelle 2: Typische Symptome und Zeichen der Herzinsuffizienz	
Symptome	Zeichen
Typisch	Höhere Spezifität
Kurzatmigkeit – Orthopnoe – Paroxysmale nächtliche Atemnot – Verminderte Belastungstoleranz – Erschöpfung, Müdigkeit, verlängerte Erholungszeit nach Belastung – Knöchelschwellung	erhöhter Jugularvenendruck – Hepatojugulärer Reflux – Dritter Herzton (Gallop-Rhythmus) – Verlagerung des Herzspitzenstoßes
Weniger typisch	Geringere Spezifität
Nächtliches Husten – Pfeifen/Giemen – Völlegefühl – Appetitverlust – Verwirrtheit (insbesondere bei Älteren) – Depression – Palpitationen – Benommenheit – Synkope – Bendo-pnoe (Dyspnoe beim Bücken)	Gewichtszunahme (> 2 kg/Woche) – Gewichtsverlust (bei fortgeschrittener Herzinsuffizienz) – Kachexie – Herzgeräusche – periphere Ödeme (Knöchel, Sakrum, Skrotum) – Rasselgeräusche über der Lunge – Klopf-schalldämpfung über der Lungenbasis (Pleuraerguss) – Tachykardie – unregelmäßiger Puls – Tachypnoe – Cheyne-Stokes-Atmung – Hepatomegalie – Aszites – kalte Extremitäten – Oligurie – geringe Pulsamplitude

Abbildung 3: Typische Symptome und Zeichen der Herzinsuffizienz (Quelle: Leitlinie)

[Pfadkonzept Herzinsuffizienz]

Bei Patienten, die sich erstmals mit Symptomen oder Zeichen einer Herzinsuffizienz in der Hausarztpraxis vorstellen, sollte die Wahrscheinlichkeit einer Herzinsuffizienz zunächst auf Grundlage der klinischen Anamnese, der körperlichen Untersuchung und des Ruhe-EKGs bewertet werden. Hierzu wurde im vorliegenden SÜ BHPF Herzinsuffizienz ein Screeningbogen entwickelt.

Im Rahmen des Screeningsverfahrens in der Hausarztpraxis erfolgt die Diagnosestellung Herzinsuffizienz, um im nächsten Schritt einer gezielten Diagnostik (primär Echokardiographie) zugeführt zu werden. Die weitere Klassifikation (z.B. NYHA I-IV Stadien) erfolgt durch die weiterbehandelnde Facharztpraxis.

Die hier beschriebene Vorgehensweise entspricht den Vorgaben der Leitlinie (siehe Abbildung 4).

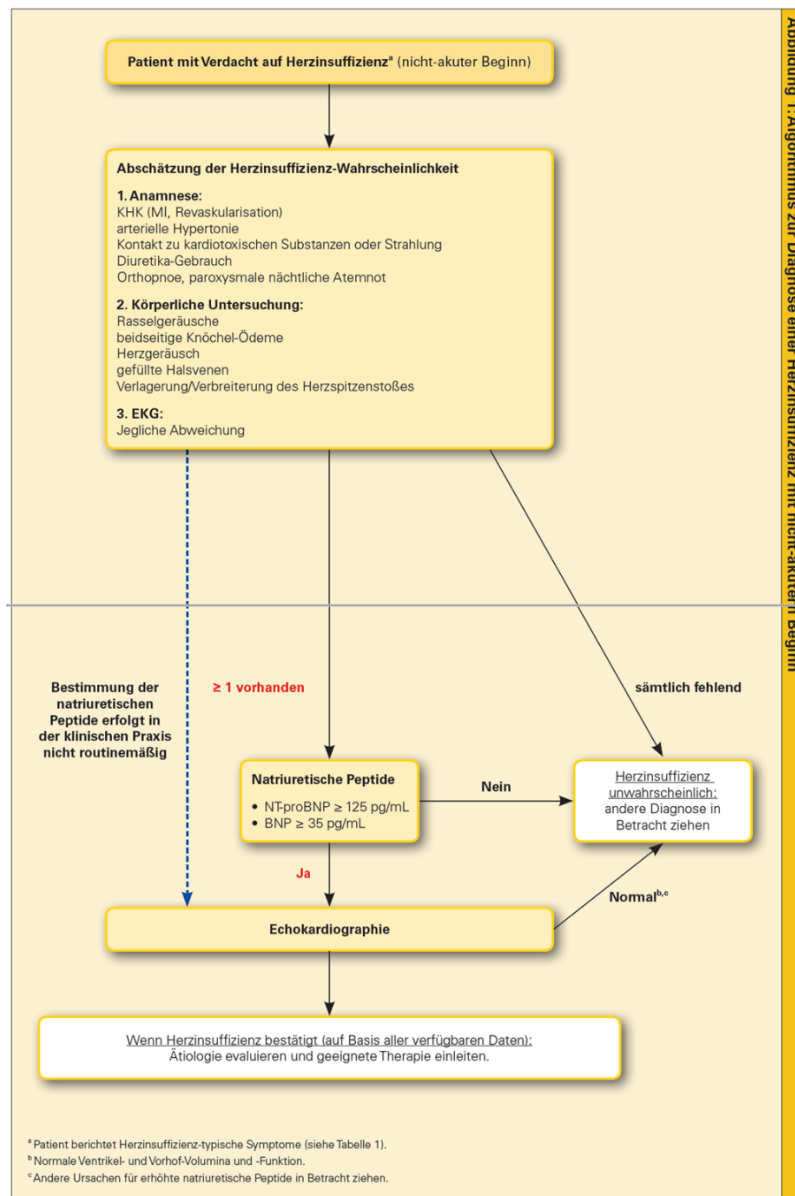


Abbildung 4: Algorithmus zur Diagnosestellung einer Herzinsuffizienz (Quelle: Leitlinie)

[Pfadkonzept Herzinsuffizienz]

Im Zuge der weiteren Entwicklung von versorgungswirksamen Leistungen wird eine Konkretisierung der Ein- und Ausschlusskriterien und damit Anpassung der Pfadstruktur erforderlich sein, da multimorbide ggf. in mehreren Pfaden bzw. Versorgungsangeboten betreut werden, wodurch eine neue Prozessmatrix entsteht.

Weiterhin sind bei folgenden Personengruppen weitere Spezifikationen der Diagnosestellung erforderlich:

- Patienten mit Adipositas,
- Patienten mit hohem Lebensalter und
- Patienten mit chronischen Lungenerkrankungen.

Bei Patienten, die immobil sind oder eine Demenz aufweisen, ist ein Einschluss in den SÜ BHPF Herzinsuffizienz nicht möglich. Diese Patienten werden im Rahmen der regulären Versorgung weiterbehandelt. Als Ausschlusskriterien gelten weiterhin geistige Behinderung und fehlende deutsche Sprachkenntnisse.

Grundvoraussetzung an der Teilnahme am SÜ BHPF ist, dass der Patient, die in das IGiB-StimMT Projekt eingeschrieben ist und eine Teilnahmeerklärung für den SÜ BHPF Herzinsuffizienz unterschrieben hat.

Die Einschreibung in den SÜ BHPF Herzinsuffizienz erfolgt ausschließlich durch den Hausarzt. Wird durch mitbehandelnde Fachärzte oder durch eine stationäre Behandlung die Erkrankung festgestellt, so erfolgt eine Mitteilung an den behandelnden Hausarzt, der die Einschreibung vornimmt.

Hintergrund für diese Vorgehensweise ist, dass der SÜ BHPF zum Ziel hat, einerseits die Patienten strukturiert aus der hausärztlichen Versorgung in die notwendigen weiterführenden Versorgungsangebote zu überweisen und dort zeitlich befristet einem intensivierten Therapie- und Betreuungskonzept zu überführen. Andererseits hat der SÜ BHPF zum Ziel, dass der Patient nach Beendigung der Interventionen im SÜ BHPF wieder in die Herzinsuffizienz Standardversorgung überzuleiten.

Auf der Grundlage des G-BA Beschlusses vom 21. August 2014, die Beratungen über Anforderungen an ein strukturiertes Behandlungsprogramm für Patientinnen und Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz aufzunehmen, wird der G-BA das derzeit noch bestehende Modul Herzinsuffizienz aus dem DMP KHK in ein eigenständiges DMP Herzinsuffizienz überführen. Es kann davon ausgegangen werden, dass das DMP Herzinsuffizienz 2019/2020 Anwendung findet. Somit bietet sich für den SÜ BHPF Herzinsuffizienz eine optimale Überführung in die Regelversorgung an.

[Pfadkonzept Herzinsuffizienz]

5.2. Screening in der Hausarztpraxis

Im ersten Schritt strukturiert der SÜ-BHPF bereits regelhafte Prozesse und optimiert bzw. korrigiert diesen an den entscheidenden Prozessschritten:

1. Diagnosestellung (Screeningbogen für Einschlusskriterien)
2. Überleitungsmanagement (Abschluss Screeningsbogen, Zusammenstellung aller relevanten Vorbefunde)
3. Terminmanagement.

Der Patient geht in die Hausarztpraxis. Die MFA informiert den Patienten über das Projekt IGiB-StimMT (Informationsmaterial und Flyer) und legt dem Patienten eine Teilnahmeerklärung (Einwilligungserklärung und Schweigepflichtentbindung) vor. Der Patient stimmt einer Teilnahme zu und unterschreibt die Teilnahmeerklärung.

Die MFA legt den Patient per gevko-Schnittstelle aus dem PVS durch einen Button im MPI an [identisch für alle Pfade und Sprechstunden]. Der Patient ist nun in der IGiB-StimMT Plattform bekannt.

Der Hausarzt führt das (Erst-) Gespräch und die (Erst-) Untersuchung durch. Bei Hinweisen auf eine Herzinsuffizienz informiert der Hausarzt den Patienten über den SÜ-BHPF Herzinsuffizienz und legt die Einwilligungserklärung SÜ BHPF vor. Der Patient nimmt teil und unterschreibt.

Auswahl Pfadcockpit

SÜ-BHPF Herzinsuffizienz

SÜ-BHPF Rückenschmerz

SÜ-BHPF Adipositas

SÜ-BHPF Rheuma

SÜ-BHPF ...

Teilnahmeerklärung SÜ BHPF Herzinsuffizienz

Auswahl Patient

Name, Vorname

Stammdatenfeld aus dem PVS

Abbildung 5: Entwurf einer Auswahlmaske in der Dokumentationsplattform (eigene Darstellung)

Der Hausarzt füllt nun die Checkliste im Screeningbogen aus.

[Pfadkonzept Herzinsuffizienz]

Parameter	ja	nein
Klinische Zeichen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dyspnoe <input type="radio"/>		
nächtliche Luftnot <input type="radio"/>		
Ödem <input type="radio"/>		
erhöhtes BNP	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
BNP-Wert in pg/ml		
pathologisches EKG	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ERS <input type="radio"/>		
VHF <input type="radio"/>		
VES <input type="radio"/>		
Hypertonie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes mellitus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bekannte KHK	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
pathologische Coro <input type="radio"/>		
Z.n. Infarkt Bypass-OP <input type="radio"/>		
familiäre Belastung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Niereninsuffizienz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
GFR-Wert in ml/min		
Strahlung in den Thoraxbereich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Abbildung 6: Entwurf einer Auswahlmaske in der Dokumentationsplattform (eigene Darstellung)

Ab einem (gewichteten) Score-Wert von 3 gilt eine Herzinsuffizienz als wahrscheinlich.

Der Hausarzt führt weitere Untersuchungen durch.

[Pfadkonzept Herzinsuffizienz]

Diagnosestellung

ICD-Eingabe

weitere Untersuchungen

EKG

ERS VHF YES

Herzfrequenz Wert: Schläge/min

Blutdruck Wert: mmHg

Labor

KB Krea TSH BNP

Medikationsplan

Vorbefunde (KHK)

Ausschlusskriterien

Immobil

Dement

Befunde/Epikrisen beigefügt

ja nein

Abbildung 7: Entwurf einer Auswahlmaske in der Dokumentationsplattform (eigene Darstellung)

Der Hausarzt schließt den Screeningbogen ab.



Abbildung 8: Entwurf eines Verlaufsschemas in der Dokumentationsplattform, (eigene Darstellung)

Die MFA übernimmt die Terminvermittlung. Hierzu können Verträge zur Überweisungssteuerung eingebunden werden, die aktuell von den Hausärzten genutzt werden.

[Pfadkonzept Herzinsuffizienz]

	SNR	TK ab 01.01.2016	BARMER ab 01.07.2016	AOK ab 01.07.2017
Kategorie A (Termin nächster Werktag)				
überweisender Arzt	93480A	6,00 €	6,00 €	6,00 €
übernehmender Arzt	93481A	16,00 €	16,00 €	15,00 €
Kategorie B (Termin 1 Woche)				
überweisender Arzt	93480B	5,00 €	5,00 €	5,00 €
übernehmender Arzt	93481B	12,00 €	12,00 €	8,00 €

Abbildung 9: Übersicht der Verträge zur Überweisungssteuerung (Quelle: KVBB)

In allen Verträgen sind Kategorien definiert, nach denen sich die Dringlichkeit der Behandlung abbilden lässt:

Kategorie A erfordert einen Termin am nächsten Werktag und gilt für folgende Versorgungsanlässe:

- Vermeidung prästationärer Zeiten
- Vermeidung einer Krankenhauseinweisung
- Abklärung der Notwendigkeit einer stationären Behandlung
- drohender Dauerschaden des Patienten
- hoch akutes Krankheitsbild

Kategorie B kommt zum Einsatz bei:

- Versagen einer begonnenen Therapie
- zunehmender/anhaltender Verschlechterung der Symptomatik
- anhaltender Arbeitsunfähigkeit zur Abklärung des weiteren Behandlungsprozesses.

Der Termin findet hier binnen einer Woche statt.

5.3. Pfadspezifische Versorgung durch die Facharztpraxis

Der Patient kommt mit der Überweisung (auf dem SÜ BHPF vermerkt ist) aus der Hausarztpraxis und ggf. mitgegebenen Dokumenten in die Facharztpraxis.

Im Rahmen der Erstvorstellung werden folgende Leistungsinhalte durchgeführt:

- Kurze Anamnese
- Körperliche Untersuchung
- Sichten der mitgebrachten Vorbefunde
- Echokardiographie
- Befundbesprechung und evtl. Änderung der Medikation
- Diagnostikplan

[Pfadkonzept Herzinsuffizienz]

Die kardiale Bildgebung spielt eine entscheidende Rolle für die Diagnose und die Therapiesteuerung der Herzinsuffizienz. Unter den verfügbaren Bildgebungsverfahren ist die Echokardiographie bei Patienten mit Verdacht auf Herzinsuffizienz die Methode der Wahl. Diese kann durch weitere Verfahren ergänzt werden. Die Leitlinie führt die wichtigsten klinischen Indikationen für den Einsatz von Bildgebungsverfahren bei Patienten mit vermuteter oder gesicherter Herzinsuffizienz auf.

Im Rahmen der Folgevorstellung werden folgende Leistungsinhalte durchgeführt:

- Ausführliche Anamnese mit Nutzung des Anamnesebogens
- Befragung zur Lebensqualität
- Entscheidung über Sporttherapie, Psycholog. Mitbetreuung oder Schulungsprogramm
- Ggf. Anpassung der Medikation

Je nach Bedarf kann eine weitere Folgevorstellung zur Anpassung der Medikation erforderlich sein.

Im weiteren SÜ BHPF sind folgende Verlaufskontrollen vorgesehen:

Verlaufskontrolle 1 (Intervall 3 Monate)	Verlaufskontrolle 2 (Intervall 6 Monate)	Verlaufskontrolle 3 (Intervall 10 Monate oder 12)
<ul style="list-style-type: none">- Kurze Anamnese- Körperliche Untersuchung- Labor- Einleitung weiterer Diagnostik wenn nötig (Coro, Ergo, Stressecho, Myocardszintigraphie)	<ul style="list-style-type: none">- Kurze Anamnese- Körperliche Untersuchung- Labor- Echokontrolle	<ul style="list-style-type: none">- Kurze Anamnese- Körperliche Untersuchung- Labor- Echokontrolle- Fragebogen zur Lebensqualität- Abschlussgespräch

Im Rahmen des Monitorings sollen insbesondere Hinweise zur Belastbarkeit in Alltagssituationen und zum Volumenstatus erhoben werden. Um eine eventuelle Volumenbelastung rechtzeitig zu erkennen, soll das Körpergewicht regelmäßig, auch durch die Patienten selbst, kontrolliert werden.

Mit symptomatischen Patienten sollte, soweit möglich, das Protokollieren von täglichen Gewichtskontrollen vereinbart werden. Die Patienten sollten dazu aufgefordert werden, bei einem deutlichen, kurzfristigen Gewichtsanstieg den behandelnden Arzt zu konsultieren.

Im Rahmen der körperlichen Untersuchung ist insbesondere auf:

- die Jugularvenenfüllung,
- die periphere Ödeme,
- die Zeichen der pulmonalen Stauung bei der Auskultation von Herz und Lunge,
- den Ernährungszustand,

[Pfadkonzept Herzinsuffizienz]

- den Blutdruck im Liegen und im Stehen,
- den Herzrhythmus,
- die Herzfrequenz (insbesondere als Hinweis auf neu aufgetretenes Vorhofflimmern) zu achten.

In mindestens halbjährlichen Abständen sind Natrium, Kalium und Kreatinin im Serum sowie die Nierenfunktion durch Berechnung der glomerulären Filtrationsrate (GFR) auf Basis der Serum-Kreatinin-Bestimmung zu kontrollieren. Häufigere Kontrollen können insbesondere bei einer Therapieänderung erforderlich sein.

Ziel ist es, durch das Assessment (Erstvorstellung und Folgekontrollen) und durch die anschließenden Verlaufskontrollen eine optimale Behandlungsplanung und -durchführung zu gewährleisten, um eine nachhaltige Therapieverbesserung für den Patienten zu ermöglichen. Vor allem soll durch die im Folgenden beschriebenen Zusatzmaßnahmen die Therapietreue verbessert werden.

Insbesondere soll die Dekompensation einer chronischen Herzinsuffizienz aufgrund von Nichteinhaltung von Therapie- und Medikamenten- sowie Lebensstil-Empfehlungen vermieden werden. Die akute Dekompensation ist ein lebensbedrohlicher Zustand, der eine umgehende Einschätzung und Behandlung erfordert und üblicherweise zu einer dringlichen Krankenhausaufnahme führt.

Im Rahmen der intensivierten Pfadbetreuung durch den Facharzt erfolgt über die IT-Plattform IGiB-StimMT eine entsprechende Statusmeldung an den Hausarzt, u.a.:

- Befundmitteilung Echokardiographie
- Langzeit-EKG
- Änderung Medikationsplan
- Laborwerte
- Abschlussbericht
- bei Bedarf Zwischenbericht (z.B. Hospitalisierung)

5.4. Integration der Zusatzangebote

Ziel des SÜ BHPF Herzinsuffizienz ist es, neben der leitliniengerechten Therapie, den Patienten zu einem strukturierten Selbstmanagement zu befähigen. D.h. durch ergänzende Angebote soll eine Stärkung der Handlungskompetenz ermöglicht werden, hierbei ist auch der Einbezug von Angehörigen sinnvoll. Vor allem sollen Unsicherheiten im Umgang mit der Krankheit behoben werden, da gerade Unkenntnis zu einem Fehlverhalten führt.

[Pfadkonzept Herzinsuffizienz]

5.4.1. Einbindung der agnes^{zwei}-Fachkraft

Der SÜ-BHPF wird das Case-Management (agnes^{zwei}-Fachkraft) integrieren. Der Case-Manager soll das Pfadmanagement durch Erfassung und Auswertung der relevanten Daten unterstützen und an der kontinuierlichen Weiterentwicklung der Behandlungspfade mitwirken. Im Rahmen der Tätigkeit sind folgende Aufgabenschwerpunkte vorgesehen:

- Beratung und Betreuung
- Ansprechpartner für Patient und Angehörige (Umgebungsassessment)
- Koordination
- Planung der Termine
- Fallbesprechung
- Unterstützung in der interdisziplinären Zusammenarbeit
- Informationsmanagement

Die Einbindung in den SÜ BHPF erfolgt bereits durch eine Mitteilung des Hausarztes auf der Dokumentationsplattform. Im weiteren Verlauf wird die agnes^{zwei}-Fachkraft durch Beauftragung von der Facharztpraxis tätig, die im Rahmen des Assessments (Fragebogen zur Lebensqualität und Auswahl der Zusatzangebote) den Therapieplan festlegt und hierbei in der Koordinierung die agnes^{zwei} einbezieht. Diese erfasst in einem Verlaufsprotokoll die Beratung und Betreuung sowie die von dem Patienten in Anspruch genommenen Zusatzangebote. Im Rahmen der Fallkonferenzen und erfolgt eine regelmäßige Abstimmung zum Betreuungs- und Behandlungsverlauf.

5.4.2. Fragebogen zur Lebensqualität und Gesundheitskompetenz

Wesentlicher Bestandteil ist die Integration des Fragebogens zur Lebensqualität im Rahmen der Versorgung durch die Facharztpraxis. Die chronische Herzinsuffizienz (CHF) schränkt die Lebensqualität (LQ) wesentlich stärker ein als andere chronische Krankheiten. Das Ziel jeder Intervention bei Patienten mit CHF muss die Beeinflussung der LQ und Verminderung der psychiatrischen Komorbiditäten sein. Diese kann durch ergänzende therapeutische Module verbessert werden.

Folgende Aspekte der gesundheitsbezogenen Lebensqualität werden hierbei einbezogen:

- Körperliche Funktionsfähigkeit
- Psychisches Befinden
- Funktionale Kompetenz
- Soziale Kompetenz

Methode		
Zielkriterien	Operationalisierung	Datenquelle/ Erfassungsmethoden
Lebensqualität	Psychisches Befinden Körperliche Verfassung Soziale Beziehungen	Quelle: Subjektive Einschätzung der Patienten

[Pfadkonzept Herzinsuffizienz]

	Funktionale Kompetenz	Methoden: Fragebogen zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität (SF-36 Health Survey deutsche Version)
Psychisches Befinden	Angst Depressivität	Quelle: Subjektive Einschätzung der Patienten Methode: Fragebogen zur Angst und Depressivität (HADS-D)
Soziodemographische Daten	Alter Geschlecht Bildung Beruf Familienstand	Quelle: Patienten Methode: Befragung

Folgende Fragebogen-Vorlage aus der FONTANE-Studie von Prof. Köhler/Charité) können angewendet werden:

- PHQ-9
- EQ-5D-3L
- MINNESOTA-FRAGEBOGEN „LEBEN MIT HERZINSUFFIZIENZ“
- Germ-9-Item European Heart Failure Self-care Behaviour Scale

Weiterhin wird die Befragung zur Gesundheitskompetenz einbezogen (vgl. Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz).

5.4.3. Einbindung zusätzlicher Therapieangebote

Im Rahmen der Betreuung des Patienten im SÜ-BHPF Herzinsuffizienz werden spezielle Zusatzangebote integriert:

- a.) Psychologische Mitbetreuung
- b.) Trainingsprogramme
- c.) Patientenschulung.

Die Bewertung des Einsatzes zusätzlicher Therapieangebote erfolgt aufgrund folgender Bewertungskriterien:

- Auswertungen des Fragebogens zur Lebensqualität und Gesundheitskompetenz
- Behandlungsziel
- Umgebungsassessment

[Pfadkonzept Herzinsuffizienz]

Zusätzliche bzw. ergänzende Therapieangebote können für Patienten durchgeführt werden, die entsprechend ihren kognitiven Fähigkeiten die mit den Therapie bzw. Trainings- und Schulungsangeboten verbundenen Ziele, insbesondere

- Kenntniserwerb bzw. -erweiterung über das Krankheitsbild
- Langfristige Besserung bzw. Stabilisierung des Gesundheitszustandes
- Verminderung der Häufigkeit von Krankheitsschüben und deren Dauer
- Verstehen von Inhalten und Hintergründen gesicherter Erkenntnisse und Therapien
- Steigerung der Therapiemotivation nach den Behandlungserfordernissen
- Stärkung der Eigenverantwortlichkeit im Umgang mit der Erkrankung im Sinne eines "Informiertseins"
- Förderung der Bereitschaft zur langfristigen Änderung der Lebensgewohnheiten
- Optimierung der Behandlung durch Ausschluss ineffektiver und ungesicherter Therapiemaßnahmen
- Aufbau einer positiven Einstellung zur Erkrankung und ihrer Bewältigung: Fundierte Krankheits- und Behandlungseinsicht, Erhöhung der Selbstwirksamkeit und Eigenverantwortlichkeit im Umgang mit der Krankheit
- Sensibilisierung der Körperwahrnehmung: Frühzeitiges Erkennen von Warnsignalen, Vorboten, Überlastungsanzeichen und Verschlimmerungen des Krankheitszustandes
- Vermittlung von Selbstmanagement-Kompetenzen: Selbstkontrolle, Fertigkeiten bezüglich der medikamentösen Therapie, Einhaltung von Diätplänen, Kennenlernen von Entspannungsübungen usw.
- Maßnahmen zur Prophylaxe: Aufbau einer gesundheitsförderlichen Lebensweise, Vermeidung von spezifischen Auslösern und Verhalten in Krisensituationen (Notfallprophylaxe)
- Erwerb sozialer Kompetenzen und Mobilisierung sozialer Unterstützung: Kommunikationsfähigkeit über die Erkrankung und ihrer Auswirkungen, Artikulation von behandlungsbezogenen Befürchtungen und Bedürfnissen gegenüber dem Arzt oder Apotheker, Einbeziehung der Angehörigen und Bezugspersonen vermittelt werden können.

Die hierfür notwendige Bereitschaft einer aktiven Mitwirkung muss gegeben sein.

5.4.4. Fallkonferenz/QZ

Im Rahmen des Interventionszeitraumes werden in Abstimmung mit dem Pfadteam und der agnes^{zwei} regelmäßig Fallbesprechungen, Fallkonferenzen und Qualitätszirkel durchgeführt.

5.5. Interventionszeitpunkte

Als Interventionszeitraum für den SÜ BHPF sind 12 Monate vorgesehen, das heißt in diesem Zeitraum erfolgt das Screening und die intensivierete Pfadtherapie, die im Rahmen des Projektes evaluiert wird.

[Pfadkonzept Herzinsuffizienz]

Die Einbindung der Zusatzangebote ist nach dem Assessment vorgesehen. Daraus ergeben sich folgende Messzeitpunkte:

1. Monat – 3. Monat	<ul style="list-style-type: none"> - Screening - Assessment (Erst- und Folgevorstellungen) 	Hausarzt Facharzt agnes ^{zwei}
3. Monat – 6. Monat	<ul style="list-style-type: none"> - Verlaufskontrolle I - Beginn Therapie-, Trainings- und Schulungsangebote 	Hausarzt (ggf. Einbezug bei Verordnung) Facharzt agnes ^{zwei} Akteure für die Zusatzangebote
6. Monat – 10.-12. Monat	<ul style="list-style-type: none"> - Verlaufskontrolle II - Fortführung Therapie-, Trainings- und Schulungsangebote 	Hausarzt Facharzt agnes ^{zwei} Akteure für die Zusatzangebote
10.-12. Monat	<ul style="list-style-type: none"> - Verlaufskontrolle III/ Auswertungsgespräch 	Hausarzt Facharzt agnes ^{zwei}
fortlaufend	Fallkonferenzen/QZ	alle

Der SÜ-BHPF Herzinsuffizienz ist mit Einführung als versorgungswirksame Leistung obligater Bestandteil der zukünftigen ambulanten, wohnortnahen und leitliniengerechten Versorgung von Herzinsuffizienzpatienten im Mittelbereich Templin und umfasst den gesamten Versorgungszeitraum eines Patienten ab Diagnosestellung.

6. Leistungsbestandteile

Die hier entwickelten Leistungsinhalten sind zum einen bereits im Rahmen der Regelversorgung durch den EBM abgebildet und zum anderen erfolgt für die neu etablierten Zusatzleistungen sowie für den administrativen Aufwand eine Vergütung aus den Fördermitteln.

Ziel ist es, die Angebote so zu gestalten, dass auch über den Projektzeitraum hinaus eine Weiterfinanzierung erfolgen kann bzw. das Versorgungskonzept in weiterführende Verträge integriert werden kann. Im Konkreten Fall ist die Überführung in das neu geplante „DMP Herzinsuffizienz“ denkbar.

In der Fallzahlplanung wurde 1.038 Patienten für den SÜ BHPF Herzinsuffizienz angenommen mit einem Finanzierungsvolumen i.H.v. 72T€. Dadurch ergibt sich ein pauschaler Behandlungsfallwert i.H.v. 70 €. Für die Berechnung der Leistungsposition wird zur Vereinfachung eine Fallzahlplanung von 1.000 Patienten zu Grunde gelegt.

[Pfadkonzept Herzinsuffizienz]

Folgende Einzelpositionen erfolgen als Zusatzleistungen, die aus Fördermitteln finanziert werden:

1. Einschreibepauschale in das Projekt 15 € (aus dem Fördermittelbudget Projekteinschreibung).
2. Leistungen beim Hausarzt (Screeningpauschale inkl. aller Leistungsbestandteile (1x im Interventionszeitraum).
3. Leistungen beim Facharzt
 - Assessmentpauschale (Erstvorstellung), 1x im Interventionszeitraum
 - Assessmentpauschale (Folgevorstellung), 1x im Interventionszeitraum
 - Dokumentationspauschale, Statusbericht (Zwischen- und Abschlussbericht), 3x im Interventionszeitraum
 - Dokumentationspauschale Fragebogen zur Lebensqualität und Gesundheitskompetenz, 2x im Interventionszeitraum
 - Dokumentationspauschale Therapieplan, 2x im Interventionszeitraum
4. Leistungen durch die agnes^{zwei} (bereits in Anlage 3 des Rahmenvertrages geregelt.)
5. Psychologische Mitbetreuung (Gruppentherapie, 8 Sitzungen á 4-8 Patienten).
6. Trainingsprogramm (als Präventionskurs und/oder Sportprogramm)
7. Patientenschulung (Erarbeitung Schulungscurriculum und Schulungspauschale, 2 Sitzungen á 4-8 Patienten)
8. Fallkonferenzen/QZ

7. Evaluation

7.1. Zielparameter

- Senkung der Sterblichkeit,
- Senkung der Hospitalisierungsrate,
- Hemmung der Progression,
- Steigerung der Lebensqualität und Gesundheitskompetenz
- Steigerung der Leistungsfähigkeit,
- Fristgerechte Versorgung gemäß des Behandlungspfades

7.2. Operationalisierung

Die Operationalisierung kann aufgrund folgender Dokumentationsparameter erfolgen (vgl. DMP Evaluationsvorgaben):

- Anamnese- und Befunddaten
- Relevante Ereignisse
- Medikamente
- Behandlungsplanung
- Zusatzangebote (Therapie, Schulung, Sport usw.)

[Pfadkonzept Herzinsuffizienz]

Evaluationsparameter		Datenquelle	Akteur	Messpunkt
K	Klinische Parameter			
P 1	Tod	Patientencockpit	agnes ^{zwei}	-
P 2	NYHA- Stadium	Patientencockpit	FA	3 MP
P 3	Dyspnoe	CRQ	FA	3 MP
P 4	Lokalisation der HI	Patientencockpit	FA	3 MP
P 5	Krankheitsverlauf (Akut / Chronisch)	Patientencockpit	FA	3 MP
P 6	Pathomechanismus	Patientencockpit	FA	3 MP
P 7	Pathophysiologie (HF-pEF / HF-rEF)	Patientencockpit	FA	3 MP
P 8	Komorbidität	Patientencockpit	agnes ^{zwei}	2 MP
V	Versorgungsprozess			
V 1	Identifikation durch HA	Patientencockpit	HA	1 MP
V 2	Ablehnung der Teilnahme	Patientencockpit	agnes ^{zwei}	1 MP
V 3	Anfang der Versorgung im Behandlungspfad	Patientencockpit	agnes ^{zwei}	1 MP
V 4	Ende der Versorgung im Behandlungspfad	Patientencockpit	agnes ^{zwei}	1 MP
V 5	Hospitalisierungsquote (pro Fall)	Patientencockpit	agnes ^{zwei}	-
V 6	Fristgerechte Versorgung (agnes ^{zwei})	Patientencockpit	agnes ^{zwei}	-
V 7	Fristgerechte Versorgung (FA)	Patientencockpit	FA	-
V 8	Fristgerechte Versorgung (Psychot.)	Patientencockpit	Psych.-ther.	-
V 9	Fristgerechte Versorgung (therap. Maßn.)	Patientencockpit	Therap. Fg.	-
V 10	Umsetzung der Fallkonferenzen	Patientencockpit	Alle Involv.	2 MP
P	Patientenstatus			
P1	Steigerung der Gesundheitskompetenz	FB (HLS-EU)	Therap. Fg.	2 MP
P2	Lebensqualität	FB (HQoL)	Psychoth.	2 MP
S	Soziodemografische Daten			
S 1	Alter	Patientencockpit	agnes ^{zwei}	Basisass.
S 2	Geschlecht	Patientencockpit	agnes ^{zwei}	Basisass.
S 3	Wohnort	Patientencockpit	agnes ^{zwei}	Basisass.
S 4	Krankenkasse	Patientencockpit	agnes ^{zwei}	Basisass.

[Pfadkonzept Herzinsuffizienz]

Tabellenverzeichnis

- Tabelle 1: Anzahl der Patienten mit einer Diagnose nach „I50.- Herzinsuffizienz“ in 2016 im MB Templin (Quelle: KVBB, eigene Darstellung)
- Tabelle 2: Anzahl der Patienten mit einer Diagnose nach „I50.- Herzinsuffizienz“ nach Altersgruppen (Quelle: KVBB, eigene Darstellung)
- Tabelle 3: Anzahl der Patienten mit einer Diagnose nach „I50.1 Linksherzinsuffizienz“ nach NYHA-Stadium, (Quelle: KVBB, eigene Darstellung)
- Tabelle 4: Anzahl der Patienten mit einer Diagnose nach „I50.- Herzinsuffizienz“ nach Arztgruppe, (Quelle: KVBB, eigene Darstellung)

[Pfadkonzept Herzinsuffizienz]

Abbildungsverzeichnis

- Abbildung 1: Patienten mit „I50.- Herzinsuffizienz“ nach Altersgruppen differenziert nach Geschlecht (Quelle: KVBB, eigene Darstellung)
- Abbildung 2: Pfadschema (eigene Darstellung)
- Abbildung 3: Typische Symptome und Zeichen der Herzinsuffizienz (Quelle: Leitlinie)
- Abbildung 4: Algorithmus zur Diagnosestellung einer Herzinsuffizienz (Quelle: Leitlinie)
- Abbildung 5: Entwurf einer Auswahlmaske in der Dokumentationsplattform, (eigene Darstellung)
- Abbildung 6: Entwurf einer Auswahlmaske in der Dokumentationsplattform, (eigene Darstellung)
- Abbildung 7: Entwurf einer Auswahlmaske in der Dokumentationsplattform, (eigene Darstellung)
- Abbildung 8: Entwurf eines Verlaufsschemas in der Dokumentationsplattform, (eigene Darstellung)
- Abbildung 9: Übersicht der Verträge zur Überweisungssteuerung (Quelle: KVBB)
- Abbildung 10: Behandlungsalgorithmus für Patienten mit symptomatischer Herzinsuffizienz mit reduzierter Ejektionsfraktion (Quelle: Leitlinie)
- Abbildung 11a: Therapieempfehlung (Quelle: Leitlinie)
- Abbildung 11b: Therapieempfehlung (Quelle: Leitlinie)
- Abbildung 11c: Therapieempfehlung (Quelle: Leitlinie)
- Abbildung 12: IT-Pfadskizze (eigene Darstellung)

[Pfadkonzept Herzinsuffizienz]

Literaturverzeichnis/Recherche

- Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz-und Kreislaufforschung e.V. (2017) ESC Pocket Guidelines. Herzinsuffizienz, Version 2016. Börm Bruckmeier Verlag GmbH, Grünwald Kurzfassung der "ESC Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure" European Heart Journal 2016 - doi: 10. 1093/eurheartj/ehw128
- Deutsche Herzstiftung e.V.: Herzbericht 2017. Frankfurt am Main, 2017.
- Lloyed-Jones DM, Larson MG, Leip EP et al.: Lifetime risk for developing congestive heart failure. The Framingham Heart Study. Circulation 2002; 106: 3068–72.
- Störk S, Handrock R, Jacob J et al.: Epidemiology of heart failure in Germany: a retrospective database study. Clin Res Cardiol. 2017; 106(11): 913–922.
- mecor® von HCSG: Telecoaching- und Telemonitoring-Dienste für Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz (CHI), <https://www.hcsg.de/program/#/program>
- QEP-Musterdokument: Behandlungspfad V. a. chronische Herzinsuffizienz, http://www.kvsa.de/fileadmin/user_upload/PDF/Praxis/Qualitaetsmanagement/1.3.5_1_Behandlungspfad_V.a._Herzinsuffizienz_00.0_.pdf
- Chronische Herzinsuffizienz -4 Versorgungspfad - CARDIO-Integral. Stand 01 .10.2009. Behandlungspfad für Patienten mit symptomatischer Herzinsuffizienz und verminderter Ejektionsfraktion nach Klärung der Grunderkrankung, https://www.hausaerzterverband.de/cms/fileadmin/_migrated/content_uploads/2010-03-19_versorgungspfad_chronische_herzinsuffizienz.pdf
- Infoblatt KBV, http://www.kbv.de/media/sp/072011_Infoblatt_Herzinsuffizienz.pdf
- Aufbau und Organisation von Herzinsuffizienz-Netzwerken (HF-NETs) und Herzinsuffizienz-Einheiten. Gemeinsame Empfehlungen der DGK und der DGTHG zur Behandlung der Herzinsuffizienz, http://leitlinien.dgk.org/files/2016_Empfehlung_DGTHG_DGK_Herzinfarkt_Netzwerke.pdf
- donauMED - Sektorenübergreifende Versorgung von Patienten mit Herzinsuffizienz, https://www.msd.de/fileadmin/files/pdf/gesundheitspreis/project_2012_2014/donauMed-Sektoreneuebergreifende-Versorgung-Herzinsuffizienz.pdf
- Dialogbild Herzinsuffizienz, <https://www.dialogbild.de/referenzen/behandlungspfad/>
- Norddeutsches Herzzentrum – Behandlungspfad, <http://www.ndhn.de/index.php/fuer-aerzte/vertragliche-regelungen/behandlungspfad>, <http://www.ndhn.de/index.php/fuer-aerzte/vertragliche-regelungen/behandlungspfad/2-uncategorised/65-leistungskomplexe-verguetung>
- Arbeitspapier der AG Nichttumorpatienten - Palliativversorgung bei Herzinsuffizienz, <https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/AG%20Papier%20Palliativversorgung%20bei%20Herzinsuffizienz.pdf>
- <https://www.aerzteblatt.de/archiv/57473/Clinical-Pathway-Radikale-Prostatektomie-Keine-Kochbuchmedizin>
- <http://www.kup.at/kup/pdf/8620.pdf>
- <http://archiv.ub.uni-heidelberg.de/volltextserver/5286/1/Diss.pdf>
- https://www.kvno.de/60neues/2018/18_04_nationale_allianz/index.html

[Pfadkonzept Herzinsuffizienz]

- http://www.nap-gesundheitskompetenz.de/media/com_form2content/documents/c10/a1203/f41/Nationaler%20Aktionsplan%20Gesundheitskompetenz.pdf
- http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/Ergebnisbericht_HLS-GER.pdf
- <https://www.kvbb.de/praxis/ansicht-news/article/neuer-vertrag-ueberweisungssteuerung-nun-auch-mit-der-aok/159//archive/2017/>

[Pfadkonzept Herzinsuffizienz]

Anlagen

Anlage 1 Arzneimittelempfehlung

Die Arzneimitteltherapie basiert auf Basis der Leitlinienempfehlungen.

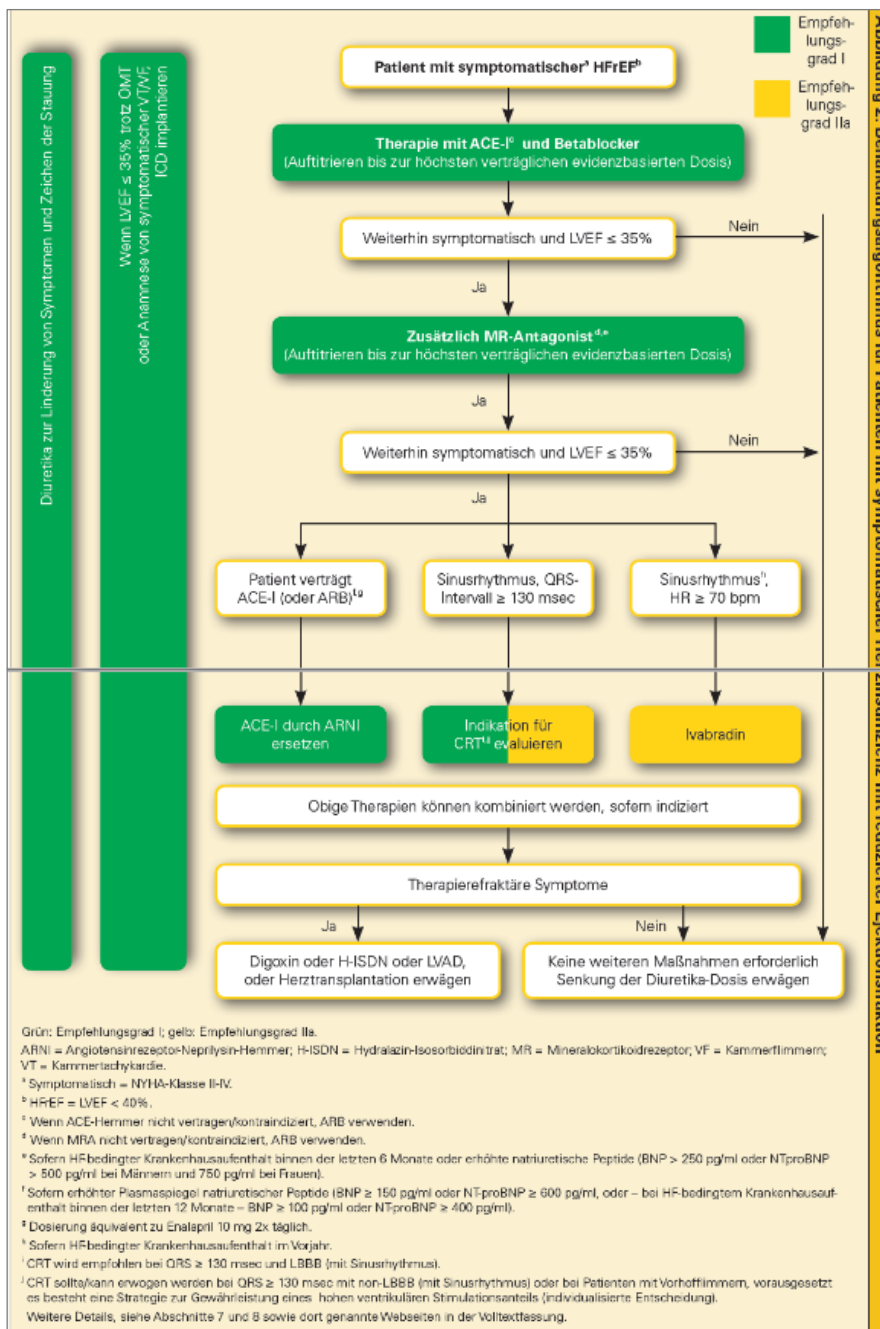


Abbildung 10: Behandlungsalgorithmus für Patienten mit symptomatischer Herzinsuffizienz mit reduzierter Ejektionsfraktion (Quelle: Leitlinie)

[Pfadkonzept Herzinsuffizienz]

Im Rahmen der medikamentösen Therapie werden folgende Therapieempfehlungen genannt:

Pharmakotherapie bei Patienten mit symptomatischer Herzinsuffizienz (NYHA-Klasse II–IV) mit reduzierter Ejektionsfraktion (HFrEF)		
Empfehlung	Empf.-grad	Evidenz-grad
Ein ACE-Hemmer ^a wird – zusätzlich zu einem Betablocker – bei symptomatischen Patienten mit HFrEF empfohlen, um das Risiko für HF-Hospitalisierung und vorzeitigen Tod zu senken.	I	A
Ein Betablocker wird – zusätzlich zum ACE-Hemmer ^a – bei Patienten mit stabiler, symptomatischer HFrEF empfohlen, um das Risiko für Herzinsuffizienz-Hospitalisierung und vorzeitigen Tod zu senken.	I	A
Ein MRA wird bei Patienten mit HFrEF empfohlen, die trotz Therapie mit einem ACE-Hemmer ^a und einem Betablocker symptomatisch bleiben, um das Risiko für Herzinsuffizienz-Hospitalisierung und vorzeitigen Tod zu senken.	I	A

^a oder ein ARB, wenn der ACE-I nicht vertragen wird/kontraindiziert ist.

Andere medikamentöse Therapien bei ausgewählten Patienten mit symptomatischer (NYHA-Klasse II–IV) Herzinsuffizienz mit reduzierter Ejektionsfraktion (HFrEF)		
Empfehlung	Empf.-grad	Evidenz-grad
Diuretika		
Diuretika werden bei Patienten mit Stauungs-Zeichen und/oder -Symptomen zur Symptom-Besserung und zur Verbesserung der Belastungsfähigkeit empfohlen.	I	B
Diuretika sollten bei Patienten mit Stauungs-Zeichen und/oder -Symptomen zur Reduktion des Rehospitalisierungsrisikos aufgrund einer Herzinsuffizienz erwogen werden.	Ila	B
Angiotensin-Rezeptor/Nepriylisin-Hemmer		
Sacubitril/Valsartan wird als Ersatz für einen ACE-I bei ambulant fährbaren Patienten mit HFrEF empfohlen, die trotz optimaler Therapie mit einem ACE-I, Betablocker und MRA ^a symptomatisch bleiben, um die HF-Hospitalisierungsrate und die Mortalität weiter zu senken.	I	B
I₁-Kanal-Hemmer		
Ivabradin sollte zur Senkung des Risikos für Herzinsuffizienz-bedingte Hospitalisierung und kardiovaskulären Tod bei symptomatischen Patienten mit einer LVEF ≤35%, Sinusrhythmus und einer Ruhe-Herzfrequenz ≥70/min trotz evidenzbasiert dosierter Therapie mit Betablockern (oder niedrige, aber max. tolerierte Dosis), ACE-Hemmern (oder ARB) und MRA (oder ARB) erwogen werden.	Ila	B

Abbildung 11a: Therapieempfehlung (Quelle: Leitlinie)

[Pfadkonzept Herzinsuffizienz]

Andere medikamentöse Therapien bei ausgewählten Patienten mit symptomatischer (NYHA-Klasse II–IV) Herzinsuffizienz mit reduzierter Ejektionsfraktion (HFrEF) (Fortsetzung)		
Empfehlung	Empf.-grad	Evidenz-grad
I₁-Kanal-Hemmer (Fortsetzung)		
Ivabradin sollte zur Senkung des Risikos für Herzinsuffizienz-bedingte Hospitalisierung und kardiovaskulären Tod bei symptomatischen Patienten mit einer LVEF \leq 35%, Sinusrhythmus und einer Ruhe-Herzfrequenz \geq 70/min erwogen werden, die keinen Betablocker vertragen oder Kontraindikationen aufweisen. Die Patienten sollten außerdem einen ACE-I (oder ARB) und einen MRA (oder ARB) erhalten.	IIa	C
Angiotensin-Rezeptorblocker (ARB)		
Ein ARB wird zur Senkung der Herzinsuffizienz-bedingten Hospitalisierungsrate und der kardiovaskulären Mortalität bei symptomatischen Patienten empfohlen, die keinen ACE-I vertragen (Patienten sollten außerdem einen Betablocker und einen MRA erhalten).	I	B
Ein ARB kann zur Senkung der Herzinsuffizienz-bedingten Hospitalisierungsrate und der Mortalität bei Patienten erwogen werden, die trotz Betablocker-Therapie symptomatisch sind und keinen MRA vertragen.	IIb	C
Hydralazin und ISDN		
Hydralazin und ISDN sollte bei schwarzen Patienten mit einer LVEF \leq 35% oder mit einer LVEF $<$ 45% in Verbindung mit einer LV-Dilatation erwogen werden, wenn sie sich trotz Behandlung mit einem ACE-I, einem Betablocker und einem MRA in der NYHA-Klasse III–IV befinden, um das Risiko für Herzinsuffizienz-bedingte Hospitalisierung und Tod zu senken.	IIa	B
Hydralazin und ISDN kann bei symptomatischen Patienten mit HFrEF, die weder einen ACE-I noch einen ARB vertragen (oder Kontraindikationen aufweisen), erwogen werden, um die Mortalität zu senken.	IIb	B
Andere Therapien mit weniger eindeutigen Nutzen		
Digoxin		
Digoxin kann bei Patienten im Sinusrhythmus erwogen werden, wenn sie trotz Behandlung mit einem ACE-I (oder ARB), einem Betablocker und einem MRA symptomatisch bleiben, um die Herzinsuffizienz-bedingte und allgemeine Hospitalisierungsrate zu senken.	IIb	B

Abbildung 11b: Therapieempfehlung (Quelle: Leitlinie)

[Pfadkonzept Herzinsuffizienz]

Andere medikamentöse Therapien bei ausgewählten Patienten mit symptomatischer (NYHA-Klasse II–IV) Herzinsuffizienz mit reduzierter Ejektionsfraktion (HFrEF) (Fortsetzung)		
Empfehlung	Empf.-grad	Evidenz-grad
n-3 PUFA		
Ein n-3 PUFA ^b -Präparat kann bei symptomatischen Herzinsuffizienz-Patienten zur Senkung der kardiovaskulären Hospitalisierungsrate und der kardiovaskulären Mortalität erwogen werden.	IIb	B

OMT = optimale medikamentöse Therapie (für HFrEF umfasst dies hauptsächlich einen ACE-I oder Sacubitri/Valsartan, einen Betablocker und einen MRA); PUFA = polyungesättigte Fettsäuren.

^a Patienten sollten erhöhte natriuretische Peptide im Plasma (BNP \geq 150 pg/ml oder NT-proBNP \geq 600 pg/ml, oder – bei Herzinsuffizienz-bedingter Hospitalisierung in den letzten 12 Monaten – BNP \geq 100 pg/ml oder NT-proBNP \geq 400 pg/ml) haben und Enalapril 2x 10 mg/Tag vertragen.

^b gilt nur für das in der erwähnten Studie untersuchte Präparat.

Therapien (oder Kombinationen von Therapien) die bei Patienten mit symptomatischer (NYHA-Klasse II–IV) Herzinsuffizienz mit reduzierter Ejektionsfraktion (HFrEF) schädlich sein können		
Empfehlung	Empf.-grad	Evidenz-grad
Thiazolidinedione (Glitazone) werden bei Patienten mit Herzinsuffizienz nicht empfohlen, da sie das Risiko einer Herzinsuffizienz-Verschlechterung und einer Herzinsuffizienz-bedingten Hospitalisierung erhöhen.	III	A
NSAID oder COX-2-Hemmer werden bei Patienten mit Herzinsuffizienz nicht empfohlen, da sie das Risiko einer Herzinsuffizienz-Verschlechterung und einer Herzinsuffizienz-bedingten Hospitalisierung erhöhen.	III	B
Diltiazem und Verapamil werden bei Patienten mit HFrEF nicht empfohlen, da sie das Risiko einer Herzinsuffizienz-Verschlechterung und einer Herzinsuffizienz-bedingten Hospitalisierung erhöhen.	III	C
Die Zugabe eines ARB (oder Renininhibitors) zur Kombinationstherapie aus einem ACE-I und einem MRA wird bei Patienten mit Herzinsuffizienz wegen des erhöhten Risikos von Nierenfunktionsstörungen und Hyperkaliämie nicht empfohlen.	III	C

Abbildung 11c: Therapieempfehlung (Quelle: Leitlinie)

[Pfadkonzept Herzinsuffizienz]

Anlage 2 Dokumentationskatalog

Der SÜ-BHPF wird durch die Pfaddokumentation abgebildet. Die technische Umsetzung erfolgt im TP 5. Die Beschreibung erfolgt auf dem Soll-Zustand der geplanten IT-Lösung. Hierbei wird eine StimMT-Anwendung zu Grunde gelegt. Die Anwendung Medikationsmanagement ist obligatorischer Bestandteil. Weiterhin werden StimMT-Dienste, die auf die Basisdienste aufsetzen, genutzt, u.a. Wenn-Dann-Regeln, Worklists, Screening-/ Assessmentformulare und Statusauswertungen.

Im Rahmen des Pfades ist von den teilnehmenden Akteuren gemäß der Rollen (Hausarzt, Facharzt, KBZ, ASZ) verpflichtend die Dokumentations- und Austauschplattform zu nutzen, anhand derer, alle am Versorgungsprozess beteiligten Akteure den Behandlungsverlauf nachvollziehen können. Es dient zur Dokumentation der medizinischen Maßnahmen im Behandlungspfad wie auch zur Organisation und Koordination. Ein Großteil der Behandlungsparameter läuft in der Dokumentations- und Austauschplattform zusammen, was eine Vereinfachung des Monitorings bzw. der Evaluation des SÜ BHPF zur Folge hat.

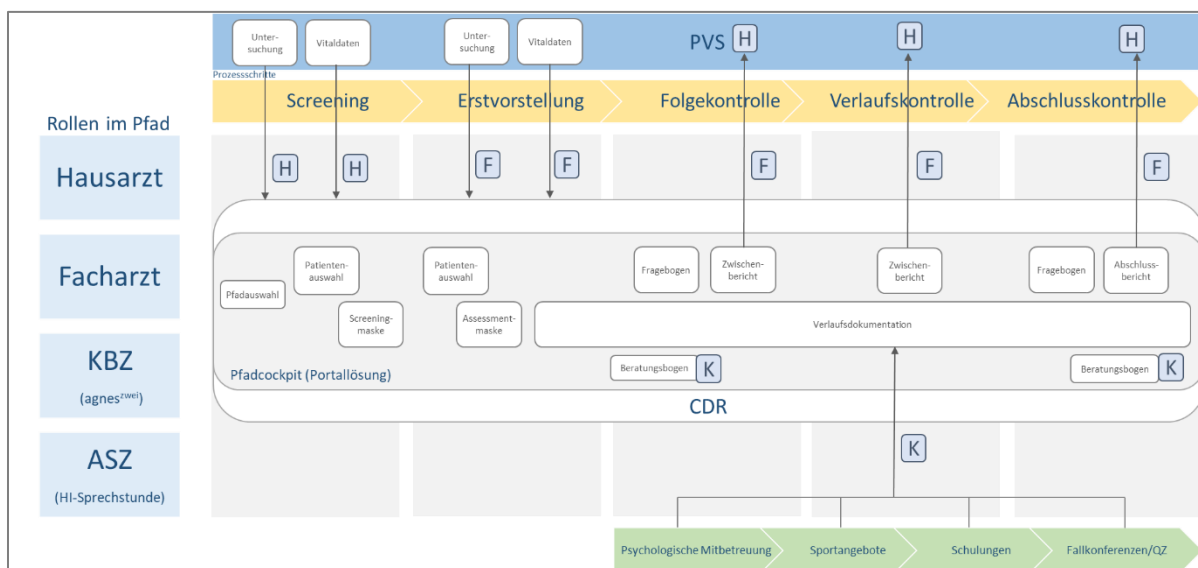


Abbildung 12: IT-Pfadskizze (Entwurfsskizze für TP 5), eigene Darstellung

Folgende Dokumentationsbögen (Interimslösung) werden benötigt:

1. Screeningbogen
2. Überleitungsbogen agnes^{zwei}
3. Assessmentbogen – Erst- und Folgevorstellung, Verlaufskontrolle I-III
4. Fragebögen Lebensqualität und Gesundheitskompetenz
5. Monitoringbogen agnes^{zwei}

[Pfadkonzept Herzinsuffizienz]

Anlage 2.1. Screeningbogen

[separat als Anlage beigefügt – evaluationsrelevant]

[Pfadkonzept Herzinsuffizienz]

Anlage 2.2. Überleitungsbogen agnes^{zwei}

[siehe Anlage 3a Rahmenvertrag]

[Pfadkonzept Herzinsuffizienz]

Anlage 2.3. Assessmentbogen (Erst- und Folgekontrolle, Verlaufskontrolle I-III)

[separat als Anlage beigefügt – evaluationsrelevant]

[Pfadkonzept Herzinsuffizienz]

Anlage 2.4. Fragebögen Lebensqualität und Gesundheitskompetenz

[Bereitstellung von inav – evaluationsrelevant]

[Pfadkonzept Herzinsuffizienz]

Anlage 2.5. Monitoringbogen agnes^{zwei}

[internes Arbeitsdokument KBZ – nicht relevant für die Evaluation]

Anlage 3 Umsetzungsplanung – psychologische Mitbetreuung

Bisher stand bei der Behandlung der Herzinsuffizienz die Verbesserung körperlicher Beschwerden im Fokus – und das, obwohl diese Erkrankung auch die Psyche stark belastet.

Psychologische Beratung soll Ängste abbauen und die Motivation zum Aufsuchen von weiterer Hilfe aufbauen und Vorbehalte gegen eine Therapie abbauen. Die psychologische Betreuung der Patientinnen ist ein wichtiger Bestandteil des Behandlungskonzeptes.

Nicht selten leiden die Betroffenen an belastenden Depressionen und Angstzuständen. Auch die Gedächtnisleistung kann zurückgehen. In Kombination mit der wahrgenommenen Einschränkung der eigenen Leistungsfähigkeit führt dies insgesamt zu einer schlechteren Lebensqualität.

Die psychologische Mitbetreuung soll zweistufig erfolgen. In einem ersten Schritt wird eine 1:1 Sitzung durchgeführt. Im Folgenden sollen geeignete Gruppensitzungen stattfinden, in der Information, Handling, Feedback gleichermaßen Berücksichtigung finden.

Ein entsprechendes Konzept zur psychologischen Mitbetreuung wird erarbeitet. Hierbei werden sechs psychologische Psychotherapeuten aus Templin einbezogen.

Anlage 4 Umsetzungsplanung – Trainingsprogramme

Bei stabiler Herzinsuffizienz ist ein regelmäßiges, individuell angepasstes körperliches Training unter Berücksichtigung von Kontraindikationen (z. B. frischer Herzinfarkt oder Myokarditis) generell zu empfehlen.

Ziel des körperlichen Trainings ist es, dem Patienten die Wichtigkeit und Unbedenklichkeit körperlicher Bewegung im Zusammenhang mit der Erkrankung zu vermitteln und ihm durch die Selbstkontrolle wichtiger Parameter die Erkrankung begreifbar und beeinflussbar zu machen. Dabei werden folgende Trainingsmodelle angewendet:

1. 4-wöchiges Trainingsprogramm (Sportzentrum)

- Ergometertraining
- 6-Minuten-Gehtest
- Muskelaufbautraining

Zur Entwicklung und Umsetzung werden bestehende Angebote von folgenden regionalen Akteuren eingebunden:

- Alte Mühle Fitness-Club
- PEGASUS vital & gesund
- Lifestyle Fitness Wellness Club
- Kursangebote der Volkshochschule

2. Anleitung für zu Hause (u.a. Spazieren gehen, Fahrrad fahren und Kraftübungen mit Hilfe eines Thera-Bandes) im Rahmen der Schulung.

3. Herzsportgruppe

Vor Ort gibt es bereits zwei Anbieter (Senioren-Landsitz „An der Buchheide“, SV Blau-Weiß Rödde-
lin e.V.), die entsprechende Trainingsprogramme anbieten.

Die Teilnahme an der Herzsportgruppe erfolgt auf Verordnung durch den Hausarzt. Hierbei wird die agnes^{zwei} koordinierend tätig.

Anlage 5 Umsetzungsplanung – Patientenschulung

Im Rahmen des Betreuungskonzeptes wird eine Patientenschulung, welche die Eigenkompetenz von Patienten stärkt und damit die Nachhaltigkeit des Programms gewährleistet, etabliert.

Bereits während der ärztlichen Visiten werden die Patienten basierend auf den Richtlinien der European Society of Cardiology (2016) über die Entstehung und Ursachen der Herzinsuffizienz, klinische Zeichen der Erkrankung, Medikamente und deren Wirkmechanismen, Selbstkontrolle von Gewicht, Ernährung insbesondere Salzzufuhr, Trinkmenge und Training für zu Hause unterrichtet.

Für die Durchführung der Patientenschulung erfolgt als multidisziplinäre Gruppenschulung und ist modular aufgebaut. Schwerpunkt ist hier die Vermittlung des Selbstmanagements. Hierbei wird auf bereits vorhandene Curriculum zurückgegriffen (vgl. Deutsche Rentenversicherung bzw. DMP-Schulungsprogramme). Dabei erfolgt eine enge Abstimmung mit dem Konzept der psychologischen Mitbetreuung.

Anlage 6: Konzept zum Sektorenübergreifenden Behandlungspfad Rheuma

**IGiB – Strukturmigration im
Mittelbereich Templin**

Förderkennzeichen:

01NVF16001

Konzept zum Sektorenübergreifenden
Behandlungspfad Rheuma

- erstellt durch den Konsortialpartner KV COMM -

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	2
Präambel.....	3
1. Ausgangslage	4
2. Ist-Analyse.....	7
3. Zielgruppen-Definition	11
4. Zielsetzung.....	12
5. Pfadschema	14
6. Pfaderläuterung.....	15
7. Qualitätssicherung.....	24
8. Leistungsbestandteile	24
9. Evaluation.....	26
Literaturverzeichnis	27
Abkürzungsverzeichnis	29
Abbildungsverzeichnis	30
Tabellenverzeichnis	30
Anhang.....	31

Präambel

Das vorliegende Konzept zum sektorenübergreifenden Behandlungspfad (SÜ-BHPF) Rheuma ordnet sich in das Teilprojekt 4 (TP 4) „Unterstützung einer systematischen fachgruppen-, berufsgruppen- und sektorenübergreifenden Abstimmung und Koordination“ des Projektes IGiB – Strukturmigration im Mittelbereich Templin ein. Das Projekt IGiB – Strukturmigration im Mittelbereich Templin wird vom Innovationsfonds unter dem Kennzeichen 01NVF16001 gefördert. Gemäß Förderantrag wurden 6 SÜ-BHPF im Rahmen des TP 4 genehmigt. Die Indikation Rheuma war ursprünglich nicht im Förderantrag aufgeführt. Zum Zeitpunkt der Antragstellung gab es keine ambulante rheumatologische Versorgung im Mittelbereich Templin.

Zum 01.10.2017 erfolgte die Niederlassung einer Rheumatologin, so dass auf Initiative der Ärzte im Rahmen der Projektgruppenarbeit die Indikation für das TP 4 ausgewählt wurde. Hierzu erfolgte eine Anfrage beim DLR. Die Genehmigung bzw. Zustimmung der Indikation Rheuma wurde seitens des DLR mit Schreiben vom 06.03.2018 unter dem Vorbehalt der Ausgabenneutralität erteilt.

Ziel des Teilprojektes 4 ist es, nationale und internationale evidenzbasierte Leitlinien in der regionalen medizinischen Versorgung anhand von standardisierten SÜ-BHPF zu ausgewählten Indikationen zu etablieren, um damit über die Stärkung der ambulanten Versorgungsmöglichkeiten stationäre Fehlallokationen zu vermeiden. Die Umsetzung der SÜ-BHPF erfolgt unter Einbezug der niedergelassenen Ärzte wie auch der Ärzte des Sana Krankenhauses Templin und unter Einsatz von agnes^{zwei}-Fachkräften. Durch die Implementierung des im nachstehenden Dokument dargestellten SÜ-BHPF Rheuma wird die Reduzierung unnötiger stationärer Behandlungen angestrebt. Damit einhergehend, sollen Krankheitskosten reduziert und die Lebensqualität von rheumatologisch erkrankten Patienten erhöht werden.

Potsdam, den 22.08.2018

1. Ausgangslage

Die entzündlich-rheumatischen Krankheiten des Erwachsenenalters umfassen mehr als 100 verschiedene Krankheitsbilder (Zink 2010). Diese verbindet die Charakteristika von schweren, chronisch entzündlichen Allgemeinerkrankungen, bei denen das Immunsystem körpereigene Stoffe und Strukturen, insbesondere an den Bewegungsorganen, angreift (Ebd.). Dies geht mit Schmerzen und dem oft kontinuierlichen Verlust der körperlichen Funktionsfähigkeit einher. Die entzündlich-rheumatischen Krankheiten des Erwachsenenalters lassen sich in drei Hauptgruppen unterteilen:

1. entzündliche Gelenkerkrankungen (Polyarthritiden) mit der rheumatoiden Arthritis als häufigste Einzeldiagnose,
2. die entzündlichen Erkrankungen der Wirbelsäule und einzelner Gelenke (Spondyloarthritiden) mit der anklyosierenden Spondylitis bzw. Morbus Bechterew als typische Krankheit sowie
3. die Gruppe der entzündlich-rheumatischen Erkrankungen der Gefäße und des Bindegewebes (Vaskulitiden und Kollagenosen) mit dem systemischen Lupus erythematoses (SLE) als häufigste Einzeldiagnose.

Eine Besonderheit stellt die Psoriasisarthritis (Schuppenflechtenarthritis, PsA) dar. Sie zählt ebenfalls zu den entzündlichen Gelenkerkrankungen und tritt häufig in Verbindung mit einer Psoriasis der Haut oder Nägel auf. Rund ein Drittel der von Schuppenflechte betroffenen Patienten entwickeln im Laufe der Zeit auch eine Psoriasisarthritis.

In Deutschland leiden etwa 1,5 Millionen Menschen ($\approx 2\%$ der erwachsenen Bevölkerung) unter entzündlich-rheumatischen Erkrankungen (DGRh 2008). Die Krankheit mit der höchsten Prävalenz aus dem Feld der entzündlichen-rheumatischen Erkrankungen ist die rheumatoide Arthritis. Mit einer Prävalenz von ca. $0,8\%$, je nach Berechnungs- und Datengrundlage $0,3 - 1\%$, der erwachsenen Bevölkerung sind ca. 550.000 Menschen von der rheumatoiden Arthritis in Deutschland betroffen. Die Inzidenz liegt bei ca. 20 – 40 je 100.000 Personen pro Jahr (EUMUSC 2015). Eine höhere Wahrscheinlichkeit einer Neuerkrankung ist mit den folgenden Merkmalen assoziiert: erhöhtes Alter, weibliches Geschlecht, ausgewählte genetische Marker, Rauchen und Übergewicht (Liao et al. 2015, Symmons et al. 2013). Das mittlere Erkrankungsalter liegt zwischen 55 und 65 Jahren, wobei Männer später erkranken als Frauen (Zink 2010).

Eine aktuelle Analyse der bundesweiten vertragsärztlichen Abrechnungsdaten im Jahr 2015 zur Epidemiologie der rheumatoiden Arthritis in Deutschland durch das Zentralinstitut der Kassenärztlichen Vereinigungen zeigt, dass die Bundesländer Brandenburg ($1,25\%$), Niedersachsen ($1,26\%$) und Mecklenburg-Vorpommern ($1,35\%$) die höchste standardisierte Diagnoseprävalenz der rheumatoiden Arthritis in Deutschland aufweisen. Der Bundeswert liegt bei $1,06\%$.

Für die spezialisierte Versorgung von Menschen mit rheumatischen Erkrankungen stehen im Land Brandenburg 32 Fachärzte der Inneren Medizin und Rheumatologie und 13 Orthopäden mit Schwerpunkt Rheumatologie zur Verfügung. Der Bedarf an Rheumatologen wurde seitens der DGRh im Jahr 2008 im Memorandum „Rheumatologische Versorgung von akut und chronisch Rheumakranken in Deutschland“ auf einen internistischen Rheumatologen pro 50.000 erwachsenen Einwohnern berechnet (DGRh 2008). Eine Situationserhebung für den Bereich der orthopädischen Rheumatologie erfolgte nicht. Bezogen auf den ambulanten Sektor ergibt sich im Land

Brandenburg ein Verhältnis von einem internistischen Rheumatologen je 78.000 erwachsene Einwohner. Wird jedoch die Anrechnungszahl bei internistischen Rheumatologen (23,5) herangezogen, ergibt sich ein Verhältnis von einem internistischen Rheumatologen je 106.000 erwachsene Einwohner. Im Mittelbereich Templin existierte bis zur Niederlassung einer Rheumatologin im Oktober 2017 keine ambulante rheumatologische Versorgung.

In der Rheumatologie ist eine frühe Diagnose essentiell, um nicht rückbildungsfähige Folgeschäden zu verhindern (Schneider et al. 2011). Um der Bedarfslage gerecht zu werden und die strukturellen Voraussetzungen für die frühzeitige Diagnose und engmaschige Therapiekontrolle der rheumatoiden Arthritis und Morbus Bechterew zu ermöglichen, haben die Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg und die AOK Nordost im Jahr 2010 einen Strukturvertrag gemäß § 73a SGB V zur Förderung der ambulanten medizinischen Versorgung auf dem Gebiet der Rheumatologie geschlossen. In ihm wird u.a. die koordinierte und kontinuierliche Zusammenarbeit zwischen Haus- und Fachärzten, der strukturierte und leitliniengerechte Versorgungsablauf sowie die Stärkung der Patienteninformation und Einbindung speziell ausgebildeter Rheumatologischer Fachassistenten, geregelt.

An diesem Strukturvertrag nehmen alle Fachärzte der rheumatologischen Versorgung sowie 311 koordinierende Hausärzte teil. Im Mittelbereich Templin betrifft dies 5/17 Hausärzten (Stand 2018).

Im Land Brandenburg befinden sich drei sogenannte regionale Rheumazentren: Regionales Rheumazentrum Nord-Brandenburg e.V., Regionales Rheumazentrum am Carl-Thiem-Klinikum Cottbus und Regionales Rheumazentrum des Johanniter-Krankenhauses im Fläming Treuenbrietzen GmbH. Diese Rheumazentren umfassen rheumatologische sowie kinderrheumatologische Krankenhäuser, Rehabilitationskliniken und stehen in engen Kontakt mit den niedergelassenen Rheumatologen der Region (Rheumaliga 2017). Die Templiner Rheumatologin ist im Rheumazentrum Nord-Brandenburg e.V. engagiert. Der gemeinnützige Verein wird von mehreren Kliniken als institutionellen Mitgliedern organisiert sowie von vielen Einzelmitgliedern getragen. Als eines der zirka 30 von der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie nach deren Qualitätskriterien anerkannten kooperativen regionalen Rheumazentren ist es einer stetigen Verbesserung der rheumatologischen Versorgung im Norden des Bundeslandes Brandenburg verpflichtet. Durch enge Vernetzung der vorhandenen Ressourcen sowie durch Förderung kontinuierlicher Fortbildung und Einbindung wissenschaftlicher Arbeitsweise und neuester Erkenntnisse in Diagnostik und Therapie soll ein Optimum an fachlicher Versorgung der Rheumakranken gewährleistet werden.

Über das Land Brandenburg hinausgehend, beschäftigen sich aktuell drei durch den Innovationsfonds geförderte Projekte mit der Verbesserung der rheumatologischen Versorgung:

VERho ("Versorgung von Menschen mit Rheuma optimieren")

Hauptziele:

- Deeskalation DMARDS (Aufbau eines Registers)
- Therapiesicherheit erhöhen
- Förderung Selbstmanagement von Patienten mit rheumatoider Arthritis

RheumaVor ("Verbesserung der rheumatologischen Versorgungsqualität durch koordinierte Kooperation"):

Hauptziele:

- Verkürzung der Diagnosestellung,
- „koordinierte Kooperation“ zwischen Hausärzten, Fachärzten und Patienten, gesteuert und unterstützt durch fachübergreifend besetzte Koordinationsstellen

StärkeR („Strukturierte Delegation ärztlicher Leistungen im Rahmen konzeptionsgeregelter Kooperation in der Versorgung von Patienten mit entzündlichem Rheuma“)

Hauptziele:

- Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen in der Rheumatologie soll effektiver und effizienter gestaltet werden
- strukturierte Übertragung ärztlicher Leistungen an Rheumafachangestellte (RFA)

2. Ist-Analyse

Um genaue Aussagen hinsichtlich des Bedarfes zur Implementierung eines SÜ-Pfades Rheuma treffen zu können, wurde eine Potenzialanalyse durchgeführt. Die zur Auswertung herangezogenen Daten beziehen sich auf Abrechnungsdaten der niedergelassenen Ärzte im MB Templin, die von der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg (KVBB) bereitgestellt wurden. Im Folgenden wird die Anzahl der Patienten im Jahr 2017 mit den Top 5 der am häufigsten dokumentierten Diagnosen ausgewertet. Eine vollständige Darstellung aller dokumentierten Diagnosen findet sich im Anhang.

Die Top 5 Diagnosen sind:

- ICD-Kode M06.-: Sonstige chronische Polyarthrit
- ICD-Kode M05.-: Seropositive chronische Polyarthrit
- ICD-Kode M45.0-: Spondylitis ankylosans
- ICD-Kode L40.5†: Spondylitis psoriatica
- ICD-Kode M35.3: Polymyalgia rheumatica

Im MB Templin leben insgesamt 27.000 Menschen (Stand: 31.12.2014). Nach Auswertung des Datensatzes wird ersichtlich, dass insgesamt 3,9% Prozent der Einwohner (n = 1.045 Menschen) eine der fünf rheumatischen Diagnosen aufweisen. Bezogen auf das Geschlecht sind 66 Prozent (n = 690) weiblich und 34 Prozent (n = 355) männlich.

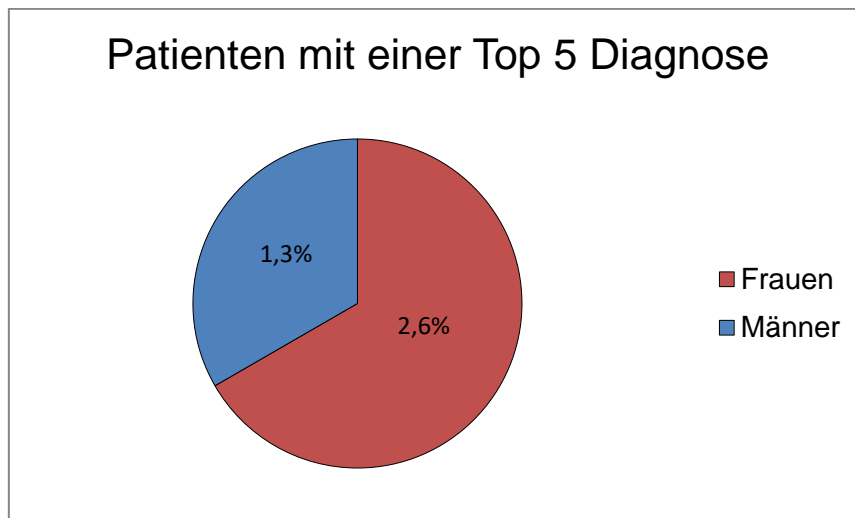


Abbildung 1: Patienten mit Top 5 Diagnosen im MB Templin bezogen auf das Geschlecht (Eigene Darstellung)

Hinsichtlich des Alters wird deutlich, dass die betrachteten rheumatischen Diagnosen in allen Altersgruppen vertreten sind. Am häufigsten sind die Altersgruppen von 51 bis 60; 61 bis 70 und 71 bis 80 Jahren zu nennen. Bezogen auf das Geschlecht decken sich die Ergebnisse in Templin mit den bundesweit ermittelten Durchschnittswerten. Bei Frauen wird in früheren Altersgruppen und in gesteigerter Häufigkeit im Vergleich zum männlichen Geschlecht eine rheumatische Diagnose festgestellt. Ebenso deckend mit dem Bundesergebnissen zeigt sich in Templin die Polyarthrit (rheumatoide Arthritis) als Diagnose mit der höchsten Prävalenz, gefolgt von der Spondylitis

ankylosans, welche als einzige Diagnose etwas häufiger beim männlichen Geschlecht diagnostiziert wird.

Tabelle 1: Anzahl Patienten nach Geschlecht, Alter und ausgewählten ICD10 Diagnosen im Jahr 2017 (Eigene Darstellung)

Geschlecht	Altersgruppe	M05	M06	M45.0-	L40.5	M35.3
männlich	0 bis 18	0	0	0	0	0
	19 bis 30	0	4	4	0	0
	31 bis 40	0	6	7	0	0
	41 bis 50	3	6	12	4	0
	51 bis 60	9	38	22	16	4
	61 bis 70	2	37	18	14	7
	71 bis 80	9	47	13	9	14
	81 bis 90	3	29	3	1	12
	über 90	0	2	0	0	0
	Gesamt		26	169	79	44
weiblich	19 bis 30	2	9	3	1	0
	31 bis 40	1	21	8	5	0
	41 bis 50	6	42	15	4	0
	51 bis 60	18	96	22	24	13
	61 bis 70	15	86	9	17	14
	71 bis 80	12	101	4	6	38
	81 bis 90	12	54	0	2	19
	über 90	1	6	0	1	3
	Gesamt		67	415	61	60

Rheumapatienten weisen eine erhöhte kardiovaskuläre Mortalität auf (DGRh 2013; Schneider 2011). Damit verbunden sind Begleiterkrankungen wie Diabetes mellitus, Fettstoffwechselstörungen, Hypertonie, Gicht und Depressionen. Diese Begleiterkrankungen werden in der Regel nicht vom Rheumatologen behandelt. Insbesondere aufgrund der Relevanz der Frühdiagnostik bei rheumatischen Erkrankungen sind die Leitsymptome von Begleiterkrankungen zu hinterfragen. Die Abrechnungsdaten der niedergelassenen Ärzte in Templin zeigen, dass insbesondere Patienten mit rheumatoider Arthritis zusätzlich an einer Hypertonie oder einer Fettstoffwechselstörung leiden. Diabetes und Depressionen finden sich ebenfalls als Begleiterkrankung, jedoch in geringerer Häufigkeit. Hinsichtlich des Geschlechtes, leiden Frauen nahezu doppelt so häufig unter einer Begleiterkrankung im Vergleich zu Männern. Die Diagnosen M05, M45.0, L40.5 sowie M35.5 sind im Vergleich zur ICD 10 Diagnose M06 mit Blick auf die Begleit-/ Folgeerkrankungen nicht vergleichbar signifikant und werden daher im Anhang dargestellt.

Häufigkeit der Patienten mit ICD10 M06 und bestimmten Begleit-/ Folgeerkrankungen

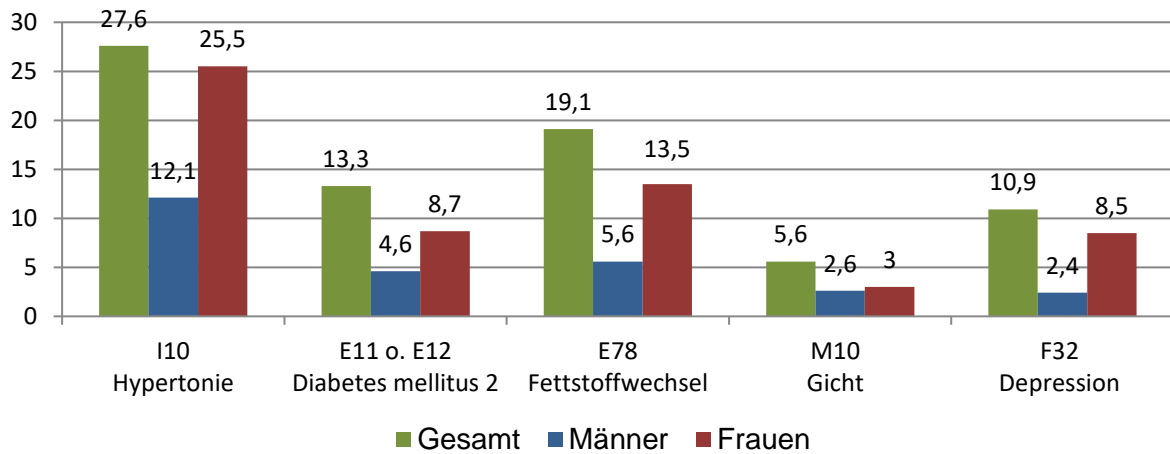


Abbildung 2: Häufigkeit der Patienten mit ICD 10 M06 Diagnose und bestimmten Begleit-/Folgeerkrankungen in Prozent (Eigene Darstellung)

Um zu prüfen, welche Arztgruppen bereits an der Versorgung von rheumatischen Patienten beteiligt sind, wurde eine Analyse der rheumatischen Diagnosen nach Arztgruppe durchgeführt.

Tabelle 2: Anzahl Patienten pro Arzt und Arztgruppe nach ausgewählten ICD10 Diagnosen im Jahr 2017 (Eigene Darstellung)

Arztgruppe	Anzahl tätiger Ärzte in 2017	M05	M06	M45.0-	L40.5	M35.3	Gesamt
Allg./ Prakt./ Inn.Med. HA	18	78	483	79	74	127	841
Anästhesiologie	1	0	12	4	5	7	28
Augenheilkunde	2	0	8	0	0	0	8
Chirurgie	1	0	10	2	2	0	14
Frauenheilkunde	2	0	2	0	0	0	2
Hämatologie / Onkologie	1	1	26	2	2	2	33
HNO	1	0	9	4	0	1	14
Kardiologie	1	0	0	0	0	3	3
Nervenheilkunde	1	0	2	2	0	0	4
Orthopädie	3	5	26	29	21	9	90
Pneumologie	1	0	27	5	1	7	40
Rheumatologie*	1	29	169	56	26	22	302
Urologie	1	0	1	0	0	1	2

*es handelt sich hier lediglich um die Zahlen des ersten Quartals, da bis Oktober 2017 keine Fachgruppe Rheumatologie existierte

In Tabelle 2 ist ersichtlich, dass 18 niedergelassene Hausärzte im Mittelbereich Templin die meisten Diagnosen (n= 841) vergeben haben, gefolgt von der Fachgruppe Rheumatologie (n= 302) und Orthopädie (n= 90). Da die Fachgruppe Rheumatologie sich jedoch auf eine einzige Ärztin beschränkt, ist hier die häufigste Diagnosestellung pro Arzt zu konstatieren.

Tabelle 3: Anzahl Patienten nach Wohnort der Patienten und ausgewählten ICD10 Diagnosen im Jahr 2017 (Eigene Darstellung)

Wohnort des Patienten	M05	M06	M45.0-	L40.5	M35.3
Mittelbereich Templin	79	501	107	78	113
Bereich KVBB ohne MB Templin	13	72	30	21	9
andere KV-Bereiche	1	11	3	5	2

Dass der Bedarf für einen Vorort tätigen Rheumatologen bestand, wird durch Tabelle 3 deutlich. 84% der Patienten mit einer Top 5 Diagnosen, haben ihren Wohnort im Mittelbereich Templin, 13,9% kommen aus anderen Bereichen der KV Brandenburg und 2,1% kommen aus gänzlich anderen KV Bereichen. Patienten mit entsprechender Symptomatik oder Verdachtsdiagnose steuern meist den ihnen vertrauten Hausarzt an. Da bis Oktober 2017 keine Rheumatologie im Mittelbereich Templin existierte, sind Hausärzte die ersten Ansprechpartner für Rheumapatienten. Dies wurde in der Projektgruppe „SÜ-BHPF – Rheuma“ von der teilnehmenden Rheumatologin bestätigt. Durch den Rheumastrukturvertrag (RSV) besteht zwar ein etabliertes Ablaufschema, welches die strukturierte Zusammenarbeit zwischen Hausarzt und Rheumatologe regelt, an diesem nehmen jedoch nur 5 der 17 in 2018 noch tätigen Hausärzte teil. Zudem verfügt die vorort tätige Rheumatologin noch nicht abschließend über alle Voraussetzungen zur Teilnahme am RSV, da noch eine Weiterqualifizierung der MFA zur RFA erfolgen muss. Der RSV beschränkt sich auf AOK Versicherte mit der gesicherten Diagnose:

- Rheumatoide Arthritis (M05.-, M06.-)
- Spondyloarthritiden (M07.2; M45.-, M46.-)

Diese Patienten sollen mit entsprechender Abgrenzungsregelung zum RSV, zukünftig ebenfalls in den Behandlungspfad eingesteuert werden, um von den frühdiagnostischen und begleitend therapeutischen Maßnahmen zu profitieren und die wohnortnahe Versorgung in Templin weiter zu stärken.

Für die Abbildung des stationären Bereiches wurde die Vorstudie zum Projekt (Strukturmigration im Mittelbereich Templin) von AGENON herangezogen. Bei den ausgewerteten TOP15-Diagnosen der vollstationären Krankenhausfälle nach Altersgruppen finden sich keine entzündlich rheumatischen Diagnosen. Ebenfalls nicht im Bereich der als Notfall dokumentierten stationären Behandlungsfälle. Durch das Bundesamt für Statistik wurden in der jährlichen Diagnosestatistik 120 stationäre Behandlungen/ 100.000 Einwohner für Patienten mit entzündlich rheumatischen Systemerkrankungen ermittelt (DGRh, 2016). Rheumatische Erkrankungen finden sich bei schweren Verläufen oder bei solchen, welche eine spezialisierte, interdisziplinäre Versorgung benötigen auch im stationären Bereich wieder, z.B. durch das Auftreten von:

- zusätzlichen Begleit-/Folgeerkrankungen (Diabetes mellitus; psychische Erkrankungszustände, wie z.B. depressive Episoden oder solche die eine Operation erfordern, wie kardiovaskuläre Erkrankungen, andere Erkrankungen und Alterungsprozesse des Bewegungsapparates, wie bspw. Arthrose oder ein benötigter Gelenkersatz),
- ambulant nicht ausreichend behandelbaren Krankheitsschüben oder Schmerzzuständen,
- bei schwerwiegenden Therapiekomplicationen oder Organbeteiligung wie Herz, Nieren, Lunge, Darm, Haut oder Augen (DGRh, 2016).

In der Regel können rheumatische Erkrankungen, insbesondere wenn sie frühzeitig erkannt werden, angemessen ambulant eingestellt und betreut werden.

Ziel des Behandlungspfades sollte es demnach sein, stationäre Fälle zu vermeiden, indem die ambulante Versorgung und Früherkennung von entzündlich rheumatischen Erkrankungen soweit gestärkt wird, dass keine stationäre Behandlung notwendig wird. Hierfür sollen Maßnahmen zur Sekundärprävention zur Verhinderung erkrankungsbedingter Komorbiditäten eingeleitet werden.

Hinsichtlich des therapeutischen Angebotes, welches im Rahmen der Ist-Analyse ebenfalls berücksichtigt wurde, zeigt sich, dass zwar Bewegungsangebote unterschiedlicher Anbietern existieren, diese bisher jedoch nicht spezifisch auf Rheumapatienten zugeschnitten sind.

Körperlich-sportliche Aktivitäten können dazu beitragen, die Gesundheitsressourcen zu stärken und das Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko bei einer Anzahl von chronischen Erkrankungen zu reduzieren. Hinsichtlich der Effekte auf die psychische Gesundheit¹ kann zusammengefasst werden, dass körperlich-sportliche Aktivitäten zur Verbesserung von Selbstkonzept, Beschwerdewahrnehmung, positiver Befindlichkeit und Stress-Reaktivität sowie zu einer Verminderung von Angst- und Depressionswerten führen können (vgl. Woll & Bös2004). Für den SÜ-BHPF sollen regionale Angebote einbezogen werden.

In der Veröffentlichung des Nationalen Aktionsplanes Gesundheitskompetenz aus dem Jahr 2018 heißt es: *Mehr als die Hälfte der Bevölkerung (54,3 Prozent) weist eine lediglich eingeschränkte Gesundheitskompetenz auf und hat Schwierigkeiten, mit gesundheitsrelevanten Informationen umzugehen. Bestimmte Bevölkerungsgruppen verfügen tendenziell über eine noch geringere Gesundheitskompetenz. Dazu zählen Menschen mit Migrationshintergrund, Menschen mit niedrigem Sozialstatus oder niedrigem Bildungsniveau sowie ältere und chronisch kranke Menschen* (Schaeffer et. al. 2018). In der Projektgruppe „SÜ-BHPF – Rheuma“ wurde ebenfalls deutlich, dass Rheumapatienten einen erhöhten Gesprächsbedarf aufweisen und aktives Interesse daran haben, Handlungskompetenz im Umgang mit der eigenen Krankheit zu erwerben. Dies wird bei der Entwicklung des Pfades im Bereich der neuen Versorgungsformen berücksichtigt und gefördert.

3. Zielgruppen-Definition

Gemäß der interdisziplinären Leitlinien der Qualität S2e „Therapie der rheumatoiden Arthritis mit Krankheitsmodifizierenden Medikamenten“ sowie der Qualität S3: „Management der frühen rheumatoiden Arthritis“, „Axiale Spondyloarthritis inklusive Morbus Bechterew und Frühformen“, „Behandlung der Polymyalgia rheumatica“ werden Patienten mit den folgenden gesicherten Diagnosen in den Pfad eingeschlossen:

¹ Psychische Gesundheit wird nach Woll und Bös (2004) operationalisiert mit den Variablen: Befindlichkeit, Beschwerdelerleben, Depressivität, Angst, Selbstkonzept, Stressverarbeitung und internale Kontrollüberzeugungen.

1. Rheumatoide Arthritis/ Psoriasisarthritis (M05.-, M06.-)
2. Spondyloarthritis (M07.2, M45.0-, M46.0-, L40.5†)
3. Polymyalgia rheumatica (M35. 3)

Gemäß der Ist-Analyse sind insbesondere ältere Patienten von entzündlich rheumatischen Erkrankungen betroffen, bzw. werden diese im Mittelbereich Templin behandelt. Daher fokussiert der in diesem Dokument ausgearbeitete Behandlungspfad auf die Altersgruppe >18 Jahre. Gewisse patientenseitige Begleitumstände schließen eine Pfadrealisierung aus. Daher werden demente, geistig behinderte Patienten sowie Personen mit fehlenden deutschen Sprachkenntnissen ausgeschlossen.

Derzeit existiert keine kinderrheumatologische Versorgung in Templin. Es erfolgt eine Zusammenarbeit mit den Kinderrheumatologen in Buch und der Charité. D.h. die Therapieentscheidung wird mit den Berliner Kinderrheumatologen gemeinsam gefällt, die Templiner Rheumatologin übernimmt die Überwachung.

4. Zielsetzung

Entzündlich rheumatische Erkrankungen erfordern eine frühzeitige Diagnostik und Behandlung, um eine vollständige Manifestation (Zerstörung der Gelenke) verbunden mit chronischen Schmerzen zu vermeiden. Wird das Erkrankungsbild nicht frühzeitig detektiert, kann dies erhebliche Funktions- und Lebensqualitätseinschränkungen nach sich ziehen, welche eine längere Arbeitsunfähigkeit bis hin zur Frühberentung bedingen.

Derzeit ist es noch nicht möglich entzündlich rheumatische Erkrankungen gänzlich zu heilen, da sich deren Symptome, insbesondere in den frühen Erkrankungsstadien, oftmals wandeln und nicht gänzlich manifestiert sind (windows of opportunity). Die genaue Ursache der Krankheitsentstehung und welche Faktoren neue Entzündungen auslösen, ist zum größten Teil noch ungeklärt. Durch therapeutische und medikamentöse Verfahren kann jedoch eine nachhaltige Eindämmung der fortschreitenden Gelenkzerstörung oder auch Rückbildung aller akuten Entzündungszeichen erreicht werden (Remission).

Von hoher Relevanz für den Behandlungserfolg werden nach dem derzeitigen Stand der Forschung der Zeitpunkt der Diagnosestellung, eine engmaschige Verlaufskontrolle sowie die Stärkung der Gesundheitskompetenz des Patienten angesehen (DGRh 2008, DGRh 2013, Schneider et al. 2011).

Das Betreuungskonzept für Rheumapatienten hat daher folgende Hauptziele:

1. frühzeitige Diagnostik: durch Etablierung eines Screening-Verfahrens mit einem Überleitungsbogen an den behandelnden Facharzt
2. Früherkennung und zeitnahe Behandlung von erkrankungsbedingten Komorbiditäten in einem interdisziplinären Versorgungsnetz
3. Entwicklung von intrinsisch motivierten Selbstmanagement beim Patienten zur Verbesserung des Gesundheitszustandes und Sekundärprävention weiterer Komorbiditäten (u.a. Diabetes mellitus, kardiovaskuläre Erkrankungen, andere Erkrankungen und Alterungsprozesse des Bewegungsapparates, wie bspw. Arthrose, psychische Erkrankungszustände, wie z.B. depressive Episoden)

Um die beschriebenen Ziele zu erreichen, berücksichtigt der Pfad eine Methodenkombination aus Prozessverbesserungen (Organisationsrahmen) und Strukturergänzungen (neue Versorgungsangebote).

5. Pfadschema

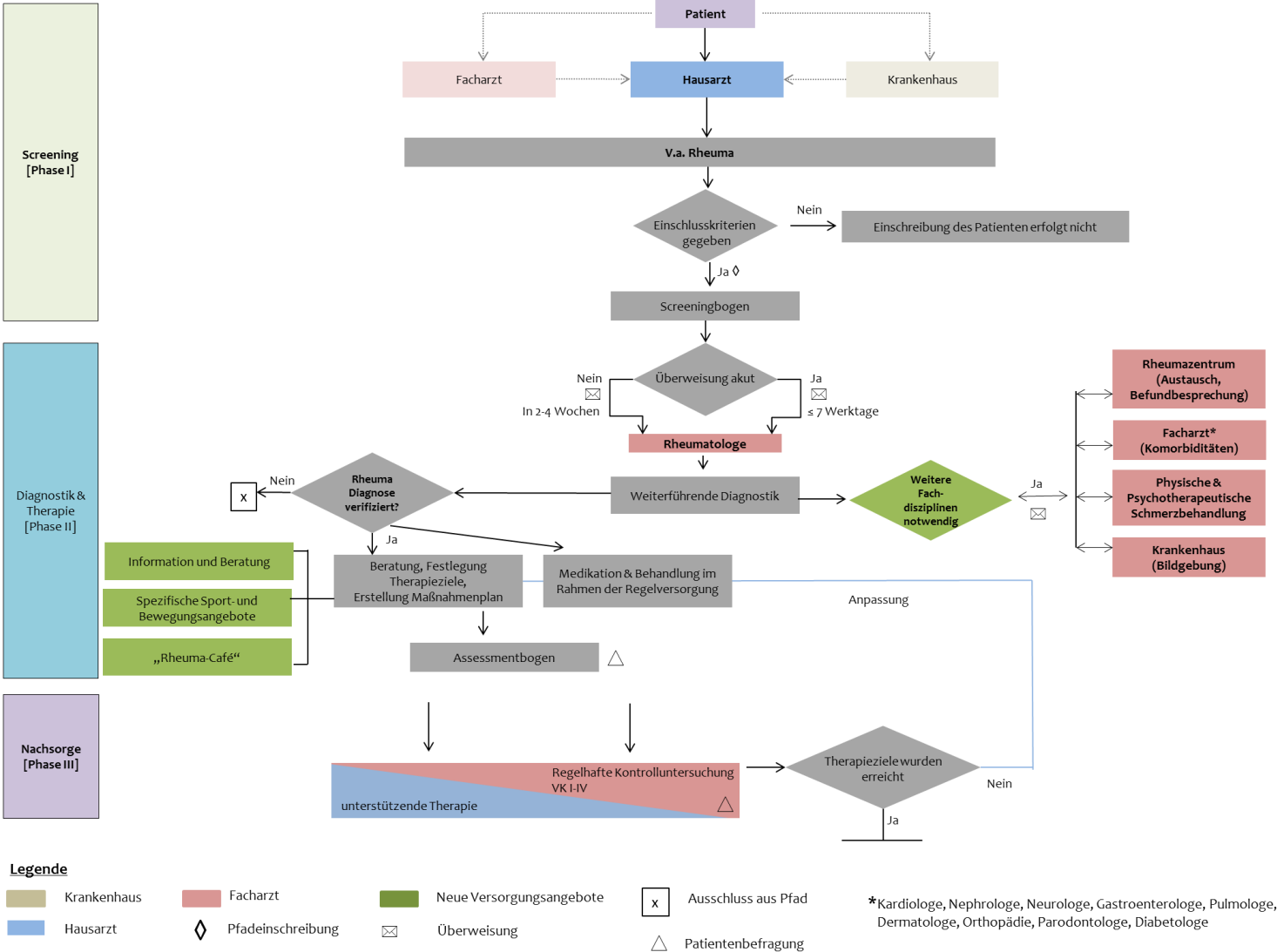


Abbildung 3: Pfadschema Rheuma

6. Pfaderläuterung

Der Pfad teilt sich auf in 3 Phasen.

6.1 Phase I

In der Phase 1 erfolgt der Zugang zum Pfad und das Screening bei Patienten mit Verdacht auf Rheuma.

6.1.1. Zugang zum Pfad

Der Patient kann mit

- einem Zufallsbefund/Verdachtsdiagnose
- einer klaren Rheumasymptomatik/ Schub
- chronische Erkrankung

beim

- Hausarzt (HA),
- Rheumatologen oder anderen Fachärzten (FA),
- oder im Krankenhaus (stationäre Aufnahme, Notfall)

erscheinen. Zugang zum Pfad erhält er über das Screening und die Einschreibung ins Projekt beim Hausarzt.

6.1.2. Screening beim Hausarzt

Anamnese:

Besteht der Verdacht auf eine entzündlich rheumatische Erkrankung im Sinne der festgelegten Zielgruppendiagnosen ist der Nachweis einer Entzündung zu erbringen und von der Differenzialdiagnose einer Arthrose abzugrenzen. Dies umfasst die Abklärung folgender Punkte gemäß Screeningbogen:

- Liegt eine Gelenksymptomatik vor, insbesondere geschwollene Gelenke?
- Sind nächtliche Rückenschmerzen aufgetreten?
- Erhebung der Dauer der Morgensteifigkeit in Minuten
- Gibt es eine anamnestisch bekannte Psoriasis?
- Liegen Sehstörungen vor?
- Regelmäßige Kopfschmerzen?
- Wann sind die Symptome erstmalig aufgetreten?
- Familienanamnese bzgl. familiärer rheumatischer Erkrankungen
- Durchführung einer Basislaboruntersuchung
 - BSG, CRP
 - Bei V.a. Spondyloarthritiden zusätzlich HLA - B27

Ob eine Entzündung besteht (Einschlusskriterien gegeben) obliegt der ärztlichen Einschätzung, da die pauschale Festlegung einer bestimmten Anzahl von Faktoren, welche für die Indikation Rheuma vorliegen müssen, nicht klar getroffen werden kann, aufgrund der sich oftmals wan-

[Pfadkonzept Rheuma]

delnden und nicht gänzlich manifestierten Symptome. Insbesondere das Vorliegen der folgenden Parameter:

- Rheumatoide Arthritis/ Psoriasisarthritis: 2 oder mehr geschwollene Gelenke über mehr als 6 Wochen andauernd, Morgensteifigkeit >30 min und/oder positive Entzündungsparameter
- Spondyloarthritis: positiver HLA-B27 Nachweis, Wirbelsäulen-und/oder Gelenkentzündung, nächtlicher Rückenschmerz über mehr als 6 Wochen andauernd und/oder positive Entzündungswerte
- Polymyalgia rheumatica: stark erhöhte Entzündungswerte mit BSG >40 mm/, Schmerzen im Schulter/ Oberschenkel -, Beckengürtelbereich, Morgensteifigkeit >45min, Akuteinweisung in eine Rheumaklinik/Notaufnahme bei Schläfenkopfschmerz und Sehstörungen

kann den Verdacht auf eine Entzündung erhärten. Entzündungsparameter können jedoch bei 80% der Patienten im Frühstadium fehlen, daher ist insbesondere die klinische Symptomatik von Relevanz. Sind aus ärztlicher Sicht die Einschlusskriterien für den Behandlungspfad gegeben ist der Patient über den Pfad zu informieren und das Interesse an einer Teilnahme zu erfragen. Sind die Einschlusskriterien für den Pfad nicht gegeben, da ein anderes Krankheitsbild vorliegt; kann ggf. bei erneuter Kontrolle mit sich zeigender klarer Symptomatik ein erneuter Einschluss in den Pfad erfolgen.

Möchte der Patient teilnehmen, sind die Untersuchungsergebnisse im Screeningbogen Rheuma (siehe Anhang) berufsgruppenübergreifend über eine gemeinsame digitale Anwendung zu integrieren und zu dokumentieren. Zusätzlich ist eine Übersicht aller Befunde des Patienten sowie ein aktueller Medikamentenplan (mit Angabe aller verordneten und selbstbeschafften Medikamente) aus dem arztseitig verwendeten Dokumentationssystem auszudrucken/ oder handschriftlich zu notieren und bei Überweisung des Patienten an die Rheumatologin beizufügen.

Die Überweisung des Patienten mit den vorliegenden Befunden an und die Behandlung durch die ortsansässige Rheumatologin soll binnen zwei - vier Wochen erfolgen.

Liegt eine:

- mehrtägig andauernde Verschlechterung des Zustandes,
- ein neuer Krankheitsschub,
- neu aufgetretene Entzündungszeichen,
- gravierende Nebenwirkungen einer bereits bestehenden antirheumatischen Therapie vor,

ist der Patient schnellstmöglich (innerhalb von 7 Werktagen) an die Rheumatologin zu überweisen und ein Termin durch die Rheumatologin zu gewährleisten.

6.2 Phase II

In der Phase 2 erfolgt die weiterführende Diagnostik, Befundsicherung und Therapie durch die Rheumatologin unter etwaigem Einbezug von weiteren Fachdisziplinen und Betreuungsstrukturen.

[Pfadkonzept Rheuma]

6.2.1. Weitere Diagnostik und Befundsicherung beim Rheumatologen

Nachdem der Patient mit Verdacht auf Rheuma zur Rheumatologin überwiesen wurde, gilt es die vom Überweiser gestellte Diagnose zu verifizieren und zu spezifizieren.

Hierfür sind folgende weiterführende diagnostische Maßnahmen zu ergreifen:

- Gelenkuntersuchung an 28 Gelenken zur Verifizierung der Gelenkveränderungen (anhand DAS-28 Beurteilung der Gelenkschwellung und Druckschmerzen)
- bei Bedarf erneutes Labor zur Erhebung der Entzündungsparameter (wenn kein Labor durch den Hausarzt durchgeführt wurde oder der Zeitraum der letzten Laborbestimmung eine relevante Änderung der Entzündungsparameter vermuten lässt)
- bei Bedarf erweiterte Bildgebung (z.B. eine Gelenksonographie inkl. Duplexverfahren oder eine Röntgenaufnahme) zur Bewertung der Prognose des Patienten, aber auch zum Ausschluss anderer Gelenkerkrankungen (u.a. Arthrose) oder von Tumoren, welche Rheuma imitieren. Bei Bedarf überweist die Rheumatologin den Patienten für eine Röntgenaufnahme an die Radiologie des Sana Krankenhaus Templin:
 - V.a. rheumatoide Arthritis: beide Hände dorsovolar (dv) & beide Vorfüße anterior-posterior (ap), Dens-Aufnahme
 - V.a. Spondyloarthritis: Lendenwirbelsäule mit SIG ap und Lendenwirbelsäule (LWS) seitlich bis untere Brustwirbelsäule (BWS), ggf. weitere Gelenkebenen
 - V.a. Polymyalgia rheumatica: Bursitis subdeltoidea, Bizepssehnen-Tenosynovitis und/oder Synovitis Glenohumeralgelenke
 - Ausschluss von Tumoren: Röntgen Thorax (Sana Krankenhaus Templin), Sonografie des Abdomen (in der Praxis der Rheumatologin)

Bei Bedarf überweist der Rheumatologe den Patienten für eine Röntgenaufnahme im Rahmen der Regelversorgung an die radiologische Zweigpraxis des Sana Gesundheitszentrums Oranienburg, MVZ Oranienburg, am Standort des Sana Krankenhauses Templin.

Bei Erstvorstellung des Patienten, erfolgt eine standardisierte Abfrage seiner Vorerkrankungen und seines Krankheitsgeschehens anhand eines praxiseigenen Erstanamnese-Erhebungsbogens. Dieser enthält die Eigenanamnese zu Erkrankungen und allen gängigen Komorbiditäten; eine Familienanamnese; Angaben zum aktuellen Gesundheits-/Erkrankungsstatus sowie zur Krankheitsaktivität und Medikation. Wenn anamnestisch oder in der Diagnostik Abweichungen oder Komorbiditäten (gemäß Tab. 4) auftreten, die durch die Rheumatologin nicht adäquat behandelt werden dürfen, sind weitere Fachärzte oder Fachrichtungen gemäß der Versorgungsleitlinien in die Behandlung des rheumatischen Patienten einzubeziehen. Ziel ist es Komorbiditäten möglichst frühzeitig in einem interdisziplinären Team zu behandeln.. Stellt die Rheumatologin bspw. eine arterielle Hypertonie fest oder besteht der Verdacht auf Vorliegen einer arteriellen Hypertonie, erfolgt eine Überweisung des Patienten an den Kardiologen. Die häufigsten Komorbiditäten bei denen eine Überweisung erfolgt sind: Hypertonie und weitere kardiovaskulären Erkrankungen; Diabetes mellitus; Depressionen; Gicht und Fettstoffwechselstörung. Überwiesen wird mit der Fragestellung der Verifizierung des Verdachts (Tab. 4) und ggf. einer Behandlung durch den entsprechenden Facharzt oder der Übermittlung einer Therapieempfehlung. Die Betreuung und

[Pfadkonzept Rheuma]

Behandlung bei weiteren Fachdisziplinen und Betreuungsstrukturen erfolgt zeitgleich und in Austausch zur rheumatologischen Behandlung.

Eine ausführliche Darstellung weiterer Überweisungsmöglichkeiten zu anderen Fachdisziplinen aufgrund von Begleit/- und Folgeerkrankungen findet sich im Anhang.

Je nach Einschätzung der Rheumatologin sind einzubeziehen:

- Rheumazentrum: Zur Abklärung von Befunden oder Therapieaspekten tauscht sich die Rheumatologin bei Bedarf mit den Fachärzten des Rheumazentrums Nord aus (Befundbesprechung, Austausch). Die Häufigkeit des Austausches ist von der Schwierigkeit und Komplexität des Patientenfalls/ der Behandlungssituation abhängig. Ansonsten erfolgt die rheumatologische Versorgung streng an den Leitlinien orientiert.
- Fachärzte: Kardiologe, Nephrologe, Neurologe, Gastroenterologe, Pulmologe, Dermatologe, Orthopäde, Parodontologe, Diabetologe, etc.
- Angebote der physischen & psychologischen Schmerzbewältigung (Psychotherapeut, Psychologe, Physiotherapie), Rheumaliga
- Krankenhaus (Bildgebung)

Tabelle 4: Überweisung zu weiteren Fachdisziplinen oder Betreuungsstrukturen

Überweisung an:	Überweisungsgründe:
Kardiologe	Arterielle Hypertonie, Herzinsuffizienz, rheumatische Herzklappenentzündung, pulmonale Hypertonie, Herzrhythmusstörungen, Thrombosen, Gefäßverengungen, etc.
Nephrologe	Niereninsuffizienz, sekundärer Hyperparathyreoidismus, Nephrolithiasis, Gicht, Raumforderungen, etc
Neurologe	Karpaltunnelsyndrom, Parästhesien, Polyneuropathien, Schwindeldiagnostik, cerebrale Gefäßentzündungen und -Verschlüsse, etc.
Pulmologe	Sarkoidose, Raumforderungen, Lymphknotenschwellungen, Pleuraerguss, Pneumonie, COPD, pulmonale Hypertonie. Tuberkulose
Diabetologe	Diabetes
Schmerztherapie	Schmerztherapie nach NSAR, Coxibe
Psychologische Fachrichtungen	Depression und Angststörungen, Bewältigung von Life Events, Verhaltenssteuerung, Complianceverbesserung, etc.

[Pfadkonzept Rheuma]

Überweisung an:	Überweisungsgründe:
Krankenhaus	Radiologie: Röntgen und Knochendichtemessung bei Osteoporose und Kortisongaben. selten erforderlich, nur bei Patienten mit verschiedenen akuten Erkrankungen gleichzeitig und wenn sie sehr eingeschränkt sind; Operationen zur Notwendigkeit von Krankenhausaufenthalten oder sehr komplexe Therapien.

Sind die folgenden 3 Kriterien erfüllt, kann meist von einer gesicherten Diagnose ausgegangen werden. Zu berücksichtigen ist, dass im Frühstadium diese Kriterien oft nicht vollständig erfüllt werden, aber dennoch das Ziel verfolgt wird, die Inflammation innerhalb von 12 bis 26 Wochen suffizient zu unterdrücken. Damit wird eine endgültige Diagnosesicherung oftmals nicht möglich sein und ergibt sich erst im weiteren klinischen Verlauf. Das primäre Ziel ist aber die Gelenkzerstörung als prognostisch limitierender Faktor zu verhindern.

1. Rheumatoide Arthritis/ Psoriasisarthritis

- Frühe Diagnose: DAS 28 – Wert $\geq 2,6$ - $< 3,2$, wenn Erkrankung < 6 Monate besteht, erhöhte Entzündungsparameter
- Schub Diagnose: DAS 28 – Wert $> 3,2$ - $< 5,1$ (hohe Krankheitsaktivität $\geq 5,1$) , erhöhte Entzündungsparameter; Synovialitis, Erguss; Morgensteifigkeit über 30 min; BSG Erhöhung > 20 mg/l und/ oder CRP Erhöhung > 10 mg/l

2. Spondyloarthritis

- Frühe Diagnose: BASDAI – Wert von > 2 und Entzündung der WS und/oder SIG
- Schub Diagnose: BASDAI – Wert von $> 3,9$ oder erhöhte Entzündungsparameter; Rückenschmerz in der Nacht (VAS > 50 mm); neu aufgetretene periphere Arthritis

3. Polymyalgia rheumatica

- BSG > 40 mm/h (Sturzsenkung i.d.R) und/oder deutliche CRP Erhöhung. Schmerzen im Schulter-, Oberschenkel- und/oder Beckengürtelbereich, ausgeprägte Morgensteifigkeit (> 45 min).

Liegt keine gesicherte Diagnose vor, ist der Patient aus dem Pfad auszuschließen und der Abschluss anhand eines Fragebogens zu dokumentieren (siehe Anhang). Die Leitlinien (Schneider et. al 2011; DGRh 2013; DGRh 2017; DGRh 2018) besagen, dass ein Rheumapatient innerhalb von 6 Monaten nach Symptombeginn eine adäquate Rheumabasistherapie erhalten soll (bei Polymyalgie Kortison; bei Bechterew und Psoriasis Arthritis erst NSAR/Coxibe sowie ggf. MTX; bei Rheumatoider Arthritis meist Kortison und MTX). Erhält ein Patient innerhalb von 6 Monaten keine Rheumatherapie ist er ebenfalls aus dem Pfad zu streichen, da davon ausgegangen werden kann, dass keine entzündliche Rheumaerkrankung vorliegt. Liegt zum Untersuchungszeitpunkt lediglich eine degenerative Veränderung (Arthrose) vor, kann diese durch den Hausarzt betreut werden. Wenn sich Symptome für eine entzündliche Rheumaerkrankung zu einem späteren Zeitpunkt

[Pfadkonzept Rheuma]

zeigen, kann eine Aufnahme in den Pfad erneut angedacht werden. Wird von einer gesicherten Diagnose ausgegangen soll die Medikation und Behandlung gemäß den S2 und S3 Leitlinien („Therapie der rheumatoiden Arthritis mit krankheitsmodifizierenden Medikamenten“ S. 3-16, „Axiale Spondyloarthritis inklusive Morbus Bechterew und Frühformen“ S. 76-98, „Behandlung der Polymyalgia rheumatica“ S. 20-25) im Rahmen der Regelversorgung bedarfsgerecht erfolgen.

Zusätzlich zur medikamentösen Behandlung ist dem Patienten der Rheumapass (Link siehe Anhang) auszuhändigen und mit ihm ein individueller, bedarfsgerechter therapeutischer Maßnahmenplan zum Erreichen von festgelegten Therapiezielen (angelehnt an die Zielstellung des Pfades) zu erstellen.

6.2.2. Erstellung eines individuellen, bedarfsgerechten therapeutischen Maßnahmenplans

Ziel des SÜ BHPF Rheuma ist es, neben der leitliniengerechten Therapie, den Patienten zu einem strukturierten Selbstmanagement zu befähigen. D.h., durch ergänzende Angebote soll eine Stärkung der Handlungskompetenz ermöglicht werden. Die hierfür notwendige Bereitschaft des Patienten an einer aktiven Mitwirkung muss gegeben sein. Hierbei liegt der Fokus insbesondere auf der Sekundärprävention (Verhinderung weiterer Komorbiditäten), der Verbesserung der Funktionsfähigkeit und Beweglichkeit, dem Erhalt der Arbeitsfähigkeit sowie der Stärkung der Gesundheitskompetenz des Patienten durch Beratung, Information und Motivation zur Initiierung dieser Maßnahmen. Die Beratung und Information des Patienten zu möglichen Angeboten im Rahmen des Behandlungspfades sowie die Erstellung eines Therapie- und Maßnahmenplans erfolgt nach Diagnosesicherung in einem 40 min andauernden Termin. Der Therapie- und Maßnahmenplan wird im Rahmen der Verlaufskontrolle bei Bedarf angepasst.

Die Informations- & Beratungsleistung sowie weitere Empfehlungen zur Erstellung eines individuellen Therapie- & Maßnahmenplans (40min/Patient) soll umfassen:

Tabelle 5: Informations- & Beratungsleistung beim Rheumatologen

Informationsleistung	Beratungsleistung	Empfehlung
Information des Patienten zu regionalen Angeboten im Bereich Bewegung & Sport ➤ Ausgabe bzw. Auslage von Kursangeboten der KVHS ➤ Information über und Weiterleitung des Patienten an das KBZ für weiterführende Informationen & Angebote in Templin	Unterstützung und Beratung des Patienten durch eine agnes ^{zwei} -Fachkraft mit folgenden Aufgabenschwerpunkten: <ul style="list-style-type: none"> • Beratung und Betreuung • Ansprechpartner für Patient und Angehörige (Umgebungsassessment) • Koordination, Planung der Termine 	Empfehlung von Physiotherapie/ Massage/ Krankengymnastik-Optionen <ul style="list-style-type: none"> • Angebote am Sana-KH • Progressive Muskelrelaxation • Angebote der Naturthermie Templin: <ul style="list-style-type: none"> ○ Thermalsolebäder, Bewegungstherapie

[Pfadkonzept Rheuma]

Informationsleistung	Beratungsleistung	Empfehlung
	<ul style="list-style-type: none"> • Fallbesprechung • Unterstützung in der interdisziplinären Zusammenarbeit • Informationsmanagement • Einbindung von Rentenversicherungsträgern: Vermeidung Frühberentung, Förderung Erhalt Arbeitsplatz (der beruflichen Rehabilitation durch den Rententräger und die Information & Hilfestellung bei der Beschaffung geeigneter Arbeitsplatzausstattungen, sowie Klärung offener Fragen mit den Arbeitgebern • Die Beratung kann im KBZ, bei der Rheumatologin, beim Patienten zuhause oder im „Rheuma-Café“ erfolgen 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Krankengymnastik, klassische Massagen, Packungen ○ Wärme/Kälte-Therapie, Elektrobildung mit diversen Stromformen • Massage mit Biofeedback (Massagestuhl (Brainlight)) in der rheumatologischen Praxis
<p>Information und Motivation des Patienten zur Partizipation am „Rheuma-Café“ einer Begegnungsstätte für Rheumapatienten</p> <p>Das „Rheuma-Café“ ist eine Begegnungsstätte ist ein Ort zum Austausch unter Rheumapatienten zur Förderung der sozialen Aktivität/ Interaktion und Gemeinschaft, sowie zur Weiterbildung & Schulung zur Stärkung der Selbstwirksamkeit.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Leitung: Rheuma-Liga & engagierte Patienten • Wo? Raum im KBZ • Ziel: Depressive Episoden durch soziale Isolation sollen vermieden werden. Patienten sollen in ihrem Selbstwirksamkeitsma- 	<p>Ernährungsberatung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Leitung: kooperativ durch Ernährungsberater & Rheumatologin (ebenfalls als Ernährungsberaterin ausgebildet) • Wo? In der rheumatologischen Praxis; im KBZ • Beratungsleistung umfasst 3 Sitzungen á 45min, spezifisch anhand des Krankheitsbildes • Kosten: 150€/ Patient 	<p>Spezifische Bewegungsangebote für Rheumapatienten</p> <p>Tanzen speziell für Rheumapatienten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Leitung: Tanztrainer (MFA bzw. bald RFA der Templiner Rheumatologin) • Wo? Räumlichkeit oberhalb der Praxis im Fitnessstudio • 2x monatlich á max. 10 Teilnehmer, 45min • Kosten: 10€/Patient • Ziel: Stärkung Körper- und Selbstwahrnehmung; Spaß an Bewegung erlangen, Schmerzen durch Bewegung verringern, Sturzprophylaxe und Stärkung der Muskulatur <p>Sportlich funktionelle Bewe-</p>

[Pfadkonzept Rheuma]

Informationsleistung	Beratungsleistung	Empfehlung
<p>nagement gestärkt werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es soll regelmäßig in Eigenregie organisiert Schulungsangebote geben, organisiert/unterstützt über die Rheuma-Liga oder ehrenamtliche Patienten: Schulungsangebote mit Unterstützung der DGRh, Rheuma-Liga, sowie obligate STRUPI Schulungen (Modul 1-3) durch die Rheumatologin, Angebote über die Krankenkassen? • Frequenz: 1x/Monat á 10-15 Teilnehmer 		<p>gung speziell für Rheumapatienten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Leitung: MFA (bzw. bald RFA) der Templiner Rheumatologin bzw. Leiter des Fitnessstudios • Wo? Räumlichkeit oberhalb der Praxis im Fitnessstudio • 2x monatlich á max. 10 Teilnehmer, 45min • Kosten: 8-10€/Patient • Ziel: Stärkung Körper- und Selbstwahrnehmung; Spaß an Bewegung erlangen, Schmerzen durch Bewegung verringern, Sturzprophylaxe & Stärkung der Muskulatur

Zusätzlich zur Diagnostik und der Erstellung eines Therapie- und Maßnahmenplans ist durch die Rheumatologin die Krankheitsaktivität und Körperfunktion des Patienten anhand von erkrankungsspezifischen Fragebögen (z.B. BASDAI, DAS28, ASDAS, VAS oder HAQ, PASI, BVAS, etc. s. Anhang) bei Erstvorstellung und während der Verlaufskontrollen zu erfragen und digital im Assessmentbogen zu dokumentieren.

Der Patient wird zudem erstmalig gebeten den standardisierten Patientenfragebogen (mit den Parametern: Gesundheitskompetenz (HLS-Fragebogen), Lebensqualität (EQ-5D-Fragebogen, VAS), Depression und Ängstlichkeit (PHQ-9-Fragebogen), Zufriedenheit mit der ambulanten Versorgung, soziodemographische Daten) zu Evaluationszwecken auszufüllen. Weitere Informationen können dem Evaluationskonzept entnommen werden.

6.3. Phase III: Regelmäßige Verlaufskontrollen beim Rheumatologen und Hausarzt

Die Verlaufskontrollen erfolgen gleichzeitig sowohl beim Hausarzt als auch bei der Rheumatologin.

- Beim Hausarzt (alle 4 Wochen):
 - tritt ein akuter Schub im weiteren Erkrankungsverlauf auf, ist eine Kortisontherapie zu beginnen, sowie einen Beitrag zur Osteoporoseprävention zu leisten
 - ab dem 50. Lebensjahr: Durchführung eine Vitamin D Prophylaxe, DXA alle 5 Jahre, sowie Motivation des Patienten zum Muskeltraining
 - bei neu auftretenden Krankheitsschüben, mehrtägig andauernder Verschlechterung des Zustandes, neu aufgetretene Entzündungszeichen, gravierender Ne-

[Pfadkonzept Rheuma]

benwirkungen der bestehenden antirheumatischen Therapie ist der Patient an die Rheumatologin zu überweisen.

- entsprechende Befunde sind berufsgruppenübergreifend über eine gemeinsame digitale Anwendung zu integrieren und zu dokumentieren

- Kontrolle alle 3 Monate bei der Rheumatologin:
 - regelmäßige Laborkontrolle nach 32023
 - Welche Maßnahmen und Therapien wurden in Anspruch genommen, ggf. Anpassung des Maßnahmenplanes
 - Verbesserung der Funktionsfähigkeit und Beweglichkeit?
 - Erfolgskontrolle alle 3 Monate anhand von erkrankungsspezifischen Fragebögen
 - Die Dokumentation erfolgt über den Assessmentbogen Rheuma (s. Anhang) berufsgruppenübergreifend über eine gemeinsame digitale Anwendung

Konnten die Therapieziele nicht erreicht werden, wird die Medikation und der therapeutische Maßnahmenplan erneut angepasst. Wurden die Therapieziele erreicht, soll der Patient animiert werden, weiterhin an Maßnahmen zur Steigerung seiner Funktions- & Bewegungsfähigkeit, Gesundheitskompetenz festzuhalten und diese weiter fortzuführen.

Der Interventionszeitraum des SÜ-BHPF umfasst 12 Monate.

Für das Pfadschema ergeben sich folgende Messzeitpunkte (vertiefende Informationen sind dem Evaluationskonzept zu entnehmen):

Tabelle 6: Messzeitpunkte im SÜ-Pfad

Messzeitpunkt	Inhalt	Beteiligter Akteur
t ₀ – Prozessstart (und in den ersten drei Monaten)	<ul style="list-style-type: none"> • Screening • Überleitung zum Rheumatologen • Patientenfragebogen 	<ul style="list-style-type: none"> • Hausarzt • Rheumatologe
t ₁ – nach 3 Monaten	<ul style="list-style-type: none"> • Verlaufskontrolle 1 	<ul style="list-style-type: none"> • Rheumatologe
t ₂ – nach 6 Monaten	<ul style="list-style-type: none"> • Verlaufskontrolle 2 	<ul style="list-style-type: none"> • Rheumatologe
t ₃ – nach 9 Monaten	<ul style="list-style-type: none"> • Verlaufskontrolle 3 	<ul style="list-style-type: none"> • Rheumatologe
t ₄ – Projektende – nach 12 Monaten	<ul style="list-style-type: none"> • Verlaufskontrolle 4 • Patientenfragebogen 	<ul style="list-style-type: none"> • Rheumatologe
Kontinuierlich	<ul style="list-style-type: none"> • Fallkonferenzen 	<ul style="list-style-type: none"> • Hausarzt • Rheumatologe • agnes^{zwei}-Fachkraft • weitere Akteure (Ernährungsberatung, Tanz/Sporttrainer)
Quartalsweise	<ul style="list-style-type: none"> • Qualitätszirkel 	<ul style="list-style-type: none"> • Hausarzt • Rheumatologe

[Pfadkonzept Rheuma]

Der SÜ-BHPF Rheuma ist mit der Einführung ein obligater Bestandteil der zukünftigen ambulanten, wohnortnahen und leitliniengerechten Versorgung von rheumatischen Patienten im MB Templin. Der Pfad umfasst den kompletten Versorgungszeitraum eines Patienten ab der Diagnosestellung.

7. Qualitätssicherung

Anhand folgender Parameter soll die Qualitätssicherung im Bereich der versorgungswirksamen Leistungen sichergestellt werden:

- Praxisbetreuung (Schulung, Unterstützung beim Unterlagenmanagement)
- Leitliniengetreue Behandlung und Therapie
- Gezielte Steuerung und Koordinierung des Patienten durch den Pfad
- Regelmäßige Qualitätszirkel (Thematisch sollten regelmäßige Fort- und Weiterbildung der Ärzte und Angestellte zu rheumatischen Erkrankungsbildern erfolgen (insbesondere Schulung der Hausärzte über die rheumatischen Indikationen und deren Behandlung, Basistherapien, sowie die unterstützenden Behandlung von Komorbiditäten)
- Fallkonferenzen

QISA-Indikatoren

Die Maßnahmen und Ergebnisse des regionalen Versorgungsmodells (einschließlich dem entwickelten SÜ-BHPF Rheuma) können in Bezug auf die Versorgungsqualität anhand der QISA-Indikatoren abgebildet werden (siehe Anhang). Dies erfolgt im Rahmen der Evaluation.

8. Leistungsbestandteile

Die beschriebenen Leistungsinhalte werden einerseits im Rahmen der Regelversorgung durch den EBM abgebildet. Andererseits erfolgt für die neu etablierten Zusatzleistungen eine Vergütung aus den Fördermitteln. Grundsätzlich besteht vorrangig das Ziel, die erarbeiteten Leistungsinhalte des Pfades über den Projektzeitraum hinaus zu finanzieren bzw. dass das Versorgungskonzept in weiterführende Verträge integriert werden kann. Folgende Einzelpositionen erfolgen als Zusatzleistungen, die aus Fördermitteln finanziert werden:

Tabelle 7: Leistungsbestandteile

Position	Akteur	Regelversorgung	Fördermittel	Pauschale
Einschreibepauschale	Gemäß Anlage Rahmenvereinbarung			15€ 1x im Interventionszeitraum
Patientenscreening	Hausarzt	Erfassung der medizinischen Daten, Laborbefunde	Erfassung der medizinischen Kriterien & Erstberatung und Aufklärung	15€ 1x im Interventionszeitraum

[Pfadkonzept Rheuma]

Position	Akteur	Regelversorgung	Fördermittel	Pauschale
Assessment (Erstvorstellung)	Rheumatologe	Anamnese, Erfassung der medizinischen Daten, Laborbefunde	Dokumentation im Assessmentbogen Patientenfragebogen	15€ 1x im Interventionszeitraum
Erstellung eines individuellen Therapie- & Maßnahmenplans (40min/Patient)/ Anpassungen	Rheumatologe	Empfehlung & Verschreibung von Physiotherapie, Massage, Krankengymnastik -medikamentöse Therapie	a. Beratungs- & Informationsleistung beim Rheumatologen b. Erstellung eines individuellen Therapie- & Maßnahmenplans (40min/Patient)	30€/Patient
Assessmentpauschale (Verlaufskontrolle I)	Rheumatologe	Körperliche Untersuchung, Einleitung weiterer Diagnostik, b.B. Anpassung der Medikation	Dokumentation im Assessmentbogen b.B. Anpassung Therapie-Maßnahmenplan	5€ 1x im Interventionszeitraum
Assessmentpauschale (Verlaufskontrolle II)	Rheumatologe	Körperliche Untersuchung, Einleitung weiterer Diagnostik, b.B. Anpassung der Medikation	Dokumentation im Assessmentbogen b.B. Anpassung Therapie-Maßnahmenplan	5€ 1x im Interventionszeitraum
Assessmentpauschale (Verlaufskontrolle III)	Rheumatologe	Körperliche Untersuchung, Einleitung weiterer Diagnostik, b.B. Anpassung der Medikation	Dokumentation im Assessmentbogen b.B. Anpassung Therapie-Maßnahmenplan Patientenfragebogen Abschlussgespräch	10€ 1x im Interventionszeitraum
Spezifische Bewegungsangebote für Rheumapatienten	Tanztrainerin, (Fisnesstrainer)		Durchführung der Bewegungsangebote	10€/Patient 6x im Interventionszeitraum
	Tanztrainerin, Fisnesstrainer	-	Durchführung der Bewegungsangebote	10€/Patient 6x im Interventionszeitraum
Ernährungsberatung	Rheumatolo-		Beratungsleistung	150€/

[Pfadkonzept Rheuma]

Position	Akteur	Regelversorgung	Fördermittel	Pauschale
	gin+ Ernährungsberater			Patient 3x im Interventionszeitraum
agnes ^{zwei} -Fachkraft	Gemäß Anlage Rahmenvereinbarung			-
Fallkonferenzen/ Qualitätszirkel	Hausarzt, Rheumatologe, agnes ^{zwei} - Fachkraft		Qualitätssicherung	I.B.

9. Evaluation

- Mit den beschriebenen Ansätzen sollen folgende messbare Zielwerte erreicht werden: Inanspruchnahmeverhalten (Senkung ASK-Fälle)
- Verbesserung der Funktionsfähigkeit und Beweglichkeit (BASDAI, HAQ, VAS)
- Reduktion von Komorbiditäten
- Gezielte Steuerung des Patienten (Zeitraum der Überweisung)
- Steigerung der Lebensqualität
- Steigerung der Patientenzufriedenheit
- Stärkung der Gesundheitskompetenz des Patienten
- Inanspruchnahmeverhalten der Bewegungsangebote und Begegnungsstätte
- Gesundheitsökonomische Betrachtung

Weitere Details sind dem Evaluationskonzept zu entnehmen.

[Pfadkonzept Rheuma]

Literaturverzeichnis

Berlin-Brandenburg (2018) Daten und Fakten zur Hauptstadtregion. Herausgegeben von Der regierende Bürgermeister von Berlin. URL: <https://www.berlin-brandenburg.de/metropolregion/daten-und-fakten/> Zugegriffen: 24.04.2018

Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie KV (2008) Memorandum der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie zur Versorgungsqualität in der Rheumatologie-Update 2016

DGRh (2013) Langfassung zur S3 Leitlinie Axiale Spondyloarthritis inklusive Morbus Bechterew und Frühformen. AWMF-Leitlinien Register Nummer: 060/003, Entwicklungsstufe: S3, Version: November 2013.

DGRh (2016) Memorandum der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie zur Versorgungsqualität in der Rheumatologie- Update 2016. https://dgrh.de/dam/jcr:a5d3d1bb-0048-483a-a98c-26d85397fa23/Memorandum_DgRh2017.pdf Zugegriffen: 12.08.2018

DGRh (2017) S3-Leitlinie zur Behandlung der Polymyalgia rheumatica. AWMF-Leitlinien Register Nummer: 060/006, Entwicklungsstufe: S3, Version: Dezember 2017.

DGRh (2018) S2e-Leitlinie: Therapie der rheumatoiden Arthritis mit krankheitsmodifizierenden Medikamenten. AWMF-Leitlinien Register Nummer: 060-004, Entwicklungsstufe: S2e, Version: April 2018.

Gemeinsamer Bundesausschuss (2012) Richtlinie über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung. https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1522/BPL-RL_2017-11-17_iK-2018-01-01.pdf Zugegriffen: 25.04.2018

ISG 2012 Die Organisation und Durchführung von Fallkonferenzen- ein Leitfaden. <http://www.severam.de/wp-content/uploads/2012/03/Leitlinien-Fallkonferenz.pdf> Zugegriffen: 12.09.2018

KVBB (2018) Leitlinien für die Gestaltung, Durchführung und Anerkennung von Qualitätszirkeln im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg. https://www.kvbb.de/fileadmin/kvbb/dam/praxis/qualitaet/qualitaetszirkel/2018-04-01_qz-leitlinien_.pdf Zugegriffen: 12.09.2018

Lassiwe B (2013) Lange Wartezeiten und kaum Spezialisten für Rheumapatienten In: Lausitzer Rundschau 17.10.2013. <http://www.lr-online.de/nachrichten/brandenburg/Lange-Wartezeiten-und-kaum-Spezialisten-fuer-Rheumapatienten;art25,4360779> Zugegriffen: 24.04.2018

Liao KP, Karlson EW (2015) Classification and epidemiology of rheumatoid arthritis. In: Hochberg MC, Silman AJ, Smolen JS, Weinblatt ME, Weisman MH (Hrsg.) Rheumatology (6th edition), Philadelphia (Elsevier) 2015, Kapitel 83, S. 691-697

Rey M (2016) In Brandenburg sind Ärzte älter als anderswo. In: Märkische Allgemeine Zeitung, 19.11.2016. <http://www.maz-online.de/Brandenburg/In-Brandenburg-sind-Aerzte-aelter-als-anderswo> Zugegriffen: 25.04.2018

[Pfadkonzept Rheuma]

Schaeffer, et al. (2018) Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken. URL: <https://www.nap-gesundheitskompetenz.de/> Zugegriffen: 03.05.2018

Schneider M, Lelgemann M, Abholz H-H et al. (2011) Interdisziplinäre Leitlinie: Management der frühen rheumatoiden Arthritis. 3. Aufl., Berlin, Heidelberg, New York: Springer-Verlag.

Symmons D (2013) Epidemiology and the rheumatic diseases. In: Watts RA, Conaghan PG, Denton C, Foster H, Isaacs J, Müller-Ladner U (Hrsg.): Oxford Textbook of Rheumatology (4 ed.), Oxford University Press, Kapitel 27

Woll A, Bös K (2004) Wirkung von Gesundheitssport. Bewegungstherapie und Gesundheitssport, 20, S.1-10.

Zink A, Minden K, List SM (2010) Entzündlich-rheumatische Erkrankungen. In: Robert Koch-Institut [Hrsg.] Gesundheitsberichterstattung des Bundes; Heft 49, Berlin.

[Pfadkonzept Rheuma]

Abkürzungsverzeichnis

AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
ap	anterior-posterior
AU	Arbeitsunfähigkeit
BASDAI	Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index
BSG	Blutsenkungsgeschwindigkeit
BWS	Brustwirbelsäule
CRP	C-reaktives Protein
CT	Computer Tomographie
DAS-28	Disease Activity Score 28
DLR	Deutsches Zentrum für Luft- und Raumfahrt e.v.
dv	dorsovolar
Ebd.	ebenda
EBM	einheitlicher Bewertungsmaßstab
e.v.	eingetragener Verein
FA	Facharzt
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
HA	Hausarzt
HAQ	Health Assessment Questionnaire
HLA-B27	Human Leukocyte Antigen-B
HNO	Hals-Nasen-Ohren
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
IGiB	Innovative Gesundheitsversorgung in Brandenburg
KBZ	Koordinierungs- & Beratungszentrum
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KVBB	Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg
KVHS	Kreisvolkshochschule Uckermark
LWS	Lendenwirbelsäule
MB	Mittelbereich
MFA	Medizinische/-r Fachangestellte/-r
PsA	Psoriasisarthritis
RF	Rheumafaktor
RFA	Rheumatologische/-r Fachangestellte/-r
RheumaVor	Verbesserung der rheumatologischen Versorgungsqualität durch koordinierte Kooperation
RSV	Rheumastrukturvertrag
SLE	Systemischer Lupus erythematodes
StärkeR	Strukturierte Delegation ärztlicher Leistungen im Rahmen konzeptionsgeregelter Kooperation in der Versorgung von Patienten mit entzündlichem Rheuma
STRUPI	strukturierte Patienteninformation
SÜ-BHPF	Sektorenübergreifender Behandlungspfad
TP	Teilprojekt
VAS	Visuelle Analogskala
VERho	Versorgung von Menschen mit Rheuma optimieren

[Pfadkonzept Rheuma]

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Patienten mit Top 5 Diagnosen im MB Templin bezogen auf das Geschlecht (Eigene Darstellung)	7
Abbildung 2: Häufigkeit der Patienten mit ICD 10 M06 Diagnose und bestimmten Begleit-/Folgeerkrankungen in Prozent (Eigene Darstellung)	9
Abbildung 3: Pfadschema Rheuma	14
Abbildung 4: Häufigkeit der Patienten mit ICD 10 M06 Diagnose und bestimmten Begleit-/Folgeerkrankungen in Prozent (Eigene Darstellung)	35
Abbildung 5: Häufigkeit der Patienten mit ICD 10 M06 Diagnose und bestimmten Begleit-/Folgeerkrankungen in Prozent (Eigene Darstellung)	35
Abbildung 6: Häufigkeit der Patienten mit ICD 10 M06 Diagnose und bestimmten Begleit-/Folgeerkrankungen in Prozent (Eigene Darstellung)	36
Abbildung 7: Häufigkeit der Patienten mit ICD 10 M06 Diagnose und bestimmten Begleit-/Folgeerkrankungen in Prozent (Eigene Darstellung)	36

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Anzahl Patienten nach Geschlecht, Alter und ausgewählten ICD10 Diagnosen im Jahr 2017 (Eigene Darstellung)	8
Tabelle 2: Anzahl Patienten pro Arzt und Arztgruppe nach ausgewählten ICD10 Diagnosen im Jahr 2017 (Eigene Darstellung)	9
Tabelle 3: Anzahl Patienten nach Wohnort der Patienten und ausgewählten ICD10 Diagnosen im Jahr 2017 (Eigene Darstellung)	10
Tabelle 4: Überweisung zu weiteren Fachdisziplinen oder Betreuungsstrukturen	18
Tabelle 5: Informations- & Beratungsleistung beim Rheumatologen	20
Tabelle 6: Messzeitpunkte im SÜ-Pfad	23
Tabelle 7: Leistungsbestandteile	24
Tabelle 8: Übersicht der Physiotherapiepraxen im MB Templin (KBZ)	37
Tabelle 9: Sport- bzw. therapeutische Angebote in Templin und Umgebung (eigene Darstellung)	38

Anhang

**IGiB StimMT Teilprojekt 4 – Sektorenübergreifende Behandlungspfade – Indikation Rheuma
Eigene Ärzte mit Praxisstz im Mittelbereich Templin**

hier: Anzahl Patienten nach Geschlecht, Alter und ausgewählten ICD10 Diagnosen im Jahr 2017

Geschlecht	Altersgruppe	M05	M06	M32	M34	M13.0	M45.0-	M 46.1	M 46.8-	L40.5	M07.2	M08.1-	M30.1	M31.3	M31.4	M31.5	M31.6	M31.7	M35.3
männlich	0 bis 18	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
	19 bis 30	0	4	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	31 bis 40	0	6	0	0	0	7	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
	41 bis 50	3	6	0	0	2	12	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	51 bis 60	9	38	0	0	3	22	0	0	16	0	0	0	0	0	0	0	0	4
	61 bis 70	2	37	1	0	3	18	2	0	14	0	0	0	1	0	2	1	0	7
	71 bis 80	9	47	0	1	6	13	1	1	9	0	0	0	1	0	3	3	0	14
	81 bis 90	3	29	0	0	1	3	0	0	1	0	0	1	1	0	0	3	0	12
	über 90	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		26	169	1	1	15	79	5	1	44	0	1	1	4	0	5	7	0	37
weiblich	19 bis 30	2	9	0	0	1	3	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0
	31 bis 40	1	21	1	2	4	8	4	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	41 bis 50	6	42	1	2	2	15	2	0	4	0	0	1	0	0	0	0	0	0
	51 bis 60	18	96	1	2	13	22	2	0	24	0	0	2	1	0	0	0	0	13
	61 bis 70	15	86	1	2	13	9	1	0	17	1	0	0	1	1	2	1	0	14
	71 bis 80	12	101	1	3	9	4	1	0	6	1	0	0	3	0	5	5	1	38
	81 bis 90	12	54	1	0	5	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	1	0	19
	über 90	1	6	0	0	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	3
		67	415	6	11	49	61	11	0	60	2	1	3	5	1	7	7	1	87

[Pfadkonzept Rheuma]

IGiB StimMT Teilprojekt 4 – Sektorenübergreifende Behandlungspfade – Indikation Rheuma

Eigene Ärzte mit Praxissitz im Mittelbereich Templin

hier: Anzahl Patienten pro Arzt und Arztgruppe nach ausgewählten ICD10 Diagnosen im Jahr 2017

Arztgruppe	M05	M06	M3 2	M3 4	M13. 0	M45.0 -	M46. 1	M46.8 -	L40. 5	M07. 2	M08.1 -	M30. 1	M31. 3	M31. 4	M31. 5	M31. 6	M31. 7	M35. 3
Allg./Prakt./Inn.Med. HA	4	34	0	2	0	5	0	0	6	0	0	0	1	0	1	0	0	4
Allg./Prakt./Inn.Med. HA	2	25	0	0	0	2	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	5
Allg./Prakt./Inn.Med. HA	0	23	0	1	8	3	0	0	2	0	0	0	0	1	0	1	0	0
Allg./Prakt./Inn.Med. HA	0	4	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Allg./Prakt./Inn.Med. HA	13	10	0	1	0	5	0	0	10	0	1	0	2	0	0	0	0	8
Allg./Prakt./Inn.Med. HA	3	23	0	0	0	1	3	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	5
Allg./Prakt./Inn.Med. HA	4	23	0	0	0	7	0	0	2	0	1	0	1	0	4	2	0	5
Allg./Prakt./Inn.Med. HA	2	37	1	0	0	6	0	0	3	0	0	1	0	0	0	0	0	15
Allg./Prakt./Inn.Med. HA	2	45	1	0	0	8	1	0	5	0	0	1	0	0	0	1	0	18
Allg./Prakt./Inn.Med. HA	6	21	0	0	1	3	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	3
Allg./Prakt./Inn.Med. HA	11	52	0	0	2	3	1	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	11
Allg./Prakt./Inn.Med. HA	4	35	1	0	1	5	0	0	10	0	0	0	1	0	0	0	0	10
Allg./Prakt./Inn.Med. HA	22	25	1	0	12	8	0	1	3	0	0	1	0	0	4	4	0	18
Allg./Prakt./Inn.Med. HA	1	14	0	0	0	6	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	8
Allg./Prakt./Inn.Med. HA	0	40	0	1	7	4	0	0	9	0	0	0	0	0	0	1	0	5
Allg./Prakt./Inn.Med. HA	0	19	0	0	6	4	3	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Allg./Prakt./Inn.Med. HA	3	47	0	4	13	7	2	0	10	0	0	0	0	0	1	0	0	9
Allg./Prakt./Inn.Med. HA	1	6	0	0	0	2	0	0	3	0	1	0	0	0	0	0	0	3
Anästhesiologie	0	12	0	1	3	4	0	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	7

[Pfadkonzept Rheuma]

Arztgruppe	M05	M06	M3 2	M3 4	M13. 0	M45.0 -	M46. 1	M46.8 -	L40. 5	M07. 2	M08.1 -	M30. 1	M31. 3	M31. 4	M31. 5	M31. 6	M31. 7	M35. 3
Augenheilkunde	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	0
Augenheilkunde	0	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Chirurgie	0	10	0	0	1	2	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Frauenheilkunde	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Frauenheilkunde	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hämatologie / Onkologie	1	26	1	1	2	2	0	0	2	0	0	1	1	0	0	0	0	2
HNO	0	9	0	0	1	4	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	1
Kardiologie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Nervenheilkunde	0	2	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Orthopädie	3	7	0	0	0	9	0	0	9	0	0	0	0	0	0	1	0	3
Orthopädie	0	7	0	1	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Orthopädie	2	12	0	1	2	16	1	0	12	0	0	1	2	0	1	2	0	3
Pneumologie	0	27	0	1	0	5	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	7
Rheumatologie	29	169	3	4	5	56	2	0	26	2	0	2	2	0	3	1	0	22
Urologie	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1

IGiB StimMT Teilprojekt 4 – Sektorenübergreifende Behandlungspfade – Indikation Rheuma
Eigene Ärzte mit Praxissitz im Mittelbereich Templin

hier: Anzahl Patienten nach Wohnort der Patienten und ausgewählten ICD10 Diagnosen im Jahr 2017

Wohnort des Patienten	Anzahl Patienten	M 05	M 06	M 32	M 34	M 13.0	M 45.0-	M 46.1	M 46.8-	L 40.5	M 07.2	M 08.1-	M 30.1	M 31.3	M 31.4	M 31.5	M 31.6	M 31.7	M 35.3
Mittelbereich Templin	863	79	50 1	6	9	60	107	14	1	78	2	2	4	7	1	12	11	1	1 13
Bereich KVBB ohne MB Templin	143	13	72	1	3	4	30	1	0	21	0	0	0	0	0	0	3	0	9
andere KV-Bereiche	23	1	11	0	0	0	3	1	0	5	0	0	0	2	0	0	0	0	2
gesamt	1.029	93	584	7	12	64	140	16	1	104	2	2	4	9	1	12	14	1	124

1. Häufigkeit der Patienten mit ICD 10 Diagnose und bestimmten Begleit-/und Folgeerkrankungen

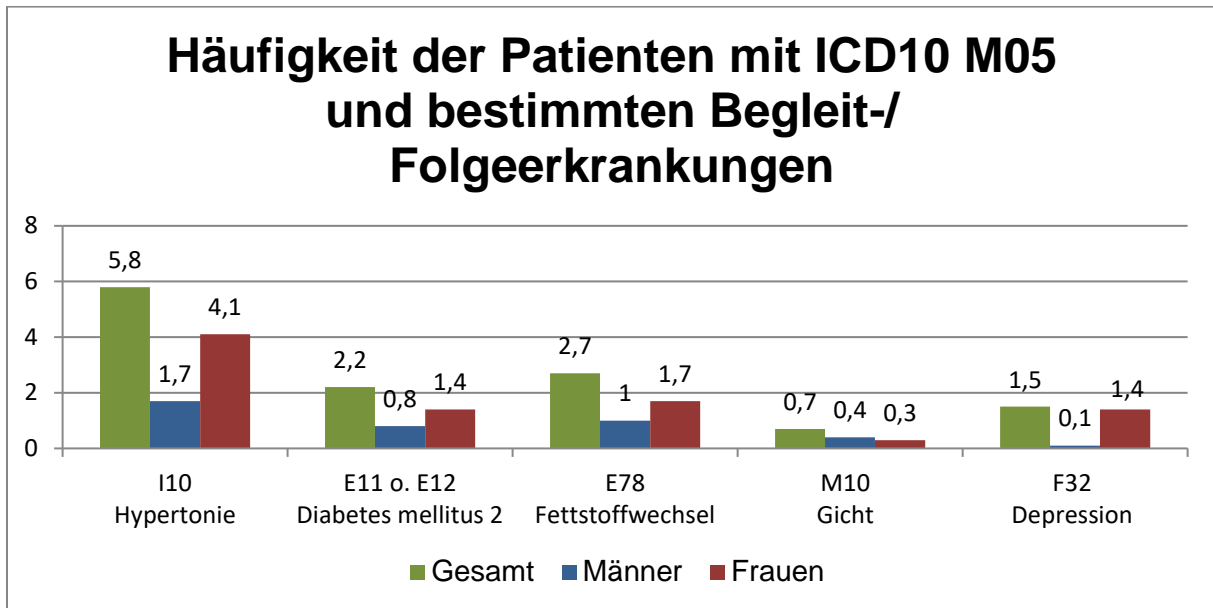


Abbildung 4: Häufigkeit der Patienten mit ICD 10 M06 Diagnose und bestimmten Begleit-/Folgeerkrankungen in Prozent (Eigene Darstellung)

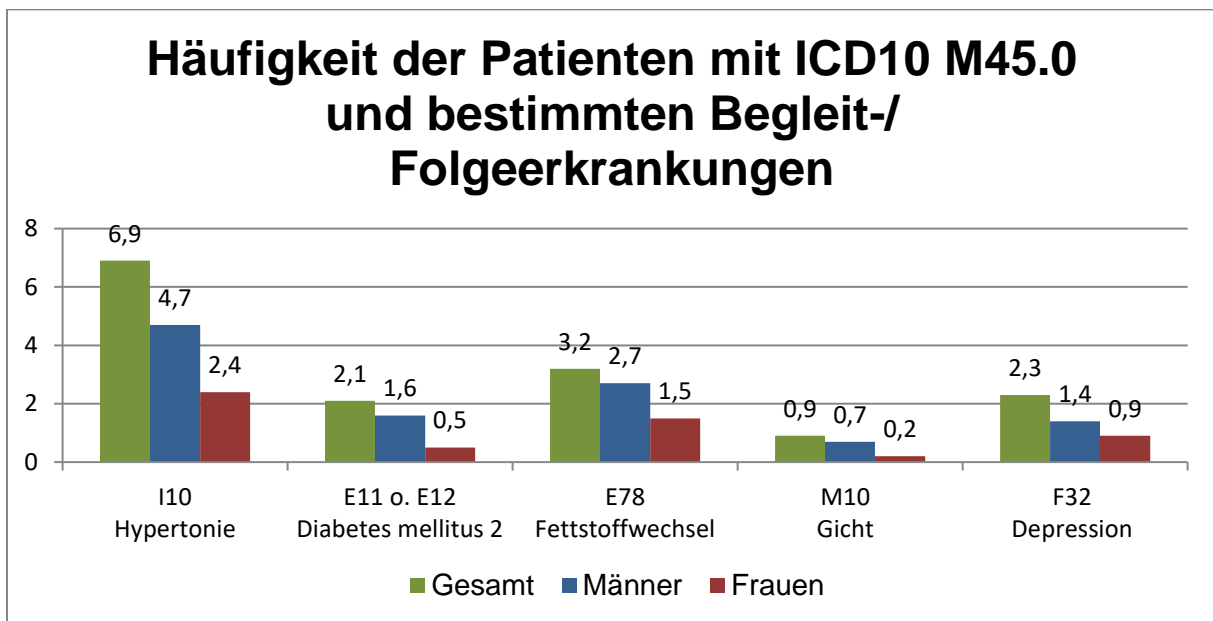


Abbildung 5: Häufigkeit der Patienten mit ICD 10 M06 Diagnose und bestimmten Begleit-/Folgeerkrankungen in Prozent (Eigene Darstellung)

[Pfadkonzept Rheuma]

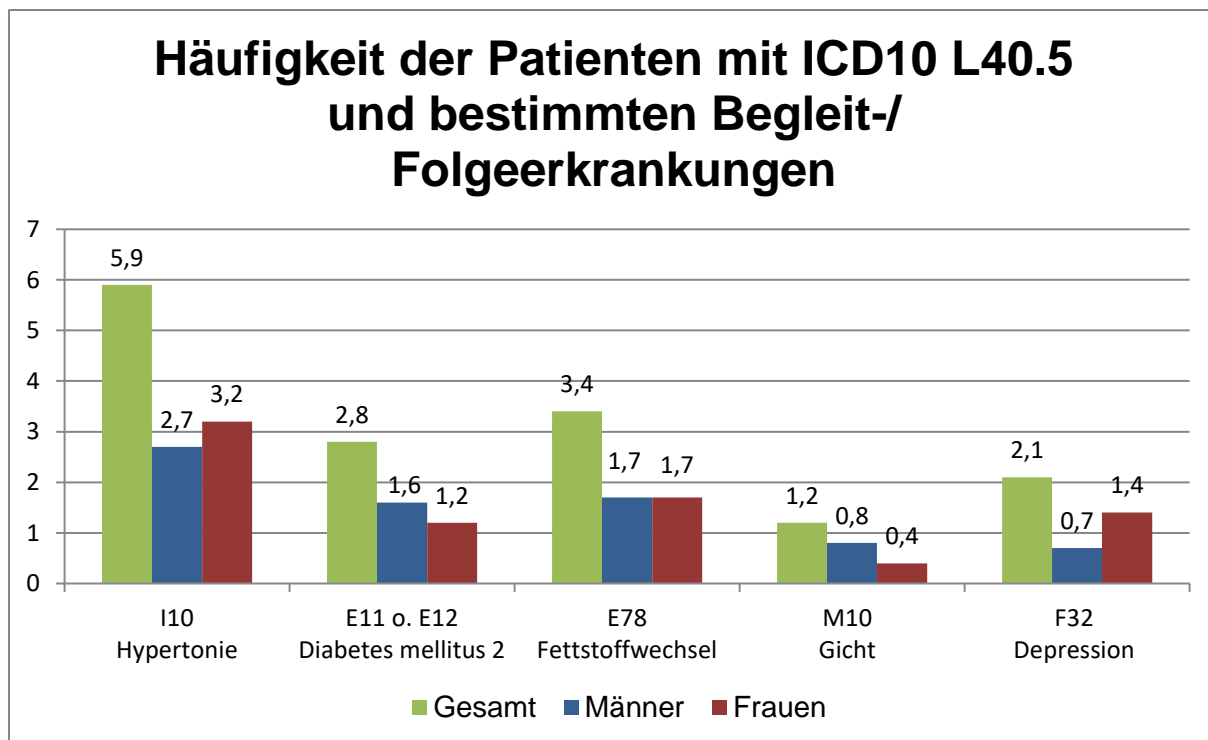


Abbildung 6: Häufigkeit der Patienten mit ICD 10 M06 Diagnose und bestimmten Begleit-/Folgeerkrankungen in Prozent (Eigene Darstellung)

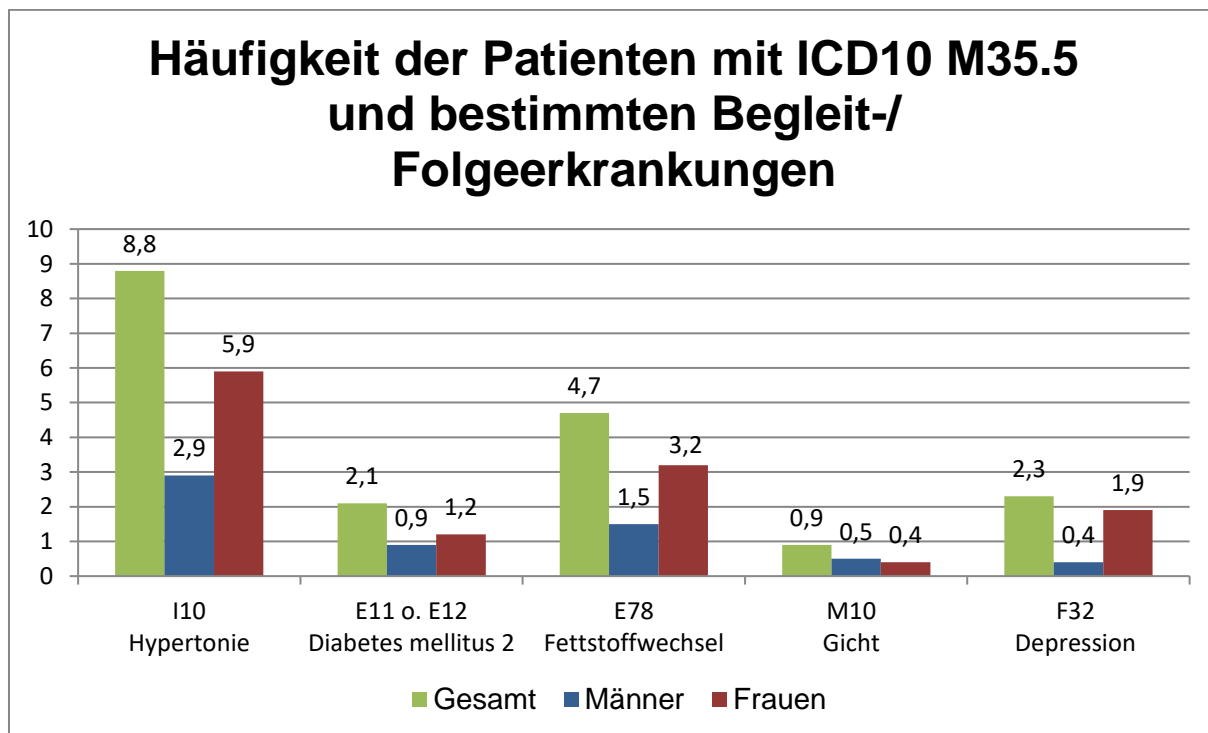


Abbildung 7: Häufigkeit der Patienten mit ICD 10 M06 Diagnose und bestimmten Begleit-/Folgeerkrankungen in Prozent (Eigene Darstellung)

[Pfadkonzept Rheuma]

2. Übersicht der Physiotherapiepraxen im MB Templin

Tabelle 8: Übersicht der Physiotherapiepraxen im MB Templin (KBZ)

Einrichtung	Inhaber	Adresse
Physiotherapiepraxis	Sabine Seidler	Dargersdorfer Str. 13a 17268 Templin
Physiotherapiepraxis	Martina Zebitz	Postheim 25 17268 Templin
Physiotherapiepraxis Krankengymnastik	Dörte Ludwig	Lychener Str. 8 17268 Templin
Physiotherapiepraxis	Tina Wodtke	Mühlenstr. 23a 17268 Templin
Physiotherapiepraxis	Christina Marx	Friedrich-Engelsstr. 15 17268 Templin
Physiotherapiepraxis Massagepraxis	Tom Karten Renate	Elsternest 22 17268 Templin
Physiotherapiepraxis HT	Manuela Tietz Petra Harms	Lychener Str. 58/60 17268 Templin
Physiotherapiepraxis	Andrea Moritz Heike Gerlach	Obere Mühlenstr. 10a 17268 Templin
Physiotherapiepraxis	Kerstin Wacker Simone Harms	Bahnhofstr. 24 17268 Templin
Physiotherapiepraxis	Andrea Matthies	Annenwalder Weg 2a 17268 Templin
Physiotherapie Bäderbehandlungen	Naturtherme Templin	Dargersdorfer Str. 121 17268 Templin
Physiotherapie Bäderbehandlungen	Am Senioren Landsitz Herr Lambrecht	Dargersdorfer Str. 123 17268 Templin
Physiotherapie	Kerstin Repkow/Wacker	Stargader Str. 4a 17279 Lychen
Physiotherapie Massagepraxis	Grit Schäfer	Seestr. 17268 Boitzenburger Land
Physiotherapie	Ingrid Haase	Templiner Str. 9 17268 Boitzenburger Land
Physiotherapie	Karola Neumann	Großfredenwalder Weg 1 17268 Gerswalde

[Pfadkonzept Rheuma]

3. Übersicht Gesundheitssportangebote

Tabelle 9: Sport- bzw. therapeutische Angebote in Templin und Umgebung (eigene Darstellung)

Angebot	Anbieter	
Senioren-sport	<ul style="list-style-type: none"> • Templiner Seniorenklub e.V. 	
Reha-Sport	<ul style="list-style-type: none"> • Fitnessclub Life Style (Templin) • Pegasus vital & gesund (Templin) • Fitnessclub Alte Mühle (Templin) • Rehavitalisplus e.V. Fit und Fun (Zehdenick) 	
Herzsport	<ul style="list-style-type: none"> • SV Blau-Weiß Röddelin (Templin-Röddelin) 	
Gedächtnis- und Bewegungstraining	<ul style="list-style-type: none"> • Templiner Seniorenklub e.V. (Templin) 	
Präventionskurse	Kursart	Anbieter
Bewegung	Aquagymnastik/Wassergymnastik	NaturThermeTemplin Dargersdorfer Str. 121 17268 Templin
	Die neue Rückenschule	Praxis für Ergotherapie Kockot Jahnstraße 5 17268 Templin
	Grundkurs „Neue Rückenschule“	Praxis für Ergotherapie Kockot Jahnstraße 5 17268 Templin
	Neue Rückenschule nach KDDR	Physio Pröhl Herrensteimer Weg 4a 17268 Gerswalde
	Nordic Walking – Kraft und Energie durch Bewegung	Ulrike Pilz Obere Mühlenstraße 3 17268 Templin
	Präventionskurs Aquafitness	Physiotherapie Praxis „Am Senioren Landsitz“ Dargersdorfer Str. 123 17268 Templin
	Wassergymnastik	Physiotherapie Praxis „Am Senioren Landsitz“ Dargersdorfer Str. 123 17268 Templin
Ernährung	Keine bestehende Angebote	
Entspannung und Stressbewältigung	Progressive Muskelrelaxation „Mit Entspannung zum Wohlbefinden“	Praxis für Ergotherapie Kockot Jahnstraße 5 17268 Templin

[Pfadkonzept Rheuma]

Weitere Gesundheitssportangebote gibt es zudem vom Landessportbund Brandenburg e.V.:

Erkrankung	Sportstätte	Verein, Ansprechpartner, Telefon, E-Mail	Zielgruppe	Aqua
	17268 Templin Dargersdorfer Straße 69	IGiB Templin e.V. Ulla Schmalzer ☎ 03987/6557 ➡ sigrid-templin@web.de	Erwachsene	
	17268 Templin Am Mühlentor 1	BPRSV e.V. Ulrike Pilz ☎ 03987/200705 ➡ Post@bprsv.de	Erwachsene	
	17268 Templin Friedrich-Engels-Straße 15	rsnb e.V. Arne Roßberg ☎ 03987/4943100 ➡ info@rsnb.de	Erwachsene	
	17268 Templin Dargersdorfer Straße 123	H(erz) SV Buchheide e.V. Julia Schülke ☎ 03987/707520 ➡ post@physio-landsitz.de	Erwachsene	
	17268 Templin Am Mühlentor 1	BPRSV e.V. Ulla Sorge ☎ 03987/200705 ➡ Post@bprsv.de	Erwachsene	
	17268 Templin Seestraße 2	SV Blau-Weiß Röddelin/Templin Renate Zöllner ☎ 03987/200239 ➡ sportvereinroeddelin@web.de	Erwachsene	
 	17268 Templin Dargersdorfer Straße 69	TRBSV Templiner Reha- und Behinderten SV e.V. Sigrid Finck ☎ 03987/6557 ➡ sigrid-templin@web.de	Erwachsene	

Die Angebote der KVHS zu den Themen:

- **Entspannung - Stressbewältigung**
- **Bewegung - Fitness - Körpererfahrung**
- **Prävention - Krankheit - Gesundheit**
- **Yoga**
- **Gesunde Ernährung - Essen und Trinken**

<http://www.kvhs-uckermark.de/index.php?id=59>

[Pfadkonzept Rheuma]

4. Überweisung zu weiteren Fachdisziplinen oder Betreuungsstrukturen

Überweisung an:	Überweisungsgründe:
Kardiologe	Arterielle Hypertonie, Herzinsuffizienz, rheumatische Herzklappenentzündung, pulmonale Hypertonie, Herzrhythmusstörungen, Thrombosen, Gefäßverengungen, etc.
Nephrologe	Niereninsuffizienz, sekundärer Hyperparathyreoidismus, Nephrolithiasis, Gicht, Raumforderungen, etc
Neurologe	Karpaltunnelsyndrom, Parästhesien, Polyneuropathien, Schwindeldiagnostik, cerebrale Gefäßentzündungen und -Verschlüsse, etc.
Pulmologe	Sarkoidose, Raumforderungen, Lymphknotenschwellungen, Pleuraerguss, Pneumonie, COPD, pulmonale Hypertonie. Tuberkulose
Gastroenterologe	Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, Reizdarm, Zöliakie, Raumforderungen, Entzündungen, Gastritis, Reflux
Dermatologe	Psoriasis, Erytheme, Exantheme, Nagelveränderungen
Orthopäde	Degenerative Veränderungen, Operationsindikationen, Fehllaltungen, etc.
Parodontologe	Parodontitis, andere entzündliche Veränderungen (z.B. entzündliche Zyste im Oberkiefer, deren Entfernung zum Verschwinden der Entzündungswerte und Gelenkbeschwerden führen kann). Abklärung von Symptomen, die Rheuma triggern oder imitieren (z.B. aggressive Keime im Mund, wie Porphyromonas gingivalis, dieser ist in Gelenken zu finden, führt zu Zahnverlust und kann Rheuma auslösen)
Diabetologe	Diabetes
Onkologe	Krebs aller Art, häufig Lungen CA, Mamma CA, Prostata CA, Lymphome
Radiologe	Röntgen und Knochendichtemessung bei Osteoporose und Kortisongaben
Nuklearmedizin	Szintigraphie und RSO bei Monarthritiden
Augenheilkunde	Augenentzündungen, Folgen durch die Therapie, Durchblu-

[Pfadkonzept Rheuma]

Überweisung an:	Überweisungsgründe:
	tungsstörungen
Schmerztherapie	Schmerztherapie nach NSAR, Coxibe
Physiotherapie/ Ergotherapie/ Reha/Sportmedizin/ Präventionsmedizin	Sekundärprävention von Funktionseinschränkungen, Osteoporose, andere Folgen der entzündlichen Erkrankung am Skelettsystem
Psychologische Fachrichtun- gen	Depression und Angststörungen, Bewältigung von Life Events, Verhaltenssteuerung, Complianceverbesserung, etc.
Krankenhaus	selten erforderlich, nur bei Patienten mit verschiedenen akuten Erkrankungen gleichzeitig und wenn sie sehr eingeschränkt sind; Operationen zur Notwendigkeit von Krankenhausaufenthalten oder sehr komplexe Therapien.

[Pfadkonzept Rheuma]

5. Übersicht Erhebungs-/Dokumentationsbögen

BASDAI

Maß für die Krankheitsaktivität bei Spondylitis ankylosans (Morbus Bechterew)

Name: _____

Datum: _____

Bitte Kreuz an die betreffende Stelle setzen:

- 1** Wie ausgeprägt war Ihre Müdigkeit und Erschöpfung in den vergangenen 7 Tagen insgesamt?

keine Müdigkeit/ Erschöpfung 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 totale Müdigkeit/ Erschöpfung

Auswertung durch den Arzt
- 2** Wie ausgeprägt waren Ihre durch den Morbus Bechterew bedingten Nacken-, Rücken- oder Hüft-schmerzen in den vergangenen 7 Tagen insgesamt?

keine Schmerzen 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 unerträgliche Schmerzen
- 3** Wie ausgeprägt waren Ihre Schmerzen/ Schwellungen in anderen Gelenken in den vergangenen 7 Tagen insgesamt?

keine Schmerzen 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 unerträgliche Schmerzen
- 4** Wie ausgeprägt waren Ihre Beschwerden in den Bereichen, die bei Berührung oder Druck empfindlich reagiert haben, in den vergangenen 7 Tagen insgesamt?

keine Beschwerden 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 unerträgliche Beschwerden
- 5** Wie ausgeprägt war die Morgensteifigkeit nach dem Aufwachen in den vergangenen 7 Tagen insgesamt?

keine Morgensteifigkeit 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 extreme Morgensteifigkeit
- 6** Wie viele Stunden dauerte die Morgensteifigkeit nach dem Aufwachen in den vergangenen 7 Tagen im Durchschnitt an?

0 ¼ ½ ¾ 1 1¼ 1½ 1¾ 2 Stunden oder länger

(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

BASDAI =

BASDAI = (Summe aus Fragen 1 bis 4 plus Mittelwert aus Fragen 5 und 6) dividiert durch 5

Deutsche Vereinigung Morbus Bechterew e.V.

Ehrenamtlich geführte Selbsthilfeorganisation
 Metzgergasse 16, 97421 Schweinfurt, Tel. 09721 22033, Fax 09721 22955
 Homepage: www.bechterew.de – eMail: DVMB@bechterew.de

[Pfadkonzept Rheuma]

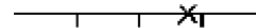
BASFI
Maß für Funktions-Einschränkungen
bei Spondylitis ankylosans (Morbus Bechterew)



Name: _____

Datum: _____

Bitte Kreuz an die betreffende Stelle setzen:



Können Sie

- 1 ohne Hilfe und Hilfsmittel (z.B. Strumpfanzieher) Socken oder Strümpfe anziehen?

einfach 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 unmöglich

Auswertung
durch den Arzt

- 2 ohne Hilfe von der Hüfte aus nach vorn beugen, um einen Kugelschreiber vom Boden aufzuheben?

einfach 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 unmöglich

- 3 ohne Hilfsmittel (z.B. Greifzange) etwas von einem hohen Regal herunternehmen?

einfach 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 unmöglich

- 4 von einem Stuhl ohne Armlehne aufstehen, ohne dabei die Hände oder eine andere Hilfe zu benutzen?

einfach 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 unmöglich

- 5 ohne Hilfe vom Boden aufstehen, wenn Sie auf dem Rücken liegen?

einfach 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 unmöglich

- 6 ohne Schmerzen 10 Minuten stehen, ohne sich anzulehnen?

einfach 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 unmöglich

- 7 ohne Benutzung eines Geländers oder von Gehhilfen 12–15 Treppenstufen steigen, 1 Schritt pro Stufe?

einfach 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 unmöglich

- 8 über die Schulter schauen, ohne den Körper zu drehen?

einfach 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 unmöglich

- 9 körperlich anstrengende Tätigkeiten verrichten (z.B. krankengymnastische Übungen, Gartenarbeit oder Sport)?

einfach 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 unmöglich

- 10 zuhause oder bei der Arbeit den ganzen Tag aktiv sein?

einfach 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 unmöglich

BASFI =

(Summe aus Fragen 1 bis 10
dividiert durch 10)

Deutsche Vereinigung Morbus Bechterew e.V.

Ehrenamtlich geführte Selbsthilfeorganisation
Metzgergasse 16, 97421 Schweinfurt, Tel. 09721 22033, Fax 09721 22955
Homepage: www.bechterew.de – eMail: DVMB@bechterew.de

[Pfadkonzept Rheuma]

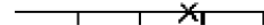
BAS-G
Maß für den allgemeinen Gesundheitszustand
bei Spondylitis ankylosans (Morbus Bechterew)



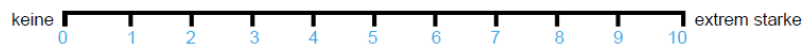
Name: _____

Datum: _____

Bitte Kreuz an die betreffende Stelle setzen:



① Welche Auswirkung hatte die Krankheit auf Ihr Wohlbefinden während der vergangenen 7 Tage?



Auswertung
durch den Arzt

② Welche Auswirkung hatte die Krankheit auf Ihr Wohlbefinden während der vergangenen 6 Monate?



BAS-G =
(Mittelwert aus Frage 1 und 2)

Deutsche Vereinigung Morbus Bechterew e.V.

Ehrenamtlich geführte Selbsthilfeorganisation
Metzgergasse 16, 97421 Schweinfurt, Tel. 09721 22033, Fax 09721 22955
Homepage: www.bechterew.de – eMail: DVM B@bechterew.de

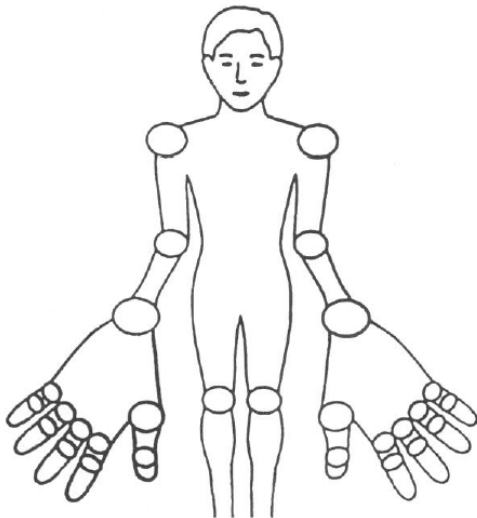
[Pfadkonzept Rheuma]

Disease Activity Score (DAS 28)

Datum: _____

Patientenaufkleber: _____

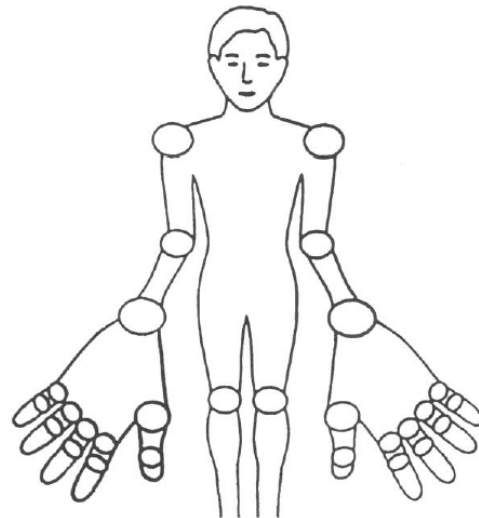
Druckschmerzhafte Gelenke



1. Anzahl schmerzhafter Gelenke:

--	--

Geschwollene Gelenke



2. Anzahl geschwollener Gelenke:

--	--

3. BSG (mm/h):

--	--	--

oder CRP (mg/l):

--	--	--

4. Patientenurteil zur Krankheitsaktivität

Wie aktiv ist Ihre rheumatoide Arthritis in den letzten 7 Tagen gewesen?

keine Aktivität

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 stärkst mögliche Aktivität


DAS 28:

--

Krankheitsaktivität: < 2,6: klinische Remission
≥ 2,6 bis < 3,2: niedrige Krankheitsaktivität
3,2 bis < 5,1: moderate Krankheitsaktivität
≥ 5,1: hohe Krankheitsaktivität

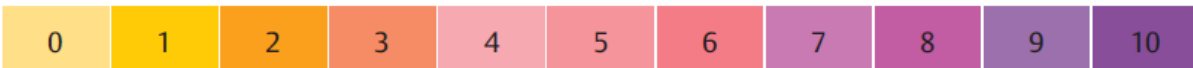
[Pfadkonzept Rheuma]

Visuelle Analogskala (VAS)



kein Schmerz schlimmster vorstellbarer Schmerz

Numerische Rating-Skala (NRS)








0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

kein Schmerz schlimmster vorstellbarer Schmerz

Verbale Rating-Skala

„Wie intensiv empfinden Sie Ihren gegenwärtigen Schmerz?“

-  kein Schmerz
-  milder Schmerz
-  mäßiger Schmerz
-  ernster/starker Schmerz
-  schlimmstmöglicher Schmerz

Rheumapass:

http://www.rheumali-ga.de/fileadmin/user_upload/Dokumente/Mediencenter/Publikationen/Multiplikatoren/C71_Rheuma_Pass.pdf

ASAS (The Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score):

<https://www.asas-group.org/clinical-instruments/asdas-calculator/>



Nationaler Messplan Rehabilitation

Health Assessment Questionnaire (HAQ)

Patientenname / Fallidentifikationsnummer (FID) / Barcode:

Erhebungszeitpunkt:

1 Eintritt 2 Austritt

Erhebungsdatum:

____ . ____ . ____

Die folgenden Fragen betreffen Einschränkungen der Lebensqualität durch ihre Krankheit.

Bitte kreuzen Sie jene Antwort an, die am besten Ihre Möglichkeiten in den letzten drei Tagen beschreibt.

Machen Sie bitte hinter jeder Frage nur ein Kreuz bei der am besten für Sie zutreffenden Antwort.

Ankleiden und Körperpflege

	Ohne Schwierigkeiten	Mit leichten Schwierigkeiten	Mit grossen Schwierigkeiten	Unmöglich
1. Können Sie sich selber ankleiden, Kleider zuknöpfen und Schuhe binden?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
2. Können Sie ihre Haare waschen?.....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

Aufstehen

	Ohne Schwierigkeiten	Mit leichten Schwierigkeiten	Mit grossen Schwierigkeiten	Unmöglich
3. Können Sie von einem Stuhl ohne Armlehne aufstehen?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4. Können Sie ins Bett gehen und aufstehen?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

[Pfadkonzept Rheuma]

Essen				
	Ohne Schwierigkeiten	Mit leichten Schwierigkeiten	Mit grossen Schwierigkeiten	Unmöglich
5. Können Sie das Fleisch mit dem Messer schneiden?.....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
6. Können Sie ein gefülltes Glas zum Munde führen?.....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
7. Können Sie einen Milchkarton (Tetrapack) öffnen?.....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Gehen				
	Ohne Schwierigkeiten	Mit leichten Schwierigkeiten	Mit grossen Schwierigkeiten	Unmöglich
8. Können Sie auf ebener Strasse gehen?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
9. Können Sie Treppen steigen?.....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Hilfsmittel				
10. Bitte kreuzen Sie die Tätigkeiten an, für welche Sie gewöhnlich Hilfsmittel gebrauchen.				
a) Ankleiden und Körperpflege (z.B. langer Schuhlöffel, Knöpfer, Strumpfanzieher)	<input type="checkbox"/>			
b) Aufstehen (z.B. Stuhl mit Armlehnen, Spezialstuhl)	<input type="checkbox"/>			
c) Essen (z.B. Spezialbesteck).....	<input type="checkbox"/>			
d) Gehen (z.B. Gehstock, Krücken, Rollator).....	<input type="checkbox"/>			
Hilfe anderer Personen				
11. Bitte kreuzen Sie die Tätigkeiten an, bei denen Sie gewöhnlich Hilfe einer anderen Person benötigen.				
a) Ankleiden und Körperpflege	<input type="checkbox"/>			
b) Aufstehen	<input type="checkbox"/>			
c) Essen	<input type="checkbox"/>			
d) Gehen.....	<input type="checkbox"/>			

[Pfadkonzept Rheuma]

Die folgenden Fragen betreffen **Einschränkungen der Lebensqualität** durch ihre Krankheit.
 Bitte kreuzen Sie jene Antwort an, die am besten **Ihre Möglichkeiten in den letzten drei Tagen** beschreibt.
 Machen Sie bitte hinter jeder Frage nur ein Kreuz bei der am besten für Sie zutreffenden Antwort.

Körperpflege

	Ohne Schwierigkeiten	Mit leichten Schwierigkeiten	Mit grossen Schwierigkeiten	Unmöglich
12. Können Sie sich ganz waschen und abtrocknen?.....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
13. Können Sie ein Vollbad nehmen?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
14. Können Sie auf die Toilette gehen?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

Heben

	Ohne Schwierigkeiten	Mit leichten Schwierigkeiten	Mit grossen Schwierigkeiten	Unmöglich
15. Können Sie einen 2 kg schweren Gegenstand (z.B. einen Sack Kartoffeln) über Kopfhöhe heben bzw. herunternehmen?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
16. Können Sie sich bücken, um ein Kleidungsstück vom Boden aufzuheben?.....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

Greifen und Öffnen

	Ohne Schwierigkeiten	Mit leichten Schwierigkeiten	Mit grossen Schwierigkeiten	Unmöglich
17. Können Sie eine Autotüre öffnen?.....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
18. Können Sie ein Konfitüreglas öffnen, welches schon einmal offen war?.....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
19. Können Sie einen Wasserhahn auf- und zudrehen?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

[Pfadkonzept Rheuma]

Andere Tätigkeiten

	Ohne Schwierigkeiten	Mit leichten Schwierigkeiten	Mit grossen Schwierigkeiten	Unmöglich
20. Können Sie einkaufen gehen?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
21. Können Sie in ein Auto ein- und aussteigen?.....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
22. Können Sie Haushaltsarbeiten (z.B. Staub saugen) oder Gartenarbeit verrichten?.....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

Hilfsmittel

23. Bitte kreuzen Sie die Tätigkeiten an, für welche Sie gewöhnlich **Hilfsmittel** gebrauchen.

- a) Körperpflege (z.B. Sitz für Badewanne, Toilettensitzerhöhung)
- b) Heben (z.B. Greifzange).....
- c) Greifen und Öffnen (z.B. Schlüsselgriff, Schraubdeckelöffner)
- d) Andere Tätigkeiten (z.B. Hilfsmittel zum Greifen, Greifzange)

Hilfe anderer Personen

24. Bitte kreuzen Sie die Tätigkeiten an, bei denen Sie gewöhnlich **Hilfe einer anderen Person** benötigen.

- a) Körperpflege
- b) Heben.....
- c) Greifen und Öffnen
- d) Andere Tätigkeiten

PASI (Psoriasis Area and Severity Index)

Dermatologischer Status: PASI

Bitte erheben Sie beim Patienten nun den PASI (Psoriasis Area and Severity Index).
 Sie brauchen nur die fett eingerahmten Felder auszufüllen. Die Berechnungen der Summen und
 Produkte erfolgen bei der statistischen Auswertung automatisch.

Psoriasis Area and Severity Index – PASI

1) Schweregrad der psoriatischen Läsionen

Bitte kreisen Sie eine Zahl für jede der nachstehenden Effloreszenzen und Lokalisationen ein.

Ausprägungen der Effloreszenzen: 0 = keine 1 = gering 2 = mittel 3 = stark 4 = sehr stark

		Kopf	Rumpf	Arme	Beine
1	Erythem	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
2	Infiltration	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
3	Schuppung	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
4	Summe				

2) Befall der Körperoberfläche

Bitte vermerken Sie in Zeile 6 die befallene Fläche für die jeweiligen Lokalisationen. Kreisen Sie die
 jeweiligen Zahlen vor den Prozentangaben ein.

5		Kopf	Rumpf	Arme	Beine
6	Befallene Fläche	0 = Keine 1 = <10% 2 = 10-29% 3 = 30-49% 4 = 50-69% 5 = 70-89% 6 = 90-100%	0 = Keine 1 = <10% 2 = 10-29% 3 = 30-49% 4 = 50-69% 5 = 70-89% 6 = 90-100%	0 = Keine 1 = <10% 2 = 10-29% 3 = 30-49% 4 = 50-69% 5 = 70-89% 6 = 90-100%	0 = Keine 1 = <10% 2 = 10-29% 3 = 30-49% 4 = 50-69% 5 = 70-89% 6 = 90-100%
7	Produkt aus Zeile 4 + 6	□□	□□	□□	□□
8		x 0,10	x 0,30	x 0,20	x 0,40
9	Produkt aus Zeile 7 + 8	□□,□	□□,□	□□,□	□□,□

[Pfadkonzept Rheuma]

GLOSSARY AND SCORING FOR BVAS version 3

Rules for scoring BVAS

1. Disease manifestations are scored **only when they are attributable to active vasculitis**. The manifestation should not be scored if there is reasonable evidence of another aetiology for the symptoms e.g. infection, drug reaction, other co-morbidity.
2. Tick "Persistent Disease" box if **all** the abnormalities are due to active (but not new or worse) vasculitis.
3. Specialist opinion, or the results of laboratory or imaging investigations will be required for some items. Excepting those circumstances, the whole form should be completed at the time of the consultation.
4. The bands of serum creatinine should be scored **only** on the first visit.
5. Items marked with an asterisk (*) are not compatible with 'persistent' disease. These manifestations always suggest new or worse disease when due to active vasculitis.

Manifestation	Definition	Persistent	New / Worse
1. General	Maximum scores	2	3
Myalgia	Pain in the muscles	1	1
Arthralgia or arthritis	Pain in the joints or joint inflammation	1	1
Fever $\geq 38^{\circ}$ C	Documented oral / axillary temperature. If rectal temperature is measured, raise threshold to 38.5° C	2	2
Weight Loss ≥ 2 kg	Loss of dry body weight without dieting	2	2

2. Cutaneous	Maximum scores	3	6
Infarct	Area of tissue necrosis or splinter haemorrhages	1	2
Purpura	Subcutaneous or submucosal haemorrhage in the absence of trauma	1	2
Ulcer	A disruption in the continuity of the skin	1	4
Gangrene	Extensive tissue necrosis	2	6
Other skin vasculitis	Livedo reticularis, subcutaneous nodules, erythema nodosum, etc	1	2

3. Mucous Membranes / eyes	Maximum scores	3	6
Mouth ulcers / granulomata	Aphthous stomatitis, deep ulcers, strawberry gingival hyperplasia	1	2
Genital ulcers	Ulcers on the genitalia or perineum	1	1
Adnexal inflammation	Salivary or lacrimal gland inflammation.	2	4
Significant proptosis	>2 mm protrusion of the eyeball	2	4
Scleritis / Episcleritis	Inflammation of the sclera	1	2
Conjunctivitis / Blepharitis / Keratitis	Inflammation of the conjunctiva, eyelids or cornea - but not due to sicca syndrome	1	1
Blurred vision	Deterioration of visual acuity from previous or baseline	2	3
Sudden visual loss*	Acute loss of vision	*	6
Uveitis	Inflammation of the uvea (iris, ciliary body, choroid)	2	6
Retinal changes (vasculitis, thrombosis / exudate / haemorrhage)	Sheathing of retinal vessels or evidence of retinal vasculitis on fluorescein angiography; thrombotic retinal arterial or venous occlusion; soft retinal exudate (exclude hard exudates) / retinal haemorrhage	2	6

4. ENT	Maximum scores	3	6
Bloody nasal discharge / crusts / ulcers / granulomata	Bloody, mucopurulent, nasal secretion, light or dark brown crusts frequently obstructing the nose, nasal ulcers or granulomatous lesions observed on rhinoscopy	2	4
Paranasal sinus involvement	Tenderness or pain over paranasal sinuses (usually confirmed by imaging)	1	2
Subglottic stenosis	Stridor or hoarseness due to inflammation and narrowing of the subglottic area observed by laryngoscopy	3	6
Conductive hearing loss	Hearing loss due to middle ear involvement (usually confirmed by audiometry)	1	3
Sensorineural hearing loss	Hearing loss due to auditory nerve or cochlear damage (usually confirmed by audiometry)	2	6

[Pfadkonzept Rheuma]

5. Chest	Maximum scores	3	6
Wheeze	Wheeze on clinical examination	1	2
Nodules or cavities*	New lesions detected on imaging	*	3
Pleural effusion / pleurisy	Pleural pain and/or friction rub on clinical assessment; radiologically confirmed pleural effusion.	2	4
Infiltrate	Detected on chest X-ray or CT scan	2	4
Endobronchial involvement	Endobronchial pseudotumor or ulcerative lesions. NB: smooth stenotic lesions to be included in VDI; subglottic lesions to be recorded in the ENT section.	2	4
Massive haemoptysis / alveolar haemorrhage	Major pulmonary bleeding, with shifting pulmonary infiltrates	4	6
Respiratory failure	The need for artificial ventilation	4	6
6. Cardiovascular	Maximum scores	3	6
Loss of pulses	Clinical absence of peripheral arterial pulsation in any limb	1	4
Valvular heart disease	Clinical or echo detection of aortic / mitral / pulmonary valve involvement	2	4
Pericarditis	Pericardial pain / friction rub on clinical assessment	1	3
Ischaemic cardiac pain	Typical clinical history of cardiac pain leading to myocardial infarction or angina.	2	4
Cardiomyopathy	Significant impairment of cardiac function due to poor ventricular wall motion confirmed on echocardiography	3	6
Congestive cardiac failure	Heart failure by history or clinical examination	3	6
7. Abdominal	Maximum scores	4	9
Peritonitis	Typical abdominal pain suggestive of peritoneal involvement	3	9
Bloody diarrhoea	Of recent onset	3	9
Ischaemic abdominal pain	Typical abdominal pain suggestive of bowel ischaemia, confirmed by imaging or surgery	2	6
8. Renal	Maximum scores	6	12
Hypertension	Diastolic >95 mm Hg	1	4
Proteinuria	>1+ on urinalysis or >0.2g/24 hours	2	4
Haematuria	'Moderate' on urinalysis or ≥10 RBC per high power field, usually accompanied by red cell casts	3	6
Serum creatinine 125-249 µmol/L	At first assessment only	2	4
Serum creatinine 250-499 µmol/L		3	6
Serum creatinine ≥500 µmol/L		4	8
>30% rise in creatinine or >25% fall in creatinine clearance *	Progressive worsening of renal function. Can be used at each assessment if the renal function has deteriorated from prior value	*	6
9. Nervous system	Maximum scores	6	9
Headache	Unaccustomed & persistent headache	1	1
Meningitis	Clinical evidence of meningism	1	3
Organic confusion	Impaired orientation, memory or other intellectual function in the absence of metabolic, psychiatric, pharmacological or toxic causes.	1	3
Seizures (not hypertensive)	Clinical or EEG evidence of aberrant electrical activity in the brain	3	9
Stroke	Focal neurological signs lasting >24 hours due to a CNS vascular event	3	9
Spinal cord lesion	Clinical or imaging evidence of spinal cord involvement	3	9
Cranial nerve palsy	Clinical evidence of cranial nerve palsy – score VIII nerve palsy as sensorineural hearing loss, do not score ocular palsies if they secondary to pressure effects	3	6
Sensory peripheral neuropathy	Objective sensory deficit in a non-dermatomal distribution	3	6
Mononeuritis multiplex	Single or multiple specific motor nerve palsies	3	9

[Pfadkonzept Rheuma]

Screeningbogen Rheuma

Screeningbogen Rheuma

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Einschreibung in das Projekt liegt vor

Einwilligungserklärung in den SÜ-BHPF liegt vor

Befunde und Medikationsplan beigelegt

	V.a. rheumatoide Arthritis/ Psoriasis-arthritis	V.a. Spondyloarthritiden	V.a. Polymyalgia rheumatica
BSG	> mm/h _____ bestimmt am: _____	> mm/h _____ bestimmt am: _____	> mm/h _____ bestimmt am: _____
CRP	> mg/dl _____ bestimmt am: _____	> mg/dl _____ bestimmt am: _____	> mg/dl _____ bestimmt am: _____
Alter bei Beginn	__ Jahre	<input type="checkbox"/> < 40 Jahre	<input type="checkbox"/> > 50 Jahre
Morgensteife	>30 in Dauer(min) __	Dauer in (min) __	≥ 45 in Dauer(min) __
Schmerz/Steifigkeit in der Nacht	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Besserung durch Bewegung, nicht bei Ruhe		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Geschwollene Gelenke	2 oder mehr seit >6 Wochen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Alternierender Schmerz im Gesäß		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Nacken/Schulterschmerzen			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schmerzen im Beckengürtelbereich			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schläfenkopf-/Kauschmerzen			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schmerzhaft geschwollene Finger/Zehen im Strahl		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Sehnenansatzbeschwerden an Fuß, Knie, Hüfte		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Psoriasis vulgaris		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Seite 1 von 2


[Pfadkonzept Rheuma]

Screeningbogen Rheuma		IGiB StimMT <small>bestimmt für Brandenburg</small>	
	V.a. rheumatoide Arthritis/ Psoriasis-arthritis	V.a. Spondyloarthritis	V.a. Polymyalgia rheumatica
Rheumaerkrankung in der Familienanamnese		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
chronisch entzündliche Darmerkrankung (Crohn, Colitis)		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
HLA-B27 positiv		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Sehstörung (Uveitis)		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Seite 2 von 2

[Pfadkonzept Rheuma]

Assessmentbogen Rheuma (Rheumatologe)

Krankenkasse bzw. Kostenträger			 bestimmt für Brandenburg
Name, Vorname des Versicherten		geb. am	
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	

Feld für den Aufkleber
Patientenpseudonym

Untersuchung

Erstvorstellung
 Folgevorstellung
 VK I
 VK II
 VK III

Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Geburtsjahr	_ _ _ _ (JJJJ)

Assessmentbogen Rheuma (Rheumatologe)

I) Sichten der Basisdiagnostik

	ja	nein
Symptome der rheumatoiden Arthritis/ Psoriasisarthritis bestätigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Symptome der Spondyloarthritis bestätigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Symptome der Polymyalgia rheumatica bestätigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>


II) Aktivität und Funktionsfähigkeit des Patienten

DAS- 28 Wert _____	HAQ Wert _____
BASDAI Wert _____	
VAS Wert _____	

inav | Institut für angewandte
Versorgungsforschung

Seite 1 von 2

[Pfadkonzept Rheuma]



III) Therapeutischer Maßnahmenplan

	ja	nein
Information und Beratung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erstellung eines individuellen Maßnahmenplans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Bei VK I-III</i>		
Anpassung des individuellen Maßnahmenplans?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
agnes^{zwei}	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Physiotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Bei VK I-III, Inanspruchnahme von:</i>		
a. Angebote Sana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Angebote Physiotherapiepraxis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Information & Motivation zum Rheuma-Café	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Bei VK I-III</i>		
Teilnahme am Rheuma-Café?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spezifische Bewegungstherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Wenn „ja“, weiter mit:</i>		
a. Tanzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. Sport- & Bewegungsangebot für Rheumapatienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ernährungsberatung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aushändigung Rheumapass	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

inav | Institut für angewandte Versorgungsforschung

Seite 2 von 2

[Pfadkonzept Rheuma]

Aufkleber
Patientenpseudonym

Dokumentationsbogen: Beendigung/Studienabbrecher

Bitte für jeden Patienten des Projektes StimMT ausfüllen, der

- a) das Projekt erfolgreich beendet (Beendigung) oder
- b) vorzeitig aus der Studie ausscheidet (Studienabbrecher).

1. Regulärer Abschluss des Behandlungspfades und der Evaluation

- Ja Datum: ____ . ____ . ____
- Nein

2. Vorzeitige Beendigung des Behandlungspfades und der Evaluation

- Ja Datum: ____ . ____ . ____
- Nein

3. Individuelle Entscheidungen für die vorzeitige Beendigung des Behandlungspfades und der Evaluation (Mehrfachnennungen möglich)

- Medizinische Gründe (festgelegt durch den behandelnden Arzt/die behandelnde Ärztin)
- Unzureichende Zusammenarbeit/Compliance des Patienten
- Sicherheitsbedenken

Begründung: _____

- Widerruf der Einwilligung
- Wechsel der Praxis
- Patient ist verzogen (außerhalb des Mittelbereichs Templin)
- Andere Gründe

Begründung: _____

4. Tod des Patienten

- Ja Sterbedatum: ____ . ____ . ____ Todesursache: _____
- Nein

Studienende: Alle Angaben sind richtig und vollständig.

Datum: ____ . ____ . ____ Unterschrift: _____

[Pfadkonzept Rheuma]

6. QISA-Indikatoren

Übersicht über die Indikatoren

Tabelle 1: Zusammenfassende Übersicht über die Indikatoren

BEREICH	FOKUS	INDIKATOREN
Regionale Bedeutung des Versorgungsmodells	Attraktivität für Versicherte	1. Anteil eingeschriebene Versicherte in der Region 2. Versichertenfluktuation
	Attraktivität für Ärzte	3. Anteil eingeschriebene Hausärzte in der Region 4. Arztfluktuation 5. Zahl der eingeschriebenen Versicherten je Hausarzt
Qualitätsmanagement im Versorgungsmodell	Qualitätszirkelarbeit	6. Steuerung und Unterstützung der Qualitätszirkelarbeit 7. Anteil der Ärzte mit Teilnahme an mind. vier Qualitätszirkeln/Jahr
	Leitlinienarbeit	8. Durchschnittliche Zahl der eingesetzten, im Netz konsentierten Leitlinien pro Arzt
	Information der Versicherten	9. Qualität und Verfügbarkeit von Informationen zum Versorgungsmodell und zu krankheitsspezifischen Themen für die Versicherten
	Kommunikation im Versorgungsmodell	10. Anteil der Ärzte, die an der Arztbefragung teilgenommen haben 11. Anteil der Ärzte, die an allen regionalen Informationsveranstaltungen zum Versorgungsmodell teilgenommen haben 12. Anteil der Ärzte, die sich über Ziele und Aktivitäten im Versorgungsmodell gut informiert fühlen
	Zufriedenheit der Versicherten	13. Anteil der zufriedenen Versicherten im Netz 14. Anteil der Versicherten, die das Versorgungsmodell weiterempfehlen würden
	Zufriedenheit der Ärzte	15. Anteil der Ärzte, die mit den Ergebnissen des Versorgungsmodells im vergangenen Jahr zufrieden sind
Qualitätsmanagement auf Praxisebene	Fehlermanagement	16. Anteil der Ärzte, die an einem praxisübergreifenden Fehlerberichtssystem teilnehmen
	Patienten- und Mitarbeiterorientierung	17. Anteil der Ärzte, die in den letzten 36 Monaten eine Patientenbefragung in ihrer Praxis durchgeführt haben 18. Anteil der Ärzte, die in den letzten 36 Monaten eine Mitarbeiterbefragung in ihrer Praxis durchgeführt haben
Steuerung und Koordinierung der Versorgung	Bedarfsorientierte Ausrichtung der Versorgung	19. Verfügbarkeit und Nutzung morbiditätsbezogener Informationen zu den Versicherten
	Erreichbarkeit/Wartezeiten	20. Der Anteil der Patienten mit Einhaltung der vereinbarten Wartezeit 21. Beurteilung der Erreichbarkeit der Ärzte aus Sicht der eingeschriebenen Versicherten 22. Anteil der Wochenstunden, an denen mindestens eine hausärztliche Praxis geöffnet ist
	Patientensteuerung	23. Zahl der verschiedenen konsultierten Hausärzte je eingeschriebenem Versicherten 24. Zahl der verschiedenen konsultierten Fachärzte je eingeschriebenem Versicherten 25. Anteil der Facharztkonsultationen mit Überweisung für eingeschriebene Versicherte 26. Anteil der stationären Aufnahmen für Eingriffe aus dem AOP-Katalog an allen stationären Aufnahmen 27. Zahl der stationären Aufenthalte je 1000 eingeschriebene Versicherte 28. Zahl der stationären Notfallaufnahmen je 1000 eingeschriebene Versicherte

Quelle: AOK, QISA

IGiB | StimMT

bestimmt für Brandenburg

IGiB – StimMT
Strukturmigration im
Mittelbereich Templin

Förderkennzeichen:
01NVF16001

Konzept zum Sektorenübergreifenden
Behandlungspfad Rückenschmerz

- erstellt durch den Konsortialpartner KV COMM -

Inhaltsverzeichnis

<i>Präambel</i>	4
1. Vorbemerkung zum projektspezifischen Pfadverständnis.....	5
2. Ausgangslage	6
3. Ist-Analyse	7
4. Zielstellung	10
5. Zielgruppen.....	11
6. Pfadbeschreibung.....	11
7. Leistungsbestandteile.....	19
8. Evaluation.....	20
Literaturverzeichnis/Recherche	21

[Pfadkonzept Rückenschmerz]

Präambel

Das vorliegende Konzept zum Sektorenübergreifenden Behandlungspfad (SÜ-BHPF) Rückenschmerz ordnet sich in das Teilprojekt 4 „Unterstützung einer systematischen fachgruppen-, berufsgruppen- und sektorenübergreifenden Abstimmung und Koordination“ des Projektes IGiB – Strukturmigration im Mittelbereich Templin ein. Das Projekt IGiB – Strukturmigration im Mittelbereich wird vom Innovationsfonds unter dem Kennzeichen 01NVF16001 gefördert.

Ziel des Teilprojektes 4 ist es, nationale und internationale evidenzbasierte Leitlinien in der regionalen medizinischen Versorgung anhand von standardisierten Behandlungspfaden zu ausgewählten Indikationen zu etablieren. Die Umsetzung des SÜ-BHPF erfolgt unter Einbezug der niedergelassenen Ärzte im Mittelbereich Templin wie auch der Ärzte des Sana Krankenhauses Templin und unter Einsatz des Case Managements (agnes^{zwei}-Fachkräfte im KBZ). Weiterhin werden maßgeblich die Empfehlungen des „Nationalen Aktionsplans Gesundheitskompetenz“ (2018) aufgegriffen sowie die entstehenden Versorgungsmodule im ASZ in den SÜ-BHPF integriert. Wesentlicher Bestandteil im SÜ-BHPF sind zudem die neu zu etablierenden ambulanten Therapieangebote.

Die Selektion der Indikationen richtete sich nach dem größten Potenzial für die Vermeidung stationärer Behandlung. Neben der Reduzierung von unnötigen stationären Behandlungen kann mit der Implementierung des im nachstehenden Dokument dargestellten Behandlungspfades Rückenschmerz eine Senkung von Krankheitskosten und eine Steigerung der Lebensqualität von Rückenschmerzpatienten erreicht werden. Die Indikation Rückenschmerz war ursprünglich nicht im Förderantrag aufgeführt. Auf Initiative der Ärzte und aufgrund der Versorgungsrelevanz erfolgte eine Anfrage beim DLR die Indikation neu aufzunehmen. Die Genehmigung bzw. Zustimmung der Indikation Rückenschmerz wurde seitens des DLR mit Schreiben vom 06.03.2018 unter dem Vorbehalt der Ausgabenneutralität erteilt.

Potsdam, den 22.08.2018

**Zur besseren und flüssigeren Lesbarkeit werden nachfolgend geschlechtsspezifische Bezeichnungen nur in der männlichen Form verwendet. Diese umfassen jedoch Frauen und Männer gleichermaßen.*

[Pfadkonzept Rückenschmerz]

1. Vorbemerkung zum projektspezifischen Pfadverständnis

Die Entwicklung und Umsetzung des SÜ-BHPF Rückenschmerz erfolgte aufgrund der im Förderantrag vom 05.07.2016 formulierten Zielstellungen:

1. Adaptation nationaler und internationaler evidenzbasierter Leitlinien an die lokalen Bedingungen durch die Ärzte vor Ort.
2. Neben der Gruppe geriatrischer Patienten wird eine Konzentration auf Krankheiten des Kreislaufsystems sowie auf endokrine Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten erfolgen. Die Auswahl erfolgt unter Berücksichtigung der größten Potenziale für die Vermeidung stationärer Behandlungen.
3. Um auch die Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung angemessen zu berücksichtigen, werden im Unterschied zu den meisten der bisherigen Ansätze, neben den niedergelassenen Ärzten auch die Ärzte des Sana Krankenhauses Templin von Beginn an in die Erarbeitung der Pfade einbezogen.
4. Es werden zudem Kriterien für den Einsatz von Case Management eingearbeitet und soweit angezeigt und es werden nichtärztliche Berufsgruppen (Physiotherapeuten, Pflege, etc.) in die Erarbeitung einbezogen.
5. Es wird festgelegt, welche Informationen wann über die Datenaustausch-Plattform ausgetauscht und welche Informationen in das Clinical Data Repository eingestellt werden bzw. dokumentiert sein sollen.

Weitere Kriterien für die Anforderungen für die Pfadentwicklung im Projekt wurden in der AG „Prototypische Fälle“ (2016/2017) definiert:

1. SÜ-BHPF orientieren sich an den strukturellen Rahmenbedingungen vor Ort und sind ein Teil des gesamten Migrationsprozesses.
2. Vor dem Hintergrund sich verändernder Versorgungsstrukturen sind SÜ-BHPF dynamisch angelegt und bedürfen kontinuierlicher Anpassungsprozesse.
3. SÜ-BHPF können sich an einzelnen Diagnosen orientieren und/oder werden komplex aufgebaut, um eine definierte Zielgruppe einzuschließen.
4. SÜ-BHPF sind mehrdimensional und berücksichtigen Komorbiditäten.

Aufbauend zu diesem Pfadverständnis hat die Projektgruppe SÜ-BHPF die Kriterien für Rückenschmerz wie folgt konkretisiert:

1. Stufenkonzept auf Basis eines multidisziplinären Assessments
2. Aufbau eines neuen multiprofessionellen Behandlungsangebotes aus Medizin, Physiotherapie, Sporttherapie, Psychotherapie und progressiver Muskelentspannung als ambulante Therapieform
3. Vorselektion durch Hausärzte = Gatekeeper (z.B. Erfassung des Chronifizierungsgrades, Überweisung an FA)

[Pfadkonzept Rückenschmerz]

4. Gezielte Steuerung des Patienten vom HA zum FA
5. Ressourcenorientierte Nutzung regionaler Versorgungsstrukturen
6. Einbindung des agnes^{zwei}-Fachkräfte
7. Dynamischer Modulansatz (Einbindung zukünftig entstehender Strukturen KBZ und ASZ).

Obligater Bestandteil SÜ-BHPF Rückenschmerz ist die „Nationale VersorgungsLeitlinie Nicht-spezifischer Kreuzschmerz“, Langfassung, 2. Auflage, 2017.

2. Ausgangslage

Rückenschmerzen zählen in der Bundesrepublik Deutschland zu den häufigsten Gesundheitsproblemen. Die funktionalen Einschränkungen können sowohl im Privat- als auch im Berufsleben zu erheblichen Teilhabebeeinträchtigungen führen und sind vor allem bei chronischen Verläufen ein besonders häufiger Grund für die Inanspruchnahme des medizinischen Versorgungssystems sowie Erwerbsminderungsrenten.

Herausforderungen in der Versorgung von Rückenschmerzpatienten sind vor allem:

- zu lange Zeitschiene zwischen anhaltenden Rückenschmerzen und spezifischer medizinischer sowie therapeutischer Behandlung
- hohes Chronifizierungspotential mit Folgekosten (AU, Reha)
- Verlust der Erwerbsfähigkeit
- Patienten gehen direkt zum Facharzt, ohne entsprechende Vorbehandlung und Überweisung durch den Hausarzt

Dem können multiprofessionelle und multimodale Behandlungsprogramme entgegenwirken. Der vergleichsweise neue Behandlungsansatz basiert im ersten Schritt auf einer Linderung von Schmerzen und im zweiten Schritt auf einer Verbesserung der durch Schmerz eingeschränkten körperlichen, psychischen und sozialen Fähigkeiten. Von hoher Relevanz ist in diesem Zusammenhang die Vermittlung von Wissen, Motivation und Lebensfreude.

Im strukturschwachen und ländlich geprägten Mittelbereich Templin hat sich ein Team aus den Bereichen Medizin, Physiotherapie und Reha- sowie Gesundheitssport zusammengeschlossen, um ein ambulantes multimodales und qualitatives Leistungsangebot für Menschen mit chronischen Rückenschmerzen zu entwickeln (Konzept von Frau Schilling).

Im Rahmen von zwei Workshops am 16.11.2016 und 15.03.2017 wurden erste konzeptionelle Ansätze zur Entwicklung eines SÜ-BHPF Rückenschmerz in Templin erarbeitet.

Diese Ergebnisse bildeten die Ausgangsbasis für die Projektgruppenarbeit im Rahmen des Innovationsfondsprojektes IGiB-StimMT.

[Pfadkonzept Rückenschmerz]

In die Projektgruppenarbeit, die auch das Pfadteam bilden, sind folgende Akteure beteiligt:

- Dipl.-Med. Heike Schilling
- Dipl.-Med. Heiko Richter
- Dipl.-Med. Deike Richter
- Arne Roßberg

Zusätzlich wurde Frau Dr. Gabriele Lindena als Expertin einbezogen. Sie verfügt über eine umfangreiche Expertise zum Thema Rückenschmerz (Expertenpanel Gesundheitspfad Rücken, IV-Verträge zur AU-Fallführung und zur Zweitmeinung vor Wirbelsäulenoperationen, Forschungsprojekt mit Hausärzten und leitet das CLARA Clinical Analysis, Research and Application Institut. Weiterhin ist sie an dem Innovationsfondsprojekt „PAIN 2020“ beteiligt.

Weitere Fachdisziplinen und Akteure sollen mit einbezogen werden:

- Neurochirurgie: Diagnostik & Therapieempfehlung (Konsiliartätigkeit)
- Psychotherapie.: Diagnostik, Medikationscheck & Therapie (GLG Sana Templin, Personal darf stundenweise ambulant tätig werden.)
- Sana Krankenhaus Sommerfeld, Klinik für Manuelle Therapie
- Weitere Sporttherapeutische Einrichtungen in der Region
- anges^{zwei} Fachkraft, Pflege
- Apotheke
- Reha Sport (Sporttherapie)
- Physiotherapie

3. Ist-Analyse

Im Mittelbereich Templin wurden im Jahr 2015 insgesamt 7786 Personen mit Rückenschmerzen ambulant versorgt. Diesen Personen wurden 13421 gesicherte Diagnosen M54.00 bis M54.99 zugeordnet (vgl. Abbildung 1). Gemessen an der Gesamtbevölkerung des Mittelbereiches leiden 28,9% an Rückenschmerzen (Wohnbevölkerung 2014: 26.924).

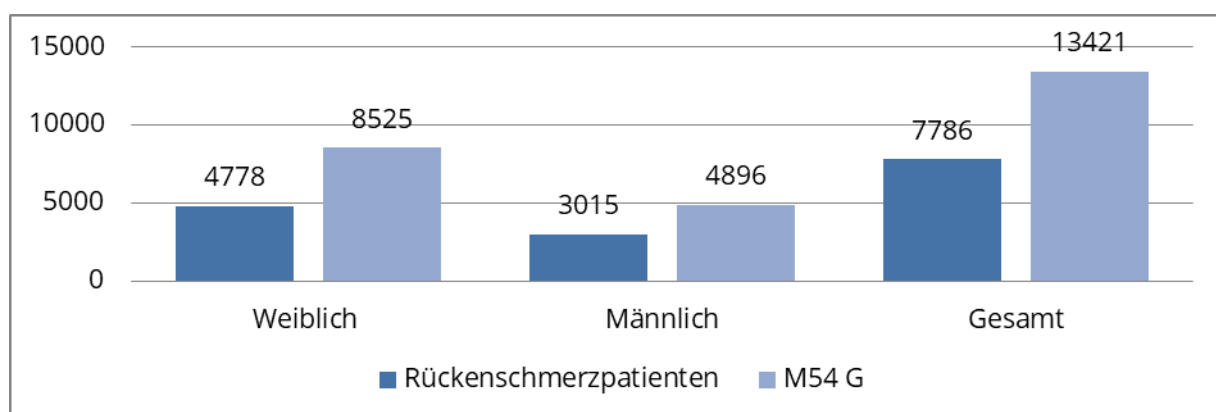


Abbildung 1: Anzahl der Rückenschmerzpatienten mit gesicherten Rückenschmerzdiagnosen (M54 00-99) im Mittelbereich Templin Jahr 2015 (eigene Darstellung, Datenbasis: KVBB)

[Pfadkonzept Rückenschmerz]

Patienten mit Rückenschmerzen können nach akuter und dauerhafter Kennung codiert werden. Demnach sind deutlich mehr Akut- als Dauererkennung dokumentiert (vgl. Abbildung 2).

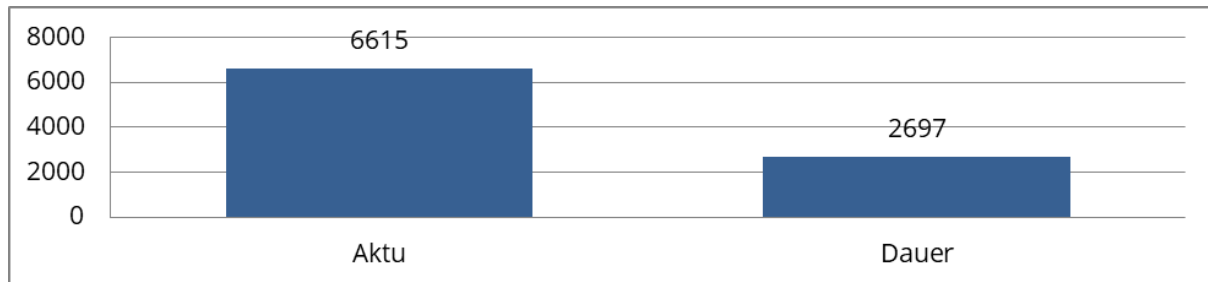


Abbildung 2: Verteilung der Diagnosekennungen Akut und Dauerhaft auf die Gesamtanzahl der Rückenschmerzpatienten im Mittelbereich Templin Jahr 2015 (eigene Darstellung, Datenbasis: KVBB)

Am häufigsten sind die Diagnosegruppen Kreuzschmerz, gefolgt von Radikulopathie, sonst. Schmerzen, Lumboischialgie und Zervikalneuralgie von allen Rückenschmerzdiagnosen vertreten (vgl. Abbildung 3).

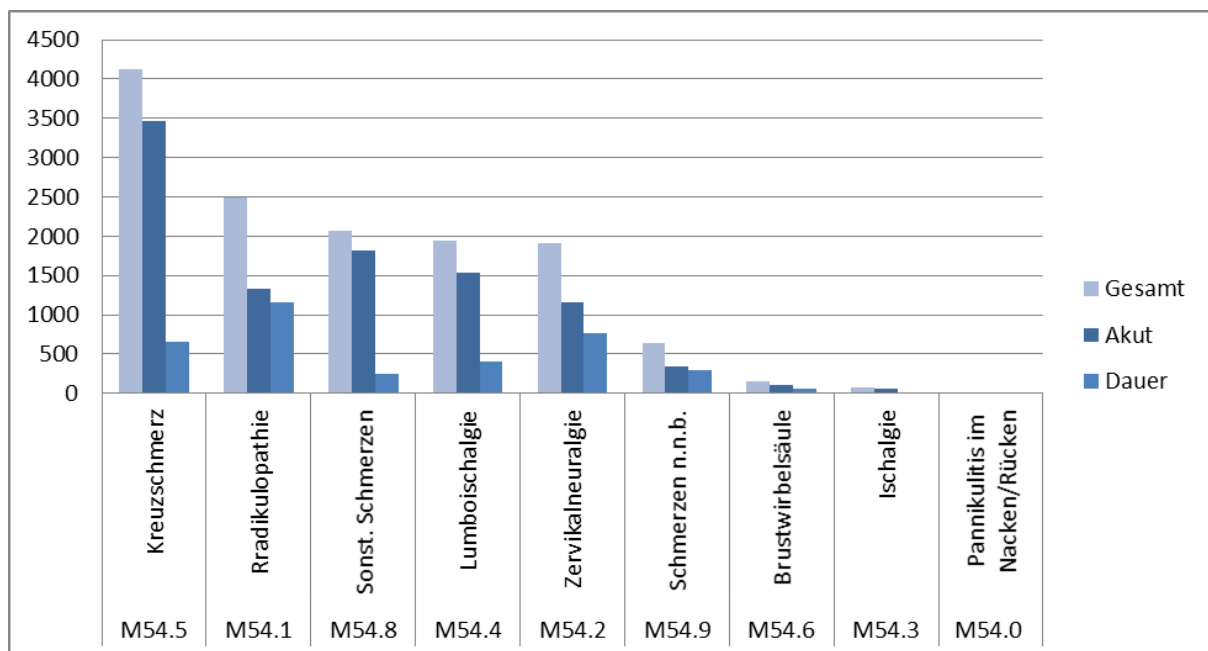


Abbildung 3: Verteilung der Rückenschmerzdiagnosen nach akut und dauerhafter Kennung im Mittelbereich Templin Jahr 2015 (eigene Darstellung, Datenbasis: KVBB)

Mit Blick auf das Geschlecht leiden deutlich mehr Frauen als Männer an Rückenschmerzen (vgl. Abbildung 4).

[Pfadkonzept Rückenschmerz]

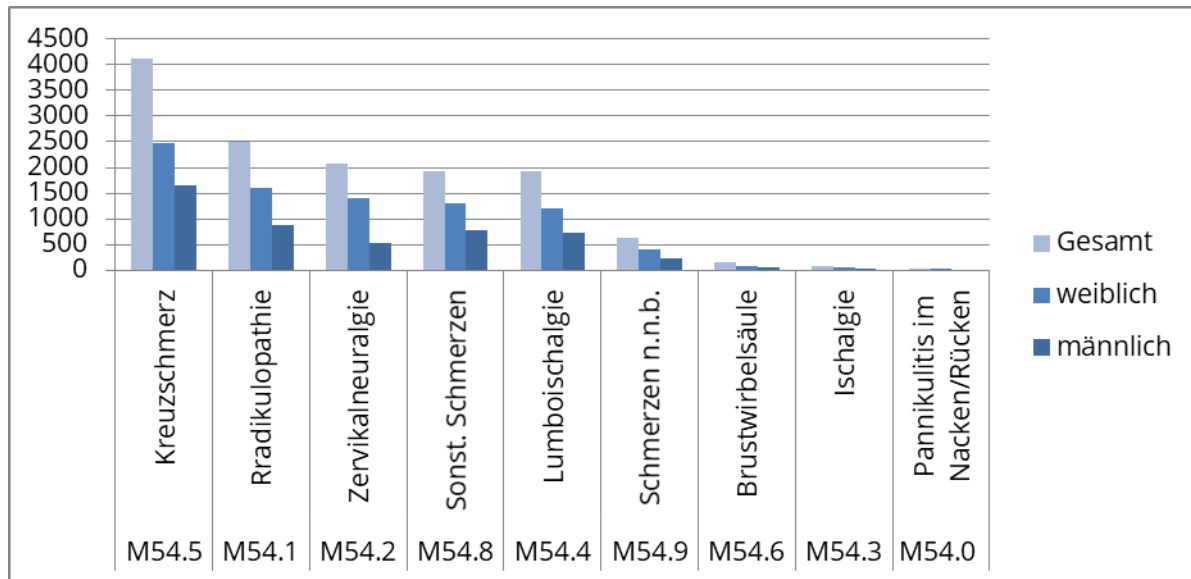


Abbildung 4: Verteilung der Rückenschmerzdiagnosen nach Geschlecht im Mittelbereich Templin Jahr 2015 (eigene Darstellung, Datenbasis: KVBB)

Die Altersklassen mit den meisten Rückenschmerzpatienten ist zwischen 51-60 Jahren (N=1904). In den Altersklassen 61-70 Jahre und 71-80 Jahre fällt die Anzahl an Rückenschmerzpatienten leicht ab, hält sich allerdings auf einem Niveau von über 1400 Personen im Jahr 2015. In den hochaltrigen Altersklassen nimmt die Anzahl von Rückenschmerzpatienten stark ab (vgl. Abbildung 5 und 6).

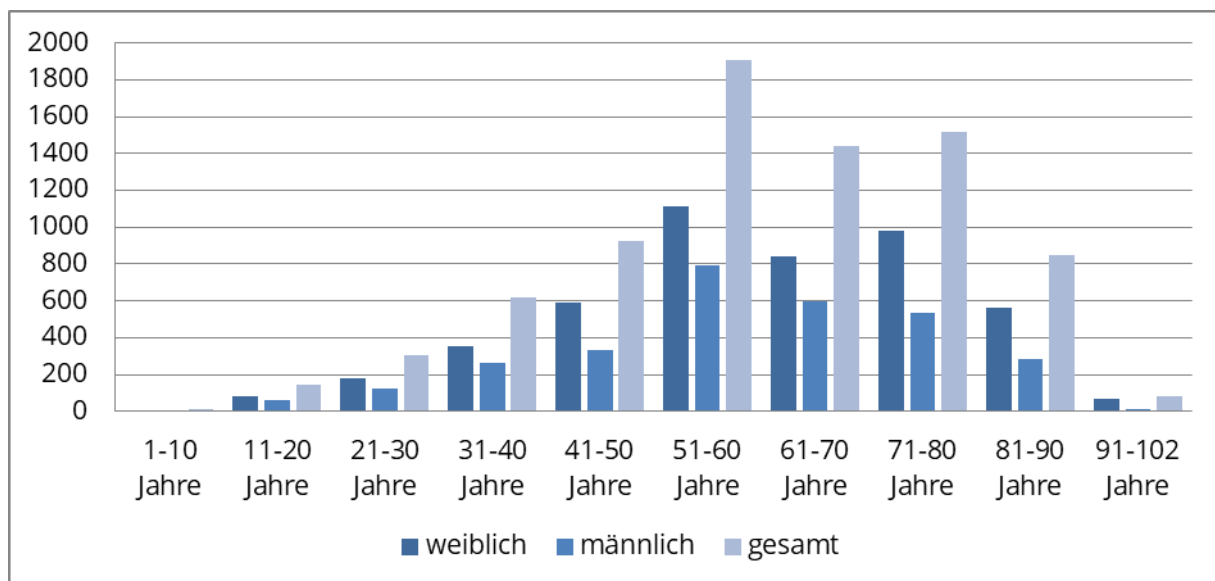


Abbildung 5: Altersverteilung von Rückenschmerzpatienten im Mittelbereich Templin Jahr 2015 (eigene Darstellung, Datenbasis: KVBB)

[Pfadkonzept Rückenschmerz]

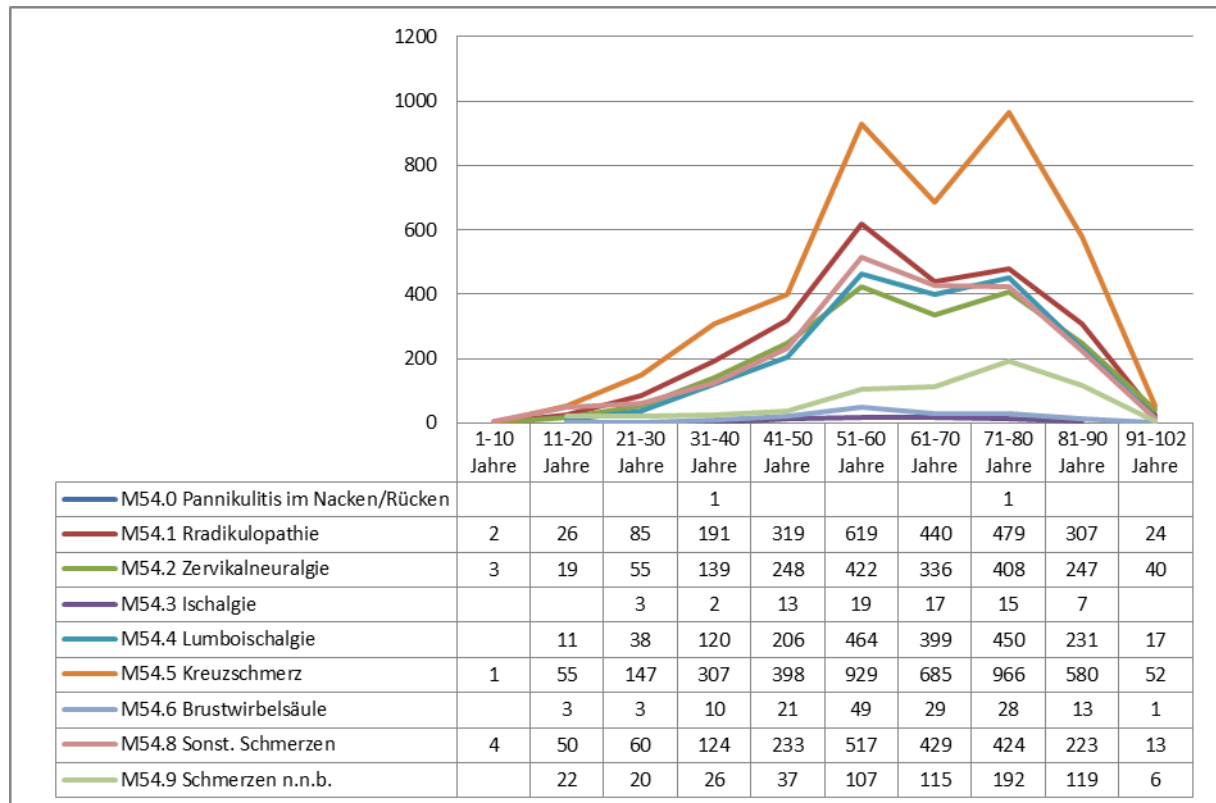


Abbildung 6: Verteilung der gesicherten Rückenschmerzdiagnosen nach Altersklassen im Mittelbereich Templin Jahre 2015 (eigene Darstellung, Datenbasis: KVBB)

4. Zielstellung

Das Betreuungskonzept für Rückenschmerzpatienten hat folgende primäre Zielstellungen:

- frühestmögliche Erkennung von Chronifizierungsrisiken
- Vermeidung von Chronifizierungsprozessen
- Erhalt der Erwerbstätigkeit (Vermeidung AU, EU)
- Schmerzlinderung
- Erhalt/Verbesserung der Lebensqualität
- Vermeidung von Krankenhausaufenthalten und ambulanten Krankenhausbehandlungen in der Rettungsstelle

Weiterhin werden folgende sekundäre Ziele

- Stärkung des Nachsorgeangebotes
- Patientenedukation/Coaching (Vortragsreihe)
- Selbstwirksamkeitsüberzeugung

Der SÜ-BHF Rückenschmerz konzentriert sich dabei auf die Strukturierung und Umsetzung folgender Kernbestandteile:

[Pfadkonzept Rückenschmerz]

1. Erstbehandlung/Erstkontakt von Rückenschmerzpatienten beim Hausarzt (Screening) ⇒ Überleitungsmanagement an den Facharzt
2. Multidisziplinäres Assessment im ASZ. Das multidisziplinäre Team setzt sich dabei aus folgenden Berufsgruppen zusammen:
 - a. Facharzt
 - b. Psychologischer Psychotherapeut
 - c. Physiotherapeut
3. Pfadspezifisches Betreuungskonzept:

Stufe A	Intensivtherapie (3 Wochen)
Stufe B	Aktivierungsprogramm (3 Monate)
Stufe C	Langzeitbetreuung (9-15 Monate)

5. Zielgruppen

Das Betreuungskonzept für Rückenschmerzpatienten ist für folgende Zielgruppen mit unspezifischen Rückenschmerz ohne Festlegung bzw. Ausschluss auf Lokalisation ausgerichtet:

- Patienten mit Chronifizierungsgrad I nach Gerbershagen
- Patienten mit Chronifizierungsgrad II nach Gerbershagen
- Patienten ab dem 18. Lebensjahr
- Länge der AU-Zeiten (mind. 2 Wochen oder kumuliert 6 Woche im Jahr)
- schmerzbedingte deutliche Beeinträchtigung (Erhebung durch Fragebogen)

Bei Patienten mit Chronifizierungsgrad III ist der Chronifizierungsgrad oftmals soweit fortgeschritten, dass keine Therapie im Rahmen des Pfades möglich ist. Maßnahmen bei Grad III sind vordergründig: Überweisung an Fachklinik, Stabilisierung, Abwendung von Pflegbedürftigkeit, intensivere Komplextherapie (Gruppentherapie nicht möglich). Im Vorfeld der stationären Einweisung müssen ambulante Potentiale ausgeschöpft sein.

Folgende Ausschlusskriterien werden für den Pfad festgelegt:

1. laufendes Rentenverfahren
2. laufender Reha-Antrag
3. Erwerbsunfähigkeit
4. palliative Tumorerkrankung.

6. Pfadbeschreibung

In Templin soll ein ambulanter multimodaler und multiprofessioneller Behandlungsansatz zur Versorgung von Rückenschmerzpatienten entwickelt und umgesetzt werden. Ausgangspunkt für den SÜ-BHPF ist das folgende Schema:

[Pfadkonzept Rückenschmerz]

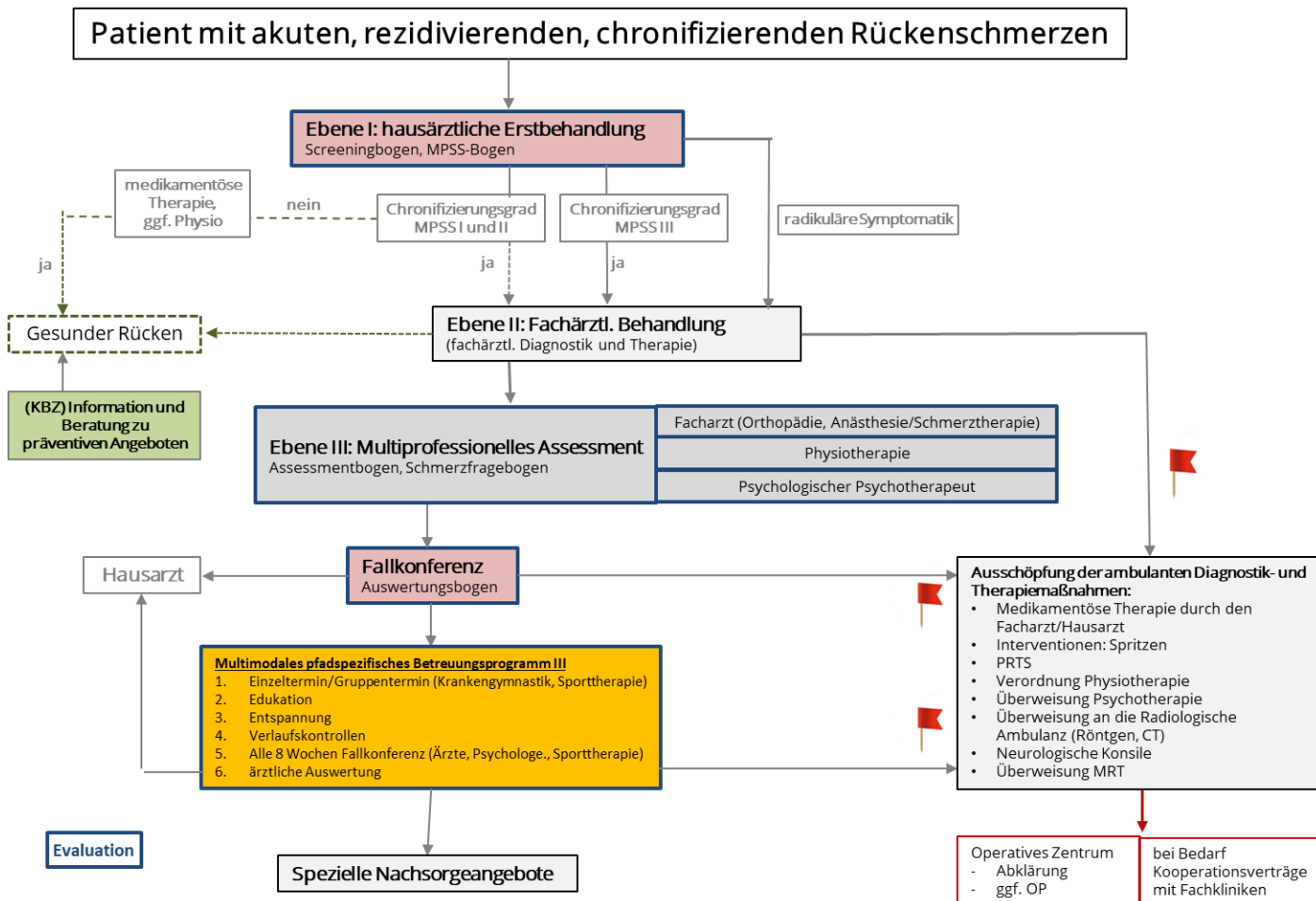


Abbildung 7: Schematische Zusammenstellung der Versorgungsebenen (eigene Darstellung)

Erläuterung:

Der Patient kommt mit akuten, rezidivierenden oder chronifizierenden Rückenschmerzen zum Hausarzt. Dort erfolgen eine Anamnese, körperliche und klinische Untersuchungen sowie eine Einschätzung des Chronifizierungsrisikos.

- Der Hausarzt kann das Gesundheitsproblem des Patienten vollständig lösen durch medikamentöse Therapie und ggf. Physiotherapie. Der Patient ist schmerzfrei und erhält präventive Angebote zur langfristigen Sicherung eines gesunden Rückens.
- Der Hausarzt kann ein Chronifizierungsrisiko ermitteln und eine Überweisung an die Ebene III ausstellen. Hier erfolgt ein multiprofessionelles Assessment durch Facharzt, Physiotherapeut und Psychotherapeut. Anschließend wird der Patient in einen der drei Pfade eingeschrieben und erhält die entsprechenden Therapiemodule sowie b.B. ein Nachsorgeangebot (Sporttherapie). Sollte der Patient gesund sein, wird er anschließend wieder auf der ersten Behandlungsebene betreut. Sollte keine Besserung bzw. eine Schmerzverstärkung auftreten, ist eine stati-

[Pfadkonzept Rückenschmerz]

onäre Einweisung für eine Komplextherapie (Pfad I) erforderlich (z.B. in Kooperation mit der Fachklinik in Sommerfeld), da diese Therapieform derzeit als ambulantes Angebot bisher nicht in Deutschland etabliert ist. Folgende ambulante therapeutische und diagnostische Maßnahmen müssen im ambulanten Bereich bei Bedarf ausgeschöpft sein:

- Medikamentöse Therapie durch den Facharzt/Hausarzt
- PRT
- Physiotherapie
- Psychotherapie
- Diagnostik: CT, Röntgen (Überweisung an die Radiologische Ambulanz), MRT (wohnortfern)
- Neurologische Konsile

Bei akuten Anzeichen von RED FLAGS ist die dringende spezialisierte Abklärung gegeben. Diese liegen bei klarer somatischer/mechanischer Pathologie der Wirbelsäule, neurologischer oder entzündlicher Pathologie vor.

c.) Der Hausarzt kann neben dem Rückenschmerz auch radikuläre Symptome erkennen und an die Ebene II überweisen. Hier führen die FÄ f. Orthopädie eine fachärztliche Diagnostik durch und konsultieren b.B. weitere Fachgruppen zur Differenzialdiagnostik. Von dieser Behandlungsebene gibt es drei weiterführende Schritte:

1. Vollständige Gesundung und Weiterbehandlung auf Ebene I
2. Persistenz/Verschlechterung und Möglichkeit einer multiprofessionellen Diagnostik und Therapie auf Ebene III
3. Verschlechterung und Notwendigkeit einer stationären Therapie oder ambulanter Intervention (periradikuläre Therapie (PRT))

d.) Der Hausarzt kann die sofortige Notwendigkeit einer stationären Behandlung erkennen und eine Einweisung in ein Krankenhaus veranlassen. Im Anschluss an eine stationäre Behandlung wird der Patient vom Hausarzt versorgt bzw. ist b.B. die Durchführung eines Nachsorgeangebotes oder einer stabilisierenden multimodalen Therapie auf der Ebene III denkbar.

Nach dem Multiprofessionellen Assessment soll eine Überleitung in ein pfadspezifisches Betreuungsprogramm (Pfad I-III) erfolgen. Diese Betreuungskonzepte sind derzeit im Mittelbereich Templin noch nicht verfügbar. Ziel ist es, diese im Rahmen des Förderzeitraums aufzubauen. Hierzu werden bei Bedarf Kooperationsverträge mit den erforderlichen Betreuungsstrukturen bzw. Fachdisziplinen oder auch Schulungsreferenten vereinbart.

Pfad I	Pfad II	Pfad III
<u>Zielgruppe:</u> akute Exacerbation, Abwendung von AU und OP	<u>Zielgruppe:</u> MPSS I + II, Yellow flags, psych. Begleiterkrankung, Abwendung AU u. Berentung, Pat. im Berufsleben	<u>Zielgruppe:</u> MPSS I + II + III, Abwendung
3-Wochen intensiv	3-Monate berufsbegleitend	9-15 Monate berufsbegleitend
<u>Therapieprogramm 4 Tage/Woche:</u> • 4x/Wo. Krankengymnastik	<u>Therapieprogramm 2 Tage/Woche:</u> • nachmittags/abends	<u>Therapieprogramm 2 Tage/Woche:</u> • 2x/Wo. Krankengymnastik/ Kon-

[Pfadkonzept Rückenschmerz]

(Gruppe) <ul style="list-style-type: none"> • 4x/Wo. Konditionierung (Gruppe) • 2x/Wo. Vortrag (Gruppe) • 2x/Woche Entspannung (Gruppe) • 1x/Wo. Ärztliche Konsultation/Behandlung, z.B. TLA, PVA, Kaudale Interjektion (Einzel) • 2x/Wo. ... manuelle Therapie/KG (Einzel) 	<ul style="list-style-type: none"> • 2x/Wo. Krankengymnastik (Gruppe) • 2x/Wo. Konditionierung (Gruppe) • 1x/Wo. Manuelle Therapie (Einzel) • 1x/Wo. Entspannung (Gruppe) • 6x Vortrag (Gruppe) • 3x Gespräch beim Psychologen (Einzel) 	ditionierung (Gruppe) <ul style="list-style-type: none"> • alle 2 Wo. Vortrag (Gruppe), Reflexion • alle 2 Wochen Entspannung (Gruppe)
---	---	---

Tabelle 2: Inhalt der pfadspezifischen Betreuungsprogramme I-III

Im ersten Schritt soll der Pfad III umgesetzt werden. Dabei werden die Empfehlungen der NVL berücksichtigt:

- zurückhaltende Diagnostik
- Psyche und soziales Umfeld beachten
- Aktivierung zur Bewegung
- Schmerzmittel: So viel wie nötig, so wenig wie möglich
- chronische Schmerzen: Kombinierte Behandlung

Der Hausarzt führt ein Screening durch und nutzt den MPSS-Bogen zur Ermittlung des Chronifizierungsgrades:

1. Screeningbogen
 - a. Aspekte des Gesundheitsverhaltens (Übergewicht, ausgeprägtes Schon- und Vermeidungsverhalten, Bewegungsmangel, Arbeitsplatzsituation)
 - b. Schmerzauslöser
 - c. Schmerzlokalisierung (mono-, bi- oder multilokulär),
 - d. Schmerzdauer,
 - e. Schmerzstärke,
 - f. Schmerzdynamik (Schmerzstärkenwechsel),
 - g. Schmerzqualität,
 - h. Schmerzverlauf (akut, subakut, chronisch);
 - i. Erfassung schmerzbedingter Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens;
 - j. Depressionsscreening, Erfassung kognitiver Beeinträchtigungen, Erhebung salutogener Ressourcen.
2. MPSS-Bogen (Mainzer Stadienmodell der Schmerz-Chronifizierung)

Bei Vorliegen folgender Kriterien erfolgt die Übergabe vom Hausarzt an den Facharzt zur Differenzialdiagnostik und Schmerzeinstellung:

- > 4 Wochen Schmerzen
- > 2 Wochen AU
- Schmerzskala: Keine Verbesserung der Schmerzsymptomatik

[Pfadkonzept Rückenschmerz]

Folgende Vorgaben der NVL werden integriert:

- Ergeben Anamnese und körperliche Untersuchung keinen Verdacht auf gefährliche Ursachen, soll bei akuten Kreuzschmerzen keine weitere Diagnostik eingesetzt werden.
- Wenn nach vier bis sechs Wochen keine Besserung eintritt und die Schmerzen den Patienten im Alltag behindern, soll der Einsatz bildgebender Verfahren geprüft werden.
- Nach vier Wochen Schmerzdauer und unzureichendem Therapieerfolg trotz leitliniengerechter Therapie können arbeitsplatzbezogene Risikofaktoren mit einem standardisierten Screeninginstrument erfasst werden.
- Nach vier Wochen Schmerzdauer und unzureichendem Therapieerfolg trotz leitliniengerechter Therapie sollten psychosoziale Risikofaktoren durch den koordinierenden Arzt des multiprofessionellen Assessments mit einem standardisierten Screeninginstrument, z. B. STarT Back Tool oder Örebro Kurzfragebogen, erfasst werden.
- Bessern sich Kreuzschmerzen nach einigen Wochen nicht, erfolgt ein frühzeitiges multidisziplinäres Assessment aus
- Belastungen im persönlichen Umfeld des Patienten, Schwierigkeiten mit der Familie oder Arbeitsplatz spielen bei Kreuzschmerzen eine wichtige Rolle.
- Psychosoziale Risikofaktoren sollen von Anfang an erfragt und berücksichtigt werden, um eine Chronifizierung möglichst zu vermeiden.
- Bei unzureichendem Therapieerfolg sollen psychosoziale Risikofaktoren systematisch mit standardisierten Fragebögen erhoben werden.
- Bewegungstherapien/Körperliche Aktivierung können bei akuten und sollen bei länger andauernden Kreuzschmerzen eingesetzt werden.
- Bei chronischen Schmerzen wird eine kombinierte Behandlung empfohlen. Halten Schmerzen länger als sechs Wochen an, soll Patienten eine multimodale Therapie angeboten werden, die Schmerz-, Psycho- und Bewegungstherapien kombiniert. Nach einem multimodalen Programm sollen konkrete Nachsorgeempfehlungen in Form eines Entlassungsberichtes und die weitere Behandlung mit dem koordinierenden Arzt des multiprofessionellen Assessments besprochen werden, um die erreichten Therapieergebnisse zu verstetigen.
- Im Krankheitsverlauf soll eine kontinuierliche Aufklärung und Motivation zu einer gesunden Lebensführung, die regelmäßige körperliche Aktivität einschließt, durchgeführt werden.
- Des Weiteren erfolgt eine Anleitung zum gesundheitsbewussten Verhalten. Hierzu werden krankenkassenspezifische Programme (wie z.B. Kaja-App) angewendet.

Der Facharzt auf Ebene II prüft die Notwendigkeit eines Assessments. Voraussetzungen für die Durchführung des Assessments sind:

- es droht eine Chronifizierung
- berufsfähiges Alter
- es liegt keine Berentung vor
- deutsche Sprachkenntnisse
- Mobilität

[Pfadkonzept Rückenschmerz]

- Gesundheitskompetenz vorhanden
- grundsätzliche Bereitschaft des Patienten

Im Vorfeld des Assessments füllt der Patient den Deutschen Schmerzfragebogen (Druckvorlage der DSG) aus.

Das Multiprofessionelle Assessment soll im Rahmen eines neuen Versorgungsmoduls im ASZ stattfinden. Geplant ist, jeweils 3 Patienten in dem Assessment von Fachärzten, Physiotherapeuten und Psychologen begutachten zu lassen. Hierbei wird mit einem 14-tägigen Turnus begonnen, der im Projektzeitraum angepasst werden kann. Der Ablauf ist wie folgt vorgesehen:

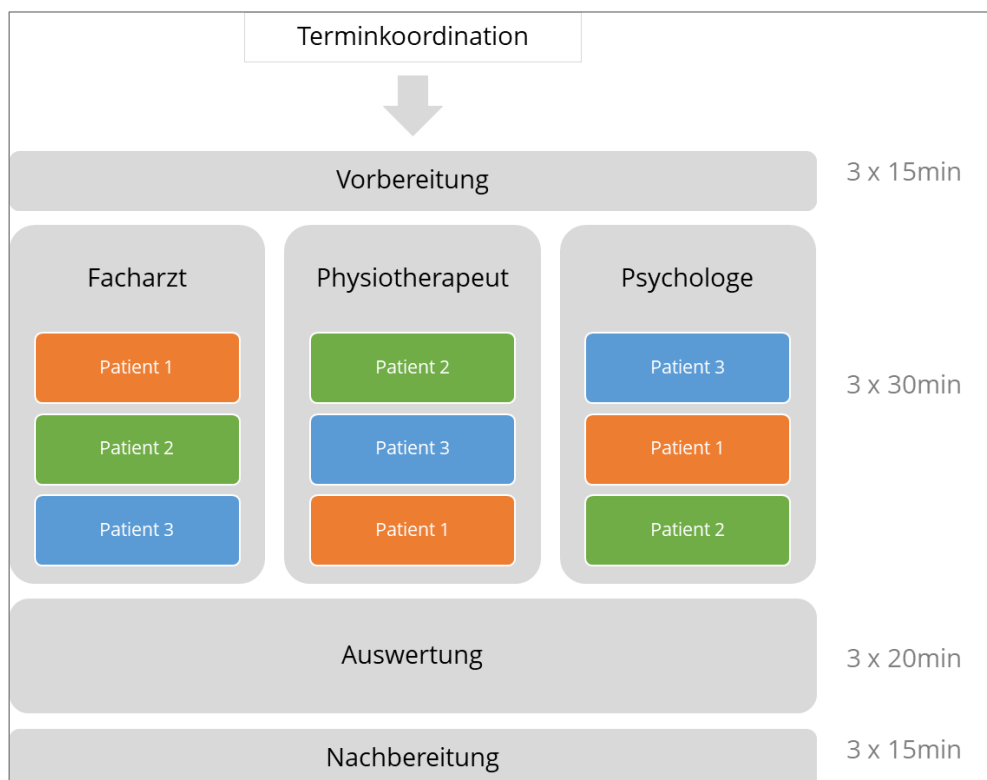


Abbildung 8: Ablauf Assessment

Inhalt:	körperlich-klinische Untersuchung (Gutachten) Anwendung der Neutral-Null-Methode (NNM, Nulldurchgangsmethode) - ist ein standardisierter orthopädischer Bewertungs- und Dokumentationsindex für die Beweglichkeit von Gelenken.
Anzahl Patienten:	3
Gesamtdauer:	3 Stunden - 3 x 30 min (Assessment) - 3 x 20 min (Auswertung) - 3 x 30 min (Vor- und Nachbereitungszeit)
Beteiligte	Fachärzte

[Pfadkonzept Rückenschmerz]

Voraussetzung: Psychologischer Psychotherapeut
Physiotherapeut
Kenntnisse in der Manualtherapie
Erfahrung in der funktionspathologischen Sicht auf den Patienten

Nach der Auswertung erfolgt die Überleitung in das pfadspezifische Betreuungsprogramm:

- Sportprogramm
- Entspannung
- Edukation
- Ärztliche Mitbetreuung
 - Monitoring Verlauf der Chronifizierung
 - Auswertung der Schmerzdokumentation
 - Bewertung, ob eine therapeutische Intervention erforderlich ist
 - o Red Flag
 - o Verschlechterung
 - o Funktionspathologie
 - o Körperliche Untersuchung
 - o ggf. Medikationsanpassung
 - o ggf. Abklärung weiterer Diagnostik
- ärztliches Auswertungsgespräch
 - o Beurteilung des Erfolges
 - o Bewertung der Verbesserung
 - o Zielüberprüfung

Für die Schmerzdokumentation ist vorgesehen, die Software painPool zu nutzen. Hierzu werden Lizenzen für das Pfadteam bereitgestellt. Weiterhin erfolgt die Ausstattung der Praxen bzw. Versorgungsstrukturen mit Tablets, so dass Fragebögen, Verlaufskontrollen usw. elektronisch durchgeführt werden können.

Das pfadspezifische Betreuungsprogramm sieht folgende therapeutische und edukative Komponenten vor (die Therapieinhalte werden in einem gesonderten Konzept bzw. Curriculum beschrieben):

1. Einzeltermin zu Beginn:

- Leistungserbringer: Pegasus
- Leistungsumfang: Anamnese, med. Körperanalyse, Muskelanalysen an Geräten
- Dauer: 60 Minuten

2. Gruppentherapieangebot (GT)

- Leistungserbringer: Pegasus
- Wöchentlich: Dienstag und Donnerstag
- Dauer: 45 Minuten

[Pfadkonzept Rückenschmerz]

- Uhrzeit: ab 18 Uhr
 - Teilnehmergröße: min. 3 bis max. 15 Personen
- 3. Einzeltherapieangebot (ET)**
- Milon Gesundheitszirkel
 - Leistungserbringer: Pegasus
 - Dauer: 17,5 Minuten
 - Individuelles Training vor oder nach der GT
 - Dokumentation in: Milon Care Software
- 4. Entspannungsangebot**
- Leistungserbringer: Psychotherapeuten und weiter nichtärztliche Gesundheitsexperten
 - Entspannungsangebote wie Jacobson (progressive Muskelentspannung)
 - XX: Donnerstag
 - Dauer: 45 Minuten
- 5. Edukationsangebot**
- Durchführende: Ärzte, Psychotherapeuten und weiter nichtärztliche Gesundheitsexperten
 - Monatlich: Donnerstag
 - Dauer: 45 Minuten
 - Ggf. Erstellung einer Plattform für Patienten (Fenster in IGiB-Homepage)
 - Konzeption der Vortragsreihe erfolgt durch die Ärzte
 - Medizinische Kategorie
 - Psychotherapeutische Kategorie
 - Funktionale Kategorie
- 6. Verlaufskontrollen alle 8 Wochen**
- Einzeltermine zur individuellen Zielkontrolle
 - Leistungserbringer: Pegasus
 - Bezug zum Thema Schmerz
 - Schnittstelle zu den Fachärzten: z.B. Fallkonferenzen
 - Praxis Schilling dokumentiert in Pain Pool

Ziel des SÜ BHPF Rückenschmerz ist es, neben der leitliniengerechten Therapie, den Patienten zu einem strukturierten Selbstmanagement zu befähigen. D.h., durch ergänzende Angebote soll eine Stärkung der Handlungskompetenz ermöglicht werden. Die hierfür notwendige Bereitschaft des Patienten an einer aktiven Mitwirkung muss gegeben sein.

Der SÜ-BHPF wird das Case-Management (agnes^{zwei}-Fachkraft) integrieren. Der Case-Manager soll bei Bedarf das Pfadmanagement durch Erfassung und Auswertung der relevanten Daten unterstützen und an der kontinuierlichen Weiterentwicklung der Behandlungspfade mitwirken. Die Beauftragung erfolgt durch den Hausarzt oder im Bedarfsfall durch den Facharzt. Die Finanzierung der Leistungen der agnes^{zwei} sind in der Anlage 3 der Rahmenvereinbarung geregelt.

[Pfadkonzept Rückenschmerz]

Im Rahmen der Tätigkeit sind folgende Aufgabenschwerpunkte vorgesehen:

- Beratung und Betreuung
- Ansprechpartner für Patient und Angehörige (Umgebungsassessment)
- Koordination
- Planung der Termine
- Fallbesprechung
- Unterstützung in der interdisziplinären Zusammenarbeit
- Informationsmanagement

Im Rahmen des Interventionszeitraumes werden in Abstimmung mit dem Pfadteam und der agnes^{zwei} regelmäßig Fallbesprechungen, Fallkonferenzen und Qualitätszirkel durchgeführt.

Im Rahmen der ärztlichen Fortbildung wird das Thema: Schmerzpsychologie eingebunden (durch Herrn Dipl.-Psych. Wolfgang Ritz, Psychologischer Psychotherapeut in Kremen-Sommerfeld).

Als Interventionszeitraum für den SÜ BHPF sind maximal 12 Monate vorgesehen. Die Zeitdauer ist abhängig von der Umsetzung des pfadspezifischen Betreuungsprogrammes (Teilnahmefrequenz des Patienten an den Einheiten). In diesem Zeitraum erfolgt das Screening und die intensivierte Pfadtherapie, die im Rahmen des Projektes evaluiert wird. Daraus ergeben sich folgende Messzeitpunkte werden durch das inav im Rahmen des Evaluationskonzeptes definiert.

Der SÜ-BHPF Rückenschmerz ist mit Einführung als versorgungswirksame Leistung obligater Bestandteil der zukünftigen ambulanten, wohnortnahen und leitliniengerechten Versorgung von Rückenschmerzpatienten im Mittelbereich Templin und umfasst den gesamten Versorgungszeitraum eines Patienten ab Diagnosestellung.

7. Leistungsbestandteile

Die hier entwickelten Leistungsinhalte sind zum einen bereits im Rahmen der Regelversorgung durch den EBM abgebildet und zum anderen erfolgt für die neu etablierten Zusatzleistungen sowie für den administrativen Aufwand eine Vergütung aus den Fördermitteln.

Ziel ist es, die Angebote so zu gestalten, dass auch über den Projektzeitraum hinaus eine Weiterfinanzierung erfolgen kann bzw. das Versorgungskonzept in weiterführende Verträge integriert werden kann.

Folgende Einzelpositionen erfolgen als Zusatzleistungen, die aus Fördermitteln finanziert werden:

1. Einschreibepauschale in das Projekt 15 € (aus dem Fördermittelbudget Projekteinschreibung).

[Pfadkonzept Rückenschmerz]

2. Leistungen beim Hausarzt (Screeningpauschale inkl. aller Leistungsbestandteile (1x im Interventionszeitraum).
3. Leistungen beim Facharzt
 - Assessmentpauschale, 1x im Interventionszeitraum
 - Dokumentationspauschale Verlaufskontrolle I-III, 3x im Interventionszeitraum
 - Dokumentationspauschale Auswertungsgespräch, 1x im Interventionszeitraum
4. Leistungen durch die agnes^{zwei} (bereits in Anlage 3 des Rahmenvertrages geregelt.)
5. Trainingsprogramm
6. Patientenschulung
7. Fallkonferenzen/QZ

Hierzu erfolgt eine ergänzende Leistungsdefinition und Kalkulation, auf dessen Basis die Fallzahlen und Fallwerte definiert werden.

8. Evaluation

Folgende Zielparameter sollen im Rahmen der Evaluation ausgewertet werden:

- Frühestmögliche Erkennung von Chronifizierungsrisiken
- Vermeidung von Chronifizierungsprozessen
- Erhalt der Erwerbstätigkeit
- Schmerzlinderung
- Erhalt/Verbesserung der Lebensqualität
- Verbesserung der Beweglichkeit
- Senkung der Hospitalisierungsrate,
- Fristgerechte Versorgung gemäß des Behandlungspfades

Die Konkretisierung und Operationalisierung erfolgt in dem Evaluationskonzept durch das inav.

[Pfadkonzept Rückenschmerz]

Literaturverzeichnis/Recherche

Nationale VersorgungsLeitlinie Nicht-spezifischer Kreuzschmerz, Langfassung, 2. Auflage, 2017
Version 1, AWMF-Register-Nr.: nvl-007

<https://www.leitlinien.de/mdb/downloads/nvl/kreuzschmerz/kreuzschmerz-2aufl-vers1-lang.pdf>

DGS-PraxisLeitlinie Kreuz-/Rückenschmerz. Leitfaden für die medikamentöse Kreuz-/Rückenschmerzbehandlung durch erst-/primärversorgende Ärzte

https://dgs-praxisleitlinien.de/application/files/7114/6461/6146/PL_RS_lang.pdf

Unspezifischer Rückenschmerz: Meist selbstlimitierend, Österreichische Ärztezeitung Nr. 10 / 25.05.2015

<http://www.aerztezeitung.at/archiv/oeaez-2015/oeaez-10-25052015/rueckenschmerz-aktivitaeten-des-taeglichen-lebens-adl-priv-do-z-roman-radl.html>

Gesundheitspfad Rücken Innovative Konzepte zur Verbesserung der Versorgung von Patienten mit Rückenschmerzen. Leitfaden für Entscheider und Gestalter. Experten-Panel „Rückenschmerz“ der Bertelsmann Stiftung, Gütersloh, Juni 2007

https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/IN_Gesundheitspfad_Ruecken_2007.pdf

Diagnose und Therapie chronischer Rückenschmerzen NVL Rückenschmerz 2010. Susanne Eder Interdisziplinäre Schmerztagesklinik Klinikum Nürnberg

https://www.klinikum-nuernberg.de/DE/ueber_uns/Fachabteilungen_KN/zentren/schmerz_tk/bilder_dokumente/Vortraege/Diagnose_und_Therapie_chronischer_Rueckenschmerzen.pdf

Stadieneinteilung des Schmerzes [nach Gerbershagen]

<http://www.drk-schmerz-zentrum.de/mz/pdf/downloads/stadieneinteilung.pdf>

https://www.fachklinik-enzensberg.de/fileadmin/Fachklinik_Enzensberg/PDF/Fachbeitraege/2013_4_Schmerz_Interdisziplin_Assessment_multim_Schmerzth_Endf.pdf

<http://forschung.deutscherentenversicherung.de/ForschPortalWeb/rehaDoc.pdf?rehaid=7764BEB1BB70902FC1256EA200301BD9>

Krankenkasse		
Name, Vorname, Adresse des Versicherten geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherungsnummer	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr	Datum

Diagnosen:

Aufnahme in den Templiner Rücken-Intensiv-Kurs:

Ja

Nein

Empfehlungen:

Datum:

Unterschrift:

Das Mainzer Stadiensystem der Schmerzchronifizierung

Mainz Pain Staging System (MPSS)

H.U Gerbershagen, J. Korb, B. Nagel und P.Nilges DRK-Schmerz Zentrum Mainz
– Testanweisung –

1. Achse I: Zeitliche Aspekte der Schmerzes

Erläuterungen:

- Die Fragen beziehen sich auf den Zeitraum der letzten **4 Wochen** vor der Erhebung
- Bei multilokulären Schmerzen beziehen sich die Fragen auf den **Hauptschmerz** des Patienten

1.1 Auftretenshäufigkeit der Schmerzen

Frage: Wie oft traten Ihre (Haupt-) Schmerzen in den letzten 4 Wochen im allgemeinen (durchschnittlich) auf ?

Codiere

- 1: Die Schmerzen treten nicht täglich auf; oder sie treten maximal einmal täglich auf, gehen aber wieder auf Null zurück; es gibt längere schmerzfreie Intervalle (hierbei wird der Schlaf nicht als schmerzfreies Intervall gewertet). Bestanden keine Schmerzen in den letzten 4 Wochen wird ebenfalls mit 1 codiert
- 2: Die Schmerzen treten mehrmals täglich auf, gehen aber wieder bis auf Null zurück, es gibt schmerzfreie Intervalle (hierbei wird der Schlaf nicht als schmerzfreies Intervall gewertet)
- 3: Die Schmerzen sind bis auf seltene schmerzfreie Momente und Schmerzfreiheit im Schlaf dauernd vorhanden, d.h. der Schmerz geht im allgemeinen nicht auf Null zurück

1.2 Schmerzdauer

Frage: Wie lange hielten Ihre (Haupt-) Schmerzen in den letzten 4 Wochen im allgemeinen an ?

Codiere

- 1: Die Schmerzen halten in der Regel bis zu mehreren Stunden oder kürzer an
- 2: Die Schmerzen halten meist mehrere Tage, höchstens bis zu einer Woche lang an
- 3: Die Schmerzen halten meist länger als eine Woche an oder sie sind dauerhaft vorhanden

1.3 Wechsel der Schmerzintensität

1.3.1 Dauerschmerzen

Frage: Zeigten Ihre Schmerzen in den letzten 4 Wochen im allgemeinen Schwankungen in der Stärke, d.h. wechselten die Schmerzen zwischen leichten, mäßigen und starken Schmerzen ?

Codiere

- 1: Schwankungen um zwei oder mehr Skalenwerte (NSS 0-10), zweimal oder öfter pro Woche
- 2: Schwankungen um zwei oder mehr Skalenwerte (NSS 0-10), seltener als zweimal pro Woche
- 3: Konstante Schmerzintensität

1.3.2 Anfallsartige Schmerzen

Frage: Traten Ihre Schmerzen in den letzten 4 Wochen in unterschiedlicher Stärke auf, d.h. gab es leichte, mäßig starke und starke Schmerzanfälle ?

Codiere

- 1: Die einzelnen Schmerzanfälle waren zumeist (50 % der Anfälle oder mehr) von unterschiedlicher Stärke (mehr als 2 Skalenwerte Differenz (NSS 0-10))
- 2: Die einzelnen Schmerzanfälle waren nur zeitweise (unter 50 % der Anfälle) von unterschiedlicher Stärke (mehr als 2 Skalenwerte Differenz (NSS 0-10))
- 3: Die einzelnen Schmerzanfälle hatten (nahezu) immer die gleiche Intensität

2. Achse II: Räumliche Aspekte des Schmerzes, Lokularität der Schmerzen

Erläuterungen:

- Die Fragen beziehen sich auf den Zeitraum der letzten 4 Wochen vor der Erhebung
- Nachfragen: Gibt es Haupt- und Nebenschmerzen ? Welche Schmerzen gehören für Sie zusammen ?
- Kritische Punkte: Unterschiedliche Lokalisationen, die vom Patienten als zusammengehörender Schmerz verstanden werden, werden mit 1 codiert (z.B. Kreuz-, Beinschmerzen, die gleichzeitig auftreten und als zusammengehörend erlebt werden). Gleiche Lokalisationen, die mit unterschiedlichen Schmerzen besetzt sind, werden mindestens mit 2 codiert (z.B. Dauerkopfschmerzen vom Nacken ausgehend und zusätzlich einseitige attackenartige Kopfschmerzen anderen Charakters)
- Die Schmerzen müssen für den Patienten von Krankheitswert gewesen sein; sie waren mit einer relevanten Beeinträchtigung für den Patienten verbunden

Frage: An welchen Körperregionen litten Sie in den letzten 4 Wochen unter Schmerzen? Wieviele Schmerzbilder konnten Sie dabei unterscheiden ?

Codiere

- 1: Der Patient klagt über ein für ihn zusammengehörendes Schmerzbild (an einer oder verschiedenen Regionen des Körpers)
- 2: Der Patient klagt über zwei abgrenzbare Schmerzbilder, die an einer oder an mehreren Stellen des Körpers lokalisiert sein können
- 3: Der Patient klagt über mehr als zwei voneinander abgrenzbare Schmerzbilder, oder seine Schmerzen nehmen mindestens 50% oder mehr der Körperoberfläche ein

3. Achse III: Medikamenteneinnahmeverhalten

3.1 Medikamenteneinnahme

Erläuterungen:

- Die Frage bezieht sich auf den Zeitraum der letzten 4 Wochen vor der Erhebung
- Schmerzbezogene Medikamente werden in folgende 3 Gruppen eingeteilt
Gruppe I: Nicht-Opioid-Monoanalgetika (u.a. NSAR, Paracetamol, Metamizol)
Gruppe II: schwach und stark wirksame Opiode
Gruppe III: Analgetika-Mischpräparate, Migränemittel, Muskelrelaxantien, Tranquilizer, Antidepressiva, Neuroleptika, Antiepileptika und Cortisonderivate, sofern sie zur Schmerztherapie eingesetzt wurden

Frage: Haben Sie während der letzten 4 Wochen Medikamente gegen Ihre Schmerzen eingenommen ?

Codiere

- 1: Keine Medikamente, oder Einnahme an weniger als 15 Tagen pro Monat
- 2: Bis maximal zwei Medikamente der Gruppe I, an mehr als 15 Tagen pro Monat
- 3: Mehr als zwei Medikamente der Gruppe I an mindestens 15 Tagen im Monat; oder zumindest ein Medikament der Gruppen II oder III, an mindestens 15 Tagen pro Monat

3.2 Medikamentenentzugsbehandlungen

Erläuterungen:

- Die Frage bezieht sich auf die **gesamte Lebenszeit** für die in Frage 2 angegebenen Schmerzlokalisationen
- Ein Entzug (oder Dosisreduktion) wird hier nur bewertet, wenn er (sie) im Rahmen einer ambulanten oder stationären ärztlichen Behandlung stattgefunden hat.
- Eine selbständige Dosisreduktion muß mit behandlungsbedürftigen Entzugssymptomen verbunden gewesen sein

Frage: Wurde bei Ihnen jemals ein Medikament, das Sie wegen Ihrer Schmerzen einnahmen, entzogen oder versucht, die Dosis wesentlich zu reduzieren ?

Codiere

- 1: Keine Entzugsbehandlung oder erhebliche Dosisreduktion in der gesamten Vorgeschichte
- 2: Einmalig eine Entzugsbehandlung oder erhebliche Dosisreduktion in der Vorgeschichte
- 3: Mehrfach Entzugsbehandlungen oder erhebliche Dosisreduktionen in der Vorgeschichte

4. Achse IV: Inanspruchnahme des Gesundheitswesens

Erläuterung:

- Die Fragen beziehen sich auf die gesamte Lebenszeit für die in Frage 2 angegebenen Schmerzlokalisationen

4.1 Hausarztwechsel

Erläuterung:

- Es werden nur Wechsel des Hausarztes bzw. persönlichen Arztes wegen erfolgloser Schmerzbehandlung gewertet. Umzug, Schließen der Praxis etc. gelten nicht (Konsultationen verschiedener Fachärzte mit oder ohne Überweisung werden hier nicht "gezählt")

Frage: Haben Sie wegen nicht erfolgreicher Behandlungen Ihrer Schmerzen jemals Ihren Hausarzt bzw. Ihren persönlichen Arzt gewechselt ?

Codiere

- 1: Kein Wechsel des Hausarztes bzw. des persönlichen Arztes
- 2: Maximal drei Wechsel des Hausarztes bzw. des persönlichen Arztes
- 3: Mehr als drei Wechsel des Hausarztes bzw. des persönlichen Arztes

4.2 Schmerzbezogene Krankenhausaufenthalte

Erläuterung:

- Es werden nur schmerzbezogene stationäre Aufenthalte gewertet. Kuren und Aufenthalte in Rehabilitationseinrichtungen siehe unter 4.4

Frage: Wurden Sie bereits einmal wegen Ihrer Schmerzen stationär in einem Krankenhaus behandelt?

Codiere

- 1: Keine oder nur eine stationäre schmerzbezogene Krankenhausbehandlung (Diagnostik und/oder Therapie)
- 2: Zwei bis drei stationäre schmerzbezogene Krankenhausaufenthalte
- 3: Mehr als drei stationäre schmerzbezogene Krankenhausaufenthalte

4.3 Schmerzbezogene Operationen

Erläuterungen:

- Es werden nur hauptsächlich aufgrund der Schmerzen durchgeführte Operationen gewertet
- Operative Eingriffe zur Therapie der Grunderkrankung oder anderer mit der Erkrankung verbundener Symptome werden nicht gewertet (z.B.: Bandscheibenoperation bei schwerer Parese; Versorgung von Frakturen nach Trauma; Adhäsionolyse bei Subileus etc.)
- Bei Kopf-Gesichtsschmerzen nach schmerzbezogenen Zahnextraktionen (eine Sitzung gilt als eine OP), Kieferoperationen und HNO-ärztlichen Operationen fragen
- Bei anderen Schmerzen nach endoskopischen Eingriffen (im Bauchraum, an den Gelenken) fragen
- Erfolgten Narbenkorrekturen ? (Narbenkorrekturen aus kosmetischen Gründen zählen nicht)
- Es werden alle ambulant und stationär durchgeführten Eingriffe gezählt

Frage: Wurden Sie jemals aufgrund Ihrer Schmerzen operiert ?

Codiere

- 1: Keine oder eine schmerzbezogene Operation

- 2: Zwei bis drei schmerzbezogene Operationen
- 3: Mehr als drei schmerzbezogene Operationen

4.4 Schmerzbezogene Kuren und Aufenthalte in Rehabilitationseinrichtungen

Erläuterung:

- Es werden nur schmerzbezogene Kuren und stationäre Aufenthalte in Rehabilitationseinrichtungen gewertet

Frage: Waren Sie aufgrund Ihrer Schmerzen jemals zu einem Kuraufenthalt oder zu einer stationären Rehabilitationsmaßnahme ?

Codiere

- 1: Keine schmerzbezogene Kur oder Rehabilitationsmaßnahme
- 2: Eine oder zwei schmerzbezogene Kuren oder Rehabilitationsmaßnahmen
- 3: Mehr als zwei schmerzbezogene Kuren oder Rehabilitationsmaßnahmen

Das Mainzer Stadienmodell der Schmerz-Chronifizierung (MPSS) Auswertungsformular

	Wert	Achsen- summe		Achsen- stadium										
Achse 1: Zeitliche Aspekte Auftretenshäufigkeit <ul style="list-style-type: none"> • einmal täglich oder seltener • mehrmals täglich • dauernd Dauer <ul style="list-style-type: none"> • bis zu mehreren Stunden • mehrere Tage • länger als eine Woche oder dauernd Intensitätswechsel <ul style="list-style-type: none"> • häufig • gelegentlich • nie 	1 2 3 1 2 3 1 2 3	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 5px auto;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 5px auto;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 5px auto;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 5px auto;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 5px auto;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 5px auto;"></div>	3 = I 4-6 = II 7-9 = III										
Achse 2: Räumliche Aspekte Schmerzbild <ul style="list-style-type: none"> • monolokulär • bilokulär • multilokulär oder Panalgesie 	1 2 3	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 5px auto;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 5px auto;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 5px auto;"></div>	1 = I 2 = II 3 = III										
Achse 3: Medikamenteneinnahmeverhalten Medikamenteneinnahme <ul style="list-style-type: none"> • unregelmäßiger Gebrauch von max.2 peripheren Analgetika • max. 3 periphere Analgetika, höchstens 2 regelmäßig • regelmäßig mehr als 2 periphere Analgetika oder zentralwirkende Analgetika Anzahl der Entzugsbehandlungen <ul style="list-style-type: none"> • keine • eine • mehr als eine Entzugsbehandlung 	1 2 3 1 2 3	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 5px auto;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 5px auto;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 5px auto;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 5px auto;"></div>	2 = I 3-4 = II 5-6 = III										
Achse 4: Patientenkarriere Wechsel des persönlichen Arztes <ul style="list-style-type: none"> • kein Wechsel • max 3 Wechsel • mehr als 3 Wechsel Schmerzbedingte Krankenhausaufenthalte <ul style="list-style-type: none"> • bis 1 • 2 bis 3 • mehr als 3 Schmerzbedingte Operationen <ul style="list-style-type: none"> • bis 1 • 2 bis 3 • mehr als 3 Schmerzbedingte Rehabilitationsmaßnahmen <ul style="list-style-type: none"> • keine • bis 2 • mehr als 2 	1 2 3 1 2 3 1 2 3 1 2 3	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 5px auto;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 5px auto;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 5px auto;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 5px auto;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 5px auto;"></div>	4 = I 5-8 = II 9-12 = III										
<div style="border: 2px solid black; padding: 10px; display: inline-block;"> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;">Addition der Achsen- Stadien</td> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;">Gesamt- Stadium</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;">I 4-6</td> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;">I 4-6</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;">II 7-8</td> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;">II 7-8</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;">III 9-12</td> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;">III 9-12</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 5px auto;"></div> </td> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 5px auto;"></div> </td> </tr> </table> </div>					Addition der Achsen- Stadien	Gesamt- Stadium	I 4-6	I 4-6	II 7-8	II 7-8	III 9-12	III 9-12	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 5px auto;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 5px auto;"></div>
Addition der Achsen- Stadien	Gesamt- Stadium													
I 4-6	I 4-6													
II 7-8	II 7-8													
III 9-12	III 9-12													
<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 5px auto;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 5px auto;"></div>													

Krankenkasse		
Name, Vorname, Adresse des Versicherten, geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherungsnummer	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Praxisstempel,
Unterschrift, Datum



Telefonnummer (Patient)

E-Mail Adresse (Patient)

Screeningbogen SÜ-BHPF- Rückenschmerz

I) Ausbildungsgrad/Erwerbstätigkeit/AU-Tage

2. Erwerbstätig	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
3. AU	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	wenn ja, Dauer: <input type="checkbox"/> 2-4 Wochen <input type="checkbox"/> 4-6 Wochen <input type="checkbox"/> ab 6 Wochen	

II) Schmerzanamnese

1. Rückenschmerzattacken	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	wenn ja: <input type="checkbox"/> akut <input type="checkbox"/> akut – rezidivierend <input type="checkbox"/> chronisch	
2. Kürzer werdende Abstände zw. d. Schmerzattacken	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
3. Chronifizierungsgrad	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	wenn ja: <input type="checkbox"/> MPSS I <input type="checkbox"/> MPSS II <input type="checkbox"/> MPSS III	

III. Krankheitslast/Komorbiditäten

1. Bekannte Vorbefunde / Bereich d. Wirbelsäule	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	wenn ja: <input type="checkbox"/> Röntgen <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRT	
2. Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
3. Diabetes	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
4. Chronisch entzündliche Erkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
5. COPD	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
6. Krebsleiden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

IV. Medikation (Analgetika)

1. Bedarfsmedikation	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
2. Dauermedikation	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
3. BTM	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

V. Bisherige Therapie

1. Physiotherapie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
2. Rehabilitation	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
3. Psychotherapie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

kein Schmerz

stärkster vollstellbarer Schmerz

Wie würden Sie Ihre Schmerzen, wie sie in diesem Augenblick sind, einstufen? *

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Antwort

kein Schmerz

stärkster vollstellbarer Schmerz

Wenn Sie an die Tage denken, an denen Sie in den letzten drei Monaten Schmerzen hatten, wie würden Sie Ihre stärksten Schmerzen einstufen? *

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

kein Schmerz

stärkster vollstellbarer Schmerz

Wenn Sie an die Tage denken, an denen Sie in den letzten drei Monaten Schmerzen hatten, wie würden Sie die durchschnittliche Stärke der Schmerzen einstufen? *

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

An ungefähr wie vielen Tagen konnten Sie in den letzten drei Monaten aufgrund Ihrer Schmerzen Ihren normalen Beschäftigungen (Beruf, Schule/Studium, Hausarbeit) nicht nachgehen? *

keine
Beeinträchtigung

völlige
Beeinträchtigung

--

Inwieweit haben Ihre Schmerzen Sie in den letzten drei Monaten bei Ihren alltäglichen Beschäftigungen beeinträchtigt? *

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

keine
Beeinträchtigung

völlige
Beeinträchtigung

--

Inwieweit haben in den letzten drei Monaten die Schmerzen Ihre Fähigkeit, an Familienoder Freizeitaktivitäten teilzunehmen, beeinträchtigt? *

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

keine
Beeinträchtigung

völlige
Beeinträchtigung

--

Und inwieweit haben in den letzten drei Monaten die Schmerzen Ihre Fähigkeit beeinträchtigt, Ihre Arbeit/Hausarbeit zu verrichten? *

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Wie war Ihr allgemeines Wohlbefinden? Ordnen Sie Ihrem Befinden einen Wert zu, wobei „-100“ einem sehr schlechten Befinden und „+100“ einem sehr guten Befinden entspricht. Machen Sie eine Markierung an der Stelle, die Ihrem Befinden entspricht. *

-100 -75 -50 -25 25 50 75 100

Wohlbefinden

War Ihre nächtliche Schlafdauer... *

- ...ausreichend?
- ...nicht ausreichend?

Hatten Sie Dauerschmerzen? *

- ja
- nein

Wurden Sie durch Ihre Schmerzen in Ihren Tätigkeiten und Bedürfnissen eingeschränkt? *

- nein
- ja, ein wenig
- deutlich
- stark
- fast völlig

Haben die Schmerzen Ihre Stimmung beeinträchtigt? *

- nein
- ja, ein wenig
- deutlich
- stark
- sehr stark

Hatten Sie das Gefühl, die Schmerzen lindernd beeinflussen zu können? *

- nein
- ja, ein wenig
- deutlich
- stark
- sehr stark

**Hatten Sie sonstige Beschwerden?
(Mehrfachnennungen möglich)**

- keine
- Müdigkeit
- Übelkeit
- Magenbeschwerden
- Konzentrationsstörung
- Niedergeschlagenheit
- Appetitlosigkeit
- Schlafstörungen
- Schwitzen
- Lustlosigkeit
- Schwindel
- Verstopfung
- Andere

Deutscher Schmerz-Fragebogen



Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.

Sektion der International Association for the Study of Pain (IASP)

Copyright: www.dgss.org

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um die Ursachen Ihrer Schmerzen besser einschätzen zu können, sind für uns Informationen aus unterschiedlichen Bereichen erforderlich. Daher ist es für uns wichtig, wie Sie Ihre Schmerzen genau beschreiben, an welchen Behandlungen Sie mit welchem Erfolg bereits teilgenommen haben und welche Auswirkungen der Schmerz auf Ihr Befinden und Ihre Lebensumstände hat.

Ihre **freiwilligen** Angaben dienen der Vorbereitung des ersten ärztlichen Gespräches und der Untersuchung. Bitte beantworten Sie möglichst **alle** Fragen, auch die, die Ihnen unwichtig erscheinen. Wenn Ihnen eine Frage unklar ist, machen Sie bitte vor der entsprechenden Frage ein Fragezeichen.

Ihre Daten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Ihre Fragebogendaten werden in unserem EDV-Dokumentationssystem gespeichert, damit diese Ihren Therapeuten während Ihrer Behandlung jederzeit zur Verfügung stehen. Zugang haben nur berechnete Mitarbeiter unserer Abteilung, die zur Verschwiegenheit verpflichtet sind.

Die folgenden vier Zeilen bitte nicht ausfüllen!

Patienten-Nr.: _____

Ausgabe-Datum: _____

Eingangs-Datum: _____

Erster Behandlungstermin: _____

Patient: _____ Datum beim Ausfüllen:

Tag	Monat	Jahr	

1. Geburtsdatum:

Tag	Monat	Jahr			

Alter: _____ Jahre

2. Geschlecht: männlich

weiblich

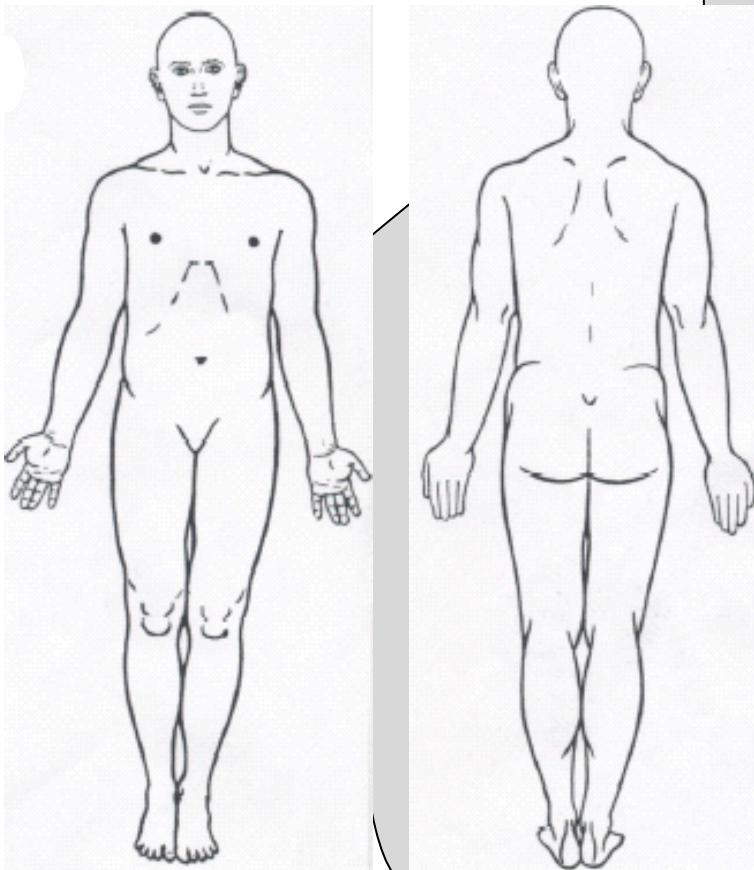
3. Körpergröße (cm):

--	--	--	--	--

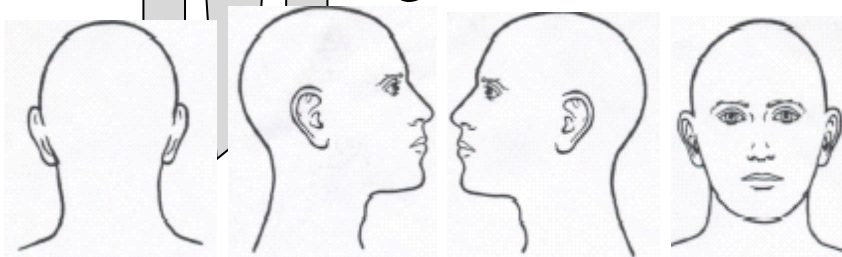
4. Körpergewicht (kg):

--	--	--	--	--

5. Bitte zeichnen Sie im Körperschema ein, an welchen Körperstellen Ihre Schmerzen auftreten



Bitte beschreiben Sie Ihre Schmerzen mit eigenen Worten:



6. Wegen welcher Schmerzen kommen Sie hauptsächlich zur Behandlung? _____

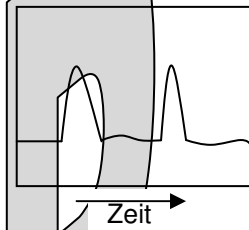
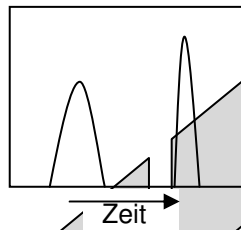
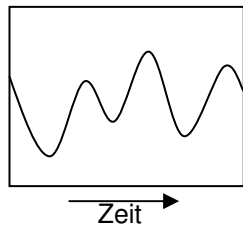
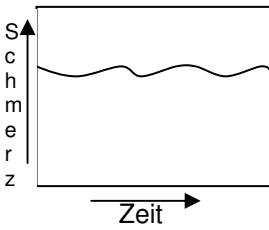
7. a) **Seit wann** bestehen diese Schmerzen?

- weniger als 1 Monat ½ Jahr bis 1 Jahr 2 bis 5 Jahre
1 Monat bis ½ Jahr 1 bis 2 Jahre mehr als 5 Jahre

b) Gibt es ein genaues Datum, ab dem die Schmerzen aufgetreten sind?

Tag	Monat	Jahr			

8. a) Welche der Aussagen trifft auf Ihre **Schmerzen** in den letzten 4 Wochen am besten zu?
(Bitte nur **eine** Angabe machen!)



1) Dauerschmerzen mit leichten Schwankungen

2) Dauerschmerzen mit starken Schwankungen

3) Schmerzattacken, dazwischen schmerzfrei

4) Schmerzattacken, auch dazwischen Schmerzen

Wenn Sie an Schmerzattacken leiden (Bild 3 und 4), beantworten Sie bitte zusätzlich noch folgende Fragen:

b) **Wie oft** treten diese Attacken durchschnittlich auf?

mehrfach täglich

einmal täglich

mehrfach wöchentlich

einmal wöchentlich

mehrfach monatlich

einmal monatlich

seltener:

c) **Wie lange** dauern diese Attacken durchschnittlich? Sekunden Stunden bis zu drei Tagen

Minuten

länger als drei Tage

9. Sind Ihre Schmerzen zu bestimmten Tageszeiten besonders stark?
wenn ja: morgens mittags nachmittags

Ja abends

nein nachts

10. Mit der folgenden Liste von Eigenschaftswörtern können Sie genauer beschreiben, **wie Sie Ihre Schmerzen empfinden**. Denken Sie bei der Beantwortung an Ihre **typischen Schmerzen in der letzten Zeit**.

Bitte lassen Sie keine der Beschreibungen aus und machen Sie **für jedes Wort ein Kreuz**, inwieweit die Aussage für Sie zutrifft.

Sie haben bei jeder Aussage 4 Antwortmöglichkeiten:

3 = trifft genau zu

2 = trifft weitgehend zu

1 = trifft ein wenig zu

0 = trifft nicht zu

Ich empfinde meine Schmerzen als

	trifft genau zu	trifft weitgehend zu	trifft ein wenig zu	trifft nicht zu		trifft genau zu	trifft weitgehend zu	trifft ein wenig zu	trifft nicht zu
	3	2	1	0		3	2	1	0
....dumpf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>heiß	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
....drückend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>brennend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
....pochend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>elend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
....klopfend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>schauderhaft	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
....stechend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>scheußlich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
....ziehend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>furchtbar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11. Geben Sie im Folgenden die **Stärke Ihrer Schmerzen** an. Kreuzen Sie bitte **auf den unten aufgeführten Skalen** an, wie stark Sie Ihre Schmerzen empfinden (unter Ihrer üblichen Medikation). Ein Wert von 0 bedeutet, Sie haben keine Schmerzen, ein Wert von 10 bedeutet, Sie leiden unter Schmerzen, wie sie für Sie nicht stärker vorstellbar sind. Die Zahlen dazwischen geben Abstufungen der Schmerzstärke an.

a) Geben Sie bitte zunächst Ihre **momentane Schmerzstärke** an:

[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]
kein stärkster
Schmerz vorstellbarer Schmerz

b) Geben Sie jetzt bitte Ihre **durchschnittliche Schmerzstärke** während der letzten 4 Wochen an:

[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]
kein stärkster
Schmerz vorstellbarer Schmerz

c) Geben Sie jetzt bitte Ihre **größte Schmerzstärke** während der letzten 4 Wochen an:

[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]
kein stärkster
Schmerz vorstellbarer Schmerz

d) Geben Sie jetzt an, welche **Schmerzstärke** für Sie bei erfolgreicher Behandlung **erträglich** wäre:

[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]
kein stärkster
Schmerz vorstellbarer Schmerz

12. In den folgenden Fragen geht es um Ihre Schmerzen während der **letzten 3 Monate**. Für diesen Zeitraum möchten wir Genaueres über die **Auswirkungen der Schmerzen** erfahren.

a) **An wie vielen Tagen** konnten Sie in den letzten 3 Monaten aufgrund von Schmerzen nicht Ihren üblichen Aktivitäten nachgehen (z.B. Beruf, Schule, Haushalt)?

an etwa Tagen

In der folgenden Bewertung der Beeinträchtigung durch die Schmerzen bedeutet ein Wert von 0, Sie haben keine Beeinträchtigung. Ein Wert von 10 bedeutet, Sie sind völlig beeinträchtigt. Die Zahlen dazwischen geben Abstufungen der Beeinträchtigung an.

b) In welchem Maße haben die Schmerzen in den letzten 3 Monaten Ihren **Alltag** (Ankleiden, Waschen, Essen, Einkaufen etc.) beeinträchtigt?

[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]
keine völlige
Beeinträchtigung Beeinträchtigung

c) In welchem Maße haben die Schmerzen in den letzten 3 Monaten Ihre **Freizeitaktivitäten** oder Unternehmungen im **Familien- oder Freundeskreis** beeinträchtigt?

[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]
keine völlige
Beeinträchtigung Beeinträchtigung

d) In welchem Maße haben die Schmerzen in den letzten 3 Monaten Ihre **Arbeitsfähigkeit** (einschließlich Hausarbeit) beeinträchtigt?

[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]
keine völlige
Beeinträchtigung Beeinträchtigung

13. a) Auf welche **Ursachen** führen Sie Ihre **Schmerzen** zurück? (Mehrfachnennungen sind möglich)

- für mich ist **keine Ursache** erkennbar
- auf eine bestimmte Krankheit wenn ja, welche? _____
- auf eine Operation wenn ja, welche? _____
 Datum der Operation

Tag									
- auf einen Unfall wenn ja, welchen? _____
 Datum des Unfalls

Tag									
- auf körperliche Belastung
- auf seelische Belastung
- auf eine andere Ursache wenn ja, welche? _____

Falls Ihre Schmerzen im Zusammenhang mit einem Unfall, einer berufsbedingten Erkrankung oder Ersatzansprüchen (z.B. nach Operationen) stehen:

b) Sind alle diesbezüglichen **rechtlichen oder versicherungsrechtlichen Fragen** abgeschlossen (z.B. Schmerzensgeld)? ja nein

14. Was machen Sie selbst, um Ihre **Schmerzen günstig zu beeinflussen**?

Bitte machen Sie genaue Angaben, z.B. spazieren gehen, schlafen, Ablenkung, ...

Ich kann meine Schmerzen nicht beeinflussen

15. **Was löst Ihrer Erfahrung nach die Schmerzen aus oder verschlimmert sie?**

Ich weiß es nicht

16. Bitte schätzen Sie Ihr **derzeitiges allgemeines Wohlbefinden** ein. Geben Sie bitte an, wie Sie sich in der letzten Woche meistens geföhnt haben. Kreuzen Sie dazu auf der 6-stufigen Skala jeweils die Zahl an, die am ehesten auf Sie zutrifft: 0 = trifft gar nicht zu, 5 = trifft vollkommen zu. Bearbeiten Sie bitte alle Aussagen.

	trifft gar nicht zu	0	1	2	3	4	trifft vollkommen zu
Trotz der Schmerzen würde ich sagen:		0	1	2	3	4	5
1. Ich habe meine alltäglichen Anforderungen im Griff gehabt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Ich bin innerlich erfüllt gewesen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Ich habe mich behaglich geföhnt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Ich habe mein Leben genießen können.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Ich bin mit meiner Arbeitsleistung zufrieden gewesen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Ich war mit meinem körperlichen Zustand einverstanden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Ich habe mich richtig freuen können.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

17. Fragen zu Ihrem Befinden

Bearbeitungshinweis: Bitte lesen Sie jede Aussage und kreuzen Sie die Zahl 0, 1, 2 oder 3 an, die angeben soll, wie sehr die Aussage **während der letzten Woche** auf Sie zutraf. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Versuchen Sie, sich spontan für eine Antwort zu entscheiden.

- 0 Traf **gar nicht** auf mich zu
- 1 Traf **bis zu einem gewissen Grad** auf mich zu oder **manchmal**
- 2 Traf **in beträchtlichem Maße** auf mich zu oder **ziemlich oft**
- 3 Traf **sehr stark** auf mich zu oder **die meiste Zeit**

1. Ich fand es schwer, mich zu beruhigen.	0	1	2	3	S
2. Ich spürte, dass mein Mund trocken war.	0	1	2	3	A
3. Ich konnte überhaupt keine positiven Gefühle mehr erleben.	0	1	2	3	D
4. Ich hatte Atemprobleme (z.B. übermäßig schnelles Atmen, Atemlosigkeit ohne körperliche Anstrengung).	0	1	2	3	A
5. Es fiel mir schwer, mich dazu aufzuraffen, Dinge zu erledigen.	0	1	2	3	D
6. Ich tendierte dazu, auf Situationen überzureagieren.	0	1	2	3	S
7. Ich zitterte (z.B. an den Händen).	0	1	2	3	A
8. Ich fand alles anstrengend.	0	1	2	3	S
9. Ich machte mir Sorgen über Situationen, in denen ich in Panik geraten und mich lächerlich machen könnte.	0	1	2	3	A
10. Ich hatte das Gefühl, dass ich mich auf nichts mehr freuen konnte.	0	1	2	3	D
11. Ich bemerkte, dass ich mich schnell aufregte.	0	1	2	3	S
12. Ich fand es schwierig, mich zu entspannen.	0	1	2	3	S
13. Ich fühlte mich niedergeschlagen und traurig.	0	1	2	3	D
14. Ich reagierte ungehalten auf alles, was mich davon abhielt, meine momentane Tätigkeit fortzuführen.	0	1	2	3	S
15. Ich fühlte mich einer Panik nahe.	0	1	2	3	A
16. Ich war nicht in der Lage, mich für irgendetwas zu begeistern.	0	1	2	3	D
17. Ich fühlte mich als Person nicht viel wert.	0	1	2	3	D
18. Ich fand mich ziemlich empfindlich.	0	1	2	3	S
19. Ich habe meinen Herzschlag gespürt, ohne dass ich mich körperlich angestrengt hatte (z.B. Gefühl von Herzrasen oder Herzstolpern).	0	1	2	3	A
20. Ich fühlte mich grundlos ängstlich.	0	1	2	3	A
21. Ich empfand das Leben als sinnlos.	0	1	2	3	D

Diese Zeile bitte nicht ausfüllen:

D: _____ A: _____ S: _____

18. a) **Von wem** wurden Sie bisher wegen Ihrer Schmerzen **untersucht oder behandelt**?

Keine Behandlung

Allgemeinarzt

Chirurg

Heilpraktiker

Internist

Neurochirurg

Neurologe

Orthopäde

Psychiater

Psychotherapeut

Radiologe

Schmerztherapeut

Andere: _____

b) Wurde bei Ihnen bereits eine **Schmerzdiagnose** gestellt? ja

nein

wenn ja, welche? _____

19. **Wie** wurden Ihre Schmerzen **bisher behandelt**?

Kreuzen Sie bitte an, welche der unten aufgeführten Behandlungsmaßnahmen Sie erhalten haben. Geben Sie bitte auch an, ob Ihre **Schmerzen** durch diese Maßnahmen zumindest zeitweise gelindert wurden.

	Erhalten:	Wenn ja →	ja	wirksam? vorübergehend	nein
bisher keine Schmerzbehandlung	<input type="radio"/>				
Medikamente	<input type="radio"/>	→ <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Infusionen	<input type="radio"/>	→ <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Einspritzungen in das Schmerzgebiet, Nervenblockaden	<input type="radio"/>	→ <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Einspritzungen am Rückenmark (z.B. epidural)	<input type="radio"/>	→ <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rückenmarksnahen Sonden- (SCS) oder Pumpensysteme	<input type="radio"/>	→ <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Krankengymnastik	<input type="radio"/>	→ <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Massagen, Bäder, Kälte-/Wärmetherapie	<input type="radio"/>	→ <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Elektrische Nervenstimulation (TENS)	<input type="radio"/>	→ <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Akupunktur	<input type="radio"/>	→ <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chiropraktik	<input type="radio"/>	→ <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psychotherapie	<input type="radio"/>	→ <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Entspannungsverfahren, Hypnose, Biofeedback	<input type="radio"/>	→ <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medikamenten-Entzug	<input type="radio"/>	→ <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kur-/Reha-Behandlung	<input type="radio"/>	→ <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anderes: _____	<input type="radio"/>	→ <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

20. Wurden Sie schon einmal **operiert**?

ja

wie oft? mal

nein

Wichtig sind für die Beantwortung dieser Frage auch alle „kleineren operativen Eingriffe“, die oft in örtlicher Betäubung durchgeführt werden, z.B. Nasenoperationen, Gelenk- und Bauchspiegelungen. Bitte markieren Sie, welche Operation **wegen Ihrer Schmerzen** durchgeführt wurde.

Art der Operation:

Datum:

wg. Schmerz? ↓

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Tag Monat Jahr

24. Leiden Sie neben Ihren Schmerzen an **weiteren Krankheiten oder Krankheitsfolgen**? Im Folgenden sind Krankheitsgruppen mit Beispielen aufgeführt. Wenn eines der Beispiele zutrifft, unterstreichen Sie es bitte. Dann schätzen Sie bitte ein, wie stark Sie durch diese Erkrankung in Ihrem Alltagsleben beeinträchtigt sind. „0“ bedeutet, Sie erleben keine Beeinträchtigung, „3“ besagt, dass Sie eine starke Beeinträchtigung erleben.

<p>Bösartige Erkrankungen, Tumorleiden, Krebs</p> <p>Welche Erkrankung: _____</p>	<p>ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/></p> <p>keine <input type="radio"/> Beeinträchtigung <input type="radio"/> starke <input type="radio"/></p> <p>[0] [1] [2] [3]</p>
<p>Erkrankungen des Nervensystems, Gehirns und Rückenmarks</p> <p>z.B. Epilepsie, Multiple Sklerose (MS), Parkinson, Schlaganfall, Nervenverletzung, Nervenlähmung, Nervenentzündung, Polyneuropathie; Zustand nach Rückenmarkverletzung, Schädel-Hirn-Trauma oder Schlaganfall</p> <p>Andere: _____</p>	<p>ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/></p> <p>keine <input type="radio"/> Beeinträchtigung <input type="radio"/> starke <input type="radio"/></p> <p>[0] [1] [2] [3]</p>
<p>Erkrankungen der Atemwege z.B. Asthma, chronische Bronchitis, Emphysem; Zustand nach Pneumothorax, Tuberkulose oder Lungenentzündung</p> <p>Andere: _____</p>	<p>ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/></p> <p>keine <input type="radio"/> Beeinträchtigung <input type="radio"/> starke <input type="radio"/></p> <p>[0] [1] [2] [3]</p>
<p>Erkrankungen von Herz oder Kreislauf z.B. Koronäre Herzerkrankung, Herzrhythmusstörungen; Herzschwäche, Bluthochdruck, Arterienverkalkung, Aneurysma; Zustand nach Herzinfarkt, Thrombose, oder Embolie</p> <p>Andere: _____</p>	<p>ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/></p> <p>keine <input type="radio"/> Beeinträchtigung <input type="radio"/> starke <input type="radio"/></p> <p>[0] [1] [2] [3]</p>
<p>Magen-, Darmerkrankungen z.B. Entzündung der Magenschleimhaut oder der Speiseröhre (Refluxkrankheit); Magen-/Zwölffingerdarmgeschwüre, Reizdarm, M.Crohn, Colitis ulcerosa, Hämorrhoiden, Stuhlinkontinenz (Schwäche des Schließmuskels); Zustand nach Magen- oder Darmblutung</p> <p>Andere: _____</p>	<p>ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/></p> <p>keine <input type="radio"/> Beeinträchtigung <input type="radio"/> starke <input type="radio"/></p> <p>[0] [1] [2] [3]</p>
<p>Erkrankungen der Leber, Galle oder Bauchspeicheldrüse</p> <p>z.B. Chronische Leberentzündung (=Hepatitis), Leberzirrhose, Gallenkoliken durch Steine oder Entzündung, Entzündung der Bauchspeicheldrüse</p> <p>Andere: _____</p>	<p>ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/></p> <p>keine <input type="radio"/> Beeinträchtigung <input type="radio"/> starke <input type="radio"/></p> <p>[0] [1] [2] [3]</p>
<p>Erkrankungen der Nieren, Harnwege (Blase, Harnröhre) oder Geschlechtsorgane z.B. Chronisches Nierenversagen, Harnwegsentzündung, Blasenschwäche, Endometriose, Sexualstörung; Zustand nach Nierenkoliken oder Nierensteinen</p> <p>Andere: _____</p>	<p>ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/></p> <p>keine <input type="radio"/> Beeinträchtigung <input type="radio"/> starke <input type="radio"/></p> <p>[0] [1] [2] [3]</p>
<p>Stoffwechsel-Erkrankungen z.B. Zuckerkrankheit; Über- oder Unterfunktion der Schilddrüse, Gicht; Erhöhung der Blutfettwerte</p> <p>Andere: _____</p>	<p>ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/></p> <p>keine <input type="radio"/> Beeinträchtigung <input type="radio"/> starke <input type="radio"/></p> <p>[0] [1] [2] [3]</p>
<p>Hauterkrankungen z. B. Psoriasis (Schuppenflechte); Nesselsucht; Ekzeme</p> <p>Andere: _____</p>	<p>ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/></p> <p>keine <input type="radio"/> Beeinträchtigung <input type="radio"/> starke <input type="radio"/></p> <p>[0] [1] [2] [3]</p>
<p>Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems / des Bindegewebes</p> <p>z.B. Chronische Polyarthritis, M.Bechterew; rheumatische Muskelentzündung, Skoliose; Osteoporose; Arthrose von Knie-, Hüft-, oder Schultergelenk; Zustand nach Bruch eines Wirbelkörpers</p> <p>Andere: _____</p>	<p>ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/></p> <p>keine <input type="radio"/> Beeinträchtigung <input type="radio"/> starke <input type="radio"/></p> <p>[0] [1] [2] [3]</p>
<p>Seelische Leiden z.B. Depression, schwere Angstzustände, Panikattacken, Mager-sucht, chronische Müdigkeit und Erschöpfung, Sucht oder Abhängigkeit, Psychose</p> <p>Andere: _____</p>	<p>ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/></p> <p>keine <input type="radio"/> Beeinträchtigung <input type="radio"/> starke <input type="radio"/></p> <p>[0] [1] [2] [3]</p>
<p>Andere Erkrankungen</p> <p>_____</p>	<p>ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/></p> <p>keine <input type="radio"/> Beeinträchtigung <input type="radio"/> starke <input type="radio"/></p> <p>[0] [1] [2] [3]</p>
<p>Risikofaktoren Blutgerinnungsstörung, Hepatitis, HIV</p> <p>Andere: _____</p>	<p>ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/></p>
<p>Unverträglichkeiten, Allergien z.B. Pflaster, Lebensmittel, Wasch-/Putzmittel, Blütenstaub, Hausstaub</p>	<p>ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/></p>

Modul D**Demographie, Versicherung**

D-1. Nachname: _____ Vorname: _____
Geburtsname: _____ Geburtsdatum: _____ Tag _____ Monat _____ Jahr _____

D-2. Geschlecht: männlich weiblich

D-3. Körpergröße (cm): _____ Körpergewicht (kg): _____

D-4. PLZ: _____ Wohnort: _____
Straße: _____
Tel. privat: _____ Tel. dienstl.: _____
Handy: _____ e-mail: _____

D-5. **Entfernung** von Ihrer Wohnung bis zu **unserer** Praxis / Klinik (in km): ca. _____

D-6. Nationalität: _____ Muttersprache: _____

D-7. Name, Adresse und Telefon-Nummer Ihres **überweisenden Arztes**:

D-8. Name, Adresse und Telefon-Nummer der **Ärzte oder Psychotherapeuten**, die Sie zurzeit hauptsächlich behandeln (falls abweichend von Frage D-7):

D-9. Krankenversicherung für **ambulante** Behandlung: _____
zuständige Geschäftsstelle inkl. Adresse: _____

D-10. Krankenversicherung für **stationäre** Behandlung: _____

D-11. **Beihilfe**-Berechtigung: nein ja durch: _____

D-12. Behandlung aufgrund eines **anerkannten BG-Verfahrens** (Arbeits- oder Wegeunfall) ja nein

D-13. Haben Sie eine **Krankentagegeldversicherung**? ja nein

D-14. Besteht eine **Zusatzversicherung**? ja nein

D-15. **Wer lebt gemeinsam mit Ihnen in Ihrem Haushalt?** (Mehrfachantworten sind möglich):
ich lebe allein Ehepartner/Partner Kinder (Schwieger-)Eltern

D-16. Welche **Schulbildung** haben Sie? keinen Abschluss Hauptschule / Volksschule
Realschule / Mittlere Reife Fachhochschulreife Abitur / allgemeine Hochschulreife

D-17. Welche Berufsausbildung haben Sie: _____

Modul S Sozialrechtliche Situation

S-1. Sind Sie zurzeit **berufstätig**? (trifft auch zu, wenn Sie jetzt gerade arbeitsunfähig sind)
 ja, ich bin zurzeit berufstätig, d.h. habe einen Arbeitsplatz → weiter bei Frage S-2
 nein, ich bin zurzeit nicht berufstätig
 Ich habe zuletzt gearbeitet als (bitte eintragen): _____
 _____ → weiter bei Frage S-5

Die Fragen S-2 bis S-4 bitte beantworten, wenn Sie zurzeit berufstätig sind (auch bei Krankschreibung)

S-2. Welche **berufliche Tätigkeit** üben Sie aus? _____

S-3. Sind Sie **zurzeit arbeitsunfähig**? ja nein
 wenn ja, glauben Sie, dass Sie wieder an Ihren **alten Arbeitsplatz** ja nein
zurückkehren können?

S-4. Wie viele Tage waren Sie **in den letzten 3 Monaten** arbeitsunfähig?
 ich war in letzten 3 Monaten an _____ Tagen arbeitsunfähig (0-92 Tage)
 ich bin durchgehend arbeitsunfähig seit _____

Tag Monat Jahr

Die Frage S-5 bitte nur beantworten, wenn Sie derzeit nicht berufstätig sind.

S-5. Wenn Sie zurzeit **nicht berufstätig** sind, sind Sie ...
 Schüler/in, Student/in Hausfrau/ Hausmann berentet
 arbeitslos /erwerbslos seit _____ / _____ (Monat/Jahr)

S-6. Beabsichtigen Sie einen **Renten-Antrag** oder einen **Antrag auf Renten-Änderung** zu stellen? ja nein
 Haben Sie einen **Rentenantrag** / Antrag auf Renten-Änderung gestellt, der **noch nicht entschieden** ist?
 nein ja
 wenn ja, wegen: _____ am: _____
Tag Monat Jahr
 Ist bereits ein **Rentenantrag abgelehnt** worden? ja nein
 Befindet sich derzeit ein Rentenantrag im **Widerspruchsverfahren**? ja nein

S-7. Beziehen Sie **derzeit** eine **Rente**? ja nein
 wenn ja, _____ auf Zeit bis wann: _____
 _____ endgültig seit wann: _____
Tag Monat Jahr
wenn ja, Berentung welcher Art?
 Vorgezogenes Altersruhegeld Teilweise Erwerbsminderung
 Berufsunfähigkeit Volle Erwerbsminderung
 Erwerbsunfähigkeit Unfallrente
 Erreichen der Altersgrenze Witwen- oder Waisenrente

S-8. Haben Sie einen (z.B. durch das Amt für Versorgungsangelegenheiten) anerkannten **Grad der Behinderung**? (GdB) ja nein → wenn ja, wie hoch ist der GdB? _____
 Ist ein GdB oder eine Höherstufung beantragt? ja nein

Modul L Gesundheitsbezogene Lebensqualität

In diesem Fragebogen geht es um die Beurteilung Ihres Gesundheitszustandes. Ihre Angaben ermöglichen es nachzuvollziehen, wie Sie sich fühlen und wie gut Sie Ihre Alltagstätigkeiten ausüben können.

Bitte beantworten Sie jede Frage, indem Sie die Antwortmöglichkeit ankreuzen, die am besten auf Sie zutrifft. Wenn Sie sich bei der Antwort auf eine Frage unsicher sind, beantworten Sie diese bitte so gut wie möglich.

	aus-gezeichnet	sehr gut	gut	weniger gut	schlecht
1. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

In den folgenden Fragen geht es um Tätigkeiten, die Sie vielleicht im Laufe eines normalen Tages ausüben. Sind Sie derzeit aufgrund Ihrer Gesundheit bei diesen Tätigkeiten eingeschränkt? Wenn ja, wie stark?

	ja, stark eingeschränkt	ja, etwas eingeschränkt	nein, überhaupt nicht eingeschränkt
2. mittelschwere Tätigkeiten z.B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. mehrere Treppenabsätze steigen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund Ihrer **körperlichen** Gesundheit die folgenden Probleme bei der Arbeit oder bei anderen Alltagstätigkeiten?

	nein, nie	ja, selten	ja, manchmal	ja, meistens	ja, immer
4. Ich habe weniger geschafft als ich wollte	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ich konnte nur bestimmte Arbeiten oder andere Tätigkeiten ausführen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund **seelischer** Probleme die folgenden Schwierigkeiten bei der Arbeit oder bei anderen Alltagstätigkeiten (z.B. weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlten)?

	nein, nie	ja, selten	ja, manchmal	ja, meistens	ja, immer
6. Ich habe weniger geschafft als ich wollte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ich konnte meine Arbeit oder andere Tätigkeiten nicht so sorgfältig wie sonst erledigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	überhaupt nicht	ein wenig	mäßig	ziemlich	sehr
8. Inwieweit haben Schmerzen <u>in den vergangenen 4 Wochen</u> Ihre Alltagstätigkeiten (im Beruf und zu Hause) beeinträchtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

In diesen Fragen geht es darum, wie Sie sich in den vergangenen 4 Wochen gefühlt haben und wie es Ihnen ergangen ist. Bitte kreuzen Sie bei jeder Frage die Antwort an, die am besten beschreibt, wie Sie sich gefühlt haben.

	immer	meistens	ziemlich oft	manchmal	selten	nie
Wie oft fühlten Sie sich <u>in den vergangenen 4 Wochen</u> ...						
9. ruhig und gelassen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. voller Energie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. entmutigt und traurig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	immer	meistens	manchmal	selten	nie
12. Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme <u>in den vergangenen 4 Wochen</u> Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden, Verwandten usw.) beeinträchtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Deutscher Schmerz-Fragebogen

Stempelfeld Schmerztherapeutische Einrichtung



Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.

Sektion der International Association for the Study of Pain (IASP)

Copyright: www.dgss.org

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um die Ursachen Ihrer Schmerzen besser einschätzen zu können, sind für uns Informationen aus unterschiedlichen Bereichen erforderlich. Daher ist es für uns wichtig, wie Sie Ihre Schmerzen genau beschreiben, an welchen Behandlungen Sie mit welchem Erfolg bereits teilgenommen haben und welche Auswirkungen der Schmerz auf Ihr Befinden und Ihre Lebensumstände hat.

Ihre **freiwilligen** Angaben dienen der Vorbereitung des ersten ärztlichen Gespräches und der Untersuchung. Bitte beantworten Sie möglichst **alle** Fragen, auch die, die Ihnen unwichtig erscheinen. Wenn Ihnen eine Frage unklar ist, machen Sie bitte vor der entsprechenden Frage ein Fragezeichen.

Ihre Daten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Ihre Fragebogendaten werden in unserem EDV-Dokumentationssystem gespeichert, damit diese Ihren Therapeuten während Ihrer Behandlung jederzeit zur Verfügung stehen. Zugang haben nur berechnigte Mitarbeiter unserer Abteilung, die zur Verschwiegenheit verpflichtet sind.

Die folgenden vier Zeilen bitte nicht ausfüllen!

Patienten-Nr.: _____

Ausgabe-Datum: _____

Eingangs-Datum: _____

Erster Behandlungstermin: _____

Patient: _____ Datum beim Ausfüllen:

Tag		Monat		Jahr			

1. Geburtsdatum:

Tag		Monat		Jahr			

 Alter: _____ Jahre

2. Geschlecht: männlich weiblich

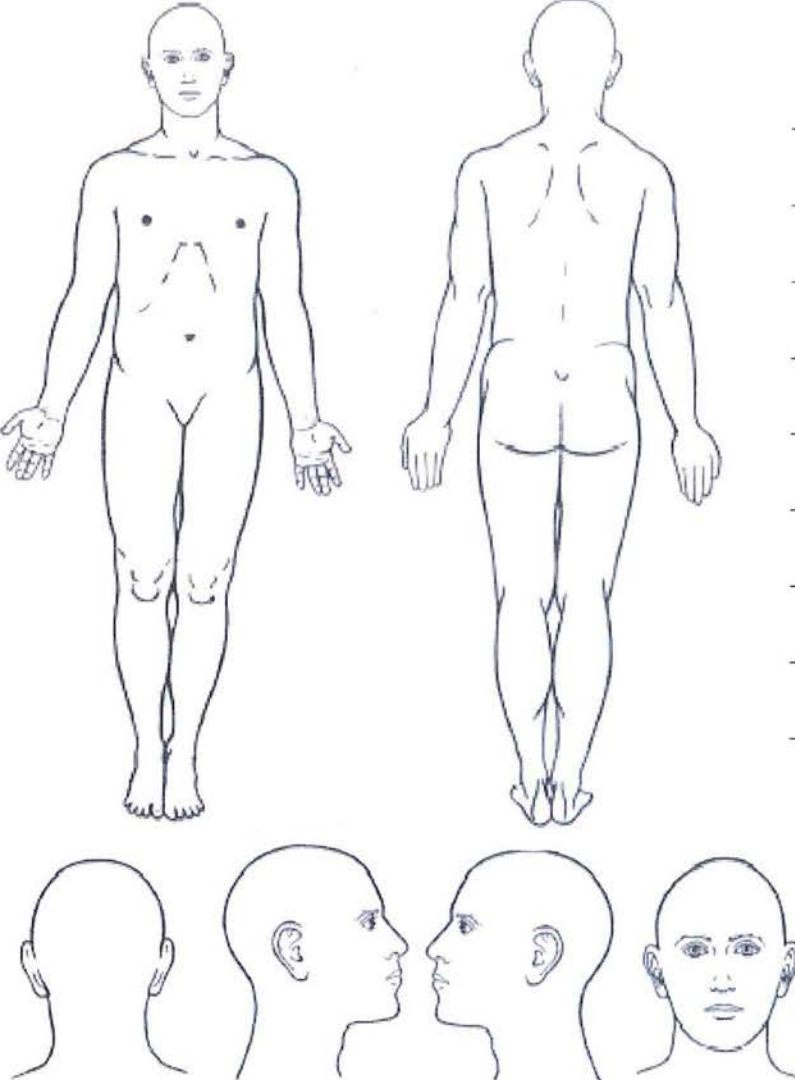
3. Körpergröße (cm):

--	--	--	--	--	--

 4. Körpergewicht (kg):

--	--	--	--	--	--

5. Bitte zeichnen Sie im Körperschema ein, an welchen Körperstellen Ihre Schmerzen auftreten



Bitte beschreiben Sie Ihre Schmerzen mit eigenen Worten:

6. Wegen welcher Schmerzen kommen Sie hauptsächlich zur Behandlung? _____

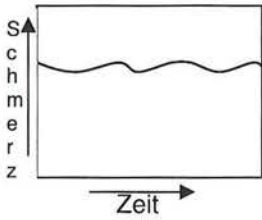
7. a) Seit wann bestehen diese Schmerzen?

weniger als 1 Monat 1 Monat bis 1/2 Jahr 1/2 Jahr bis 1 Jahr 1 bis 2 Jahre 2 bis 5 Jahre mehr als 5 Jahre

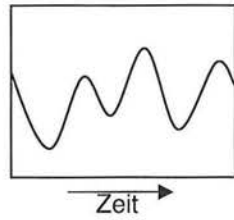
b) Gibt es ein genaues Datum, ab dem die Schmerzen aufgetreten sind?

Tag		Monat		Jahr			

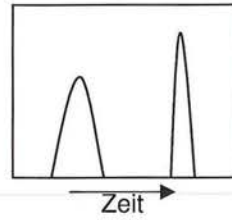
8. a) Welche der Aussagen trifft auf Ihre **Schmerzen** in den letzten 4 Wochen am besten zu?
(Bitte nur **eine** Angabe machen!)



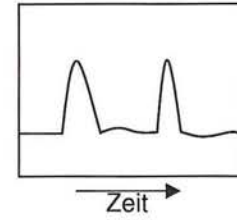
1) Dauerschmerzen mit leichten Schwankungen



2) Dauerschmerzen mit starken Schwankungen



3) Schmerzattacken, dazwischen schmerzfrei



4) Schmerzattacken, auch dazwischen Schmerzen

Wenn Sie an Schmerzattacken leiden (Bild 3 und 4), beantworten Sie bitte zusätzlich noch folgende Fragen:

b) **Wie oft** treten diese Attacken durchschnittlich auf?

- mehrfach täglich einmal täglich mehrfach wöchentlich
 einmal wöchentlich mehrfach monatlich einmal monatlich
 seltener: _____

c) **Wie lange** dauern diese Attacken durchschnittlich? Sekunden Minuten
 Stunden bis zu drei Tagen länger als drei Tage

9. Sind Ihre Schmerzen zu bestimmten Tageszeiten besonders stark? Ja nein
 wenn ja: morgens mittags nachmittags abends nachts

10. Mit der folgenden Liste von Eigenschaftsworten können Sie genauer beschreiben, **wie Sie Ihre Schmerzen empfinden**. Denken Sie bei der Beantwortung an Ihre **typischen Schmerzen in der letzten Zeit**.

Bitte lassen Sie keine der Beschreibungen aus und machen Sie **für jedes Wort ein Kreuz**, inwieweit die Aussage für Sie zutrifft.

Sie haben bei jeder Aussage 4 Antwortmöglichkeiten:

- 3 = trifft genau zu 2 = trifft weitgehend zu 1 = trifft ein wenig zu 0 = trifft nicht zu

Ich empfinde meine Schmerzen als

	trifft genau zu	trifft weitgehend zu	trifft ein wenig zu	trifft nicht zu		trifft genau zu	trifft weitgehend zu	trifft ein wenig zu	trifft nicht zu
	3	2	1	0		3	2	1	0
....dumpf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>heiß	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
....drückend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>brennend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
....pochend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>elend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
....klopfend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>schauderhaft	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
....stechend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>scheußlich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
....ziehend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>furchtbar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

13. a) Auf welche **Ursachen** führen Sie Ihre **Schmerzen** zurück? (Mehrfachnennungen sind möglich)

- für mich ist **keine Ursache** erkennbar
- auf eine bestimmte Krankheit wenn ja, welche? _____
- auf eine Operation wenn ja, welche? _____
 Datum der Operation

Tag	Monat			Jahr			
- auf einen Unfall wenn ja, welchen? _____
 Datum des Unfalls

Tag	Monat			Jahr			
- auf körperliche Belastung
- auf seelische Belastung
- auf eine andere Ursache wenn ja, welche? _____

Falls Ihre Schmerzen im Zusammenhang mit einem Unfall, einer berufsbedingten Erkrankung oder Ersatzansprüchen (z.B. nach Operationen) stehen:

b) Sind alle diesbezüglichen **rechtlichen oder versicherungsrechtlichen Fragen** abgeschlossen (z.B. Schmerzensgeld)? ja nein

14. Was machen Sie selbst, um Ihre **Schmerzen günstig zu beeinflussen**?

Bitte machen Sie genaue Angaben, z.B. spazieren gehen, schlafen, Ablenkung, ...

Ich kann meine Schmerzen nicht beeinflussen

15. Was löst Ihrer Erfahrung nach **die Schmerzen aus oder verschlimmert** sie?

Ich weiß es nicht

16. Bitte schätzen Sie Ihr **derzeitiges allgemeines Wohlbefinden** ein. Geben Sie bitte an, wie Sie sich in der letzten Woche meistens gefühlt haben. Kreuzen Sie dazu auf der 6-stufigen Skala jeweils die Zahl an, die am ehesten auf Sie zutrifft: 0 = trifft gar nicht zu, 5 = trifft vollkommen zu. Bearbeiten Sie bitte alle Aussagen.

		trifft gar nicht zu					trifft voll- kommen zu
Trotz der Schmerzen würde ich sagen:	0	1	2	3	4	5	
1. Ich habe meine alltäglichen Anforderungen im Griff gehabt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
2. Ich bin innerlich erfüllt gewesen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
3. Ich habe mich behaglich gefühlt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
4. Ich habe mein Leben genießen können.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
5. Ich bin mit meiner Arbeitsleistung zufrieden gewesen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
6. Ich war mit meinem körperlichen Zustand einverstanden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
7. Ich habe mich richtig freuen können.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

17. Fragen zu Ihrem Befinden

Bearbeitungshinweis: Bitte lesen Sie jede Aussage und kreuzen Sie die Zahl 0, 1, 2 oder 3 an, die angeben soll, wie sehr die Aussage **während der letzten Woche** auf Sie zutraf. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Versuchen Sie, sich spontan für eine Antwort zu entscheiden.

- 0 Traf **gar nicht** auf mich zu
 1 Traf **bis zu einem gewissen Grad** auf mich zu oder **manchmal**
 2 Traf **in beträchtlichem Maße** auf mich zu oder **ziemlich oft**
 3 Traf **sehr stark** auf mich zu oder **die meiste Zeit**

1. Ich fand es schwer, mich zu beruhigen.	0	1	2	3	S
2. Ich spürte, dass mein Mund trocken war.	0	1	2	3	A
3. Ich konnte überhaupt keine positiven Gefühle mehr erleben.	0	1	2	3	D
4. Ich hatte Atemprobleme (z.B. übermäßig schnelles Atmen, Atemlosigkeit ohne körperliche Anstrengung).	0	1	2	3	A
5. Es fiel mir schwer, mich dazu aufzuraffen, Dinge zu erledigen.	0	1	2	3	D
6. Ich tendierte dazu, auf Situationen überzureagieren.	0	1	2	3	S
7. Ich zitterte (z.B. an den Händen).	0	1	2	3	A
8. Ich fand alles anstrengend.	0	1	2	3	S
9. Ich machte mir Sorgen über Situationen, in denen ich in Panik geraten und mich lächerlich machen könnte.	0	1	2	3	A
10. Ich hatte das Gefühl, dass ich mich auf nichts mehr freuen konnte.	0	1	2	3	D
11. Ich bemerkte, dass ich mich schnell aufregte.	0	1	2	3	S
12. Ich fand es schwierig, mich zu entspannen.	0	1	2	3	S
13. Ich fühlte mich niedergeschlagen und traurig.	0	1	2	3	D
14. Ich reagierte ungehalten auf alles, was mich davon abhielt, meine momentane Tätigkeit fortzuführen.	0	1	2	3	S
15. Ich fühlte mich einer Panik nahe.	0	1	2	3	A
16. Ich war nicht in der Lage, mich für irgendetwas zu begeistern.	0	1	2	3	D
17. Ich fühlte mich als Person nicht viel wert.	0	1	2	3	D
18. Ich fand mich ziemlich empfindlich.	0	1	2	3	S
19. Ich habe meinen Herzschlag gespürt, ohne dass ich mich körperlich angestrengt hatte (z.B. Gefühl von Herzsrasen oder Herzstolpern).	0	1	2	3	A
20. Ich fühlte mich grundlos ängstlich.	0	1	2	3	A
21. Ich empfand das Leben als sinnlos.	0	1	2	3	D

DASS © Nilges, Korb, Essau 2012

Diese Zeile bitte nicht ausfüllen:

D: _____ A: _____ S: _____

18. a) Von wem wurden Sie bisher wegen Ihrer Schmerzen **untersucht oder behandelt**?

- Keine Behandlung
- | | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|--|
| Allgemeinarzt <input type="radio"/> | Neurochirurg <input type="radio"/> | Psychotherapeut <input type="radio"/> |
| Chirurg <input type="radio"/> | Neurologe <input type="radio"/> | Radiologe <input type="radio"/> |
| Heilpraktiker <input type="radio"/> | Orthopäde <input type="radio"/> | Schmerztherapeut <input type="radio"/> |
| Internist <input type="radio"/> | Psychiater <input type="radio"/> | Andere: _____ <input type="radio"/> |

b) Wurde bei Ihnen bereits eine **Schmerzdiagnose** gestellt? ja nein
 wenn ja, welche? _____

19. **Wie** wurden Ihre Schmerzen **bisher behandelt**?

Kreuzen Sie bitte an, welche der unten aufgeführten Behandlungsmaßnahmen Sie erhalten haben. Geben Sie bitte auch an, ob Ihre **Schmerzen** durch diese Maßnahmen zumindest zeitweise gelindert wurden.

Erhalten: Wenn ja → ja **wirksam?** vorübergehend nein

	Erhalten: <input type="radio"/>	Wenn ja →	ja <input type="radio"/>	wirksam? vorübergehend <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
bisher keine Schmerzbehandlung	<input type="radio"/>				
Medikamente	<input type="radio"/>	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Infusionen	<input type="radio"/>	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Einspritzungen in das Schmerzgebiet, Nervenblockaden	<input type="radio"/>	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Einspritzungen am Rückenmark (z.B. epidural)	<input type="radio"/>	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rückenmarksnahe Sonden- (SCS) oder Pumpensysteme	<input type="radio"/>	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Krankengymnastik	<input type="radio"/>	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Massagen, Bäder, Kälte-/Wärmetherapie	<input type="radio"/>	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Elektrische Nervenstimulation (TENS)	<input type="radio"/>	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Akupunktur	<input type="radio"/>	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chiropraktik	<input type="radio"/>	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psychotherapie	<input type="radio"/>	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Entspannungsverfahren, Hypnose, Biofeedback	<input type="radio"/>	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medikamenten-Entzug	<input type="radio"/>	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kur-/Reha-Behandlung	<input type="radio"/>	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anderes: _____	<input type="radio"/>	→	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

20. Wurden Sie schon einmal **operiert**? ja wie oft? mal nein

Wichtig sind für die Beantwortung dieser Frage auch alle „kleineren operativen Eingriffe“, die oft in örtlicher Betäubung durchgeführt werden, z.B. Nasenoperationen, Gelenk- und Bauchspiegelungen. Bitte markieren Sie, welche Operation **wegen Ihrer Schmerzen** durchgeführt wurde.

Art der Operation:	Datum:	wg. Schmerz? ↓
1. _____	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	<input type="radio"/>
2. _____	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	<input type="radio"/>
3. _____	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	<input type="radio"/>
4. _____	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	<input type="radio"/>
5. _____	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	<input type="radio"/>
	Tag Monat Jahr	

21. **Aktuelle Medikamenten-Einnahme.** Bitte tragen Sie in die nachfolgende Tabelle alle Medikamente ein, die Sie **zurzeit** einnehmen (Schmerzmedikamente, Blutdruckmittel u.s.w.)

Beispiele	Ich nehme das Medikament regelmäßig				Ich nehme das Medikament <u>nur bei Bedarf</u>	
	früh	mittags	abends	spät abends	wenn zutreffend, ankreuzen	ungefähr <u>wie oft</u> pro Monat?
Beispiel: Ibuprofen 600	1 Tbl.	1 Tbl.	0	0		
Beispiel: Ibuprofen 200					X	ca. 7mal 1 Tbl.

Bitte hier Ihre Medikamente eintragen:	Ich nehme das Medikament regelmäßig				Ich nehme das Medikament <u>nur bei Bedarf</u>	
	früh	mittags	abends	spät abends	wenn zutreffend, ankreuzen	ungefähr <u>wie oft</u> pro Monat?

22. **Frühere Schmerzmedikamente:** Bitte tragen Sie hier Ihre Schmerzmedikamente ein, die Sie früher genommen haben. Bitte bewerten Sie auch deren Wirksamkeit und eventuelle Nebenwirkungen.

Ihre früheren Schmerz-Medikamente	wirksam? (bitte ankreuzen)			Nebenwirkungen?
	nein	etwas	ja	bitte beschreiben

23. Haben Sie Allergien gegen bestimmte Medikamente? ja nein

wenn ja, gegen welche?	

<p>24. Leiden Sie neben Ihren Schmerzen an weiteren Krankheiten oder Krankheitsfolgen? Im Folgenden sind Krankheitsgruppen mit Beispielen aufgeführt. Wenn eines der Beispiele zutrifft, unterstreichen Sie es bitte. Dann schätzen Sie bitte ein, wie stark Sie durch diese Erkrankung in Ihrem Alltagsleben beeinträchtigt sind. „0“ bedeutet, Sie erleben keine Beeinträchtigung, „3“ besagt, dass Sie eine starke Beeinträchtigung erleben.</p>			
<p>Bösartige Erkrankungen, Tumorleiden, Krebs</p> <p>Welche Erkrankung: _____</p>	<p>ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/></p> <p>keine Beeinträchtigung starke</p> <p>[0] [1] [2] [3]</p>		
<p>Erkrankungen des Nervensystems, Gehirns und Rückenmarks z.B. Epilepsie, Multiple Sklerose (MS), Parkinson, Schlaganfall, Nervenverletzung, Nervenlähmung, Nervenentzündung, Polyneuropathie; Zustand nach Rückenmarkverletzung, Schädel-Hirn-Trauma oder Schlaganfall</p> <p>Andere: _____</p>	<p>ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/></p> <p>keine Beeinträchtigung starke</p> <p>[0] [1] [2] [3]</p>		
<p>Erkrankungen der Atemwege z.B. Asthma, chronische Bronchitis, Emphysem; Zustand nach Pneumothorax, Tuberkulose oder Lungenentzündung</p> <p>Andere: _____</p>	<p>ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/></p> <p>keine Beeinträchtigung starke</p> <p>[0] [1] [2] [3]</p>		
<p>Erkrankungen von Herz oder Kreislauf z.B. Koronare Herzerkrankung, Herzrhythmusstörungen; Herzschwäche, Bluthochdruck, Arterienverkalkung, Aneurysma; Zustand nach Herzinfarkt, Thrombose, oder Embolie</p> <p>Andere: _____</p>	<p>ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/></p> <p>keine Beeinträchtigung starke</p> <p>[0] [1] [2] [3]</p>		
<p>Magen-, Darmerkrankungen z.B. Entzündung der Magenschleimhaut oder der Speiseröhre (Refluxkrankheit); Magen-/Zwölffingerdarmgeschwüre, Reizdarm, M.Crohn, Colitis ulcerosa, Hämorrhoiden, Stuhlinkontinenz (Schwäche des Schließmuskels); Zustand nach Magen- oder Darmblutung</p> <p>Andere: _____</p>	<p>ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/></p> <p>keine Beeinträchtigung starke</p> <p>[0] [1] [2] [3]</p>		
<p>Erkrankungen der Leber, Galle oder Bauchspeicheldrüse z.B. Chronische Leberentzündung (=Hepatitis), Leberzirrhose, Gallenkoliken durch Steine oder Entzündung, Entzündung der Bauchspeicheldrüse</p> <p>Andere: _____</p>	<p>ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/></p> <p>keine Beeinträchtigung starke</p> <p>[0] [1] [2] [3]</p>		
<p>Erkrankungen der Nieren, Harnwege (Blase, Harnröhre) oder Geschlechtsorgane z.B. Chronisches Nierenversagen, Harnwegsentzündung, Blasenschwäche, Endometriose, Sexualstörung; Zustand nach Nierenkoliken oder Nierensteinen</p> <p>Andere: _____</p>	<p>ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/></p> <p>keine Beeinträchtigung starke</p> <p>[0] [1] [2] [3]</p>		
<p>Stoffwechsel-Erkrankungen z.B. Zuckerkrankheit; Über- oder Unterfunktion der Schilddrüse, Gicht; Erhöhung der Blutfettwerte</p> <p>Andere: _____</p>	<p>ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/></p> <p>keine Beeinträchtigung starke</p> <p>[0] [1] [2] [3]</p>		
<p>Hauterkrankungen z. B. Psoriasis (Schuppenflechte); Nesselsucht; Ekzeme</p> <p>Andere: _____</p>	<p>ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/></p> <p>keine Beeinträchtigung starke</p> <p>[0] [1] [2] [3]</p>		
<p>Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems / des Bindegewebes z.B. Chronische Polyarthritis, M.Bechterew; rheumatische Muskelentzündung, Skoliose; Osteoporose; Arthrose von Knie-, Hüft-, oder Schultergelenk; Zustand nach Bruch eines Wirbelkörpers</p> <p>Andere: _____</p>	<p>ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/></p> <p>keine Beeinträchtigung starke</p> <p>[0] [1] [2] [3]</p>		
<p>Seelische Leiden z.B. Depression, schwere Angstzustände, Panikattacken, Mager-sucht, chronische Müdigkeit und Erschöpfung, Sucht oder Abhängigkeit, Psychose</p> <p>Andere: _____</p>	<p>ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/></p> <p>keine Beeinträchtigung starke</p> <p>[0] [1] [2] [3]</p>		
<p>Andere Erkrankungen</p> <p>_____</p>	<p>ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/></p> <p>keine Beeinträchtigung starke</p> <p>[0] [1] [2] [3]</p>		
<p>Risikofaktoren Blutgerinnungsstörung, Hepatitis, HIV</p> <p>Andere: _____</p>	<p>ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/></p>		
<p>Unverträglichkeiten, Allergien z.B. Pflaster, Lebensmittel, Wasch-/Putzmittel, Blütenstaub, Hausstaub</p>	<p>ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/></p>		

Modul D**Demographie, Versicherung**

D-1. Nachname: _____ Vorname: _____
 Geburtsname: _____ Geburtsdatum:

Tag			Monat			Jahr			

D-2. Geschlecht: männlich weiblich

D-3. Körpergröße (cm):

--	--	--	--	--

 Körpergewicht (kg):

--	--	--	--	--

D-4. PLZ: _____ Wohnort: _____
 Straße: _____
 Tel. privat: _____ Tel. dienstl.: _____
 Handy: _____ e-mail.: _____

D-5. **Entfernung** von Ihrer Wohnung bis zu **unserer** Praxis / Klinik (in km): ca.

--	--	--	--	--

D-6. Nationalität: _____ Muttersprache: _____

D-7. Name, Adresse und Telefon-Nummer Ihres **überweisenden Arztes**:

D-8. Name, Adresse und Telefon-Nummer der **Ärzte oder Psychotherapeuten**, die Sie zurzeit hauptsächlich behandeln (falls abweichend von Frage D-7):

D-9. Krankenversicherung für **ambulante** Behandlung: _____
 zuständige Geschäftsstelle inkl. Adresse: _____

D-10. Krankenversicherung für **stationäre** Behandlung: _____

D-11. **Beihilfe**-Berechtigung: nein ja durch: _____

D-12. Behandlung aufgrund eines **anerkannten BG-Verfahrens** (Arbeits- oder Wegeunfall) ja nein

D-13. Haben Sie eine **Krankentagegeldversicherung**? ja nein

D-14. Besteht eine **Zusatzversicherung**? ja nein

D-15. **Wer lebt gemeinsam mit Ihnen in Ihrem Haushalt?** (Mehrfachantworten sind möglich):
 ich lebe allein Ehepartner/Partner Kinder (Schwieger-)Eltern

D-16. Welche **Schulbildung** haben Sie? keinen Abschluss Hauptschule / Volksschule
 Realschule / Mittlere Reife Fachhochschulreife Abitur / allgemeine Hochschulreife

D-17. Welche Berufsausbildung haben Sie: _____

Modul S Sozialrechtliche Situation

- S-1. Sind Sie zurzeit **berufstätig**? (trifft auch zu, wenn Sie jetzt gerade arbeitsunfähig sind)
- ja, ich bin zurzeit berufstätig, d.h. habe einen Arbeitsplatz → weiter bei Frage S-2
- nein, ich bin zurzeit nicht berufstätig
- Ich habe zuletzt gearbeitet als (bitte eintragen): _____
 _____ → weiter bei Frage S-5

Die Fragen S-2 bis S-4 bitte beantworten, wenn Sie zurzeit berufstätig sind (auch bei Krankschreibung)

- S-2. Welche **berufliche Tätigkeit** üben Sie aus? _____
- S-3. Sind Sie **zurzeit arbeitsunfähig**? ja nein
- wenn ja, glauben Sie, dass Sie wieder an Ihren **alten Arbeitsplatz zurückkehren** können? ja nein
- S-4. Wie viele Tage waren Sie **in den letzten 3 Monaten** arbeitsunfähig?
- ich war in letzten 3 Monaten an _____ Tagen arbeitsunfähig (0-92 Tage)
- ich bin durchgehend arbeitsunfähig seit
Tag Monat Jahr

Die Frage S-5 bitte nur beantworten, wenn Sie derzeit nicht berufstätig sind.

- S-5. Wenn Sie zurzeit **nicht berufstätig** sind, sind Sie ...
- Schüler/in, Student/in Hausfrau / Hausmann berentet
- arbeitslos / erwerbslos seit ____/____ (Monat/Jahr)

- S-6. Beabsichtigen Sie einen **Renten-Antrag** oder einen **Antrag auf Renten-Änderung** zu stellen? ja nein
- Haben Sie einen **Rentenanspruch** / Antrag auf Renten-Änderung gestellt, der **noch nicht entschieden** ist?
 nein ja
- wenn ja, wegen: _____ am:
Tag Monat Jahr
- Ist bereits ein **Rentenanspruch abgelehnt** worden? ja nein
- Befindet sich derzeit ein Rentenanspruch im **Widerspruchsverfahren**? ja nein

- S-7. Beziehen Sie **derzeit** eine **Rente**? ja nein
- wenn ja, auf Zeit bis wann:
 endgültig seit wann:
Tag Monat Jahr
- wenn ja, Berentung welcher Art?
- | | | | |
|-----------------------------|-----------------------|----------------------------|-----------------------|
| Vorgezogenes Altersruhegeld | <input type="radio"/> | Teilweise Erwerbsminderung | <input type="radio"/> |
| Berufsunfähigkeit | <input type="radio"/> | Volle Erwerbsminderung | <input type="radio"/> |
| Erwerbsunfähigkeit | <input type="radio"/> | Unfallrente | <input type="radio"/> |
| Erreichen der Altersgrenze | <input type="radio"/> | Witwen- oder Waisenrente | <input type="radio"/> |

- S-8. Haben Sie einen (z.B. durch das Amt für Versorgungsangelegenheiten) anerkannten **Grad der Behinderung**? (GdB) ja nein → wenn ja, wie hoch ist der GdB? _____
- Ist ein GdB oder eine Höherstufung beantragt? ja nein

Modul L Gesundheitsbezogene Lebensqualität

In diesem Fragebogen geht es um die Beurteilung Ihres Gesundheitszustandes. Ihre Angaben ermöglichen es nachzuvollziehen, wie Sie sich fühlen und wie gut Sie Ihre Alltagstätigkeiten ausüben können.

Bitte beantworten Sie jede Frage, indem Sie die Antwortmöglichkeit ankreuzen, die am besten auf Sie zutrifft. Wenn Sie sich bei der Antwort auf eine Frage unsicher sind, beantworten Sie diese bitte so gut wie möglich.

	aus- gezeichnet	sehr gut	gut	weniger gut	schlecht
1. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

In den folgenden Fragen geht es um Tätigkeiten, die Sie vielleicht im Laufe eines normalen Tages ausüben. Sind Sie derzeit aufgrund Ihrer Gesundheit bei diesen Tätigkeiten eingeschränkt? Wenn ja, wie stark?

	ja, stark eingeschränkt	ja, etwas eingeschränkt	nein, überhaupt nicht eingeschränkt
2. mittelschwere Tätigkeiten , z.B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. mehrere Treppenabsätze steigen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund Ihrer **körperlichen** Gesundheit die folgenden Probleme bei der Arbeit oder bei anderen Alltagstätigkeiten?

	nein, nie	ja, selten	ja, manchmal	ja, meistens	ja, immer
4. Ich habe weniger geschafft als ich wollte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ich konnte nur bestimmte Arbeiten oder andere Tätigkeiten ausführen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund **seelischer** Probleme die folgenden Schwierigkeiten bei der Arbeit oder bei anderen Alltagstätigkeiten (z.B. weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlten)?

	nein, nie	ja, selten	ja, manchmal	ja, meistens	ja, immer
6. Ich habe weniger geschafft als ich wollte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ich konnte meine Arbeit oder andere Tätigkeiten nicht so sorgfältig wie sonst erledigen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	überhaupt nicht	ein wenig	mäßig	ziemlich	sehr
8. Inwieweit haben Schmerzen <u>in den vergangenen 4 Wochen</u> Ihre Alltagstätigkeiten (im Beruf und zu Hause) beeinträchtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

In diesen Fragen geht es darum, wie Sie sich in den vergangenen 4 Wochen gefühlt haben und wie es Ihnen ergangen ist. Bitte kreuzen Sie bei jeder Frage die Antwort an, die am besten beschreibt, wie Sie sich gefühlt haben.

	immer meistens	ziemlich oft	manchmal	selten	nie
Wie oft fühlten Sie sich <u>in den vergangenen 4 Wochen</u> ...					
9. ruhig und gelassen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. voller Energie?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. entmutigt und traurig?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	immer	meistens	manchmal	selten	nie
12. Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme <u>in den vergangenen 4 Wochen</u> Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden, Verwandten usw.) beeinträchtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Modul V Vorbehandlungen

V-1 Bitte notieren Sie soweit möglich jeweils Namen, Fachrichtung und Adresse von **Ärzten, Heilpraktikern und anderen Therapeuten**, bei denen Sie **wegen Ihrer Schmerzen** bereits in Behandlung waren oder sind.

Name	Fachrichtung	Adresse	in Behandlung von – bis
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

V-2 Bitte notieren Sie hier Ihre **schmerzbezogenen** stationären Behandlungen (**Krankenhausaufenthalte**)

Name	Adresse	von – bis
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

V-3 Bitte notieren Sie hier Ihre **schmerzbezogenen** Aufenthalte in **Kur- oder Rehabilitationskliniken**

Name	Adresse	von – bis
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Platz für weitere Bemerkungen:

Wenn der Rücken schmerzt...

Kreuzschmerzen oder Hexenschuss - Rückenschmerzen zählen in Deutschland zu den häufigsten Gesundheitsproblemen. Jeder Dritte ist derzeit davon betroffen und bei jedem Zehnten führen Rückenschmerzen zu erheblichen Beeinträchtigungen im Alltag.

Ursachen

Bewegungsmangel, Fehlhaltungen, seelische Konflikte sowie beruflicher Stress können Rückenschmerzen verursachen. Durch Fehlbelastungen verliert die Muskulatur ihre Dehnbarkeit, sie verhärtet sich und schmerzt. Mit zunehmendem Alter kommen degenerative Veränderungen der Wirbelgelenke, der Bandscheiben und der beteiligten Weichteile hinzu. Konfliktsituationen und psychischer Stress beeinflussen die Schmerzverarbeitung und verstärken so akute Schmerzattacken. Die Folge: chronifizierte Rückenschmerzen. Diese führen nicht selten zu Arbeitsunfähigkeit, sozialem Rückzug, Ängsten und Depressionen.

Behandlung

Die frühzeitige Behandlung von Rückenschmerzen ist wichtig. Damit kann der Chronifizierung vorgebeugt werden. Unser ambulantes, berufsbegleitendes Behandlungsprogramm wird der Vielfalt der Ursachen chronischer Rückenschmerzen gerecht. Der Schmerzgeplagte kann wieder aktiv und lebensfroh am Leben teilnehmen.

Dafür haben wir uns einen TRI(c)K ausgedacht - den Templiner Rücken-Intensiv-Kurs.

Informieren Sie sich bei Ihrem Arzt!

Arztstempel

Im Rahmen des Behandlungsprogramms werden Sie zudem durch die Fallmanagement Fachkräfte unterstützt.

Koordinierungs- und Beratungszentrum

Dargersdorfer Straße 11
17268 Templin
Telefon: 03987 200 8 701
Internet: www.igib-stimmt.de

Unsere Öffnungszeiten:

Mo, Di, Mi 9:00 – 15:00 Uhr
Do 9:00 – 18:00 Uhr
Fr 9:00 – 15:00 Uhr

Sprechen Sie uns an!

Foto: 123RF – Mark Bowden

Wenn der Rücken schmerzt...

Gut versorgt in Ihrer Region
Der Templiner Rücken-Intensiv-Kurs



IGiB|StimMT
bestimmt für Brandenburg

Innovative
Gesundheitsversorgung
in Brandenburg

Ihr Behandlungsprogramm

Der Templiner Rücken-Intensiv-Kurs ist ein Komplex verschiedener Therapien, die den Rücken stabilisieren und schmerzverstärkende Faktoren reduzieren, z.B. Stress.

Er beinhaltet

- ein Training der Körperwahrnehmung und Koordination
- ein Kraft- und Ausdauertraining
- das Erlernen entspannender Verfahren
- Vorträge zu einer gesunden Lebensführung.

Die Anmeldung für den **TRIK** erfolgt durch Ihren Haus- oder Facharzt. Eine Fallmanagement Fachkraft im Koordinierungs- und Beratungszentrum organisiert für sie alle weiteren Termine.

In einer ausführlichen Eingangsuntersuchung durch ein Team aus einem Facharzt, Psychologen und Physiotherapeuten wird die Problematik Ihrer Rückenschmerzen untersucht und besprochen.

Im Anschluss absolvieren Sie berufsbegleitend zweimal wöchentlich ein 9-monatiges Behandlungsprogramm im Sportstudio Pegasus. Dort werden Sie von erfahrenen Therapeuten betreut.

Nach einer Abschlussuntersuchung haben Sie die notwendigen Erfahrungen gesammelt und das Wissen erworben, dem Rückenschmerz eigenverantwortlich und selbstwirksam zu begegnen.

Sie können Ihr Leben wieder aktiv und lebensfroh gestalten.

Der Templiner Rücken-Intensiv-Kurs

- 1 Anmeldung durch Ihren Haus- oder Facharzt
- 2 Koordinierung durch die Fallmanagement Fachkraft
- 3 Ausführliche Eignungsuntersuchung in einem multidisziplinärem Assessment
- 4 9-monatiger Rücken-Intensiv- Kurs im Sportstudio Pegasus
- 5 Abschlussuntersuchung durch einen Facharzt
- 6 Anwendung des Gelernten in Eigenverantwortung, Nutzung lokaler Sportangebote



IGiB StimMT

Grobkonzept der IT-Plattform

Iteration 3, Version 1

Inhaltsverzeichnis

1.	Motivation	6
1.1	Strukturen und Akteure.....	7
1.1.1	Akteure	7
1.1.2	Ambulant-Stationäres Zentrum (ASZ)	8
1.1.3	GVG-Praxis.....	8
1.1.4	Koordinierungs- und Beratungszentrum (KBZ).....	9
1.2	StimMT Versorgungsangebote	9
1.2.1	Behandlungspfade und Case Management.....	9
1.2.2	Sprechstundenangebote	10
1.2.3	Beispiel: Pfad und Sprechstunde „Herzinsuffizienz“	10
1.3	Das Gesundheitsnetzwerk GeN der AOK Nordost	11
1.3.1	Architektur des GeN	11
1.3.2	Anbindung von Nutzern an die Dienste des GeN	13
1.3.3	Anwendungsszenarien	15
2.	Anforderungen an die IT-Plattform	15
2.1	Funktionale Leistungsmerkmale der StimMT IT-Lösungen	16
2.1.1	Leitlinienbasierte Behandlungsabläufe (Pfade)	17
2.1.2	Case Management.....	18
2.1.3	ASZ.....	19
2.1.4	GVG-Praxis incl. Bereitschaftspraxis	20
2.1.5	Kommunikation und Kooperation	21
2.1.6	KBZ	22
2.2	Nicht-Funktionale Anforderungen	23
2.2.1	Patientensicherheit.....	23
2.2.2	Datenschutz und Informationssicherheit	23
2.2.3	Interoperabilität.....	24
2.2.4	Nutzbarkeit (Usability).....	25
2.3	Rahmenbedingungen – Chancen und Risiken	26
2.3.1	IT-Ausstattung der Leistungserbringer	26
2.3.2	Verfügbare IT-Dienste	28
2.3.3	Telematik-Infrastruktur.....	29
2.3.4	Elektronische Gesundheitskarte.....	31

2.3.5	Sicheres Netz der KVen	32
2.3.6	Gesundheitsnetzwerk GeN der AOK Nordost.....	33
2.3.7	Medikationsplan nach § 31a SGB V	34
3.	Logische Architektur der StimMT-IT-Plattform.....	35
3.1	Basisdienste	37
3.1.1	Clinical Data Repository.....	39
3.1.2	Ontologien und Ontologiedienste	40
3.1.3	Video-Call.....	42
3.1.4	Messenger.....	43
3.1.5	Terminmanagement.....	44
3.1.6	Sicherheitsdienste	45
3.1.7	Verzeichnisdienste.....	46
3.1.8	Ereignissteuerung	48
3.1.9	Formular-Manager.....	49
3.1.10	Report-Generator	51
3.1.11	Dokumentenarchiv	52
3.2	StimMT-Dienste.....	53
3.2.1	Wenn-Dann-Regeln.....	54
3.2.2	Assessment-Formulare	55
3.2.3	Worklists.....	57
3.2.4	Begleitdokumente	58
3.2.5	Statusauswertung.....	59
3.2.6	Video-Konsil	61
3.2.7	Benachrichtigungen.....	62
3.2.8	Routine-Abläufe	62
3.3	StimMT-Anwendungen	63
3.3.1	Operatives Case Management (agnes-Cockpit)	64
3.3.2	Spezialsprechstunden.....	66
3.3.3	Pfade	68
3.4	Zusammenspiel mit AOK GeN und anderen XDS-Domains	69
3.5	Anbindung der Akteure	71
3.5.1	Anbindung des SANA-Krankenhauses	72
3.5.2	Anbindung von Haus- und Fachärzten.....	72
3.5.3	Anbindung der agnes-Schwestern	73
3.5.4	Anbindung der ambulanten Pflegedienste	73
3.5.5	Anbindung von Apotheken	74
3.5.6	Anbindung von Sanitätshäusern und Hilfsmittellieferanten.....	74

3.6	Datenschutz und Informationssicherheit.....	74
3.6.1	Leitlinie.....	74
3.6.2	Identifizierung und Authentifizierung	75
3.6.3	Berechtigungsmanagement.....	76
3.6.4	Legitimation und Absicherung der funktionalen Bausteine.....	80
4.	IT-Architektur und Betrieb	83
4.1	Übersicht.....	83
4.2	Betrieb der StimMT-Plattform.....	84
4.3	Standards.....	86
4.3.1	Repräsentation von Daten	86
4.3.2	Schnittstellen zum Austausch von Daten	87
4.3.3	Verzeichnisdienste.....	87
4.3.4	Strukturierte Vokabulare	87
4.3.5	Sicherheit und Datenschutz.....	88
4.3.6	Sonstiges	88
5.	Referenzen	89
6.	Anhang A: Risikobetrachtung.....	89
7.	Anhang B: Umsetzung der funktionalen Anforderungen.....	95

1. Motivation

In dem durch den Innovationsfonds geförderten Projekt „StimMT – Strukturmigration im Mittelbereich Templin“ soll eine Versorgungsstruktur konzipiert und umgesetzt werden, die die Herausforderungen des in der Region bereits heute in seinen Auswirkungen sichtbaren demografischen Wandels wirksam adressiert. Die wesentlichen Herausforderungen betreffen dabei sowohl die sich verändernde demografische Struktur der Bevölkerung als auch damit einhergehenden Veränderungen in der Nachfrage nach medizinischen und pflegerischen Angeboten:

- Die Einwohnerzahl im Mittelbereich Templin wird nach aktuellen Prognosen bis 2030 um ca. 17% (4.500 Personen) auf knapp 22.500 zurückgehen.
- Gleichzeitig wird der Anteil der ab 65-Jährigen um 40 % auf ca. 9.400 Einwohner zunehmen (> 40% der Bevölkerung).
- 34% der ab 65-Jährigen besitzen eine Pflegestufe, wovon 81% ambulant gepflegt werden. Im Vergleich zum Landesdurchschnittswert für Brandenburg ist dies ein relativ hoher Anteil.

Übergeordnetes Projektziel ist dementsprechend die Weiterentwicklung der Grundversorgung unter Anpassung an die komplexen Versorgungserfordernisse älterer, multimorbider Patienten. Wesentliche hiermit verbundene Umsetzungs- und Versorgungsziele betreffen sowohl die Strukturen als auch die Prozesse einer zukünftig vorrangig regional organisierten Gesundheitsversorgung:

Versorgungsziel(e)	Umsetzungsziel
Ausschöpfung des ambulanten Potenzials bislang stationär behandelter Patienten	gezielte Anpassung und frühzeitiger Ausbau ambulanter Versorgungsmöglichkeiten unter Erschließung des ambulanten Potenzials heutiger stationärer Leistungen und Anpassung stationärer Versorgungskapazitäten (Strukturmigration unter Ambulantisierung)
Reduzierung der Inanspruchnahme von Rettungsstelle und –dienst	Neuordnung der Akut- und Notfallversorgung unter Einbeziehung der ambulant getragenen Grundversorgungsgemeinschaft
Aufbau von Angeboten zum Case Management sowie zur Beratung und Unterstützung aller Akteure	Schaffung eines eng in das Versorgungssystem eingebundenen Koordinations- und Beratungszentrums für Ärzte, Leistungserbringer, Patienten und ihre Angehörigen sowie Umsetzung von Strukturen und Prozessen der individuellen Betreuung einzelner Patienten und Patientengruppen
Erhöhung der Anteilswerte von in Pfaden geführten Patienten unter Berücksichtigung sowohl individueller als auch populationsbezogener Qualitätsziele	Unterstützung einer systematischen fach-, berufsgruppen- und sektorenübergreifenden Abstimmung und Koordination der Versorgung durch leitlinienbasierte und übergreifend abgestimmte Verfahrensabläufe bzw. Behandlungspfade
Erhöhung der Effizienz der Arznei- und Heilmittelversorgung	Verbesserung der Patientensicherheit bei Polymedikationen sowie Integration der Heilmittelversorgung in die fachübergreifenden Indikationspfade
Qualitative Verbesserung der fach- und sektorenübergreifenden Zusammenarbeit aus Leistungserbringerperspektive	Sachgemessene Unterstützung der Behandlung und Betreuung durch den Einsatz moderner Informations- und Kommunikationstechnologie

In diesem Konzeptpapier werden die Anforderungen an eine IT-Plattform zur Unterstützung der genannten Versorgungsziele erhoben und darauf basierend das funktionale Design dieser Plattform

entwickelt. Bereits in der ersten Iteration dieses Grobkonzept wurden die dafür erforderlichen Vernetzung der Ärzte sowie die Umsetzung einer auch für nur beginnt IT-affine Patienten nutzbaren Berechtigungssteuerung als erhebliche Kostenfaktoren und Projektrisiken identifiziert. Daher soll die StimMT IT-Plattform als Subnetz des Gesundheitsnetzwerks GeN der AOK Nordost realisiert werden, über das neben Diensten einer dezentralen Datenverwaltung auch die erforderlichen zentralen Verzeichnisdienste, Sicherheitsdienste und Anbindungsmöglichkeiten bereitgestellt werden. Dieser Ausdruck resultierenden Änderungen und Vereinfachungen im logischen Systemaufbau bilden das wesentliche Delta zwischen der Iteration2 und der vorliegenden Iteration 3 des Grobkonzepts der StimMT IT-Plattform.

1.1 Strukturen und Akteure

In diesem Kapitel wird die im Mittelbereich Templin im Rahmen des StimMT-Projekts neu aufzubauende Versorgungsstruktur skizziert. Ein besonderer Fokus liegt dabei auf den zu installierenden Rollen und deren Aufgaben, aus denen im weiteren Verlauf dieses Grobkonzepts Anforderungen an eine elektronisch unterstützte Kommunikation und Kooperation abgeleitet werden.

1.1.1 Akteure

Alle in der nachfolgenden Tabelle benannten Zahlen beziehen sich auf den Mittelbereich Templin mit den amtsfreien Gemeinden Templin, Lychen, Boitzenburger Land und dem Amt Gerswalde.

Akteursgruppe	Anzahl	Anmerkungen
Bürger/Patienten	27.000	Prognosen gehen von einem Rückgang auf 22.500 Einwohner bis 2030 aus. Hiervon werden dann mehr als 40% 65 Jahre oder älter sein.
Hausärzte	18	7 außerhalb von Templin
Fachärzte	24	Alle Fachärzte haben ihre Praxis in der Stadt Templin.
Psychtherapeuten	8	
Krankenhäuser	1	122 Planbetten
Apotheken		
Operative Case Manager	3	Ausbildung als agnes ^{zwei} Schwester
Ambulante Pflegedienste	18	
Stationäre Pflegeeinrichtungen	5	
Reha-Einrichtungen		
Ambulant-Stationäres Zentrum	1	Siehe Kapitel 1.1.3
Koordinations- und Beratungszentrum	1	Siehe Kapitel 1.1.5
Grundversorgungsgemeinschaft	1	Siehe Kapitel 1.1.4

1.1.2 Ambulant-Stationäres Zentrum (ASZ)

Das Ambulant-Stationäre-Zentrum (ASZ) ist in den Räumlichkeiten des SANA-Krankenhauses Templin eingerichtet und wird vor allem für fachärztliche Versorgungsangebote (fachärztliche Spezialsprechstunden) genutzt. Räume und medizintechnische Geräte des ASZ können zu diesen Zwecken von Ärzten gebucht und genutzt werden. Der Zugang zu den Angeboten des ASZ erfolgt über eine Überweisung durch einen Haus- oder Facharzt. Zusammen mit der Überweisung sollen erforderliche Unterlagen elektronisch zur Verfügung gestellt werden können. Im Rahmen der spezialärztlichen Sprechstunden erfasste Daten sind Teil der ärztlichen Dokumentation und sollen – z. B. im Fall einer pfadgesteuerten gemeinsamen Behandlung – auch mitbehandelnden Ärzten zur Verfügung gestellt werden.

Im ASZ soll ein einheitliches Arztinformationssystem (AIS) genutzt werden in Abhängigkeit der Anforderungen und der Nutzerfreundlichkeit. Aus dem ASZ heraus können Laboruntersuchungen im Labor des SANA Krankenhauses bzw. bei regionalen Laboranbietern beauftragt werden. Laborergebnisse und Befunde sollen elektronisch an den Beauftragten zurückübermittelt werden und – sofern erforderlich – auch in die laufende Dokumentation zu einer Pfadbasierten Behandlung eingespeist werden können.

In den Räumen des ASZ ist u. a. auch die Praxis der Grundversorgungsgemeinschaft (Hausarztnetz) angesiedelt. Das ASZ stellt für alle dort angesiedelten Akteure einen gemeinsamen Tresen zur Verfügung, der ankommende Patienten in die einzelnen Einheiten weiterleitet.

1.1.3 GVG-Praxis

Zu den üblichen Sprechzeiten werden in der im ASZ angesiedelten GVG-Praxis durch die Hausärzte der Region allgemeinmedizinische Versorgungsangebote und Sprechstunden (z. B. palliativmedizinische Sprechstunde) angeboten. Zusammen mit der Überweisung sollen erforderliche Unterlagen elektronisch zur Verfügung gestellt werden können. Zugang zu den Angeboten der GVG erfolgt über eine Überweisung durch einen Haus- oder Facharzt. Im Rahmen der Sprechstunden erfasste Daten sind Teil der ärztlichen Dokumentation und sollen – z. B. im Fall einer pfadgesteuerten gemeinsamen Behandlung – auch mitbehandelnden Ärzten zur Verfügung gestellt werden.

Die GVG-Praxis nutzt ein eigenes Arztinformationssystem, in dem die erfassten Diagnosen und durchgeführten Behandlungen erfasst werden.

Aus der GVG-Praxis heraus können Laboruntersuchungen im Labor des SANA Krankenhauses Templin bzw. bei regionalen Laboranbietern beauftragt werden. Laborergebnisse und Befunde sollen elektronisch an den Beauftragten zurückübermittelt werden und – sofern erforderlich – auch in die laufende Dokumentation zu einer Pfadbasierten Behandlung eingespeist werden können.

In der Sprechstundenfreien Zeit steht das BD-Modul der GVG-Praxis zur Versorgung von Patienten mit akuten Gesundheitsproblemen zur Verfügung. Zum BD-Modul gehört eine zentrale Anlaufstelle "Tresen", an der die Patienten gemäß einer qualifizierten Ersteinschätzung entweder zur Akutversorgung in die GVG-Praxis oder zur Notfallversorgung in die Rettungsstelle gelenkt werden. Je

nach Ergebnis der Ersteinschätzung erfolgt die Patientenlenkung in die Rettungsstelle oder in die GVG-Praxis sowie die elektronische Weitergabe der im Rahmen der qualifizierten Ersteinschätzung erfassten Informationen in die jeweilige Versorgungseinheit. Ergebnisse von Untersuchungen und Behandlungen in der Rettungsstelle bzw. GVG-Praxis werden dokumentiert und sollen auf elektronischem Wege den nachbehandelnden Ärzten zur Verfügung gestellt werden können. Die qualifizierte Ersteinschätzung wird zu Zwecken der Qualitätssicherung archiviert.

1.1.4 Koordinierungs- und Beratungszentrum (KBZ)

Das Koordinierungs- und Beratungszentrum (KBZ) ist eine räumliche Einrichtung zur Beratung von Bürgern und Dienstleistern in der Trägerschaft der IGiB StimMT GmbH. Mit Fertigstellung des Umbaus des SANA-Krankenhauses Templin soll das KBZ dort strategisch angesiedelt werden.

Das KBZ soll in der aufzubauenden Versorgungsstruktur primär die folgenden vier Aufgaben erfüllen:

- Aufbau, Umsetzung und Weiterentwicklung von Beratungsangeboten für Bürger der Region
- Vernetzung der regionalen Akteure
- Koordination der Arbeiten der operativen Case Manager (siehe 1.1.6)
- Nach Eingliederung in die zu schaffenden Räumlichkeiten ist die Umsetzung des Entlass- Managements in Kooperation mit dem SANA-Krankenhaus Templin geplant

Zusätzlich übernimmt der Leiter des KBZ elementare Aufgaben eines regionalen Care Managements indem er eine regelmäßige Reflexion der regionalen Versorgungsstrukturen und –angebote anstößt und mit Daten zur Akzeptanz einzelner Angebote hinterlegt.

1.2 StimMT Versorgungsangebote

Ein Grundprinzip der im StimMT-Projekt definierten und umgesetzten Versorgungsangebote ist, dass grundsätzlich sektorenübergreifend in Fällen agiert und gedacht wird. Ein Versorgungsangebot adressiert einen Fall im Sinne einer Erkennung und Behandlung einer Erkrankung, einer Unterstützung eines Bürgers in einer konkreten Lebenslage oder mit einer ärztlichen Behandlung verzahnter nicht-ärztlicher Leistungen. Ein typisches Beispiel hierfür sind die im Projektantrag beschriebenen Behandlungspfade, die als ein Fall aufgefasst werden, der aus einem Einschlusskriterium, einer Zieldefinition, vorgegebenen Rollen und einem strukturierten Ablaufschema von ärztlichen und nicht-ärztlichen Leistungen besteht.

1.2.1 Behandlungspfade und Case Management

Behandlungspfade werden durch ein Case Management instanziiert und begleitet. Aus Sicht der IT-unterstützten Prozesse werden zwei Rollen innerhalb des Case Management unterschieden:

- Die Rolle des medizinischen Case Managers wird ausnahmslos durch einen Arzt ausgefüllt. Der Arzt bildet die strategische Rolle ab, die Festlegungen zur Anwendbarkeit eines Pfades und zu dessen konkreter Umsetzung für einen Patienten trifft. Der Arzt begleitet den Fall mit medizinischer Expertise und steuert den Ablauf.
- Die operativen Case Manager werden durch die agnes-Schwester abgebildet. agnes-Schwester koordinieren die festgelegte Umsetzung der in dem Fall verankerten

Maßnahmen und stellen die Kommunikation zwischen den Beteiligten sicher. Die agnes-Schwestern sind der primäre Ansprechpartner des Patienten in allen Fragen der Organisation seiner Behandlung und der Einbeziehung nicht-ärztlicher Leistungen (die in gewissen Rahmen auch direkt durch die agnes-Schwestern erbracht werden können).

Wenn ein Patient in einen Pfad eingeschrieben wurde, hat er entsprechend auch immer einen zuständigen Arzt der den Pfad initiiert. Die agnes-Schwestern werden entsprechend der spezifischen Vorgaben des Pfads hinzugezogen.

Die agnes-Schwestern sind am KBZ angestellt und haben einen Arbeitsvertrag mit der IGiB StimMT GmbH als Träger des KBZ. Das KBZ stellt sicher, dass agnes-Schwestern ihrer Rollenbeschreibung entsprechend eingesetzt werden. Die Leitung des KBZ führt zusätzlich regelmäßig eine übergreifende Bedarfsbetrachtung durch und regelt die bedarfsgerechte Bereitstellung der agnes-Schwestern und ergänzender nicht-ärztlicher Leistungen. Die ärztliche Leitung der agnes-Schwestern wird durch eine Templiner Hausärztin übernommen, so dass die agnes-Schwestern auch formal als berufsmäßig tätige Gehilfen agieren können.

Zu jeder pfadgeleiteten Behandlung werden Zwischen- und Abschlussberichte erstellt. Diese sollen idealerweise automatisiert aus bestehenden, im Rahmen des Case Managements und der Behandlung erhobenen, Daten generiert werden können.

Die StimMT-IT-Plattform soll damit sowohl die Planung von bedarfsgerechten, individuellen Versorgungsangeboten als auch deren operative Umsetzung im Zusammenspiel von Betroffenen, Ärzten, Pflege, agnes-Schwestern, Rehabilitationseinrichtungen und anderen Akteuren unterstützen. Die StimMT-IT-Plattform setzt hier unmittelbar auf den Datenaustauschmechanismen des Gesundheitsnetzwerks auf, indem Behandlungspfade als Anwendungsszenarien des Gesundheitsnetzwerks implementiert werden (siehe hierzu auch Kapitel 1.3). Auf diesem Weg kann per Konfiguration festgelegt werden, welche Arten von Dokumenten im Kontext des Pfades zwischen welchen Akteursgruppen ausgetauscht werden können; die Umsetzung dieser Konfiguration sowie die Durchsetzung der daraus abgeleiteten Kommunikationsregeln erfolgt durch die vorhandenen Steuerungsmechanismen des Gesundheitsnetzwerks.

1.2.2 Sprechstundenangebote

TO BE DONE

1.2.3 Beispiel: Pfad und Sprechstunde „Herzinsuffizienz“

TO BE DONE

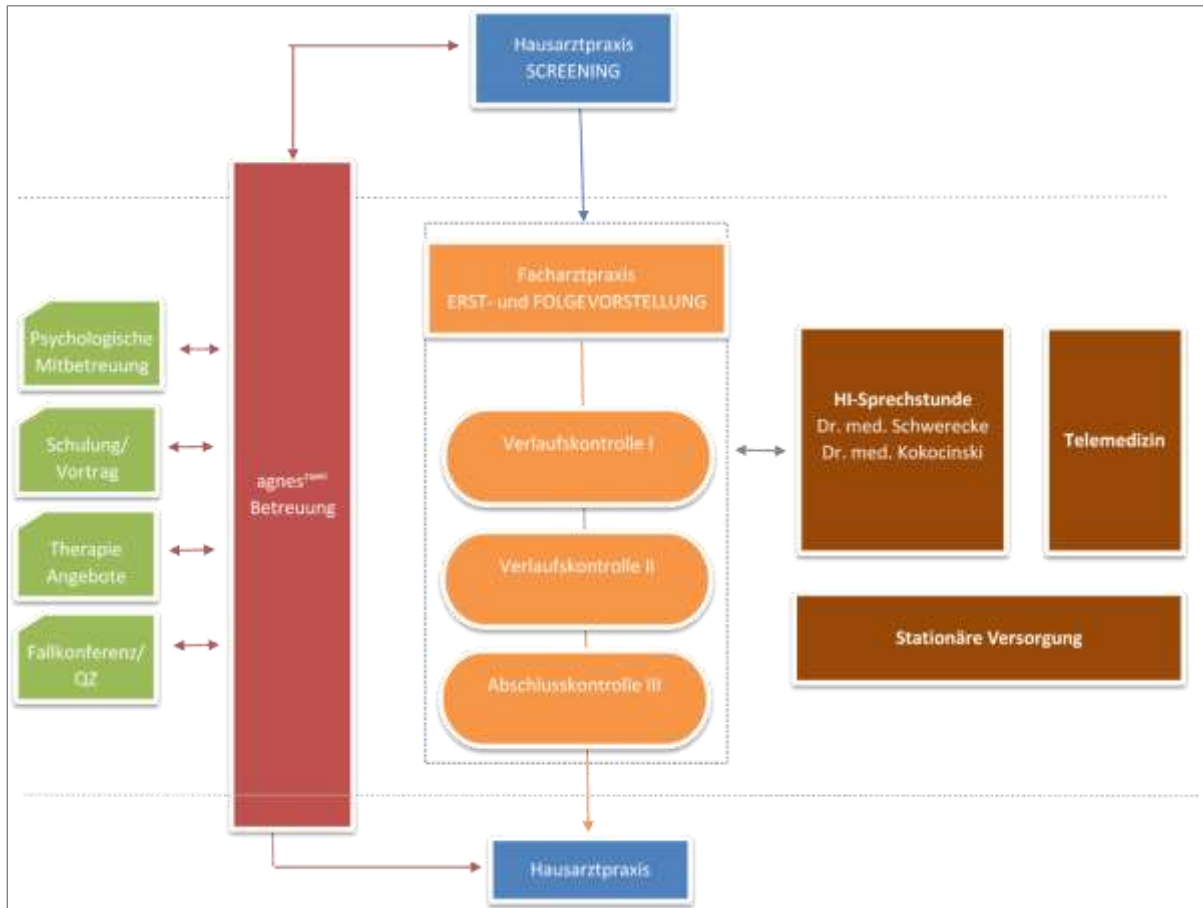


Abbildung 1: Verzahnung von Versorgungsangeboten entlang des Pfads "Herzinsuffizienz"

1.3 Das Gesundheitsnetzwerk GeN der AOK Nordost

Um einen sicheren und an den fachlichen Erfordernissen ausgerichteten Austausch von medizinischen Informationen mit Hilfe zeitgemäßer Informationstechnologien zu ermöglichen, hat die AOK Nordost bereits im Jahr 2016 die Entwicklung eines digitalen Gesundheitsnetzwerks (GeN) angestoßen und den Aufbau finanziell unterstützt. Die Hauptaufgabe des Gesundheitsnetzwerks GeN ist der sichere Austausch medizinisch relevanter, zur Behandlung notwendiger und sinnvoller sowie zur Vor- und Nachsorge benötigter Information zwischen zugriffsberechtigten Leistungserbringern.

1.3.1 Architektur des GeN

Das GeN basiert auf einer dezentralen Architektur, in der Daten und Nutzer nach dem Peer-to-Peer-Modell miteinander vernetzt werden. Alle Daten verbleiben soweit als möglich in den Systemen der Leistungserbringer, die diese Daten erhoben haben. GeN stellt lediglich Dienste bereit, die

- eine zuverlässige und nachvollziehbare Authentifizierung und Autorisierung der an GeN teilnehmenden Akteure ermöglichen,
- einen sicheren Zugang zu den dezentral vorgehaltenen Daten herstellen und sicherstellen, dass Anfragen nur an die Einrichtungen gesandt werden, zu denen ein Patientenkontakt besteht oder bestand,

- eine einfache Umsetzung der Betroffenenrechte auch in einem hochgradig verteilten Netz von Leistungserbringern sicherstellen.

Die GeN-Architektur ist zweistufig modular aufgebaut, um eine größtmögliche Flexibilität in der Verteilung der Dienste auf die verschiedenen Betreiber zu ermöglichen und gleichzeitig ein hohes Maß an Informationssicherheit durch eine strikte Trennung sowohl der Betreiber als auch der Dienste untereinander zu erzielen:

- Tenants bezeichnen einzelne Betriebseinheiten des Gesundheitsnetzes GeN und können wie eigenständige, voneinander vollständig unabhängige und entkoppelte (potenziell virtualisierte) Rechenzentren betrachtet werden. Jeder Tenant steht unter einer klar festgelegten Verantwortung, wobei unterschiedliche Tenants unterschiedliche Verantwortliche haben können und auch eine Umsetzung des DS-GVO Konstrukts einer gemeinsamen Verantwortlichkeit für einen Tenant möglich ist.
- Dienste des GeN werden ausschließlich innerhalb der Tenants betrieben. Hierzu zählen insbesondere auch alle Dienste, die Patientendaten für die Nutzung durch die definierten GeN-Anwendungsszenarien speichern.

Durch die in einem übergreifenden Datenschutzkonzept für das GeN für alle Tenants gleichermaßen verbindlich umzusetzenden Schutzmaßnahmen ist sichergestellt, dass trotz des dezentralen Aufbaus des GeN entlang aller Abläufe ein gleichermaßen hohes Sicherheitsniveau umsetzbar ist.

Die Anbindung der Nutzer (Leistungserbringer und Versicherte) an GeN erfolgt ausschließlich über die Tenants. Hierbei ist für jeden Nutzer eindeutig definiert, über welchen Tenant er die von GeN angebotenen GeN-Anwendungsszenarien nutzen kann. Tenants, die eine Anbindung von professionellen Nutzern erlauben, sind von außerhalb des GeN-Kommunikationsnetzes ausschließlich über geschlossene Netze (VPNs) erreichbar und sichern sich zusätzlich über Firewalls ab. Der Zugang der Versicherten zum GeN und den darüber verfügbar gemachten Daten erfolgt über das PORTAL FÜR GESUNDHEIT. Das PORTAL FÜR GESUNDHEIT ist über das Internet zugänglich, wobei die Backend-Dienste des Portals in einer DMZ angesiedelt sind und nur über eine Facade auf Dienste des GeN zugreifen können.

Die Vernetzung der Tenants untereinander erfolgt über ein abgeschlossenes GeN-Kommunikationsnetz. Tenants sind über sog. Facaden an das GeN-Kommunikationsnetz angebunden. Die Facaden sind standardisierte Sicherheitsgateways, über die unterschiedliche technische Umsetzungen von Diensten innerhalb eines Tenants auf die standard-basierten GeN-Schnittstellen abgebildet werden. Zusätzlich stellen die Facaden sicher, dass Datenströme in einen Tenant hinein und aus einem Tenant heraus durch die GeN-Sicherheitsdienste verifiziert und ggf. blockiert werden. In den Facaden werden keine medizinischen Daten gespeichert. Über eine zentrale Fernwartung können sicherheitsrelevante Patches und Updates schnell in alle Facaden eingespielt werden.

Die Facaden bilden den Abschluss eines Tenants gegenüber dem GeN-Kommunikationsnetz. Sie stehen entsprechend unter der Verantwortlichkeit des Tenants. Alle GeN-spezifischen

Verarbeitungen zur Durchsetzung von Berechtigung und zur Absicherung der ärztlichen Schweigepflicht erfolgen in den Facaden.

Die nachfolgende Abbildung stellt den oben skizzierten Aufbau des GeN in der Übersicht dar, wobei für das Aufsetzen der StimMT-Plattform auf dem GeN relevante Bausteine blau hervorgehoben sind.

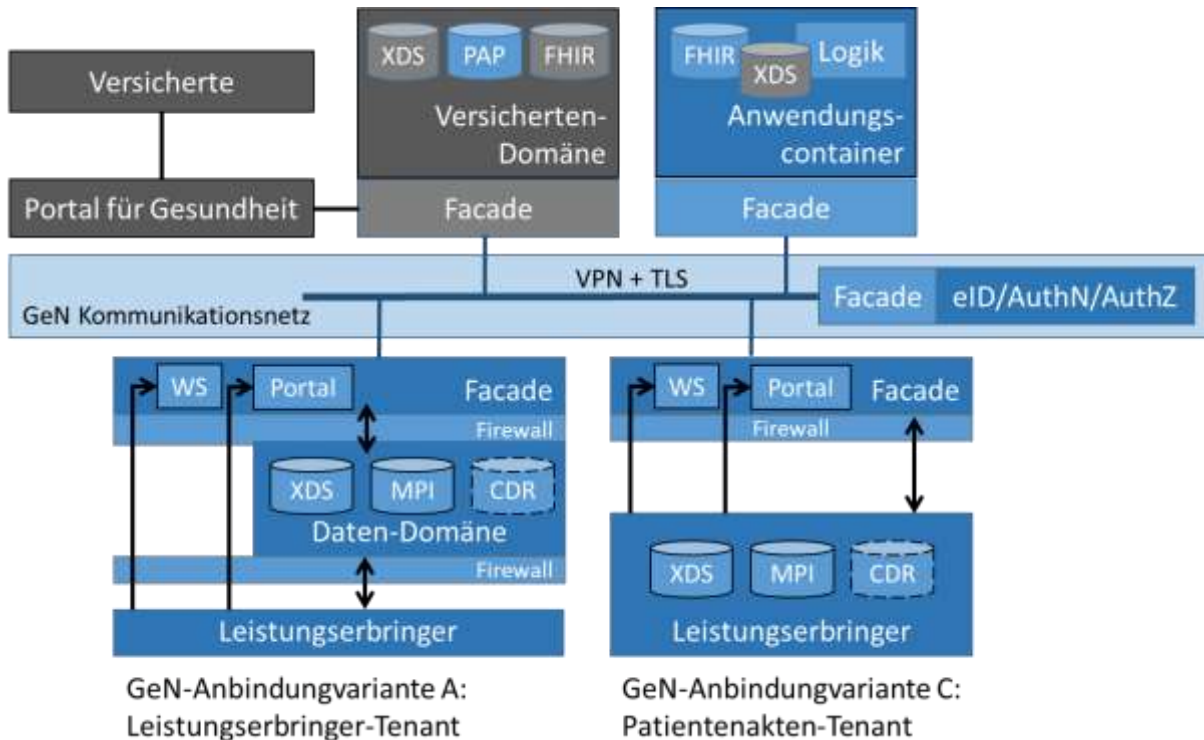


Abbildung 2: Aufbau des Gesundheitsnetzwerks GeN

1.3.2 Anbindung von Nutzern an die Dienste des GeN

Das GeN erlaubt drei Möglichkeiten der Einbindung von Datenquellen¹:

- In der Anbindungsvariante C wird eine bestehende Patientenaktenlösung bei einem Leistungserbringer über eine Facade im Gesundheitsnetzwerk zugänglich gemacht. In StimMT erfolgt die Anbindung des SANA Krankenhauses Templin über die bestehende HealthShare Patientenakte der SANA-Kliniken Berlin-Brandenburg auf Grundlage dieses Modells. Über in der Facade durchgesetzte Zugriffsregeln ist sichergestellt, dass für Anwendungsszenarien von StimMT bereitgestellte Daten des Krankenhauses Templin auch nur im Kontext dieser Szenarien und durch die daran teilnehmenden, vom Versicherten entsprechend berechtigten Ärzte abgerufen werden können. Die Bereitstellung der Daten

¹ Die Benennung der Anbindungsvarianten als „Variante A“ und „Variante C“ hat ihren Ursprung in der österreichischen Patientenaktenlösung ELGA [ELGA GesArch], d. h. die GeN Anbindungsvariante A entspricht vom Konzept her der ELGA Anbindungsvariante A und die GeN Anbindungsvariante C entspricht vom Konzept her der ELGA Anbindungsvariante C2.

aus dem Krankenhaus heraus erfolgt über SANA-interne Abläufe auf der internen Patientenakte.

- In der Anbindungsvariante A wird unter der Verantwortung einer Leistungserbringer-Organisation eine dedizierte IHE XDS Domain als Auftragsverarbeitung aus einem Rechenzentrum heraus betrieben. Die niedergelassenen Ärzte und andere Leistungserbringer in der Region Templin werden über diese Variante an das Gesundheitsnetzwerk angebunden. Die IGiB StimMT GmbH² verantwortet hierbei den Aufbau und Betrieb der StimMT-IT-Plattform als Tenant des GeN. Sie hat die datenschutzrechtliche Gesamtverantwortung für die Plattform und die darauf aufsetzenden Verfahren (siehe auch Kapitel 3.4).
- Anbindungscontainer kapseln Verarbeitungslogik auf granularen Daten und stellen diese über einen zentral zugängliche Facade bereit. Beispiele für Anwendungscontainer sind das Medikamentenmanagement oder die Bereitstellung eines Impfpasses auf Basis von einzelnen Impfeinträgen. In StimMT sind insbesondere das Terminmanagement und Worklists (siehe Kapitel 3) Kandidaten für eine technische Umsetzung über Anwendungscontainer.

Die Facaden sowie die einzelnen Tenants sind modular aufgebaut und bestehen im Kern aus einem standardisierten Satz von Diensten:

- XDS Domain (XDS): Über die Dienste des GeN werden verteilte XDS Domains gefördert. Eine XDS Domain verwaltet dabei die durch eine Gruppe von Leistungserbringern oder eine einzelne Leistungserbringerorganisation für das GeN bereitgestellten Dokumente. Kern der XDS Domain ist ein Dokumentenregister, das Metadaten zu allen bereitgestellten Dokumenten vorhält und Schnittstellen zur Suche nach Dokumenten bereitstellt. Die Speicherung der Dokumente erfolgt über Dokumenten-Repositories [IHE ITI DocSharing].
- Master Patient Index (MPI): Die einzelnen Tenants des GeN sind autonom. Insbesondere kann jeder Tenant eigene Identifier für einen Patienten verwenden, die in einem Master Patient Index verwaltet werden. In StimMT wird dieser Mechanismus genutzt, um die von den einzelnen Ärzten lokal verwendeten Patienten-IDs auf eine einheitliche StimMT-Patienten-ID abzubilden.
- FHIR Store (FHIR): Anwendungscontainer verwalten üblicherweise granulare Daten in Form von FHIR Ressourcen [FHIR v4], die in einem sog. FHIR-Store gespeichert sind. Der Zugang zu diesen Ressourcen erfolgt üblicherweise über REST-Schnittstellen.
- Clinical Data Repository (CDR): Ein CDR ist eine spezielle Umsetzung eines FHIR Store, in dem vorrangig klinische Daten verwaltet werden. Ein CDR kann mit den Akteuren des IHE XDS Profils interagieren und so z. B. dynamisch erzeugte Dokumente über Standard-XDS-Transaktionen ausspielen.
- Policy Administration Point (PAP): Das GeN definiert Zugriffsrechte über Anwendungsszenarien, wobei der Versicherte entscheidet, welche Anwendungsszenarien er

² Die IGiB StimMT GmbH ist eine 100%ige Tochter der IGiB StimMT GbR, die wiederum der AOK Nordost, der Barmer GEK und der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg (KV BB) gehört. Die IGiB StimMT GmbH ist Verantwortliche für das StimMT-Projekt und bündelt als solche die Interessen der in Kapitel 1.1 aufgeführten Akteure in Bezug auf die Umsetzung und den Betrieb der StimMT-Plattform.

nutzen möchte und welche Ärzte jeweils daran teilnehmen sollen. Diese Festlegungen werden im GeN zu sog. Policies (Berechtigungsregeln) verdichtet, die in einem Policy Administration Point verwaltet werden. Bei einer Anfrage an einen GeN Tenant wird die anzuwendende Policy als Teil der Anfragenachricht an die Facade dieses Tenants geschickt und dort ausgewertet (policy Push Verfahren [IHE ITI ACS]). Bevor die Facade Dokumente zurück an den Aufrufer liefert, werden auch dieses gegen die Policy des Betroffenen geprüft.

Der Zugang zu diesen Diensten erfolgt über in der Facade integrierte Portale oder Web-Service-Schnittstellen.

1.3.3 Anwendungsszenarien

Das Gesundheitsnetzwerk GeN stellt Dienste zu sicheren Vernetzung von dezentral vorgehaltenen Daten bereit und stellt damit eine Datenaustauschplattform dar. Auf dieser Plattform können Anwendungsszenarien definiert werden, die konkrete Nutzungen des GeN zur Umsetzung medizinisch-fachlicher Zielstellungen beschreiben. Jedes dieser Szenarien hat eine Zweckbestimmung aus der sich die verarbeiteten Daten und deren Lebenszyklus ableiten. Zusätzlich können GeN-Anwendungsszenarien Rollen mit Standardberechtigungen vorgeben, wobei die Instanziierung der Rollen mit Leistungserbringern durch den Versicherten erfolgt. Beispiele für auf dem GeN definierte Anwendungsszenarien sind die sektorübergreifende Kommunikation bei einer Krankenhauseinweisung und der Austausch von Mutterpass, Bild- und Labordaten zwischen der Patientin und ihren Ärzten bei einer Schwangerschaft.

Damit Daten eines Versicherten im Rahmen eines GeN-Anwendungsszenarios über die GeN-Plattform ausgetauscht werden können, muss sich der Versicherte zunächst für dieses Szenario einschreiben, was insbesondere eine informierte Einwilligung in die mit diesem Szenario einhergehende Datenerhebung und Datenverarbeitung beinhaltet. Der Versicherte entscheidet, welche Leistungserbringer die in dem Szenario definierten Rollen ausfüllen und welche Rechte zur Erhebung und Verarbeitung seiner Daten diesen im Rahmen des Szenarios gewährt werden.

Anwendungsszenarien werden im GeN als Ontologie über einer Zweckbindung, zur Umsetzung der Zweckbindung auszutauschenden Dokumentenarten und diese erstellende bzw. verarbeitende Leistungserbringer definiert und über dedizierte Verzeichnis- und Ontologiedienste in die Plattform eingebracht. Zu jedem Anwendungsszenario können per Konfiguration Einschränkungen in Bezug auf teilnahmeberechtigte Versicherte und Ärzte festgelegt werden.

In StimMT definierte Pfade und Sprechstunden werden auf diesem Weg als Anwendungsszenarien des GeN modelliert und in die Plattform „hineinkonfiguriert“.

2. Anforderungen an die IT-Plattform

Effizienz, Erreichbarkeit, Nutzbarkeit und Nutzwert der neuen Strukturen und Prozesse sollen bedarfsgerecht durch geeignete IT-Lösungen abgesichert werden. Um eine enge Verzahnung dieser IT-Lösungen in den Versorgungsstrukturen und entlang der Versorgungsprozesse zu ermöglichen, soll

für die Region eine hochgradig standardisierte IT-Plattform etabliert werden. Diese setzt auf dem Gesundheitsnetzwerk der AOK Nordost auf, über das bereits heute grundlegende IT-Dienste wie z. B. der sichere Austausch von medizinischen Daten verfügbar sind.

2.1 Funktionale Leistungsmerkmale der StimMT IT-Lösungen

Die durch IT-Lösungen zu realisierenden IT-Ziele definieren sich über die erforderlichen IT-Dienste und leiten sich unmittelbar aus den Versorgungs- und Umsetzungszielen von StimMT ab:

Anmerkung: Im Rahmen der Abstimmung und Konsolidierung des Grobkonzepts wurden immer wieder IT-Ziele hinzugefügt oder gestrichen. Daher ist die Nummerierung in der nachfolgenden Tabelle nicht kontinuierlich und nicht geschlossen.

Versorgungs-/Umsetzungsziel	IT-Ziele: Aufbau von IT-Diensten ...
Ambulantisierung und Anpassung von Kapazitäten	<ul style="list-style-type: none"> - ... für einen flexiblen, ortsunabhängigen und durchgängig verfügbaren Zugang von Leistungserbringern zu spezialisiertem Fachwissen [Z01] - ... zur Erfassung, Auswertung und Bereitstellung von Daten zur Unterstützung der verantwortlichen Stellen bei der Analyse von Bedarfen für Versorgungsleistungen in der Region [Z02] - ... zur besseren Auslastung von durch Ambulantisierung freiwerdender Ressourcen des Krankenhauses (Räume, Geräte, etc.) [Z27]
Neuordnung der Akut- und Notfallversorgung unter Einbeziehung der ambulant getragenen Grundversorgungsgemeinschaft	<ul style="list-style-type: none"> - ... zur Einsichtnahme in bestehende Patientengeschichten [Z03] - ... zur elektronische Weitergabe von in Akut/Notfallsituationen erhobenen Daten an die für die reguläre und weitere Behandlung zuständigen Leistungserbringer [Z04] - ... für die Bereitstellung von Daten zur Unterstützung der verantwortlichen Stellen bei der Weiterentwicklung der Strukturen und Prozesse in der Akut- und Notfallversorgung [Z05]
Aufbau von Angeboten zum Case Management im Sinne der Umsetzung von Strukturen und Prozessen der individuellen Betreuung einzelner Patienten und Patientengruppen	<ul style="list-style-type: none"> - ... Unterstützung von Case Managern und diese unterstützenden Akteuren in ortsfesten und mobilen Einsatzszenarien: <ul style="list-style-type: none"> - Bereitstellung und Erfassung von relevanten medizinischen Informationen zu den betreuten Patienten [Z06] - Weitergabe von erhobenen Daten an die für die reguläre Behandlung zuständigen Leistungserbringer [Z07] - Ad hoc Kommunikation mit anderen den Patienten betreuenden Leistungserbringern [Z08] - effiziente Leistungsplanung und –dokumentation [Z09] - ... zur Bereitstellung von relevanten medizinischen Informationen von in ein Case Management einzubeziehenden bzw. einbezogenen Patienten zur Auswahl und Anpassung von Case Management Angeboten [Z10]
Aufbau von Angeboten zur Beratung und Unterstützung	<ul style="list-style-type: none"> - ... zur Vermittlung von Unterstützungs-, Versorgungs- und Daseinsfürsorgeangeboten [Z11]
Führung von Patienten in leitlinienbasierten und übergreifend abgestimmten Verfahrensabläufen bzw. Behandlungspfaden zur Erreichung individueller Gesundheitsziele	<ul style="list-style-type: none"> - ... zur Personalisierung von definierten Verfahrensabläufen [Z14] - ... zur Unterstützung der Steuerung der Versorgung eines Patienten entlang eines definierten Verfahrensablaufs [Z15]

systematische fach-, berufsgruppen- und sektorenübergreifende Abstimmung und Koordination der Versorgung	<ul style="list-style-type: none"> - ... zur Unterstützung der Koordination der Versorgung (Care- und Case-Management) über ad-hoc Kommunikationsmöglichkeiten [Z17] - ... zur Umsetzung eines übergreifenden Terminmanagements [Z18]
Erhöhung der Effizienz der Arzneimittel- und Heilmittelversorgung	<ul style="list-style-type: none"> - ... zur Sicherstellung der nachstationären Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln zuhause oder in einer Pflege/Reha-Einrichtung [Z20]
Verbesserung der Patientensicherheit bei Polymedikationen	<ul style="list-style-type: none"> - ... zur Erfassung von Medikationsplänen und zur Unterstützung der Ärzte bei der Neuverordnung von Medikamenten [Z21]
Integration der Heilmittelversorgung in die fachübergreifenden Indikationspfade	<ul style="list-style-type: none"> - ... zur Erfassung patientenspezifischer Bedarfe und zur automatisierten Steuerung der Prozesse zur Beantragung und Beschaffung von Heil- und Hilfsmitteln [Z22]
Qualitative Verbesserung der fach- und sektorenübergreifenden Zusammenarbeit	<ul style="list-style-type: none"> - ... verbesserten wechselseitigen Information von Leistungserbringern entlang von Versorgungsketten und Verfahrensabläufen [Z23] - ... Durchführung von gemeinsamen Fallbesprechungen [Z24]
Sachangemessener Einsatz moderner Informations- und Kommunikationstechnologie	<ul style="list-style-type: none"> - ... für die Bereitstellung und Auswertung von Daten zur Nutzung und Weiterentwicklung der angebotenen IT-Dienste [Z25] - ... für die Vereinfachung und Absicherung von Dokumentationspflichten [Z28]

2.1.1 Leitlinienbasierte Behandlungsabläufe (Pfade)

Im Zusammenhang mit der Umsetzung leitlinienbasierter Behandlungsabläufe sind die folgenden IT-Ziele umzusetzen:

- Personalisierung von definierten Verfahrensabläufen [Z14]
- Unterstützung der Steuerung der Versorgung eines Patienten entlang eines definierten Verfahrensablaufs [Z15]
- Verbesserung der wechselseitigen Information von Leistungserbringern entlang von Versorgungsketten und Verfahrensabläufen [Z23]

Hieraus leiten sich die folgenden funktionalen Anforderungen an die StimMT-IT-Plattform ab:

#	Die StimMT-IT-Plattform ...	Ziele
AF-PATH-002	... MUSS die elektronische und strukturierte Erfassung des Gesundheitsstatus eines Patienten und der durchgeführten Maßnahmen ermöglichen.	Z12, Z15
AF-PATH-004	... DARF KEINE starren Verfahrensabläufe erzwingen, sondern MUSS Spielräume für eine Personalisierung zulassen.	Z14
AF-PATH-005	... SOLL Mechanismen bereitstellen, über die in einem Pfad definierte Aktivitäten angestoßen werden können.	Z15
AF-PATH-006	... MUSS eine elektronische Weitergabe von wichtigen Patientendaten <u>entlang</u> von Versorgungsketten unterstützen.	Z23
AF-PATH-007	... MUSS eine elektronische Weitergabe von wichtigen Informationen <u>entgegen</u> der Versorgungskette unterstützen (d. h. der übernehmende Arzt informiert den übergebenden Arzt).	Z23

AF-PATH-008	... MUSS einfache Workflow-Automatisierungen durch Benachrichtigungen über die Verfügbarkeit neuer Informationen/Dokumente unterstützen.	Z14, Z15
--------------------	--	----------

2.1.2 Case Management

Im Zusammenhang mit der Umsetzung eines Case Management sind die folgenden IT-Ziele umzusetzen:

- Bereitstellung und Erfassung von relevanten medizinischen Informationen zu den betreuten Patienten [Z06]
- Weitergabe von erhobenen Daten an die für die reguläre Behandlung zuständigen Leistungserbringer [Z07]
- effiziente Leistungsplanung und –dokumentation [Z09]
- Umsetzung eines übergreifenden Terminmanagements [Z18]
- Sicherstellung der nachstationären Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln zuhause oder in einer Pflege/Reha-einrichtung [Z20]
- Erfassung von Medikationsplänen und zur Unterstützung der Ärzte bei der Neuverordnung von Medikamenten [Z21]
- Erfassung patientenspezifischer Bedarfe und zur automatisierten Steuerung der Prozesse zur Beantragung und Beschaffung von Heil- und Hilfsmitteln [Z22]
- Vereinfachung und Absicherung von Dokumentationspflichten [Z28]

Hieraus leiten sich die folgenden funktionalen Anforderungen an die StimMT-IT-Plattform ab:

#	Die StimMT-IT-Plattform ...	Ziele
AF-CASE-001	... MUSS Informationen zum Gesundheitsstatus eines Patienten und den durchgeführten Maßnahmen verwalten und für Berechtigte bereitstellen.	Z06, Z07
AF-CASE-002	... MUSS eine Zuordnung von Patienten zu zuständigen Case Managern und andern Leistungserbringern erlauben.	Z07
AF-CASE-003	... MUSS Mechanismen zur ad hoc Kommunikation zwischen allen behandelnden und koordinierenden Akteuren bieten.	Z08, Z17
AF-CASE-004	... MUSS die Planung von Aktivitäten und Terminen unterstützen.	Z09, Z18
AF-CASE-005	... DARF KEINE redundanten Dokumentationen erzwingen.	Z09
AF-CASE-006	... SOLL erfasste Daten automatisiert in die definierten und geforderten Dokumentationsformate überführen können.	Z09, Z28
AF-CASE-007	... SOLL einem Case Manager einen Überblick über alle mit dem Case Management in Verbindung stehenden Termine eines Patienten geben.	Z18
AF-CASE-008	... SOLL einem Case Manager einen Überblick über freie Termine bei Leistungserbringern geben.	Z18
AF-CASE-009	... MUSS eine Beantragung von Heil- und Hilfsmitteln unterstützen. Dies umfasst zumindest elektronische Formulare, die mit verfügbaren Daten vorbefüllt werden.	Z20, Z22

AF-CASE-010	... MUSS eine Integration von Wissensdatenbanken zur Arzneimittelsubstitution erlauben.	Z20, Z21
AF-CASE-011	... MUSS eine Integration von Systemen zur AMTS (z. B. Prüfung gegen Wechselwirkungen) erlauben.	Z20, Z21
AF-CASE-012	... MUSS da Einlesen, Verarbeiten und Ausspielen von Medikationsplänen gemäß §31a SGB V unterstützen.	Z20, Z21
AF-CASE-013	... MUSS für die Auswahl von Hilfsmittel erforderliche Informationen erfassen, verarbeiten und bereitstellen.	Z20, Z22
AF-CASE-014	... SOLL ggf. bei Kassen und/oder Hilfsmittelanbietern vorhandene Schnittstellen für elektronische Beantragungen und Beschaffungen von Heil- und Hilfsmitteln bedienen können.	Z22
AF-CASE-015	... MUSS die Erstellung von Zwischenberichten und Abschlussberichten einer durch ein Case Management unterstützten Behandlung erleichtern.	Z28
AF-CASE-016	... MUSS eine sichere Ablage von durch operative Case Manager erstellten Dokumenten unterstützen.	Z28
AF-CASE-017	... MUSS die formalen Prozesse der Einbindung eines operativen Case Managers in die Versorgung vereinfachen.	Z28, Z09

2.1.3 ASZ

Im Zusammenhang mit der Einrichtung eines Ambulant-Stationären-Zentrums in den Räumlichkeiten des SANA Krankenhauses Templin sind die folgenden IT-Ziele umzusetzen:

- Einsichtnahme in bestehende Patientengeschichten [Z03]
- bessere Auslastung von durch Ambulantisierung freiwerdenden Ressourcen des Krankenhauses (Räume, Geräte, etc.) [Z27]
- Weitergabe von erhobenen Daten an die für die reguläre Behandlung zuständigen Leistungserbringer [Z07]
- effiziente Leistungsplanung und –dokumentation [Z09]
- Umsetzung eines übergreifenden Terminmanagements [Z18]
- verbesserte wechselseitige Information von Leistungserbringern entlang von Versorgungsketten und Verfahrensabläufen [Z23]

Hieraus leiten sich die folgenden funktionalen Anforderungen an die StimMT-IT-Plattform ab:

#	Die StimMT-IT-Plattform ...	Ziele
AF-ASZ-001	... MUSS eine jederzeit aktuelle Übersicht über die im ASZ verfügbaren Ressourcen bieten	Z27, Z18, Z09
AF-ASZ-002	... SOLL eine Belegungsplanung für Ressourcen des ASZ (Räume, Medizingeräte, etc.) unterstützen	Z27, Z18, Z09
AF-ASZ-003	... MUSS im Zusammenhang mit der Überweisung von Patienten an das ASZ einen elektronischen Austausch von Vorbefunden ermöglichen.	Z03
AF-ASZ-004	... MUSS eine Weitergabe von Daten aus dem ASZ an weiterbehandelnde Leistungserbringer ermöglichen.	Z09

AF-ASZ-005	... MUSS eine elektronische Kommunikation des ASZ mit Labordienstleistern unterstützten und MUSS empfangene Laborbefunde in die Behandlungsdokumentation übernehmen.	Z07, Z23
AF-ASZ-006	... SOLL eine elektronische Buchung von im ASZ angebotenen Spezialsprechstunden ermöglichen.	Z18

2.1.4 GVG-Praxis incl. Bereitschaftspraxis

Im Zusammenhang mit der Umsetzung der Akutversorgung in der GVG-Praxis sind die folgenden IT-Ziele umzusetzen:

- Einsichtnahme in bestehende Patientengeschichten [Z03]
- elektronische Weitergabe von in Akut/Notfallsituationen erhobenen Daten an die für die reguläre und weitere Behandlung zuständigen Leistungserbringer [Z04]
- Weitergabe von erhobenen Daten an die für die reguläre Behandlung zuständigen Leistungserbringer [Z07]
- Umsetzung eines übergreifenden Terminmanagements [Z18]
- verbesserte wechselseitige Information von Leistungserbringern entlang von Versorgungsketten und Verfahrensabläufen [Z23]
- bessere Auslastung von durch Ambulantisierung freiwerdenden Ressourcen des Krankenhauses (Räume, Geräte, etc.) [Z27]
- effiziente Leistungsplanung und –dokumentation [Z09]
- Vereinfachung und Absicherung von Dokumentationspflichten [Z28]

Hieraus leiten sich die folgenden funktionalen Anforderungen an die StimMT-IT-Plattform ab:

#	Die StimMT-IT-Plattform ...	Ziele
AF-GVG-001	... SOLL in Akut- und Notfallsituationen eine Einsichtnahme in relevante Patienteninformationen ermöglichen.	Z03
AF-GVG-004	... SOLL ein elektronisches Ausfüllen eines Notfallbogens ermöglichen. Hierbei SOLLEN bereits elektronisch verfügbare Informationen nicht erneut eingegeben werden müssen.	Z04
AF-GVG-005	... SOLL eine elektronische Weitergabe eines Notfallbogens aus der qualifizierten Ersteinschätzung an die Bereitschaftspraxis oder die Notfallversorgung unterstützen.	Z04
AF-GVG-006	... MUSS im Zusammenhang mit der Überweisung von Patienten in die GVG-Praxis einen elektronischen Austausch von Vorbefunden ermöglichen.	Z03
AF-GVG-007	... MUSS eine Weitergabe von Daten aus der GVG-Praxis an weiterbehandelnde Leistungserbringer ermöglichen.	Z09
AF-GVG-008	... MUSS eine elektronische Kommunikation der GVG-Praxis mit Labordienstleistern unterstützten und MUSS empfangene Laborbefunde in die Behandlungsdokumentation übernehmen.	Z07, Z23
AF-GVG-009	... SOLL eine elektronische Buchung von in der GVG-Praxis angebotenen Spezialsprechstunden ermöglichen.	Z18

AF-GVG-010	... MUSS eine sichere, zentrale Ablage von durch die GVG-Ärzten und -Mitarbeitern angefertigten Dokumentationen (insb. Assessment-Bögen zur qualifizierten Ersteinschätzung) erlauben.	Z28
AF-GVG-011	... MUSS einen zeitnahen, elektronischen Informationsaustausch zwischen Krankenhaus und GVG-Praxis unterstützen.	Z04, Z07, Z23
AF-GVG-012	... MUSS eine jederzeit aktuelle Übersicht über die Angebote des GVG bieten	Z27, Z18, Z09

2.1.5 Kommunikation und Kooperation

Im Zusammenhang mit der effizienten Kommunikation der Akteure über Einrichtungen und Sektoren hinweg sind – über die Anforderungen aus leitlinienbasierten Pfaden hinaus - die folgenden IT-Ziele umzusetzen:

- flexibler, ortsunabhängiger und durchgängig verfügbarer Zugang von Leistungserbringern zu spezialisiertem Fachwissen [Z01]
- Ad hoc Kommunikation mit anderen den Patienten betreuenden Leistungserbringern [Z08]; Unterstützung der Koordination der Versorgung (Care- und Case-Management) über ad-hoc Kommunikationsmöglichkeiten [Z17]
- Sicherstellung der nachstationären Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln zuhause oder in einer Pflegeeinrichtung [Z20]
- verbesserte wechselseitige Information von Leistungserbringern entlang von Versorgungsketten und Verfahrensabläufen [Z23]
- Durchführung von gemeinsamen Fallbesprechungen [Z24]

Hieraus leiten sich die folgenden funktionalen Anforderungen an die StimMT-IT-Plattform ab:

#	Die StimMT-IT-Plattform ...	Ziele
AF-KOMM-002	... MUSS Mechanismen für die Durchführung von Konsilen mit Spezialisten bieten.	Z01
AF-KOMM-003	... MUSS Mechanismen zur ad hoc Kommunikation zwischen allen behandelnden und koordinierenden Akteuren bieten. Es SOLLEN hierbei verschiedenen Technologien nutzbar sein.	Z08, Z17
AF-KOMM-004	... MUSS durch Auswertung verfügbarer Daten zum Patienten frühzeitig Informationen zu nach der Entlassung benötigten Leistungen, Arzneimitteln, Heilmitteln und Hilfsmitteln bereitstellen und an die richtigen Akteure weitergeben.	Z20
AF-KOMM-007	... MUSS die Planung und Vorbereitung von Fallkonferenzen unterstützen. Hierzu zählen insbesondere die Terminplanung das Einspielen elektronisch verfügbarer Daten in die Fallkonferenz.	Z24
AF-KOMM-008	... SOLL die Integration von Lösungen für virtuelle Fallkonferenzen (d. h. Umsetzung über Videokonferenz) erlauben.	Z24
AF-KOMM-009	... SOLL die elektronische Verteilung und Ablage der Protokolle von Fallkonferenzen erlauben.	Z24

2.1.6 KBZ

Zur Unterstützung der Aufgabenerfüllung des KBZ sind die folgenden IT-Ziele umzusetzen:

- zur Vermittlung von Unterstützungs-, Versorgungs- und Daseinsfürsorgeangeboten [Z11]
- für einen flexiblen, ortsunabhängigen und durchgängig verfügbaren Zugang von Leistungserbringern zu spezialisiertem Fachwissen [Z01]
- Erfassung, Auswertung und Bereitstellung von Daten zur Unterstützung der verantwortlichen Stellen bei der Analyse von Bedarfen für Versorgungsleistungen in der Region [Z02]; Bereitstellung von Daten zur Unterstützung der verantwortlichen Stellen bei der Weiterentwicklung der Strukturen und Prozesse in der Akut- und Notfallversorgung [Z05]
- zur Bereitstellung von relevanten medizinischen Informationen von in ein Case Management einzubeziehenden bzw. einbezogenen Patienten zur Auswahl und Anpassung von Case Management Angeboten [Z10]
- Umsetzung eines übergreifenden Terminmanagements [Z18]
- Bereitstellung und Auswertung von Daten zur Nutzung und Weiterentwicklung der angebotenen IT-Dienste [Z25]
- bessere Auslastung von durch Ambulantisierung freiwerdenden Ressourcen des Krankenhauses (Räume, Geräte, etc.) [Z27]

Hieraus leiten sich die folgenden funktionalen Anforderungen an die StimMT-IT-Plattform ab:

#	Die StimMT-IT-Plattform ...	Ziele
AF-KBZ-001	... SOLL ein elektronisches Verzeichnis aller in der Region verfügbaren Unterstützungs-, Versorgungs- und Daseinsfürsorgeangebote (incl. der Anbieter dieser Angebote) beinhalten.	Z11
AF-KBZ-002	... SOLL Unterstützung bei der Auswahl und Buchung von für den Patienten potenziell geeigneten Versorgungsangeboten bieten.	Z10, Z11
AF-KBZ-003	... MUSS eine elektronische Bibliothek mit zielgruppenspezifischen Dokumenten zu den definierten Pfaden beinhalten.	Z01
AF-KBZ-004	... MUSS die elektronischen Adressen und digitalen Zertifikate aller an StimMT teilnehmenden Leistungserbringer verwalten und veröffentlichen.	Z01
AF-KBZ-005	... SOLL Termine für Schulungen und Informationsveranstaltungen verwalten und veröffentlichen.	Z11
AF-KBZ-006	... MUSS Reports mit ausgewählten Kennzahlen zu Versorgungsprozessen und –strukturen bereitstellen	Z02, Z05
AF-KBZ-007	... MUSS eine Zuweisung von Patienten zu Versorgungsangeboten und/oder Case Managern ermöglichen	Z10
AF-KBZ-009	... MUSS eine Koordination von die Case Manager und Leistungserbringer betreffenden Terminen ermöglichen	Z18
AF-KBZ-010	... SOLL Nutzungsfrequenz und Nutzungsmuster der IT-Dienste erfassen.	Z25
AF-KBZ-011	... SOLL die realisierten Service Level (Performanz, Ausfallzeit, etc.) der StimMT-IT-Plattform und –Dienste messen.	Z25

AF-KBZ-012	... MUSS ein Verzeichnis der für bestimmte Fragestellungen potenziell einzubeziehenden (externen) Spezialisten bereitstellen	Z01
AF-KBZ-013	... SOLL ein Verzeichnis der von Ärzten gemeinsam nutzbaren Ressourcen beinhalten und eine elektronische Buchung dieser Ressourcen erlauben.	Z27

2.2 Nicht-Funktionale Anforderungen

Neben den aus den Aufgabengebieten der Akteure abgeleiteten funktionalen Anforderungen (Was muss die Plattform können?) müssen in der Umsetzung auch nicht-funktionale Anforderungen (Wie muss die Plattform ihre Funktionalitäten erbringen?) berücksichtigt werden. Von besonderer Relevanz sind hier neben Fragen des Datenschutzes und der Informationssicherheit vor allem auch eine gute Nutzbarkeit und die Vermeidung von Risiken für die betroffenen Patienten.

2.2.1 Patientensicherheit

Aus der Nutzung der StimMT-Plattform heraus dürfen keine vermeidbaren Risiken für die Gesundheit und das Wohlbefinden des Patienten entstehen. Wo solche Risiken unvermeidbar sind, müssen diese klar aufgezeigt werden.

#	Die StimMT-IT-Plattform ...
AF-SAFE-001	... MUSS zu allen abgeleiteten oder berechneten Daten dem Nutzer dieser Daten auch die zugrundeliegenden Originaldaten bereitstellen können.
AF-SAFE-002	... MUSS sicherstellen, dass erfasste Patientendaten entlang ihres gesamten Lebenszyklus nicht verfälscht oder verändert werden.
AF-SAFE-003	... DARF NICHT in die Therapiehoheit des Arztes eingreifen. Insbesondere DARF die Plattform NICHT medizinische Entscheidungen treffen oder vorgeben.
AF-SAFE-004	... MUSS sicherstellen, dass von IT-Diensten erzeugte Hinweise klar als solche erkennbar sind und es MUSS transparent sein, auf Basis welcher Daten ein Hinweis gegeben wird.
AF-SAFE-005	... MUSS sicherstellen, dass über die Plattform angebotene Daten und Informationen aktuell sind.
AF-SAFE-006	... MUSS sicherstellen, dass über die Plattform angebotene Daten und Informationen aus einer verlässlichen, kompetenten Quelle stammen.
AF-SAFE-007	... MUSS sicherstellen, dass alle an den Patienten direkt gegebenen Informationen barrierefrei sind.
AF-SAFE-008	... MUSS Mechanismen zur Prüfung der Datenqualität und Datenplausibilität beinhalten.

2.2.2 Datenschutz und Informationssicherheit

Die StimMT-Plattform muss gemäß den Vorgaben des Datenschutzes aufgesetzt und betrieben werden und eine angemessene Sicherheit aller verarbeiteten Informationen sicherstellen.

#	Die StimMT-IT-Plattform ...
AF-SEC-001	... MUSS die Vorgaben der Datenschutzgrundverordnung vollständig umsetzen.

AF-SEC-002	... MUSS sicherstellen, dass sich Patienten zu Fragen des Datenschutzes an jeden teilnehmenden Arzt werden können.
AF-SEC-003	... MUSS Verfahren anbieten, über die insbesondere ältere Patienten ihre Betroffenenrechte einfach und barrierefrei wahrnehmen können.
AF-SEC-004	... MUSS Verfahren beinhalten, die eine Erkennung von Verletzungen des Datenschutzes ermöglichen.
AF-SEC-005	... MUSS Verfahren beinhalten, die Angriffe erschweren und eine Erkennung von Angriffen erleichtern.
AF-SEC-006	... MUSS über angemessene technische und organisatorische Maßnahmen die Vertraulichkeit aller ausgetauschten und gespeicherten Daten sicherstellen.
AF-SEC-007	... MUSS über angemessene technische und organisatorische Maßnahmen die Integrität aller ausgetauschten und gespeicherten Daten sicherstellen.
AF-SEC-008	... MUSS über angemessene technische und organisatorische Maßnahmen die aus den Nutzungsszenarien abgeleiteten Anforderungen an die Verfügbarkeit von Daten und Diensten sicherstellen.
AF-SEC-009	... MUSS allen Betroffenen Entscheidungsspielräume über den Umfang und die Zwecke der Verarbeitung ihrer Daten eröffnen.
AF-SEC-010	... MUSS über angemessene technische und organisatorische Maßnahmen eine Profilbildung über Nutzer und Betroffene ausschließen.
AF-SEC-011	... MUSS ein für die Betroffenen einfach verständliches und wahrnehmbares Berechtigungsmanagement verfolgen.
AF-SEC-012	... MUSS sicherstellen, dass alle Datenbereitstellungen und Datenabrufe legal und durch den Betroffenen legitimiert sind.
AF-SEC-013	... MUSS klare Vorgaben an die durch die angebotenen Nutzer selbst verantworteten Maßnahmen zu einer sicheren und datenschutzkonformen Nutzung der StimMT-Plattform machen.
AF-SEC-014	... MUSS über angemessene technische und organisatorische Maßnahmen die Nachvollziehbarkeit und Nicht-Abstreitbarkeit aller auf der Plattform durchgeführten Verarbeitungen personenbezogener Gesundheitsdaten sicherstellen.
AF-SEC-015	... MUSS für alle eID- und Vertrauensdienste eine Konformität zu der eIDAS-Verordnung herstellen.

2.2.3 Interoperabilität

Die StimMT-Plattform nutzt Dienste der Gesundheitsnetzwerks der AOK Nordost, um Daten zwischen IT-Systemen verschiedener Anbieter auszutauschen. Bedingt durch die genutzten Standards (insb. IHE XDS) ist das Gesundheitsnetzwerk inhaltsneutral, d. h. alle Funktionen zur Herstellung semantischer Interoperabilität oder zur Integration in Leistungsprozesse der Nutzer müssen durch die auf dem Gesundheitsnetzwerk aufsetzende StimMT-Plattform oder deren Anwendungen realisiert werden.

#	Die StimMT-IT-Plattform ...
AF-IOP-001	... MUSS soweit als möglich etablierte internationale Standards nutzen. Im Interoperabilitätsverzeichnis VESTA der gematik verzeichnete Standards MÜSSEN bevorzugt verwendet werden.

AF-IOP-002	... MUSS auf Offenheit und Modularisierung ausgerichtet sein, d. h. bereits im Design darauf abzielen, dass alle Systemkomponenten durch Produkte verschiedener Hersteller realisiert werden können.
AF-IOP-005	... MUSS soweit als möglich im Gesundheitsnetzwerk der AOK Nordost bereits bestehende Dienste des sicheren Datenaustauschs - einschließlich der Berechtigungssteuerung - nutzen.
AF-IOP-006	... MUSS Daten soweit als möglich in strukturierter, kodierter Form erfassen, speichern und verarbeiten.
AF-IOP-007	... MUSS technische und organisatorische Maßnahmen zur Herstellung von semantischer Interoperabilität bereitstellen.
AF-IOP-008	... MUSS es erlauben, dass einzelne funktionale Blöcke durch kommerzielle SaaS-Lösungen realisiert werden können.
AF-IOP-009	... MUSS zur Anbindung der IT-Systeme der niedergelassenen Ärzte ausschließlich die bereits zur Anbindung der Ärzte an das Gesundheitsnetzwerk der AOK Nordost eingesetzten Technologien verwenden. Insbesondere SOLLEN den Ärzten keine StimMT-spezifischen Anbindungskosten entstehen.
AF-IOP-010	... MUSS es den SANA Kliniken ermöglichen, die Anbindung des SANA Krankenhauses Templin über die bereits zur Anbindung anderer Krankenhäuser an das Gesundheitsnetzwerk der AOK Nordost benutzen Technologien zu realisieren.

2.2.4 Nutzbarkeit (Usability)

Die Nutzer der Plattform sind Ärzte und andere Leistungserbringer der Region. Ein Nutzwert der im StimMT-Projekt entwickelten Versorgungsangebote und Versorgungsstrukturen kann nur entstehen, wenn diese für die Ärzte und Leistungserbringer einfach und intuitiv über die Anwendungen der StimMT-IT-Plattform zugänglich sind.

#	Die StimMT-IT-Plattform ...
AF-USE-001	... MUSS Anwendungen und Dienste bereitstellen, die sich einfach und flexibel in die bestehenden bzw. im Projekt entwickelten Arbeitsabläufe der Ärzte und Leistungserbringer integrieren lassen.
AF-USE-002	... MUSS dem Nutzer jederzeit die Kontrolle überlassen; Nutzer dürfen nicht das Gefühl bekommen, dass sie in ihrem Handeln von der IT gegängelt oder gesteuert werden.
AF-USE-003	... SOLL zu allen wesentlichen Funktionalitäten alternative Zugänge bieten, um unterschiedliche Nutzerpräferenzen berücksichtigen zu können.
AF-USE-004	... SOLL sich in Bezug auf Oberflächen und Navigation an bestehenden Nutzererfahrungen im Umgang mit IT-Systemen orientieren.
AF-USE-005	... SOLL in dem Sinne erweiterbar sein, als dass sich auch von den Ärzten und Leistungserbringern selbst entwickelte Formulare in die Plattform integrieren lassen.
AF-USE-006	... MUSS robust sein, indem sie auf Fehleingaben und Fehlbedienungen mit hilfreichen Meldungen reagiert.
AF-USE-007	... SOLL übersichtlich gestaltete, auf die einzelnen Nutzergruppen zugeschnittene Oberflächen beinhalten, die individualisierbare Einstiegspunkte

bieten, so dass Nutzer schnell und einfach zu den für sie relevanten Anwendungen gelangen.

2.3 Rahmenbedingungen – Chancen und Risiken

2.3.1 IT-Ausstattung der Leistungserbringer

Anmerkung: Dieser Abschnitt basiert auf Erfahrungswerten aus dem Gesundheitsnetzwerk der AOK Nordost sowie langjährigen Erfahrungen aus regionalen Vernetzungsprojekten auf Basis elektronischer Fallakten.

Es wird davon ausgegangen, dass die am Projekt beteiligten Arztpraxen, Apotheken, stationären Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser über IT-Systeme zur Verwaltung von Patientendaten und zur Steuerung von einrichtungsinternen Abläufen verfügen. Eine 2016 bei den Ärzten in Templin durchgeführte Erhebung zeigt hier eine große Heterogenität; auch wenn ca. 50% der Ärzte über IT-Systeme desselben Herstellers (CGM) verfügen, so teilen sich die verbleibenden 50% auf mehr als 10 weitere Hersteller.

Es wird davon ausgegangen, dass die eingesetzten IT-Systeme maximal rudimentäre Schnittstellen zum Austausch von Daten mit anderen Systemen (insbesondere anderer Hersteller) besitzen. Es wird ferner davon ausgegangen, dass eine Öffnung der Schnittstellen nur mit Unterstützung der jeweiligen Hersteller möglich ist und dass nicht alle Hersteller ihre Schnittstellen in dem erforderlichen Maße öffnen werden/können/wollen.

Auf Basis von 2016 und 2018 bei verschiedenen Herstellern eingeholten Preisinformationen wird davon ausgegangen, dass eine kommerzielle, in die AIS der Ärzte integrierte Lösung zum Austausch von Patientendaten zwischen Arztinformationssystemen sowie zum Austausch von Medikationsdaten mit Apothekensystemen pro Praxis/Apotheke ca. 6.000 € in der Anschaffung und mindestens 700 € Folgekosten pro Jahr verursachen wird. Hiermit ist lediglich der Austausch von in den Systemen verfügbaren Routinedaten erfasst und es kann nicht davon ausgegangen werden, dass alle Hersteller geeignete Adapter anbieten werden/können/wollen.

Es wird davon ausgegangen, dass eine Integration von Masken/Formularen zur Erfassung, Anzeige und Verarbeitung von StimMT-spezifischen Daten in die IT-Systeme der Leistungserbringer weitere Kosten verursachen wird (Schätzung: 5-10 € pro Arzt und Monat analog zu eDMP-Modulen). Es muss davon ausgegangen werden, dass nicht alle Hersteller die benötigten Masken/Formulare anbieten werden/können/wollen.

Durch die technische Fundierung der StimMT IT-Plattform auf dem Gesundheitsnetzwerk der AOK Nordost können die zur Anbindung an diese Netzwerk genutzten Adapter auch für die Anbindung der Templiner Ärzte an die StimMT IT-Plattform genutzt werden. Diese Adapter erlauben es, vorgefertigte Formulare mit Daten aus dem Arztinformationssystem vorzubefüllen, diese Angaben manuell zu ergänzen und anschließend das ausgefüllte Formular mit als Anlagen beigefügten Dokumenten in das Gesundheitsnetzwerk der AOK Nordost einzustellen. Hierzu werden Speicherdienste in einer durch einen per AV-Vertrag einbezogenen Dienstleister bereitgestellten IHE

XDS Affinity Domain genutzt. Funktionalitäten des Gesundheitsnetzwerks zur Authentifizierung der Nutzer (Ärzte und berechtigtes Praxispersonal), zur Identifizierung der Versicherten sowie zur Vergabe von Berechtigungen sind ebenfalls über den Adapter nutzbar.

Chancen	Risiken
Über die durch das Gesundheitsnetzwerk der AOK Nordost eingebrachten Adapter können aus einem AIS heraus Formulardaten und Dokumente ausgetauscht werden.	Granulate Daten und Nachrichten (z. B. Terminanfragen) können über diesen Mechanismus nicht effizient ausgetauscht oder in StimMT-Anwendungen eingebracht werden. Einrichtungübergreifende Pfade und andere Konstrukte der Kooperation zwischen Ärzten sind damit nicht einheitlich umsetzbar. Es müssen redundante Zugänge zu den StimMT-IT-Diensten über Web-Portale geschaffen werden.
Ambulante Pflegedienste und agnes-Schwestern sind garnicht oder nur rudimentär mit IT ausgestattet. Hier bestehen somit große Spielräume in der IT-Anbindung dieser Personengruppen an StimMT.	Die Anbindung konzentriert sich auf Praxen, Apotheken und das Krankenhaus. Andere Leistungserbringer sind in Bezug auf eine direkte Anbindung bestehender IT-Systeme außen vor. Es müssen für diese redundante Zugänge zu den StimMT-IT-Diensten über Web-Portale geschaffen werden.
	Den Ärzten und Apotheken entstehen potenziell auch bei Nutzung des aus dem Gesundheitsnetzwerk heraus bereitgestellten Adapters über die Projektlaufzeit hinaus Folgekosten für die Wartung und Pflege dieses Adapters. Dies gefährdet das Weiterlaufen und die Weiterentwicklung der in StimMT aufgebauten Strukturen und Prozesse nach Projektende.

Aus einer Abwägung der Chancen und Risiken leiten sich die folgenden Anforderungen ab:

#	Die StimMT-IT-Plattform ...
AF-LE-001	... MUSS standardisierte Schnittstellen vorgeben, an die sich alle Hersteller von AIS und KIS gleichermaßen anbinden können. Es DARF KEINE Lösung entstehen, die einzelne Hersteller bevorzugt.
AF-LE-002	... MUSS in Bezug auf die Betriebskosten Planbarkeit herstellen, d. h. für jede Komponente muss vor deren Anschaffung und Integration absehbar, welche Kosten (Geld und Aufwand) diese in einem Regelbetrieb verursachen wird.
AF-LE-003	... MUSS alle aus einem AIS heraus über den Adapter nutzbaren Funktionalitäten auch über ein aus StimMT heraus betriebenes (und finanziertes) Web-Portal anbieten.

2.3.2 Verfügbare IT-Dienste

Über die AIS hinaus sind bei den niedergelassenen Ärzten die folgenden IT-Dienste im Einsatz:

- Einige Ärzte nutzen einen Messenger-Dienste der Firma HNW, über den Nachrichten und Dokumente zwischen Ärzten ausgetauscht werden können. An den Dienst ist auch das Krankenhaus angebunden, das auch die laufenden Kosten für alle mitmachenden Ärzte trägt. Primärer Anwendungsfall ist aktuell die Übermittlung von Dokumenten aus dem Krankenhaus an nachbehandelnde Hausärzte.
- Laboranforderungen werden elektronisch an die jeweils genutzten Labore übermittelt. Laborbefunde können elektronisch entgegengenommen werden.

Das Krankenhaus Templin ist in die IT-Infrastruktur von SANA Berlin-Brandenburg eingebunden und nutzt z. B. die dort verfügbaren Dienste zur Tele-Radiologie. Über die Mitwirkung am AOK-GeN-Projekt ist über das AOK-GeN-Webportal ein Austausch von medizinischen Dokumenten mit bei der AOK Nordost versicherten Patienten möglich.

Chancen	Risiken
Mit dem Messenger-Dienste steht bereits eine von einigen Ärzten genutzte und akzeptierte Plattform zum Datenaustausch bereit, die in StimMT integriert werden kann.	Sofern die bestehende Messenger-Lösung die StimMT-Anforderungen nicht erfüllen sollte, kann die Einführung einer neuen Lösung erforderlich sein. Hier muss mit Akzeptanzhürden gerechnet werden.
Mit LDT existiert ein weithin anerkannter und verfügbarer Standard für die Laborkommunikation.	
Durch SANA unterstützte Anwendungsszenarien des Gesundheitsnetzwerks der AOK Nordost (aktuell: meineSchwangerschaft+) können ohne großen Aufwand für alle Versicherten der Region Templin nutzbar gemacht werden. Mit dem Clinical Data Repository kann StimMT über die technischen Möglichkeiten des Gesundheitsnetzwerks hinausgehende Anwendungsszenarien umsetzen. Diese Möglichkeiten sollen soweit als möglich auch genutzt werden.	StimMT-spezifische Anpassungen und Erweiterungen am Gesundheitsnetzwerk müssen in die Releaseplanung des Gesundheitsnetzwerks eingepasst werden. Dies schafft Abhängigkeiten in der Projektplanung von StimMT.

Aus einer Abwägung der Chancen und Risiken leiten sich die folgenden Anforderungen ab:

#	Die StimMT-IT-Plattform ...
AF-IST-001	... SOLL bestehende und bewährte regionale IT-Lösungen soweit als möglich integrieren.
AF-IST-002	... SOLL bestehende Prozesse und Schnittstellen zur Laborkommunikation unterstützen.

AF-IST-003	... SOLL die problemlose Übernahme der im Gesundheitsnetzwerk der AOK Nordost bereits verfügbaren Anwendungsszenarien für StimMT erlauben.
AF-IST-004	... SOLL Versicherten der AOK Nordost den Zugang zu ihren Daten über das Versichertenportal (Portal für Gesundheit) erlauben.

2.3.3 Telematik-Infrastruktur

Gemäß den Vorgaben des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) muss der Rollout der Telematikinfrastruktur und der ersten Anwendung zur Online-Aktualisierung der Versichertenstammdaten auf der Gesundheitskarte bis Mitte 2019 abgeschlossen sein.

Mit Abschluss des Rollouts der Telematikinfrastruktur sind alle Arztpraxen, Apotheken und Krankenhäuser über ein sicheres, virtuell abgeschlossenes Netzwerk miteinander vernetzt und könnten sicher auf an die Telematikinfrastruktur angebundene Dienste zugreifen. Über einen sog. transparenten Kanal im Konnektor kann zusätzlich der Zugriff auf Dienste im Internet geeignet gesteuert und eingeschränkt werden. Im Konnektor ist eine SMC-B verbaut, über die sich jede Leistungserbringereinrichtung gegenüber digitalen Diensten sicher identifizieren und authentifizieren kann. Auch ist es möglich, Daten gezielt für eine Organisation zu verschlüsseln, d. h. nur der berechtigte Datenempfänger kann die versandten Daten mithilfe seiner SMC-B entschlüsseln.

Ärzte und Apotheker erhalten zusätzlich einen elektronischen Heilberufsausweis. Dieser kann u. a. zur elektronischen Signatur von Dokumenten verwendet werden, wodurch sich viele der aktuell nur auf Papier verfügbaren Formulare auf digitale Pendants abbilden lassen. Entsprechende Vorgaben für die Nutzung digitaler Formulare wurden von der KBV formuliert und sind mit den Diensten der Telematikinfrastruktur umsetzbar.

Ende 2018 wurde durch die gematik – die für Aufbau und Betrieb der Telematik-Infrastruktur verantwortliche Gesellschaft der Organe der Selbstverwaltung – eine Spezifikation für eine elektronische Patientenakte gemäß den Vorgaben des § 291a SGB V vorgelegt. Mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz werden die Krankenkassen verpflichtet, ihren Versicherten bis 2021 eine elektronische Patientenakte auf Basis dieser Spezifikationen anzubieten. Dieses zwingt auch die AOK Nordost, in den nächsten beiden Jahren die nach Außen sichtbaren Schnittstellen des Gesundheitsnetzwerks GeN an die gematik-Vorgaben anzupassen und bestehende, auf internationalen Standards basierende Sicherheitsdienste auf kryptografische Verfahren der Telematik-Infrastruktur zu migrieren.

Für die Ausgestaltung der medizinischen Inhalte der Patientenakte sieht das Terminservice- und Versorgungsgesetz eine federführende Zuständigkeit der KBV vor. Diese soll insbesondere festlegen, wie in der sektorenübergreifenden Kommunikation genutzte Dokumente über akzeptierte Standards abgebildet werden können. In wie weit hierbei auf proprietäre, nationale Lösungen wie z. B. die weit verbreiteten xDT-Standards eine Rolle spielen werden, ist aktuell nicht klar.

Chancen	Risiken
Über die SMC-B im Konnektor sind standardisierte und einheitliche Verfahren zur Identifizierung und Authentifizierung aller Leistungserbringer verfügbar.	Es ist unklar ob der Zeitplan (Rollout bis Mitte 2019 abgeschlossen) einzuhalten ist, da Engpässe/Probleme sowohl bei der Hardware (Konnektor) als auch in der Verfügbarkeit von Dienstleistern zur Installation von TI-Bausteinen in der Fläche offenkundig sind.
Dienste zur sicheren Anbindung von Leistungserbringern an internetbasierte Gesundheitsdatendienste sind flächendeckend verfügbar.	Zur Nutzung von Diensten zur Authentifizierung von Leistungserbringern ist ein Zugriff auf die PKI-Dienste der gematik erforderlich. Es ist nicht klar, ob und wie dies für außerhalb der TI angesiedelte Anwendungen möglich ist, bzw. ob und wie eine Anwendung an die TI angebunden werden kann bzw. muss, um diese Dienste zu nutzen.
Für die Nutzung von bestehenden TI-Diensten zur Identifizierung, Authentifizierung und sicheren Vernetzung in StimMT entstehen keine zusätzlichen Kosten.	Es gibt kein Konzept, wie und wann Patienten auf Dienste der TI zugreifen können bzw. wie Patienten über die TI sicher mit Leistungserbringern oder an der TI angebundenen Diensten kommunizieren können.
Durch die Nutzung (qualifizierter) elektronischer Signaturen können aktuell über Papierformulare gesteuerte Abläufe vollständig digitalisiert werden.	Die Nutzung qualifizierter Signaturen erfordert Änderungen in den Abläufen in Arztpraxen, Krankenhäusern und Apotheken.
Mit der durch die gematik-Spezifikation erfolgten Vereinheitlichung von Patientenakten müssen Hersteller von AIS und KIS nur eine Schnittstelle bedienen.	Durch die Vereinheitlichung bestehen kaum Möglichkeiten der Diversifizierung. Dieses kann es für Hersteller unattraktiv machen, Aufwand in die Anbindung ihrer Systeme an die Patientenakte zu investieren. Dies umso mehr als dass zeitgemäße Standards wie z. B. HL7 FHIR in den Spezifikationen der gematik nicht berücksichtigt sind.
Die AOK Nordost muss das Gesundheitsnetzwerk in Richtung der gematik-Vorgaben weiterentwickeln. Damit wird automatisch auch die StimMT-Plattform in Richtung der sich ändernden gesetzlichen Vorgaben migriert.	Es ist absehbar, dass sich interne und externe Schnittstellen des Gesundheitsnetzwerks im Zuge der Migration in Richtung der gematik-Vorgaben ändern werden. Dies erfordert potenziell auch Änderungen an der StimMT-Plattform, die in dieser Form im Projektplan und –budget nicht vorgesehen sind.

Aus einer Abwägung der Chancen und Risiken leiten sich die folgenden Anforderungen ab:

#	Die StimMT-IT-Plattform ...
AF-TI-001	... MUSS perspektivisch an die Dienste der Telematikinfrastruktur anbindbar sein bzw. diese Dienste integrieren können.

AF-TI-002	... MUSS darauf ausgerichtet sein, dass zukünftig auch HBA und SMC-B zur Identifizierung und Authentifizierung von Ärzten und Versorgungseinrichtungen genutzt werden können.
AF-TI-003	... MUSS nur technische Ablaufsequenzen (Protokolle) beinhalten, die aus einer Praxis oder einem Krankenhaus heraus über den Konnektor nutzbar sind.
AF-TI-004	... MUSS vorsehen, dass einzelne von Ärzten bereitgestellte Dokumente mit dem HBA signiert bzw. mit der SMC-B besiegelt werden können.
AF-TI-005	... SOLL die Identifizierung von Ärzten, Praxen und Krankenhäusern auf einer Granularitätsebene durchführen, die auf Zertifikate der TI abbildbar ist.
AF-TI-006	... SOLL Dienste der Telematik-Infrastruktur ausschließlich über das GeN nutzen, um die Aufwände und Risiken der Migration in Richtung der gematik-Vorgaben zu einer Patientenakte zu minimieren.
AF-TI-007	... MUSS in der Lage sein, die von der KBV zur Definition der Inhalte einer Patientenakte zugrundegelegten Standards (absehbar: HL7 CDA und HLz FHIR) zu unterstützen.

2.3.4 Elektronische Gesundheitskarte

Anmerkung: Wunsch und Möglichkeit der Nutzung der eGK muss mit den am Projekt beteiligten Kassen diskutiert werden. Abhängig von den Ergebnissen dieser Diskussion wird der nachfolgende Abschnitt entweder weiter gekürzt oder detaillierter ausgearbeitet.

Chancen	Risiken
Mit der auf der eGK aufgebrachten und aus der eGK auslesbaren KVNR steht ein kassenübergreifend und lebenslang eindeutiges Identifizierungsmerkmal für Patienten zur Verfügung.	
Die in der eGK gespeicherten Zertifikate und Schlüssel erlauben eine sichere Authentifizierung von Versicherten sowie die versichertenindividuelle Verschlüsselung von Daten.	Schwächen im Ausgabeprozess der eGK (keine Authentifizierung des Versicherten bei der eGK-Übergabe) verhindern eine Nutzung der Zertifikate und Schlüssel der eGK in Szenarien mit einem hohen Schutzbedarf der betroffenen Daten. Es ist unklar, ob und wann dieser Prozess geändert wird.
Die ab eGK Generation 2 spezifizierte und ab Ende 2019 durch die Kassen in Kartenausschreibungen aufzunehmende NFC-Schnittstelle erlaubt einen Einsatz der eGK auch für mobile Anwendungen. Bis Ende 2019 werden hier auch erste Bewertungen des BSI vorliegen.	Die im Feld befindlichen Karten besitzen keine NFC Schnittstelle. Es wird mindestens 5 Jahre dauern, bis alle Versicherten über eine eGK verfügen, über die Sicherheitsfunktionen auf mobilen Endgeräten umgesetzt bzw. verankert werden können.
Stammdaten können automatisch von der eGK gelesen werden.	

Aus einer Abwägung der Chancen und Risiken leiten sich die folgenden Anforderungen ab:

#	Die StimMT-IT-Plattform ...
AF-EGK-001	... MUSS die KVNR als Mechanismus zur Identifizierung von Patienten unterstützen.
AF-EGK-002	... SOLL die KVNR als über alle GeN-Tenants hinweg nutzbares, einheitliches Merkmal für die Identifizierung von Patienten verwenden.
AF-EGK-003	... SOLL keine über den auf der eGK gespeicherten Stammdatensatz hinausgehenden Stammdaten für einen Patienten erfordern.
AF-EGK-004	... SOLL berücksichtigen, dass absehbar auch mobile Endgeräte für den sicheren Zugang zu auf der Telematik-Infrastruktur aufsetzenden Diensten genutzt werden können. Entsprechend MÜSSEN alle Verfahren zur Authentisierung, Autorisierung und zum Verbindungsaufbau grundsätzlich für eine Umsetzung mittels NFC-fähigen Smartcards geeignet sein.

2.3.5 Sicheres Netz der KVen

Das sicherer Netz der KVen (SNK) ist eine Anbindungsplattform für Ärzte, über die diese sicher auf IT-Anwendungen zugreifen können. Als VPN für die Anbindung von Arztpraxen und Krankenhäusern an das SNK können sowohl das KV SafeNet (Hardware Router) als auch das KV FlexNet (Software) genutzt werden. Das SNK ist über ein Sicherheitsgateway an die Telematikinfrastruktur (TI) angebunden, so dass an das SNK angebundene IT-Anwendungen zukünftig auch über die TI erreichbar sind (siehe <http://www.kbv.de/html/14231.php>). Erfahrungen aus dem Gesundheitsnetzwerk GeN zeigen, dass über das SNK angebundene Ärzte auch mittels des gematik-Konnektors ohne Änderungen an der Software auf alle an das SNK angebotenen Dienste des GeN zugreifen konnten.

Chancen	Risiken
Viele Arztpraxen in der Region besitzen bereits einen KV SafeNet-Zugang, der auch für die Anbindung an die StimMT-Plattform genutzt werden kann.	Die Anbindung an das SNK erfordert einen zertifizierten Provider und ist mit Kosten verbunden.
Eine Anbindung der Nutzer über das SNK ermöglicht eine risikoarme Migration der Lösung in die Telematikinfrastruktur.	An das SNK können nur an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmende Akteure angebunden werden. Hierdurch muss für Einrichtungen wie das KBZ eine zusätzliche Anbindungsmöglichkeit geschaffen werden, so dass potenziell zwei Anbindungslösungen parallel betrieben werden müssen.
Das SNK beinhaltet bereits Standard-Infrastrukturdienste (DNS, NTP, BGP), die ansonsten für StimMT extra aufgesetzt werden müssten.	Mit dem angelaufenen Rollout der TI und des gematik-Konnektors werden der KV Safenet-Router und –Anschluss obsolet, da Dienste im SNK dann auch über den Konnektor erreichbar sind. Eine Neu-Investition in eine SNK-Anbindung erscheint damit wenig lohnend.

Aus einer Abwägung der Chancen und Risiken leiten sich die folgenden Anforderungen ab:

#	Die StimMT-IT-Plattform ...
AF-SNK-001	... SOLL für Akteure, die bereits eine KV SafeNet Anbindung besitzen, eine Möglichkeit des Zugangs zu den STimMT-Anwendungen über das SNK bieten.
AF-SNK-002	... MUSS auch alternative sichere Anbindungslösungen neben dem SNK anbieten bzw. unterstützen, sofern für diese ein Migrationspfad auf die Telematik-Infrastruktur definiert ist.
AF-SNK-003	... SOLL die auf dem SNK gebotenen Möglichkeiten der sicheren Identifizierung und Authentifizierung von Arztpraxen in der Form berücksichtigen, als dass für so angebundene Praxen keine redundante Authentifizierung erforderlich ist.

2.3.6 Gesundheitsnetzwerk GeN der AOK Nordost

Die StimMT IT-Plattform setzt auf dem von der AOK Nordost initiierten Gesundheitsnetzwerk GeN auf. Durch Nutzung der über das GeN verfügbaren Dienste zu einem sicheren Austausch von Dokumenten wird die Wirtschaftlichkeit und Nachhaltigkeit der StimMT Plattform erhöht und die Projektrisiken des Aufbaus eines komplexen IT-Plattform deutlich reduziert. Darüber hinaus ist durch das GeN die Möglichkeit der Anbindung aller an StimMT teilnehmenden Akteure der Region möglich, wobei neben Web-Portalen auch Adapter für eine Integration in bestehende AIS und KIS angeboten werden.

Das Gesundheitsnetzwerk GeN läuft seit Februar 2018 im Regelbetrieb und wird kontinuierlich durch die Anbindung weiterer Leistungserbringer und das Aufschalten neuer Anwendungsszenarien erweitert.

Chancen	Risiken
Die GeN Plattform stellt StimMT alle für den sicheren Austausch von Dokumenten erforderlichen Funktionen zur Verfügung und stellt sicher, dass alle Ärzte der Region an die Plattform angebunden werden können.	
Über Anwendungscontainer können auch über einen Dokumentenaustausch hinaus gehende Funktionalitäten über das GeN bereitgestellt werden.	
Die AOK Nordost nimmt am Interoperabilitätsforum der nationalen SDOs teil und ist bemüht, alle für das GeN definierten Vorgaben zu Dokumenteninhalten mit den anderen Stakeholdern des deutschen Gesundheitswesens abzustimmen.	

Hieraus leiten sich die folgenden Anforderungen ab:

Die StimMT-IT-Plattform ...

AF-GEN-001	... MUSS die Anbindung des SANA Krankenhauses Templin über die GeN-Plattform der AOK Nordost realisieren.
AF-GEN-002	... MUSS sich in Bezug auf den Austausch und die Verarbeitung von Dokumenten an den Möglichkeiten und Limitationen des IHE XDS/XCA-Profiles ausrichten.
AF-GEN-003	... SOLL einen Austausch von Dokumenten im Kontext von Pfaden und Sprechstunden in dem im GeN genutzten HL7 CDA Standard unterstützen.
AF-GEN-004	... MUSS die Anbindung der Ärzte der Region über einen eigenen StimMT-tenat im Gesundheitsnetzwerk der AOK Nordost realisieren.
AF-GEN-005	... MUSS die Identifizierung von an StimMT-Angeboten teilnehmenden Bürgern der Region über die in der GeN-Plattform verfügbaren Mechanismen erlauben.
AF-GEN-006	... SOLL sicherstellen, dass in StimMT vergebene Berechtigungen auch im GeN durchsetzbar sind (und umgekehrt).
AF-GEN-007	... SOLL es (zumindest bei der AOK Nordost versicherten) Patienten ermöglichen, das Versicherten-Portal der GeN-Plattform auch zur Wahrnehmung ausgewählter Betroffenenrechte in StimMT zu nutzen (z. B. Auskunft über vorgehaltene Daten).
AF-GEN-008	... MUSS die Umsetzung aller StimMT-Versorgungsangebote über Anwendungsszenarien des GeN oder dedizierte Anwendungscontainer im GeN erlauben.
AF-GEN-009	... MUSS die Registrierung aller an StimMT teilnehmenden Leistungserbringer in den Verzeichnisdiensten des GeN ermöglichen.
AF-GEN-010	... MUSS für alle definierten Funktionalitäten das Prinzip des Policy-Push und eine Durchsetzung dieser Policies über GeN-Facaden vorsehen.

2.3.7 Medikationsplan nach § 31a SGB V

Der im Rahmen des eHealth-Gesetzes neu eingeführte § 31a SGB V legt fest, dass jeder Versicherte, dem zu Lasten des GKV-Systems drei oder mehr Medikamente verordnet wurden, seit Oktober 2016 einen Anspruch auf einen Medikationsplan in Papierform hat. Seit Mai 2017 müssen zusätzlich die IT-Systeme der Ärzte und Apotheker in der Lage sein, Medikationspläne in einem einheitlichen Format zu verarbeiten und für eine Arzneimitteltherapiesicherheitsprüfung (AMTS) zu nutzen. Im Medikationsplan werden dabei erfasst:

- Arzneimittel, die verordnet wurden,
- Arzneimittel, die der Patient ohne Verordnung anwendet,
- Hinweise zur Anwendung der Medikamente,
- Medizinprodukte (soweit relevant).

In einer Vereinbarung zwischen KBV, BÄK und Apothekerverband³ werden die diesbezüglichen Details festgeschrieben. Hierbei wird besonders hervorgehoben, dass die Zielgruppe des

³ <https://www.aerzteblatt.de/archiv/179684/Vereinbarung-gemaess-31a-Abs-4-Satz-1-SGB-V-ueber-Inhalt-Struktur-und-Vorgaben-zur-Erstellung-und-Aktualisierung-eines-Medikationsplans-sowie-ueber-ein-Verfahren-zur-Fortschreibung-dieser-Vereinbarung>

Medikationsplans die Versicherten sind, deren Adhärenz und Therapiesicherheit mit dem Plan unterstützt werden soll. Der Medikationsplan nach § 31a SGB V kann damit das Medikationsmanagement im Primärsystem oder einer Patientenakte nicht ersetzen.

Für das Gesundheitsnetzwerk GeN derAOK wird ab Frühjahr 2019 die Anwendung „Bundesmedikationsplan“ verfügbar sein, die einen Austausch von Medikationsplänen gemäß der Vorgaben des Bundesmedikationsplans erlaubt. Durch die Unterstützung des im Barcode kodierten Ultrakurzformats (UKF) können in den Portalen des GeN auch erweiterte Funktionen zur Anzeige und Auswertung von Medikationsplänen angeboten werden. Die Anwendung soll perspektivisch auch eine automatisierte Prüfung von Wechselwirkungen enthalten.

Chancen	Risiken
Verordnete Arzneimittel und Einnahmehinweise liegen in maschinenlesbarer Form (zumindest als Barcode auf dem Medikationsplan) vor.	Wirtschaftlich lohnt sich der Medikationsplan für die Praxen nicht ⁴ , entsprechend schleppend verlaufen Einführung und Umsetzung.
Arztpraxen verfügen über Software und Hardware, um Medikationspläne als Barcode einzulesen und in dem vorgegebenen Format auszudrucken. Ein Austausch dieser Daten zwischen Ärzten ist über das Gesundheitsnetzwerk GeN möglich.	Aktuell sind keine Apotheker an das Gesundheitsnetzwerk angebunden.
Es sind bereits mobile Anwendungen verfügbar, mit denen Patienten ihren Medikationsplan einscannen und ihre Medikation verwalten können.	Apotheker sind in der aktuellen Regelung weitgehend außen vor (insbesondere was die Finanzierungsvereinbarung) betrifft. Es muss daher davon ausgegangen werden, dass OTC Arzneimittel nur unvollständig erfasst sind.

Aus einer Abwägung der Chancen und Risiken leiten sich die folgenden Anforderungen ab:

#	Die StimMT-IT-Plattform ...
AF-MED-001	... SOLL über die im GeN bereitgestellte Anwendung Medikationsdaten in einem zum Bundesmedikationsplan interoperablen Format einlesen und ausspielen können.
AF-MED-002	... SOLL eigene Funktionalitäten der Verarbeitung von Medikationsdaten auf den in der Medikationsplan-Anwendung des GeN unterstützten Standards basieren.

3. Logische Architektur der StimMT-IT-Plattform

Die StimMT-IT-Plattform soll eine Vielzahl von Funktionalitäten für eine effiziente Zusammenarbeit der Akteure in der Region umsetzen. Auch wenn im Projektantrag eine Reihe von Anwendungen der

⁴ http://www.eppendorferdialog.de/files/03_schliffke.pdf

Plattform benannt sind, so gibt es hierfür vielfach keine Erfahrungswerte, d. h. es muss davon ausgegangen werden, dass im Betrieb Nachjustierungen erforderlich sind. Auch aus den im Projekt zu schaffenden Strukturen heraus werden zukünftig neue Anforderungen entstehen: gut angenommene IT-Verfahren werden ausgebaut werden müssen während sich andere Verfahren im Regelbetrieb nicht bewährt haben und durch neue Lösungen zu ersetzen sind.

Um das hierzu erforderliche Maß an Flexibilität direkt im Design der StimMT-IT-Plattform zu verankern, werden drei aufeinander aufbauende Ebenen von IT-Diensten definiert:

- Auf der untersten Ebene sind Basisdienste angesiedelt, die grundlegende Funktionalitäten zu sicheren Kommunikation und Verarbeitung medizinischer Daten bereitstellen. Diese Dienste sind generisch ausgelegt, d. h. sie basieren auf allgemeinen eHealth-Standards und implementieren keinerlei StimMT-Spezifika. Basisdienste werden entweder unmittelbar auf Dienste des Gesundheitsnetzwerks GeN abgebildet oder können durch kommerzielle Standardprodukte realisiert werden. Ziel ist es, auf dieser Ebene vorrangig vorhandene Bausteine zu integrieren und zu konfigurieren, d. h. StimMT-spezifische Entwicklungen auf ein Minimum zu reduzieren.
- Die Ebene der StimMT-Dienste integriert und konfiguriert die Basisdienste, um StimMT-spezifische Kernfunktionalitäten zu realisieren. Jeder StimMT-Dienst ist durch die Art der verarbeiteten Daten, eine fachliche Zielstellung und ein Ablaufprotokoll (d. h. in welcher Reihenfolge werden welche Informationen wie zwischen welchen Akteuren ausgetauscht) definiert.
- StimMT-Dienste können wiederum zu komplexen StimMT-Anwendungen integriert werden. Diese setzen auf Anwendungsszenarien des GeN auf und nutzen so die vorhandenen Mechanismen des GeN für die Definition, Steuerung und Durchsetzung von Zugriffsrechten.

Nutzer können – im Rahmen ihrer Aufgaben und Berechtigungen – über das StimMT-Webportal auf alle StimMT-Anwendungen und StimMT-Dienste zugreifen. Zusätzlich sind einzelne Funktionalitäten auch über die standardisierten Schnittstellen der GeN-Facaden direkt aus bestehenden IT-Systemen (AIS, KIS, etc.) heraus nutzbar.

Die nachfolgende Abbildung stellt die logische Architektur der StimMT-IT-Plattform im Überblick dar.

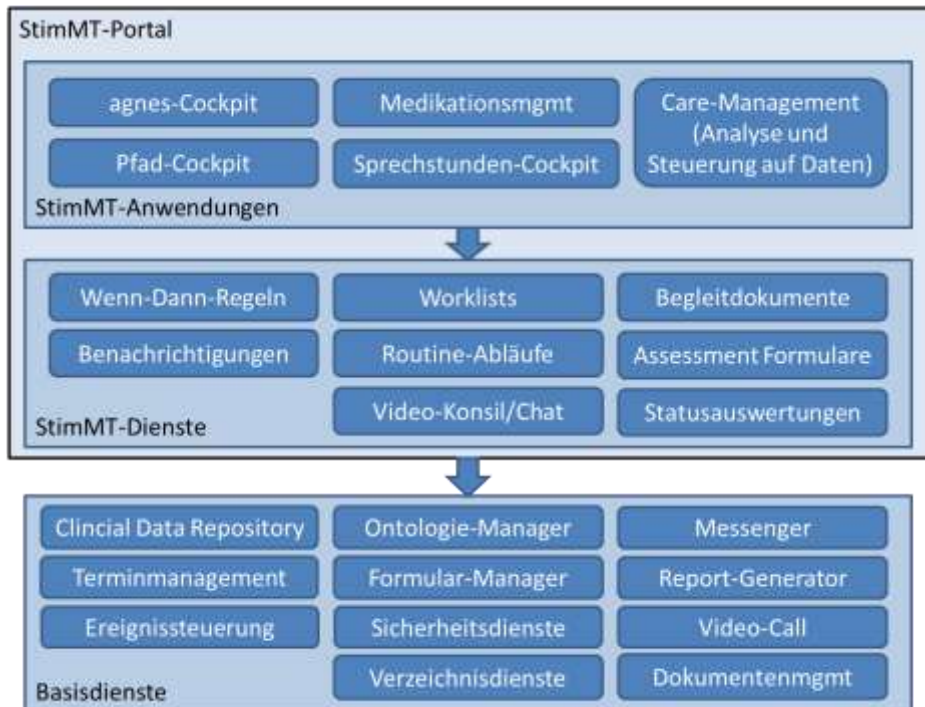


Abbildung 3: Logische Architektur der StimMT-IT-Plattform

Funktionalität und Integrationsmöglichkeiten der einzelnen Bausteine werden in den nachfolgenden Abschnitten beschrieben.

3.1 Basisdienste

Technologische Grundlage der StimMT-IT-Plattform sind

- ein Clinical Data Repository (CDR), in dem granulare, strukturierte, kodierte Patientendaten verwaltet werden,
- ein Ontologie-Manager, der medizinische Terminologien und darauf aufbauendes strukturiertes medizinisches Fachwissen bereitstellt,
- ein Messenger-Dienst zur einfachen Kommunikation über Textnachrichten und zum Punkt-zu-Punkt-Austausch von Dateien,
- ein Video-Dienst zur audio-visuellen Kommunikation zwischen Leistungserbringern,
- ein Termin-Management zur Verwaltung und Buchung von Terminen,
- ein Formular-Manager zur Erfassung von Daten über strukturierte Formulare,
- ein Report-Generator zur Erzeugung von Dokumenten aus granularen Daten,
- Sicherheitsdienste zur Umsetzung der Anforderungen an Informationssicherheit, Patientensicherheit und Datenschutz,
- Verzeichnisdienste zur Verwaltung von Personen, Organisationen und Diensten,
- eine Ereignissteuerung, über die Komponenten der StimMT-Plattform ereignisgesteuert miteinander kommunizieren,

- ein Dokumentenmanagement zur Absicherung der Nachvollziehbarkeit von ausgefüllten oder generierten Formularen.



Abbildung 4: StimMT Basisdienste

Alle Dienste sind funktional so zugeschnitten, dass sie über das GeN oder verfügbare, kommerzielle SaaS-Angebote werden können. Details hierzu finden sich in den technisch ausgerichteten Spezifikationen der StimMT-Plattform, sind jedoch für die logische Architektur von StimMT nur punktuell von Bedeutung (und werden entsprechend auch nur im Kontext der entsprechenden Bausteine weiter vertieft).

Dienst	Umsetzung
Clinical Data Repository	Ein Clinical Data Repository auf Basis einer Open Source FHIR Store ist im Standard-Deployment eines GeN Daten-Tenant (Anbindungsvariante A) enthalten.
Formular Manager	Umsetzung der FHIR Ressource „Questionnaire“ auf dem Clinical Data Repository und dem Dokumentenmanagement.
Report Generator	Umsetzung von On-Demand Dokumenten gemäß IHE auf standardisierten Ressourcen im CDR unter Nutzung der Schnittstellen des Dokumentenmanagements.
Dokumentenmanagement	Ein Dokumentenmanagement auf Basis einer IHE XDS Domain ist im Standard-Deployment eines GeN Daten-Tenant (Anbindungsvariante A) enthalten.
Sicherheitsdienste	StimMT nutzt die durch das GeN im zentralen eID Tenant bereitgestellten Sicherheitsdienste sowie den Policy Administration Point des GeN zur Verwaltung von Berechtigungen.
Verzeichnisdienste	StimMT nutzt die durch das GeN im zentralen eID Tenant bereitgestellten Verzeichnisdienste. Ein Patientenindex auf Basis der IHE Profile PIX und PDQ ist im Standard-Deployment eines GeN Daten-Tenant (Anbindungsvariante A) enthalten.
Ontologie-Manager	StimMT nutzt die durch das GeN bereitgestellten Ontologie- und Terminologiedienste und stellt auch alle StimMT-spezifischen Vokabulare über diese Dienste bereit.
Ereignissteuerung	Ein Benachrichtigungsdienst auf Basis des IHE Profils DSUB ist im Standard-Deployment eines GeN Daten-Tenant (Anbindungsvariante A) enthalten. Alternativ ist eine Umsetzung auf Basis standardisierter FHIR Ressourcen oder Web-Standards möglich.
Terminmanagement	StimMT setzt ein Terminmanagement über die standardisierten FHIR Ressourcen Appointment, Schedule, Slot und HealthcareService um.

Messenger	StimMT bindet einen kommerziellen, aus dem Internet heraus betriebenen Messenger-Dienst ein (siehe auch Kapitel 2.3.2).
Video-Call	StimMT bindet eine kommerzielle, aus dem Internet heraus betriebene Video-Call-Lösung ein.

3.1.1 Clinical Data Repository

Alle von den StimMT-Diensten und -Anwendungen erfassten, erzeugten und verarbeiteten Daten werden über das StimMT CDR (Clinical Data Repository) verwaltet und gespeichert. Im Gegensatz zu der ebenfalls im unterliegenden GeN-Tenant verfügbaren XDS Domain werden im CDR keine Dokumente, sondern ausschließlich strukturierte, kodierte Daten verwaltet. Diese Daten bilden dabei die in den Informationsmodellen der StimMT-Anwendungen definierten Entitäten in Form von vernetzten FHIR-Ressourcen ab. Beispiele für solche Entitäten sind Diagnosen, Laborwerte, Prozeduren und Medikationen, die als granulare Informationsbausteine an einzelne Patienten gebunden werden. Basisfunktionalitäten, die vom CDR für die StimMT-Dienste und -Anwendungen bereitgestellt werden, sind unter anderem:

- Einstellen und Aktualisieren von medizinischen Informationen zu einzelnen Patienten (z. B. Einstellen eines Laborbefundes)
- Gezielter Abruf von medizinischen Informationen zu einzelnen Patienten (z. B. Abruf eines bestimmten Laborwerts zu einem Patienten)
- Abruf von Verlaufsinformationen zu einzelnen Patienten (z. B. Verlauf des HbA1c eines Patienten über die letzten 2 Jahre)
- Abrufen von aggregierten Daten und Statistiken (z. B. Anzahl der Patienten mit einer bestimmten Diagnose, die mit einer bestimmten Therapie behandelt werden)

Das Clinical Data Repository interagiert mit anderen StimMT-Basisdiensten (Abbildung 5):

- Der Formular-Manager lädt Daten aus dem CDR, um damit Formulare vorzubefüllen. Vom Nutzer in ein Formular eingegebene Daten werden im CDR abgelegt.
- Der Report-Generator greift auf Daten des CDR zu, um Dokumente zu erzeugen.
- Informationen zu Änderungen des Datenbestands des CDR werden an die Ereignissteuerung weitergeleitet. Externe Ereignisse (z. B. Eintragen eines Termins in das Terminmanagement) werden über die Ereignissteuerung an das CDR weitergegeben.
- Akteure (Personen, Organisationen) werden nicht im CDR, sondern in dedizierten Verzeichnisdiensten verwaltet. Ressourcen im CDR können Akteure über deren IDs referenzieren.
- Daten des CDR können Extrakte aus durch Akteure bereitgestellten Dokumenten (z. B. Laborbefund oder Entlassungsbrief) sein. In diesem Fall pflegt der CDR eine Referenz auf diese Dokumente, so dass CDR-Nutzer jederzeit die Quelle von klinischen Informationen nachvollziehen können.
- Klinische Informationen werden im CDR kodiert gespeichert. Codes und damit repräsentierte Konzepte werden im Ontologie-Manager verwaltet und aus dem CDR heraus referenziert.

- Zugriffe auf Daten des CDR sind nur für authentifizierte und autorisierte Nutzer möglich. Dies wird durch das Designmuster eines alle Zugriffe abfangenden und validierenden „Reference Monitors“ realisiert, der seinerseits über die StimMT-Sicherheitsdienste aufgebaut wird.
- Die Sicherheitsdienste vor dem CDR sollen die im Terminmanagement vereinbarten Termine berücksichtigen können, um daraus die Existenz von Behandlungsbeziehungen bzw. –verträgen abzuleiten.

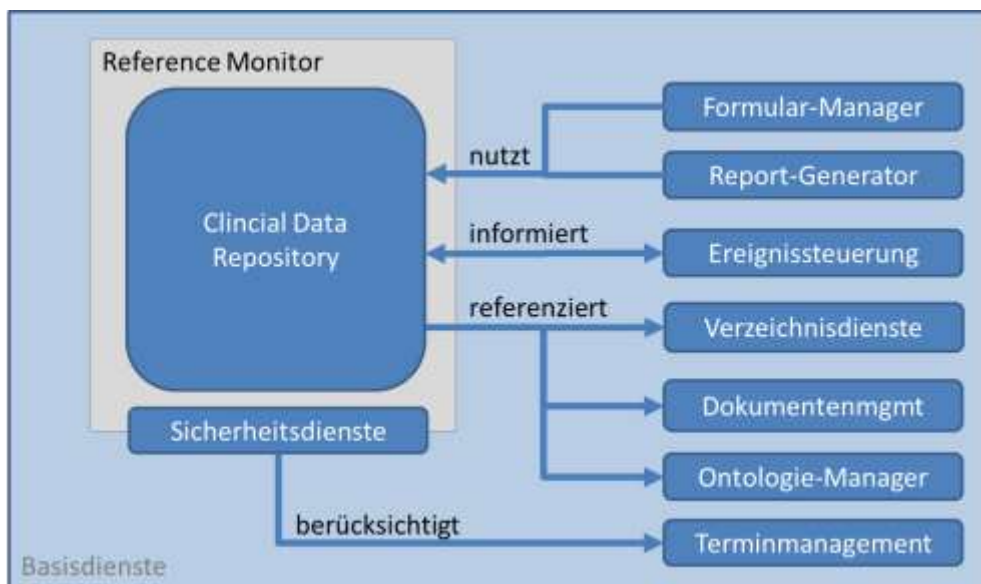


Abbildung 5: Zusammenspiel des CDR mit anderen StimMT-Basisdiensten

Ein auf einem Open Source FHIR Store basierendes CDR ist Bestandteil des in StimMT genutzten GeN-Tenants und bietet für alle der in StimMT genutzten Ressourcen Standard-REST-Schnittstellen gemäß der HL7 FHIR Spezifikationen an.

3.1.2 Ontologien und Ontologiedienste

Im CDR werden ausschließlich strukturierte, kodierte Informationen verwaltet. Die Semantik über diesen Informationen wird mit Hilfe von Ontologien definiert und bereitgestellt. In der einfachsten Form bildet eine Ontologie ein einfaches Codesystem ab, das die Bedeutung von definierte Codes festlegt. Beispiele hierfür sind standardisierte Codes für Maßeinheiten oder Körperregionen. Codesysteme können eine (zumeist hierarchische) Binnenstruktur aufweisen, über die elementare Beziehungen zwischen den Konzepten des Systems ausgedrückt werden. Beispiele für solche Terminologien sind der OPS-Katalog für Operationen und Prozeduren, der ATC-Katalog der pharmazeutischen Arzneimittel-Wirkstoffe, sowie der zur Kodierung von Diagnosen genutzte ICD-10.

Durch die semantische Vernetzung verschiedener Terminologien (z. B. Bindung von Wirkstoffen an Diagnosen und Gegenanzeigen) können Ontologien gebildet werden, die medizinisches Wissen darstellen und in maschinenverarbeitbarer Form verfügbar machen.

Die StimMT-Plattform wird – wo immer sinnvoll und möglich – die für die Umsetzung von StimMT-Diensten und –Anwendungen erforderlichen fachlichen Zusammenhänge über Ontologien kodieren. Auch alle für die Umsetzung der StimMT-Modell im CDR erforderlichen Konzepte sowie die zulässigen Wertemengen für die genutzten Formulare werden über Ontologien definiert.

Die Verwaltung der Ontologien erfolgt über einen Ontologie-Server, der Schnittstellen zum Abruf einzelner Konzepte wie auch von definierten Wertemengen realisiert. Auf dem Ontologieserver setzen weitere semantische Dienste auf, z. B. zur Unterstützung der semantischen Suche im CDR und zur Transkodierung von Konzepten (insb. für die Verarbeitung von Daten, zu deren Kodierung im ambulanten und stationären Bereich unterschiedliche Terminologien verwendet werde).

Alle StimMT-Dienste, die kodierte Werte verarbeiten, greifen hierzu auf die StimMT-Ontologiedienste zu (Abbildung 6):

- Formularfelder mit festen Auswahllisten werden über den Formular-Manager dynamisch befüllt. Die entsprechenden Wertemengen werden vom Ontologie-Server geladen.
- Der Report-Generator lädt für kodierte Werte die anzuzeigenden Texte vom Ontologie-Server. Über semantische Dienste können semantische Suchen und Übersetzungen auf kodierten Daten realisiert werden.
- Die Ereignissteuerung nutzt semantische Dienste zur Auswertung von Ereignissen (Beispiel: Die Medikationsmanagement-Anwendung soll eine Benachrichtigung erhalten, wenn für einen Patienten ein neuer Leberwert in das CDR eingestellt werden. Über semantische Dienste kann die Ereignissteuerung auflösen, ob es sich bei einem neu eingestellten Laborwert um einen Leberwert handelt).
- Klinische Informationen werden im CDR kodiert gespeichert. Codes und damit repräsentierte Konzepte werden im Ontologie-Manager verwaltet und aus dem CDR heraus referenziert.
- Die StimMT Sicherheitsdienste nutzen Ontologien (z. B. für Rollen und Rechte), die über den Ontologie-Manager verwaltet werden.
- Schreibende Zugriffe auf Ontologien sind nur für authentifizierte und autorisierte Nutzer möglich. Dies wird durch das Designmuster eines alle Zugriffe abfangenden und validierenden „Reference Monitors“ realisiert, der seinerseits über die StimMT-Sicherheitsdienste aufgebaut wird.

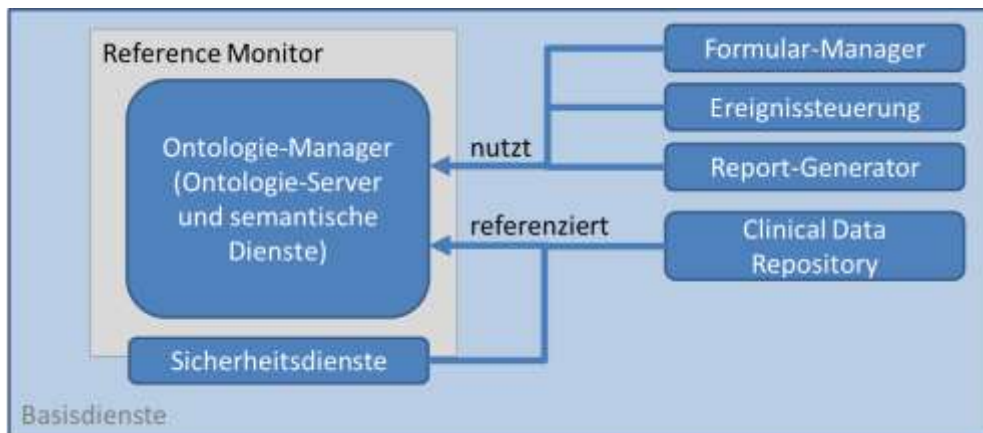


Abbildung 6: Zusammenspiel des StimMT Ontologie-Managers mit den StimMT Basisdiensten

StimMT nutzt den Ontologie-Manager des GeN, der alle gängigen Schnittstellenstandards (IHE SVS, HL7 CTS2, HL7 FHIR, ClAML, etc.) unterstützt und einen einfachen Import bestehender Terminologien und Ontologien zu ermöglicht. Sofern für GeN und StimMT unterschiedliche Varianten von Vokabularen verwendet werden, erfolgt die notwendige Differenzierung über die Definition von StimMT-spezifischen ValueSets.

3.1.3 Video-Call

Über den Videodienst kann eine Audio/Video-Kommunikation zwischen zwei Akteuren hergestellt werden. Die Qualität der Kommunikation muss dabei ausreichend sein, um die Nachsorge zu bestimmten Erkrankungen realisieren zu können.

Video-Call-Dienste werden nicht zuletzt durch die Einführung der Videosprechstunde (§ 291g SGB V) von verschiedenen Anbietern als technische Dienstleistung oder in einem geschlossenen Netzwerk installierbares Produkt angeboten. Der Zugang erfolgt üblicherweise über ein Web-Portal. Neben einer Arzt-Patienten-Kommunikation unterstützen fast alle dieser Anbieter auch die Arzt-Arzt-Kommunikation. Für StimMT soll – nicht zuletzt aufgrund von organisatorischen Einschränkungen – zunächst nur die Kommunikation von Leistungserbringern per Video-Call unterstützt werden. Durch eine Schnittstelle zum Terminmanagement ist eine Abstimmung von Terminen für Video-Konsile und –Schulungen möglich. So vereinbart Video-Calls sollen aus den Kalendern der Teilnehmer initiiert werden können.

Der Zugang zum Video-Dienst wird über die StimMT-Sicherheitsdienste reguliert. Nur authentifizierte Nutzer dürfen zu für diese freigegebenen Kommunikationspartnern ad-hoc-Videoanrufe starten. Hierzu wird eine bestehende kommerzielle Videolösung über einen durch die StimMT-Sicherheitsdienste aufgebauten Reference Monitor (s. o.) gekapselt und innerhalb eines geschlossenen Netzwerks aufgesetzt. Endpunkt-Adressen für die Videokommunikation werden über die Verzeichnisdienste verwaltet; ein Verbindungsaufbau ist nur zu registrierten Akteuren möglich (Abbildung 7).

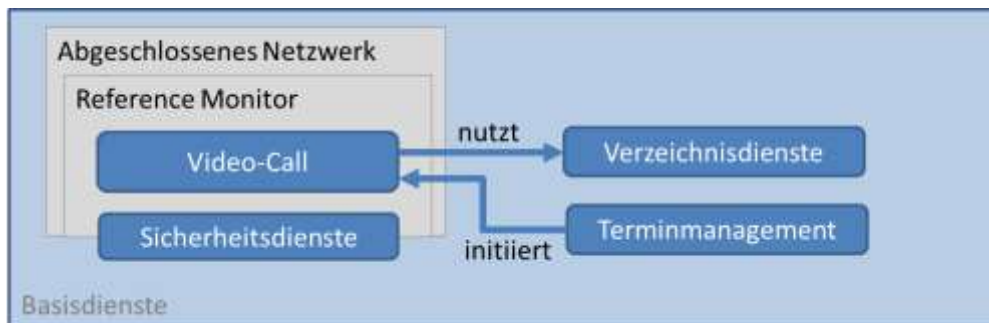


Abbildung 7: Zusammenspiel der Video-Kommunikation mit den StimMT-Basisdiensten

3.1.4 Messenger

Messenger-Dienste erlauben einen asynchronen Austausch von Textnachrichten und Dateien. Während der Sender immer eine Person oder Organisation ist, kann der Empfänger auch eine vorab definierte, geschlossene Gruppe von Personen und/oder Organisationen sein.

Damit alle Akteure der Region über einen Messenger-Dienst miteinander kommunizieren können, muss eine Lösung eingesetzt werden, die unabhängig von den genutzten Primärsystemen funktioniert. Entsprechende Dienste werden von verschiedenen Anbietern auf Basis sicherer VPN-Konstellationen (KV SafeNet, eigene PKI, etc.) angeboten. Die Dienste können üblicherweise über ein Pop-Up-Fenster auf dem Desktop genutzt werden, in dem der Nutzer Nachrichten für andere Teilnehmer eingeben und versenden bzw. an ihn adressierte Nachrichten einsehen und abspeichern kann. Über eine vorzusehende Programmierschnittstelle (API) können auch StimMT-Dienste Nachrichten versenden und ggf. empfangen, wodurch ein weiterer Informationskanal zum Arbeitsplatz der Ärzte geschaffen wird.

Hierdurch kann der Messenger auch von anderen Basisdiensten genutzt werden (Abbildung 8):

- Der StimMT-Ereignisdienst kann den Messenger zur Übermittlung von Ereignisbenachrichtigungen nutzen, sofern der Adressat eine Person oder Organisation ist.
- Das Terminmanagement kann Verschiebungen von und Erinnerungen zu vereinbarten Terminen über den Messenger bekannt geben.
- Formular-Manager und Report-Generator können Dokumente über den Messenger an einen Arzt bzw. eine Leistungserbringereinrichtung senden, so dass die Dokumente einfacher in die ärztliche Dokumentation übernommen werden können.
- Der StimMT Messenger läuft in einem abgeschlossenen Netzwerk, zu dem nur registrierte StimMT-Akteure Zugang haben. Eine Nutzung ist erst nach erfolgreicher Authentifizierung möglich.
- Es können nur Nachrichten von Akteuren und an Akteure bzw. Dienste gesandt werden, deren Kommunikationsendpunkte in den StimMT-Verzeichnisdiensten registriert sind.

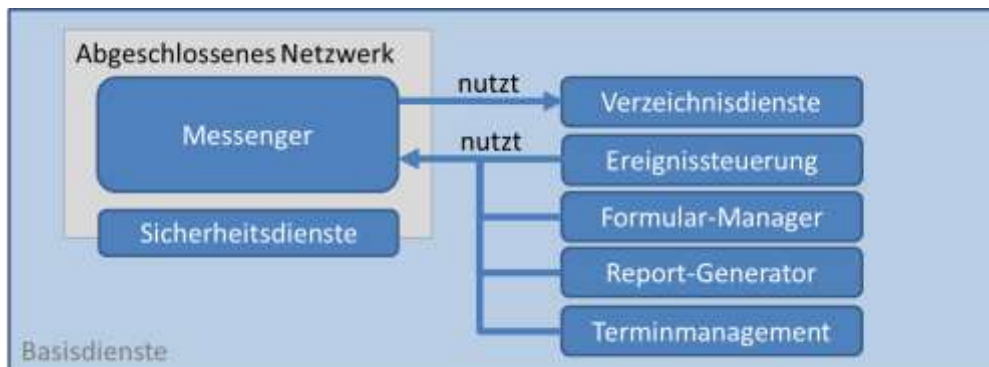


Abbildung 8: Zusammenspiel des Messenger-Dienstes mit den StimMT-Basisdiensten

3.1.5 Terminmanagement

Über das Terminmanagement können Leistungserbringer Termine abstimmen und buchen. Hierbei sollen vor allem die folgenden Funktionalitäten angeboten werden:

- Buchung von Räumen im ASZ (z. B. für Sondersprechstunden)
- Einbuchen von Patienten in durch ASZ und GVG angebotene Sprechstunden und Beratungsangebote
- Einbuchen von Patienten in Behandlungstermine bei Ärzten und anderen Leistungserbringern
- Einbuchen von Patienten in durch agnes^{zwei}-Schwestern angebotene Leistungen
- Abstimmen von Terminen für Video-Konsile, Fallkonferenzen, Informationsveranstaltungen und Schulungen
- Einstellen von Erinnerungen für definierte Ereignisse

Zunächst ist der Zugang zum Terminmanagement auf die teilnehmenden Ärzte und Leistungserbringer beschränkt, d. h. eine Selbstbuchung von Terminen durch Patienten ist aktuell nicht vorgesehen. Im Terminmanagement als buchbar anzuzeigende Termine werden durch die Leistungserbringer vorgegeben. Eine automatisierte Synchronisation von über das StimMT-Terminmanagement vereinbarten Terminen mit dem Terminmanagement im AIS/KIS des Arztes ist angestrebt.

Über Schnittstellen zu den StimMT-Verzeichnisdiensten können Kontaktdaten von Terminteilnehmern in das Terminmanagement übernommen werden. Hierüber kann auch eine Verzahnung mit dem Messenger und dem Video-Call erfolgen (z. B. Aussenden einer Terminbestätigung an die im Leistungserbringerverzeichnis hinterlegte Messenger-Adresse eines Termin-Teilnehmers).

Vereinbarungen von Terminen sowie Änderungen oder Stornierungen von vereinbarten Terminen werden als Ereignisse an die Ereignissteuerung gemeldet. Umgekehrt können Nutzeraktionen Ereignisse auslösen, die über die Ereignissteuerung an das Terminmanagement weitergegeben

werden. Ein Beispiel hierfür ist die Anfrage nach Verabredung eines in einem definierten Zeitraum durchzuführenden Nachsorgetermins mit einem benannten Patienten.

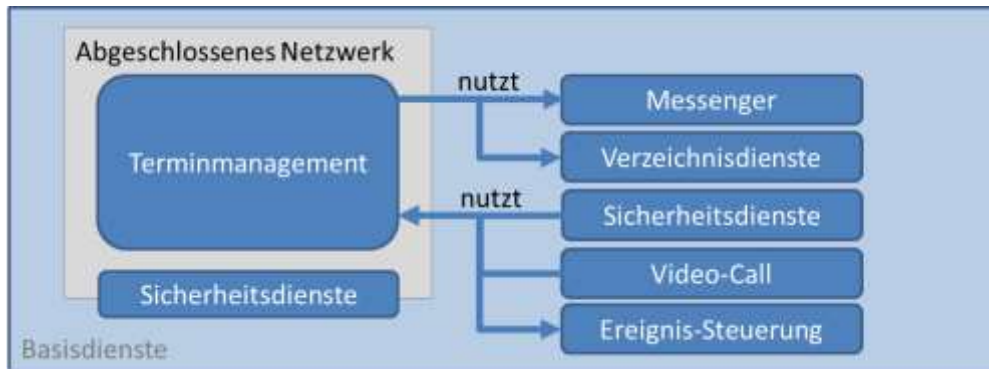


Abbildung 9: Zusammenspiel des Terminmanagements mit den StimMT-Basisdiensten

3.1.6 Sicherheitsdienste

Sicherheitsdienste werden in einer Sicherheitsarchitektur zusammengefasst, die weitgehend von der Anwendungsarchitektur der StimMT-Dienste und –Anwendungen entkoppelt ist. Hierdurch wird eine Integration weiterer Anwendungen sowie eine unabhängige Skalierung der Sicherheitsdienste (z. B. zur Umsetzung neuer regulatorischer Vorgaben) erleichtert:

- Zeitsynchronisation: Alle Komponenten der StimMT-IT-Plattform laufen auf zeitsynchronisierten Systemen. Nur so kann sichergestellt werden, dass nur temporär gültige Sicherheitsobjekte nicht zu Sicherheitsschwachstellen führen. Hierzu werden die in der GeN Plattform realisierten Zeitsynchronisationsdienste (IHE Profil Consistent Time) genutzt.
- Authentisierungsdienst: Ein (förderter) Authentisierungsdienst realisiert die Anmeldung von StimMT-Akteuren am StimMT-Portal und vermittelt über vertrauenswürdige externe Systeme vorgenommene Anmeldungen in die StimMT-IT-Plattform. Dieser Dienst nutzt Sicherheitstoken zum Nachweis einer erfolgreichen Authentifizierung, die über Dienste der GeN-Plattform ausgestellt und verarbeitet werden können.
- Einwilligungsdienst: Der Einwilligungsdienst verwaltet alle von Patienten abgegebenen Einwilligungen, Verfügungen und Zustimmungen und bildet diese auf Berechtigungsregeln ab. Grundlage sind die im GeN definierten Mechanismen zur Steuerung von Berechtigungen über Anwendungsszenarien. Die Verwaltung aller Einwilligungen erfolgt über den Policy Administration Point des GeN.
- Autorisierungsdienst: Der Autorisierungsdienst realisiert die Standard-Komponenten Policy Administration Point (PAP), Policy Decision Point (PDP) und Policy Enforcement Point (PEP) zur Verwaltung, Auswertung und Durchsetzung von Berechtigungsregeln. Basisdienste und StimMT-Dienste können als Policy Information Points (PIP) an den Autorisierungsdienst angebunden werden. So können z. B. Berechtigungen in Abhängigkeit von im Terminmanagement verzeichneten Arztterminen aktiviert oder deaktiviert werden. Alle erforderlichen technischen Komponenten sind über die GeN Plattform verfügbar.

- Nichtabstreitbarkeitsdienste: Über einen Audit Trail und einen Zeitstempeldienst kann die Nichtanstreitbarkeit von auf der Plattform durchgeführten Transaktionen abgesichert werden. Hierzu werden die im GeN bereitgestellten Protokollierungsdienste auf Basis des IHE ATNA Profils und der ELGA AARR Spezifikation genutzt.
- Sicherer Transportdienst: Ein sicherer Transportdienst erlaubt den Austausch von Nachrichten und Daten über einen integritätsgesicherten, verschlüsselten Transportkanal, der zwischen authentifizierten Systemen aufgebaut wurde. Dieser Dienst wird über das GeN bereitgestellt.
- PKI-Dienste: PKI-Dienste realisieren den Lebenszyklus von digitalen Zertifikaten und zugehörigen Schlüsseln. StimMT nutzt hier die Dienste des GeN, bringt in diese jedoch seine eigenen digitalen Zertifikate ein.

Die StimMT-Sicherheitsdienste werden insbesondere dazu genutzt, das zum Schutz von StimMT Basisdiensten, StimMT-Diensten und StimMT-Anwendungen umgesetzte Designmuster eines Reference Monitors zu implementieren⁵ sowie ein sicheres Kommunikationsnetz zwischen allen technischen StimMT-Komponenten aufzuspannen.

Soweit möglich und sinnvoll, sollen Sicherheitsdienste förderbar sein, als dass die StimMT-Sicherheitsdienste auch von vertrauenswürdigen, externen Organisationen ausgestellte Sicherheitsobjekte verarbeiten können (z. B. ein Arzt authentifiziert sich gegenüber dem AOK GeN und greift auf Basis dieser Authentifizierung auf StimMT-Dienste zu) bzw. in StimMT ausgestellte Sicherheitsobjekte auch durch andere Plattformen verarbeitbar sind (z. B. Nutzung eines Policy Push beim Abruf von StimMT-relevanten Daten aus dem AOK GeN).

3.1.7 Verzeichnisdienste

In StimMT in irgendeiner Form adressierbare Akteure und Dienste werden über Verzeichnisdienste verwaltet. Hierdurch wird nicht nur eine Abgeschlossenheit sichergestellt (z. B. können Daten nur an Ärzte gesandt werden, die in einem solchen Verzeichnis registriert sind), sondern auch eine sichere Bindung von Kommunikationsendpunkten an Entitäten realisiert:

- Patientenverzeichnis: Im Patientenverzeichnis sind alle an StimMT teilnehmenden Bürger des Mittelbereichs Templin registriert. Jedem Patienten sind eine oder mehrere Identifizierer zugeordnet, über die StimMT-Anwendungen und –Dienste diesen Patienten eindeutig referenzieren können. Das Patientenverzeichnis wird über den im GeN für alle Tenant vorgesehenen Master Patient Index realisiert, das gleichzeitig die Abbildung der von den einzelnen Ärzten genutzten Patienten-IDs auf eine einheitliche StimMT-Patienten-ID umsetzt.
- Anbieterverzeichnis: Im Anbieterverzeichnis sind alle an StimMT teilnehmenden Anbieter von Versorgungsleistungen registriert. Dieses können sowohl Personen (z. B. eine agnes-

⁵ Durch die Fundierung auf GeN ist die Umsetzung dieses Designmusters zumindest für alle Zugriffe von außen (d. h. durch Dienste außerhalb des für StimMT genutzten GeN-Tenant) über die GeN Facade sichergestellt, die alle Zugriffsversuche abfängt und nur nach erfolgreicher Berechtigungsprüfung an die Dienste innerhalb des StimMT-Tenant weiterleitet.

Schwester) als auch Organisationen (z. B. eine Arztpraxis) sein. Jedem Leistungsanbieter sind neben einem eindeutigen Identifizierer auch alle Informationen zugeordnet, die benötigt werden, um über den Messenger oder den Video-Call eine sichere Kommunikation zu diesem Akteur aufzubauen. StimMT nutzt hierzu das Healthcare Provider Directory des GeN.

- Dienstverzeichnis: Alle StimMT-IT-Komponenten sind mitsamt ihrer Kommunikationsendpunkte im Dienstverzeichnis des GeN registriert und können damit durch berechtigte Nutzer lokalisiert und angesprochen werden.

StimMT-Basisdienste nutzen in vielfältiger Weise die Verzeichnisdienste, um Identitäten und Kommunikationsendpunkte aufzulösen (Abbildung 10):

- Alle für die Nutzung von Messenger und Video-Call zugelassenen Akteure und Dienste sind mitsamt ihren Kommunikationsadressen in den StimMT-Verzeichnisdiensten registriert.
- Formular-Manager und Report-Generator nutzen das Anbieterverzeichnis, um Kontaktdaten identifizierter Akteure in Formulare bzw. Dokumente zu übernehmen.
- Der Terminmanager nutzt das Anbieterverzeichnis, um die Buchung eines Termins bei einem bestimmten Arzt oder Leistungserbringer zu ermöglichen.
- Die Ereignissteuerung greift auf das Anbieter- und Patientenverzeichnis zu, um ggf. für die Auswertung eines Ereignisses relevante Attribute abzufragen. Die Adressen, an die bei Eintritt eines registrierten Ereignisses eine entsprechende Benachrichtigung gesandt werden soll, werden aus dem Anbieter- bzw. Dienstverzeichnis abgefragt.
- Anbieter und Patienten werden nicht im Clinical Data Repository, sondern über Verzeichnisdienste verwaltet. Das CDR muss in granularen Ressourcen enthaltene Verweise auf Anbieter und Patienten entsprechend über die StimMT-Verzeichnisdienste auflösen.
- Zugriffe auf die StimMT-Verzeichnisdienste sind nur für authentifizierte und autorisierte Nutzer möglich. Dies wird durch das Designmuster eines alle Zugriffe abfangenden und validierenden „Reference Monitors“ realisiert, der seinerseits über die StimMT-Sicherheitsdienste aufgebaut wird.

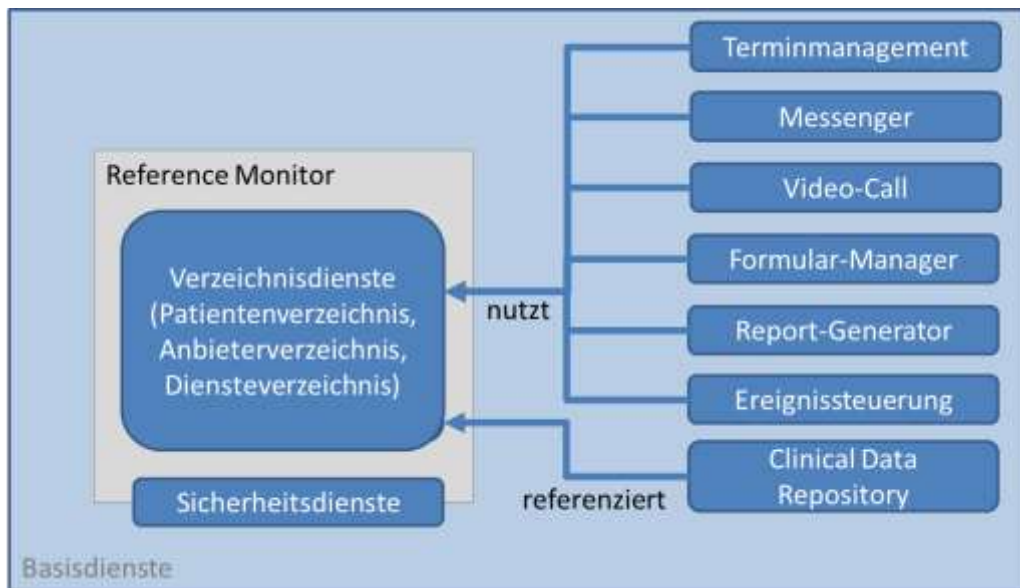


Abbildung 10: Zusammenspiel der StimMT-Verzeichnisdienste mit StimMT-Basisdiensten

Vorhandene Verzeichnisdienste (z. B. Arztverzeichnis der KV Brandenburg) werden durch StimMT nicht ersetzt, sondern lediglich so gekapselt, dass deren sichere Nutzung aus der StimMT-Plattform heraus über interoperable Schnittstellen möglich wird.

3.1.8 Ereignissteuerung

StimMT-Dienste können auf verschiedenen Wegen aktiviert werden:

- aus den StimMT-Anwendungen heraus als unmittelbare Folge einer Nutzeraktivität,
- aus einer StimMT-Anwendung oder einem StimMT-Dienst heraus als mittelbare Folge einer Nutzer- oder Systemaktivität (z. B. soll einem Arzt eine Benachrichtigung gesendet werden, wenn für einen Patienten ein angeforderter Laborbefund in die Plattform eingestellt wurde),
- zeitgesteuert (z. B. soll alle 6 Monate geprüft werden, ob für in einen Diabetikerpfad eingeschriebene Patienten ein aktueller Befund aus einer Augenuntersuchung vorliegt).

Die skizzierten Wege 2 und 3 werden über eine zentrale Ereignissteuerung realisiert. Akteure und Dienste können sich für bestimmte Ereignisse einschreiben und werden bei Eintritt dieses Ereignisses über die Ereignissteuerung informiert.

Die Ereignissteuerung wird vorrangig von höherwertigen StimMT-Diensten und –Anwendungen genutzt, greift aber ihrerseits auf verschiedene StimMT-Basisdienste zu (Abbildung 11):

- Die Ereignissteuerung ruft die Kommunikationsadressen der Adressaten von Ereignisbenachrichtigungen aus dem StimMT Anbieter- bzw. Diensteverzeichnis ab.
- Über die Nutzung semantischer Dienste kann die Ereignissteuerung auch semantisch komplexe Ereignisse verarbeiten (z. B. Erkennen eines eingehenden Laborwerts als Blutwert).

- Sofern der Adressat einer Ereignisbenachrichtigung eine Organisation oder Person ist, kann die Ereignissteuerung diese Benachrichtigung über den Messenger aussenden.
- Änderungen im Datenbestand des Clinical Data Repository oder Änderungen an über das Terminmanagement verwalteten Terminen werden als Ereignisse an die Ereignissteuerung weitergegeben.

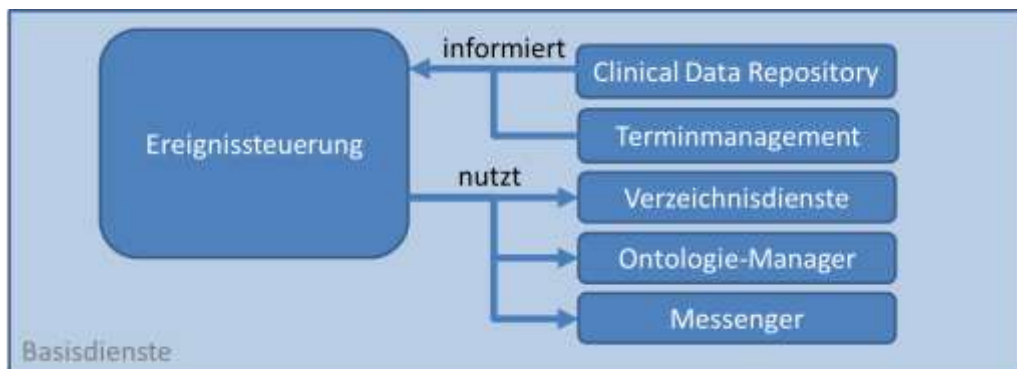


Abbildung 11: Zusammenspiel der Ereignissteuerung mit den StimMT-Basisdiensten

Für das StimMT-Projekt wird zunächst explizit auf die Integration einer Workflow-Engine verzichtet, da sich die bislang bekannten strukturierten, automatisierbaren Abläufe auch über eine deutlich einfachere, in ein IHE/HL7-Umfeld einfacher integrierbare Ereignissteuerung abbilden lassen. Sollten sich im weiteren Projektverlauf erweiterte Anforderungen (z. B. aus den Pfadausarbeitungen) ergeben, ist das Design der Plattform so angelegt, dass die Ereignissteuerung auf der Ebene der StimMT-Dienste um eine Workflow-Engine erweitert werden kann. In diesem Fall würde die Ereignissteuerung – wie in der initialen Umsetzungsstufe spezifiziert und in Abbildung 11 dargestellt – die StimMT-Basisdienste kapseln und so faktisch die Rolle eines „Übersetzers“ zwischen eine BPML-gesteuerten Workflow-Engine und den auf IHE/HL7-Standards aufbauenden Basisdiensten einnehmen.

3.1.9 Formular-Manager

Über die StimMT-IT-Plattform werden ausschließlich strukturierte, kodierte Daten erfasst und verarbeitet. Als eine Möglichkeit der Erfassung dieser Daten bietet die StimMT-IT-Plattform Online-Fragebögen an, die über einen Web-Browser angezeigt und ausgefüllt werden können. Die erfassten Daten werden strukturiert und kodiert im Clinical Data Repository abgespeichert. Eine Vorbefüllung der Formulare aus bereits im Clinical Data Repository vorhandenen Daten wird soweit als möglich unterstützt. Grundsätzlich sollen mindestens zwei Verfahren zur Bearbeitung von Online-Formularen in StimMT angeboten werden:

- StimMT-Dienste und –Anwendungen können Formulare im StimMT-Portal aufrufen. Hierbei ist steuerbar, ob die erfassten Daten an die aufrufende Anwendung zurückgegeben oder direkt im Clinical Data Repository gespeichert werden.
- Ärzte können aus ihrem AIS heraus eine Schnittstelle auf der StimMT-Facade aufrufen und dieser im AIS vorhandene Daten übergeben. Die Facade startet eine Web-Anwendung, die

das gewünschte Formular im Web-Browser des Arztes darstellt und die eingetragenen Daten an die StimMT-IT-Plattform übermittelt.

Der Formular-Manager verwaltet definierte Formular-Schablonen und steuert die Interaktion mit dem Nutzer und anderen StimMT-Basisdiensten:

- Zur Vorbefüllung von Formularen mit vorhandenen Daten greift der Formular-Manager auf das Clinical Data Repository sowie die Verzeichnisdienste zu.
- Die Inhalte aus fertig ausgefüllten, vom Nutzer freigegebenen Formularen werden im Clinical Data Repository gespeichert.
- Die Inhalte von in Formularen enthaltenen Auswahllisten werden dynamisch vom Ontologie-Server gelesen.
- Nutzer haben die Möglichkeit, ausgefüllte Formulare mit einem elektronischen Siegel oder einer elektronischen Unterschrift zu versehen. Hierzu werden die entsprechenden Sicherheitsdienste genutzt. Signierte Formulare werden im Dokumentenarchiv archiviert.
- Um ausgefüllte Formulare in die eigene Dokumentation zu übernehmen, können sich Ärzte diese als Dokumente entweder über das StimMT-Portal herunterladen oder über den Messenger zusenden lassen.
- Zugriffe auf Formulare sind nur für authentifizierte und autorisierte Nutzer möglich. Dies wird durch das Designmuster eines alle Zugriffe abfangenden und validierenden „Reference Monitors“ realisiert, der seinerseits über die StimMT-Sicherheitsdienste aufgebaut wird.

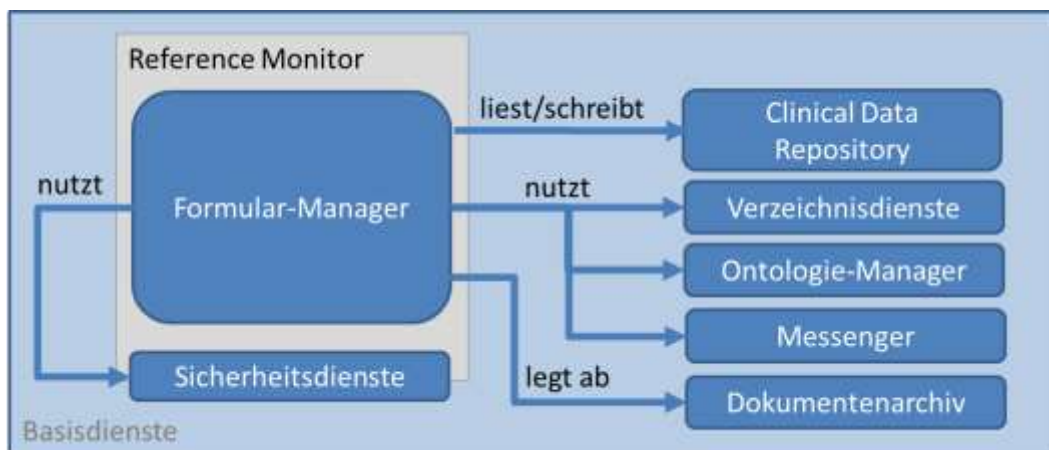


Abbildung 12: Zusammenspiel des Formular-Managers mit den StimMT-Basisdiensten

Der StimMT Formular-Manager implementiert den IHE Standard Data Capture (SDC) Workflow. Für die Definition und den Austausch der Formulare bzw. erfassten Daten werden die entsprechenden HL7 FHIR Ressourcen verwendet. HL7 CDA soll als redundantes Format zum Austausch der erfassten Daten unterstützt werden, um bestehende Adapter für die Datenübernahme aus AIS für StimMT nutzen zu können.

3.1.10 Report-Generator

Der Report-Generator stellt strukturierte Dokumente aus im Clinical Data Repository abgelegten Patientendaten zusammen. Hierzu werden vordefinierte, strukturierte Vorlagen verwendet. Die Vorlagen sind modular aufgebaut und können ineinander geschachtelt werden (z. B. Einfügen einer aus einer Vorlage generierten Medikamententabelle in eine Vorlage für einen ausdruckbaren Medikationsplan).

Der Report-Generator erzeugt Dokumente in einem Zwischenformat, aus dem heraus wiederum verschiedene andere Formate erzeugt werden können. Hierzu zählen insbesondere PDF für den Ausdruck auf Papier und HL7 CDA für die Übernahme in eine elektronische Patientenakte.

Der Report-Generator verwaltet definierte Schablonen für Dokumente, ruft die benötigte Daten aus den StimMT-Basisdiensten ab und steuert das Rendering des Dokuments in das gewünschte Zielformat:

- Zur Befüllung von Dokumentenschablonen mit Patientendaten greift der Report-Generator auf das Clinical Data Repository sowie die Verzeichnisdienste und das Terminmanagement zu.
- Kodierte Inhaltselemente werden dynamisch vom Ontologie-Server gelesen. Über semantische Dienste ist auch eine Übersetzung einzelner Konzepte möglich.
- Um dynamisch erzeugte Dokumente in die eigene Dokumentation zu übernehmen, können sich Ärzte diese entweder über das StimMT-Portal herunterladen oder über den Messenger zusenden lassen.
- Die StimMT-Plattform kann Dokumente mit einem elektronischen Siegel versehen. Hierzu werden die entsprechenden Sicherheitsdienste genutzt. Signierte Dokumente werden im Dokumentenarchiv archiviert.
- Zugriffe auf den Report-Generator sind nur für authentifizierte und autorisierte Nutzer möglich. Dies wird durch das Designmuster eines alle Zugriffe abfangenden und validierenden „Reference Monitors“ realisiert, der seinerseits über die StimMT-Sicherheitsdienste aufgebaut wird.

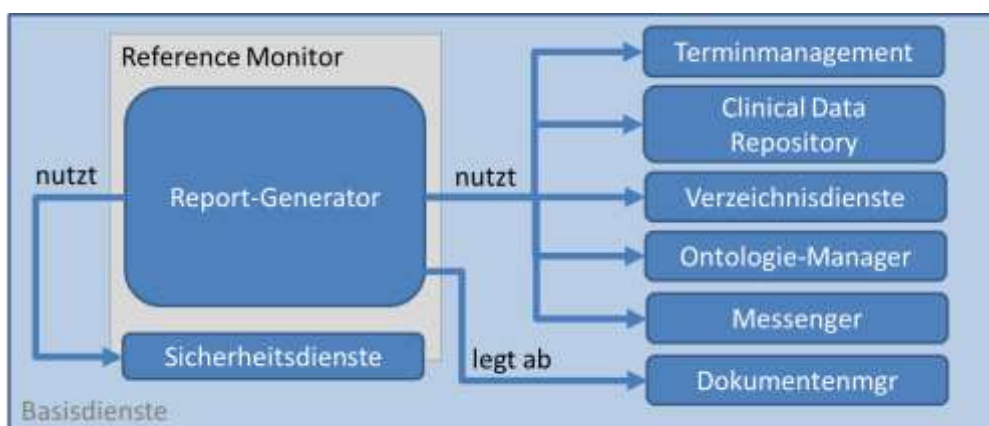


Abbildung 13: Zusammenspiel des Report-Generators mit StimMT-Basisdiensten

3.1.11 Dokumentenarchiv

Das Dokumentenarchiv der StimMT-IT-Plattform dient sowohl der Sicherung der Dokumentation von StimMT-Akteuren als auch der Absicherung der Daten im Clinical Data Repository:

- Die über den Formular-Manager ausgefüllten Formulare und die vom Report-Generator erzeugten Dokumente sind Teil der Dokumentation der Case Manager und anderer mit diesen Dokumenten arbeitenden Leistungserbringern. Leistungserbringer, die ein eigenes Primärsystem (AIS, KIS, etc.) nutzen, werden diese Dokumente über das StimMT-Portal oder eine zwischengeschaltete Aktenplattform (z. B. AOK GeN) in ihre lokale Patientenakte übernehmen und von dort aus nach Abschluss der Patientenbehandlung archivieren. Für Akteure ohne eigenes Primärsystem (z. B. agnes-Schwestern) wird innerhalb der StimMT-IT-Plattform ein Dokumentenarchiv vorgesehen, in dem relevante und zur Falldokumentation gehörige Dokumente für diese Akteure rechtssicher abgelegt werden.
- Teile der Inhalte des Clinical Data Repository stammen aus externen Quellen wie z. B. Laborbefunden oder Dokumenten von anderen, an das Gesundheitsnetzwerk der AOK angebotenen Ärzten. Um eine Nachvollziehbarkeit der extrahierten Informationen im Clinical Data Repository sicherzustellen, werden diese Dokumente zusätzlich im Dokumentenarchiv abgelegt und mit den daraus extrahierten Ressourcen im Clinical Data Repository verlinkt.

Um die skizzierten Funktionalitäten zu erbringen, nutzen insbesondere die dokumentenverarbeitenden Dienste das Dokumentenarchiv (Abbildung 14):

- Der Report-Generator und der Formular-Manager können erzeugte Dokumente im Dokumentenarchiv ablegen. Im Clinical Data Repository verwaltete Informationen aus Formularen und Reports verweisen auf die vollständigen Ausgangsdokumente im Dokumentenarchiv.
- Aus externen Quellen (d. h. anderen Tenants des GeN) in die StimMT-Plattform eingebrachte Dokumente werden granular im Clinical Data Repository und in unveränderter Form im Dokumentenarchiv gespeichert.
- Dokumente im Dokumentenarchiv werden patientenbezogen abgelegt. Die hierzu benötigten Identifier synchronisiert das Dokumentenarchiv mit dem Patientenindex.
- Über die StimMT-Sicherheitsdienste stellt das Dokumentenarchiv die Integrität und Authentizität eingestellter Dokumente über deren gesamten Lebenszyklus sicher.
- Zugriffe auf das Dokumentenarchiv sind nur für authentifizierte und autorisierte Nutzer möglich. Dies wird durch das Designmuster eines alle Zugriffe abfangenden und validierenden „Reference Monitors“ realisiert, der seinerseits über die StimMT-Sicherheitsdienste aufgebaut wird.

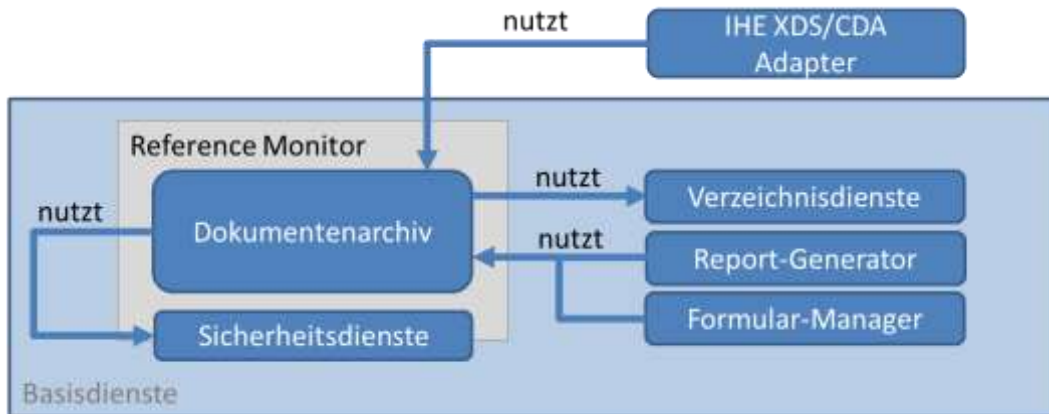


Abbildung 14: Zusammenspiel des Dokumentenarchivs mit den StimMT-Basisdiensten

Prinzipiell bietet es sich an, die nicht über das IHE XDS Profil effizient realisierbaren Teile des Dokumentenarchiv in eine kommerzielle Cloud auszulagern. In diesem Fall sollten die dort abgelegten Dokumente zusätzlich mit Hilfe der StimMT-Sicherheitsdienste verschlüsselt werden.

3.2 StimMT-Dienste

StimMT-Dienste implementieren eine Ablaufsteuerung über StimMT-Basisdiensten, die hierdurch zu komplexeren Funktionalitäten zusammengeführt werden:

- Wenn-Dann-Regeln ermöglichen das automatisierte Abspielen von Kausalitätsketten, in denen aus einem definierten Ereignis eine definierte Folgeaktivität resultiert.
- Benachrichtigungen erlauben den Versand von Textnachrichten und Daten über verschiedene Kommunikationskanäle.
- Worklists unterstützen die Koordination von Arbeiten, z. B. im Zusammenspiel von Case und Care Managern.
- Routine-Abläufe erlauben die Automatisierung von durch den Austausch von stark formalisierten Dokumenten geprägten Szenarien, z. B. bei der Bestellung von Hilfsmitteln.
- Über ein Video-Konsil können Experten in die Behandlung eines Patienten eingebunden werden.
- Begleitdokumente helfen Einrichtungs- und Sektorengrenzen zu überwinden, indem sie einen Informationsfluss parallel zu einem Behandlungspfad ermöglichen.
- Assessment-Formulare dienen der Erfassung strukturierter Informationen entlang von Behandlungspfaden und sollen dokumentationsintensiven Szenarien vereinfachen.
- Statusauswertungen ermöglichen Care und Case Managern – aber auch anderen an der Behandlung beteiligten Personen und den Patienten selbst – durch statistische und heuristische Analysen ergänzte Zusammenfassungen zum Gesundheits- und Behandlungsstatus eines Patienten.



Abbildung 15: StimMT-Dienste

Alle StimMT-Dienste können über das StimMT-Portal oder definierte Schnittstellen genutzt werden. StimMT-Dienste, die medizinische Patientendaten in Form von Dokumenten verarbeiten, können neben den StimMT-Basisdiensten auch weitere Funktionalitäten der im StimMT Tenant verfügbaren IHE XDS Domain nutzen.

3.2.1 Wenn-Dann-Regeln

Eine durchgeführte medizinische Handlung zieht oftmals zwangsläufig weitere medizinische Handlungen nach sich, die bereits zum Zeitpunkt der ersten Handlung absehbar sind. Beispiele hierfür sind:

- Die Verordnung eines Medikaments mit einem bestimmten Wirkstoff erfordert, dass spätestens nach drei Monaten definierte Leber- und/oder Nierenwerte überprüft werden.
- Die Einweisung zum Einbau eines künstlichen Hüftgelenks führt zwangsläufig dazu, dass der Patient anschließend an Reha-Maßnahmen teilnehmen muss und dass eine regelmäßige Wundkontrolle durchzuführen ist.
- Ein Patient dem eine 100er-Packung Tyroxin gegen seine Schilddrüsenfehlfunktion verordnet wurde und der täglich zwei Tabletten einnehmen soll wird nach 50 Tagen ein neues Rezept benötigen. Zusätzlich ist nach sechs (oder 12) Monaten eine Kontrolluntersuchung erforderlich.

Wirkzusammenhänge der dargestellten Art können in der StimMT-IT-Plattform durch Wenn-Dann-Regeln formalisiert und automatisiert werden (Abbildung 16):

- Wenn-Dann-Regeln werden von StimMT-Anwendungen registriert und konfiguriert. Jede Anwendung definiert dabei potenziell einen eigenen Satz von Regeln.
- Der Dienst zur Umsetzung von Wenn-Dann-Regeln registriert das die Regel auslösende Ereignis an der Ereignissteuerung.
- Tritt das registrierte Ereignis ein, löst die Ereignissteuerung die Wenn-Dann-Regel aus. Alternativ kann eine Regel auch direkt aus einer Anwendung ausgelöst werden (z. B. als Reaktion auf eine Nutzerinteraktion an der grafischen Benutzeroberfläche).
- Die Wenn-Dann-Regel nutzt Daten aus dem Clinical Data Repository und semantische Informationen aus Ontologien, um die definierte Regel auszuführen.

- Im Ergebnis der Regelausführung kann eine Benachrichtigung ausgelöst, eine neue Information in das Clinical Data Repository geschrieben oder eine Terminanforderung ausgelöst werden.

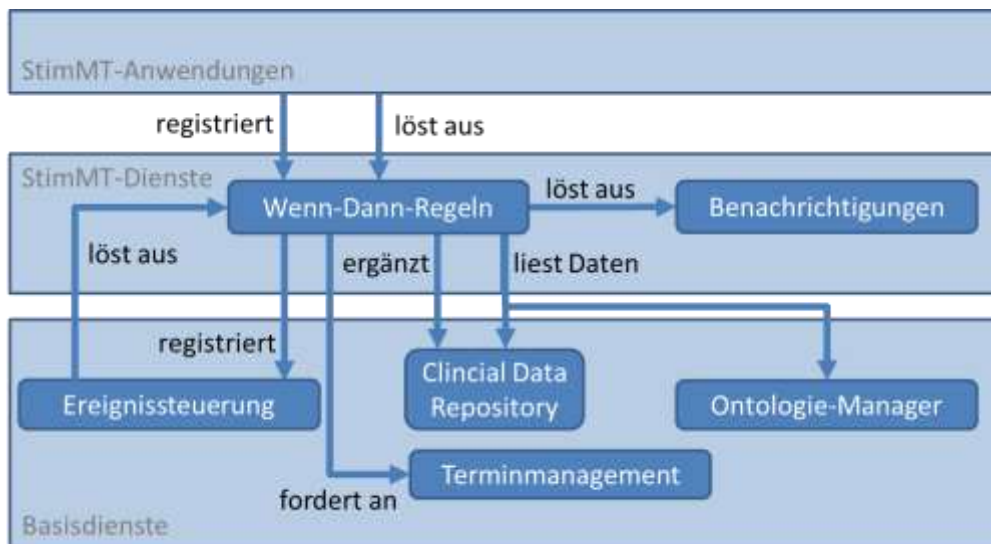


Abbildung 16: Zusammenspiel von Wenn-Dann-Regeln mit anderen Diensten

Die wesentliche Motivation für die Definition von Wenn-Dann-Regeln ist es, die Planbarkeit von Pfaden zu erhöhen, den Ärzten größere Dispositionsspielräume zu geben und Versorgungsdefizite aufgrund mangelnder Awareness einzelner Akteure zu vermeiden.

3.2.2 Assessment-Formulare

Assessment-Formulare bilden strukturierte Verfahren zur Erfassung von Patientendaten ab. Sie kommen in StimMT vorrangig in zwei Szenarien zum Einsatz:

- Pfade beschreiben die Vorgaben von evidenzbasierten Leitlinien aufgreifende, vordefinierte Behandlungssequenzen, die an definierten Entscheidungspunkten den aktuellen Zustand des Patienten mit der Zielsetzung der Behandlung abgleichen und daraus Entscheidungen für die weitere Diagnostik und Therapie ableiten. Ein Beispiel ist ein Behandlungspfad für die Vermeidung von Folgeerkrankungen einer Diabetes Typ-2 in dem beispielsweise nach einer Phase lebensstilverändernder Maßnahmen deren Wirksamkeit geprüft und ggf. eine ergänzende Behandlung mit Metformin vorgeschlagen wird. Diese Wirksamkeitsprüfung erfolgt über ein strukturiertes – ggf. im Rahmen eines DMP fest vorgegebenes – Formular, das vom behandelnden Arzt auszufüllen ist.
- Agnes-Schwestern, ambulante Pflegedienste und andere nicht-ärztliche Leistungserbringer unterliegen vielfältigen Dokumentationsanforderungen, um die Qualität der erbrachten Leistungen abzusichern und den behandelnden Ärzten regelmäßig Informationen zum Gesundheits- und Sozialstatus der Patienten zuzuarbeiten. Ein Beispiel ist der agnes-Dokumentationsbogen, der über Gesundheitsdaten hinaus auch Informationen zur Mobilität und den Sozialkontakten von betreuten Personen erfasst.

Da Assessment-Formulare sehr stark von der Diagnose des Patienten, dem Status und Ziel der Behandlung sowie dem zugrundeliegenden Behandlungsprogramm abhängen, ist eine automatisierte Übernahme von bestehenden Daten aus einem AIS oftmals nur begrenzt möglich; vielmehr muss die Vielzahl der geforderten Angaben diagnostisch erhoben oder beim Patienten abgefragt werden. Daher werden Assessment-Formulare als Online-Formulare realisiert, die mit verfügbaren Daten vorbefüllt und anschließend vom Nutzer vervollständigt werden. Um dieses möglichst flexibel zu unterstützen, bietet die StimMT-IT-Plattform vier Möglichkeiten der Nutzung von Assessment-Formularen:

- Im StimMT-Portal laufende StimMT-Anwendungen können Assessment-Formulare über den Formular-Manager als Online-Formulare im Portal aufrufen.
- AIS/KIS können Assessment-Formulare über eine URL im Web-Browser öffnen. Mittels der über einen sicheren Transportkanal übertragenen URL werden Patient und Formular identifiziert. Der so konfigurierte Formular-Manager schreibt die erfassten Daten in das Clinical Data Repository und sendet eine Kopie der Daten per Messenger an das AIS bzw. KIS.
- Über einen lokal installierten Formular-Manager (z. B. gevko GDT Server) können Assessment-Formulare lokal ausgefüllt werden. Die erfassten Daten werden anschließend an den Assessment-Formular-Dienst im StimMT-Portal übermittelt, dort validiert und anschließend über den Formular-Manager in das Clinical Data Repository geschrieben.
- Lokal im AIS bzw. KIS ausgefüllte Formulare können über den XDS/XCA-Adapter an den Assessment-Formular-Dienst im StimMT-Portal übermittelt werden. Dieser prüft die Vollständigkeit und Konsistenz der Daten und sacheibt diese über den Formular-Manager in das Clinical Data Repository. Unvollständige Daten können zuvor per Online-Formular ergänzt werden.

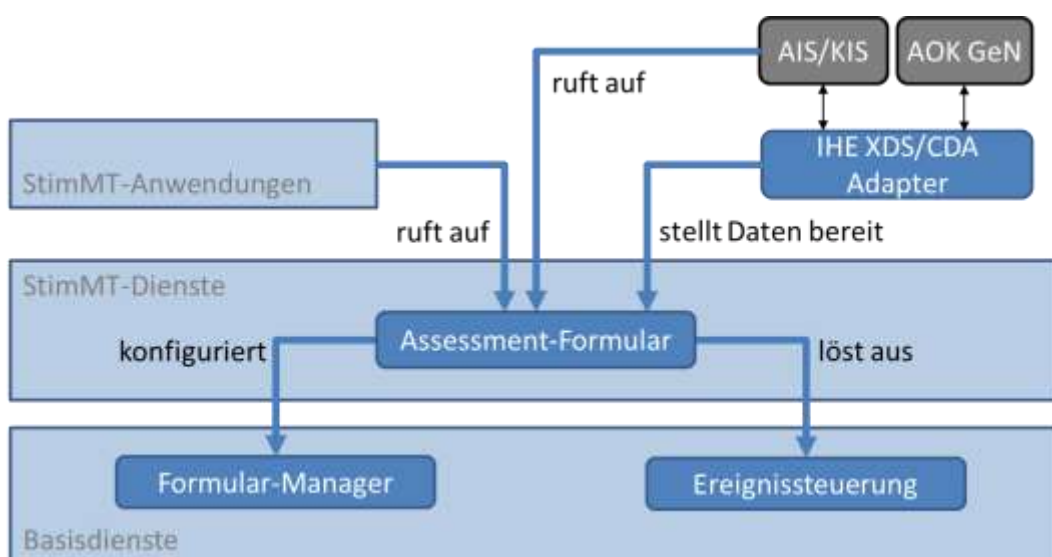


Abbildung 17: Zusammenspiel der Assessment-Formulare mit anderen Diensten der StimMT-Plattform

Zweck der Speicherung der erfassten Daten sind die Unterstützung des Case- und Care-Managements (siehe Kapitel 3.2.5), die Umsetzung von Wenn-Dann-Regeln (siehe Kapitel 3.2.1) und die Unterstützung der Hilfs- und Heilmittelversorgung im Rahmen von Pfaden und Sprechstunden. Darüber hinaus können Daten aus einem „alten“ Formular direkt in das aktuelle Formular übernommen werden, wodurch der Aufwand für regelmäßig auszufüllende Formulare reduziert wird.

3.2.3 Worklists

StimMT-Pfade sollen eine sektorenübergreifende Behandlung der Patienten in der passenden Versorgungsstufe unterstützen und sind daher per se einrichtungsübergreifend angelegt. Die StimMT-IT-Plattform unterstützt die Kommunikation und Übergabe an den Schnittstellen zwischen den über einen Pfad verknüpften Einrichtungen.

In der IT-Plattform werden sog. Worklists angeboten, in die ein Akteur einen Auftrag für einen anderen Akteur einstellen kann. Worklists können an einzelne Akteure gebunden sein (z. B. fordert ein Arzt bei einem benannten Facharzt eine spezielle Untersuchung an) oder Akteursgruppen umfassen (z. B. fordert ein Arzt eine Blutuntersuchung an, die bei einem beliebigen Hausarzt durchgeführt werden kann). Auch Case Manager, Care Manager, ASZ und KBZ werden mit dedizierten Worklists verknüpft. Prinzipiell sind auch Worklists für Patienten denkbar (z. B. Anforderung an den Patienten ein bestimmtes Formular auszufüllen), auf die diese z. B. über das AOK-Patienten-Portal zugreifen können.

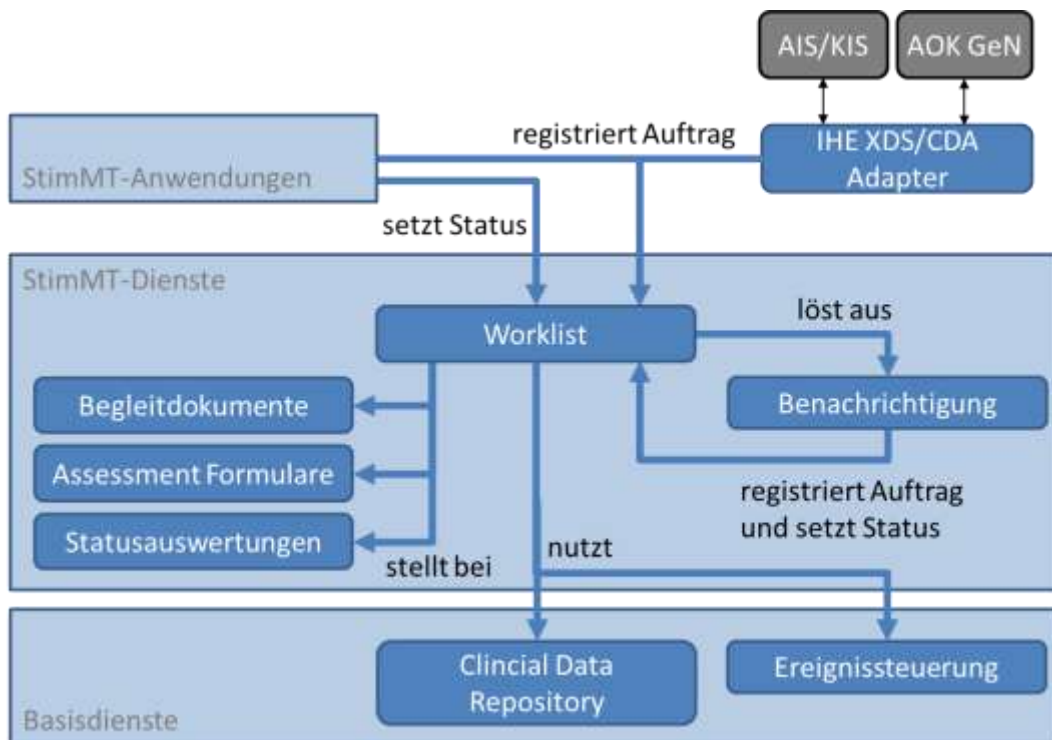
Bei Einstellen eines Auftrags in eine Worklist kann der Ersteller des Auftrags ein Dokument oder einen Verweis auf Daten im Clinical Data Repository beifügen.

Das Einstellen von Aufträgen in eine Worklist sowie das Auslesen und Abrufen von Aufträgen aus einer Worklist sind über verschiedene technische Verfahren möglich, um eine durchgängige Anbindung aller Akteure sicherzustellen. Hierzu zählen insbesondere:

- Nutzung des Benachrichtigungs-Diensts zur Benachrichtigung über erteilte Aufträge, zum Einstellen neuer Aufträge und zur Signalisierung des Abschlusses eines Auftrags
- Einstellen, Abrufen und Bestätigen von Aufträgen über das StimMT-Portal
- IHE XDS/CDA Adapter zur Registrierung von Aufträgen aus einem AIS/KIS heraus

Die Auftragslisten werden im Clinical Data Repository verwaltet. Über die Ereignissteuerung können Erinnerungen für termingebundene Aufträge registriert und ausgesandt werden. Aufträge in einer Worklist können direkt auf ein auszufüllendes Assessment-Formular verweisen oder ein den Auftrag näher beschreibendes Begleit- oder Status-Dokument referenzieren.

Die nachfolgende Abbildung stellt das Zusammenspiel des Worklist-Dienstes mit anderen Diensten der StimMT-Plattform dar.



Aus den Anforderungen der Pfade und der anderen StimMT-Teilprojekte heraus werden standardisierte Typen von Aufträgen definiert, um einen möglichst hohen Automatisierungs- und Standardisierungsgrad bei Formulieren und Abarbeiten von Aufträgen erzielen zu können. Ein Sonderfall sind hierbei Überweisung und Einweisungen, die implizit einen Auftragscharakter haben, der bereits durch standardisierte Papierformulare abgebildet wird. Hier wird eine hybride Lösung umgesetzt, bei der sowohl das erforderliche Papierformular als auch ein korrespondierender digitaler Auftrag übermittelt werden. Es ist zu prüfen, inwieweit das Papierformular als „Zugriffsschlüssel“ für die mit dem digitalen Auftrag übermittelten Daten genutzt werden kann, so dass z. B. die Übergabe einer Überweisung an einen Facharzt diesen berechtigt, die an den korrespondierenden Auftrag gebundenen Patientendaten abzurufen und einzusehen.

Akteure sollen die Möglichkeit haben, das Ergebnis eines entgegengenommenen Auftrags über die IT-Plattform an den Auftraggeber zurück zu übermitteln. Hierzu sollen die selben technischen Verfahren wie beim Einstellen eines Auftrags nutzbar sein. Dies schließt die Weitergabe von Daten über das Clinical Data Repository mit ein wodurch gleichzeitig eine Erweiterung des dort gepflegten Datenbestands erfolgt.

3.2.4 Begleitdokumente

Ein Kernziel von StimMT ist die verbesserte wechselseitige Information von Leistungserbringern entlang von Versorgungsketten und Verfahrensabläufen (siehe Kapitel 2). Wesentlich hierbei ist, dass sich nicht nur der Patient entlang der Versorgungskette durch verschiedene Einrichtungen bewegt, sondern hierzu synchron auch die versorgungsrelevanten Informationen entlang dieser Kette allen im Kontakt mit dem Patienten stehenden Leistungserbringern zur Verfügung stehen.

Für alle (relevanten) Schnittstellen zwischen Einrichtungen, die entlang eines Pfades denkbar sind, werden sog. Begleitdokumente definiert, die dem „Empfänger“ des Patienten alle für die weitere Behandlung wesentlichen Informationen geben. Die Übermittlung eines Begleitdokuments kann elektronisch als Anlage zu einem digitalen Auftrag (siehe 3.2.3) oder analog als dem Patienten mitgegebenes Papierdokument erfolgen.

Im Idealfall kann ein Begleitdokument über den Report-Generator ausschließlich aus den im Clinical Data Repository zu dem Patienten verfügbaren Daten erzeugt werden. Sofern jedoch Ergänzungen aufgrund fehlender Ausgangsdaten erforderlich sind, werden diese über ein Assessment-Formular in einem Web-Portal vorgenommen. Begleitdokumente werden entweder aus einer StimMT-Anwendung heraus, auf Anforderung eines Leistungserbringers oder als Reaktion auf ein registriertes Ereignis (z. B. im Rahmen einer Wenn-Dann-Regel) erstellt.

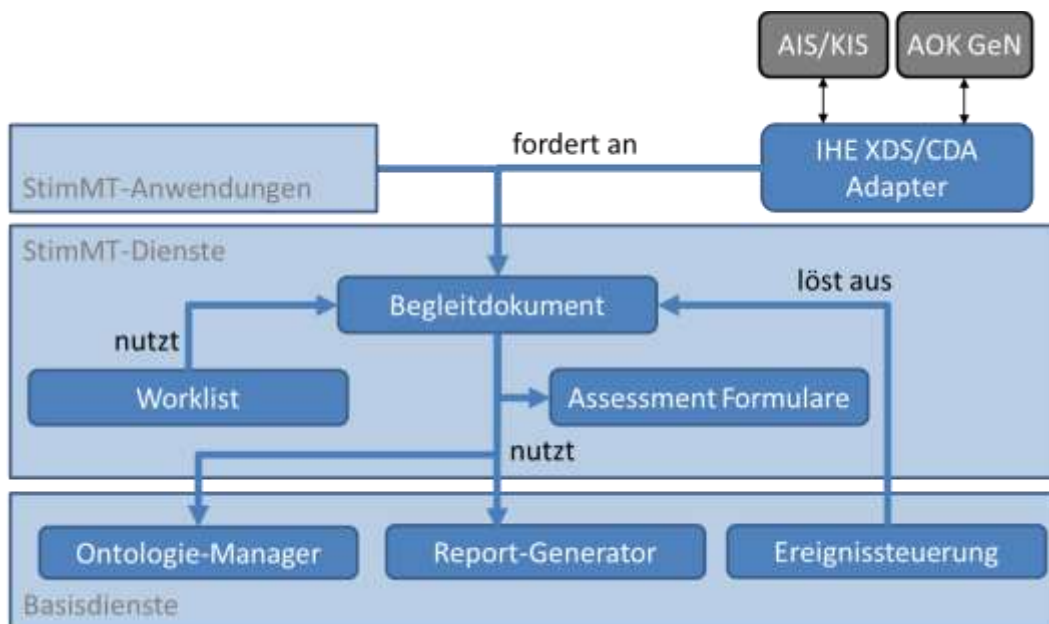


Abbildung 18: Zusammenspiel von Begleitdokumenten mit anderen Diensten der StimMT-Plattform

Idealerweise sollten Bürger die Möglichkeit haben, Begleitdokumente für bestimmte Situationen auch eigeninitiativ und losgelöst von den definierten Pfaden anzufordern. Dieses kann entweder über einen Arzt oder ein Patienten-Portal einer Krankenkasse erfolgen. Beispielsweise kann sich ein Bürger auf diesem Wege für einen erforderlichen Krankenhausaufenthalt ein entsprechendes Begleitdokument abrufen, in dem seine aktuelle Medikation, bekannte Unverträglichkeiten, Nahrungsmittelallergien und Mobilitätseinschränkungen zusammengefasst sind. Dieses kann sich der Patient ausdrucken (lassen) und bei der Aufnahme im Krankenhaus vorlegen (alternativ kann dies natürlich auch vollständig elektronisch ablaufen).

3.2.5 Statusauswertung

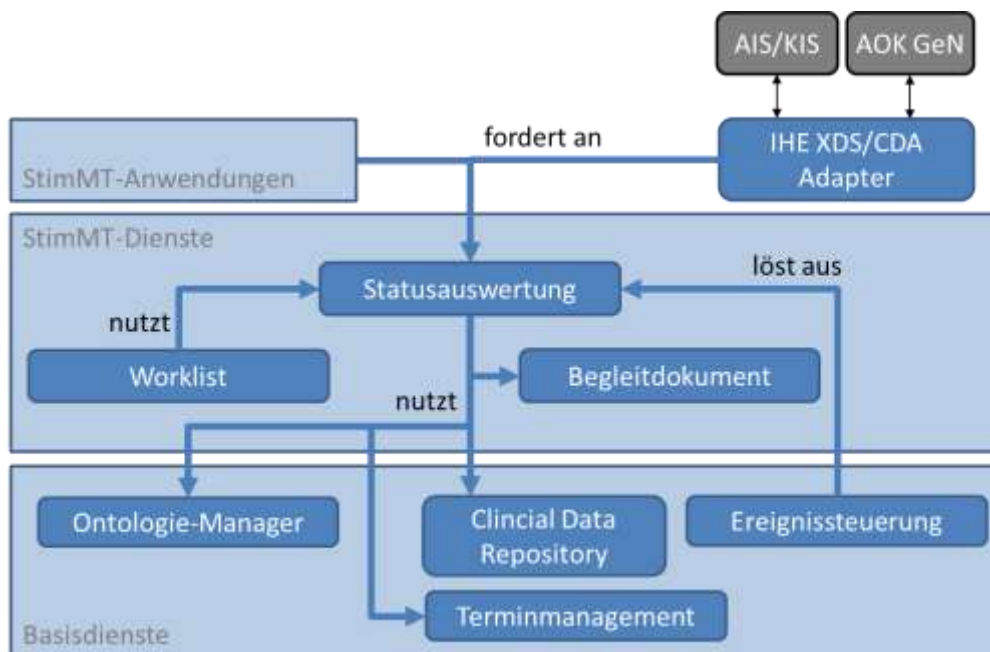
Abhängig von den zugrundeliegenden Pfaden, den definierten Versorgungszielen und der konkreten Ausgestaltung des Case Managements können zu jedem betreuten Patienten aus dem CDR heraus

verschiedene Statusauswertungen generiert werden. Bei diesen Dokumenten handelt es sich um standardisierte Begleitdokumente, die neben Zusammenfassungen der erhobenen Daten (incl. Scores und Tendenzen) auch Hinweise zu individuellen Besonderheiten, Pfadabweichungen, potenziellen Risiken für die Patientensicherheit und individuell anwendbaren Leistungen beinhalten. Jeder Hinweis ist das Ergebnis einer vorab definierten Regel auf den verfügbaren Daten und Ontologien. Beispiele für solche Hinweise sind:

- Die in den Statusbögen erfasste Mobilität des Patienten hat sich über die letzten drei Jahre kontinuierlich verschlechtert.
- Dem Patienten wurde L-Thyroxin gegen ein Schilddrüsenproblem verordnet. Die letzte Rezeptausstellung ist so lange her, dass die Packung eigentlich schon lange aufgebraucht sein müsste.
- Der Patient war dieses Jahr anscheinend noch nicht beim Zahnarzt. Er sollte schnellstmöglich einen Kontrolltermin machen, um den Stempel für das Vorsorgeheft zu bekommen.
- Andere Patienten mit ähnlicher Mobilitätssituation haben von ihrer Kasse einen Rollator bezahlt bekommen.

Vorgaben zu sinnvollen, aus den verfügbaren Daten ableitbaren Hinweisen, müssen in den fachlichen Gruppen des Projekts erarbeitet werden. Die Umsetzung auf Ontologien und Regeln erfolgt im IT-Teilprojekt.

Statusauswertungen sind eine Erweiterung von Begleitdokumenten um Verfahren der Datenanalyse. Entsprechend nutzen sie die für Begleitdokumente definierten Schnittstellen, Abläufe und Muster zur Erstellung und Bereitstellung dynamisch erzeugter Dokumente.

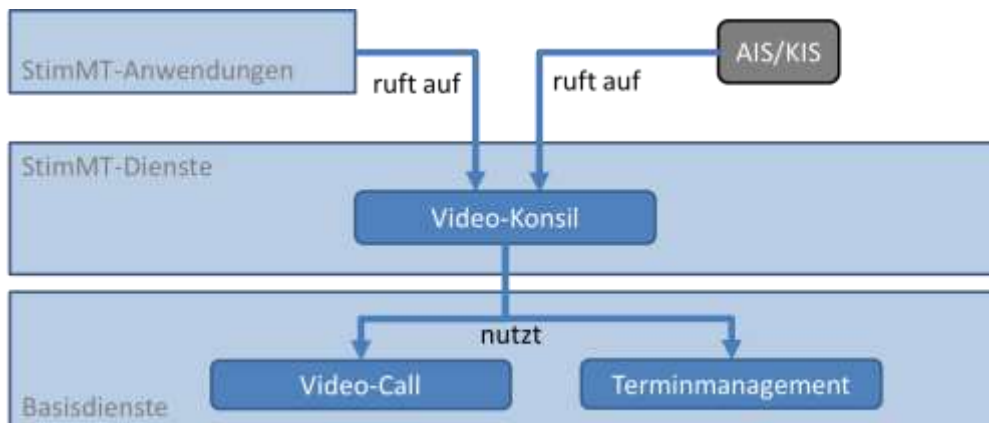


3.2.6 Video-Konsil

Die StimMT-IT-Plattform bietet mit dem Video-Konsil einen synchronen Mechanismus zur audiovisuellen Punkt-zu-Punkt-Kommunikation zwischen zwei Leistungserbringern an. Video-Konsile können im Rahmen einer zu definierenden Governance sowohl ad hoc als auch geplant erfolgen:

- Der operative Case Manager ist vor Ort beim Patienten und hat einen akuten Abstimmungsbedarf mit dem medizinischen Case Manager oder einem Facharzt. Über ein ad hoc initiiertes Video-Konsil nimmt der operative Case Manager Kontakt zu dem Arzt auf und kann dabei per Video auch den Patienten aktiv oder passiv einbinden (z. B. um dem Arzt eine Veränderung an einer Wunde zu zeigen).
- Vor Ort nicht verfügbar Fachärzte bieten zu festgelegten Zeiten ein Video-Konsil an, bei dem Hausärzte ihre Patienten vorstellen und deren Fälle diskutieren können.
- Spezialisten von außerhalb können per Video-Konsil zu vor Ort stattfindenden Fallkonferenzen hinzugeschaltet werden.

Video-Konsile bauen auf dem Basisdienst Video-Call auf, der auch über die StimMT-Verzeichnisdienste die Endpunktadressen und Zertifikate der Kommunikationspartner abrufen und die Kommunikationsverbindung steuert. Video-Konsile können entweder aus StimMT-Anwendungen heraus, als eigenständiger Dienst über das StimMT-Portal oder vom Desktop des Arztes aufgerufen werden. Zur Vereinbarung von Terminen für ein Video-Konsil kann das Terminmanagement genutzt werden.

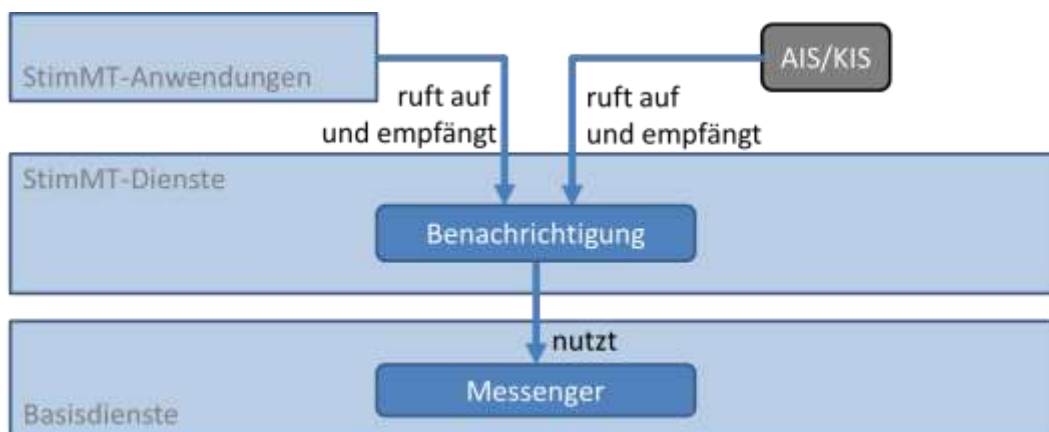


Herausforderung: Die Video-Konsile müssen über ein VPN laufen. Hierzu müssen die Teilnehmer auf ihren Rechnern bzw. Tablets einen VPN-Client und ein Zertifikat installieren. [mit KV BB abstimmen, ob und wie hier ggf. KV SafeNet als VPN genutzt werden kann].

Anmerkung: Für die Video-Konsile sollte ein organisatorisch-regulativer Rahmen geschaffen werden, innerhalb dessen der initiiierende Akteur immer im Auftrag oder als Vertreter des Patienten agiert. Damit würden die Video-Konsile unter die Finanzierungsvereinbarung zum § 291g SGB V fallen. [mit AOK und Barmer abstimmen]

3.2.7 Benachrichtigungen

Der StimMT-Benachrichtigungsdienst kapselt Mechanismen zur asynchronen Kommunikation zwischen einzelnen Akteuren und StimMT-Diensten. Da in der ersten Ausbaustufe lediglich der Messenger-Dienste als Basisdienst zur Verfügung steht, wird zunächst nur dessen Funktionalität über den Benachrichtigungsdienst auf der Ebene der StimMT-Dienste (und damit z. B. auch über das StimMT-Portal) verfügbar gemacht.



Perspektivisch sollen weitere Dienste wie z. B. der KOM-LE-Dienst der Telematikinfrastruktur über den StimMT-Benachrichtigungsdienst integriert werden. Hierbei ist es Aufgabe des StimMT-Benachrichtigungsdienstes, für jede Benachrichtigung den geeigneten Basisdienst auszuwählen und anzusteuern.

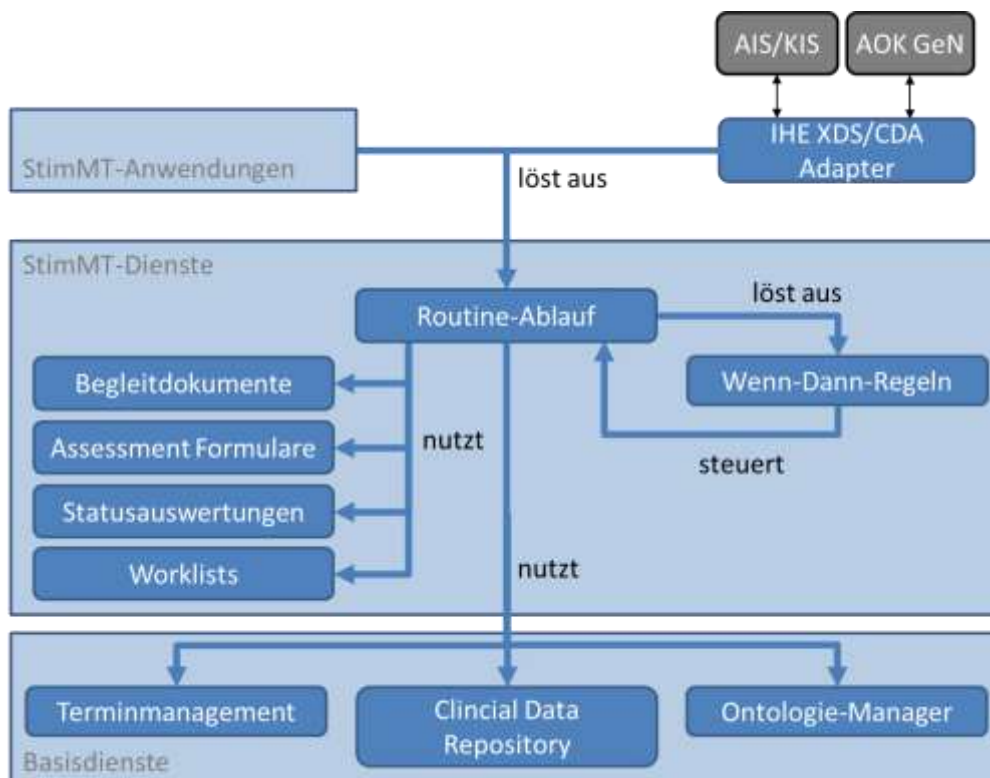
3.2.8 Routine-Abläufe

Über Routine-Abläufe können mittels Wenn-Dann-Regeln und Worklists aufgesetzte, einfache Ablaufsequenzen zusammen mit anderen StimMT-Diensten zu komplexen Arbeitsabläufen integriert werden. Routine-Abläufe eignen sich insbesondere zur Abwicklung sehr formalisierter, formularintensiver Abläufe wie z. B. Hilfsmittelbestellungen. Beding durch die zugrundeliegenden asynchronen Dienste ist auch die Umsetzung von Routine-Abläufen grundsätzlich asynchron, d. h. die einzelnen Ablaufschritte laufen nicht automatisch sequenziell ab, sondern werden immer durch Ereignisse oder Nutzerinterventionen angestoßen.

Routine-Abläufe können (fast) alle anderen StimMT-Dienste sowie grundlegende Basisdienste nutzen:

- Routine-Abläufe können Wenn-Dann-Regeln registrieren und/oder auslösen. Regeln wiederum können den Fluss eines Routine-Ablaufs steuern.
- Aus einem Routine-Ablauf können Aufgaben in Worklists eingestellt werden. Üblicherweise wird in diesem Fall eine zusätzliche Wenn-Dann-Regel registriert, die greift, wenn die Aufgabe abgearbeitet wurde und damit den definierten Routine-Ablauf wieder aktiviert.

- Aus Routine-Abläufen heraus können Assessment-Formulare aufgerufen werden. Die Ausführung des Ablaufs wird dabei solange unterbrochen, bis das Formular ausgefüllt und im Clinical Data Repository gespeichert wurde.
- Begleitdokumente und Statusauswertungen können aus einem Routine-Ablauf heraus erzeugt und über den Benachrichtigungsdienst versandt werden. Terminanfragen können aus einem Routine-Ablauf heraus in das Terminmanagement eingetragen werden.
- Daten aus dem Clinical Data Repository und aus Ontologien können aus einem Routine-Ablauf heraus zur Konfiguration bzw. Parametrisierung aufgerufener Dienste genutzt werden.



Routine-Abläufe können entweder aus StimMT-Anwendungen heraus, als eigenständiger Dienst über das StimMT-Portal oder über den XDS/CDA-Adapter vom Desktop des Arztes aus aufgerufen werden. Im letztgenannten Szenario erfolgt die Parametrisierung des Routine-Ablaufs über ein vom AIS/KIS bereitgestelltes Dokument.

3.3 StimMT-Anwendungen

Die StimMT-Dienste bilden den Baukasten aus denen die eigentlichen StimMT-Anwendungen an der Schnittstelle zum Nutzer entstehen. StimMT-Anwendungen werden aus den StimMT-Teilprojekten heraus definiert und können sowohl einzelne Nutzergruppen als auch Szenarien adressieren:

- Die Anwendung „Operatives Case Management“ unterstützt die agnes^{zwei}-Schwestern bei der Betreuung der zugewiesenen Patienten und bietet vielfältige Möglichkeiten der Interaktion mit anderen Akteuren.
- Die Anwendung „Spezialsprechstunde“ unterstützt Ärzte und andere Leistungserbringer bei der Planung, Vorbereitung und Durchführung von durch ASZ und/oder GVG angebotenen Spezialsprechstunden.
- Anwendungen zu den definierten Behandlungspfaden unterstützen die Kommunikation der einbezogenen Akteure entlang des Pfades und bieten vielfältige Möglichkeiten der Automatisierung von einzelnen Sequenzen innerhalb eines Pfades.

Die konkrete Ausgestaltung dieser Anwendungen muss im Rahmen der StimMT-Teilprojekte durch die betroffenen Akteure erfolgen. Hier besteht auch die Möglichkeit der Definition weiterer Anwendungen.

3.3.1 Operatives Case Management (agnes-Cockpit)

Anmerkung: Die konkrete Ausgestaltung dieser Anwendung muss in Abstimmung mit den Case Managern in den Teilprojekten erfolgen. Der nachfolgende Text stellt ein Beispiel für die Darstellung einer Anwendung auf der Ebene des Grobkonzepts dar. Zu jeder Anwendung ist zusätzlich ein Fachkonzept zu erstellen aus dem die konkrete Integration und Konfiguration der genutzten StimMT-Dienste ableitbar ist.

Während Ärzte die vorhandenen Möglichkeiten ihres AIS für die patientenübergreifende Planung nutzen, bietet die über das StimMT Webportal nutzbare Anwendung „Operatives Case Management“ den agnes^{zwei}-Schwestern hierzu verschiedene Sichten an:

- Über alle Patienten hinweg werden die im aktuellen Monat erbrachten und noch zu erbringenden Leistungen angezeigt. Eine agnes^{zwei}-Schwester kann so auf einen Blick sehen, für welche Patienten noch welche Leistungen zu erbringen sind, um die aus den geschlossenen Verträgen geschuldeten Leistungen zu erbringen. Auch können über spezifische Statusauswertungen (siehe Kapitel 3.2.5) Patienten identifiziert werden, zu denen über das vereinbarte Spektrum hinaus Leistungen erforderlich waren (hier kann z. B. ein Routine-Ablauf definiert werden, der eine entsprechende Aufstockung der bezahlten Leistungen bei der Kasse beantragt).
- Anhand berechneter Kennzahlen können Leistungen der agnes^{zwei}-Schwestern priorisiert werden. Hierüber kann z. B. die Reihenfolge von Aufträgen in der eigenen Worklist (siehe Kapitel 3.2.3) den realen Bedarfen angepasst werden oder ein Patient für eine Fallkonferenz vorgeschlagen werden.
- Alle laufenden Routine-Abläufe (siehe 3.2.8) werden mit ihrem Status angezeigt. Eine agnes^{zwei}-Schwester kann so verzögerte Abläufe erkennen, zu denen ggf. ein „manuelles“ Eingreifen erforderlich ist (z. B. wenn eine Hilfsmittelbestellung länger benötigt als normalerweise üblich).

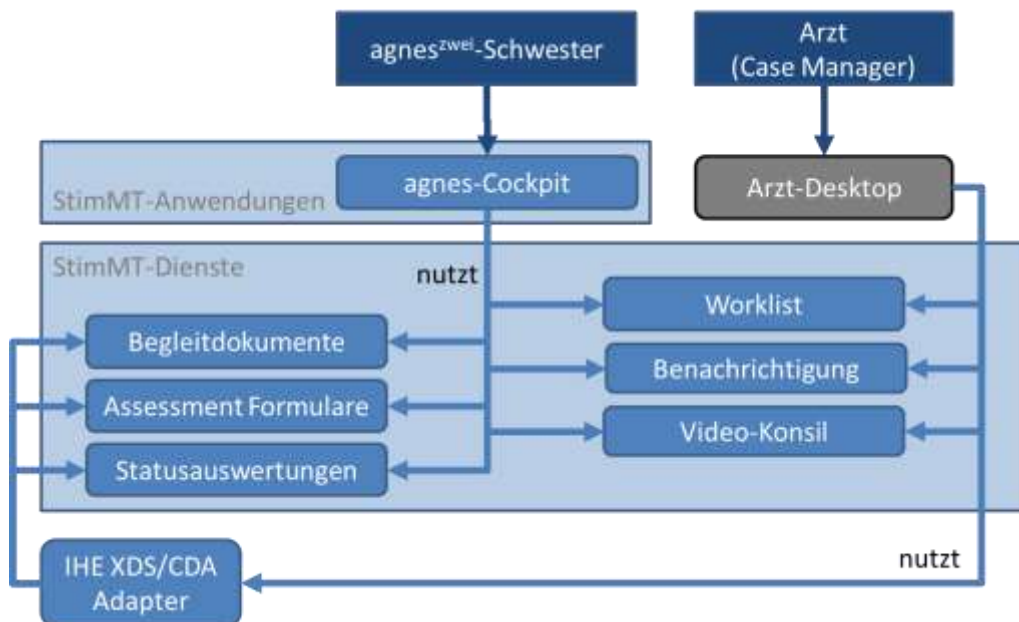
Im Rahmen des operativen Case Management wird regelmäßig der Status des betreuten Patienten erfasst. Hierzu bietet die Anwendung „operatives Case Management“ ein spezielles Assessment-Formular (siehe Kapitel 3.2.1), in dem neben medizinischen Parametern des Patienten auch dessen Mobilität, Lebensumstände, etc. erfasst werden. Alle Daten aus dem Statusbogen werden im Clinical Data Repository gespeichert. Das Ausfüllen von elektronischen Statusbögen wird vereinfacht, indem der Bogen aus Daten des Clinical Data Repository vorbefüllt werden kann.

Um Doppeldokumentation zu vermeiden kann die in StimMT angelegte Dokumentation über definierte Begleitdokumente (siehe Kapitel 3.2.4) in die für andere Programme erforderlichen Formate überführt und exportiert werden. Beispielsweise kann eine agnes^{zwei}-Schwester einen agnes-Statusbogen mit den im StimMT Clinical Data Repository verfügbaren Patienteneinformationen vorbefüllen, im von der Kasse geforderten Layout ausdrucken und die fehlenden Angaben handschriftlich ergänzen.

Die regelmäßige Statusauswertung (siehe Kapitel 3.2.5) zu einem Patienten bildet die Basis für die individuelle Versorgungsplanung. Ärzte und agnes^{zwei}-Schwestern nutzen hierzu die Anwendung „Operatives Case Management“, um

- Aufträge an andere Leistungserbringer in deren Worklist einzutragen (z. B. Anfrage nach Folgerezepten)
- Aufträge über die eigene Worklist entgegen zu nehmen
- Termine des Patienten zu koordinieren (z. B. um Wege zu optimieren und Doppeluntersuchungen zu vermeiden)
- Routine-Abläufe anzustoßen (z. B. Bestellvorgang für Heil- oder Hilfsmittel bei einem Sanitätshaus)
- Über den StimMT-Dienst „Video-Konsil“ und den Messenger-Dienst ad-hoc Absprachen mit anderen Akteuren zu treffen

Die nachfolgende Abbildung stellt im Überblick dar, wie die skizzierte Funktionalität der StimMT-Anwendung „Operatives Case Management (agnes Cockpit)“ über die modularen StimMT-Dienste erbracht wird. Zusätzlich eingezeichnet sind die Schnittstellen zu dem das Case Manager koordinierenden Arzt um aufzuzeigen, wie beide Rollen über die StimMT-Dienste koordiniert und auf einem abgestimmten Informationsstand agieren können.



Die StimMT-Anwendung „Operatives Case Management (agnes Cockpit)“ wird über ein Web-Portal realisiert. Die Nutzung der Anwendung ist nur für authentifizierte und autorisierte Nutzer möglich. Aus der Rolle des Nutzers innerhalb der Behandlung eines Patienten leitet sich ab, welche der StimMT-Dienste der Nutzer in welcher Form im aktuellen Nutzungskontext nutzen darf. Beispielsweise sind bestimmte Statusauswertungen nur für Ärzte als Fallkoordinatoren zulässig während wiederum einige Assessment-Formulare nur durch agnes^{zwei}-Schwestern abgerufen werden können.

3.3.2 Spezialsprechstunden

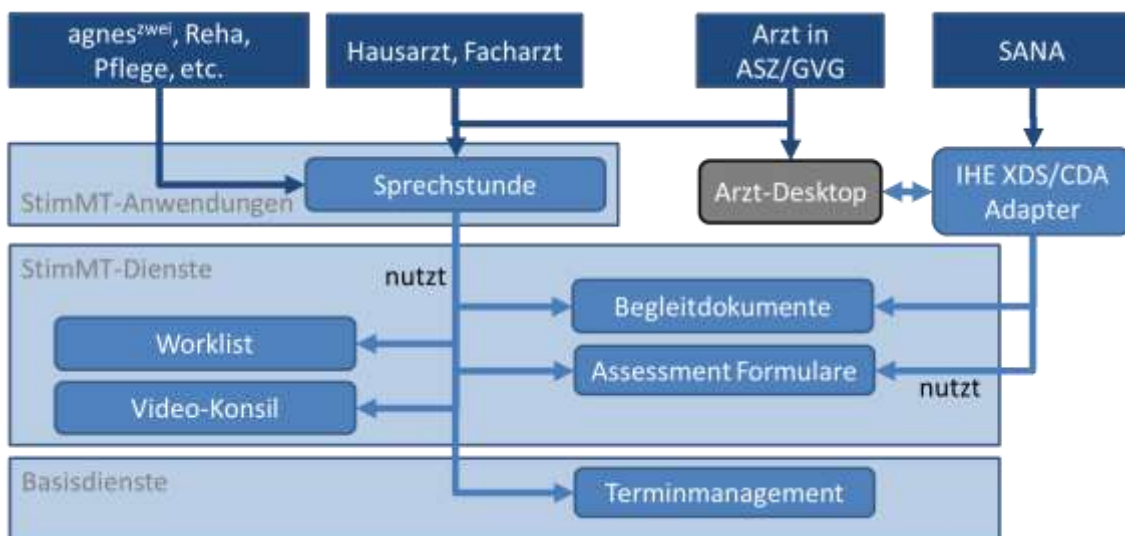
Anmerkung: Die konkrete Ausgestaltung dieser Anwendung muss in Abstimmung mit den Teilprojekten erfolgen. Nachfolgend wird lediglich ein Beispiel gegeben, wie die StimMT-Dienste zur Unterstützung von Spezialsprechstunden genutzt werden können.

ASZ und GVG bieten für Patienten der Region Spezialsprechstunden zu ausgewählten Diagnosen und Lebenslagen an. Im StimMT-Portal werden verschiedene StimMT-Dienste angeboten, um Planung, Vorbereitung und Durchführung von Spezialsprechstunden zu unterstützen:

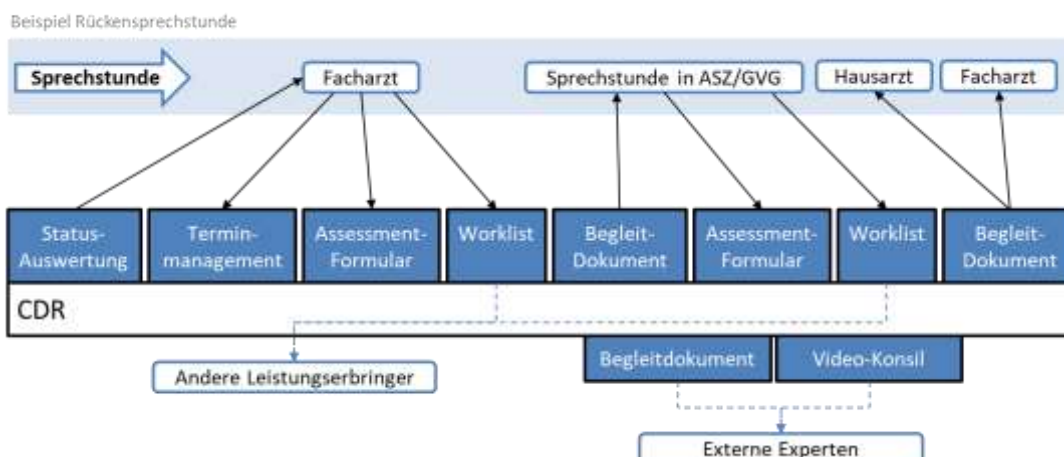
- Eine Status-Auswertung kann Hinweise auf Patienten geben, die ggf. an eine Spezialsprechstunde verwiesen werden können.
- Über Assessment-Formulare werden die für die Durchführung der Spezialsprechstunde wesentlichen Informationen zum Patienten erfasst. Die Übermittlung an den die Sprechstunde durchführenden Arzt erfolgt über ein Begleitdokument.
- Sofern im Vorfeld der Sprechstunde weitere Untersuchungen durchzuführen oder Daten zu erheben sind, kann dies über Einträge in die Worklists weiterer Leistungserbringer angestoßen werden.

- Das Terminmanagement erlaubt es einem Arzt, einen Patienten direkt in eine Spezialsprechstunde einzubuchen.
- Über ein Video-Konsil können Spezialsprechstunden auch durch externe Spezialisten durchgeführt bzw. unterstützt werden.
- Die Ergebnisse der Spezialsprechstunde können über Assessment-Formulare erfasst werden. Vereinbarte Folgemaßnahmen können über Worklist-Einträge initiiert und zugewiesen werden.

Über den IHE XDS/CDA Adapter kann der die Spezialsprechstunde durchführende Arzt Begleitdokumente direkt über sein AIS abrufen bzw. Assessment-Formulare aus seinem AIS heraus in die StimMT-Plattform einbringen.



Die nachfolgende Ablaufskizze zeigt ein Beispiel, wie die StimMT-Dienste entlang des Ablaufs einer Spezialsprechstunde orchestriert werden können.



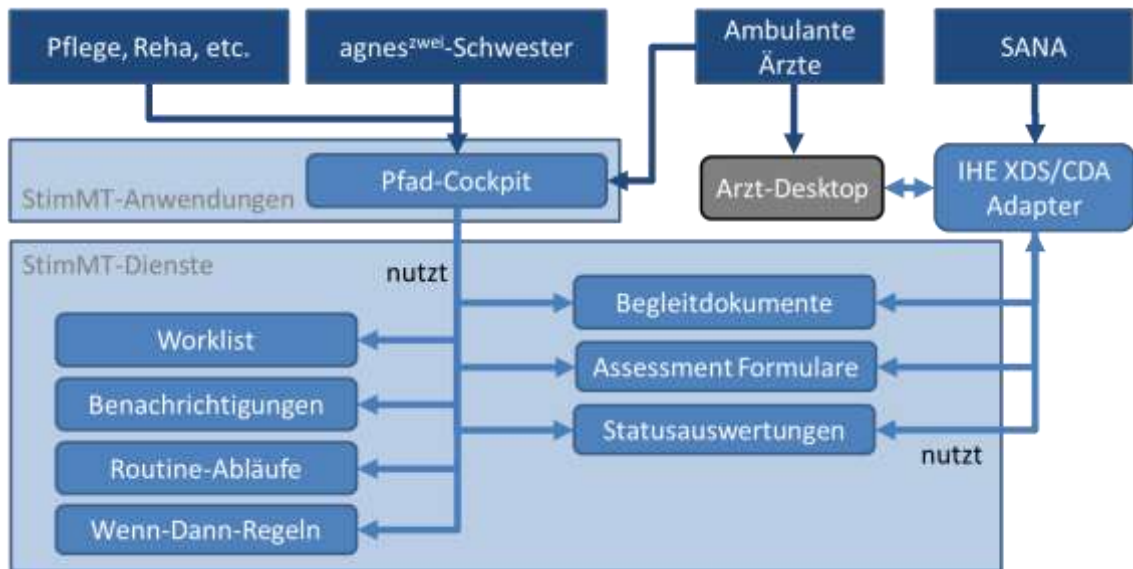
3.3.3 Pfade

Anmerkung: Die konkrete Ausgestaltung dieser Anwendungen (Zielstellung: eine Anwendung pro Indikationspfad) muss in Teilprojekt 4 erfolgen.

Im StimMT-Teilprojekt 4 werden verschiedene einrichtungs- und sektorübergreifende Behandlungspfade für ausgewählte Indikationen und Lebenslagen definiert. Für jeden Pfad wird im StimMT-Portal eine eigene StimMT-Anwendung umgesetzt, die über rollenspezifische Sichten die zur Unterstützung der Pfad-Abarbeitung definierten StimMT-Dienste orchestriert und integriert:

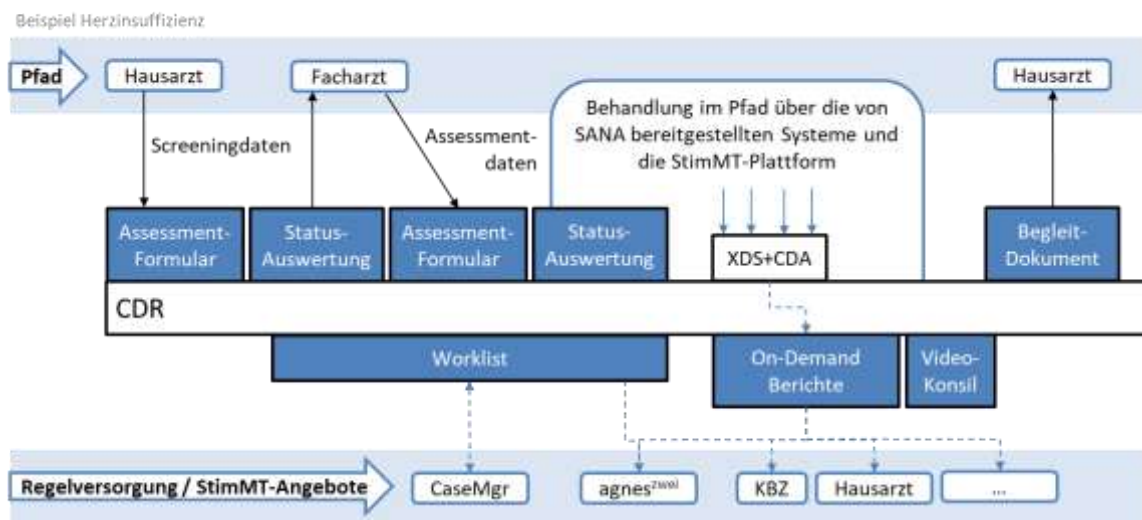
- Über Assessment-Formulare wird der Zustands des Patienten entlang des Behandlungsverlaufs erfasst
- Status-Auswertungen geben den behandelnden Ärzten und unterstützenden Leistungserbringern einen Überblick über den Status des Patienten und den Status der Pfadbearbeitung (z. B. offene Termine)
- Begleitdokumente vereinfachen die Übergabe des Patienten über Einrichtungs- und Sektorenschnittstellen hinweg und erhöhen die Patientensicherheit entlang des Pfades
- Routine-Abläufe unterstützen die administrative Abwicklung von Überweisungen sowie Heil- und Hilfsmittelbeantragungen
- Worklists dienen der Koordination der einzelnen Akteursrollen (Hausarzt, Orthopäde, Krankenhaus, agnes-Schwester, Apotheke, Physiotherapeut, Masseur, Sanitätshaus, etc.)
- Wenn-Dann-Regeln erlauben eine ergänzende Ablaufautomatisierung zur Unterstützung der Koordinationsaufgaben der verschiedenen Rollen
- Über Benachrichtigungen können die einbezogenen Akteure ad hoc Informationen austauschen und Termine abstimmen

Über den IHE XDS/CDA Adapter können Ärzte die dokumentenbasierten StimMT-Dienste (Begleitdokumente, Assessment-Formulare, Statusauswertungen) direkt aus ihrem KIS heraus nutzen. Die Anbindung des SANA-Krankenhauses Templin erfolgt ebenfalls über diesen Adapter, der über die mittels GeN sichtbare SANA-Patientenakte freigegebene Dokumente in StimMT einbringt bzw. einen Abruf von StimMT-Dokumenten über die SANA-Aktenschnittstelle im GeN erlaubt.



a

Die nachfolgende Abbildung stellt am Beispiel des Pfades „Herzinsuffizienz“ dar, wie die verschiedenen StimMT-Dienste zur Unterstützung eines Pfadablaufs orchestriert werden können.



3.4 Zusammenspiel mit AOK GeN und anderen XDS-Domains

GeN (wie auch die Patientenakten-Lösungen anderer Kassen) strebt eine tiefe Integration in die Primärsysteme der Leistungserbringer an; Ärzte sollen Dokumente aus ihrem AIS direkt in GeN einspielen und umgekehrt über ihr AIS Dokumente anderer Ärzte aus GeN abrufen können. Durch eine Anbindung von StimMT an GeN kann auch StimMT von den entsprechenden, in GeN geschaffenen Schnittstellen in AIS und KIS profitieren indem Ärzte über GeN aus ihrem AIS bzw. KIS heraus auch direkt Daten mit anderen an StimMT angebotenen Akteuren austauschen können.

Da GeN und die vorhandene XDS-Patientenakte der SANA Kliniken dokumentenbasiert aufgebaut sind, erfolgt die Anbindung von GeN und SANA über die dokumentenbasierten StimMT-Dienste:

- Assessment-Formular: Ärzte können Formulare über ihr AIS/KIS ausfüllen und in den ihnen zugeordneten GeN-Tenant einstellen. Sofern es sich um ein für StimMT definiertes bzw. relevantes Formular handelt, erfolgt eine Weiterleitung bzw. ein aktiver Abruf des ausgefüllten Formulars über den StimMT XDS/CDA-Adapter. Dieser extrahiert die eingegebenen Daten aus dem Formular und speichert diese als FHIR Objekte im StimMT Clinical Data Repository.
- Begleitdokumente und Status-Auswertungen: Für jedes definierte Begleitdokument und jede definierte Status-Auswertung wird ein eindeutiger Dokumententyp definiert. Über die IHE XDS-Schnittstelle der GeN Facade können Ärzte diese Dokumente unter Angabe des Dokumententyps und der Patienten-ID aus der StimMT-Plattform abrufen. Hierbei wird die XDS-Anfrage über einen durch die Facade angesteuerten, als Proxy für dynamische IHE XDS Dokumentendienste agierenden, Adapter in FHIR REST Aufrufe übersetzt, über die die benötigten Informationen aus dem Clinical Data Repository abgerufen werden. Der Adapter füllt anschließend diese Daten in ein zu dem Dokumententyp definiertes CDA-Template ein und liefert das so erzeugte CDA-Dokument an den Arzt zurück.

Die hier skizzierte Lösung erlaubt einen Datenaustausch mit IHE XDS-basierten Netzen im Allgemeinen und GeN im Speziellen. So können Ärzte über GeN Daten aus StimMT abrufen und umgekehrt von Ärzten in ihrem AIS angelegte Daten von StimMT aus GeN abgerufen werden. Hierzu werden entsprechende XCA/XDS Gateways genutzt, die im Fall des GeN über die GeN Facaden realisiert sind.

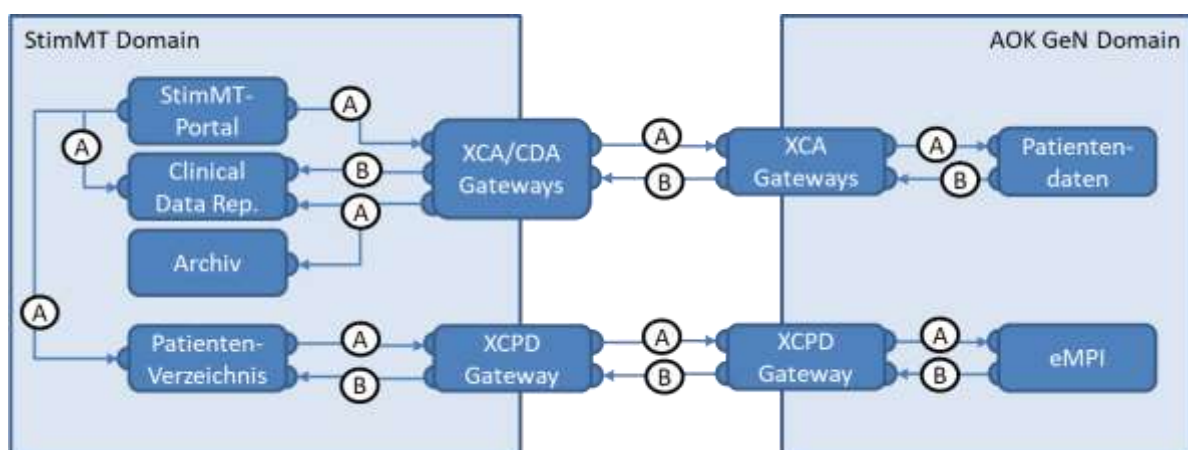


Abbildung 19: Anbindung einer IHE XDS Domain am Beispiel des AOK GeN

Über diese Gateways kann sowohl aus StimMT auf Daten in GeN zugegriffen werden (A) als auch aus GeN auf Daten in StimMT (B):

- Zum Datenabruf fragt das StimMT-Portal am Patientenverzeichnis die ID des Patienten ab, die zur Kommunikation mit den datenspeichernden Systemen zu verwenden ist. Während

die zum Zugriff auf das Clinical Data Repository zu nutzende ID im Patientenverzeichnis vermerkt ist, müssen die zum Abruf von Patientendaten aus GeN zu nutzenden IDs vom GeN Master-PIX im eID-Tenant abgerufen werden. Dies erfolgt für den Aufrufer unsichtbar über die in der GeN-Facade verankerte Ablaufsteuerung. Mit der ID kann über ein XCA/CDA-Gateway (GeN-Facade) auf die Patientendaten in GeN zugegriffen werden. GeN liefert immer Dokumente im CDA-Format zurück. Das XCA/CDA-Gateway speichert diese Dokumente zunächst im Dokumentenarchiv. Anschließend wird das Dokument über den StimMT-Dienst „Assessment Formular“ in granulare FHIR Ressourcen zerlegt und im Clinical Data Repository gespeichert. Das StimMT-Portal kann nun diese Daten zusammen mit den bereits zuvor vorhandenen Daten aus dem Clinical Data Repository abrufen.

- B. Will ein Arzt über GeN auf Daten eines Patienten in StimMT zugreifen, so muss die GeN-Facade zunächst über den Master Patient Index des StimMT-Tenant die in StimMT für den Patienten genutzte ID abfragen. Anschließend kann eine Anfrage nach einem bestimmten Dokument zu dem Patienten gestellt werden (z. B. Abruf der aktuellen Labordaten). Das StimMT XCA/CDA Gateway ruft (je nach Typ des angeforderten Dokumentes) über den StimMT-Dienst „Status-Auswertung“ oder „Begleitdokument“ die gewünschten Daten aus dem Clinical Data Repository ab und transformiert diese in ein CDA-Dokument, das an den aufrufenden Arzt zurückgegeben wird.

Die Prüfung und Durchsetzung der Zugriffsberechtigungen erfolgt innerhalb der Facaden anhand der im PAP von GeN registrierten Berechtigungsregeln.

3.5 Anbindung der Akteure

Grundsätzlich sieht die StimMT-Architektur vier Optionen zur Anbindung eines Akteurs an die StimMT-Anwendungen und StimMT-Dienste vor:

- Zugriff über das StimMT Web-Portal
- Zugriff über definierte REST-Schnittstellen der Dienste und Anwendungen
- Zugriff über einen GeN Tenant, der mittels des XDS/CDA-Adapters an StimMT gekoppelt ist (siehe auch Kapitel 3.4)
- Zugriff über den XDS/CDA-Adapter (d. h. Zugriff auf die GeN Facade ohne angebundene XDS-Domäne)

Zusätzlich können für einzelnen StimMT-Dienste weitere Schnittstellen des Herstellers verfügbar sein.

Die nachfolgende Tabelle stellt dar, welche der StimMT-Dienste über welche der genannten Schnittstellen angesprochen werden können:

	Web-Portal	REST-API	XDS-Domäne	XDS-Adapter	Weitere
Wenn-Dann-Regeln	Regeln können nur über StimMT-Anwendungen registriert werden. Ein Auslösen von Regeln erfolgt ausschließlich über das registrierte Ereignis.				

Benachrichtigung	Auslösen und Abrufen	Auslösen und Abrufen			App für Desktop und mobile Geräte
Worklist	Einstellen, Einsehen, Abrufen	Einstellen, Einsehen, Abrufen	Einstellen	Einstellen	
Routine-Ablauf	Auslösen, Einsehen	Auslösen			
Video-Konsil	Registrieren, Starten				App für Desktop und mobile Geräte
Begleitdokument	Anfordern, Einsehen, Versenden	Abrufen	Abrufen	Abrufen	
Assessment-Formular	Ausfüllen, Einsehen, Speichern, Löschen	Speichern, Abrufen	Speichern, Abrufen	Speichern, Abrufen	
Statusauswertung	Anfordern, Einsehen, Versenden	Abrufen	Abrufen	Abrufen	

In den nachfolgenden Abschnitten wird ausgeführt, welche dieser Anbindungsoptionen für welche Akteursgruppen im Rahmen des StimMT-Projekts umgesetzt werden sollen. Hieraus ergibt sich auf Basis der oben dargestellten Tabelle, welche der StimMT-Dienste von welchem Akteur auf welchem Wege nutzbar sind.

StimMT-Anwendungen sind innerhalb des StimMT-Portals realisiert. Die von der Anwendung genutzten Dienste sind jedoch im Kontext der Anwendung über die beschriebenen Schnittstellen nutzbar wodurch anwendungsspezifische Statusinformationen abgerufen und der Ablauf der Anwendung (partiell) gesteuert werden kann.

3.5.1 Anbindung des SANA-Krankenhauses

Das SANA-Krankenhaus Templin wird – wie in Kapitel 3.4 beschrieben - über eine IHE XDS-Domäne an StimMT angebinden, die über eine GeN Facade gekapselt ist. Die SANA XDS-Domäne ist damit Teil des Gesundheitsnetzwerks der AOK Nordost, und kann über die dort definierten standardisierten Schnittstellen angesprochen werden.

3.5.2 Anbindung von Haus- und Fachärzten

Niedergelassene Ärzte können StimMT-Dienste aus ihrem Primärsystem (AIS/PVS) heraus über eine XDS-Domäne oder direkt über den XDS-Adapter ansprechen. Voraussetzung hierfür ist

- Bei Anbindung über eine XDS-Domäne: Die Praxis nimmt an einer XDS-Domäne teil; in diesem Fall wäre dies ein anderer Tenant des GeN. Das Primärsystem kann Dokumente direkt in die XDS-Domäne einstellen und aus dieser abrufen. Die genutzte XDS-Domäne kann über XCA-Gateways (GeN Facade) mit anderen XDS-Domänen vernetzt werden. Die von StimMT definierten Dokumententypen können aus dem Primärsystem heraus erzeugt werden. Die von den StimMT-Dokumenten genutzten Codesysteme werden in der XDS-Domäne unterstützt.
- Bei Anbindung über den XDS/CDA-Adapter: Das Primärsystem kann (ggf. über einen eigenen Adapter) Dokumente im CDA-Format erzeugen, verarbeiten und über IHE-Transaktionen mit einer XDS-konformen Akte austauschen. Die von StimMT definierten Dokumententypen können aus dem Primärsystem heraus erzeugt werden. Die von den StimMT-Dokumenten genutzten Codesysteme werden durch das Primärsystem unterstützt.

Für die zweite Anbindungsoption kann z. B. der für das GeN-Projekt der AOK Nordost entwickelte gevko-Adapter genutzt werden. Die erste Option wird in StimMT zunächst nicht umgesetzt, da davon ausgegangen wird, dass alle Ärzte der Region Templin über den StimMT-Tenant an das GeN angebunden werden.

3.5.3 Anbindung der agnes-Schwestern

Der Zugriff der agnes-Schwestern auf StimMT-Anwendungen und –Dienste erfolgt vorrangig über das StimMT-Portal. Hierzu sollen die agnes-Schwestern mit Tablet-PCs ausgestattet werden, von denen aus sie über einen Web-Browser auf das StimMT-Portal zugreifen können.

Anmerkung: Anhängig von der Netzverfügbarkeit in der Region muss ggf. auf dem Tablet ein eigener Web-Dienst als Proxy für das Web-Portal installiert werden, über den bestimmte StimMT-Funktionalitäten auch offline genutzt werden können.

Zusätzlich ist es denkbar, neben dem Messenger und dem Video-Call auch ausgewählte StimMT-Dienste als native Apps für Tablets zu realisieren (z. B. Worklist-App für agnes-Schwestern). Zur Entwicklung dieser Apps können die verfügbaren REST-Schnittstellen der StimMT-Dienste genutzt werden.

3.5.4 Anbindung der ambulanten Pflegedienste

Für die Einbindung der Pflegedienste ist vorrangig ein Zugang zu den StimMT-Diensten Benachrichtigung, Worklist und Assessment-Formulare wesentlich. Diese Dienste können zu einer StimMT-Pflegedienst-Anwendung innerhalb des StimMT-Portals zusammengefasst werden, auf die über ein mobiles Gerät zugegriffen werden kann.

Anmerkung: Grundsätzlich ist es auch möglich, die benannten Anwendungen über REST-APIs in von den ambulanten Pflegediensten ggf. genutzte Pflegedienst-Software zu integrieren. Hierzu sollte eine Bestandsaufnahme der eingesetzten Systeme und deren Schnittstellen durchgeführt werden.

3.5.5 Anbindung von Apotheken

Die Anbindung der Apotheken erfolgt im Kontext des Komplexpfades „Medikation“. Im einfachsten Fall wird eine dedizierte Sicht auf die zugehörige Anwendung im StimMT-Portal bereitgestellt.

Anmerkung: Es ist abzuwarten, in wie weit auch Hersteller von Apotheken-Software die elektronische Umsetzung des Medikationsplans nach § 31a SGB V unterstützen werden. Sofern Hersteller Schnittstellen zum Import oder Export dieses Plans anbieten sollten, kann durch die Bereitstellung einer korrespondierenden REST-Schnittstelle zum StimMT-Dienst „Begleitdokument“ ein Austausch von Medikationsplänen zwischen allen StimMT-Akteuren realisiert werden.

3.5.6 Anbindung von Sanitätshäusern und Hilfsmittellieferanten

Sanitätshäuser und Hilfsmittellieferanten werden vorrangig über den StimMT-Dienst „Benachrichtigung“ in die Abläufe des Dienstes „Routine-Ablauf“ eingebunden. Sofern ein Sanitätshaus oder Hilfsmittellieferant ein Portal zur Auslösung von Bestellungen anbietet, kann der Benachrichtigungsdienst dieses Portal direkt ansprechen, so dass Ärzte über die StimMT-Anwendungen und -Dienste Hilfsmittelbestellungen anstoßen können.

3.6 Datenschutz und Informationssicherheit

3.6.1 Leitlinie

Das übergeordnete Prinzip aller StimMT-Versorgungsangebote und der diese unterstützenden StimMT-Plattform ist „Aus der Region – Für die Region“: Die StimMT-Plattform ist an den Erforderlichkeiten der medizinischen Versorgung in der Region Templin ausgerichtet und setzt diese mit Blick auf die regionalen Strukturen zweckmäßig um. Die Verantwortlichen sind in der Region verankert und haben die Kompetenzen und Freiräume, um über die Plattform eine effiziente regionale Versorgung zu organisieren, die den Bürgern bestmögliche Leistungen zukommen lässt.

Der Kreis der Ärzte und anderen Leistungserbringer, die überhaupt technisch Zugang zu der StimMT-Plattform haben, ist auf die regionalen Akteure beschränkt. Eine Ausweitung des Zugangs auf Externe ist nur temporär und punktuell möglich, z. B. wenn externe Experten im Rahmen von Konsilen oder Fallkonferenzen einbezogen werden sollen. In diesem Fall erfolgt deren Einbindung ausschließlich über die definierten Mechanismen des GeN, um so ein einheitliches Sicherheitsniveau auf Basis der tetant-übergreifenden Berechtigungssteuerung des GeN herzustellen.

Über die StimMT-Plattform werden ausschließlich strukturierte Daten- und Kontrollflüsse realisiert, die sich aus den Kommunikationserfordernissen konkreter Versorgungsangebote motivieren. Die Plattform stellt damit keine Drehscheibe für beliebige und ad hoc opportune Datenflüsse dar, sondern unterstützt strukturierte regionale Versorgungslösungen durch Dienste für eine effiziente Kooperation, aus denen Mehrwerte und Prozessvereinfachungen sowohl für Bürger als auch für Ärzte und andere Leistungserbringer resultieren. Versicherte sparen so zum Beispiel Wartezeiten und Wege, da sich Versorgungsangebote vor Ort nahtlos in die Behandlungsabläufe einpassen lassen.

In StimMT erhobene Daten werden mit Ontologien, medizinischen Katalogen sowie auf Evidenz basierenden Wissensdatenbanken verknüpft, um eine dem neuesten Stand der Medizin genügende und Expertenwissen einbeziehende Versorgung in der Region sicherzustellen. Die genutzten Technologien bieten Ärzten und anderen Leistungserbringern Entscheidungsunterstützungen und weisen auf ggf. zu erwägende ergänzende oder alternative Verfahren in der Diagnostik und Therapie hin.

Die Gesamtlösung ist auf ein nachhaltiges regionales Versorgungsmanagement ausgerichtet. Die regionalen Akteure sollen perspektivisch auf Basis der in StimMT erhobenen Daten das Angebot und die Umsetzung von regionalen Versorgungsleistungen kontinuierlich an Bedarfen und Nachfrage ausrichten können. Die hierzu erforderliche Datenauswertung erfolgt ausschließlich anonymisiert.

Die StimMT-Plattform hat den alleinigen Zweck, einen Dienstleisters zu befähigen, fachliche Versorgungsangebote für die Region zu definieren und mit Hilfe von korrespondierenden IT-Anwendungen zweckmäßig aufzusetzen, durchzuführen und abzurechnen. Dieser Dienstleister bietet Bürgern vorkonfektionierte Versorgungsangebote an und setzt diese mit Hilfe der StimMT-Plattform und unter Nutzung von durch teilnehmende Ärzte bereitgestellten Daten um. Die teilnehmenden Bürger entbinden hierzu die für die Umsetzung der gebuchten Versorgungsangebote erforderlichen Ärzte und anderen Leistungserbringer für die zur Wahrnehmung des Versorgungsangebots erforderlichen Datenkategorien von der Schweigepflicht gegenüber dem Dienstleister. Dieser leitet empfangene Dokumente jedoch nie direkt an andere Ärzte und Leistungserbringer weiter, sondern stellt diesen aus den verfügbaren Daten auf die jeweiligen Informationserfordernisse zugeschnittene Informationspakete bereit.

Hiermit gibt keine direkte Beziehung zwischen datenerzeugenden und datennutzenden Stellen, sondern immer nur Beziehungen zu dem Dienstleister. Alle Verträge laufen über den Dienstleister, der als verantwortliche Stelle (data controller) für die Umsetzung der Vorgaben der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) verantwortlich ist.

3.6.2 Identifizierung und Authentifizierung

3.6.2.1 Bürger

Bürger des Mittelbereichs Templin, die an StimMT teilnehmen, werden im StimMT-Teilnehmerverzeichnis registriert. Als eindeutige Patienten-ID wird der lebenslang eindeutige Teil der Krankenversicherungsnummer verwendet. Die Registrierung eines Bürgers zur StimMT-Teilnahme kann zunächst auf zwei Wegen erfolgen:

- Der Bürger unterschreibt im KBZ die Einverständniserklärung zur Teilnahme an StimMT. Er legt einem Mitarbeiter des KBZ seine Gesundheitskarte vor. Der Mitarbeiter registriert den Bürger über das StimMT-Portal als StimMT-Teilnehmer.
- Der Bürger unterschreibt bei einem der teilnehmenden Ärzte die Einverständniserklärung zur Teilnahme an StimMT. Über einen Adapter am AIS (analoges Verfahren wie in der GeN-

Plattform) werden die erforderlichen Daten des Bürgers aus dem AIS an das StimMT-Portal übergeben.

Sofern eine der am StimMT-Projekt teilnehmenden Krankenkassen die PINs zur Freischaltung der privaten Schlüssel der Gesundheitskarte an die Versicherten in der Region versenden sollte, ist perspektivisch auch eine Selbstregistrierung von Bürgern an einem Web-Portal denkbar.

Aktuell ist kein Zugriff von Bürgern auf die StimMT-IT-Plattform vorgesehen. Daher sind auch eine Verfahren für eine Authentifizierung von Bürgern erforderlich. Bürger mit einem Account für das GeN „Portal für Gesundheit“ können jedoch über dieses auch auf ausgewählte Begleitdokumente zugreifen, die dynamisch aus dem StimMT Clinical Data Repository erzeugt werden können. Die sichere Identifizierung und Authentifizierung des Bürgers erfolgt in diesem Fall über die eID-Dienste von GeN.

3.6.2.2 Ärzte und Leistungserbringer

Alle an StimMT teilnehmenden Arztpraxen und anderen Leistungserbringerorganisationen werden im GeN-Anbieterverzeichnis registriert. Anlage und Pflege der Daten zu diesen Akteuren im Anbieterverzeichnisses erfolgen durch das KBZ.

Als eindeutige ID für Arztpraxen wird die Betriebsstätten-Nummer (BSNR) verwendet. Für andere Leistungserbringereinrichtungen werden StimMT-spezifische IDs vergeben, sofern die Stammdaten der Einrichtung nicht aus einem externen Verzeichnis übernommen werden können, in dem bereits eine eindeutige ID gepflegt wird.

Die Authentifizierung von Ärzten und Leistungserbringern erfolgt zweistufig:

1. Ärzte melden sich mit ihren bestehenden Accounts an ihren lokalen IT-Systemen (AIS bzw. KIS) an. Leistungserbringer melden sich am StimMT-Portal an.
2. Nachweise dieser initialen Authentifizierung werden zusammen mit einem Besitznachweis (proof-of-possession) an den Identity Provider des GeN übermittelt. Dieser stellt für den Nutzer einen für ein Single Sign-On nutzbaren Authentizitätsnachweis in Form eines Sicherheitstokens (security token) aus. Der Identity Provider kann auf das Anbieterverzeichnis des GeN zugreifen, um das Sicherheitstoken um weitere Attribute des Nutzers zu ergänzen.

Über Mechanismen der zugrundeliegenden Standards (hier: SAML und WS Trust) können für StimMT-Teilnehmer ausgestellt Authentisierungsnachweise mit einem Merkmal versehen werden, das die Gültigkeit dieser Nachweise auf die Nutzung bestimmter StimMT-Anwendungen beschränkt. Umgekehrt kann so sichergestellt werden, dass nur über StimMT registrierte Nutzer Zugang zu den aus dem StimMT-Projekt finanzierten Anwendungen erhalten.

3.6.3 Berechtigungsmanagement

Das Kernelement des Datenschutzes in StimMT ist das Prinzip der „Erforderlichkeit und Zweckmäßigkeit“, wobei sich die Erforderlichkeit aus den regionalen Anforderungen und die

Zweckmäßigkeit aus den regionalen Gegebenheiten ableitet. Erforderlichkeit und Zweckmäßigkeit werden auf der Ebene der Versorgungsangebote definiert und von diesen ausgehend „nach unten“ in die StimMT-Plattform vererbt:

- jede StimMT-Anwendung muss für die Realisierung eines Versorgungsangebots erforderlich und zweckmäßig sein
- jeder in dieser StimMT-Anwendung eingesetzten StimMT-Dienste muss für die patientenfreundliche, wirtschaftliche und/oder sichere Umsetzung dieser Anwendung erforderlich und zweckmäßig sein
- jeder in diesem StimMT-Dienst (oder der übergeordneten StimMT-Anwendung) eingesetzte Basisdienst muss für die patientenfreundliche, wirtschaftliche und/oder sichere Umsetzung dieses StimMT-Dienstes (bzw. der StimMT-Anwendung) erforderlich und zweckmäßig sein.

Erforderlichkeit und Zweckmäßigkeit werden in Bezug auf die Erhebung von Daten und den Zugang zu Daten durch ein Berechtigungskonzept abgesichert. Dieses stellt sicher, dass Nutzer der StimMT-Plattform nur die Datenverarbeitungen durchführen können, die für die Durchführung der jeweiligen Aufgaben erforderlich und angemessen sind. Technisch wird dieses dadurch umgesetzt, dass jede StimMT-Anwendung als eigenes Anwendungsszenario des GeN definiert ist und entsprechend festschreibt, welche Akteursrollen zu welchem Zweck welche Arten von Dokumenten austauschen können.

3.6.3.1 Basis der Berechtigungsvergabe: RBAC über Versorgungsangeboten

Grundlage der Berechtigungsvergabe sind Versorgungsangebote, in die sich ein Patient einschreiben kann. Jedes Versorgungsangebot ist als Anwendungsszenario des GeN definiert und besitzt damit

- definierte Einschlusskriterien, die festlegen welche Patienten an diesem Versorgungsangebot medizinisch sinnvoll und für die Behandlung hilfreich teilnehmen können,
- ein definiertes Ziel, aus dem sich die enge Zweckbindung ableitet und anhand dessen die Lebensdauer des Versorgungsangebots und damit der Zweckbindung bemessen werden kann,
- definierte Teilnehmerrollen (z. B. „Hausarzt“), die patientenindividuell belegt werden können,
- eine Aufstellung der zur Realisierung des Versorgungsangebots erforderlichen – und entsprechend erhobenen und verarbeiteten – Dokumentenarten,

Mit der Einschreibung in ein Versorgungsangebot legt der Patient die Belegung der Rollen fest und stimmt zu,

- dass die als Datenerhebend deklarierten Leistungserbringer von ihrer Schweigepflicht in der Form entbunden sind, als dass sie Daten benannter Datenkategorien zur weiteren Verarbeitung durch die Versorgungs-Management-Gesellschaft und zu den mit dem Versorgungsangebot verbundenen Zwecken in die Plattform einstellen dürfen,
- dass den als Datenverarbeitend deklarierten Leistungserbringern das Recht zur Verarbeitung der benannten Datenkategorien eingeräumt wird,

- dass im Rahmen anderer Versorgungsangebote, in die der Patient eingeschrieben ist, erhobene Daten der benannten Kategorien auch für dieses Versorgungsangebot analog zu den im Versorgungsangebot selbst erhobenen Daten verarbeitet werden können,
- dass die erhobenen Daten im Clinical Data Repository gespeichert werden und darüber auch für andere Versorgungsangebote genutzt werden können, in die der Patient bereits eingeschrieben ist,
- die Information über die Einschreibung in das Versorgungsangebot an seine Krankenkasse und das KBZ weitergegeben wird (je nach Finanzierungsmodell),
- für eine Versorgungskontinuität relevante Daten mit Beendigung des Versorgungsangebots im CDR nicht gelöscht, sondern nur gesperrt werden, so dass sie für zukünftige Versorgungsangebote, in die sich der Patient einschreibt, wieder genutzt werden können (wenn im Ablauf von 6 Monaten keine solche Einschreibung erfolgt, werden die Daten im CDR gelöscht),
- die im CDR gespeicherten Daten in pseudonymisierter oder anonymisierter Form für Auswertungen zum Zweck der kontinuierlichen Verbesserung der Versorgungsstrukturen und –prozesse genutzt werden dürfen,
- technische Dienstleister, insbesondere die Betreibergesellschaft, die Datenverarbeitung in Form einer ADV und unter voller Beibehaltung der Betroffenenrechte unterstützen.

Beispiele für Versorgungsangebote sind:

- Flexible ärztliche Versorgung: Der Patient erhält durch ein abgestimmtes Zusammenspiel von Ärzten und anderen Leistungserbringern schneller Termine und bekommt besser aufeinander abgestimmte Leistungen.
- Pfadgesteuerte Versorgung: Für in der Vorerhebung als relevant identifizierte Erkrankungen bzw. oftmals zusammen auftretende Gruppen von Diagnosen werden strukturierte Versorgungspfade definiert. Der patientenindividuelle Ablauf des Pfades wird durch ein Case Management gesteuert und begleitet.
- Hausärztliches Case Management: In komplexen Versorgungssituationen kann der Hausarzt des Patienten ein Case Management initiieren, in dessen Umsetzung auch vor Ort tätige operative Case Manager und Pflegedienste eingebunden werden können.
- Patientensicherheit in der Notfallversorgung: Bei der Vorstellung des Patienten in der Notaufnahme der Klinik oder der GVG-Bereitschaftspraxis können notfallrelevante Informationen zum Patienten als aus dem Clinical Data Repository generiertes Status-Dokument abgerufen werden. Dieses Dokument enthält z. B. Informationen zur aktuellen Medikation sowie zu bestehenden Erkrankungen und laufenden Akutbehandlungen.
- Medikationsmanagement: Für den Patienten wird ein elektronischer Medikationsplan gepflegt. Dieser basiert auf dem Medikationsplan nach § 31a SGB V und umfasst Prozesse zur regelmäßigen Überprüfung und Optimierung der Medikation sowie Unterstützungsleistungen zur ordnungsgerechten Medikamenteneinnahme.

Eine Ausarbeitung dieser – aus dem Projektantrag abgeleiteten – und weiterer Versorgungsangebote erfolgt im Rahmen des StimMT-Projekts in den Teilprojekten 1 bis 4.

3.6.3.2 *Attributbasiertes Berechtigungsmanagement (ABAC)*

Die technische Umsetzung der über ein Versorgungsangebot vergebenen Berechtigungen erfolgt nach dem ABAC-Prinzip. Hierbei können Berechtigungen über auf Attributwerten definierten Hierarchien propagiert werden, wodurch die Granularität einer Berechtigungsdefinition an die Erfordernisse eines Szenarios angepasst werden kann.

Beispiele:

- Das Recht Befundberichte einzusehen beinhaltet die Berechtigung ein als „radiologischer Befund“ gekennzeichnetes Dokument einzusehen, da für das Attribut „Dokumenttyp“ der radiologische Befund als eine Ausprägung eines Befunds definiert ist.
- Das Recht „Biometrische Daten“ des Patienten anzulegen beinhaltet das Recht Größe und Gewicht des Patienten in den CDR einzutragen, da Größe und Gewicht der Datenkategorie „Biometrische Daten“ zugeordnet sind.
- Der Attributwert „Hausarzt“ impliziert den Attributwert „behandelnder Arzt“ für das patientenindividuell an Ärzte gebundene Attribut „Arztrolle“.

Berechtigungen werden über an Akteure (Personen und Organisationen), Dokumente und Daten⁶ gebundene Attribute definiert. Die wichtigsten dieser Attribute sind die Rolle des Zugreifenden im Verhältnis zum Patienten, der Typ eines Dokuments und die Datenkategorie eines Einzeldatums.

Beispiele:

- Flexible ärztliche Versorgung: Der vom Patienten benannte Hausarzt darf alle Daten des Patienten einsehen und neue Daten beliebiger Datenkategorien in der StimMT-Plattform anlegen. Ärzte der GVG dürfen im zeitlichen Kontext eines vereinbarten Termins (was zu der zeitlich befristeten Belegung des Attributs „Arztrolle“ mit dem Wert „behandelnder Arzt“ führt) den Medikationsplan sowie alle Befundberichte und Therapiepläne des Patienten sowie Daten der Kategorien „Indikationen“ und „Labordaten“ anlegen und einsehen.
- Medikationsmanagement: Die Ärzte der GVG sowie weitere vom Patienten benannte Ärzte und ggf. dem Patienten zugeordnete Case Manager (medizinisch und operativ) dürfen den Medikationsplan des Patienten sowie Daten der Kategorien „Indikationen“, „Medikation“ und „Unverträglichkeiten“ lesen, aktualisieren und erstellen.
- Pfadgesteuerte Versorgung „Diabetes“: Der medizinische Case Manager, der vom Patienten benannte Diabetologe und der operative Case Manager dürfen das Diabetestagebuch, den Diabetes-Therapieplan und den Ernährungsplan des Patienten anlegen, einsehen und aktualisieren. Zusätzlich dürfen sie Daten der Kategorien „Medikation“, „Biometrische Daten“, „Vitaldaten“ und „Labordaten“ anlegen und einsehen. Der vom Patienten benannte Ernährungsberater darf lediglich den Ernährungsplan anlegen, einsehen und aktualisieren sowie Daten der Kategorien „Biometrische Daten“ und „Vitaldaten“ einsehen.

⁶ Dokumente umfassen im DMS gespeicherte sowie über die Dienste Formular-Manager und Report-Generator dynamisch erzeugte Dokumente. Daten umfassen alle im Clinical Data Repository gespeicherte granularen Informationen (z. B. Diagnosen und Laborwerte).

- Pfadgesteuerte Versorgung „Rücken“: Der Hausarzt, der vom Patienten benannte Orthopäde und weitere in die Diagnose und Behandlung einzubeziehende Ärzte und Leistungserbringer dürfen im Kontext des Pfades stehende Befundberichte und Bilddaten anlegen und einsehen. Radiologen dürfen Bilddaten und Befundberichte anlegen.

Dokumente und Daten verbleiben per default solange in der StimMT-Plattform wie es mindestens eine auf diesen Daten aktive Zugriffsberechtigung gibt. Daher sind Anwendungen wie die „Flexible Ärztliche Versorgung“ von besonderer Relevanz für die Herstellung einer Versorgungskontinuität (Continuity of Care), da sie auch für viele eher punktuell und temporär wirkende Versorgungsangebote relevante Daten im StimMT CDR verfügbar halten und somit eine Kontinuität über diese punktuellen Angebote hinweg herstellen.

Das Berechtigungsmanagement von StimMT erlaubt damit deutlich komplexere Berechtigungsregeln als die aktuell umgesetzten Anwendungsszenarien der GeN Plattform. Dieses stellt jedoch technisch kein Problem dar, da

- Im GeN die Ableitung von Berechtigungsregeln aus vom Patienten abgegebenen Einwilligungen über Schablonen (templates) erfolgt. StimMT muss hier nicht zwingend die Standard-Schablonen des GeN verwenden, sondern kann seine Anwendungsszenarien an eigene, entsprechend komplexere Schablonen binden.
- GeN auf dem Prinzip des Policy-Push basiert, d. h. die für einen Datenzugriff auszuwertenden und durchzusetzenden Berechtigungsregeln (policies) als Teil der Anfragenachricht vom Anfragenden mit übermittelt werden müssen. Dieser wiederum bezieht diese Regeln über einen definierten, abgesicherten Ablauf von einem zentralen Sicherheitstoken-Dienst (security token service) im eID-Tenant des GeN, der die Zugriffsinformationen aus dem PAP abfragt und ggf. mit weiteren, anwendungsspezifischen Regelwerken anreichern kann.

Durch diese Leistungsmerkmale der Berechtigungssteuerung des GeN ist es z. B. möglich, in StimMT auch kontextbezogene Berechtigungen zu definieren; z. B. um einem Arzt Zugang zu ausgewählten Daten des Patienten zu gewähren, wenn seitens des Patienten ein Termin bei diesem Arzt vereinbart wurde.

3.6.4 Legitimation und Absicherung der funktionalen Bausteine

Wie in Kapitel 3.6.3 geschrieben, werden Erforderlichkeit und Zweckmäßigkeit auf der Ebene der Versorgungsangebote definiert und von diesen ausgehend „nach unten“ in die StimMT-Plattform vererbt. Die nachfolgende Tabelle stellt dar, wie Dienst unterer Schichten durch Dienste höherer Schichten gekapselt werden, so dass keine Situation entsteht, in der ein Dienst aus sich alleine heraus motiviert ist.

StimMT-Anwendungen	
StimMT-Anwendungen	StimMT-Anwendungen setzen die StimMT-Versorgungsszenarien unmittelbar um. Für jede Anwendung werden Regeln in Form von GeN-Anwendungsszenarien definiert, die reglementieren, welche Rolle und/oder welcher Akteur auf welche Kategorien von Daten bzw. Typen

	<p>von Dokumenten zugreifen darf. Im Regelwerk nicht benannte Akteure bzw. Rollen haben keinen Zugang zu der Anwendung. Im Regelwerk nicht benannte Dokumenttypen und Datenkategorien dürfen im Kontext der Anwendung nicht erhoben oder verarbeitet werden.</p>
<p>StimMT-Dienste</p>	
Wenn-Dann-Regeln	<p>Wenn-Dann-Regeln sind ausschließlich innerhalb von StimMT-Anwendungen definiert und werden beim Aufschalten der Anwendung durch einen Systemadministrator am Clinical Data Repository registriert. Wenn-Dann-Regeln werden ausschließlich durch definierte Zustandsänderungen im Clinical Data Repository oder zeitgesteuert ausgelöst. Wenn-Dann-Regeln können ausschließlich Aktionen auslösen, die die an der Anwendung beteiligten Akteure betreffen.</p>
Benachrichtigungen	<p>Benachrichtigungen können entweder durch Anwendungen oder durch Leistungserbringer ausgelöst werden. Sender und Empfänger von Nachrichten sind immer entweder StimMT-Dienste oder Leistungserbringer. Bei der Auslösung von Benachrichtigungen durch Anwendungen werden Sender und Empfänger durch die Ablaufsteuerung der Anwendung fest vorgegeben. Leistungserbringer können prinzipiell über das StimMT-Portal oder andere Wege Benachrichtigungen an beliebige andere Leistungserbringer senden. Das Anhängen medizinischer Patientendaten an Benachrichtigungen unterliegt fest vorgegebenen Berechtigungsregeln, die für verschiedene Datenkategorien und Dokumententypen unterschiedliche Empfänger zulassen.</p>
Worklists	<p>Worklists können entweder durch Anwendungen oder durch Leistungserbringer befüllt bzw. ausgelesen werden. Auftraggeber und Auftragnehmer von in eine Worklist eingestellten Aufträgen sind immer entweder StimMT-Dienste oder Leistungserbringer. Beim Einstellen von Aufträgen durch Anwendungen ist der Auftragnehmer zumindest über seine Rolle oder andere Attribute durch die Ablaufsteuerung der Anwendung fest vorgegeben. Leistungserbringer können nur entlang von definierten Regeln über das StimMT-Portal oder andere Wege Aufträge für andere Leistungserbringer in deren Worklist einstellen. Auch das Anhängen medizinischer Patientendaten an Aufträge unterliegt fest vorgegebenen Berechtigungsregeln, die eine Übermittlung von bestimmten Datenkategorien und Dokumententypen nur an vorgegebene Akteure oder Rollen zulassen.</p>
Routineabläufe	<p>Routineabläufe können entweder durch Anwendungen oder durch Leistungserbringer ausgelöst werden. Zugriffe auf medizinische Daten innerhalb der Routineabläufe unterliegen der Berechtigungsregeln der Anwendung bzw. werden durch die Rolle und weitere Attribute des auslösenden Leistungserbringers reglementiert.</p>
Video-Konsil	<p>Der Zugang zum Video-Konsil-Dienste ist technisch auf die an StimMT teilnehmenden Leistungserbringer und Fachabteilungen der SANA Kliniken (Templin und Lichtenberg) beschränkt. Weitergehende Nutzungseinschränkungen bestehen nicht.</p>

Video-Chat	Der Zugang zum Video-Chat-Dienste ist technisch auf die an StimMT teilnehmenden Leistungserbringer beschränkt. Im Rahmen des Projekts werden zunächst nur Video-Chats zugelassen, die von einer agnes-Schwester initiiert werden.
Begleitdokumente	Begleitdokumente werden ausschließlich im Kontext von StimMT-Anwendungen ausgetauscht und unterliegen vollständig deren Berechtigungsregeln.
Assessment-Formulare	Assessment-Formulare werden ausschließlich im Kontext von StimMT-Anwendungen ausfüllt und unterliegen vollständig deren Berechtigungsregeln.
Status-Dokumente	Status-Dokumente werden ausschließlich im Kontext von StimMT-Anwendungen erzeugt und unterliegen vollständig deren Berechtigungsregeln.
Basisdienste	
Clinical Data Repository	Zugriffe auf das Clinical Data Repository sind ausschließlich durch definierte StimMT-Dienste und Basisdienste möglich und unterliegen vollständig deren Berechtigungsregeln.
Terminmanagement	Alle Leistungserbringer können im Terminmanagement gemäß einer zu definierenden Governance Termine anlegen. Die Einsichtnahme in für Patienten vereinbarte Termine ist nur für die unmittelbar Betroffenen sowie über definierte StimMT-Dienste und –Anwendungen zulässig.
Ereignissteuerung	Regeln zur Ereignissteuerung werden ausschließlich über StimMT-Dienste und –Anwendungen registriert. Die durch Ereignisse ausgelösten Datenübermittlungen unterliegen den Berechtigungsregeln des Dienstes bzw. der Anwendung, die die Regel registriert hat.
Ontologiemanager	Der Ontologiemanager speichert keine personenbezogenen Daten. Um die Integrität der gespeicherten Daten zu sichern, ist der Schreibzugang streng reglementiert und nur für definierte Ontologie- und Wissens-Editoren zugelassen.
Formularmanager	Zugriffe auf den Formular-Manager sind ausschließlich durch definierte StimMT-Dienste und Basisdienste möglich und unterliegen vollständig deren Berechtigungsregeln.
Sicherheitsdienste	Die StimMT-Sicherheitsdienste sind von den Anwendungsdiensten entkoppelt. Zugriffe folgen streng definierten und überwachten Ablaufmustern und Zugriffsregeln.
Verzeichnisdienste	Zu jedem Verzeichnisdienst ist eine „source of truth“ definiert, aus der heraus der Verzeichnisdienst automatisch befüllt und gepflegt wird. Ein Zugriff auf Verzeichnisdienste ist ausschließlich über definierte Basisdienste und StimMT-Dienste möglich und unterliegt deren Berechtigungsregeln.
Messenger	Der Messenger ist eine Instanziierung des Benachrichtigungsdienstes und unterliegt vollständig dessen Berechtigungsregeln.
Report-Generator	Zugriffe auf den Report-Generator sind ausschließlich durch definierte StimMT-Dienste und Basisdienste möglich und unterliegen vollständig deren Berechtigungsregeln.
Video-Call	Der Video-Call bildet die technische Basis für das Video-Konsil und den Video-Chat. Ein Zugriff ist nur über diese StimMT-Dienste möglich.

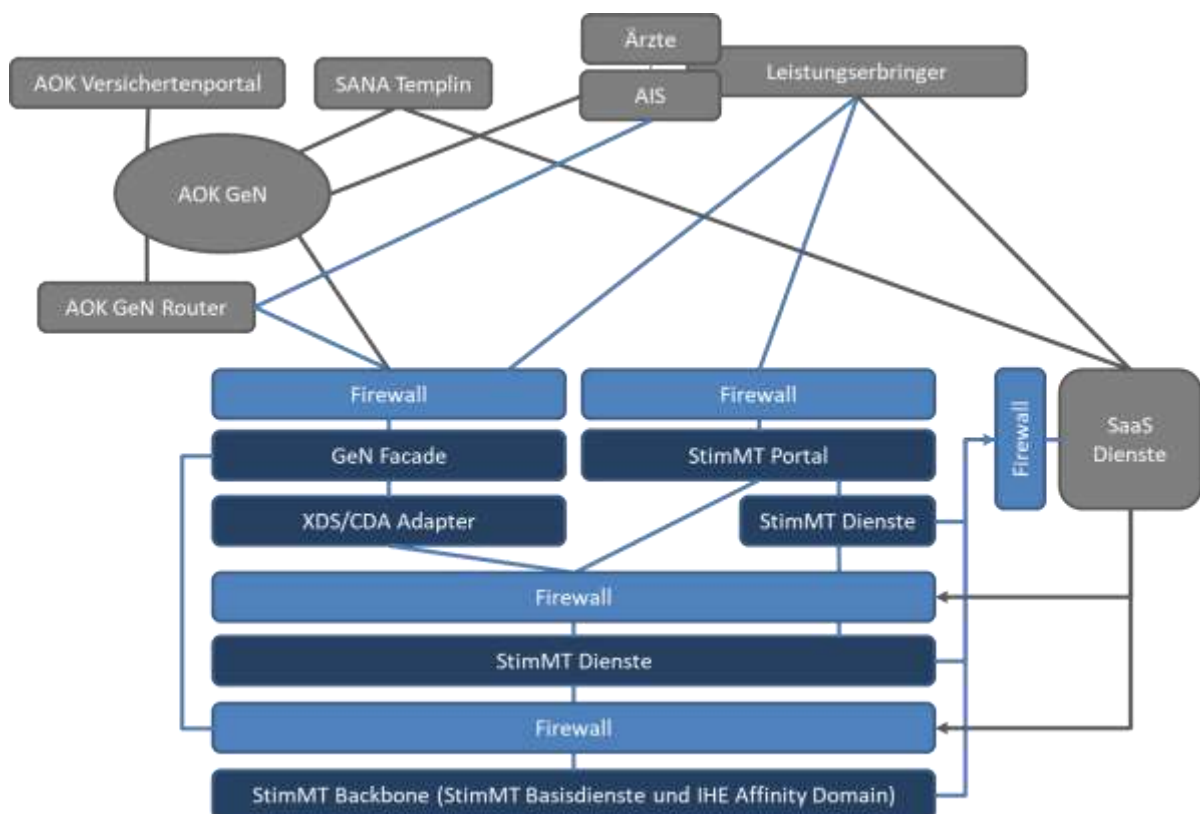
<p>Dokumentenmanagement</p>	<p>Im Kontext der StimMT-Anwendungen und –Dienste dient das Dokumentenmanagement als Archiv für empfangene und generierte Dokumente. Das Einstellen von Dokumenten erfolgt aus den dokumentenbasierten StimMT-Diensten heraus (Assessment-Formulare, Begleitdokumente, Statusdokumente). Eine weitere Instanz des Dokumentenmanagements wird durch das KBZ genutzt, um hier Protokolle zu durchgeführten Beratungsgesprächen zu verwalten. Die Nutzung dieser Instanz wird durch ein separates Datenschutzkonzept beschrieben.</p>
-----------------------------	---

4. IT-Architektur und Betrieb

Anmerkung: In diesem Abschnitt werden lediglich einige grundlegende Überlegungen zum Deployment und zum Betrieb der StimMT-Plattform ausgeführt. Finale Festlegungen sind erst möglich, wenn die beauftragte rechtliche Prüfung des vorgeschlagenen Betreibermodells abgeschlossen ist.

4.1 Übersicht

Die nachfolgende Abbildung stellt eine mögliche Partitionierung der StimMT-Plattform in durch Firewalls getrennte Sicherheitszonen sowie die Anbindung der Plattform an das GeN dar.



Wie in der Abbildung dargestellt, soll es möglich sein, einzelne der StimMT Basisdienste und StimMT-Dienste als Software-as-a-Service durch Dritte betrieben werden (SaaS-Dienste). Eine solche Umsetzung wird insbesondere für die Dienste Video-Call (bzw. Video-Konsil) und Messenger (bzw. Benachrichtigungsdienst) angestrebt, wo entsprechende Angebote mit nutzungsabhängigen Kostenmodellen verfügbar sind.

Der XDS/CDA-Adapter der StimMT-Plattform wird über eine GeN Facade gekapselt, wodurch die StimMT-Plattform gegenüber dem GeN wie ein „normaler“ GeN-Tenant agiert. Dies gilt sowohl für den aus dem GeN initiierten Abruf von Dokumenten aus dem StimMT CDR als auch für die Übernahme von im GeN freigegebenen Dokumenten in das StimMT CDR.

Da aktuell noch nicht final entschieden ist, ob und wann die an StimMT teilnehmenden Arztpraxen an das GeN angebunden werden, sieht die oben skizzierte Lösung zwei Anbindungsvarianten vor:

- An das GeN angebundene Ärzte können über den in GeN definierten Zugriffsweg (tHIA Adapter, GeN/SNK Router, GeN Facade) auf den StimMT XDS/CDA Adapter zugreifen und darüber Dokumente in StimMT einbringen oder aus StimMT abrufen
- An das SNK angebundene Ärzte können über den SNK Router auf den XDS/CDA Adapter zugreifen. Auch hier wird der tHIA-Adapter verwendet, der jedoch so konfiguriert wird, dass er direkt auf die GeN Facade vor dem XDS/CDA-Adapter verweist.

Die Anbindung von SANA erfolgt nach aktuellem Diskussionsstand über das GeN. Alternativ ist jedoch auch eine direkte Anbindung der SANA-eigenen XDS-Akte möglich. Auch dies ist lediglich eine Konfigurationseinstellung, da jeweils die gleichen Schnittstellen verwendet werden.

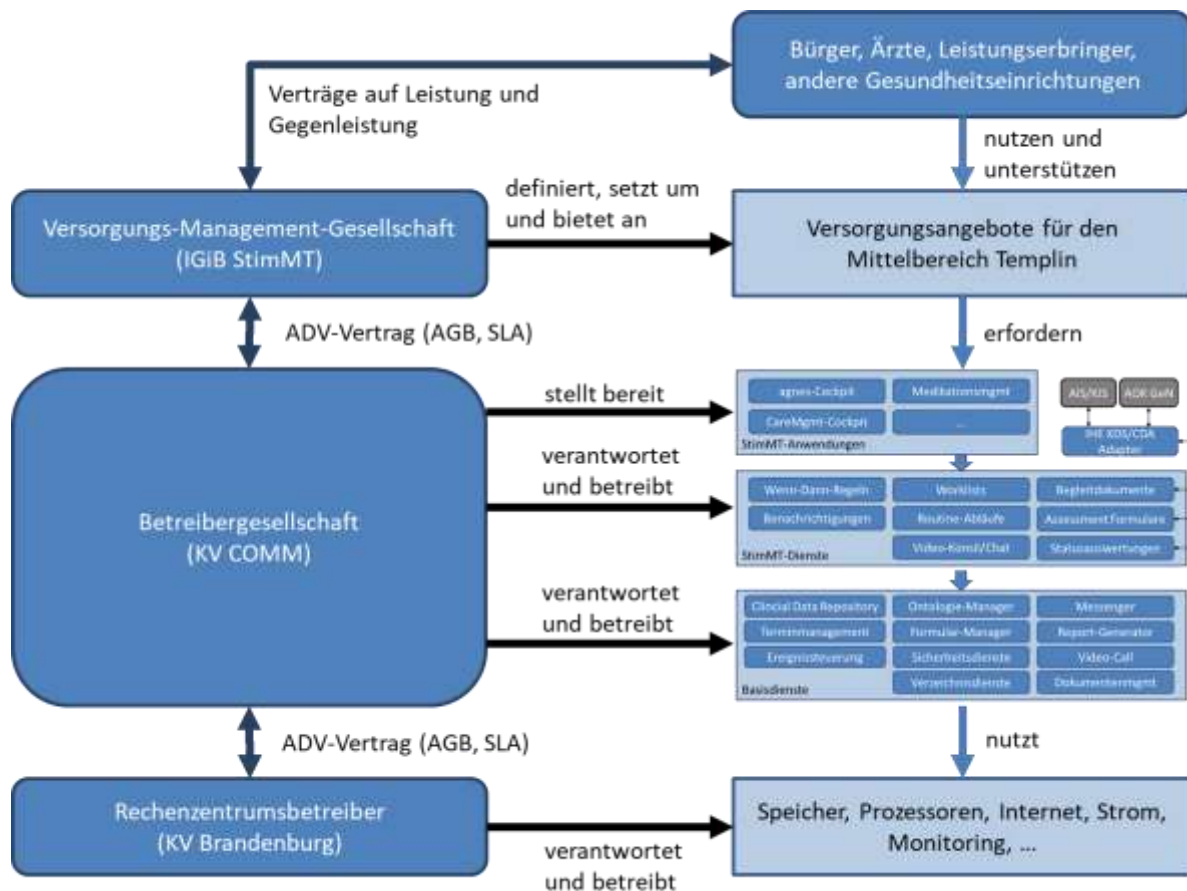
4.2 Betrieb der StimMT-Plattform

Für StimMT wird ein Betreibermodell vorgeschlagen, das analog zu etablierten Modellen in der Telemedizin (z. B. Carus Consillium Dresden oder SHL Telemedicine) aus drei vertraglich miteinander verbundenen Organisationen besteht:

- Auf der obersten Ebene ist der in Kapitel 3.6 skizzierte Dienstleister als Versorgungs-Management-Gesellschaft angesiedelt. Die Versorgungs-Management-Gesellschaft hat eine steuernde und koordinierende Rolle in Bezug auf die Versorgung in der Region. Hiermit hat sie ein Leistungsangebot gegenüber Patienten, Kostenträgern, Ärzten und Leistungserbringern, das sie mit eigenem Personal sowie durch Einbeziehung weiterer Akteure realisiert. Zur Umsetzung des Leistungsangebots können konkrete StimMT-Anwendungen auf der StimMT-Plattform aufgesetzt werden, für die eine Erhebung und Verarbeitung von Patientendaten erforderlich ist. Die Versorgungs-Management-Gesellschaft legt fest, welche StimMT-IT-Anwendungen erforderlich sind und gibt die Regeln zu deren Umsetzung und Betrieb vor. Die Versorgungs-Management-Gesellschaft hat die Verfügungsgewalt und Datenhoheit über alle in StimMT erfassten und gespeicherten Daten. Als privatwirtschaftlich organisierter Dienstleister unterliegt sie in Bezug auf den Datenschutz nicht dem SGB, sondern ausschließlich der Datenschutzgrundverordnung und Brandenburger Landesgesetzen.

- Mit dem Betrieb und der technischen Weiterentwicklung der StimMT-IT-Plattform beauftragt die Versorgungs-Management-Gesellschaft eine Betreibergesellschaft. Zu den von dieser Betreibergesellschaft verantworteten IT-Dienste gehören in jedem Fall das Clinical Data Repository, der Patientenindex, das StimMT-Portal, sämtliche Sicherheitsdienste und das Gateway zur Anbindung des SANA Krankenhauses, der regionalen Arztpraxen und weiterer Gesundheitseinrichtungen sowie die Anbindung an bestehende Patientenakten. Die Betreibergesellschaft setzt die von der Versorgungs-Management-Gesellschaft definierten Anwendungen auf der StimMT-Plattform um. Sie administriert die zur Umsetzung der Anwendungen genutzten StimMT-Dienste und Basisdienste und stellt die Aufrechterhaltung der mit der Versorgungs-Management-Gesellschaft vereinbarten Dienstgüte sicher. Die Betreibergesellschaft agiert somit als Auftragsdatenverarbeiter (data processor) der Versorgungs-Management-Gesellschaft.
- Die Betreibergesellschaft bedient sich zum Betrieb der StimMT-Plattform eines existierenden Rechenzentrums. Die Betreibergesellschaft definiert die Anforderungen an Speicher, Rechenleistung, Internet-Anbindung, etc. Diese Leistungen wiederum werden durch den Rechenzentrumsbetreiber im Auftrag der Betreibergesellschaft erbracht (ADV-Vertrag).

Die nachfolgende Abbildung stellt das Betreiberkonzept mit den verantwortlichen Akteuren und den jeweils erbrachten Leistungen im Überblick dar.



4.3 Standards

4.3.1 Repräsentation von Daten

Standard	Owner	Betroffene Basisdienste und StimMT-Dienste	Verwendung
FHIR (Fast Healthcare Interoperability Resources)	HL7	Clinical Data Repository, Ontologie-Manager, Report-Generator, Formular-Manager	interne Repräsentation aller (medizinischen) Informationen zu einem Patienten; Austauschformat zwischen allen Diensten innerhalb der StimMT-Plattform (incl. Anwendungen)
CDA (Clinical Document Architecture)	HL7	XDS/CDA-Adapter, Assessment-Formular	Import und Export von Dokumenten

4.3.2 Schnittstellen zum Austausch von Daten

Standard	Owner	Betroffene Basisdienste und StimMT-Dienste	Verwendung
XCA (Cross Community Access)	IHE	XDS/XCA-Adapter	Abruf von (dynamischen) Dokumenten über die GeN Facade
FHIR REST	HL7	Clinical Data Repository, Ontologie-Manager, Report-Generator, Formular-Manager, ...	Schnittstellen zum Datenaustausch innerhalb der StimMT-Plattform (incl. StimMT-Anwendungen)

4.3.3 Verzeichnisdienste

Standard	Owner	Betroffene Basisdienste und StimMT-Dienste	Verwendung
FHIR	HL7	Verzeichnisdienste	Anbieterverzeichnis (Informationsmodell analog IHE HPD)
PIX	IHE	Verzeichnisdienste	Verwaltung der verschiedenen IDs eines Bürgers im Patientenindex
PDQ	IHE	Verzeichnisdienste	Suchoperationen auf dem Patientenindex

4.3.4 Strukturierte Vokabulare

Standard	Owner	Betroffene Basisdienste und StimMT-Dienste	Verwendung
FHIR (Fast Healthcare Interoperability Resources)	HL7	Ontologie-Manager, Clinical Data Repository	Format und Schnittstelle für semantische Dienste auf Basis von CodeSystem, ValueSet und Mapping Ressourcen
OWL (Ontology Web Language)	W3C	Ontologie-Manager	Import von einfachen Wissensnetzen
SVS (Sharing Value Sets)	IHE	Ontologie-Manager	Import und Export von vollständigen Value Sets
ICD10-GM (International Classification of Diseases – German Modification)	DIMDI	Ontologie-Manager, Clinical Data Repository	Kodierung von Diagnosen
OPS	DIMDI	Ontologie-Manager	Kodierung von Prozeduren
ATC	WHO	Ontologie-Manager	Kodierung von Wirkstoffen
LOINC	Regenstrief	Ontologie-Manager	Kodierung von Laborwerten und Dokumenttypen

UCUM	Regenstrief	Ontologie-Manager	Kodierung von Maßeinheiten
HL7v3, FHIR Value Sets und Terminologien	HL7	alle Dienste	Umsetzung der im CDR verwalteten FHIR Ressourcen

4.3.5 Sicherheit und Datenschutz

Standard	Owner	Betroffene Basisdienste und StimMT-Dienste	Verwendung
XACML (eXtensible Access Control Markup Language)	OASIS	Sicherheitsdienste	Format zur Kodierung von Berechtigungsregeln; Aufbau und Schnittstellen des Berechtigungssystems
SAML (Security Assertion Markup Language)	OASIS	Sicherheitsdienste	Format zur Kodierung von Authentizitätsnachweisen und zum Austausch von Berechtigungsregeln
XUA (Cross Enterprise User Access)	IHE	Sicherheitsdienste	Profilierung von SAML für IHE HIE Lösungen
WS Trust	OASIS	Sicherheitsdienste	Schnittstelle der StimMT Security Token Services
OpenID Connect	OpenID Foundation	Sicherheitsdienste	Format und Schnittstelle für die Authentifizierung und Autorisierung von über mobile Geräte zugreifenden Nutzern
BPPC (Basic Patient Privacy Consent)	IHE	Sicherheitsdienste	Umsetzung von Teilnahmeerklärungen zu StimMT-Anwendungsszenarien
ATNA (Audit Trail and Node Authentication)	IHE	Sicherheitsdienste	Datenschutzprotokollierung

4.3.6 Sonstiges

Standard	Owner	Betroffene Basisdienste und StimMT-Dienste	Verwendung
iCal		Terminmanagement	Austausch von Terminen
CT (Consistent Time)	IHE	Sicherheitsdienste	Synchronisation der Zeit über die vernetzten Systeme hinweg

5. Referenzen

- [ELGA GesArch] ELGA GmbH: *ELGA Gesamtarchitektur*. Version 2.30b, Februar 2017. Online abrufbar unter:
https://www.elga.gv.at/fileadmin/user_upload/Dokumente_PDF_MP4/Technisches/ELGA_Gesamtarchitektur_2.30b.pdf (Link geprüft am 10.02.19)
- [IHE ITI TF-1] IHE International: IT-Infrastructure Technical Framework Volume 1.
- [IHE ITI DocSharing] Witting K, Moehrke J (Eds.): IHE IT Infrastructure White Paper - Health Information Exchange: Enabling Document Sharing Using IHE Profiles. Januar 2012. Online abrufbar unter:
https://www.ihe.net/Technical_Framework/upload/IHE_ITI_White-Paper_Enabling-doc-sharing-through-IHE-Profiles_Rev1-0_2012-01-24.pdf
 (Link geprüft am 10.02.19)
- [IHE ITI ACS] Caumanns J, Kuhlisch R, Pfaff O, Rode O (Eds.): IHE IT Infrastructure White Paper – Access Control. September 2009. Online abrufbar unter:
https://www.ihe.net/Technical_Framework/upload/IHE_ITI_TF_WhitePaper_AccessControl_2009-09-28.pdf (Link geprüft am 10.02.19)
- [GeN DSK] Caumanns J, Bittins S (Eds.): Übergreifendes Datenschutzkonzept des Gesundheitsnetzwerks GeN. Version SANA/vivantes 2018. Oktober 2018.
- [FHIR v4] HL7 Fast Healthcare Interoperability Resources (FHIR) Homepage and Resource Specifications: <http://hl7.org/fhir/> (Link geprüft am 10.02.19)

6. Anhang A: Risikobetrachtung

	Risiko	Bewertung
StimMT CDR	Ein FHIR Store kann von der Industrie nicht als Produkt mit den erforderlichen Schnittstellen geliefert werden.	Das Risiko ist niedrig. FHIR Stores sind von verschiedenen Herstellern verfügbar. Die benötigten Schnittstellen sind im Standard spezifiziert.
	Die Integration des FHIR Store in die Sicherheitsarchitektur erfordert nicht geplante Mehraufwände.	Das Risiko ist mittel. Patientenindex, LE-Index, Audit Trail, Berechtigungsmanagement, Identity Provider und Consent Management werden unter Zugrundelegung von IHE Profilen zusammen mit dem FHIR

		Store ausgeschrieben. Dies sind weit verbreitete Standardbausteine.	
	Die zur Umsetzung des Sicherheits- und Datenschutzkonzepts erforderlichen Maßnahmen schränken die Funktionalität, Nutzbarkeit und Performanz des CDR erheblich ein.	Das Risiko ist mittel. Es erfolgt kein direkter Nutzerzugriff auf den CDR. Alle Zugänge sind durch ein Access Control System kontrollierbar. Identifizierende Daten können getrennt gehalten werden. Kritisch sind jedoch ggf. bestehende Anforderungen an eine Verschlüsselung.	
	Da viele Anwendungen erst im Lauf des Projekt definiert werden, sind über das Budget hinaus Anpassungen und Erweiterungen des laufenden CDR erforderlich.	Das Risiko ist mittel. Die potenziell benötigten FHIR Ressourcen werden vorab definiert und sind Teil der CDR Ausschreibung. Sicherheitsrelevante Aspekte (z.B. separatere Speicherung von identifizierenden Daten) werden soweit möglich vorab ausgearbeitet.	
StimMT Anwendungen	Die benötigten Funktionalitäten können nicht mit dem verfügbaren Budget eingekauft werden.	Das Risiko ist mittel. Die ersten Anwendungen werden zusammen mit dem Portal ausgeschrieben. Portale auf einem FHIR Store sind als Produkte verfügbar. Der Projektantrag lässt eine gewisse Anpassung der Zahl der Anwendungen an das Budget zu.	
	Es ist nicht möglich, alle Anwendungen unter ein einheitliches Datenschutz- und Sicherheitskonzept zu stellen. Durch erforderliche spezifische Maßnahmen steigen Komplexität und Kosten.	Das Risiko ist mittel. Das Portfolio der im Projektantrag skizzierten Anwendungen ist sehr breit (von Pfaden bis zur Telemedizin) und heterogen. Kapitel 3.7 zeigt jedoch, dass es möglich ist, alle Angebote unter eine einheitliche „Story“ und ein einheitliches Berechtigungskonzept zu stellen.	
	Die zur Umsetzung des Sicherheits- und Datenschutzkonzepts erforderlichen Maßnahmen schränken die Funktionalität und/oder Nutzbarkeit der Anwendungen erheblich ein.	Das Risiko ist mittel. Alle Anwendungen sollten sich so umsetzen lassen, dass geforderte Einwilligungsabgaben in die Abläufe integriert werden können.	
	Die Anwendungen werden im Projekt unzureichend und/oder zu theoretisch spezifiziert und	Das Risiko ist hoch. Aktuell nehmen nur sehr wenige Ärzte an den Diskussionen zur	

	treffen nachher auf geringe Akzeptanz bei den Nutzern.	Konzeption der StimMT-Plattform teil.	
StimMT Portal	Die benötigten unterschiedlichen Sichten für die verschiedenen Rollen bzw. Akteure sprengen das Budget.	Das Risiko ist hoch. Im Projekt muss frühzeitig geklärt werden, welche Rollen und Akteure welche StimMT Anwendungen über welchen Zugang nutzen.	
	CDR, Anwendungen und Portal können nur gemeinsam getestet werden. Die Tests können erst beginnen, wenn die letzte Komponente beschafft ist. Dies verzögert den gesamten Zeitplan.	Das Risiko ist mittel. Es müssen zur Ausschreibung Testfälle definiert sein, deren Umsetzung Vertragsbestandteil ist.	
	Das Look&Feel des Portals entspricht nicht den Vorstellungen und Anforderungen der Nutzer.	Das Risiko ist hoch. Aktuell nehmen nur sehr wenige Ärzte an den Diskussionen zur Konzeption der StimMT-Plattform teil.	
	Da viele Anwendungen erst im Lauf des Projekt definiert werden (oder nachträglich verändert werden), sind über das Budget hinaus Anpassungen und Erweiterungen des laufenden Portals erforderlich.	Das Risiko ist mittel. Die in diesem Dokument aufgeführten Anforderungen decken bislang die „Wunschliste“ der Teilprojekte gut ab. Nichtsdestotrotz werden im laufenden Betrieb neue Ideen aufkommen...	
	Ein Mapping von Daten des CDR auf Daten in XDS-Aktensystemen (z. B. GeN) ist nicht als Produkt verfügbar.	Das Risiko ist niedrig. Zumindest ein Hersteller bietet für seinen FHIR Store einen CDA-Adapter an. Mit HAPI steht zudem eine brauchbare OSS Lösung zur Verfügung.	
Videokonferenz und Video-Call	Die am Markt verfügbaren Produkte lassen keinen Aufruf eines Videoanrufs aus dem Portal oder einer StimMT Anwendung zu.	Das Risiko ist niedrig. Etwas höherpreisige Produkte verfügen über entsprechende Schnittstellen. Wahrscheinlich kann hier sogar auf eine tiefe Integration verzichtet werden, da die Nutzer den Umgang mit Stand-Alone Lösungen wie z. B. Skype gewohnt sind.	
	Die vor Ort verfügbare Bandbreite in den Praxen lässt keine Videoanrufe zu-	Das Risiko ist niedrig. Das Kabelnetz in Templin wurde erst 2014 modernisiert.	
	Die vor Ort verfügbare Bandbreite für mobile Geräte (z. B. Case Manager beim	Das Risiko ist hoch. Verfügbarkeit von mobilem Internet im Mittelbereich Templin muss zeitnah getestet werden.	

	Patienten) lässt keine Videoanrufe zu.		
	Videoanrufe mit Praxen und/oder Krankenhaus scheitern an Sicherheitsthemen (Firewall, etc.)	Das Risiko ist mittel. Die Policy von SANA muss geklärt werden. Es muss mit der KV Comm geklärt werden, wie sich ein Videokanal mit den installierten Routern und Zugängen verträgt.	
	Es wird eine Videokonferenz-Lösung beschafft und anschließend nicht genutzt.	Das Risiko ist hoch. Bislang finden sich in der Ergebnissen der Teilprojekte keine Anforderungen, die den Einsatz von Video erfordern. Die Beschaffung der Videolösung sollte erst erfolgen, wenn es dazu klare Anwendungsfälle gibt.	
Terminmanagement	Die am Markt verfügbaren Produkte lassen keine Terminanfrage oder Terminbuchung aus dem Portal oder einer StimMT Anwendung zu.	Das Risiko ist mittel. Alternative Umsetzungen über das stimMT Portal sind denkbar, wären dann aber potenziell funktional eingeschränkt.	
	Existierende Portale erfüllen die Anforderungen des Projekts nicht. Es entstehen ungeplante Kosten für eine Umsetzung als StimMT Anwendung.	Das Risiko ist hoch. Insbesondere wenn unterschiedliche Rollen unterschiedliche Prioritäten für Buchungen haben oder unterschiedliche Termine zur Verfügung gestellt bekommen sollen, scheint dies über vorhandene Portale nicht umsetzbar.	
	Eine Online-Terminbuchung lässt sich organisatorisch nicht realisieren (z. B. da die Ärzte zu wenige Termine zur Verfügung stellen oder einzelne Ärzte schnell überbucht sind).	Das Risiko ist hoch. Aktuell ist zumindest auf den „großen“ Portalen für Online-Buchungen kein Templiner Arzt vertreten. Auch die Wahl der Ärzte bei Buchungen durch Case Manager hat Potenzial für Ärger....	
	Sofern keine Standardlösung genutzt werden kann: Eine Online-Terminbuchung lässt sich aufgrund von Interoperabilitätsproblemen technisch nicht realisieren.	Das Risiko ist mittel. Im SANA-Budget sind Mittel für Schnittstellen vorgesehen. Die Anbindung der Praxen kann über SMS etc. passieren.	
Messenger	Die am Markt verfügbaren Produkte lassen keinen Versand und/oder Empfang von Nachrichten aus dem Portal	Das Risiko ist niedrig. Viele Chat-Lösungen verfügen über eine REST-Schnittstelle.	

	oder einer StimMT Anwendung zu.		
	In die Praxissysteme integrierbare Lösungen sind proprietär und geschlossen. Eine Anbindung an eine Standardlösung ist nicht möglich.	Das Risiko ist hoch. Zumindest für die CGM-Systeme sollte zeitnah geprüft werden, ob der dafür verfügbare Messenger auch von Nicht-CGM-Systemen gesandte Nachrichten empfangen kann.	
	Existierende Lösungen erfüllen die Anforderungen des Projekts nicht. Es entstehen ungeplante Kosten für eine Umsetzung als StimMT Anwendung.	Das Risiko ist mittel. Nach aktuellem Erkenntnisstand gehen die Anforderungen nicht über grundlegende Chat-Funktionalitäten hinaus.	
	Ein Versand von Nachrichten zur Praxen und/oder Krankenhaus scheitert an Sicherheitsthemen (Firewall, etc.)	Das Risiko ist mittel. Die Policy von SANA muss geklärt werden. Am Markt sind Lösungen verfügbar, die über KV Safenet laufen (z. B. VPNChat)	
	Eine Anbindung der nichtärztlichen Teilnehmer ist nicht möglich, da die genutzte Lösung durchgängig auf KV Safenet aufsetzt.	Das Risiko ist mittel. Es sollte frühzeitig eine Markterhebung beginnen, um die Anforderungen an die unterliegende Infrastruktur zu klären.	
	Ein Messenger lässt sich organisatorisch nicht integrieren, z. B. da sich eine „schlanke“ Einbettung in den Praxisalltag nicht umsetzen lässt.	Das Risiko ist mittel. Es muss eine klare Policy zur Nutzung des Messengers geben, die die Gegebenheiten in den Praxen berücksichtigt.	
StimMT Domain	Der aufzubauende eMPI kann nicht an die anderen MPIs des GeN-Netzes angebunden werden, da die automatische Verknüpfung der PIDs nicht durchgängig funktioniert.	Das Risiko ist niedrig. GeN nutzt die KVNR als zentralen Suchschlüssel. Dieser Identifier ist für alle an StimMT teilnehmenden Bürger verfügbar.	
	Ein automatischer Import der registrierten Patienten ist nicht möglich. Mehrere tausend Patienten müssen manuell oder in den MPI eingepflegt werden bzw. es müssen im Budget nicht eingeplante Import-Tools umgesetzt werden.	Das Risiko ist mittel. Die Teilnahmebögen werden bei den meisten Ärzten am PC ausgefüllt und ausgedruckt. Die erforderlichen Stammdaten sind im Notfall per OCR auslesbar.	
Anbindung der Arztpraxen	Die KV BB entscheidet sich gegen den Aufbau eines GeN Tenants. Damit können die Templiner Ärzte nicht über GeN angebunden werden.	Das Risiko ist mittel. In Bezug auf die Umsetzung der funktionalen und nicht-funktionalen Anforderungen sollte es nur wenige Unterschiede zwischen einer	

		Anbindung über GeN oder einen Adapter geben.	
	Die verfügbaren Adapter (gevko, etc.) erfüllen nicht die geforderte Funktionalität oder verursachen bei den Ärzten zusätzliche Aufwände.	Das Risiko ist hoch. In diesem Fall müssen die Ärzte das StimMT-Portal nutzen. Dies kann zu Akzeptanzproblemen führen.	
	Die verfügbaren Adapter erfordern Anpassungen für StimMT. Da diese Adapter für alle Ärzte einzeln gekauft werden müssen, entstehen höhere Kosten für die Anbindung.	Das Risiko ist niedrig. Budget für die Anbindung der Ärzte ist im Projektantrag vorgesehen.	
	Durch den Roll-Out der Telematikinfrastruktur müssen im Betrieb größere Anpassungen vorgenommen werden.	Das Risiko ist gering. Ärzte werden über das SNK angebunden. Dieses ist über ein Sicherheitsgateway an die TI angebunden. Hiermit sollten alle über das SNK erreichbaren Anwendungen auch über die TI erreichbar sein.	
SANA Domain	Ärzte von SANA können die IT-Dienste von StimMT nur bedingt nutzen, da Schnittstellen fehlen.	Das Risiko ist gering. SANA hat eine lauffähige XDS Domain aufgesetzt. Die hier verfügbaren Schnittstellen können auch ohne den „Umweg“ über GeN an StimMT angebunden werden.	
	Die Anbindung des KIS von SANA Templin an die SANA Domain erfolgt erst nach Beginn der Pilotphase. Ärzte können die IT-Dienste von StimMT nur bedingt nutzen.	Das Risiko ist gering. Das KIS für das Krankenhaus Templin wird in Lichtenberg betrieben. Eine Anbindung an die XDS Domain ist mit überschaubarem Aufwand möglich.	
	Die Anbindung des KIS von SANA Templin an die SANA Domain erfolgt nur rudimentär. Ärzte können die IT-Dienste von StimMT nur bedingt nutzen bzw. müssen teilweise auf das Portal zurückgreifen.	Das Risiko ist mittel. Im Projektbudget sind Mittel für die KIS-Anbindung vorgesehen und die grundsätzliche Machbarkeit ist gegeben. Probleme können aber entstehen, wenn die Anforderungen des Projekts von dem GeN-Anforderungen abweichen.	
	Es bestehen nicht vorgesehene semantische Interoperabilitätsprobleme im Zusammenspiel von SANA Domain und StimMT Domain.	Das Risiko ist niedrig. Den im GeN-Netzwerk aktuell umgesetzten Lösungen liegen internationale Standards und	

		nationale Leitfäden zugrunde. StimMT wird sich hieran orientieren.
Patientenportal AOK	Das AOK Patientenportal steht erst nach Beginn der Pilotphase bereit.	Das Risiko ist niedrig. Ein Patientenportal war im Projektplan nicht vorgesehen. Das Fehlen eines solchen Portals darf daher keine negativen Folgen haben.
Patientenportal ...	Die anderen am Projekt beteiligten Kassen stellen keine Patientenportale bereit.	Das Risiko ist niedrig. Ein Patientenportal war im Projektplan nicht vorgesehen. Das Fehlen eines solchen Portals darf daher keine negativen Folgen haben.

7. Anhang B: Umsetzung der funktionalen Anforderungen

#	Die StimMT-IT-Plattform ...	Umsetzung
AF-PATH-002	... MUSS die elektronische und strukturierte Erfassung des Gesundheitsstatus eines Patienten und der durchgeführten Maßnahmen ermöglichen.	Assessment-Formulare und Export von strukturierten Dokumenten
AF-PATH-004	... DARF KEINE starren Verfahrensabläufe erzwingen, sondern MUSS Spielräume für eine Personalisierung zulassen.	Aufbau der Plattform als Baukasten modularer Dienste
AF-PATH-005	... SOLL Mechanismen bereitstellen, über die in einem Pfad definierte Aktivitäten angestoßen werden können.	Ereignissteuerung und Wenn-Dann-Dienste
AF-PATH-006	... MUSS eine elektronische Weitergabe von wichtigen Patientendaten <u>entlang</u> von Versorgungsketten unterstützen.	Worklists, Assessment-Formulare und Begleitdokumente
AF-PATH-007	... MUSS eine elektronische Weitergabe von wichtigen Informationen <u>entgegen</u> der Versorgungskette unterstützen (d. h. der übernehmende Arzt informiert den übergebenden Arzt).	Begleitdokumente
AF-PATH-008	... MUSS einfache Workflow-Automatisierungen durch Benachrichtigungen über die Verfügbarkeit neuer Informationen/Dokumente unterstützen.	Ereignissteuerung und Wenn-Dann-Regeln
AF-CASE-001	... MUSS Informationen zum Gesundheitsstatus eines Patienten und den durchgeführten Maßnahmen verwalten und für Berechtigte bereitstellen.	Begleitdokumente und Statusauswertungen

AF-CASE-002	... MUSS eine Zuordnung von Patienten zu zuständigen Case Managern und andern Leistungserbringern erlauben.	Steuerung über das Berechtigungsmanagement
AF-CASE-003	... MUSS Mechanismen zur ad hoc Kommunikation zwischen allen behandelnden und koordinierenden Akteuren bieten.	Benachrichtigungen (Messenger)
AF-CASE-004	... MUSS die Planung von Aktivitäten und Terminen unterstützen.	Terminmanagement und Worklists
AF-CASE-005	... DARF KEINE redundanten Dokumentationen erzwingen.	Vorbefüllung von Formularen aus dem CDR
AF-CASE-006	... SOLL erfasste Daten automatisiert in die definierten und geforderten Dokumentationsformate überführen können.	Vorbefüllung von Formularen und Erstellen von Berichten aus dem CDR
AF-CASE-007	... SOLL einem Case Manager einen Überblick über alle mit dem Case Management in Verbindung stehenden Termine eines Patienten geben.	Terminmanagement
AF-CASE-008	... SOLL einem Case Manager einen Überblick über freie Termine bei Leistungserbringern geben.	Terminmanagement
AF-CASE-009	... MUSS eine Beantragung von Heil- und Hilfsmitteln unterstützen. Dies umfasst zumindest elektronische Formulare, die mit verfügbaren Daten vorbefüllt werden.	Assessment-Formulare, Begleitdokumente, Routine-Abläufe
AF-CASE-010	... MUSS eine Integration von Wissensdatenbanken zur Arzneimittelsubstitution erlauben.	Ontologie-Manager
AF-CASE-011	... MUSS eine Integration von Systemen zur AMTS (z. B. Prüfung gegen Wechselwirkungen) erlauben.	Begleitdokumente
AF-CASE-012	... MUSS da Einlesen, Verarbeiten und Auspielen von Medikationsplänen gemäß §31a SGB V unterstützen.	Import via XDS/CDA-Adapter; Auspielen als Begleitdokument
AF-CASE-013	... MUSS für die Auswahl von Hilfsmittel erforderliche Informationen erfassen, verarbeiten und bereitstellen.	Assessment-Formular; Ontologie-Manager
AF-CASE-014	... SOLL ggf. bei Kassen und/oder Hilfsmittelanbietern vorhandene Schnittstellen für elektronische Beantragungen und Beschaffungen von Heil- und Hilfsmitteln bedienen können.	Auspielen von Begleitdokumenten
AF-CASE-015	... MUSS die Erstellung von Zwischenberichten und Abschlussberichten einer durch ein Case Management unterstützten Behandlung erleichtern.	Assessment-Formulare und Begleitdokumente

AF-CASE-016	... MUSS eine sichere Ablage von durch operative Case Manager erstellten Dokumenten unterstützen.	Dokumentenarchiv
AF-CASE-017	... MUSS die formalen Prozesse der Einbindung eines operativen Case Managers in die Versorgung vereinfachen.	Worklists
AF-ASZ-001	... MUSS eine jederzeit aktuelle Übersicht über die im ASZ verfügbaren Ressourcen bieten	Terminmanagement
AF-ASZ-002	... SOLL eine Belegungsplanung für Ressourcen des ASZ (Räume, Medizingeräte, etc.) unterstützen	Terminmanagement
AF-ASZ-003	... MUSS im Zusammenhang mit der Überweisung von Patienten an das ASZ einen elektronischen Austausch von Vorbefunden ermöglichen.	Begleitdokumente
AF-ASZ-004	... MUSS eine Weitergabe von Daten aus dem ASZ an weiterbehandelnde Leistungserbringer ermöglichen.	Begleitdokumente
AF-ASZ-005	... MUSS eine elektronische Kommunikation des ASZ mit Labordienstleistern unterstützen und MUSS empfangene Laborbefunde in die Behandlungsdokumentation übernehmen.	Anforderung als Begleitdokument oder per FHIR-Ressource; Import via XDS/CDA-Adapter
AF-ASZ-006	... SOLL eine elektronische Buchung von im ASZ angebotenen Spezialsprechstunden ermöglichen.	Terminmanagement
AF-GVG-001	... SOLL in Akut- und Notfallsituationen eine Einsichtnahme in relevante Patienteninformationen ermöglichen.	Begleitdokumente
AF-GVG-004	... SOLL ein elektronisches Ausfüllen eines Notfallbogens ermöglichen. Hierbei SOLLEN bereits elektronisch verfügbare Informationen nicht erneut eingegeben werden müssen.	Vorbefüllen von Assessment-Formularen
AF-GVG-005	... SOLL eine elektronische Weitergabe eines Notfallbogens aus der qualifizierten Ersteinschätzung an die Bereitschaftspraxis oder die Notfallversorgung unterstützen.	Begleitdokumente
AF-GVG-006	... MUSS im Zusammenhang mit der Überweisung von Patienten in die GVG-Praxis einen elektronischen Austausch von Vorbefunden ermöglichen.	Begleitdokumente
AF-GVG-007	... MUSS eine Weitergabe von Daten aus der GVG-Praxis an weiterbehandelnde Leistungserbringer ermöglichen.	Begleitdokumente

AF-GVG-008	... MUSS eine elektronische Kommunikation der GVG-Praxis mit Labordienstleistern unterstützten und MUSS empfangene Laborbefunde in die Behandlungsdokumentation übernehmen.	Anforderung als Begleitdokument oder per FHIR-Ressource; Import via XDS/CDA-Adapter
AF-GVG-009	... SOLL eine elektronische Buchung von in der GVG-Praxis angebotenen Spezialsprechstunden ermöglichen.	Terminmanagement
AF-GVG-010	... MUSS eine sichere, zentrale Ablage von durch die GVG-Ärzten und -Mitarbeitern angefertigten Dokumentationen (insb. Assessment-Bögen zur qualifizierten Ersteinschätzung) erlauben.	Dokumentenarchiv
AF-GVG-011	... MUSS einen zeitnahen, elektronischen Informationsaustausch zwischen Krankenhaus und GVG-Praxis unterstützen.	Worklist, Messenger, Begleitdokumente
AF-GVG-012	... MUSS eine jederzeit aktuelle Übersicht über die Angebote des GVG bieten	Terminmanagement
AF-KOMM-002	... MUSS Mechanismen für die Durchführung von Konsilen mit Spezialisten bieten.	Video-Konsil
AF-KOMM-003	... MUSS Mechanismen zur ad hoc Kommunikation zwischen allen behandelnden und koordinierenden Akteuren bieten. Es SOLLEN hierbei verschiedenen Technologien nutzbar sein.	Benachrichtigungen (Messenger)
AF-KOMM-004	... MUSS durch Auswertung verfügbarer Daten zum Patienten frühzeitig Informationen zu nach der Entlassung benötigten Leistungen, Arzneimitteln, Heilmitteln und Hilfsmitteln bereitstellen und an die richtigen Akteure weitergeben.	Statusberichte, Worklists
AF-KOMM-007	... MUSS die Planung und Vorbereitung von Fallkonferenzen unterstützen. Hierzu zählen insbesondere die Terminplanung und das Einspielen elektronisch verfügbarer Daten in die Fallkonferenz.	Terminmanagement, Video-Konsil, Begleitdokumente
AF-KOMM-008	... SOLL die Integration von Lösungen für virtuelle Fallkonferenzen (d. h. Umsetzung über Videokonferenz) erlauben.	Video-Konsil
AF-KOMM-009	... SOLL die elektronische Verteilung und Ablage der Protokolle von Fallkonferenzen erlauben.	Benachrichtigungen, Begleitdokumente, Dokumentenarchiv
AF-KBZ-001	... SOLL ein elektronisches Verzeichnis aller in der Region verfügbaren Unterstützungs-, Versorgungs- und Daseinsfürsorgeangebote (incl. der Anbieter dieser Angebote) beinhalten.	Verzeichnisdienste

AF-KBZ-002	... SOLL Unterstützung bei der Auswahl und Buchung von für den Patienten potenziell geeigneten Versorgungsangeboten bieten.	Terminmanagement, Statusauswertungen
AF-KBZ-003	... MUSS eine elektronische Bibliothek mit zielgruppenspezifischen Dokumenten zu den definierten Pfaden beinhalten.	Dokumentenarchiv
AF-KBZ-004	... MUSS die elektronischen Adressen und digitalen Zertifikate aller an StimMT teilnehmenden Leistungserbringer verwalten und veröffentlichen.	Verzeichnisdienste
AF-KBZ-005	... SOLL Termine für Schulungen und Informationsveranstaltungen verwalten und veröffentlichen.	Terminmanagement
AF-KBZ-006	... MUSS Reports mit ausgewählten Kennzahlen zu Versorgungsprozessen und –strukturen bereitstellen	Statusauswertungen
AF-KBZ-007	... MUSS eine Zuweisung von Patienten zu Versorgungsangeboten und/oder Case Managern ermöglichen	Berechtigungsmanagement
AF-KBZ-009	... MUSS eine Koordination von die Case Manager und Leistungserbringer betreffenden Terminen ermöglichen	Terminmanagement, Messenger
AF-KBZ-010	... SOLL Nutzungsfrequenz und Nutzungsmuster der IT-Dienste erfassen.	Reporting aus Log-Dateien
AF-KBZ-011	... SOLL die realisierten Service Level (Performanz, Ausfallzeit, etc.) der StimMT-IT-Plattform und –Dienste messen.	Reporting aus dem Systemmanagement
AF-KBZ-012	... MUSS ein Verzeichnis der für bestimmte Fragestellungen potenziell einzubeziehenden (externen) Spezialisten bereitstellen	Verzeichnisdienste
AF-KBZ-013	... SOLL ein Verzeichnis der von Ärzten gemeinsam nutzbaren Ressourcen beinhalten und eine elektronische Buchung dieser Ressourcen erlauben.	Verzeichnisdienste, Terminmanagement

IGiB StimMT

Lastenheft IT-Plattform
Teil 1: Verfahren

Iteration 1, Version 1

Inhaltsverzeichnis

1. StimMT IT-Plattform	6
1.1 Übersicht: StimMT	6
1.1.1 StimMT Basisdatensatz Versorgungskontinuität	6
1.1.2 StimMT Strukturangebote	7
1.1.3 StimMT Pfadangebote	7
1.1.4 StimMT Sprechstundenangebote	7
1.2 Übersicht: StimMT IT-Plattform	7
1.3 Deployment und Betrieb	8
1.4 Weitere Unterlagen.....	8
1.5 Verwendung von Schlüsselworten	9
1.6 Offene Fragen.....	9
2. Übergreifende Anforderungen und geforderte Erläuterungen.....	9
2.1 Administrationsschnittstellen	9
2.2 Anbindung AIS (Ärzte und ASZ)	10
2.3 Anbindung KIS (SANA Krankenhaus Templin) und AOK GeN	10
2.4 Nutzung von StimMT-Anwendungen und -Diensten über die StimMT-Portale	10
3. IT-Verfahren (Systemaufbau und -pflege)	11
3.1 StimMT-Angebote	11
3.1.1 Informationsmodell.....	11
3.1.2 Verfahren: Registrierung und Pflege von StimMT-Angeboten	12
3.1.3 Verfahren: Anzeigen von Statistiken zu einem StimMT-Angebot ...	13
3.2 Leistungsanbieter	13
3.2.1 Informationsmodell.....	13
3.2.2 Verfahren: Registrierung einer teilnehmenden Einrichtung	15
3.2.3 Verfahren: Anzeigen und Bearbeiten einer registrierten Einrichtung	16
3.2.4 Verfahren: Bearbeiten der einer Einrichtung zugeordneten Nutzer	17
3.2.5 Verfahren: Bearbeiten der einer Einrichtung zugeordneten Angebote	17
3.2.6 Verfahren: Anzeigen von Statistiken zu einer Einrichtung.....	18
3.3 Versicherte.....	19
3.3.1 Informationsmodell.....	19
3.3.2 Verfahren: Einschreiben eines Versicherten in StimMT.....	20
3.3.3 Verfahren: Ausschreiben eines Versicherten aus StimMT	20
3.3.4 Verfahren: Aktualisieren der Stammdaten zu einem Versicherten.	20

- 3.3.5 Verfahren: Registrieren eines StimMT-Teilnehmers im AOK GeN MPI 21
- 3.3.6 Verfahren: Registrieren einer CPID zu einem Versicherten (SANA)22

4.	IT-Verfahren (Sicherheit und Datenschutz)	22
4.1	Authentifizierung.....	22
4.1.1	Verfahren: Authentifizierung eines Nutzers am Portal.....	22
4.1.2	Verfahren: Authentifizierung eines Nutzers via AIS/KIS.....	23
4.1.3	Verfahren: Authentifizierung eines Nutzers über das AOK Gesundheitsnetzwerk GeN	23
4.2	Berechtigungskonzept.....	23
4.2.1	Teilnahmeerklärung StimMT.....	24
4.2.2	Teilnahmeerklärungen StimMT-Angebote.....	27
4.3	Autorisierung.....	30
4.3.1	Verfahren: Vorab-Berechtigung eines LE zur Teilnahme an einem Angebot	30
4.3.2	Verfahren: Widerruf der Vorab-Berechtigung eines LE zur Teilnahme an einem Angebot.....	30
4.3.3	Verfahren: Ad-Hoc-Berechtigung eines LE zu einer Datenverarbeitung	30
4.4	Nicht-Abstreitbarkeit.....	30
4.4.1	Protokollierung im Kontext der StimMT IT-Verfahren	30
4.4.2	Automatisierte Analyse von Protokollen	30
4.4.3	Einsicht in Protokolle.....	30
5.	IT-Verfahren (Dokumente, Ressourcen, etc.).....	30
5.1	Basisdatensatz Versorgungskontinuität.....	30
5.1.1	Informationsmodell.....	31
5.1.2	Verfahren: Initiale Befüllung der Basisdaten aus dem AIS	32
5.1.3	Verfahren: Synchronisation der Basisdaten mit dem AIS/KIS	33
5.1.4	Verfahren: Abruf des kompletten Basisdatensatzes (Auskunft/Portabilität)	35
5.2	Datenerfassung über Formulare.....	36
5.2.1	Zusammenspiel mit dem Basisdatensatz Versorgungskontinuität ...	37
5.2.2	Informationsmodell.....	37
5.2.3	Verfahren: Datenerfassung über Formular (aus dem AIS heraus) ..	38
5.2.4	Verfahren: Datenerfassung über Formular (via StimMT-Portal).....	39
5.2.5	Erweiterung: Upload von Dokumenten.....	41
5.2.6	Verfahren: Datenerfassung über Formular (SANA Krankenhaus Templin)	41
5.3	Bereitstellung von Dokumenten	42
5.3.1	Bereitstellung von Dokumenten via AIS oder StimMT-Portal	43
5.3.2	Bereitstellung von Dokumenten via SANA XDS Domain bzw. AOK GeN	43
5.4	Abruf von Dokumenten und Reports.....	43
5.4.1	Informationsmodell.....	43
5.4.2	Umsetzung von XDS Queries.....	43
5.4.3	Verfahren: Abruf von Dokumenten/Reports innerhalb der StimMT Domain	44

5.4.4	Verfahren: Abruf von Dokumenten aus der SANA XDS Domain (via GeN)	44
5.4.5	Verfahren: Abruf von Dokumenten aus der SANA XDS Domain (via CPID)	44
5.4.6	Verfahren: Abruf von Dokumenten/Reports aus der StimMT Domain durch SANA (via GeN)	44
5.4.7	Verfahren: Abruf von Dokumenten/Reports aus der StimMT Domain durch SANA (via CPID)	44
5.4.8	Verfahren: Abruf von Dokumenten/Reports aus StimMT über das Portal für Gesundheit	44
5.5	Semantik, Regeln und Wissensmodelle	44
5.5.1	Verfahren: Regelbasierte Datenauswertung	44
6.	IT-Verfahren (Planung, Delegation und Kommunikation)	44
6.1	Termine	44
6.1.1	Informationsmodell	44
6.1.2	Terminbuchung	44
6.2	Messenger	46
7.	Umsetzung der Pfadangebote	46
7.1	Grundlegender Aufbau eines Pfadangebots	46
7.2	Anwendungsfall 1: Einschreibung des Patienten/Screening	47
7.2.1	Workflow: Diagnosestellung	48
7.2.2	Workflow: Überleitungsmanagement	48
7.2.3	Workflow: Terminmanagement	49
7.3	Anwendungsfall 2: Übernahme in die Pfadbetreuung	49
7.3.1	Workflow: Erstvorstellung	49
7.3.2	Workflow: Folgevorstellung	49
7.4	Anwendungsfall 3: Pfadspezifische Versorgung und Therapie	49
7.5	Anwendungsfall 4: Überführung in die Standardversorgung	49
8.	Umsetzung der Sprechstundenangebote	49
8.1	Grundlegender Ablauf	50
9.	Umsetzung der Strukturangebote	50
9.1	BD-Praxis	50
9.2	agnes Cockpit	50
9.3	Videosprechstunde mit einem Spezialisten	50
9.4	KBZ Case/Care Management Cockpit	50

1. StimMT IT-Plattform

Dieses Lastenheft definiert die funktionalen Anforderungen an die StimMT IT-Plattform. Ausgangspunkt der Betrachtung sind die in den StimMT-Teilprojekten 1 bis 4 analysierten und beschriebenen Versorgungsangebote.

1.1 Übersicht: StimMT

Im StimMT-Projekt werden verschiedene Anwendungsszenarien für eine Optimierung der Versorgung im ländlichen Raum entwickelt. Diese reichen von strukturellen Veränderungen (z. B. Bildung einer Grundversorgungsgemeinschaft) über die Neuorganisation der Notfallversorgung bis hin zu durch ein Case Management unterstützten strukturierten Versorgungsangeboten. Getragen wird StimMT durch ein Basisangebot, das die Grundlage für alle weiteren Angebote bildet.

1.1.1 StimMT Basisdatensatz Versorgungskontinuität

Zielstellung von StimMT ist die Herstellung von Versorgungskontinuität (continuity of care) in einer metropolfernen Region mit einer alternden Bevölkerung bei gleichzeitiger Ausdünnung des regionalen Versorgungsangebots. Mit der Teilnahme an StimMT beauftragt der Betroffene die IGiB StimMT für ihn mit Hilfe der StimMT Plattform einen „Basisdatensatz Versorgungskontinuität“ zu führen, der kontinuierlich den aktuellen Gesundheitsstatus des Betroffenen widerspiegelt. Auf dieser Basis setzen komplexe Struktur-, Pfad- und Sprechstundenangebote auf, die spezifische Prozesse einer Versorgungskontinuität implementieren.

@AG Datenschutz: Der „Basisdatensatz Versorgungskontinuität“ löst alle in den letzten Monaten diskutierten Probleme:

- Der Versicherte beauftragt die IGiB StimMT für ihn diesen Datensatz anzulegen und zu pflegen. Das ist der bislang fehlende Vertrag zwischen dem Bürger und dem Aktenbetreiber!
- Alle StimMT-Angebote werden unter das übergeordnete Label „Versorgungskontinuität“ gestellt. Versorgungskontinuität ist überall gefordert, wo der Patient von mehreren Einrichtungen gemeinsam behandelt wird, wo er in Templin nur von ausgewählten Ärzten angebotene Leistungen wahrnimmt oder wo er Angebote von Ärzten in Anspruch nehmen muss, die nicht in Templin ansässig sind. Der Basisdatensatz ist erforderlich, um solche auf Versorgungskontinuität abzielende Angebote überhaupt erst zu ermöglichen.
- Die Daten des „Basisdatensatz Versorgungskontinuität“ können unabhängig von den gewählten Angeboten in StimMT gespeichert werden, da sie durch eine separate Beauftragung der IGiB StimMT durch den Bürger legitimiert sind.
- Die Beauftragung zur Führung des „Basisdatensatz Versorgungskontinuität“ wird so ausgestaltet, dass klar ist, dass es Wunsch des Versicherten ist, dass alle seine Ärzte dazu beitragen, dass dieser Datensatz aktuell und vollständig ist. Auch ist es die Erwartung des Versicherten, dass Ärzte diese Daten nutzen sofern dies zur Herstellung von einrichtungsübergreifender Versorgungskontinuität erforderlich ist und damit zur Sicherheit des Patienten beiträgt. Damit ist eine mündliche Zustimmung des Versicherten zu entsprechenden Datenzugriffen ausreichend (situatives Opt-In). Idealerweise kriegt man das sogar so aufgesetzt, dass der Arzt den Versicherten nur über Zugriffe informieren muss und diese vornehmen kann, wenn der Versicherte nicht widerspricht (situatives Opt-Out).
- Damit muss nur die Teilnahmeerklärung zu StimMT und die Einschreibung zu den Pfaden und Sprechstunden schriftlich erfolgen. Alle anderen Berechtigungen können eigentlich auch mündlich gegeben werden...

Dem „Basisdatensatz Versorgungskontinuität“ liegt ein definiertes medizinisches Informationsmodell zugrunde, das sich im Kern an der auf dem amerikanischen Continuity of Care Record (CCR) basierenden europäischen Patientenkurzakte orientiert. Ergänzt wird der „Basisdatensatz Versorgungskontinuität“ durch für die konkrete

regionale Versorgung relevante Datenelemente, deren Erfordernis sich insbesondere aus den im Rahmen des Projekts voran getriebenen strukturellen Veränderungen der regionalen Versorgungslandschaft ergeben.

1.1.2 StimMT Strukturangebote

Aktuell sind in StimMT die folgenden, durch die IT-Plattform zu unterstützenden Strukturangebote zur Herstellung der Versorgungskontinuität definiert:

- Medikationsmanagement: ...
- Entlassmanagement: ...
- Fallmanagement unter Einbeziehung einer agnes^{zwei}-Schwester: Ein weiteres Strukturangebot von StimMT ist das Case Management unter Einbeziehung einer agnes^{zwei}-Schwester, das sowohl im Kontext von Pfadangeboten als auch als eigenständiges Angebot genutzt werden kann. Während Ärzte die vorhandenen Möglichkeiten ihres AIS für die patientenübergreifende Planung nutzen, bietet die über das StimMT Webportal nutzbare Anwendung „Case Management“ die für die Umsetzung des Case Managements erforderlichen Funktionen an. Hierüber erfolgt nicht nur der Datenaustausch mit den agnes^{zwei}-Schwestern, sondern z. B. auch die Falldokumentation und die Einbindung von Konsiliarärzten.
- BD-Praxis: ...

1.1.3 StimMT Pfadangebote

Im StimMT-Teilprojekt 4 werden verschiedene einrichtungs- und sektorenübergreifende Behandlungspfade für ausgewählte Indikationen und Lebenslagen definiert. Für jeden Pfad wird im StimMT-Portal eine eigene StimMT-Anwendung umgesetzt, die über rollenspezifische Sichten die zur Unterstützung der Pfad-Abarbeitung definierten StimMT-Dienste orchestriert und integriert. In diesem Lastenheft wird das allen Pfadangeboten zugrundeliegende Muster definiert. Einzelne Angebote können im Portal durch die Instanziierung dieses Musters (z. B. durch Instanziierung des Assessments mit einem pfadepezifischen Formular) umgesetzt werden.

1.1.4 StimMT Sprechstundenangebote

ASZ und GVG bieten für Patienten der Region Spezialsprechstunden zu ausgewählten Diagnosen und Lebenslagen an. Im StimMT-Portal werden verschiedene StimMT-Dienste angeboten, um Planung, Vorbereitung und Durchführung von Spezialsprechstunden zu unterstützen. In diesem Lastenheft wird das allen Spezialsprechstunden zugrundeliegende Muster definiert. Einzelne Sprechstunden können im Portal durch die Instanziierung dieses Musters (z. B. durch konkrete Definition der für die Durchführung der Sprechstunde erforderlichen Inhalte des CDR) umgesetzt werden. Eine spezielle Form von Sprechstunden sind Video-Konsultationen. Hier wird ein externer Experte per Video-Call hinzugezogen bzw. führt die Sprechstunde vollständig per Video durch.

1.2 Übersicht: StimMT IT-Plattform

Um diese Szenarien zeitgemäß und effizient umsetzen zu können, wird eine IT-Plattform aufgebaut, über die Patientendaten erhoben, ausgetauscht, verarbeitet und ausgewertet werden können. Kern der Plattform ist ein Clinical Data Repository (CDR), in dem der „Basisdatensatz Versorgungskontinuität“ verwaltetet wird. Aus den einzelnen Anwendungsfällen heraus können Informationen aus dem „Basisdatensatz Versorgungskontinuität“ abgerufen werden, um einen sicheren Informationsfluss entlang einer Versorgungskette zu realisieren. In den Anwendungsfällen erhobene Daten werden zur Pflege des „Basisdatensatz Versorgungskontinuität“ genutzt, um dessen Aktualität und Vollständigkeit sicherzustellen.

Dieses Lastenheft beschreibt die Umsetzung der StimMT-Anwendungen unter Nutzung der High-Level StimMT-Dienste:

StimMT-Dienst	Beschreibung	Schnittstellen
---------------	--------------	----------------

Clinical Data Repository	Speicherung, Pflege und Bereitstellung des „Basisdatensatz Versorgungskontinuität“	- Initialer Upload des Basisdatensatz Versorgungskontinuität - Aktualisierung der Basisdatensatz Versorgungskontinuität - Abruf von Daten aus dem Basisdatensatz Versorgungskontinuität
Angebotsverzeichnis	Verwaltung der StimMT-Angebote und Bereitstellung von Informationen zu den einzelnen Angeboten (z. B. Regeln für Einschlusskriterien)	- Import der StimMT-Angebote - Abruf der Übersicht aller StimMT-Angebote - Abruf von Informationen zu einem StimMT-Angebot
OID-Manager	Verwaltung der in StimMT verwendeten OIDs	- Import des StimMT OID-Baums - Abruf von Informationen zu einer OID
Terminologie-Manager	Verwaltung und Bereitstellung von Terminologien und Value Sets zur Befüllung von Auswahllisten und zur Kodierung von FHIR Ressourcen bzw. von Einträgen in strukturierten Dokumenten	- Import einer Terminologie bzw. Wertemenge - Abruf einer Wertemenge - Abfrage von Details zu einem Konzept
Admin DMS	Verwaltung von Konfigurationsdateien und Objektdefinitionen für StimMT	- Upload eines Dokuments - Download eines Dokuments
Angebotsmanager	Verwaltung von	-
Clinical Data Repository		-
CDR Sync Manager		-
...		-

1.3 Deployment und Betrieb

In Bezug auf den Betrieb der StimMT-Dienste werden zwei grundlegende Modelle unterschieden:

- On-premise: Der Betrieb des Dienstes erfolgt durch die IGiB StimMT oder einen von dieser per AV-Vertrag gebundenen Dienstleister. Die für den Betrieb des Dienstes erforderliche IT-Infrastruktur (Speicher, Prozessoren, Netzanbindung, etc.) wird durch einen von der IGiB StimMT vertraglich gebundenen Rechenzentrums- oder Cloud-Anbieter bereitgestellt.
- As-a-Service: Der Dienst wird durch einen Drittanbieter bereitgestellt und verantwortet. Die Nutzer der StimMT IT-Plattform nutzen diesen Dienst bedarfsgerecht im Sinne einer bereitgestellten Dienstleistung.

Nach aktuellem Planungsstand werden der Messenger-Dienst, der Terminmanagement-Dienst und der Video-Call-Dienst nach dem „as-a-service“ Modell umgesetzt. Alle anderen Dienste werden als Softwarelizenzen eingekauft und unter der Verantwortung der IGiB StimMT aufgesetzt und betrieben. Terminmanagement-Dienst und Messenger-Dienst sollen über definierte Schnittstellen (API) an die StimMT-Plattform angebunden werden können.

1.4 Weitere Unterlagen

...

- StimMT Grobkonzept in der Version x.xx vom xx.xx.2018
- StimMT Betreiberkonzept (Option-B) in der Version x.xx vom xx.xx.2018

Beide Dokumente befinden sich in der Cloud im Ordner TP5.

Im Fall von Widersprüchen zwischen den einzelnen Dokumenten ist das vorliegende Lastenheft maßgeblich.

1.5 Verwendung von Schlüsselworten

Schlüsselworte, welche die Verbindlichkeit von Anforderungen ausdrücken, werden in Großbuchstaben geschrieben. Die Semantik dieser Schlüsselworte entspricht den Definitionen in [\[RFC2119\]](#):

- MUSS bedeutet, dass es sich um eine verpflichtende Anforderung handelt.
- DARF NICHT bedeutet, dass es sich um ein uneingeschränktes Verbot handelt.
- SOLL bedeutet, dass es sich um eine Empfehlung handelt, die jedoch nicht verpflichtend ist.
- SOLL NICHT bedeutet, dass es sich um eine Einschränkung handelt, die jedoch nicht verpflichtend ist.
- KANN bedeutet, dass es sich um eine optionale Eigenschaft ohne Normierungs- oder allgemeingültigen Empfehlungscharakter handelt.

1.6 Offene Fragen

- Wie erfolgt die Synchronisierung mit dem eMPI von SANA? D. h. wenn ein Versicherter seine Teilnahme an StimMT erklärt, wird er zwar in den StimMT- bzw. GeN-MPI eingetragen, ist aber noch nicht zwingend bei SANA bekannt. Dies ist ein Problem für alle Operationen, die SANA betreffen und potenziell ausgelöst werden, bevor der Patient das SANA Krankenhaus besucht (z. B. DSUB Subscription). Lösungsoptionen sind:
 - o Mit der Registrierung an StimMT wird der Versicherte auch bei SANA registriert (technisch einfachste Lösung, aber datenschutzrechtlich nicht so einfach)
 - o Mit der Vergabe einer Berechtigung an SANA wird der Versicherte bei SANA registriert.

2. Übergreifende Anforderungen und geforderte Erläuterungen

In diesem Kapitel werden alle Verfahren betreffende Anforderungen sowie vom Bieter beizubringende Erläuterungen zusammengestellt.

2.1 Administrationsschnittstellen

StimMT fokussiert auf die Anforderungen einer regionalen Versorgungslandschaft und stellt ausschließlich auf die Anforderungen des Mittelbereichs Templin zugeschnittene Versorgungsangebote bereit, über die die Versorgungskontinuität in der Region sichergestellt wird. Entsprechend sind viele der in StimMT definierten Artefakte nur in begrenzter Zahl vorhanden. Beispielsweise ist die Zahl der teilnehmenden Arztpraxen auf ca. 40 begrenzt und auch die Zahl der Versorgungsangebote wird eine ähnliche Größenordnung nicht überschreiten.

Daher werden in diesem Lastenheft nur die Schnittstellen und Abläufe beschrieben, die für die Durchführung von StimMT-Versorgungsangeboten unabdingbar sind. Die Initialisierung der hierzu benötigten Artefakte sowie deren Lebenszyklus sind nur dann über Abläufe und Schnittstellen beschrieben, wenn eine funktionale Normierung gewünscht ist bzw. die entsprechenden Funktionalitäten über ein API verfügbar sein sollen. Entsprechend wird davon ausgegangen, dass die Anbieter der einzelnen Komponenten Administrationsschnittstellen für die in den StimMT-Lastenheften nicht definierten Aspekte der Pflege des Lebenszyklus der durch die jeweiligen Komponenten verwalteten Artefakte beinhalten. Beispielsweise definieren diese Lastenhefte keine Abläufe und Schnittstellen für die Änderung des Passworts eines Nutzers oder für das Löschen eines abgesagten Termins. Hier ist es die Anforderung an die Anbieter, die für solche Funktionalitäten in den angebotenen Lösungen verfügbaren Schnittstellen (GUI und/oder API) zu benennen. Entsprechende Informationen MÜSSEN in den Angeboten enthalten sein.

2.2 Anbindung AIS (Ärzte und ASZ)

Die in diesem Lastenheft genutzte Akteursbezeichnung „AIS“ (auch in der Kombination „AIS/KIS“) umfasst das Arztinformationssysteme einer ambulanten Einrichtung mitsamt aller für die Anbindung an die StimMT-Plattform ggf. erforderlichen Adapter und Erweiterungen.

Anbieter von AIS-Erweiterungen zur Anbindung von Arztinformationssystemen an StimMT MÜSSEN in der Gesamtheit von AIS und Erweiterungen/Adapter ein Systemverhalten herstellen, das dem in diesem Lastenheft für den Akteur „AIS“ beschriebenen Systemverhalten entspricht. Insbesondere MÜSSEN alle Aufrufe und Datenweitergaben an Dienste der StimMT IT-Plattform entsprechend der Vorgaben der StimMT-Lastenhefte bereitgestellt werden. Die Vorgaben des IT-Grundschutzes sowie des StimMT-Sicherheitskonzepts MÜSSEN durchgängig eingehalten werden.

Die Anbindung von AIS MUSS auch bei Nutzung von Adaptern und Erweiterungen über das sichere Netz der KVen erfolgen. AIS-Adapter und –Erweiterungen MÜSSEN entsprechend ausschließlich zwischen AIS und KV SafeNet Router angesiedelt sein. Hersteller von zur Anbindung an StimMT erforderlichen AIS-Adaptern und –Erweiterungen MÜSSEN nachweisen, dass ihre Produkte die Sicherheit der Anbindung sowie die Sicherheit der Daten auf der Strecke vom AIS bis in das sichere Netz der KVen nicht beeinträchtigen.

In vielen StimMT IT-Verfahren werden die Dienste von StimMT über ein aus dem AIS heraus aufgerufenes Portal realisiert. Hersteller von zur Anbindung an StimMT erforderlichen AIS-Adaptern und –Erweiterungen MÜSSEN nachweisen, dass ihre Produkte einen sicheren Aufruf der StimMT-Portale realisieren und die erforderlichen Sicherheitstoken in einem sicheren Verfahren an das Portal weitergeben.

2.3 Anbindung KIS (SANA Krankenhaus Templin) und AOK GeN

Die in diesem Lastenheft genutzte Akteursbezeichnung „KIS“ (auch in der Kombination „AIS/KIS“) umfasst alle an StimMT anzubindenden Informationssysteme des SANA Krankenhauses Templin mitsamt aller für die Anbindung an die StimMT-Plattform ggf. erforderlichen Adapter und Erweiterungen (insbesondere Kommunikationsserver). Die IT des SANA Krankenhauses Templin MUSS für alle an StimMT anzubindenden IT-Systeme ein Systemverhalten herstellen, das dem in diesem Lastenheft für den Akteur „KIS“ beschriebenen Systemverhalten entspricht. Insbesondere MÜSSEN alle Aufrufe und Datenweitergaben an Dienste der StimMT IT-Plattform entsprechend der Vorgaben der StimMT-Lastenhefte bereitgestellt werden. Die Vorgaben des StimMT-Sicherheitskonzepts MÜSSEN durchgängig eingehalten werden. Die auch für die Anbindung an das Gesundheitsnetz GeN der AOK Nordost geltenden Vorgaben zur Umsetzung der OH KIS gelten für StimMT analog.

Sofern bestimmte StimMT IT-Verfahren nicht das KIS im oben genannten Sinne adressieren, sondern die XDS Domain von SANA, so wird der entsprechende Akteur in diesem Lastenheft explizit als „SANA AD“ bezeichnet. Erfolgt eine Interaktion mit SANA über die GeN Facade der SANA XDS Domain im Gesundheitsnetzwerk, so wird der entsprechende Akteur als „SANA GeN“ bezeichnet. Zentrale Dienste des GeN werden pauschal als „GeN“ bezeichnet und nur ausdifferenziert, wenn dies für das Verständnis dieses Lastenheftes erforderlich ist.

2.4 Nutzung von StimMT-Anwendungen und –Diensten über die StimMT-Portale

- ➔ Abgeschlossenes Netz
- ➔ 2-Faktor Authentifizierung
- ➔ Portalaufruf auch bei Anbindung über AIS/KIS

3. IT-Verfahren (Systemaufbau und -pflege)

3.1 StimMT-Angebote

Versicherte können an StimMT-Angeboten teilnehmen, über die ihnen bestimmte Versorgungsleistungen zugänglich gemacht werden, die die Versorgungskontinuität in der Region sicherstellen. Aktuell sind im Rahmen des Projekts bereits verschiedene Pfadangebote und Sprechstundenangebote definiert. Perspektivisch sollen im Zusammenhang mit GVG und ASZ auch Strukturangebote verfügbar sein, die unabhängig von bestimmten Diagnosen nutzbar sind.

Die Vergabe von Berechtigungen erfolgt auf Basis von StimMT-Angeboten, d. h. eine Versicherte kann einzelne Leistungserbringer berechtigen, Daten für die Umsetzung bestimmter StimMT-Angebote bereitzustellen bzw. für die Umsetzung bestimmter StimMT-Angebote erforderliche Daten aus der StimMT IT-Plattform abzurufen.

StimMT-Angebote können an einen Vertrag gebunden sein. Aus der Art und Ausgestaltung des Vertrags leiten sich ggf. formale Zugangsbedingungen für Versicherte ab, die an dem StimMT-Angebot teilnehmen möchten. Aktuell sind nur zwei Arten von Verträgen für StimMT relevant:

- § 92a SGB V: Die Leistungen des StimMT-Angebots werden aus dem Innovationsfonds finanziert. Solche Angebote erfordern die grundsätzliche Einwilligung des Versicherten zur Teilnahme an StimMT (ggf. sind weitere angebots-spezifische Einwilligungen erforderlich). Alle im Rahmen des Angebots erhobenen Daten stehen ohne Einschränkung für die Evaluation zur Verfügung.
- § 140a SGB V: Die Leistungen des StimMT-Angebots werden über einen Selektivvertrag finanziert und stehen damit nur Versicherten bestimmter Krankenkassen zur Verfügung. Solche Angebote erfordern die Einschreibung des Versicherten in den Selektivvertrag. Alle für die Nutzung der StimMT IT-Plattform sowie die Bereitstellung von Daten für die Evaluation relevanten Aspekte sollen idealerweise im Selektivvertrag geregelt werden.

Da StimMT-Angebote Leistungen aus verschiedenen Leistungsbereichen integrieren können, kann ein Vertrag entsprechend auch auf mehreren Verträgen basieren (z. B. selektivvertragliche Ergänzung von über das Innovationsfondsprojekt finanzierten Leistungen).

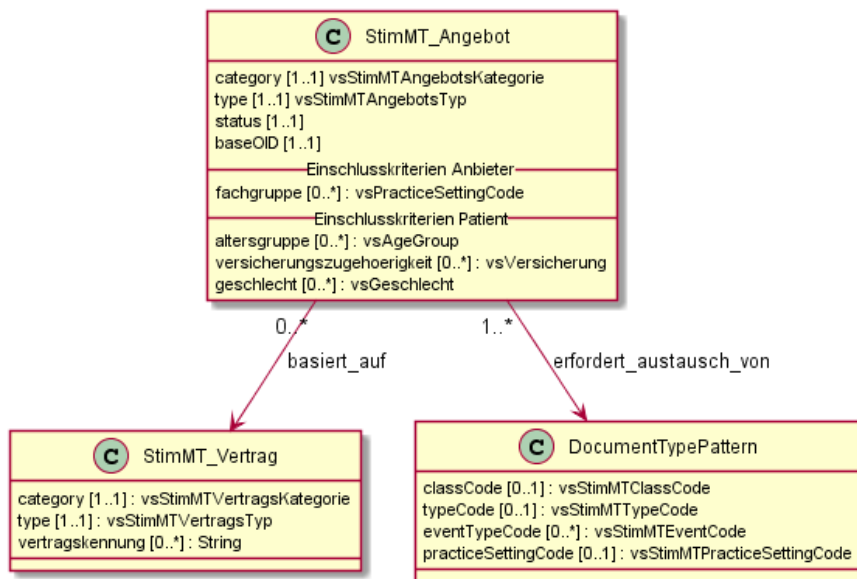
3.1.1 Informationsmodell

Jedes StimMT-Angebot ist einer der benannten Angebotskategorien (Strukturangebot, Pfadangebot, Sprechstundenangebot) zugeordnet. Innerhalb der Angebotskategorie beschreibt der Angebotstyp das konkrete Angebot (z. B. HI-Sprechstunde). Zusätzlich ist jedem Angebot eine OID im StimMT-OID-Baum zugewiesen, die als Wurzel für die Definition angebotsspezifischer Codes und Identifier genutzt werden kann (z. B. eventCodes für die Steuerung von Berechtigungen für dieses Angebot über IHE BPPC).

Nicht alle Angebote sind für alle Bürger zugänglich und auch nicht alle Ärzte können jedes Angebot anbieten. Entsprechend können Einschlusskriterien für Bürger und Ärzte definiert werden. Sofern keine Einschlusskriterien für Leistungsanbieter und/oder Bürger definiert sind, bedeutet dies, dass alle Leistungsanbieter bzw. Bürger an diesem Angebot teilnehmen können, sofern nicht ein Ausschlusskriterium dagegenspricht.

Über den „Basisdatensatz Versorgungskontinuität“ und die StimMT IT-Plattform realisieren StimMT-Angebote einen strukturierten Austausch von Informationen zu einem Patienten. Diese Informationen werden über Dokumente (z. B. Entlassbrief) strukturiert. Zu jedem Angebot ist definiert, welche Dokumente im Kontext dieses Angebots ausgetauscht werden können und welche Daten aus dem „Basisdatensatz Versorgungskontinuität“ damit im Kontext dieses Angebots benötigt werden und grundsätzlich verarbeitet werden dürfen.

Nachfolgend ist das logische Informationsmodell für StimMT-Angebote im Überblick dargestellt.

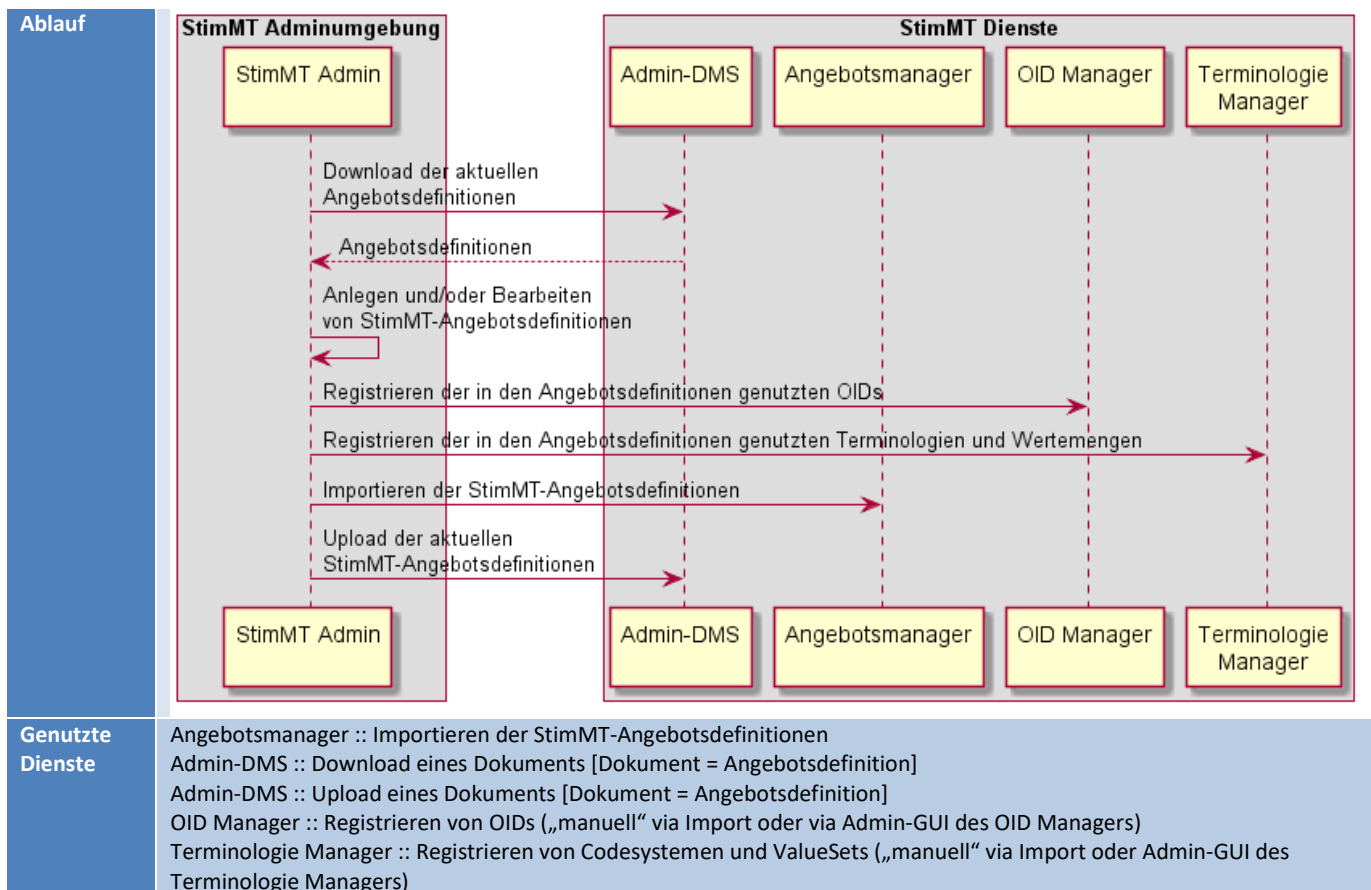


StimMT-Angebote und Verträge werden über den logischen Dienst „Angebotsverzeichnis“ verwaltet. In der Definition der Angebote genutzte Terminologien und Wertemengen müssen vorab im Terminologieserver registriert sein.

Die Zuordnung von Leistungsanbietern zu Angeboten wird im logischen Dienst „Angebotsmanager“ verwaltet. Dieser nutzt das Angebotsverzeichnis, um benötigte Informationen zu den Angeboten bereitzustellen bzw. bei der Registrierung einer neuen Zuordnung die Einhaltung der geltenden Einschlusskriterien abzusichern. Nähere Informationen hierzu werden im Kapitel „Leistungsanbieter“ gegeben.

3.1.2 Verfahren: Registrierung und Pflege von StimMT-Angeboten

Verfahren	Registrierung und Pflege von StimMT-Angeboten
Umsetzung	<p>Dieses Verfahren SOLL über eine Import-Schnittstelle des StimMT-Angebotsmanagers realisiert werden. Die beschriebenen Informationen zu den StimMT-Angeboten SOLLEN offline gepflegt und über diese Schnittstelle in den Angebotsmanager eingelesen werden. Die Import-Datei mit der Definition der StimMT-Angebote wird über das StimMT DMS verwaltet und versioniert.</p> <p>Alternativ KANN der Anbieter eine Admin-Schnittstelle in Form eines Web-GUI zum Anwendungsmanager bereitstellen, über die neue Angebote definiert und bestehende Angebote bearbeitet werden können.</p>
Nutzer	<ul style="list-style-type: none"> - System-Administratoren des technischen Betreibers - Mitarbeiter des fachlich Verantwortlichen (IGiB StimMT)
Zweck	Registrierung von neuen und Bearbeitung von bestehenden StimMT-Angeboten
Erfordernis	LE und Bürger können nur an der IT-Plattform registrierte Angebote nutzen. Hierdurch wird sichergestellt, dass bei der Teilnahme an einem Angebot alle definierten Zugangs- und Nutzungseinschränkungen durchgesetzt werden können.
Bedingung	- Nutzer ist an der IT-Plattform mit der erforderlichen Rolle angemeldet.
Ergebnis	Ein aktuelles Verzeichnis aller StimMT-Angebote ist über den Angebotsmanager verfügbar.
Fehler	<p>Die folgenden Fehler können auftreten und müssen entsprechend im Rahmen des Verfahrens abgefangen und – ggf. durch Nutzer-Interaktion – aufgefangen werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Im Rahmen der Angebotsdefinition werden nicht definierte Codesysteme und/oder Codes verwendet - Ein Angebot verweist auf einen nicht definierten Vertrag



3.1.3 Verfahren: Anzeigen von Statistiken zu einem StimMT-Angebot

Administratoren und für einzelne Angebote verantwortliche Care Manager MÜSSEN zumindest die folgenden Statistiken zu den definierten StimMT-Angeboten abrufen können.

- Anzahl teilnehmender Einrichtungen pro Angebot
- Anzahl teilnehmender Versicherte pro Angebot

Der Abruf dieser Statistiken MUSS über Dashboard-Funktionalitäten der StimMT-Dienste „Teilnehmerverzeichnis Anbieter“ und „Teilnehmerverzeichnis Versicherte“ möglich sein.

3.2 Leistungsanbieter

An StimMT nehmen unterschiedlichste Einrichtungen teil¹, die die in StimMT definierten Angebote anbieten und umsetzen bzw. in definierter Rolle Versorgungsleistungen zu diesen Angeboten beisteuern. Diese Einrichtungen stellen die Leistungsanbieter von StimMT dar.

Damit ein Leistungsanbieter Dienste der StimMT IT-Plattform nutzen kann und für die Teilnahme an StimMT Angeboten qualifiziert werden kann, muss dieser im „Teilnehmerverzeichnis Leistungsanbieter“ (TV Leistungsanbieter) der StimMT IT-Plattform registriert sein.

3.2.1 Informationsmodell

Leistungsanbieter können in Leistungserbringereinrichtungen und Serviceeinrichtungen unterschieden werden. Leistungserbringereinrichtungen erbringen Versorgungsleistungen für in StimMT eingeschriebene Versicherte. Beispiele für Leistungserbringereinrichtungen sind das SANA Krankenhaus Templin, die an StimMT teilnehmenden

¹ Aus diesem Grund wurde hier auch der Begriff „Organisation“ bewusst vermieden, da z. B. die GVG und das KBZ aktuell keine formalen Strukturen und keine eigene Rechtspersönlichkeit besitzen.

Arztpraxen, die GVG und das ASZ. Serviceeinrichtungen unterstützen die Planung und Umsetzung von Versorgungsangeboten und bieten den Versicherten nicht-medizinische Leistungen an. Ein Beispiel für eine Serviceeinrichtung ist das KBZ.

Jeder Leistungsanbieter kann durch mindestens eine ID eindeutig identifiziert werden. Die Zuordnung von IDs zu Leistungsanbietern hängt dabei von der Art der Einrichtung ab (z. B. IK-Nummer vs. BSNR). Mit dem Rollout der Telematikinfrastruktur in der Region MUSS für jede Leistungserbringereinrichtung deren Telematik-ID im TV Leistungsanbieter registriert werden, damit über diese ID die für diese Einrichtung registrierten Zertifikate aus den Verzeichnisdiensten der gematik abgefragt werden können.

Leistungsanbieter nutzen die von StimMT angebotenen Kommunikationsdienste wie z. B. den Messenger und den Video-Call. Die entsprechenden Kommunikationsendpunkte werden als Bestandteil des Eintrags eines Leistungsanbieters im TV Leistungsanbieter gepflegt.

Einmal registrierte Leistungsanbieter können nicht mehr gelöscht werden, da ggf. Daten und Dokumente an deren ID gebunden sind. Eine Deaktivierung ist daher nur über eine Änderung des Status der Einrichtung innerhalb von StimMT möglich.

Der Zugriff auf Dienste der StimMT IT-Plattform erfolgt über persönliche Nutzeraccounts. Jeder Nutzer ist entsprechend als Person an der StimMT IT-Plattform registriert und besitzt dort eine eindeutige Nutzer-ID sowie zur sicheren Anmeldung benötigte Credentials (Passwort, Zertifikat, etc.). Jeder Nutzer ist einem Leistungsanbieter zugeordnet und agiert gegenüber StimMT mit den dieser Einrichtung zugewiesenen Berechtigungen.

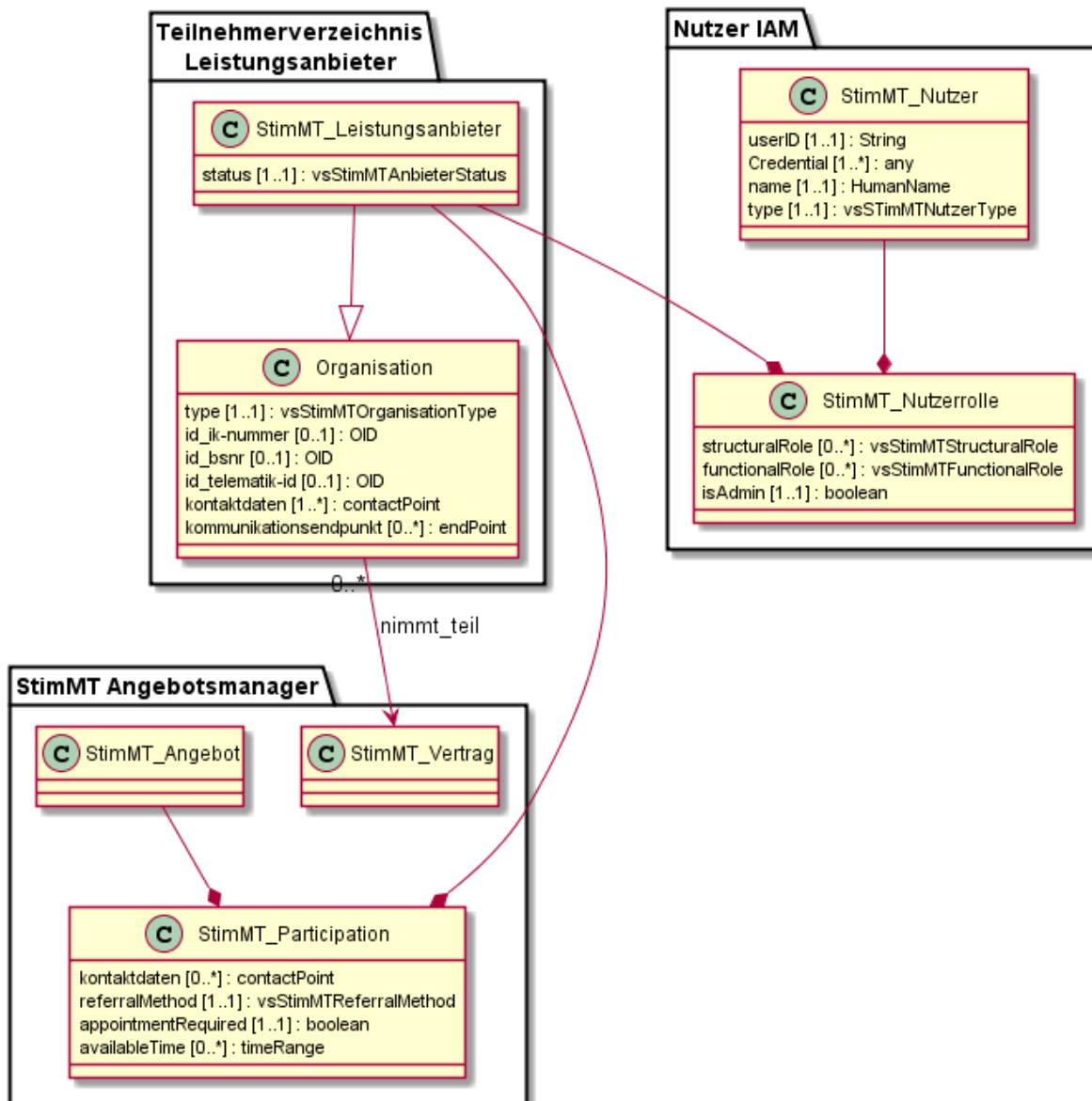
Analog zu den Einrichtungen wird auch bei den registrierten Personen zwischen Leistungserbringern und Service-Dienstleistern differenziert. Nur Leistungserbringer haben die Möglichkeit, medizinische Daten aus der StimMT IT-Plattform abzurufen.

Ein Leistungsanbieter kann einen StimMT-Nutzer mit Administrationsrechten für diesen Leistungsanbieter ausstatten. Dieser Nutzer hat damit die Berechtigung, die diese Einrichtung betreffenden Angaben in StimMT zu ändern. Für größere Einrichtungen kann dieses auch die Berechtigung zur Anlage neuer Nutzer für diese Einrichtung einschließen.

Anmerkung: Die StimMT-Administratoren des Plattformanbieters und –betreibers sind keine Service-Dienstleister, sondern werden über gesonderte Dienste (StimMT Admin-IAM) verwaltet.

StimMT-Leistungsanbieter können StimMT-Angeboten zugeordnet werden. Hierbei kann u.a. festgelegt werden, zu welchen Zeiten der Leistungsanbieter ein Angebot anbietet (z. B. kann so ausgedrückt werden, dass das ASZ das Angebot „HI-Sprechstunde“ jeden Freitag zwischen 9 und 12 Uhr anbietet).

Die nachfolgende Abbildung stellt das Zusammenspiel von Leistungsanbietern, StimMT-Nutzern und StimMT-Angeboten im Überblick dar.



StimMT-Nutzer werden im Dienst „Nutzer IAM“ verwaltet. Leistungsanbieter und Organisationen werden im StimMT Dienst „Teilnehmerverzeichnis Leistungsanbieter“ verwaltet. Dieses fungiert gegenüber dem „Nutzer IAM“ als Attribute Service, d. h. stellt Attribute für durch das „Nutzer IAM“ ausgestellte Identitätsnachweise bereit. Die Zuordnung von

Die nachfolgenden Abschnitte definieren die IT-Verfahren, die vorrangig auf die Verwaltung von Einrichtungen und Personen sowie die Zuordnung von Leistungsanbietern zu StimMT-Angeboten abzielen.

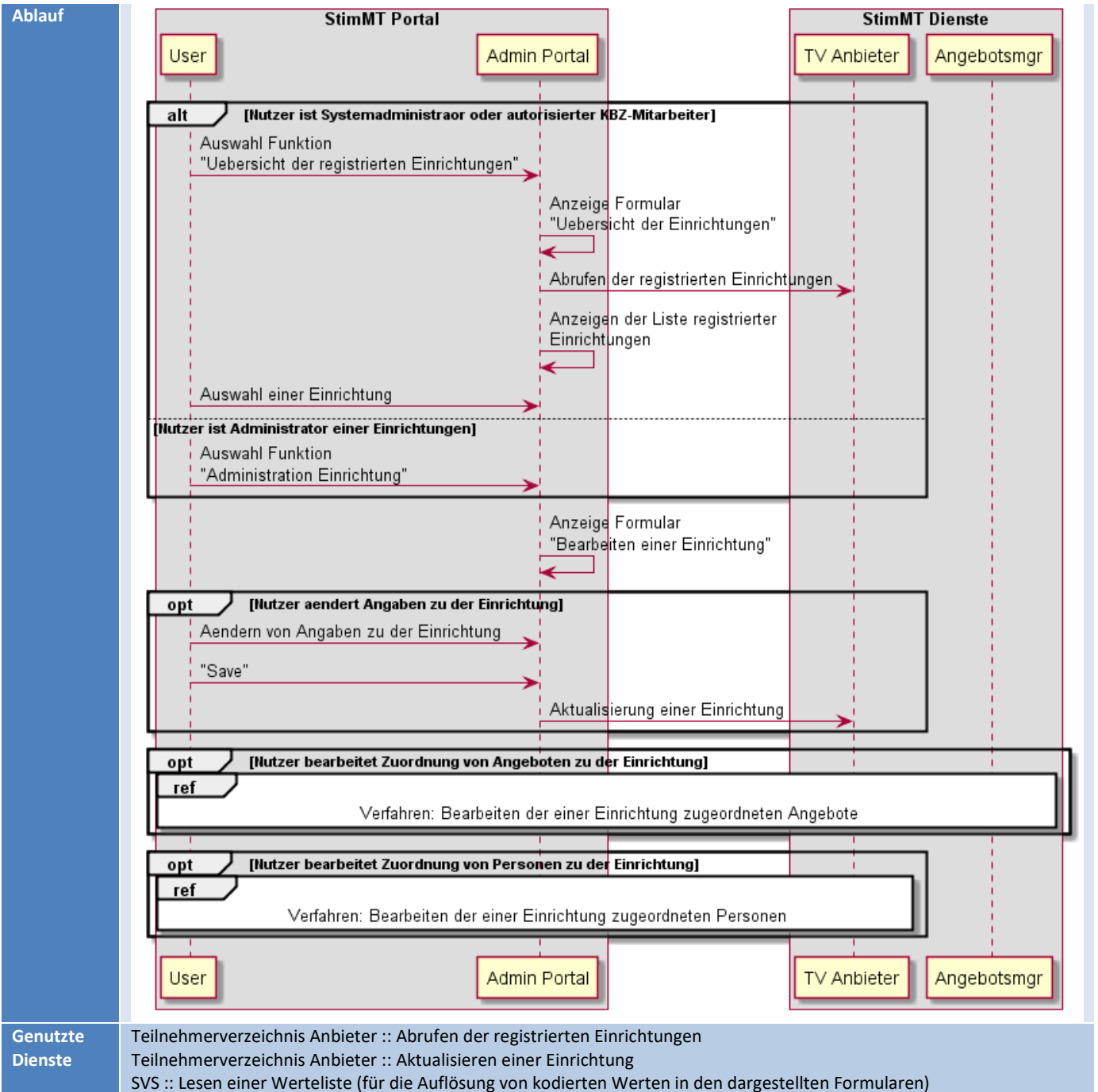
3.2.2 Verfahren: Registrierung einer teilnehmenden Einrichtung

Verfahren	Registrierung einer teilnehmenden Einrichtung
Umsetzung	Dieses Verfahren ist ausschließlich über das StimMT-Admin-Portal nutzbar und entsprechend auch innerhalb dieses Portals umgesetzt.
Nutzer	<ul style="list-style-type: none"> - System-Administratoren des technischen Betreibers - Mitarbeiter des fachlich Verantwortlichen (IGiB StimMT)
Zweck	Registrierung einer Einrichtung (z. B. einer Arztpraxis) an der IT-Plattform
Erfordernis	Alle an StimMT teilnehmenden Einrichtungen müssen an der IT-Plattform registriert sein. Nur so ist sichergestellt, dass eine durchgängige und wirksame Identifizierung, Authentifizierung und Autorisierung von StimMT-Nutzern sowie eine nachvollziehbare Protokollierung durchführbar sind.
Bedingung	<ul style="list-style-type: none"> - Nutzer ist an der IT-Plattform mit der erforderlichen Admin-Rolle angemeldet.

Ergebnis	Eine Einrichtung ist zur Teilnahme an StimMT registriert.
Fehler	Die folgenden Fehler können auftreten und müssen entsprechend im Rahmen des Verfahrens abgefangen und – ggf. durch Nutzer-Interaktion – aufgefangen werden: - Es ist bereits eine Einrichtung mit den übergebenen Eigenschaften definiert
Ablauf	
Genutzte Dienste	Teilnehmerverzeichnis Anbieter :: Registrierung einer Einrichtung SVS :: Lesen einer Werteliste (für die Auflösung von kodierten Werten in den dargestellten Formularen)

3.2.3 Verfahren: Anzeigen und Bearbeiten einer registrierten Einrichtung

Verfahren	Anzeigen und Bearbeiten einer registrierten Einrichtung
Umsetzung	Dieses Verfahren ist ausschließlich über das StimMT-Admin-Portal nutzbar und entsprechend auch innerhalb dieses Portals umgesetzt.
Nutzer	<ul style="list-style-type: none"> - System-Administratoren des technischen Betreibers - Mitarbeiter des fachlich Verantwortlichen (IGiB StimMT) - an StimMT teilnehmende Leistungserbringer <ul style="list-style-type: none"> o ACHTUNG: Nutzer dieser Rolle können nur Angaben zur eigenen Einrichtung anzeigen und bearbeiten
Zweck	Pflege der Angaben zu einer Einrichtung einschließlich der Zuordnung von Personen und Angeboten.
Erfordernis	Angaben zu den registrierten Einrichtungen sollen immer aktuell gehalten werden. Administratoren müssen in der Lage sein, aus einer Einrichtung ausgeschiedene Mitarbeiter zu deaktivieren und neu eingetretene Mitarbeiter zu registrieren.
Bedingung	<ul style="list-style-type: none"> - Nutzer ist an der IT-Plattform mit der erforderlichen Rolle angemeldet. - Die zu bearbeitende Einrichtung ist an der StimMT-Plattform registriert
Ergebnis	Abhängig von den aus diesem Verfahren heraus aufgerufenen nachgelagerten Verfahren
Fehler	-



3.2.4 Verfahren: Bearbeiten der einer Einrichtung zugeordneten Nutzer

Incl. Registrierung am IdP

3.2.5 Verfahren: Bearbeiten der einer Einrichtung zugeordneten Angebote

Verfahren	Anzeigen und Bearbeiten der für ein StimMT-Angebot registrierten Einrichtungen
Umsetzung	Dieses Verfahren ist ausschließlich über das StimMT-Admin-Portal nutzbar und entsprechend auch innerhalb dieses Portals umgesetzt.
Nutzer	<ul style="list-style-type: none"> - System-Administratoren des technischen Betreibers - Mitarbeiter des fachlich Verantwortlichen (IGiB StimMT) - Als Administratoren gekennzeichnete Nutzer des betroffenen Angebotsanbieters
Zweck	Der Nutzer kann Angebote zu Leistungsanbietern zuordnen bzw. einen Leistungsanbieter von einem Angebot de-registrieren. Nur für ein Angebot registrierte Leistungsanbieter können vom Versicherten zur Teilnahme an diesem Angebot berechtigt werden. Voraussetzung für die Registrierung eines Leistungserbringers an einem Angebot ist die Einweisung/Schulung der Mitarbeiter dieses Leistungserbringers zu diesem Angebot.

Erfordernis	Administratoren müssen Leistungsanbieter für einzelne Angebote einschreiben bzw. auch aus einem Angebot ausschreiben können.
Bedingung	<ul style="list-style-type: none"> - Nutzer ist an der IT-Plattform mit der erforderlichen Rolle angemeldet. - Das Angebot ist an der StimMT-Plattform registriert - Einzuschreibender Leistungserbringer wurde eingewiesen/geschult
Ergebnis	Für den Leistungserbringer sind weitere Angebote registriert und/oder zuvor registrierte Angebote wurde für den Leistungserbringer gelöscht.
Fehler	Die folgenden Fehler können auftreten und müssen entsprechend im Rahmen des Verfahrens abgefangen und – ggf. durch Nutzer-Interaktion – aufgefangen werden: <ul style="list-style-type: none"> - Die gewünschten Änderungen können nicht übernommen werden
Ablauf	<pre> sequenceDiagram participant User participant Admin Portal participant TV Anbieter participant Angebotsmanager participant Angebotsverzeichnis User->>Admin Portal: Auswahl eines Leistungserbringers Admin Portal->>Admin Portal: Auswahl Funktion "Anzeigen der einem Leistungserbringer zugeordneten StimMT-Angebote" Admin Portal->>Admin Portal: Anzeige Formular "Zuordnung von StimMT-Angeboten zu einem LE" Admin Portal->>TV Anbieter: Abrufen von Informationen zu dem Angebotsanbieter Admin Portal->>Angebotsverzeichnis: Abrufen der Liste aller definierten StimMT-Angebote Admin Portal->>Angebotsverzeichnis: Abrufen der dem Leistungserbringer zugeordneten StimMT-Angebote opt [Zuordnen eines neuen Angebots zu dem Leistungserbringer] Admin Portal->>Angebotsverzeichnis: Ausfiltern aller fuer den Anbieter nicht zugelassenen Angebote Admin Portal->>Angebotsverzeichnis: Auswaehlen des zuzuweisenden Angebots Admin Portal->>Angebotsmanager: Registrierung des LE fuer das Angebot end opt [De-Registrierung eines LE von dem Angebot] Admin Portal->>Angebotsverzeichnis: Auswaehlen des abzuwaehlenden Angebots Admin Portal->>Angebotsmanager: De-Registrierung des LE von dem Angebot end </pre>
Genutzte Dienste	Angebotsverzeichnis :: Abrufen der Liste aller definierten StimMT-Angebote Angebotsmanager :: Abrufen der einem Leistungserbringer zugeordneten StimMT-Angebote Angebotsmanager :: Registrierung eines LE zu einem Angebot Angebotsmanager :: De-Registrierung eines LE zu einem Angebot Teilnehmerverzeichnis Anbieter :: Abruf von Informationen zu einem Angebotsanbieter

3.2.6 Verfahren: Anzeigen von Statistiken zu einer Einrichtung

Administratoren SOLLEN zumindest die folgenden Statistiken zu jeder der registrierten StimMT-Einrichtungen abrufen können.

- Anzahl von Angeboten, an denen die Einrichtung teilnimmt
- Anzahl der Versicherten, die Berechtigungen an die Einrichtung vergeben haben
- Anzahl der von der Einrichtung eingestellten/abgerufenen Dokumente

Der Abruf dieser Statistiken MUSS über Dashboard-Funktionalitäten der StimMT-Dienste „Teilnehmerverzeichnis Anbieter“, „Consent Repository“ und „XDS Document Manager“ möglich sein. Zusätzlich SOLL es möglich sein, Reports mit den angegebenen Statistiken über alle registrierten Anwendungen hinweg zu erzeugen.

3.3 Versicherte

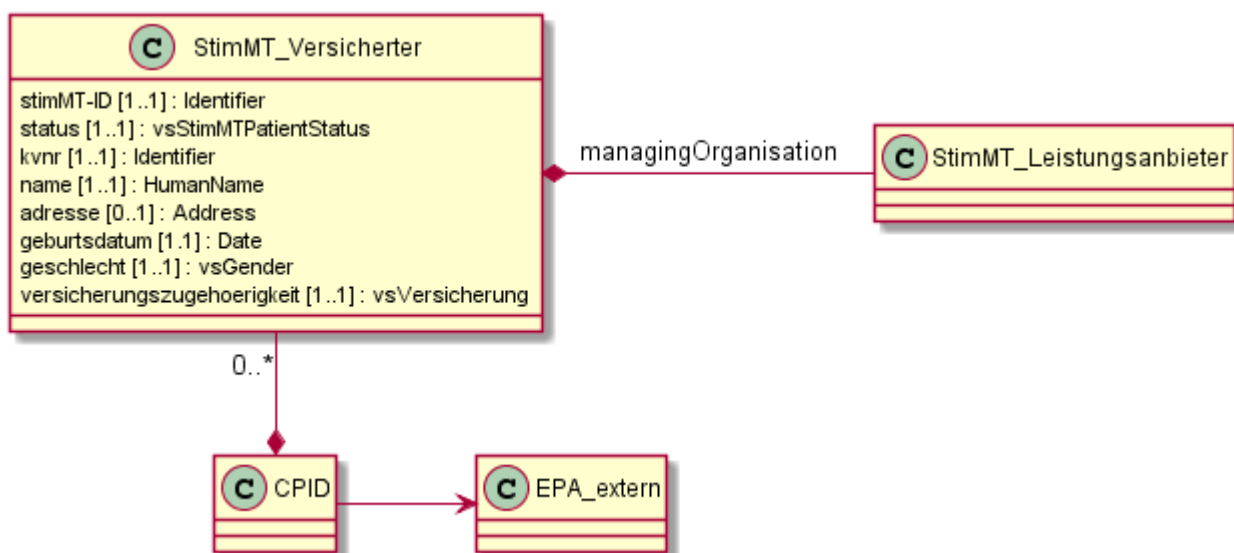
3.3.1 Informationsmodell

Alle an StimMT teilnehmenden Versicherten sind im „Teilnehmerverzeichnis Versicherte“ der StimMT IT-Plattform registriert. Jedem Versicherten wird durch die IT-Plattform eine eindeutige StimMT-ID zugewiesen, über die er innerhalb der StimMT-Dienste identifiziert wird. Krankenversicherungsnummer, Geburtsdatum und Name können verwendet werden, um zu einem Versicherten die zugeordnete StimMT-ID zu finden. Geburtsdatum und Geschlecht werden darüber hinaus auch im Zusammenhang mit StimMT-Angeboten verarbeitet; z. B. bei der Erstellung eines Medikationsplans. Im Informationsmodell ist die Speicherung von Kontaktdaten zu einem Versicherten angelegt; hier ist zu prüfen, ob in einem der StimMT-Angebote eine Kontaktaufnahme mit dem Versicherten aus der Plattform heraus erforderlich ist. Sollte dies nicht der Fall sein, kann dieses Attribut im Sinne der Datensparsamkeit entfallen.

Ein Versicherter kann einen Leistungsanbieter als „Managing Organisation“ benennen. Neben den StimMT Versicherten-Administratoren kann nur dieser Leistungsanbieter aus seinem AIS heraus Aktualisierungen an den Stammdaten des Versicherten vornehmen. Per default ist der Leistungsanbieter, über den der Versicherte in StimMT angemeldet wurde, die „Managing Organisation“ für diesen Versicherten.

Über ein Gateway (Fassade) kann die StimMT IT-Plattform nach „außen“ – d. h. gegenüber Aktensystemen von Dritten – als IHE XDS Domain agieren und damit über die Mechanismen von IHE mit diesen interagieren. Für StimMT ist dieser Aspekt besonders relevant, da mit der AOK und der TK zwei am Projekt teilnehmende Kassen eigene Patientenaktensystem auf IHE-Basis betreiben und auch die SANA Kliniken die Daten des SANA Krankenhauses Templin über eine eigene IHE XDS Domain bereitstellen können. Um eine Vernetzung mit solchen IHE XDS Domains zu erlauben, kann StimMT pro externem Aktensystem eine sog. CPID bereitstellen, die gegenüber der externen Akte als ID des Versicherten in StimMT dargestellt wird. Beispielsweise kann StimMT auf diesem Wege AOK-versicherte templiner Bürger am Master-PIX des AOK Gesundheitsnetzwerks GeN registrieren, wodurch diese über das „Portal für Gesundheit“ des GeN-Betreibers ihre in StimMT vorgehaltenen Daten einsehen können.

Die nachfolgende Abbildung stellt das Informationsmodell eines Versicherten im Überblick dar.



3.3.2 Verfahren: Einschreiben eines Versicherten in StimMT

Das Einschreiben eines Versicherten in StimMT entspricht der Einwilligung des Versicherten zur Teilnahme an StimMT. Die Einwilligung beinhaltet insbesondere den Auftrag zur Pflege des für alle weiteren Nutzenszenarien erforderlichen „Basisdatensatz Versorgungskontinuität“ durch den StimMT-Verantwortlichen. Dieser wird in unmittelbarer Umsetzung der Einwilligung zur StimMT-Teilnahme durch den Arzt angelegt, gegenüber dem diese Einwilligung abgegeben wurde.

Das entsprechende Verfahren „Einwilligung in StimMT und Erstanlage Basisdatensatz“ ist in Kapitel 4.2.1.1 beschrieben.

3.3.3 Verfahren: Ausschreiben eines Versicherten aus StimMT

Das Ausschreiben eines Versicherten aus StimMT entspricht dem Widerruf der Einwilligung des Versicherten zur Teilnahme an StimMT. In Konsequenz des Widerrufs der Einwilligung zu StimMT müssen alle in StimMT zu dem Versicherten vorgehaltenen Daten einschließlich des „Basisdatensatz Versorgungskontinuität“ gelöscht werden. Der Versicherte hat die Möglichkeit, einem Arzt seines Vertrauens zuvor noch eine Kopie des „Basisdatensatz Versorgungskontinuität“ in einem interoperablen Format zukommen zu lassen.

Das entsprechende Verfahren „Widerruf der Einwilligung zu StimMT“ ist in Kapitel 4.2.1.2 beschrieben.

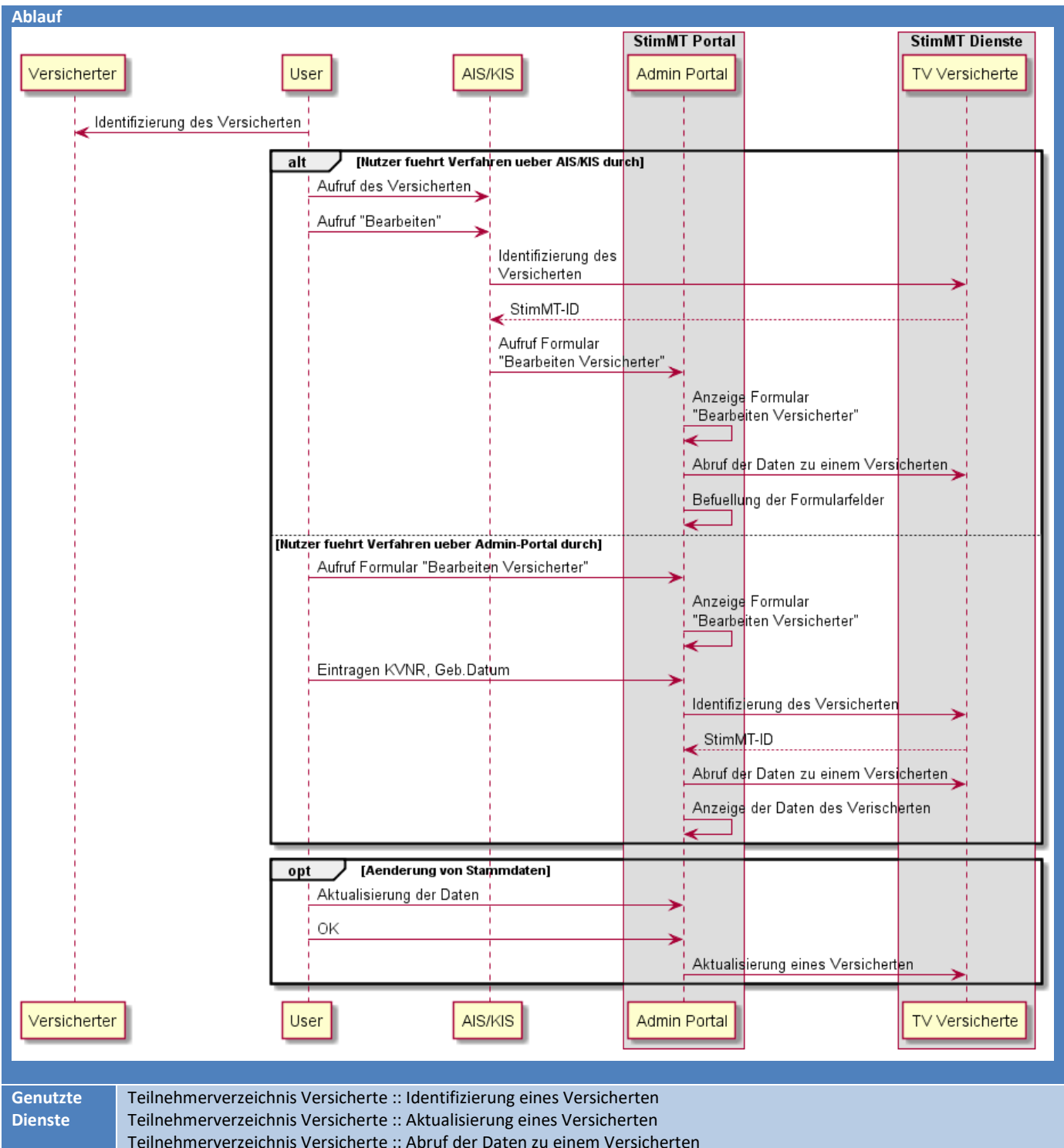
3.3.4 Verfahren: Aktualisieren der Stammdaten zu einem Versicherten

Name, Adresse, Kassenzugehörigkeit und administratives Geschlecht können sich im Verlauf des Lebens eines an StimMT teilnehmenden Versicherten ändern. Entsprechende Änderungen müssen in StimMT nachvollzogen werden, da beispielsweise die Adresse für eine Kontaktaufnahme erforderlich ist (z. B. Erinnerung an wichtige Termine) und die Kassenzugehörigkeit benötigt wird, um die Teilnahmeberechtigung des Versicherten an selektivvertraglichen Zusatzangeboten zu prüfen.

Da die Stammdaten einen hohen Schutzbedarf der Integrität haben, können Änderungen nur durch einen eingeschränkten Personenkreis durchgeführt werden. Zusätzlich kann bei Kassen, die entsprechende Schnittstellen anbieten, eine Online-Prüfung der zu übernehmenden Daten durchgeführt werden. Beispielsweise bietet die AOK Nordost mit dem Insuree Lookup Service eine Möglichkeit an, anhand von KVNR und Geburtsdatum zu prüfen, ob eine Person wirklich bei der AOK Nordost versichert ist.

Die in StimMT für die Identifizierung des Versicherten genutzten Daten (KVNR und Geburtsdatum) können über dieses Verfahren nicht geändert werden. Änderungen dieser Daten sind nur gegen entsprechenden Nachweis durch einen Systemadministrator mittels Zugriff auf die Datenbank möglich.

Verfahren	Anzeigen und Bearbeiten der Daten zu einem Versicherten
Umsetzung	Dieses Verfahren ist sowohl über das StimMT-Admin-Portal als auch aus einem AIS bzw. KIS heraus nutzbar.
Nutzer	<ul style="list-style-type: none">- Mitarbeiter des fachlich Verantwortlichen (IGiB StimMT)- Mitarbeiter der „Managing Organisation“ für den Versicherten
Zweck	Aktualisierung der Stammdaten zu einem Versicherten
Erfordernis	Die Stammdaten zu den an StimMT teilnehmenden Versicherten sollen jederzeit aktuell sein, um eine sichere Kommunikation mit dem Versicherten zu ermöglichen und dessen Zugang zu bestimmten Angeboten zu steuern.
Bedingung	<ul style="list-style-type: none">- Nutzer ist an der IT-Plattform mit der erforderlichen Rolle angemeldet.- Nutzer ist für das Onboarding von Versicherten geschult.- Versicherter kann über mitgeführte Identitätsdokumente identifiziert werden.
Ergebnis	Die aktualisierten Stammdaten sind im StimMT Teilnehmerverzeichnis Versicherte gespeichert.
Fehler	Die folgenden Fehler können auftreten und müssen entsprechend im Rahmen des Verfahrens abgefangen und – ggf. durch Nutzer-Interaktion – aufgefangen werden: <ul style="list-style-type: none">- Es kein Versicherter mit den übergebenen Eigenschaften an der StimMT IT-Plattform registriert.- Die neuen Stammdaten stimmen nicht mit den bei der Krankenkasse des Versicherten gepflegten Stammdaten überein.



3.3.5 Verfahren: Registrieren eines StimMT-Teilnehmers im AOK GeN MPI

Für Versicherte der AOK, die am Gesundheitsnetzwerk GeN teilnehmen, erfolgen alle Zugriffe

- auf außerhalb von StimMT (z. B. bei SANA) gespeicherte Dokumente und
- durch an das GeN angebundene Ärzte auf (statische und on-demand) Dokumente in StimMT

über das Gesundheitsnetzwerk GeN. Hierdurch kann der Versicherte die kompletten Leistungen des GeN (z. B. Dokumenteneinsicht über das Portal für Gesundheit) auch für die in StimMT vorgehaltenen Daten nutzen.

Damit dies möglich ist, muss die in StimMT für den Versicherten genutzte ID (StimMT-ID) am Master Patient Index (MPI) des GeN registriert werden.

3.3.6 Verfahren: Registrieren einer CPID zu einem Versicherten (SANA)

Seitens des SANA Krankenhauses Templin in StimMT eingebrachte Dokumente werden in der lokalen XDS Domain von SANA verwaltet. Ein Abruf dieser Dokumente über das GeN ist nur möglich, wenn der Versicherte bei der AOK Nordost versichert ist und am Gesundheitsnetzwerk GeN teilnimmt. Bei Versicherten anderer Krankenkassen muss ein direkter Austausch der CPIDs zwischen StimMT und SANA erfolgen, so dass ein wechselseitiger Abruf von Daten möglich ist.

4. IT-Verfahren (Sicherheit und Datenschutz)

Der Zugang zu allen IT-Verfahren und –Diensten der StimMT IT-Plattform ist nur für identifizierte, authentifizierte und zur Nutzung des Verfahrens/Dienstes autorisierten Nutzer möglich. Dieses wird durch technische Maßnahmen abgesichert.

In diesem Kapitel werden die auf der Ebene der StimMT-Anwendungen sichtbaren IT-Verfahren für die Authentifizierung von Nutzern, die Vergabe von Berechtigungen und die Auswertung von Protokollen beschrieben.

4.1 Authentifizierung

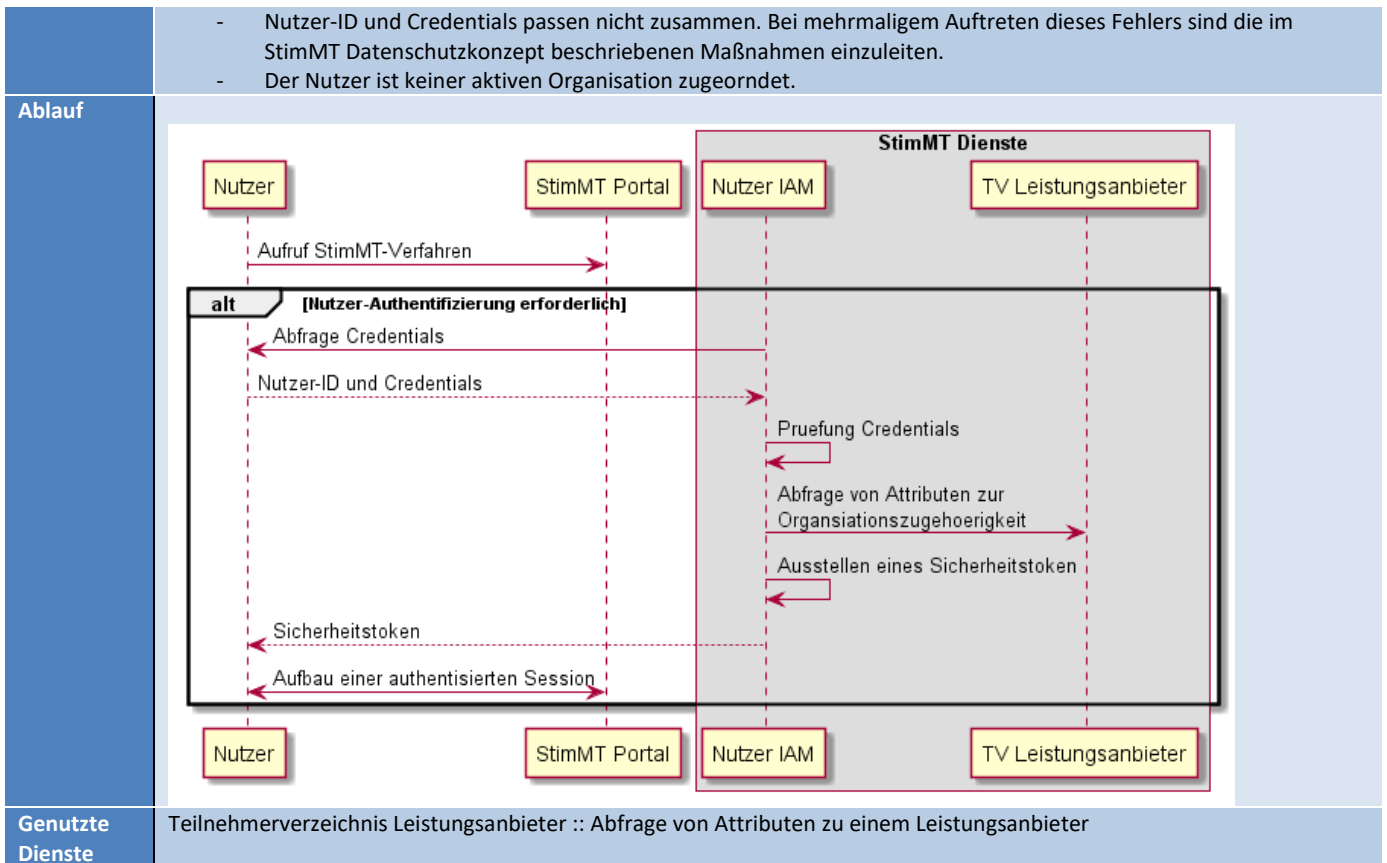
Das IT-Verfahren zur Authentifizierung eines Nutzers stellt dessen Identität und Authentizität fest. Das Ergebnis einer erfolgreich ausgeführten Authentifizierung wird in einem Sicherheitstoken festgehalten, das Angaben zur Identität des Nutzers sowie des Leistungsanbieters enthält, dem der Nutzer zugeordnet ist.

In StimMT werden drei Möglichkeiten der Authentifizierung unterstützt:

- Authentifizierung am StimMT-Portal: Im Anschluss an eine erfolgreiche Authentifizierung am StimMT-Portal kann der Nutzer – im Umfang der ihm zustehenden Berechtigungen – StimMT-Anwendungen und –Dienste über das StimMT-Portal nutzen. Das im Ergebnis der Authentifizierung ausgestellte Sicherheitstoken wird sicher in einer Browser-Session verwaltet und über das StimMT-Portal in alle Aufrufe von StimMT-Diensten eingebettet. Das beschriebene Verfahren gilt sowohl für das StimMT Admin-Portal als auch für das StimMT Nutzer-Portal.
- Authentifizierung über AIS/KIS: ...
- Authentifizierung über AOK GeN: ...

4.1.1 Verfahren: Authentifizierung eines Nutzers am Portal

Verfahren	Authentifizierung eines Nutzers
Umsetzung	Dieses Verfahren gilt sowohl für das StimMT-Admin-Portal als auch für das StimMT Nutzer-Portal.
Nutzer	- Alle registrierten StimMT-Nutzer (incl. Nutzer mit Admin-Rollen)
Zweck	Absicherung der Identität und Authentizität der Nutzer von StimMT-Anwendungen und –Diensten
Erfordernis	Nur berechtigte Nutzer dürfen die Dienste der StimMT-Plattform nutzen. Voraussetzung hierfür ist die sichere Identifizierung und Authentifizierung des Nutzers.
Bedingung	- Nutzer ist im StimMT Dienst „Nutzer IAM“ registriert - Nutzer ist einer im „Teilnehmerverzeichnis Leistungsanbieter“ registrierten Organisation zugeordnet
Ergebnis	Für den Nutzer wurde ein Sicherheitstoken ausgestellt, das als Nachweis der Identität und Authentizität des Nutzers gegenüber allen StimMT-Diensten verwendet werden kann.
Fehler	Die folgenden Fehler können auftreten und müssen entsprechend im Rahmen des Verfahrens abgefangen und – ggf. durch Nutzer-Interaktion – aufgefangen werden:



4.1.2 Verfahren: Authentifizierung eines Nutzers via AIS/KIS

... AIS/KIS führt lokale Anmeldung durch und ruft mit den Daten vom Nutzer IAM das benötigte Sicherheitstoken ab. TV Leistungsanbieter auch hier als Attribute Service ...

4.1.3 Verfahren: Authentifizierung eines Nutzers über das AOK Gesundheitsnetzwerk GeN

Mit GeN zu klären: Muss eine GeN Identity Assertion die Basis für ein StimMT Sicherheitstoken sein oder reicht hier auch das vom GeN Keycloak ausgestellte Token.

4.2 Berechtigungskonzept

Das Berechtigungskonzept von StimMT basiert auf drei Kernelementen:

- Mit der schriftlichen, informierten Einwilligung zur Teilnahme an StimMT autorisiert der Bürger die durch den Verantwortlichen von StimMT erforderlicher Weise durchzuführende Datenverarbeitung und beauftragt diesen mit der Anlage, Pflege und Zurverfügungstellung eines „Basisdatensatz Versorgungskontinuität“
- Mit der schriftlichen, informierten Einwilligung zur Teilnahme an einem StimMT-Angebot legt der Bürger die Grundlage für Berechtigungen von Leistungsanbietern zum Austausch von medizinischen Daten im Kontext dieses Abgebots.
- Mit der Autorisierung einer konkreten Datenverarbeitung instanziiert der Bürger die in 2. angelegten Berechtigungen. Die Autorisierung KANN Mündlich erfolgen, SOLL jedoch vom Arzt dokumentiert werden. (Laut LDI M-V ist es ausreichend ein Pop-Up „Haben Sie die Zustimmung des Betroffenen zu dieser Aktion eingeholt?“ anzuzeigen und kann dann nach Klicken auf „ja“ auf Daten zugreifen oder Daten einstellen)

4.2.1 Teilnahmeerklärung StimMT

Um Angebote von StimMT nutzen zu können, muss sich ein Bürger in StimMT einschreiben und damit der Anlage und Pflege des allen anderen Angeboten zugrundeliegenden „Basisdatensatz Versorgungskontinuität“ zustimmen. Die Einschreibung erfolgt bei einem Arzt und entspricht einer informierten Einwilligung. Mit der Einwilligung stimmt der Betroffene insbesondere den folgenden Datenverarbeitungen zu:

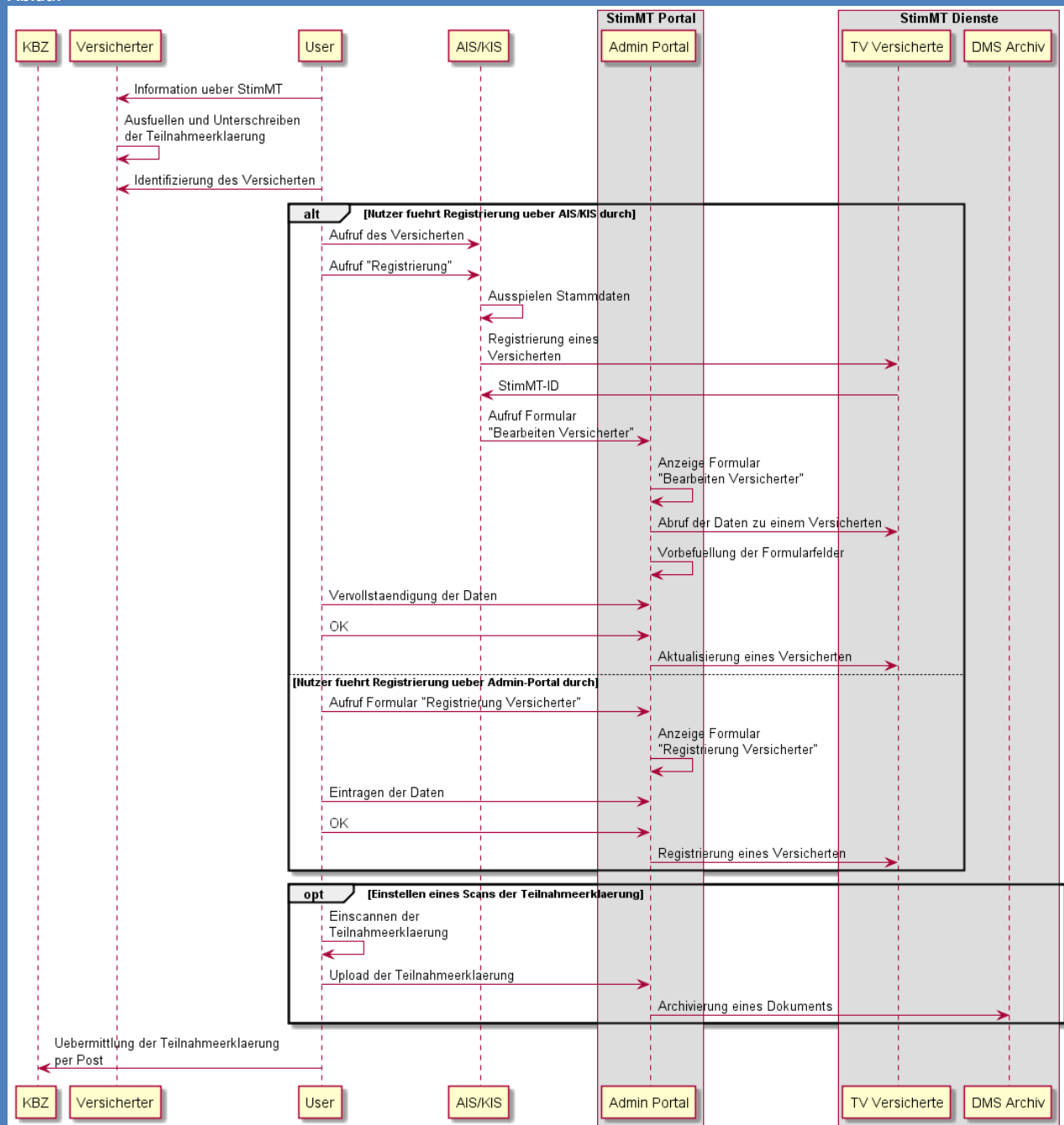
- StimMT erstellt und pflegt für den Bürger einen „Basisdatensatz Versorgungskontinuität“, der alle in der europäischen Patientenakte (epSOS Patient Summary) zusammengefassten Informationen sowie für die spezifischen Anforderungen der Templiner Versorgungsstruktur relevante Daten enthält. Alle vom Versicherten entsprechend berechtigten Leistungserbringer sind angehalten, den „Basisdatensatz Versorgungskontinuität“ beständig mit Daten aus ihrem AIS zu aktualisieren und zu vervollständigen. Sie werden hierzu für die erforderlichen Daten und diesen Zweck gegenüber StimMT von ihrer Schweigepflicht entbunden.
- Seine Stammdaten (Name, Geburtsdatum, Adresse, KV Nummer) werden in StimMT gespeichert und zum Zweck seiner Identifizierung verwendet. Der Versicherte kann zusätzlich eine Mobilfunknummer angeben, unter der ihm wichtige Benachrichtigungen und Erinnerungen zugesandt werden können. Sofern diese Daten durch einen Arzt bereitgestellt werden, wird dieser für diese Daten und Zwecke von seiner Schweigepflicht gegenüber StimMT entbunden.
- StimMT kann für den Versicherten eine interne ID anlegen, über die eine Verknüpfung der bei verschiedenen Leistungserbringern erstellten medizinischen Daten möglich ist.
- An den vom Versicherten ausgewählten Strukturangeboten teilnehmende Leistungserbringer dürfen die für die Umsetzung dieser Angebote erforderlichen Daten an StimMT übermitteln. StimMT darf die für die Umsetzung der vom Versicherten ausgewählten Strukturangebote erforderlichen Daten des SANA Krankenhauses Templin von SANA abfragen. Leistungserbringer und SANA Krankenhaus Templin werden entsprechend für diese Daten und Zwecke von ihrer Schweigepflicht gegenüber StimMT entbunden.
- Sofern der Versicherte das SANA Krankenhaus Templin zur Teilnahme an einem StimMT-Angebot berechtigt, darf StimMT von SANA die für die Umsetzung dieses Angebots erforderlichen Daten von SANA abrufen.
- Alle an StimMT teilnehmenden Leistungserbringer dürfen abfragen, welche Strukturangebote der Versicherte nutzt und diesen – nach Information und auf Wunsch des Betroffenen – in weitere Strukturangebote einschreiben.
- Der Versicherte benennt einen Leistungserbringer als „managing authority“. Dieser Leistungserbringer kann im Auftrag des Versicherten definierte administrative Aufgaben in StimMT wahrnehmen (z. B. Aktualisierung der Stammdaten). Per default ist der Arzt gegenüber dem die Teilnahmeerklärung an StimMT abgegeben wurde, die „managing authority“ des Versicherten.
- StimMT darf zur Verbesserung der Versorgung in der Region und zur Optimierung seiner Angebotspalette die zu dem Bürger erfassten Daten in pseudonymisierter Form auswerten und in anonymisierter Form für die Erstellung von Statistiken nutzen.
- Für Versicherte der AOK Nordost: StimMT darf am GeN anfragen, ob der Versicherte am GeN teilnimmt. Falls dies der Fall ist, darf StimMT für den Versicherten eine StimMT-CPID am GeN MPI registrieren, so dass z. B. eine Einsichtnahme des Versicherten in seine in StimMT gespeicherten Daten über das Portal für Gesundheit möglich ist.

Der Versicherte kann dieser Erklärung nur als Ganzes zustimmen. Das Streichen einzelner Passagen ist nicht zulässig, da hierdurch entweder die Grundlage für das Aufsetzen weiterer Angebote fehlt oder Voraussetzungen für die Finanzierung der StimMT Versorgungsleistungen aus Mitteln des Innovationsfonds nicht gegeben sind.

4.2.1.1 Verfahren: Einwilligung in StimMT und Erstanlage „Basisdatensatz Versorgungskontinuität“

Verfahren	Registrierung eines Versicherten zur Teilnahme an StimMT
Umsetzung	Dieses Verfahren ist sowohl über das StimMT-Admin-Portal als auch aus einem AIS bzw. KIS heraus nutzbar.
Nutzer	<ul style="list-style-type: none"> - Mitarbeiter des fachlich Verantwortlichen (IGiB StimMT) - Für das Onboarding von Versicherten geschulte Leistungserbringer
Zweck	Registrierung eines Versicherten an der IT-Plattform
Erfordernis	Alle an StimMT teilnehmenden Versicherten müssen an der IT-Plattform registriert sein. Nur so ist sichergestellt, dass eine durchgängige und wirksame Datenzuordnung sowie eine nachvollziehbare Protokollierung durchführbar sind.
Bedingung	<ul style="list-style-type: none"> - Nutzer ist an der IT-Plattform mit der erforderlichen Rolle angemeldet. - Nutzer ist für das Onboarding von Versicherten geschult. - Versicherter kann über mitgeführte Identitätsdokumente identifiziert werden.
Ergebnis	Ein Versicherter ist zur Teilnahme an StimMT registriert.
Fehler	Die folgenden Fehler können auftreten und müssen entsprechend im Rahmen des Verfahrens abgefangen und – ggf. durch Nutzer-Interaktion – aufgefangen werden: <ul style="list-style-type: none"> - Es ist bereits ein Versicherter mit den übergebenen Eigenschaften an der StimMT IT-Plattform registriert.

Ablauf



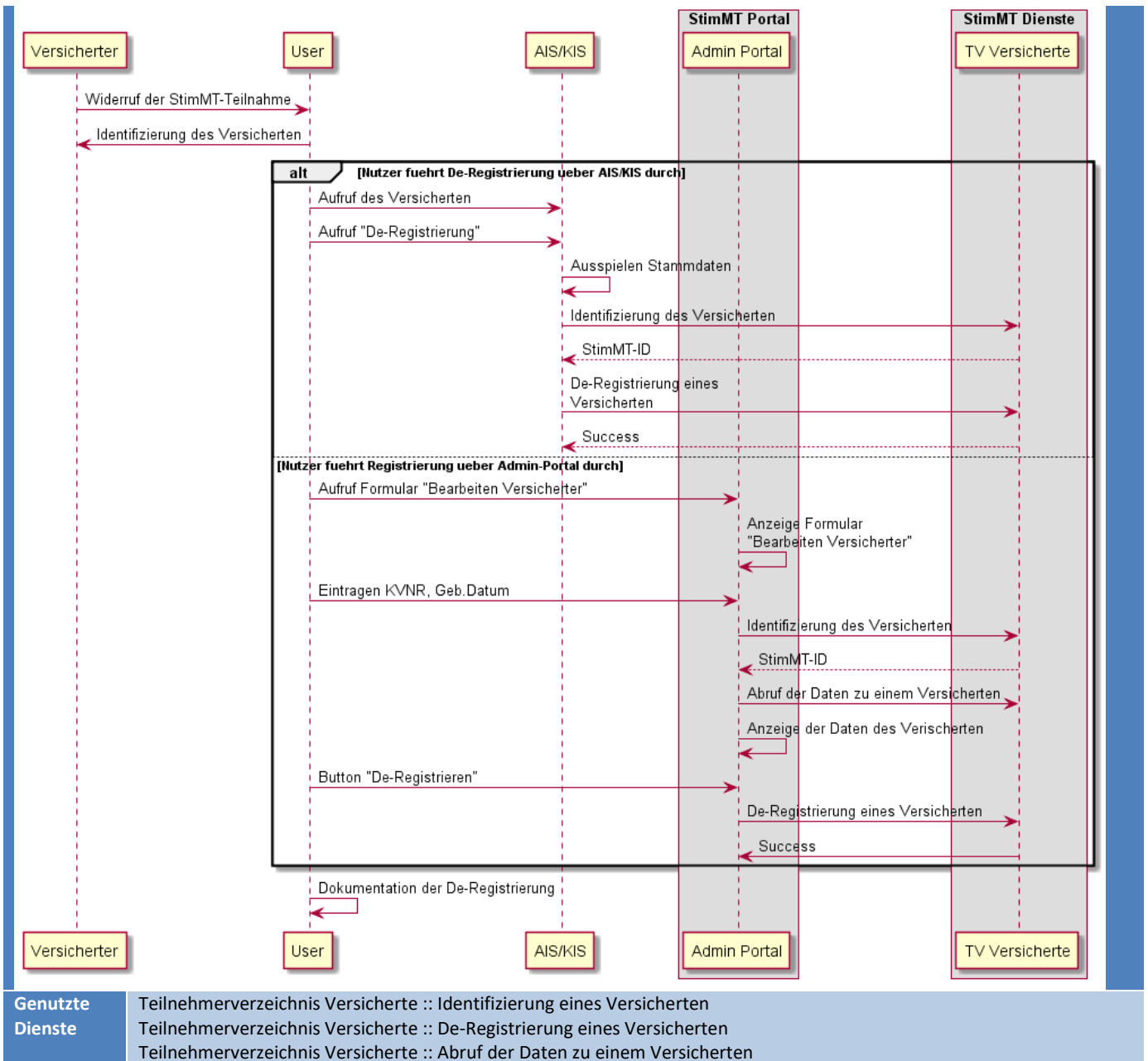
Genutzte Dienste	Teilnehmerverzeichnis Versicherte :: Registrierung eines Versicherten Teilnehmerverzeichnis Versicherte :: Aktualisierung eines Versicherten
-------------------------	---

Teilnehmerverzeichnis Versicherte :: Abruf der Daten zu einem Versicherten
 DMS Archiv :: Archivierung eines Dokuments zu einem Versicherten
 SVS :: Abrufen einer Werteliste (im Diagramm nicht dargestellt)

Anmerkung: Wenn die Einwilligung zur Teilnahme an StimMT und zur Führung eines „Basisdatensatz Versorgungskontinuität“ gegenüber einem Leistungserbringer abgegeben wurde, SOLLTE anschließend das Verfahren „Initiale Befüllung der Basisdaten aus dem AIS“ aufgerufen werden.

4.2.1.2 Verfahren: Widerruf der Einwilligung in StimMT

Verfahren	De-Registrierung eines Versicherten von Teilnahme an StimMT
Umsetzung	Dieses Verfahren ist sowohl über das StimMT-Admin-Portal als auch aus einem AIS bzw. KIS heraus nutzbar.
Nutzer	<ul style="list-style-type: none"> - Systemadministratoren (z. B. bei Rücknahme der Teilnahmeerklärung per Post) - Mitarbeiter des fachlich Verantwortlichen (IGiB StimMT) - Für das Offboarding von Versicherten geschulte Leistungserbringer
Zweck	De-Registrierung eines Versicherten von der IT-Plattform
Erfordernis	Ein Versicherter kann seine Teilnahme an StimMT jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen. In diesem Fall wird der Versicherte von der StimMT IT-Plattform de-registriert und kann keine Angebote von StimMT mehr in Anspruch nehmen. Laufende Teilnahmen an StimMT-Angeboten werden unverzüglich beendet.
Bedingung	<ul style="list-style-type: none"> - Nutzer ist an der IT-Plattform mit der erforderlichen Rolle angemeldet. - Nutzer ist für das Offboarding von Versicherten geschult. - Versicherter kann über mitgeführte Identitätsdokumente identifiziert werden.
Ergebnis	Ein Versicherter ist nicht mehr zur Teilnahme an StimMT registriert. Alle Teilnahmen an StimMT-Angeboten werden beendet. Es werden keine weiteren Daten zu dem Versicherten erhoben. Alle zu dem Versicherten erhobenen Daten werden gelöscht bzw. gesperrt.
Fehler	Die folgenden Fehler können auftreten und müssen entsprechend im Rahmen des Verfahrens abgefangen und – ggf. durch Nutzer-Interaktion – aufgefangen werden: <ul style="list-style-type: none"> - Es kein Versicherter mit den übergebenen Eigenschaften an der StimMT IT-Plattform registriert.
Ablauf	



4.2.2 Teilnahmeerklärungen StimMT-Angebote

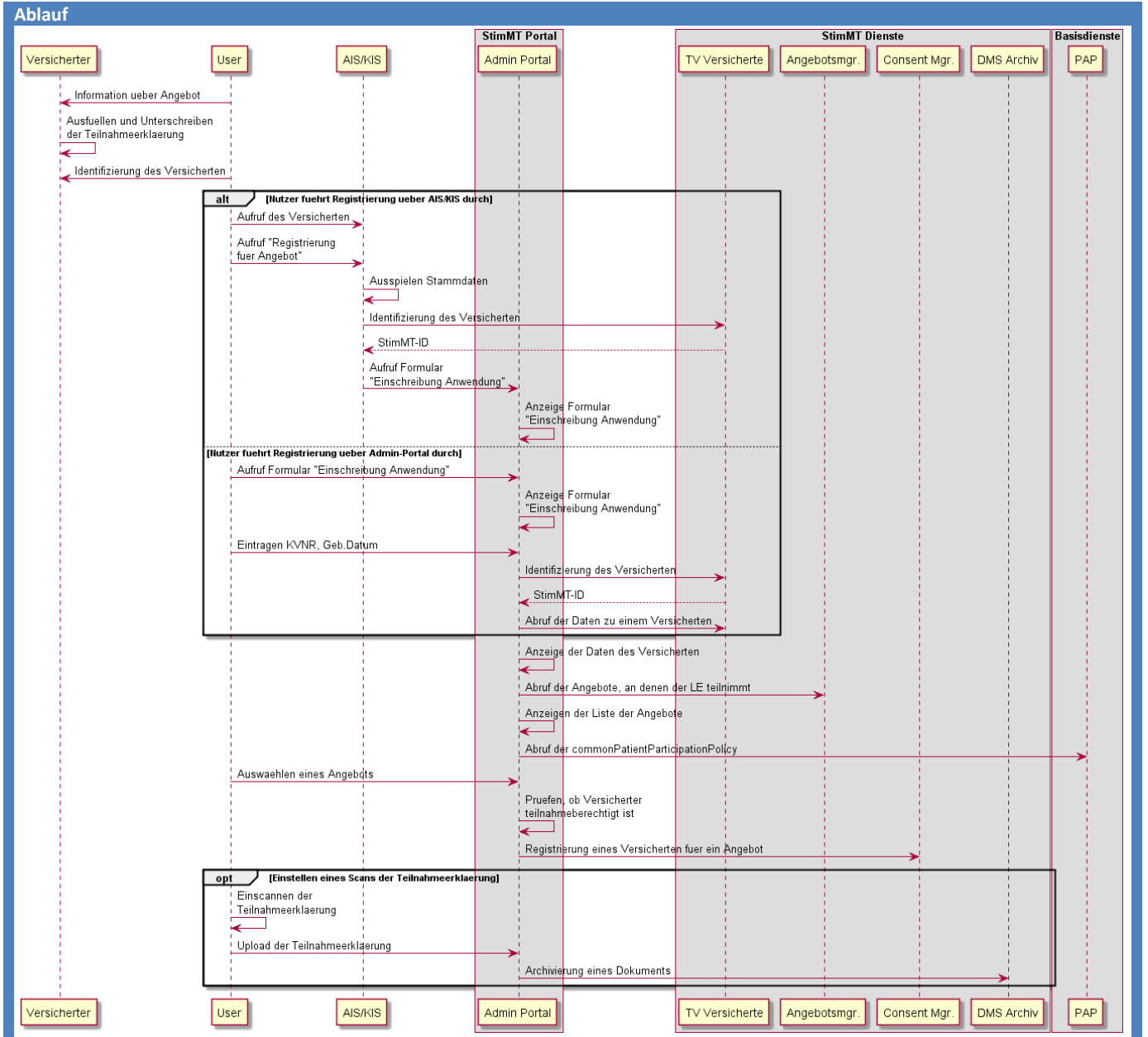
4.2.2.1 Verfahren: Einschreibung eines Versicherten zu einem StimMT-Angebot

Verfahren	Einschreibung eines Versicherten zu einem StimMT-Angebot
Umsetzung	Dieses Verfahren ist sowohl über das StimMT-Admin-Portal als auch aus einem AIS bzw. KIS heraus nutzbar.
Nutzer	- Für das Onboarding von Versicherten geschulte Leistungserbringer
Zweck	Für die Teilnahme eines Versicherten an einem Angebot müssen zu definierende Erklärungen (Einwilligung, Schweigepflichtenbindung) eingeholt werden. Mit der expliziten Einschreibung für ein Angebot ist sichergestellt, dass diese Erklärungen in wirksamer Form vorliegen.
Erfordernis	Die Teilnahme eines Versicherten an einem Angebot erfordert die explizite, informierte Einwilligung des Versicherten. Nur durch die Registrierung können weitere Autorisierungen an die Inanspruchnahme eines Angebots gebunden werden.
Bedingung	- Nutzer ist an der IT-Plattform mit der erforderlichen Rolle angemeldet. - Nutzer ist für das Onboarding von Versicherten geschult.

- Versicherten kann über mitgeführte Identitätsdokumente identifiziert werden.
- Nutzer ist für das ausgewählte Angebot qualifiziert.
- Versicherten ist für das ausgewählte Angebot qualifiziert.

Ergebnis Der Versicherte ist für die Teilnahme an einem Angebot registriert und kann dieses damit in Anspruch nehmen.

- Fehler** Die folgenden Fehler können auftreten und müssen entsprechend im Rahmen des Verfahrens abgefangen und – ggf. durch Nutzer-Interaktion – aufgefangen werden:
- Es kein Versicherten mit den übergebenen Eigenschaften an der StimMT IT-Plattform registriert.
 - Der Versicherte ist nicht für die Teilnahme an dem gewählten Angebot qualifiziert



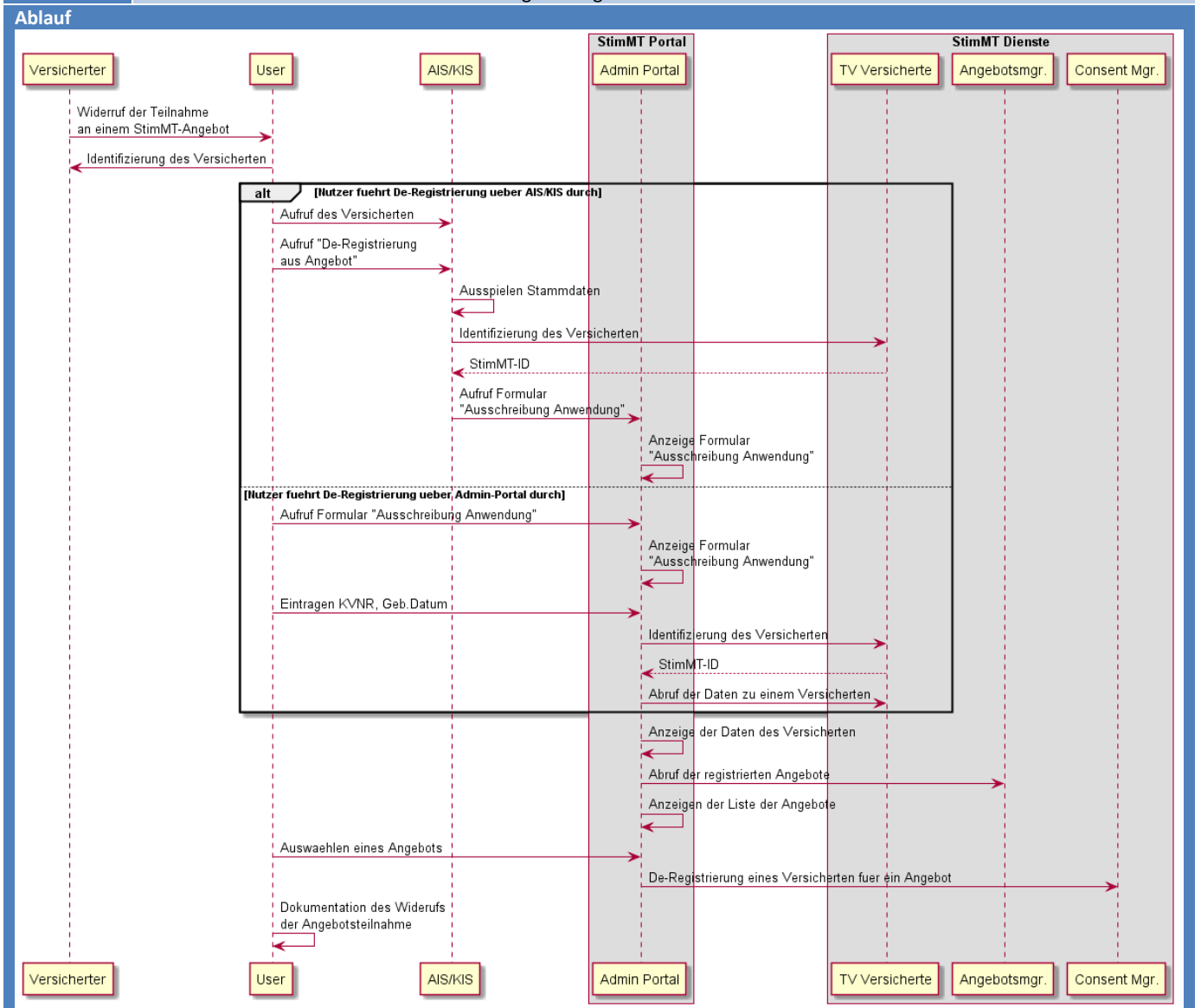
Genutzte Dienste

- Teilnehmerverzeichnis Versicherte :: Identifizierung eines Versicherten
- Teilnehmerverzeichnis Versicherte :: Abruf der Daten zu einem Versicherten
- Angebotsmanager :: Abruf der Angebote, an denen ein Leistungserbringer teilnimmt
- Consent Manager :: Registrierung eines Versicherten für ein Angebot
- PAP :: Abruf einer Policy
- DMS Archiv :: Archivierung eines Dokuments

4.2.2.2 Verfahren: Ausschreibung eines Versicherten aus einem StimMT-Angebot

Verfahren Ausschreibung eines Versicherten aus einem StimMT-Angebot

Umsetzung	Dieses Verfahren ist sowohl über das StimMT-Admin-Portal als auch aus einem AIS bzw. KIS heraus nutzbar.
Nutzer	- Für das Offboarding von Versicherten geschulte Leistungserbringer
Zweck	De-Registrierung eines Versicherten von der Teilnahme an einem StimMT-Angebot
Erfordernis	Ein Versicherter kann seine Teilnahme an einem StimMT-Angebot jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen. In diesem Fall wird der Versicherte von dem StimMT-Angebot deregistriert. Leistungserbringer können danach keine Daten mehr im Kontext dieses Angebots austauschen.
Bedingung	<ul style="list-style-type: none"> - Nutzer ist an der IT-Plattform mit der erforderlichen Rolle angemeldet. - Nutzer ist für das Offboarding von Versicherten geschult. - Versicherter kann über mitgeführte Identitätsdokumente identifiziert werden. - Versicherter ist für das Angebot registriert
Ergebnis	Ein Versicherter ist nicht mehr zur Teilnahme an dem StimMT-Angebot registriert. Alle für dieses StimMT-Angebot vergebene Berechtigungen werden zurückgezogen. Es werden im Kontext des Angebots keine weiteren Daten zu dem Versicherten erhoben. Alle zu dem Versicherten im Kontext des Angebots erhobenen Daten werden gelöscht bzw. gesperrt sofern diese nicht noch für andere – weiter laufende – Angebote erforderlich sind.
Fehler	Die folgenden Fehler können auftreten und müssen entsprechend im Rahmen des Verfahrens abgefangen und – ggf. durch Nutzer-Interaktion – aufgefangen werden: <ul style="list-style-type: none"> - Es kein Versicherter mit den übergebenen Eigenschaften an der StimMT IT-Plattform registriert. - Der Versicherte ist nicht für das Angebot registriert



Genutzte Dienste	Teilnehmerverzeichnis Versicherte :: Identifizierung eines Versicherten Teilnehmerverzeichnis Versicherte :: Abruf der Daten zu einem Versicherten Angebotsmanager :: Abruf der Angebote, an denen ein Leistungserbringer teilnimmt Consent Manager :: Registrierung eines Versicherten für ein Angebot PAP :: Abruf einer Policy DMS Archiv :: Archivierung eines Dokuments
-------------------------	---

4.3 Autorisierung

4.3.1 Verfahren: Vorab-Berechtigung eines LE zur Teilnahme an einem Angebot

Wenn SANA, dann DSUB Registrierung?

4.3.2 Verfahren: Widerruf der Vorab-Berechtigung eines LE zur Teilnahme an einem Angebot

Wenn SANA, dann DSUB-Deregistrierung?

4.3.3 Verfahren: Ad-Hoc-Berechtigung eines LE zu einer Datenverarbeitung

... piggybacking einer Berechtigung mit dem Aufruf ...

4.4 Nicht-Abstreitbarkeit

4.4.1 Protokollierung im Kontext der StimMT IT-Verfahren

StimMT Verfahren	Für die Protokollierung verantwortlicher StimMT-Dienst
Registrierung und Pflege von StimMT Angeboten	Das Angebotsverzeichnis protokolliert den Import der Definition der StimMT-Angebote. Das Admin DMS protokolliert das Einstellen der aktualisieren StimMT Angebotsdefinitionen.
Anzeige von Statistiken zu einem StimMT Angebot	Keine Protokollierung erforderlich
..	

4.4.2 Automatisierte Analyse von Protokollen

To be done

4.4.3 Einsicht in Protokolle

To be done

5. IT-Verfahren (Dokumente, Ressourcen, etc.)

Alle in StimMT umgesetzten Versorgungsangebote beinhalten einen Austausch von medizinischen Daten, um so eine Versorgungskontinuität entlang von sequentiellen und auch diskontinuierlichen Versorgungsketten sicherzustellen. Entsprechend kommt dem „Basisdatensatz Versorgungsqualität“ eine besondere Bedeutung bei der Umsetzung dieser Angebote zu.

5.1 Basisdatensatz Versorgungskontinuität

Der „Basisdatensatz Versorgungskontinuität“ bildet die wichtigsten Informationen zu einem Patienten in Form von granularen FHIR Ressourcen ab. Der „Basisdatensatz Versorgungskontinuität“ wird vollständig im StimMT Clinical Data Repository gespeichert. Der Zugriff erfolgt über die im HL7 FHIR Standard definierten REST Schnittstellen. Zur Abbildung des „Basisdatensatz Versorgungsqualität“ werden ausschließlich in FHIR STU-3 spezifizierte Ressourcen ohne projektspezifische Erweiterungen und mit einer Reifegradstufe von mindestens 3 verwendet. Die europäische Patientenkurzakte (epSOS patient summary), die speziell für die Herstellung von Versorgungskontinuität in

einrichtung-, sektor- und länderübergreifenden Szenarien entwickelt wurde bildet – adaptiert an die konkrete Struktur der Versorgung im Mittelbereich Templin – den inhaltlichen Rahmen des „Basisdatensatz Versorgungskontinuität“.

5.1.1 Informationsmodell

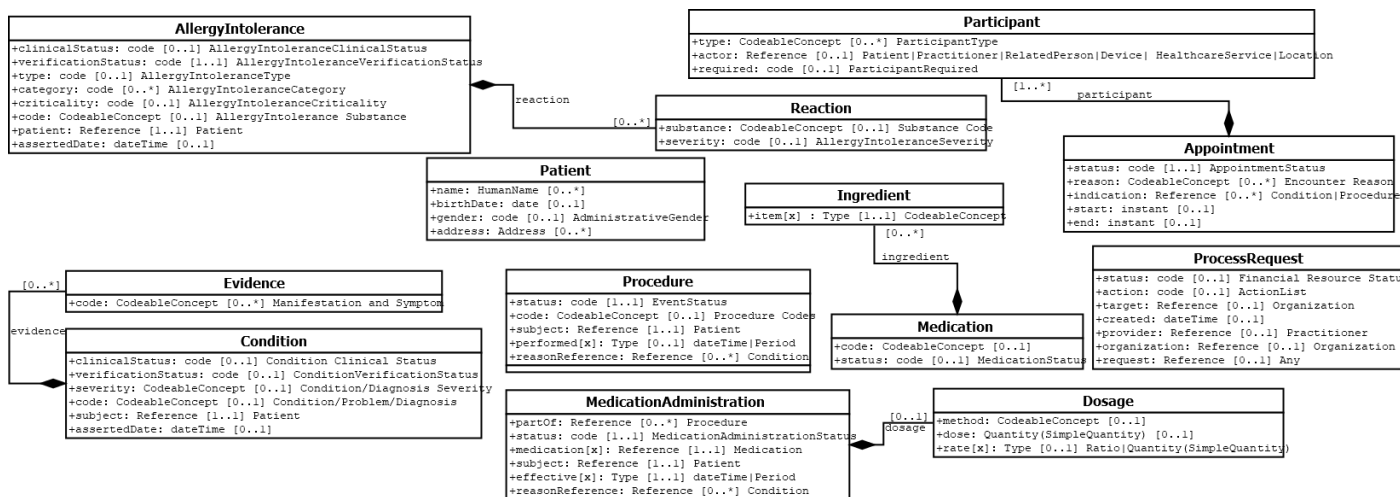
Insbesondere die folgenden HL7 FHIR Ressourcendefinitionen bilden den Kern des „Basisdatensatz Versorgungskontinuität“:

- Condition: ...
- Observation: ...
- Procedure: ...
- Medication: ...
- Immunization: ...
- AllergyIntolerance: ...

Der „Basisdatensatz Versorgungskontinuität“ stellt einen Bestandteil des durch die Informationsmodelle der einzelnen StimMT-Dienste aufgespannten ganzheitlichen Domänenmodells der in den Strukturen von StimMT realisierten Patientenversorgung dar. Durch die durchgängige Nutzung von HL7 FHIR (bzw. die Möglichkeit, intern in anderen Standards verwaltete Objekte gegenüber anderen Diensten als FHIR Ressourcen sichtbar zu machen), greifen so alle StimMT-Dienste auf der Datenebene nahtlos ineinander. Insbesondere die folgenden HL7 FHIR Ressourcen werden so in StimMT instanziiert und können mit Informationen aus dem CDR vernetzt werden:

- Patient: Die Inhalte des „Teilnehmerverzeichnis Versicherte“ können von allen StimMT Diensten als FHIR Ressource „Patient“ referenziert werden.
- Organization: Die Inhalte des „Teilnehmerverzeichnis Leistungsanbieter“ können von allen StimMT Diensten als FHIR Ressource „Organization“ referenziert werden.
- HealthcareService, Schedule: StimMT-Angebote sind sowohl auf der abstrakten Ebene als auch in ihrer Instanziierung durch einen Leistungsanbieter als FHIR HealthcareService bzw. Schedule abfragbar und referenzierbar.
- Slot, Appointment: ... Termin Management ...
- Task: ... Worklist ...

Die nachfolgende Abbildung zeigt einen exemplarischen Ausschnitt aus einem so aufgebauten Domänenmodell, in dem durch verschiedene Dienste bereitgestellte Ressourcen ein integriertes Informationsmodell abbilden.

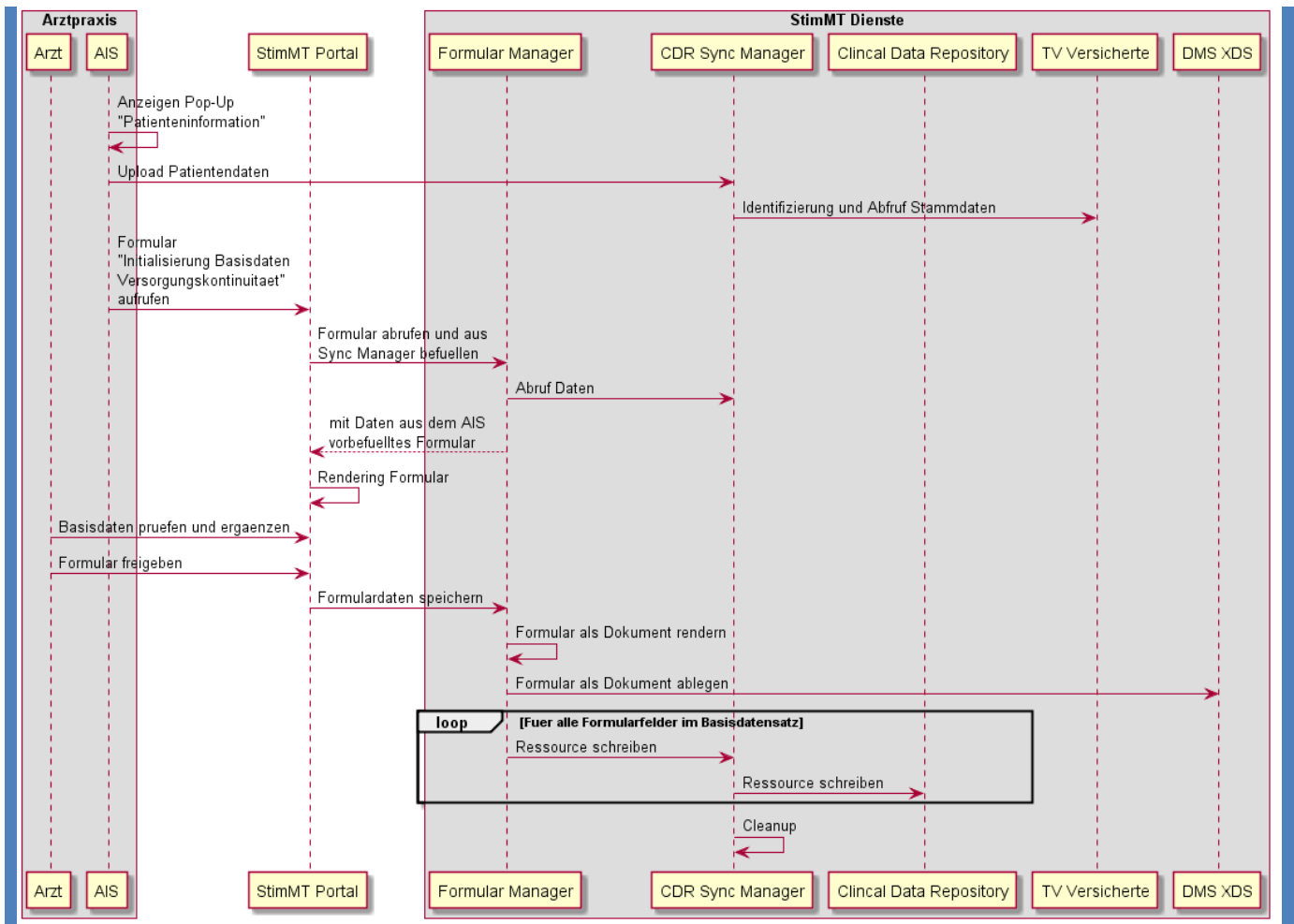


5.1.2 Verfahren: Initiale Befüllung der Basisdaten aus dem AIS

Nach der Erklärung der Teilnahme an StimMT und der Beauftragung der IGiB Stimt mit der Anlage und Pflege eines „Basisdatensatz Versorgungskontinuität“ SOLL als nächstes die initiale Befüllung des „Basisdatensatz Versorgungskontinuität“ erfolgen. Hierzu werden aus einem AIS eines Arztes des Versicherten die für den „Basisdatensatz Versorgungskontinuität“ relevanten Daten ausgespielt und in das Clinical Data Repository geschrieben. Idealerweise SOLL die initiale Befüllung der „Basisdatensatz Versorgungskontinuität“ über den Hausarzt des Versicherten erfolgen, da anzunehmen ist, dass dieser in seinem AIS den vollständigsten und aktuellsten Datenbestand zu dem Versicherten pflegt.

Anmerkung: Die initiale Befüllung der Basisdaten kann nur bei einem niedergelassenen Arzt erfolgen. Eine Initialisierung des CDR aus dem SANA KIS oder über das GeN ist aktuell nicht möglich.

Verfahren	Initiale Befüllung des „Basisdatensatz Versorgungskontinuität“ aus dem AIS
Umsetzung	Dieses Verfahren MUSS aus einem AIS heraus initiiert werden.
Nutzer	<ul style="list-style-type: none"> - Leistungserbringer, gegenüber dem der Versicherte seine Teilnahme an StimMT erklärt hat - Hausarzt des Versicherten
Zweck	Initialisierung des „Basisdatensatz Versorgungskontinuität“ für den Versicherten
Erfordernis	Alle StimMT-Angebote setzen auf dem „Basisdatensatz Versorgungskontinuität“ auf. Insbesondere einzelne der Strukturangebote sind nur nutzbar, wenn zumindest eine rudimentäre Kernmenge an Informationen in dem „Basisdatensatz Versorgungskontinuität“ enthalten ist.
Bedingung	<ul style="list-style-type: none"> - Nutzer ist an der IT-Plattform mit der erforderlichen Rolle angemeldet. - Versicherter hat die Erklärung zur Teilnahme an StimMT und zur Führung eines „Basisdatensatz Versorgungskontinuität“ unterschrieben
Ergebnis	Der „Basisdatensatz Versorgungskontinuität“ ist mit den im AIS des Arztes verfügbaren Daten initialisiert.
Fehler	Die folgenden Fehler können auftreten und müssen entsprechend im Rahmen des Verfahrens abgefangen und – ggf. durch Nutzer-Interaktion – aufgefangen werden: <ul style="list-style-type: none"> - Der Versicherte konnte nicht identifiziert werden, d. h. ist potenziell nicht in StimMT registriert - Im CDR sind bereits Daten enthalten. In diesem Fall SOLL ein Übergang zu dem Verfahren „Synchronisation der Basisdaten mit dem AIS“ möglich sein.
Ablauf	



Genutzte Dienste

- Teilnehmerverzeichnis Versicherte :: Identifizierung eines Versicherten und Abruf der Stammdaten
- CDR Sync Manager :: Upload Patientendaten
- Formular Manager :: Formular abrufen
- Formular Manager :: Formulardaten speichern
- DMS XDS :: Dokument speichern
- CDR Sync Manager :: Ressource schreiben
- Clinical Data Repository :: Ressource schreiben

5.1.3 Verfahren: Synchronisation der Basisdaten mit dem AIS/KIS

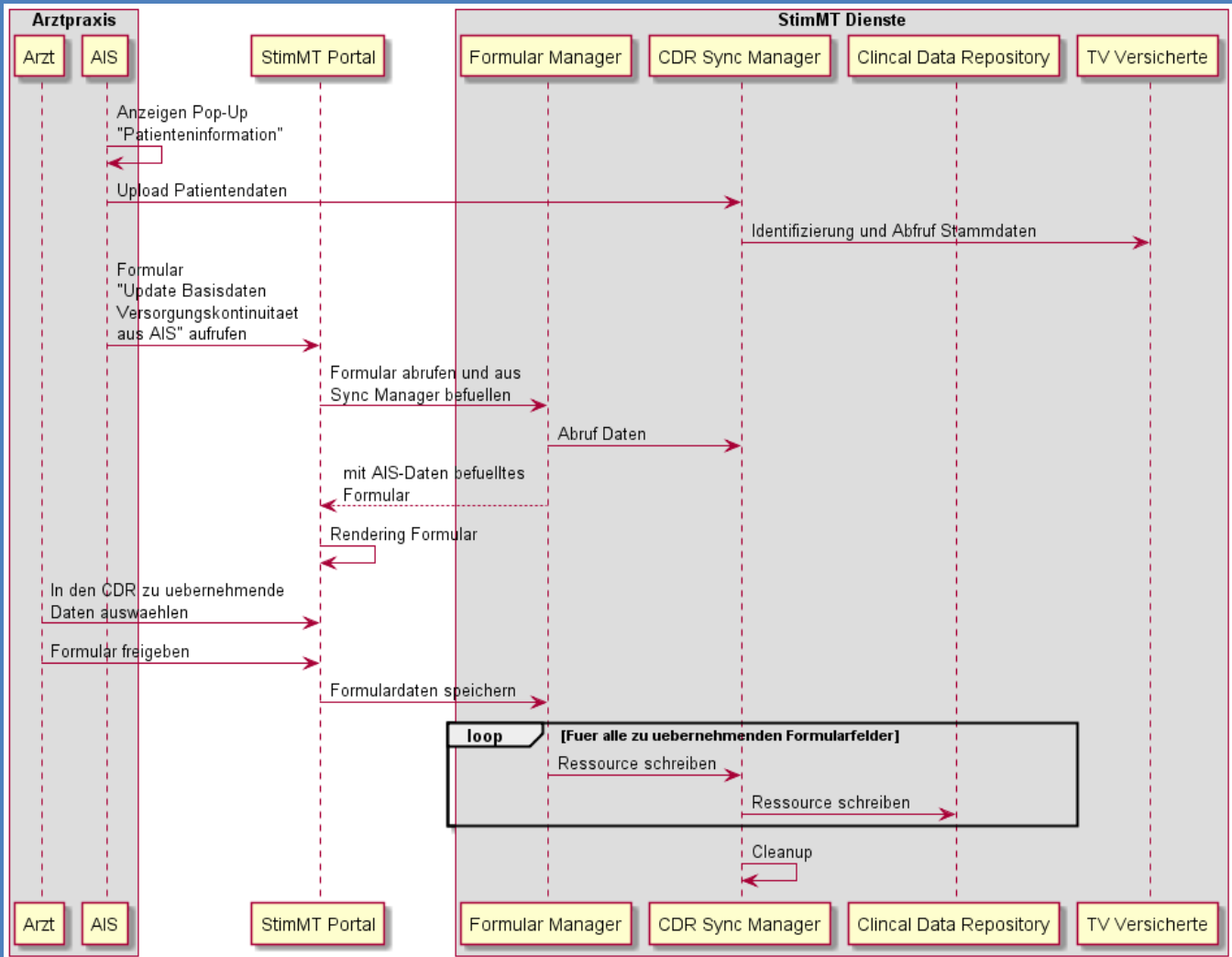
Der Versicherte kann nach einem Arztbesuch verlangen, dass die von dem Arzt neu erfassten Daten – sowie von diesem Arzt bislang noch nicht in StimMT eingebrachte Daten – in den „Basisdatensatz Versorgungskontinuität“ übernommen werden. Hierdurch wird die Aktualität und Vollständigkeit des „Basisdatensatz Versorgungskontinuität“ sichergestellt.

Ein Arzt kann – mit Einverständnis des Versicherten – sein AIS mit dem „Basisdatensatz Versorgungskontinuität“ synchronisieren, indem er ausgewählte Daten aus dem „Basisdatensatz Versorgungskontinuität“ in sein AIS übernimmt. So erlangen insbesondere vom Versicherten erstmalig besuchte Ärzte schnell ein aktuelles Bild vom Gesundheitszustand des Versicherten.

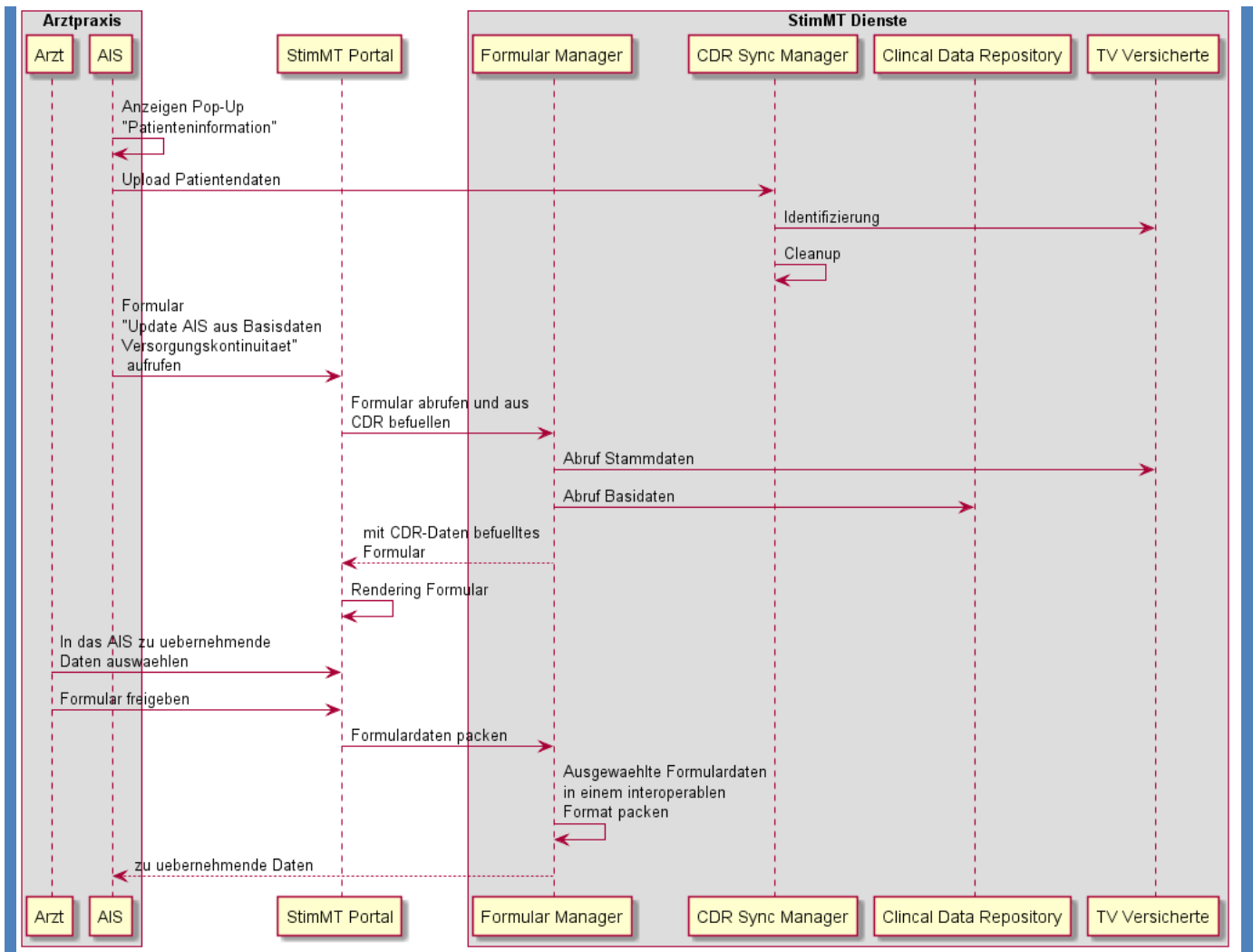
Verfahren	Synchronisation des „Basisdatensatz Versorgungskontinuität“ mit dem AIS
Umsetzung	Dieses Verfahren MUSS aus einem AIS heraus initiiert werden.
Nutzer	- Leistungserbringer
Zweck	Abgleich des „Basisdatensatz Versorgungskontinuität“ mit dem AIS und Abgleich des AIS mit den aktuellen Daten im „Basisdatensatz Versorgungskontinuität“

Erfordernis	Alle Leistungserbringer SOLLEN dazu beitragen, dass der „Basisdatensatz Versorgungskontinuität“ stets vollständig und aktuell ist. Leistungserbringer können die Vollständigkeit und Aktualität des Datenbestands in ihrem AIS durch eine Synchronisation mit dem „Basisdatensatz Versorgungskontinuität“ erhöhen.
Bedingung	<ul style="list-style-type: none"> - Nutzer ist an der IT-Plattform mit der erforderlichen Rolle angemeldet. - Versicherter hat der Synchronisation von „Basisdatensatz Versorgungskontinuität“ und AIS (mündlich) zugestimmt
Ergebnis	Der „Basisdatensatz Versorgungskontinuität“ ist mit den im AIS des Arztes verfügbaren Daten synchronisiert. Der Datenbestand des AIS ist durch Daten aus dem „Basisdatensatz Versorgungskontinuität“ ergänzt bzw. aktualisiert.
Fehler	Die folgenden Fehler können auftreten und müssen entsprechend im Rahmen des Verfahrens abgefangen und – ggf. durch Nutzer-Interaktion – aufgefangen werden: <ul style="list-style-type: none"> - Der Versicherte konnte nicht identifiziert werden, d. h. ist potenziell nicht in STimMT registriert - Im CDR sind keine Daten enthalten. In diesem Fall SOLL ein Übergang zu dem Verfahren „Initiale Befüllung der Basisdaten aus dem AIS“ möglich sein.

Ablauf bei Übernahme von Daten aus dem AIS in den CDR



Ablauf bei Übernahme von Daten aus dem CDR in das AIS

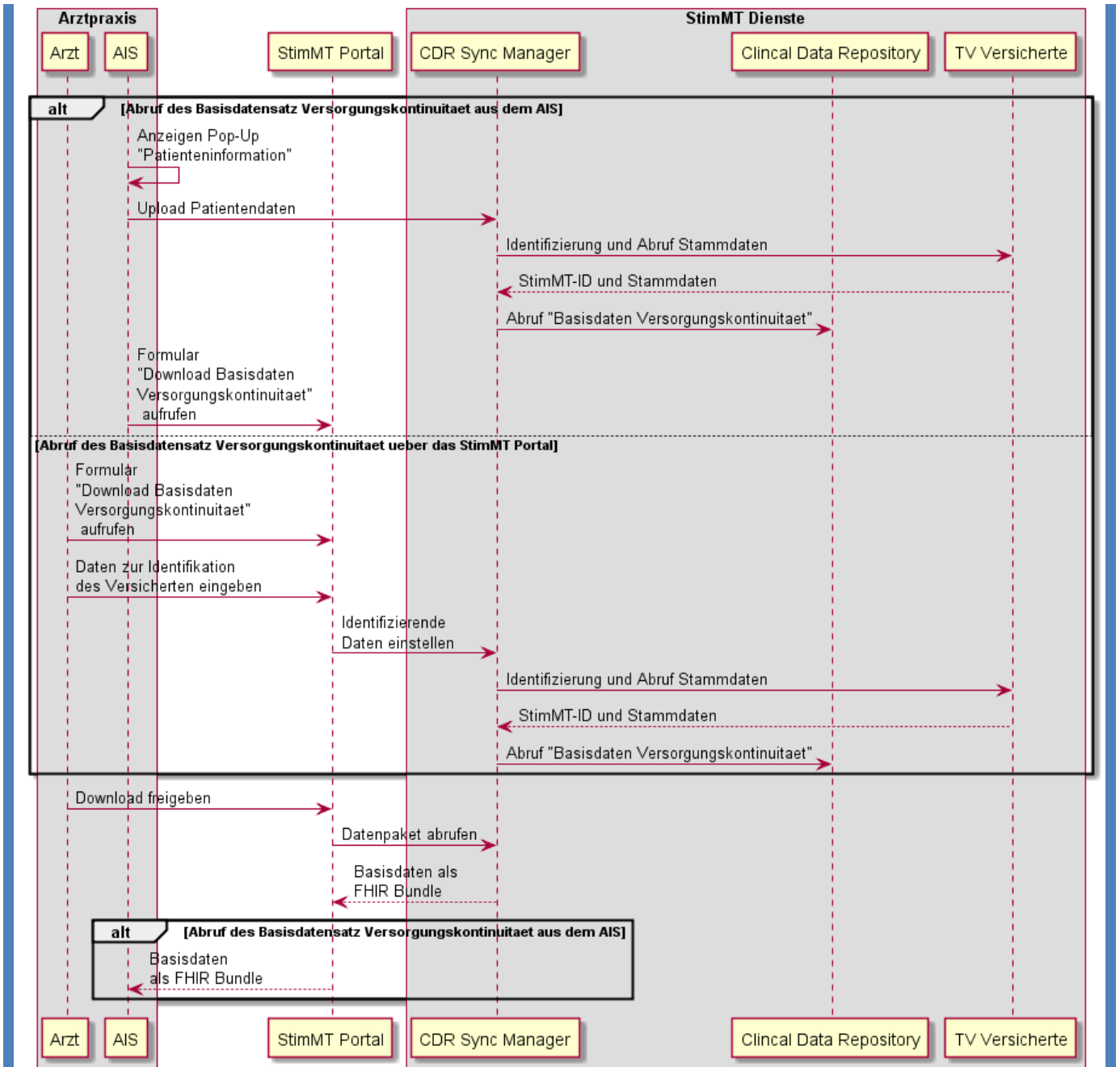


Genutzte Dienste

Teilnehmerverzeichnis Versicherte :: Identifizierung eines Versicherten und Abruf der Stammdaten
 CDR Sync Manager :: Upload Patientendaten
 Formular Manager :: Formular abrufen
 Formular Manager :: Formulardaten speichern
 DMS XDS :: Dokument speichern
 CDR Sync Manager :: Ressource schreiben
 Clinical Data Repository :: Ressource schreiben

5.1.4 Verfahren: Abruf des kompletten Basisdatensatzes (Auskunft/Portabilität)

Verfahren	Abruf des kompletten „Basisdatensatz Versorgungskontinuität“
Umsetzung	Dieses Verfahren kann aus einem AIS oder über das StimMT-Portal initiiert werden.
Nutzer	- Leistungserbringer - Vom Versicherten (schriftlich) autorisierter KBZ-Mitarbeiter
Zweck	Ausspielen des „Basisdatensatz Versorgungskontinuität“ aus StimMT zur Information des Versicherten oder zur Überführung der Daten in eine andere Aktenplattform
Erfordernis	Umsetzung von Auskunftsrechten und der Anforderungen des Art. 20 DSGVO an die Portabilität von Daten
Bedingung	- Nutzer ist an der IT-Plattform mit der erforderlichen Rolle angemeldet. - Versicherter hat (schriftlich) den Auftrag zum Abruf seines „Basisdatensatz Versorgungskontinuität“ erteilt
Ergebnis	Der „Basisdatensatz Versorgungskontinuität“ steht in einem interoperablen Format bereit
Fehler	Die folgenden Fehler können auftreten und müssen entsprechend im Rahmen des Verfahrens abgefangen und – ggf. durch Nutzer-Interaktion – aufgefangen werden: - Der Versicherte konnte nicht identifiziert werden, d. h. ist potenziell nicht in StimMT registriert
Ablauf	



Genutzte Dienste

- Teilnehmerverzeichnis Versicherte :: Identifizierung eines Versicherten und Abruf der Stammdaten
- CDR Sync Manager :: Upload Patientendaten
- Formular Manager :: Formular abrufen
- Formular Manager :: Formulardaten speichern
- DMS XDS :: Dokument speichern
- CDR Sync Manager :: Ressource schreiben
- Clinical Data Repository :: Ressource schreiben

5.2 Datenerfassung über Formulare

Formulare spielen in StimMT eine zentrale Rolle, da sie in allen Versorgungsangeboten das bevorzugte Instrument der Erfassung von Patientendaten darstellen. Ein wesentliches Leistungsmerkmal von StimMT ist, dass alle Formulare mit Daten aus dem AIS und dem CDR vorbefüllt werden können, um so den Aufwand für die Ärzte möglichst gering zu halten.

5.2.1 Zusammenspiel mit dem Basisdatensatz Versorgungskontinuität

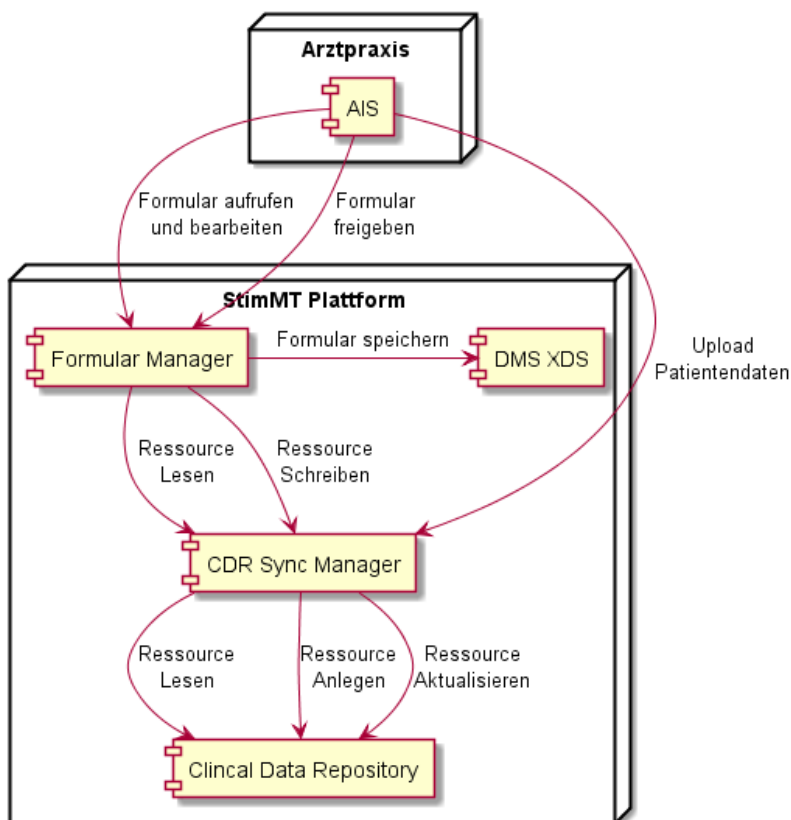
Formulare können aus dem AIS, aus dem Basisdatensatz Versorgungskontinuität oder aus beiden Quellen vorbefüllt werden. Sofern der Arzt in das Formular für den Basisdatensatz Versorgungskontinuität relevante Daten eingetragen hat, die im CDR noch nicht oder nur in älterer Version vorhanden sind, wird der Datenbestand des CDR entsprechend aktualisiert.

Alle diese Abläufe werden durch den StimMT-Dienst „CDR Sync Manager“ gesteuert. Das Funktionsprinzip ist wie in der Abbildung dargestellt:

- Aus dem AIS heraus werden die potenziell für das Formular relevanten Patientendaten an den CDR Sync Manager übermittelt. Dieser legt die Daten in einem dedizierten Puffer ab und gibt einen Verweis auf diesen Puffer an das AIS zurück.
- Das AIS ruft mit dem Verweis auf den Puffer den StimMT Dienst „Formular Manager“ auf. Dieser befüllt das Formular, indem er zu jedem Datenfeld eine Anfrage an den CDR Sync Manager stellt. Dieser prüft, ob er die Daten aus dem AIS-Upload liefern kann. Ist dies nicht der Fall, versucht der Sync Manager die Daten aus dem CDR zu beziehen.

Anmerkung: Bei der Darstellung des Formulars MUSS – z. B. durch Farbcodes – erkennbar sein, ob ein vorbefüllter Inhalt aus dem AIS oder dem CDR stammt.

- Nachdem der Arzt das Formular vervollständigt und die Daten freigegeben hat, werden die Formularinhalte zunächst in den CDR Sync Manager geschrieben. Dieser steuert das Durchschreiben aktualisierter oder neuer Inhalte in den Basisdatensatz Versorgungskontinuität.

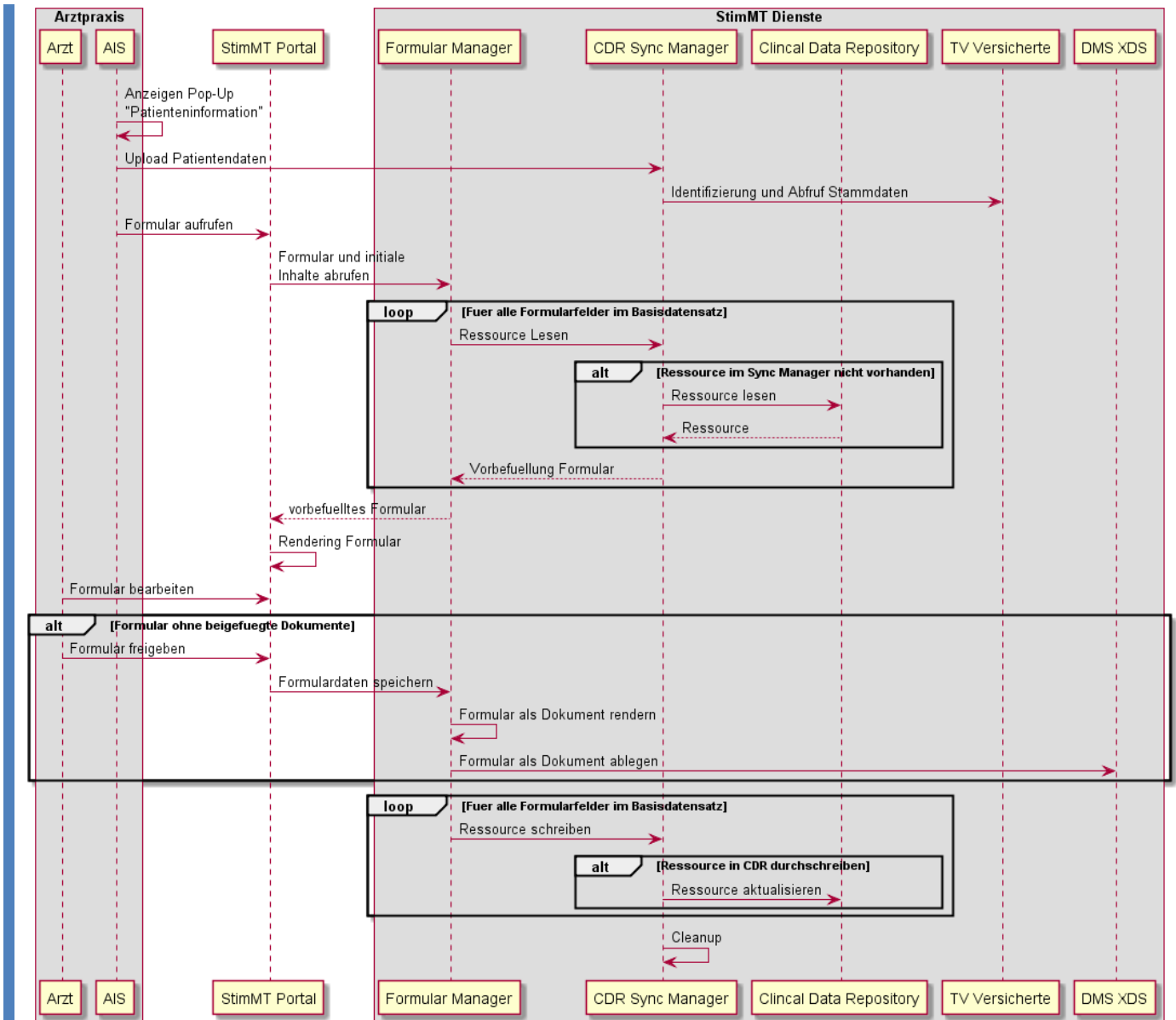


5.2.2 Informationsmodell

TO BE DONE

5.2.3 Verfahren: Datenerfassung über Formular (aus dem AIS heraus)

Verfahren	Datenerfassung über Formular aus dem AIS
Umsetzung	Dieses Verfahren MUSS aus einem AIS heraus initiiert werden.
Nutzer	- vom Versicherten entsprechend berechtigter Leistungsanbieter
Zweck	Bereitstellung von Informationen im Kontext eines StimMT Versorgungsangebots
Erfordernis	Insbesondere StimMT Pfad- und Sprechstundenangebote erfordern eine Weitergabe von aktuellen, strukturierten und angebotsspezifischen Informationen entlang einer Behandlungskette. Die Erfassung der vom nach- bzw. mitbehandelnden Leistungserbringer benötigten Informationen erfolgt über Formulare.
Bedingung	<ul style="list-style-type: none"> - Nutzer ist an der IT-Plattform mit der erforderlichen Rolle angemeldet. - Versicherter hat in das zugrundeliegende Versorgungsszenario eingewilligt oder die Datenbereitstellung über ein anderes Verfahren autorisiert
Ergebnis	Daten wurden über ein Formular erfasst und können über die StimMT Plattform vom mit- und nachbehandelnden Ärzten abgerufen werden. Soweit erforderlich wurde der „Basisdatensatz Versorgungskontinuität“ mit Daten aus dem Formular aktualisiert und/oder ergänzt.
Fehler	Die folgenden Fehler können auftreten und müssen entsprechend im Rahmen des Verfahrens abgefangen und – ggf. durch Nutzer-Interaktion – aufgefangen werden: <ul style="list-style-type: none"> - Der Versicherte konnte nicht identifiziert werden, d. h. ist potenziell nicht in StimMT registriert - Der Nutzer hat nicht die erforderlichen Berechtigungen das gewünschte Formular aufzurufen
Ablauf	



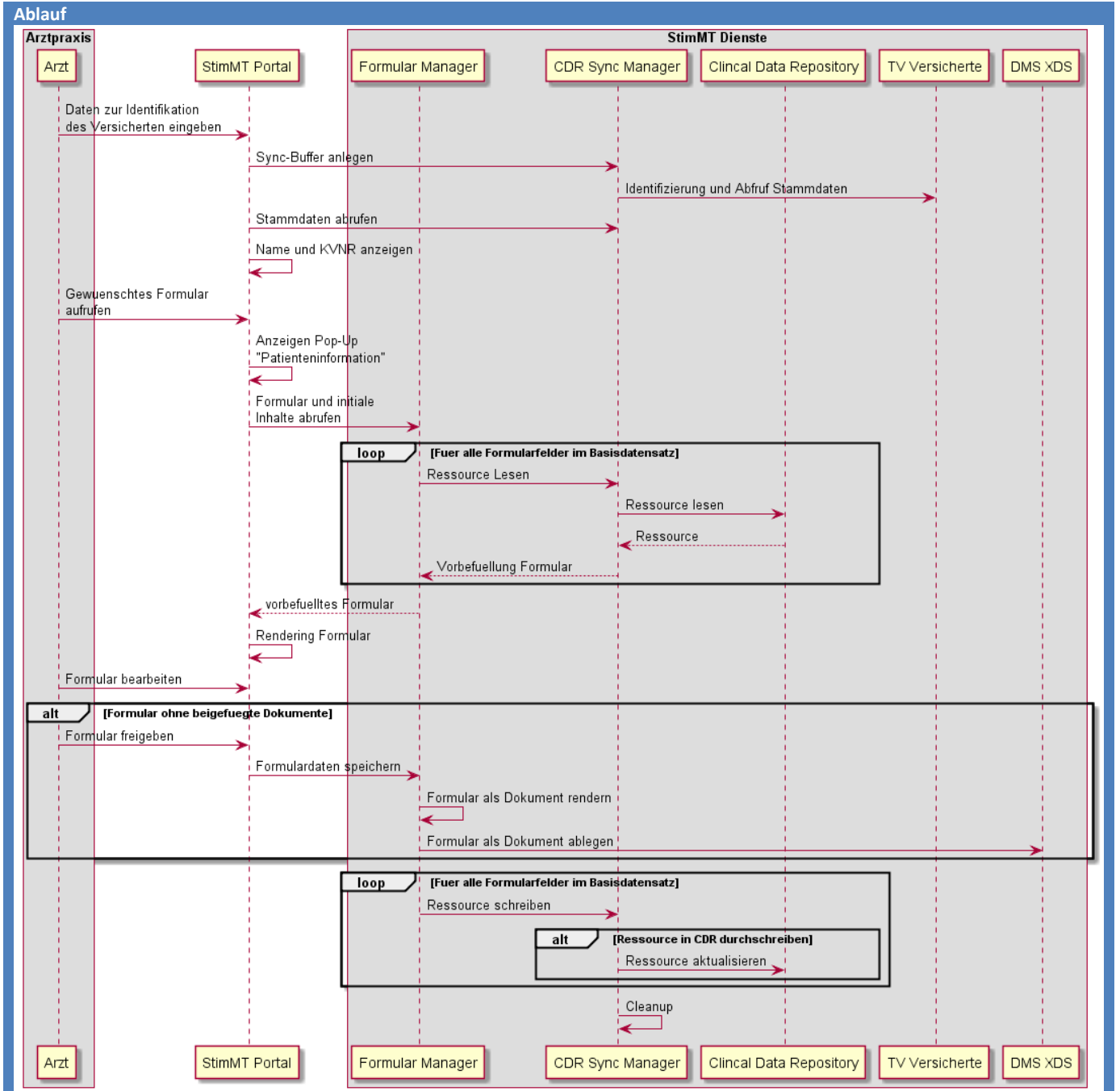
Anmerkung: Die Identifizierung des Versicherten erfolgt auf Basis der aus dem AIS ausgespielten Daten. Im Formular werden immer die aus dem StimMT TV Versicherte bezogenen Stammdaten angezeigt, um sicherzustellen, dass die Daten anschließend auch dem richtigen Versicherten zugeordnet werden.

Genutzte Dienste	Teilnehmerverzeichnis Versicherte :: Identifizierung eines Versicherten und Abruf der Stammdaten CDR Sync Manager :: Upload Patientendaten Formular Manager :: Formular abrufen Formular Manager :: Formulardaten speichern DMS XDS :: Dokument speichern CDR Sync Manager :: Ressource schreiben Clinical Data Repository :: Ressource schreiben
-------------------------	---

5.2.4 Verfahren: Datenerfassung über Formular (via StimMT-Portal)

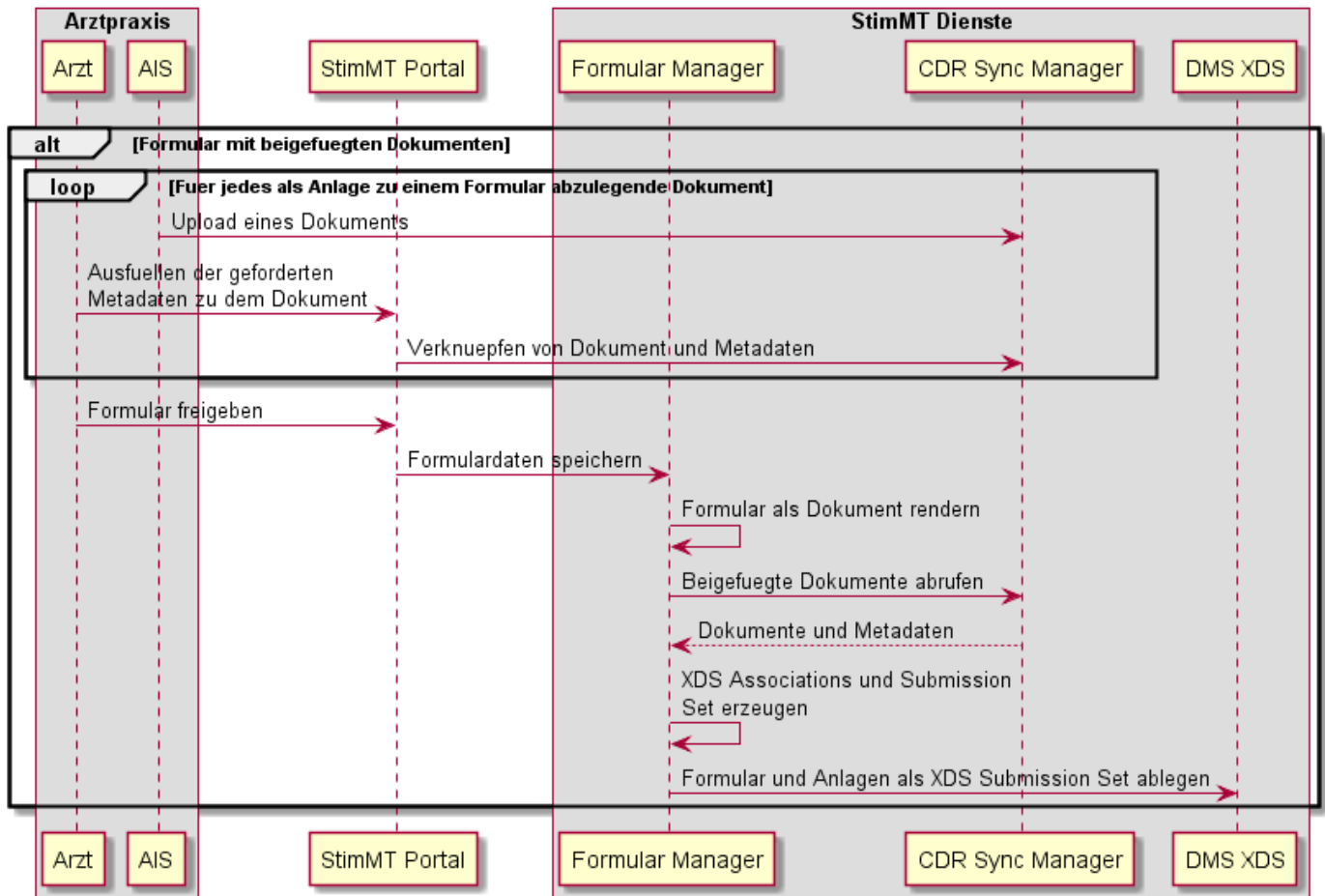
Verfahren	Datenerfassung über Formular via StimMT Portal
Umsetzung	Dieses Verfahren MUSS aus über das StimMT-Portal initiiert werden.
Nutzer	- vom Versicherten entsprechend berechtigter Leistungsanbieter
Zweck	Bereitstellung von Informationen im Kontext eines StimMT Versorgungsangebots
Erfordernis	Insbesondere StimMT Pfad- und Sprechstundenangebote erfordern eine Weitergabe von aktuellen, strukturierten und angebotsspezifischen Informationen entlang einer Behandlungskette. Die Erfassung der vom nach- bzw. mitbehandelnden Leistungserbringer benötigten Informationen erfolgt über Formulare.
Bedingung	- Nutzer ist an der IT-Plattform mit der erforderlichen Rolle angemeldet.

	<ul style="list-style-type: none"> - Versicherten hat in das zugrundeliegende Versorgungsszenario eingewilligt oder die Datenbereitstellung über ein anderes Verfahren autorisiert
Ergebnis	Daten wurden über ein Formular erfasst und können über die StimMT Plattform vom mit- und nachbehandelnden Ärzten abgerufen werden. Soweit erforderlich wurde der „Basisdatensatz Versorgungskontinuität“ mit Daten aus dem Formular aktualisiert und/oder ergänzt.
Fehler	Die folgenden Fehler können auftreten und müssen entsprechend im Rahmen des Verfahrens abgefangen und – ggf. durch Nutzer-Interaktion – aufgefangen werden: <ul style="list-style-type: none"> - Der Versicherte konnte nicht identifiziert werden, d. h. ist potenziell nicht in StimMT registriert - Der Nutzer hat nicht die erforderlichen Berechtigungen das gewünschte Formular aufzurufen



Genutzte Dienste	Teilnehmerverzeichnis Versicherte :: Identifizierung eines Versicherten und Abruf der Stammdaten CDR Sync Manager :: Upload Patientendaten Formular Manager :: Formular abrufen Formular Manager :: Formulardaten speichern DMS XDS :: Dokument speichern CDR Sync Manager :: Ressource schreiben Clinical Data Repository :: Ressource schreiben
-------------------------	---

5.2.5 Erweiterung: Upload von Dokumenten



5.2.6 Verfahren: Datenerfassung über Formular (SANA Krankenhaus Templin)

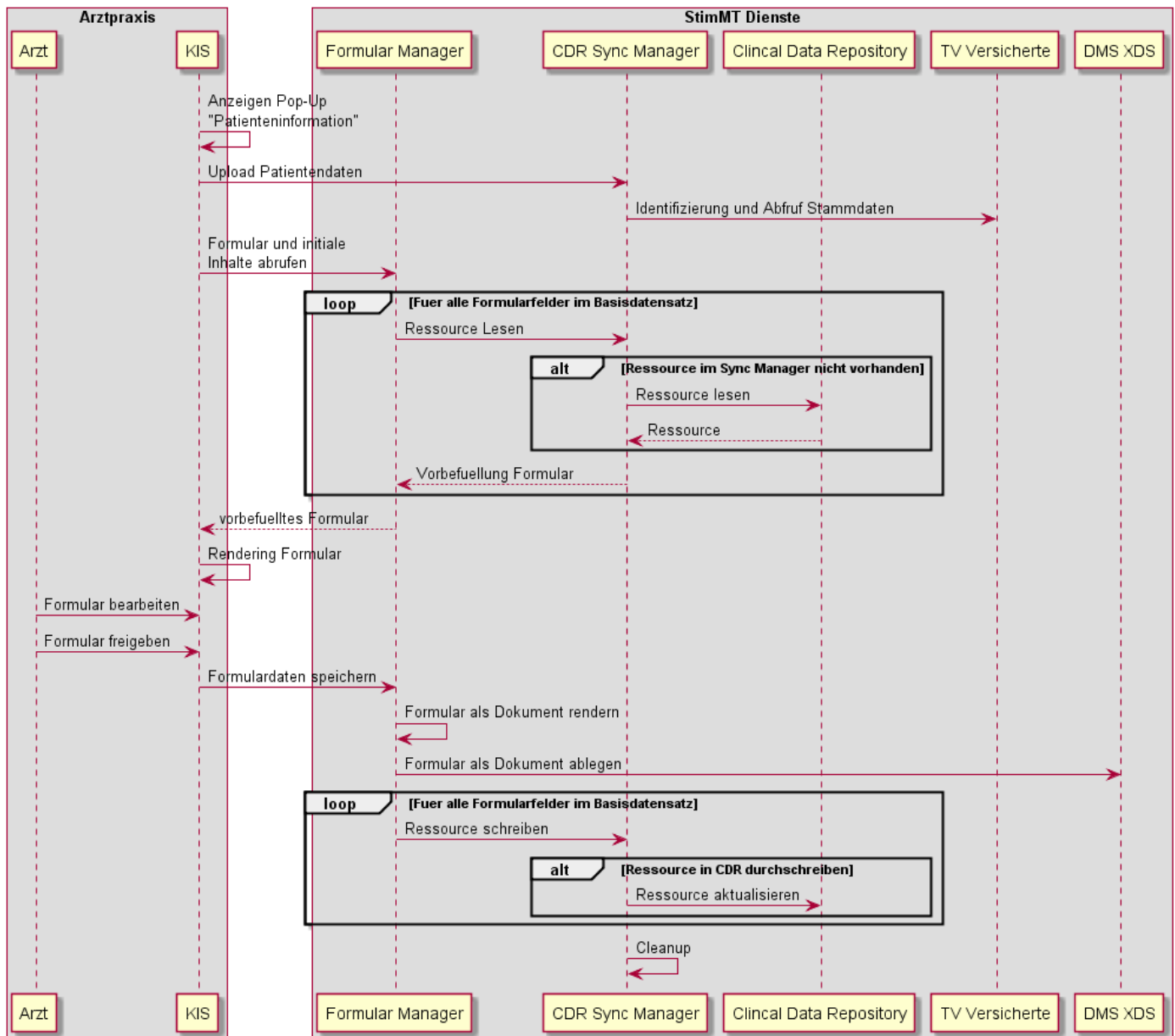
Für das Ausfüllen von in StimMT definierten Formularen nutzen die Ärzte des SANA Krankenhaus Templin das Verfahren „Datenerfassung über Formular (via StimMT-Portal)“. Bei einem Aufruf des StimMT-Portals aus dem KIS heraus KÖNNEN identifizierende Daten zum Patienten übergeben werden. StimMT wird in diesem Fall versuchen, diese mithilfe des TV Versicherte in eine StimMT-ID aufzulösen. Gelingt dies nicht, muss die KVNR manuell eingegeben werden.

Grundsätzlich sind verschiedene Ansätze einer Integration der StimMT-Formulare in das SANA KIS denkbar:

1. Analog zur Datenerfassung über Formulare aus dem AIS heraus wird im SANA KIS (oder in einem daran angebotenen Dienst) ein Standard-Dokument mit den wichtigsten aktuellen Informationen zu dem Patienten zusammengestellt. Dieses wird an den StimMT CDR Sync Manager übermittelt. Anschließend wird das gewünschte Formular aus dem KIS heraus auf dem StimMT-Portal aufgerufen. Durch die Beigabe akzeptierter Sicherheitstoken ist keine erneute Anmeldung erforderlich. Durch die Beigabe eines Verweises auf die erstellte Instanz des CDR Sync Managers kann das Formular mit den Daten aus dem KIS und/oder CDR vorbefüllt werden. Das Ausfüllen und Speichern der Daten erfolgt analog zum Zugang aus dem AIS heraus. Nach Abschluss des Verfahrens kann der Arzt für seine eigene Dokumentation im SANA KIS/Archiv eine Kopie des ausgefüllten Formulars über die Standard-Verfahren des AOK GeN aus StimMT abrufen.
2. Im SANA KIS (oder in einem daran angebotenen Dienst) wird ein Standard-Dokument mit den wichtigsten aktuellen Informationen zu dem Patienten zusammengestellt. Dieses wird an den StimMT CDR Sync Manager übermittelt. Anschließend wird das gewünschte Formular über den StimMT Formular Manager abgerufen. Dieses wird vor der Bereitstellung über den CDR Sync Manager mit verfügbaren Daten vorbefüllt. Das

Formular wird über das KIS oder einen dedizierten Dienst innerhalb von SANA mitsamt der Vorbefüllung angezeigt und kann vom Arzt weiter ausgefüllt werden. Mit der Freigabe des Formulars wird dieses an den StimMT Formular Manager gesandt, der das Dokument in StimMT ablegt und über den CDR Sync Manager die Synchronisierung mit den Daten im CDR vornimmt.

Der zweite Ansatz ist im nachfolgenden Sequenzdiagramm skizzenhaft dargestellt.



5.3 Bereitstellung von Dokumenten

Soweit als möglich, werden alle im Kontext der StimMT-Angebote zu erfassenden Informationen über Formulare abgebildet. Dennoch kann es sein, dass einzelne relevante Informationen zu an StimMT teilnehmenden Versicherten nur auf anderem Wege bereitgestellt werden (können).

Daher bietet StimMT neben der Datenbereitstellung über Formulare auch die Möglichkeit, Informationen als Dokumente in StimMT zu registrieren. Aktuell wird hierbei lediglich PDF als Format zugelassen, um sicherzustellen, dass alle an StimMT teilnehmenden Akteure die so bereitgestellten Informationen auch in ihren IT-Systemen darstellen können.

5.3.1 Bereitstellung von Dokumenten via AIS oder StimMT-Portal

Für die Bereitstellung von Dokumenten aus dem AIS oder über das StimMT-Portal wird ein spezielles Upload-Formular definiert, das lediglich KVNR und Name des Versicherten enthält und ausschließlich als Anknüpfungspunkt für einen Dokumenten-Upload wie in Kapitel 5.2.5 beschrieben fungiert. Hierdurch können die beschriebenen Verfahren „Datenerfassung über Formular (aus dem AIS)“ und „Datenerfassung über Formular (via StimMT-Portal)“ unverändert für die Bereitstellung von PDF-Dokumenten genutzt werden.

5.3.2 Bereitstellung von Dokumenten via SANA XDS Domain bzw. AOK GeN

Über das SANA Krankenhaus Templin für StimMT bereitgestellte Dokumente werden in der SANA XDS Domain verwaltet. Der Abruf aus StimMT erfolgt über das AOK GeN oder die seitens SANA in StimMT registrierte CPID des Versicherten (siehe Kapitel 5.4).

Achtung: Formulare sind keine Dokumente im Sinne dieses Kapitels. Die Bereitstellung von Formularen erfolgt ausschließlich über die in Kapitel 5.2 definierten Verfahren.

5.4 Abruf von Dokumenten und Reports

In StimMT wird zwischen Dokumenten und Reports differenziert:

- Dokumente wurden durch einen Autor erstellt und werden im StimMT Dienst DMS XDS oder in der SANA XDS Domain verwaltet. Dokumente sind damit immer in einem der Formate PDF, HL7 CDA oder FHIR Bundle manifestiert und über ihre Metadaten einem Autor zugeordnet.
- Reports werden on demand aus Fragmenten von Dokumenten und insbesondere auch aus Daten des „Basisdatensatz Versorgungskontinuität“ erstellt.

...

Anmerkung: Reports können nur in der StimMT Domain erzeugt werden. Die SANA XDS Domain hat keinen CDR, d. h. SANA stellt nur Dokumente bereit.

5.4.1 Informationsmodell

To be done

5.4.2 Umsetzung von XDS Queries

Der Abruf von Dokumenten erfolgt über IHE ITI-18 Document Queries. Alle Abrufe müssen eine IHE XCF Semantik besitzen, d. h. sich immer auf ein spezifisches Dokument beziehen. Zulässig sind damit die folgenden IHE ITE Query Flavors:

- findDocument
- ???

Sofern nicht explizit durch Angabe einer serviceStart/End-Zeitangabe gefordert, wird immer nur das aktuellste Dokument des angefragten Typs geliefert.

Jede Anfrage nach Dokumenten und Reports MUSS die StimMT-ID des Betroffenen sowie classCode, typeCode und formatCode des gewünschten Dokuments/Reports enthalten.



5.4.3 Verfahren: Abruf von Dokumenten/Reports innerhalb der StimMT Domain

5.4.4 Verfahren: Abruf von Dokumenten aus der SANA XDS Domain (via GeN)

5.4.5 Verfahren: Abruf von Dokumenten aus der SANA XDS Domain (via CPID)

[REDACTED]

5.4.6 Verfahren: Abruf von Dokumenten/Reports aus der StimMT Domain durch SANA (via GeN)

5.4.7 Verfahren: Abruf von Dokumenten/Reports aus der StimMT Domain durch SANA (via CPID)

[REDACTED]

5.4.8 Verfahren: Abruf von Dokumenten/Reports aus StimMT über das Portal für Gesundheit

5.5 Semantik, Regeln und Wissensmodelle

... Beispiel aus Foliensatz und Hintergrund-Infos aus dem Drools Proof-of-Concept von Julia

5.5.1 Verfahren: Regelbasierte Datenauswertung

... in der ersten Umsetzungsstufe immer über den Abruf eines Reports ausgelöst

... als Add On zu der On Demand Generierung von Reports

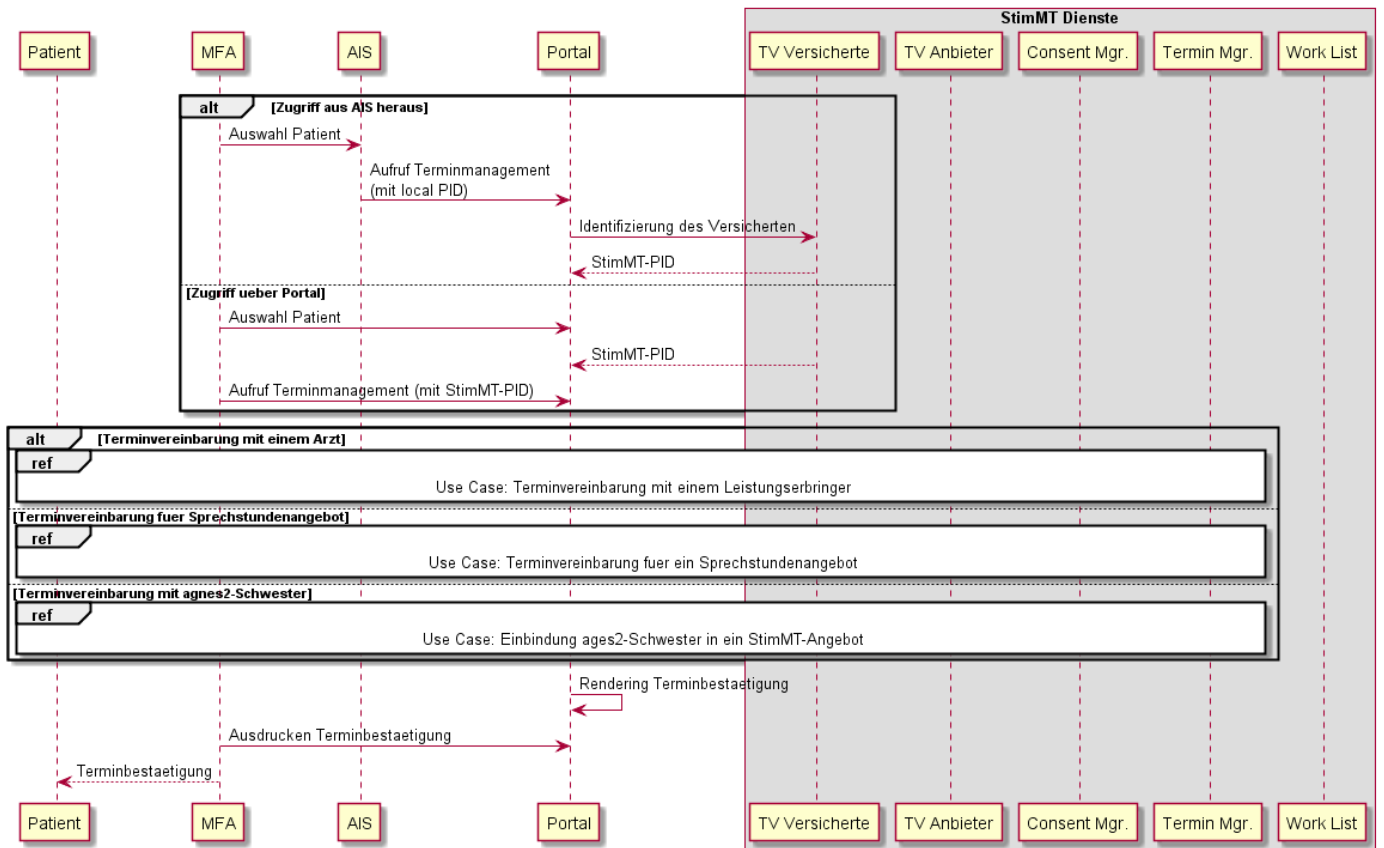
6. IT-Verfahren (Planung, Delegation und Kommunikation)

6.1 Termine

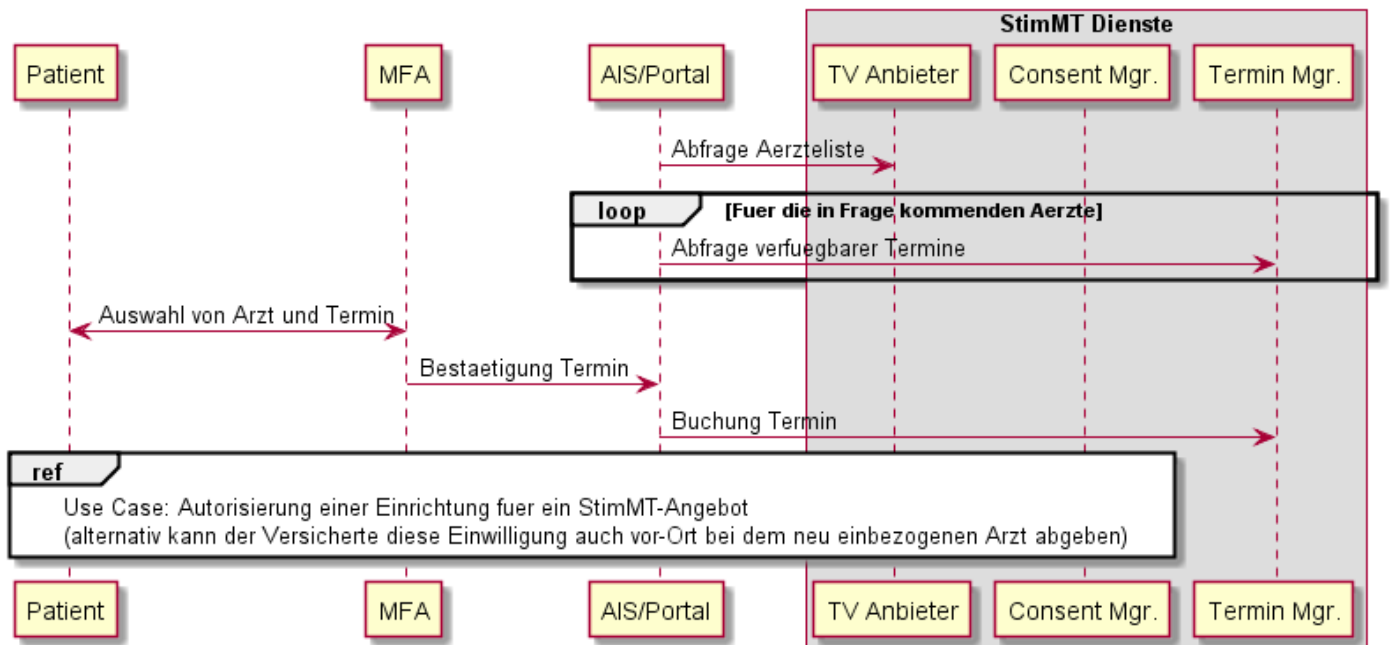
6.1.1 Informationsmodell

... analog FHIR: Schedule und Slots (Schedule an StimMT-Angebot gebunden; Slot als Trigger für Appointment)

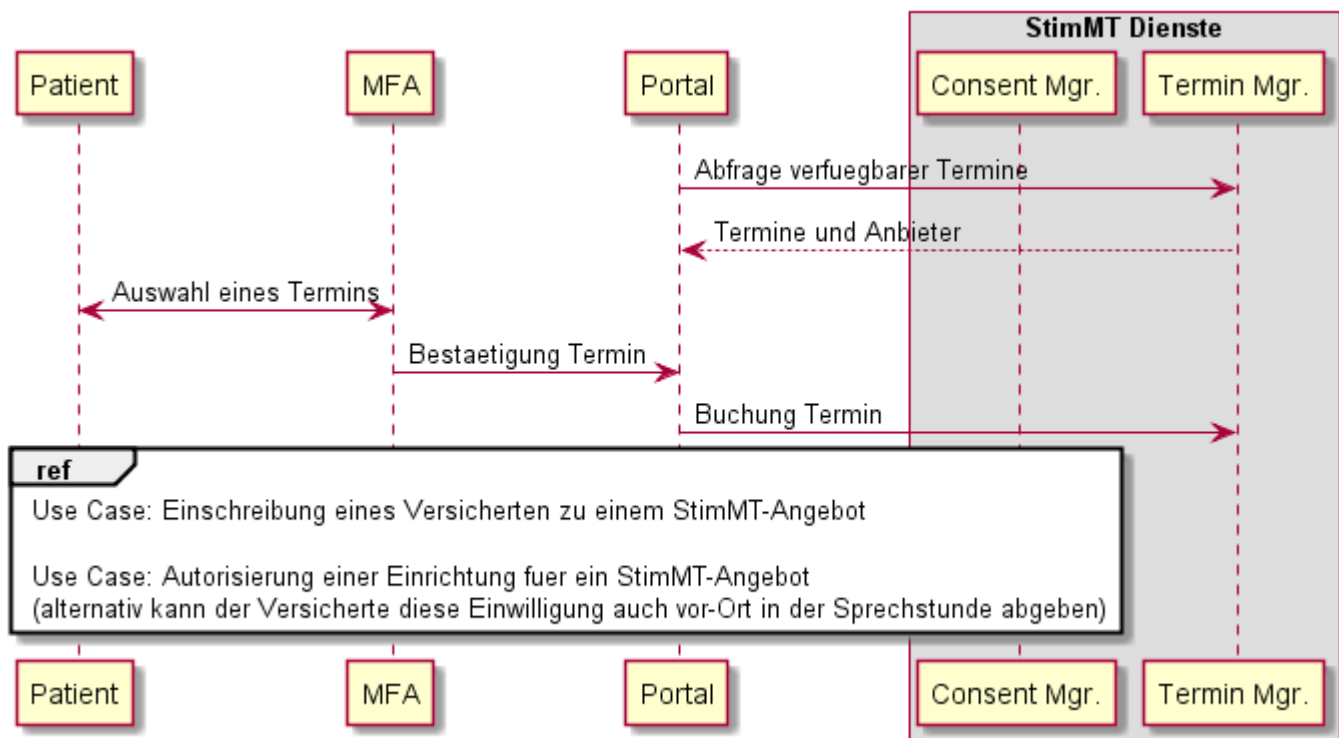
6.1.2 Terminbuchung



6.1.2.1 Buchung eines Termins bei einem Leistungserbringer



6.1.2.2 Buchung eines Termins fuer ein Sprechstundenangebot



6.2 Messenger

Abstimmung mit HNW erforderlich; Offene Fragen per Foliensatz an HNW übermittelt

7. Umsetzung der Pfadangebote

Pfadangebote setzen standardisierte Behandlungsabläufe für definierte Patientengruppen um. Ziele sind hierbei die effiziente Nutzung regionaler, vorrangig ambulanter Ressourcen und die Verbesserung der Behandlungs- und Lebensqualität der Betroffenen. Grundlage der nachfolgenden Spezifikationen der im Dokument „Konzept zum Sektorenübergreifenden Behandlungspfad Herzinsuffizienz“ beschriebene Pfad zur Behandlung von HI-Patienten, der als prototypisches Muster für alle weiteren Pfade dienen soll.

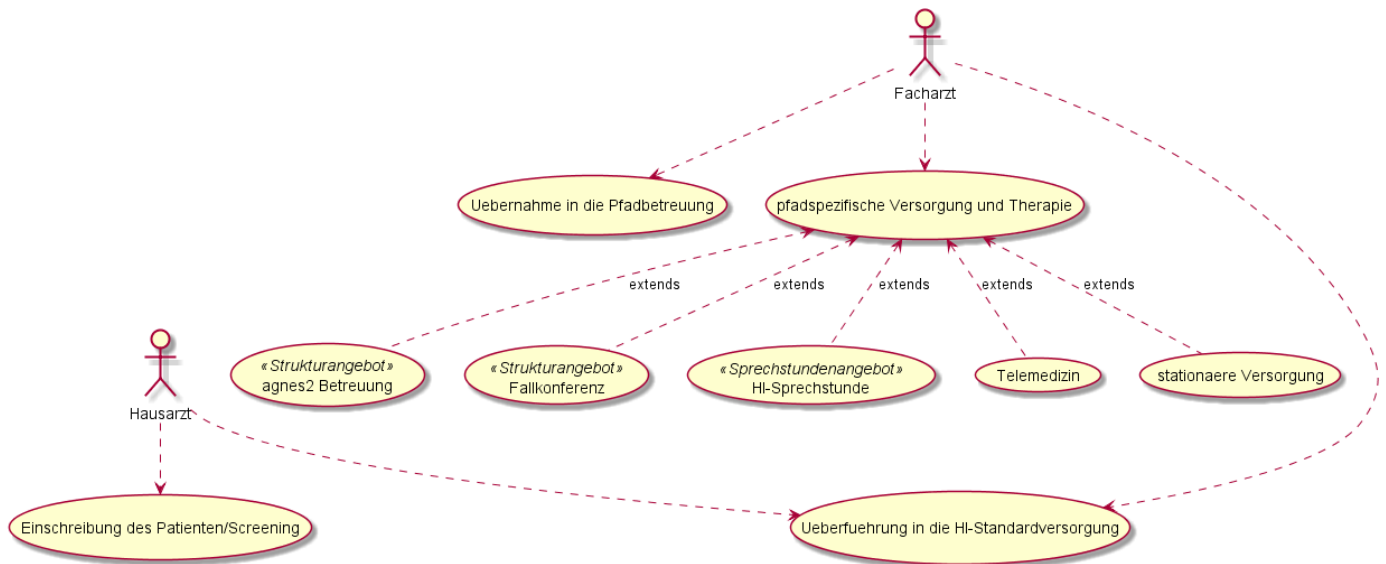
Anmerkung: In diesem Kapitel wird dargestellt, wie die in den Kapiteln 3 bis 6 definierten Verfahren ineinander greifen, um ein Pfadangebot umzusetzen.

7.1 Grundlegender Aufbau eines Pfadangebots

Jeder Pfad folgt dem folgenden Ablauf:

1. Der Hausarzt führt ein Screening über einen strukturierten Fragebogen durch. Anhand des Ergebnisses wird entschieden, ob der Patient die Einschreibekriterien erfüllt. Ist dies der Fall, schreibt der Hausarzt den Patienten in den Pfad ein.
2. Die Übernahme in die Pfadbetreuung erfolgt durch ein Assessment beim Facharzt. Im Ergebnis des Assessment erfolgt die individuelle Planung der vorzusehenden Maßnahmen.
3. Die sich anschließende pfadspezifische Versorgung umfasst neben der Umsetzung der geplanten Maßnahmen regelmäßige Verlaufskontrollen. Maßnahmen der Regelversorgung können patientenindividuell durch StimMT-Pfad-, -Struktur- und Sprechstunden-Angebote sowie Telemedizin ergänzt werden.

Die nachfolgende Grafik stellt die zur Umsetzung eines Pfads relevanten IT-gestützten Anwendungsfälle dar.



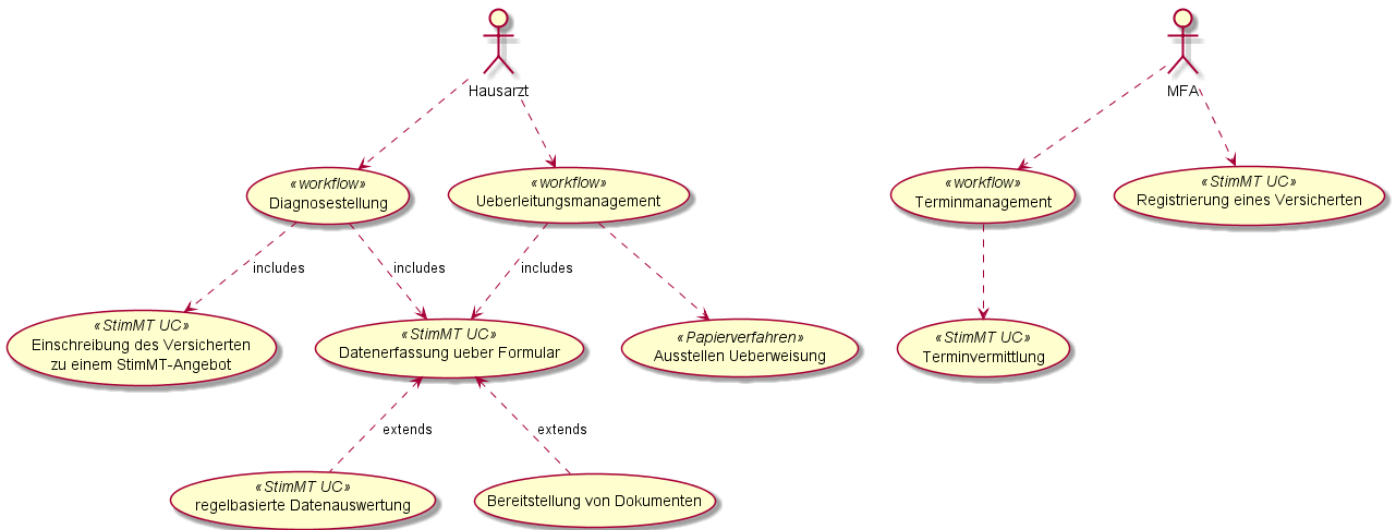
7.2 Anwendungsfall 1: Einschreibung des Patienten/Screening

Das Screening und die Einschreibung des Versicherten besteht aus drei Workflows, die jeweils eine Ablaufsteuerung über verschiedenen StimMT Anwendungsfällen realisieren. Diese Ablaufsteuerung erfolgt entweder über das StimMT-Portal oder „manuell“ indem der Arzt die einzelnen Anwendungsfälle aus seinem AIS/KIS heraus aufruft. Voraussetzung für das Durchlaufen dieses Anwendungsfalls ist, dass der Patient in StimMT registriert ist. Sollte dies noch nicht der Fall sein, so muss zunächst der bereits definierte StimMT Anwendungsfall „Registrierung eines Versicherten“ durchgeführt werden. Dieses erfolgt über die MFA des Hausarztes unter Nutzung des AIS oder des StimMT-Portals.

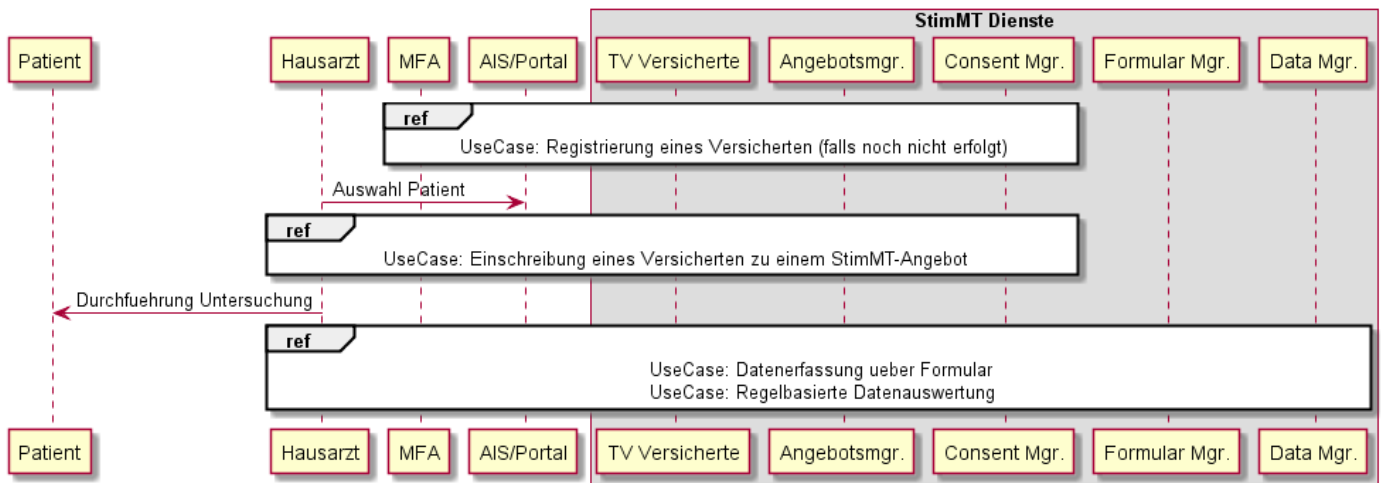
Der erste Workflow innerhalb des Anwendungsfalls umfasst die Diagnosestellung. Der Hausarzt schreibt den Versicherten hierzu zunächst in den HI-Pfad ein (Verfahren „Einschreibung des Versicherten zu einem StimMT-Angebot“; siehe Kapitel 3.3.5). Anschließend untersucht er den Patienten über ein strukturiertes Screening und dokumentiert die Untersuchungsergebnisse elektronisch in einem Screening-Formular (Verfahren „Datenerfassung über Formular“). Über das Formular erfolgt eine Auswertung, ob die Teilnahme Kriterien für den Pfad erfüllt sind. Ist dies nicht der Fall, endet der Pfad bereits beim Hausarzt.

Erfüllt der Patient die Einschlusskriterien für den Pfad, so wird er für die Umsetzung der Pfadbehandlung an einen Facharzt überwiesen. Dies erfolgt über die gängigen Papierformulare. Zur Information des Facharztes wird eine erweiterte Fassung des Screening-Formulars ausgefüllt (Verfahren „Datenerfassung über Formular“). Hier kann der Arzt auch ergänzende Dokumente elektronisch für den Facharzt bereitstellen.

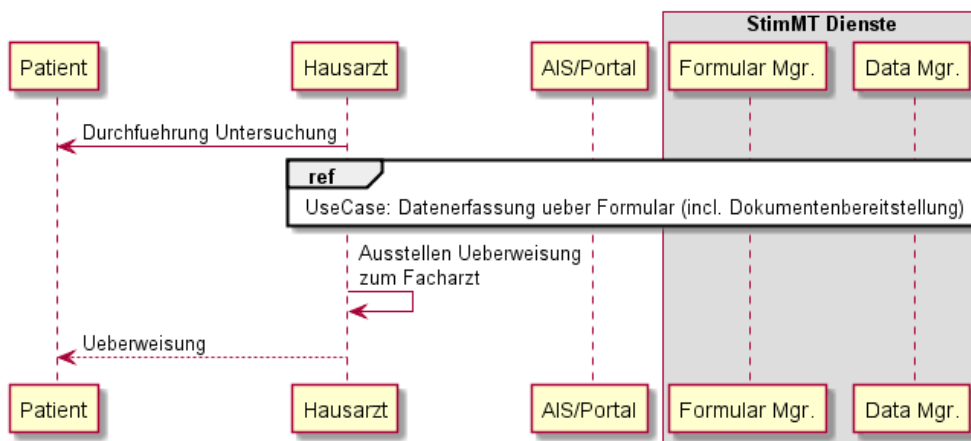
Einzelne Pfade werden nur durch eine überschaubare Anzahl von Fachärzten angeboten. Die MFA des Hausarztes vereinbart unter Berücksichtigung der vom Arzt festgestellten Dringlichkeit und in Abstimmung mit dem Patienten einen Termin bei einem dieser Ärzte (Verfahren „Terminvermittlung“).



7.2.1 Workflow: Diagnosestellung

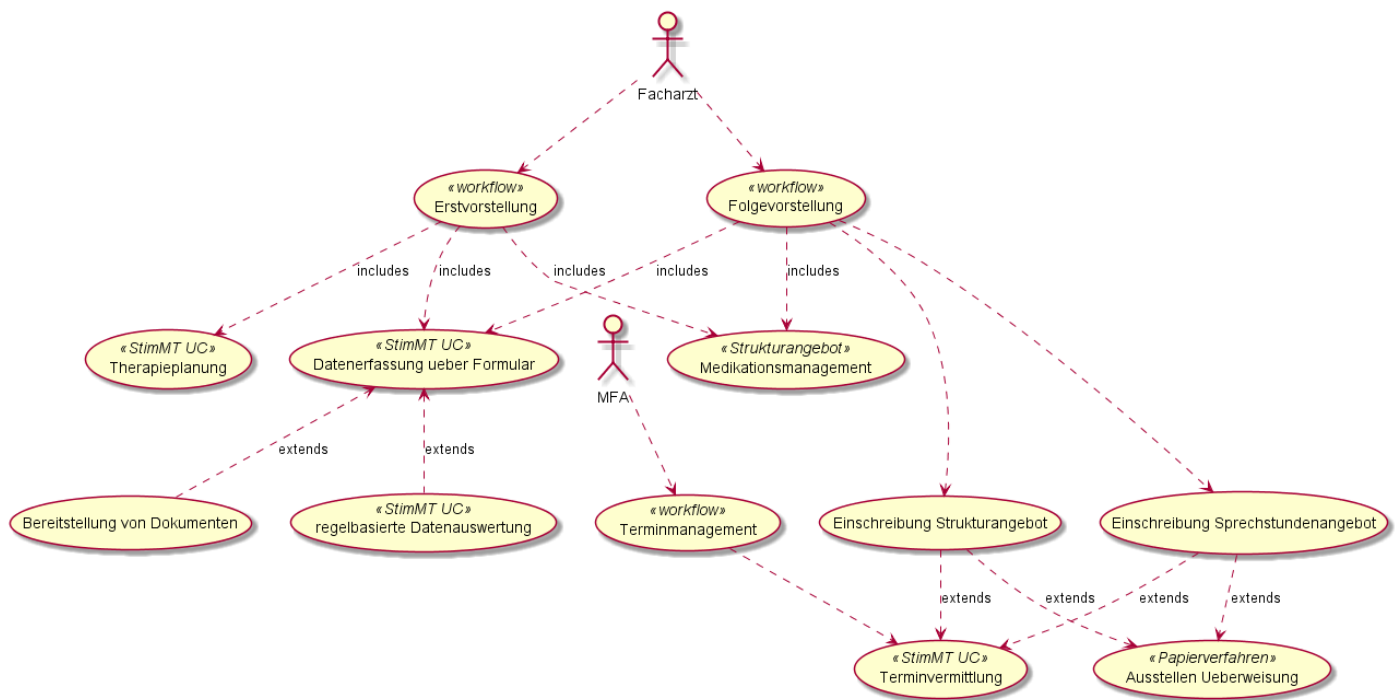


7.2.2 Workflow: Ueberleitungsmanagement



7.2.3 Workflow: Terminmanagement

7.3 Anwendungsfall 2: Übernahme in die Pfadbetreuung



7.3.1 Workflow: Erstvorstellung

7.3.2 Workflow: Folgevorstellung

7.4 Anwendungsfall 3: Pfadspezifische Versorgung und Therapie

7.5 Anwendungsfall 4: Überführung in die Standardversorgung

8. Umsetzung der Sprechstundenangebote

Anmerkung: In diesem Kapitel wird dargestellt, wie die in den Kapiteln 3 bis 6 definierten Verfahren ineinander greifen, um ein Sprechstundenangebot umzusetzen.

8.1 Grundlegender Ablauf

9. Umsetzung der Strukturangebote

9.1 BD-Praxis

9.2 agnes Cockpit

9.3 Videosprechstunde mit einem Spezialisten

9.4 KBZ Case/Care Management Cockpit

StimMT-Betriebskonzept (alternativ)

Dr. Jörg Caumanns (Fraunhofer FOKUS)

Norbert Hahn (KV COMM)

Steffen Bohm (agenon)

1. Motivation

Im StimMT-Projekt werden verschiedene Anwendungsszenarien für eine Optimierung der Versorgung im ländlichen Raum entwickelt. Diese reichen von strukturellen Veränderungen (z. B. Bildung einer Grundversorgungsgemeinschaft) über die Neuorganisation der Notfallversorgung bis hin zu durch ein Case Management unterstützten strukturierten Versorgungsangeboten.

Um diese Szenarien zeitgemäß und effizient umsetzen zu können, wird eine IT-Plattform aufgebaut, über die Patientendaten erhoben, ausgetauscht, verarbeitet und ausgewertet werden können. Kern der Plattform ist ein Clinical Data Repository, in dem in unterschiedlichen Szenarien erhobene Daten verwaltet und zur Durchführung der Szenarien verarbeitet werden.

Die StimMT-IT-Plattform realisiert eine zentrale Datenhaltung, die erforderlich ist, um die im Projektantrag benannten und im Rahmen des Projekts weiter ausgearbeiteten Versorgungsszenarien umsetzen zu können. Sowohl die Plattform als auch die darauf laufenden Verarbeitungsprozesse müssen datenschutzrechtlich legitimiert und durch ein Datenschutzkonzept abgesichert werden. Dies steht im Wechselspiel mit dem festzulegenden StimMT-Betreiberkonzept:

- Die für das Datenschutzkonzept zu beachtenden Rechtsräume hängen vom Betreiberkonzept ab. Im Betreiberkonzept definierte Grenzen der Verantwortlichkeit müssen sich auch in der Architektur widerfinden und insbesondere mit Blick auf die Umsetzung von Betroffenenrechten durch geeignete organisatorische und technische Datenschutzmaßnahmen adressiert werden.
- Aus dem Datenschutzkonzept leiten sich Anforderungen an die Betreiber der einzelnen Komponenten ab. Prozesse zu Betroffenenrechten und Datenschutzkontrolle erfordern bestimmte Schnittstellen zwischen den Betreibern. Zweckmäßigkeit und Erfordernis leiten sich aus den Versorgungsszenarien ab. Deren Umsetzung und Verankerung wird maßgeblich durch das Betreiberkonzept mit beeinflusst.

Im Herbst 2017 wurde aus dem AP-5 heraus ein die Vorgaben des StimMT-Projektantrags aufgreifendes Betreiberkonzept für den Betrieb der StimMT-IT-Plattform ausgearbeitet und im Projekt abgestimmt. Das Konzept wurde Anfang 2018 zur Prüfung an die Anwaltskanzlei D+B gegeben. Erste Ergebnisse der Prüfung liegen seit April 2018 vor und deuten darauf hin, dass sich das ursprünglich angedachte Konzept nicht umsetzen lässt bzw. zu dessen Umsetzung strukturelle Änderungen in der Partnerkonstellation (z. B. Gründung einer Stiftung) bzw. bei einzelnen Partnern erforderlich sind, die sich innerhalb der Projektlaufzeit nicht realisieren lassen.

In diesem Papier wird ein alternatives Betreiberkonzept vorgestellt, dass die in der anwaltlichen Prüfung identifizierten Probleme umgeht.

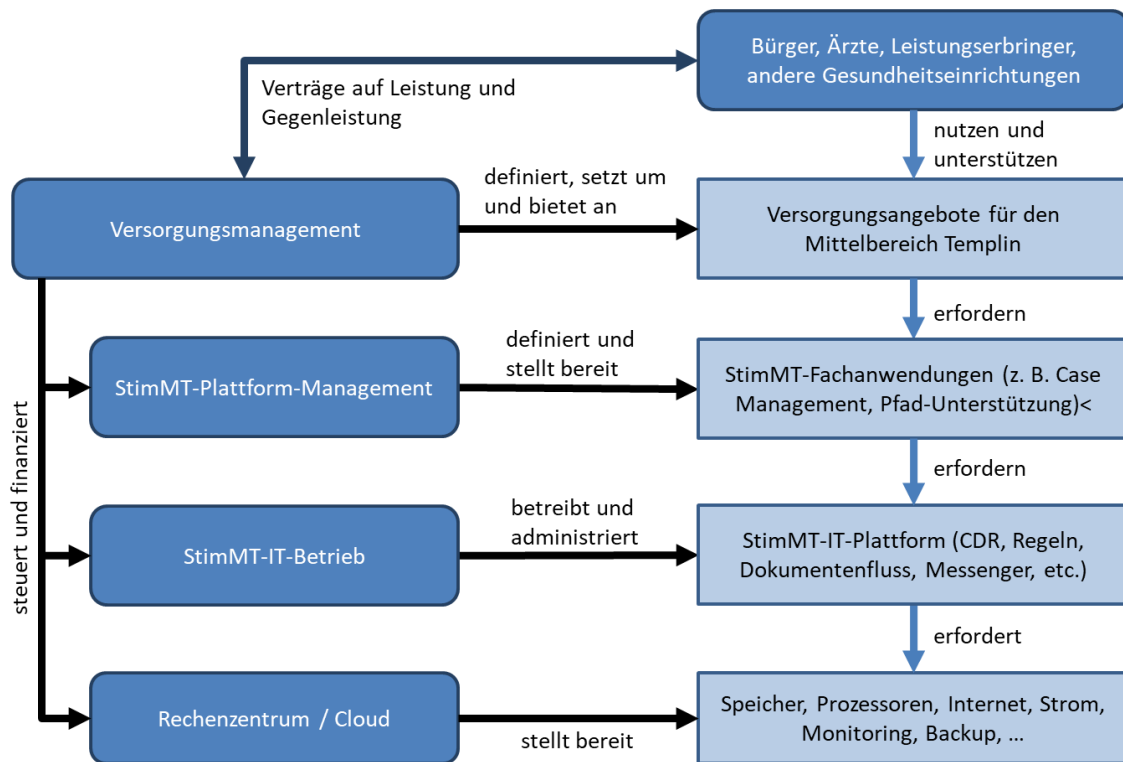
2. Betreibermodell

Rollen

Für StimMT wird auf Basis der Ergebnisse der anwaltlichen Bewertung ein Betreibermodell vorgeschlagen, das aus vier Ebenen (Rollen) besteht:

- Auf der obersten Ebene ist das **Versorgungsmanagement** angesiedelt. Das Versorgungsmanagement hat eine steuernde und koordinierende Rolle in Bezug auf die Versorgung in der Region. Es definiert ein Leistungsangebot gegenüber Patienten, Kostenträgern, Ärzten und Leistungserbringern, dass die im StimMT-Projektantrag zugesagten Maßnahmen der Strukturmigration umsetzt (z. B. Aufbau eines ASZ).
- Zur Umsetzung des Leistungsangebots des Versorgungsmanagements sind konkrete StimMT-IT-Fachanwendungen erforderlich. Diese werden ausgehend von den durch das Versorgungsmanagement formulierten Anforderungen durch ein **StimMT-Plattform-Management** aufgesetzt. Das Versorgungsmanagement legt fest, welche StimMT-IT-Fachanwendungen erforderlich sind und gibt die Regeln zu deren Umsetzung und Betrieb vor. Das Versorgungsmanagement hat die Verfügungsgewalt und Datenhoheit über alle in StimMT erfassten und gespeicherten Daten. Das StimMT-Plattform-Management hat die Aufgabe, die aus dem Versorgungsmanagement kommenden Anforderungen in eine angemessene IT-Plattform zu „übersetzen“, diese zu spezifizieren, aufzusetzen und mit den sich ändernden Anforderungen weiterzuentwickeln.
- Der eigentliche Betrieb der StimMT-IT-Plattform ist Aufgabe eines **StimMT-IT-Betreibers**. Neben dem Betrieb der technischen Komponenten der StimMT-IT-Plattform fallen auch die technische Anbindung des SANA Krankenhauses, der regionalen Arztpraxen und weiterer Gesundheitseinrichtungen sowie die Anbindung an bestehende Patientenakten in das Aufgabenfeld des StimMT-IT-Betreibers. Dieser konfiguriert und administriert alle Dienste und Anbindungsgateways und stellt die Aufrechterhaltung der erforderlichen Dienstgüte sicher.
- Die StimMT-IT-Plattform wird durch das StimMT-Plattform-Management in einem **Rechenzentrum** oder in einer **Cloud**-Infrastruktur aufgesetzt und dort durch den StimMT-IT-Betreiber betrieben. Infrastrukturdienste wie z. B. Speicher, CPU, Internet-Anbindung sowie grundlegende IT-Dienste wie z. B. SLA-Monitoring, Backups, Archiv werden durch das Rechenzentrum bzw. die Cloud erbracht.

Die nachfolgende Abbildung stellt das Betreiberkonzept mit den verantwortlichen Rollen und den jeweils erbrachten Leistungen im Überblick dar.



Die wesentlichen Änderungen gegenüber der ursprünglichen Planung findet sich auf der linken Seite der Abbildung:

- Im ursprünglichen Modell waren Plattform-Management und StimMT-IT-Betrieb zu einer einzigen Rolle „Betreiber“ zusammengefasst. Damit wurde die zum Plattform-Management korrespondierende Aufgabe der Bereitstellung der StimMT-IT-Fachanwendungen implizit dem Betrieb zugeordnet. Die Aufspaltung der ehemaligen „Betreiber“-Rolle in zwei Rollen erlaubt hier eine größere Flexibilität, was auch deshalb sinnvoll ist, da die Bereitstellung der StimMT-IT-Fachanwendungen durchaus auch so definiert werden kann, dass dies eine primär fachliche und/oder versorgungsstrukturelle Aufgabe ist, die auch von einer nicht primär mit IT-Themen befassten Einrichtung wahrgenommen werden kann.
- Im ursprünglichen Modell bildeten Versorgungsmanagement, Betrieb und Rechenzentrum eine über AV-Verträge abgesicherte Hierarchie. Das Problem hierbei ist, dass die gesamte AV-Kette – und damit das gesamte Modell – bricht, wenn eines der Glieder wegfällt. Da aus dem Rechtsgutachten heraus sowohl die geplanten Zuweisungen der Rollen des Betriebs und des Rechenzentrums als schwer realisierbar angesehen wurden, muss das gesamte Konstrukt als nicht realisierbar angesehen werden. In der neuen Option-B sind alle anderen Rollen dem Versorgungsmanagement untergeordnet, ohne dass hierbei schon Festlegungen zu den konkreten Beziehungen und Verträgen getroffen werden. Auch dies erhöht die Spielräume in der Umsetzung.

Build-Stage vs. Production-Stage

In dem bisherigen Konzept wurde nicht zwischen Aufbau und Betrieb der StimMT-Fachanwendungen und StimMT-IT-Plattform differenziert. Vielmehr wurde davon ausgegangen, dass der für den Betrieb Verantwortliche auch den Aufbau verantwortet (oder umgekehrt). Da im StimMT-Projektantrag klare Mittelzuweisungen für den Aufbau der Plattform definiert sind, wirken diese bei dieser Sichtweise auch unmittelbar in den Betrieb hinein.

Für die Option-B werden Aufbau und Betrieb gesondert betrachtet. Es wird davon ausgegangen, dass die gesamte Lösung in (mindestens) zwei Versionen (Stages) aufgesetzt wird:

- Der Aufbau der Lösung mitsamt der Integration der einzelnen Bausteine und der Sicherstellung der geforderten Leistungs- und Qualitätsmerkmale erfolgt in einer Build-Stage. Die hier aufgebaute Lösung dient dem initialen Aufbau, der Qualitätssicherung, der parallel zum Betrieb stattfindenden Weiterentwicklung sowie dem Erproben neuer Fachanwendungen. Die Build-Stage enthält ausschließlich Testdaten und wird nicht produktiv genutzt. Ihr Aufbau und Betrieb unterliegt damit weder der DS-GVO noch dem SGB, sondern orientiert sich alleine an den Strukturen und Verantwortlichkeiten des StimMT-Projektantrags.
- Stabile und getestete Versionen der Build-Stage werden zu definierten Zeitpunkten in die Production-Stage überführt. In Bezug auf die Software ist die Production-Stage eine Kopie der aktuellen Build-Stage. In der Production-Stage findet der Echt-Betrieb mit Echt-Daten der teilnehmenden Leistungserbringer und Bürger statt. Für den Betrieb gelten die Vorgaben der DS-GVO und – in Abhängigkeit von der Besetzung der einzelnen Rollen – des SGB.

Alle Verträge zur Beschaffung, Anpassung und Nutzung von kommerzieller Software müssen so ausgestaltet sein, dass die beschaffende Einrichtung die Lizenzen sowohl für die Build- als auch die Production-Stage zur Verfügung stellen kann. Idealerweise werden die Lizenzen im Rahmen des Aufbaus (d. h. von den Verantwortlichen der Build-Stage) beschafft und dann im Zuge der Überführung in die Production-Stage den dort Verantwortlichen zur (Mit-)Nutzung überlassen.

3. Instanziierung der Rollen

Nach dem oben skizzierten Modell kann die Instanziierung der Rollen für die Build- und Production-Stage weitgehend unabhängig voneinander erfolgen.

Build-Stage

Die Belegung der skizzierten Rollen in der Build-Stage bildet den StimMT-Projektantrag ab:

- Die Rolle „Versorgungsmanagement“ wird durch die Entscheidungsgremien des Projekts wahrgenommen, die entscheiden, welche Versorgungsangebote und Versorgungsstrukturen im Mittelbereich Templin in welcher Form aufgebaut werden sollen.
- Die Rolle „StimMT-Plattform-Management“ teilt sich auf die verschiedenen Teilprojekte auf, die jeweils gemäß ihrer Teilprojektbeschreibung die erforderliche IT-Unterstützung für einzelnen Versorgungs- und Struktur-Angebote festlegen und funktional beschreiben.
- Die Rolle „StimMT-IT-Betrieb“ wird durch das Teilprojekt 5 wahrgenommen, das die StimMT-IT-Plattform spezifiziert, die Beschaffung der erforderlichen Komponenten durchführt und den Aufbau der Lösung mitsamt den zur Freigabe für die Production-Stage erforderlichen Tests verantwortet.
- Die Rolle „Rechenzentrum“ wird innerhalb der Akteure des Teilprojekts 5 organisiert, d. h. diese legen fest, welcher Projektpartner die Build-Stage betreibt. Da in dieser Stage keine schützenswerten Daten verarbeitet werden, kommen nicht nur alle Projektpartner, sondern auch eine beliebige kommerzielle Cloud für diese Rolle in Frage.

Durch die strikte Ausrichtung am Projektantrag können alle für den Aufbau der Stage erforderlichen Software-Lizenzen und Integrationsleistungen durch die KV Comm ausgeschrieben und beschafft werden. Wichtig ist lediglich, dass eine Mitnutzung/Übertragung aller Lizenzen an die für den Betrieb der Production-Stage verantwortlichen Einrichtung möglich ist.

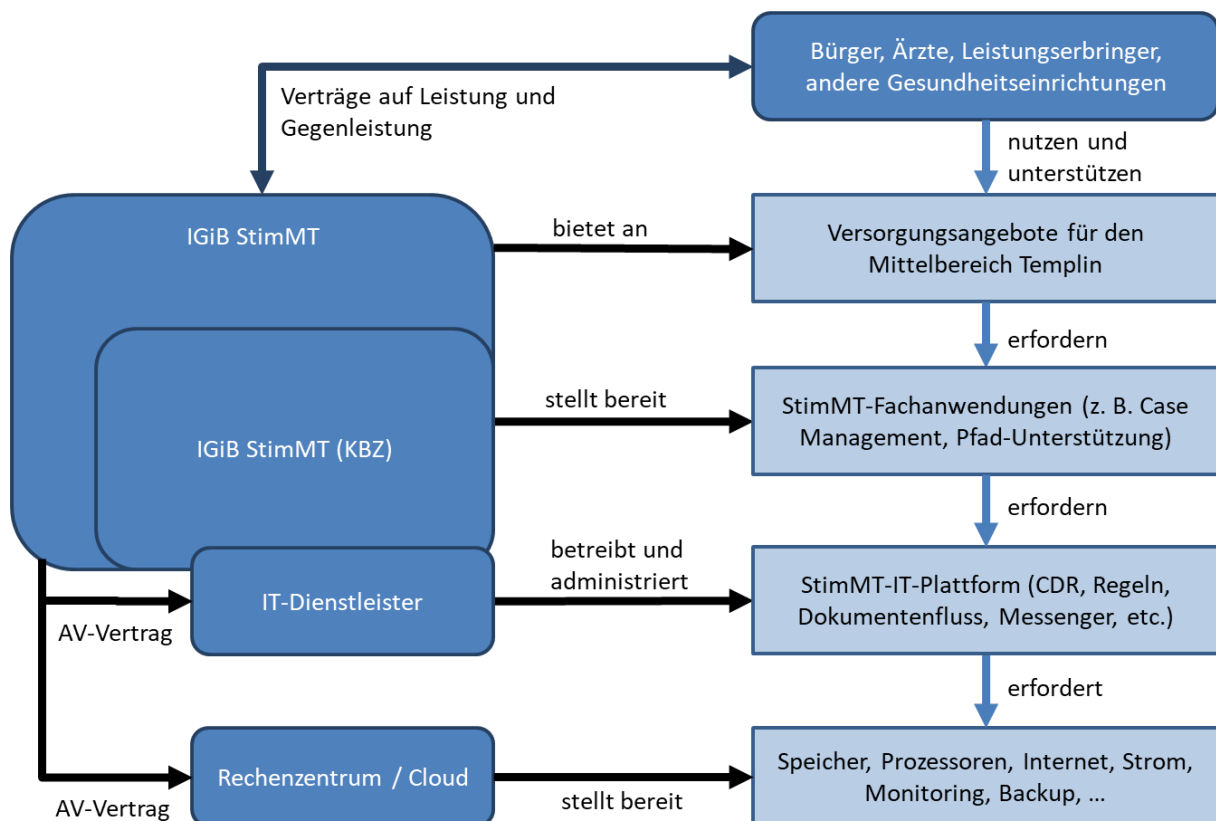
Production-Stage

Bei der Besetzung der Rollen für die Production-Stage sind die im von D+B angefertigten Rechtgutachten formulierten Einschränkungen und Problemstellungen zu beachten. Während hier

Wege aufgezeigt wurden, die eine Positionierung der IGiB StimMT GmbH in einer hauptverantwortlichen Rolle ermöglichen, wurden gleichzeitig deutliche Hindernisse für die Einbeziehung der KV Comm und der KV BB in Betreiberrollen benannt. Für die Option-B wird daher von einer Einbeziehung dieser beiden Organisationen in verantwortliche Rollen abgesehen und stattdessen die Rolle der IGiB StimMT ausgeweitet:

- Die Rolle „Versorgungsmanagement“ wird durch die IGiB StimMT gGmbH wahrgenommen. Diese schließt alle Verträge mit anderen Akteuren und nimmt die Erklärungen der Bürger zur Teilnahme an Versorgungs- und Strukturangeboten entgegen. Die IGiB StimMT gGmbH ist im Sinne der DS-GVO alleiniger Verantwortlicher für alle Versorgungs- und Strukturangebote und die zu deren Umsetzung genutzten IT-Dienste.
- Die Rolle „StimMT-Plattform-Management“ wird ebenfalls durch die IGiB StimMT GmbH wahrgenommen. Ausgefüllt werden kann diese Rolle z. B. durch das KBZ, das auch an anderer Stelle bereits für die Operationalisierung von StimMT-Angeboten zuständig ist.
- Die Rolle „StimMT-IT-Betrieb“ wird durch einen von der IGiB StimMT per AV-Vertrag einzubindenden Dienstleister wahrgenommen. Dieser administriert die StimMT-IT-Plattform und setzt die anwender- und anwendungsnahen ITIL-Prozesse (z. B. Help-Desk und Release Management) um. Denkbar ist hier auch, dass die IGiB StimMT Teile der Aufgaben mit eigenem Personal übernimmt, dass dann unmittelbar unter dem StimMT-Plattform-Management angesiedelt ist und die an den Dienstleister ausgelagerten Arbeiten überwacht und koordiniert.
- Die Rolle „Rechenzentrum“ wird durch einen von der IGiB StimMT per AV-Vertrag einzubindenden Rechenzentrums- oder Cloud-Dienstleister wahrgenommen.

Die nachfolgende Abbildung stellt die konkrete Umsetzung der Option-B im Überblick dar.





Anlage

Teilprojekt 5

Beschreibungen von Fachanwendungen



© Matthias Heyde / Fraunhofer FOKUS

Dr. Jörg Caumanns // Fraunhofer FOKUS



AGENDA

17:00 bis 17:15 Uhr
17:15 bis 19:30 Uhr

Begrüßung und Organisation der Projektgruppe

Teil I – Inhaltliche Impulse

Titel: Behandlungspfade mittels CDR unterstützen

Dr. Jörg Caumanns

Teil II – Erarbeitung konzeptioneller Ansätze

**Arbeitsthema: Abbildung der Behandlungspfade und
weitere Anwendungen**

Norbert Hahn / Dr. Jörg Caumanns

Leitfrage: Inhalte und Schnittstellen der Behandlungspfade

Leitfrage: Integration eines Case-Managements

19:30 bis 20:00 Uhr

**Teil III – Abschluss: Konsolidierung der Ergebnisse
und Planung der weiteren Schritte**

Norbert Hahn

PFADE UND CASE MANAGEMENT (1/2)

Technik zur Unterstützung organisatorischer Leitlinien

- Die im Projekt entwickelten Pfade stellen Leitlinien dar, die aus Sicht der IT einen organisatorischen Rahmen aus Prozessen und Strukturen aufspannen
 - Pfade werden nicht maschinengerecht abgebildet
 - Es gibt keine automatisierte Ablaufsteuerung über Pfade
- Punktuelle, modulare IT-Dienste zur Unterstützung der
 - mit einem Pfad einhergehenden Kommunikationsanforderungen
 - Automatisierung von bürokratischen Routineabläufen
 - Nutzung von spezialisiertem Fachwissen

PFADE UND CASE MANAGEMENT (2/2)

Care Manager und Case Manager

- Patienten, die entlang eines Pfades behandelt werden, erhalten (zumindest in der „IT-Welt“) ein Case Management
 - Fachlicher Case Manager: Zentrale Steuerung (z. B. Arzt)
 - Operativer Case Manager: Dezentrale Unterstützung (z. B. agnes)
 - Care Manager organisiert die Zuordnung der Case Manager
- Aber: Case Management auch für Szenarien ohne Pfad möglich

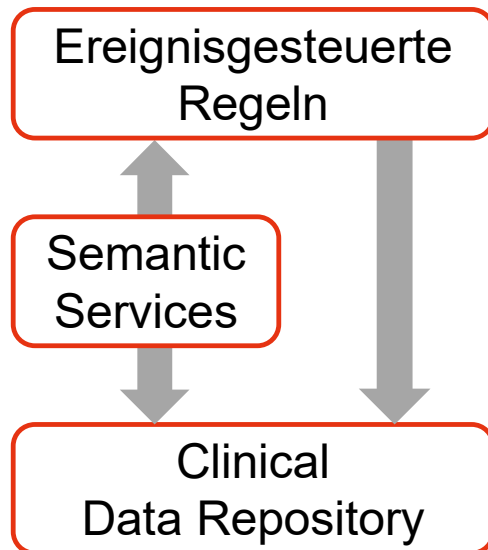
UNTERSTÜTZUNGSDIENSTE

Flexibel nutzbare IT-Dienste als Basis für spezifische Anwendungen/Pfade

- Clinical Data Repository als zentrales Backend für (fast) alle IT-Dienste
- StimMT-Portal als Schnittstelle zu allen IT-Diensten
 - Zusätzliche Schnittstellen aus dem AIS/KIS und über einen Messenger
- Wenn-Dann-Regeln
- Automatisierung von Routineabläufen
- Assessment Formulare
- Begleitdokumente und Statusauswertungen
- Worklists
- Bilaterale Kommunikation (Messenger, Video-Call)

CLINICAL DATA REPOSITORY

Speicherung und Verarbeitung granularer, kodierter Daten



- CDR: Speicherung granularer Daten gemäß eines gegebenen Modells
- Semantic Services: Ontologien und darauf aufsetzende Dienste zur Definition des genutzten Vokabulars
- Ereignisgesteuerte Regeln: Auswertung von Daten und Auslösen von Ereignissen

WENN-DANN-REGELN

BEISPIEL

Verordnung eines Antiarrhythmika

- Der Arzt verordnet einem Patienten das Medikament Multaq® gegen Vorhofflimmern
 - Morgens und abends je eine Tablette
- Die Diagnose wird im CDR vermerkt
- Das Medikament wird mit der Angabe der täglichen Dosis im CDR vermerkt

Patient 123
Diagnose: ICD I48.0
...
Med: PZN 5387593
DD: 800 mg

BEISPIEL

Validierung gegen Arzneimittelinformation

- Wesentliche Informationen der Arzneimittelinformation sind als Ontologie in einem Terminologieserver hinterlegt:
 - Wirkstoff
 - Gegenanzeigen
 - Wechselwirkungen
- Über eine definierte Regel werden die Daten im CDR mit den in der Ontologie vermerkten Warnhinweisen abgeglichen. Zusätzlich wird die Dosierung gegen die Defined Daily Doses Empfehlungen des ATC geprüft.

Regel: Abgleich der CAVE-Angaben mit den Daten des Patienten im CDR

PZN 5387593
Wirkstoff: ATC C01BD07
CAVE: ICD I48.2
CAVE: ATC C01BD01

ATC C01BD07
DDD: 0,8 g
Dafo: oral

Patient 123
Diagnose: ICD I48.0
Med: PZN 5387593
DD: 800 mg

BEISPIEL

Prüfung gegen Leitlinie

- Laut Leitlinie der European Society of Cardiology sind zur Rhythmuskontrolle alle Antiarrhythmika der Klassen I und III grundsätzlich geeignet.
- Teile dieser Leitlinie sind als Ontologie im Terminologieserver hinterlegt.

Regel: Prüfung gegen
Medikationsempfehlung der
Leitlinien

ICD I48
LL: doi 10.1093
Common: ATC C01B

PZN 5387593
Wirkstoff: ATC C01BD07
CAVE: ICD I48.2
CAVE: ATC C01BD01

ATC C01BD07
DDD: 0,8 g
Dafo: oral
Class: ATC C01B

Patient 123
Diagnose: ICD I48.0
Med: PZN 5387593
DD: 800 mg

BEISPIEL

Prüfung gegen Leitlinie

- Laut AWMF S1 Leitlinie 053-037 (Medikamentenmonitoring) sollen bei Gabe von Dronedaron alle 4 Wochen Leber- und Nierenwerte (Gamma GT und eGFR) geprüft werden.
- Diese Empfehlung wird im Terminologieserver mit Hilfe von LOINC und SNOMED CT Codes als Ontologie kodiert.
- Die Regel zur Umsetzung der Leitlinie stellt in den CDR einen offenen Laborauftrag ein. Der Hausarzt des Patienten erhält eine entsprechende Benachrichtigung.

Regel: Prüfung gegen
Empfehlung zum
Medikamentenmonitoring

ATC C01BD07
Lab: LOINC LP15590-0
LOINC LP19695-3
SCT 89185003

PZN 5387593
Wirkstoff: ATC C01BD07
CAVE: ICD I48.2
CAVE: ATC C01BD01

ATC C01BD07
DDD: 0,8 g
Dafo: oral

Patient 123
Diagnose: ICD I48.0
Prozedur: OPS 8-640
Med: PZN 5387593
DD: 800 mg
Task: Labor GGT, GFR

AUTOMATISIERUNG VON ROUTINEABLÄUFEN



AUTOMATISIERUNG VON ROUTINEABLÄUFEN

Beispiel: Beschaffung eines Rollators

1. Spezifische Regularien der Krankenkasse klären
2. Spezifische Anforderungen des Patienten erfassen
3. Verordnung ausstellen
4. Verordnung an Sanitätshaus oder Kasse senden
5. Rollator empfangen und einstellen

AUTOMATISIERUNG VON ROUTINEABLÄUFEN

Beispiel: Beschaffung eines Rollators

1. Spezifische Regularien der Krankenkasse klären
 - StimMT-Intranet-Portal: Links zu Hinweisen der Kassen
 - StimMT-Intranet-Portal: Musterformulare
2. Spezifische Anforderungen des Patienten erfassen
3. Verordnung ausstellen
4. Verordnung an Sanitätshaus oder Kasse senden
5. Rollator empfangen und einstellen

AUTOMATISIERUNG VON ROUTINEABLÄUFEN

Beispiel: Beschaffung eines Rollators

1. Spezifische Regularien der Krankenkasse klären
2. Spezifische Anforderungen des Patienten erfassen
 1. Operativer Case Manager füllt Assessment Bogen aus
 2. Wenn erforderlich: Abstimmung mit dem Arzt oder Care Manager
 3. Regel gibt Hinweis auf bewilligungsfähige Sonderausstattung
 4. Auswahl der Sonderausstattung
3. Verordnung ausstellen
4. Verordnung an Sanitätshaus oder Kasse senden
5. Rollator empfangen und einstellen

AUTOMATISIERUNG VON ROUTINEABLÄUFEN

Beispiel: Beschaffung eines Rollators

1. Spezifische Regularien der Krankenkasse klären
2. Spezifische Anforderungen des Patienten erfassen
3. Verordnung ausstellen
 1. CDR erzeugt aus den Assessment-Daten ein Begleitdokument, in dem die Angaben für die Verordnung vorformuliert sind
 2. Begleitdokument wird an Arzt übermittelt
 3. Arzt stellt Verordnung aus und sendet Mitteilung an den operativen Case Manager
4. Verordnung an Sanitätshaus oder Kasse senden
5. Rollator empfangen und einstellen

AUTOMATISIERUNG VON ROUTINEABLÄUFEN

Beispiel: Beschaffung eines Rollators

1. Spezifische Regularien der Krankenkasse klären
2. Spezifische Anforderungen des Patienten erfassen
3. Verordnung ausstellen
4. Verordnung an Sanitätshaus oder Kasse senden
 1. Sofern von Kasse gefordert: Übermittlung der Papier-Verordnung an operativen Case Manager oder Patient (z. B. via KBZ als Postfach)
 2. Einreichung der Verordnung an Sanitätshaus/Kasse (elektronisch und/oder per Post)
 3. Setzen eines Reminders (z. B. Nachfassen, wenn nach 3 Tagen keine Antwort des Sanitätshauses)
5. Rollator empfangen und einstellen

AUTOMATISIERUNG VON ROUTINEABLÄUFEN

Beispiel: Beschaffung eines Rollators

1. Spezifische Regularien der Krankenkasse klären
2. Spezifische Anforderungen des Patienten erfassen
3. Verordnung ausstellen
4. Verordnung an Sanitätshaus oder Kasse senden
5. Rollator empfangen und einstellen
 1. Sofern erforderlich: Terminabstimmung zwischen Sanitätshaus und operativen Case Manager; Termin in Kalender eintragen (Signal, dass operativer Case Manager an dem Tag beim Patienten ist)
 2. Lieferung, Einstellung, Einweisung durch Sanitätshaus
 3. Setzen eines Reminders im CDR, dass in 5 Jahren ein Austausch des Rollators möglich/erforderlich ist

ASSESSMENT-FORMULARE UND BEGLEITDOKUMENTE



ASSESSMENT FORMULARE

Weg vom Papier...

- Agnes Schwestern (und andere Akteure) erfassen Statusdaten regelmäßig und umfassend in Papierformularen
- Strukturierte Behandlungsformen führen weitere Formulare ein, die nicht immer im AIS/KIS abgebildet sind
- Das StimMT Webportal bietet für diese Formulare Eingabemasken
 - Vorbefüllung mit bekannten Informationen
 - Checks auf Vollständigkeit und Konsistenz
 - Speicherung der Daten im CDR
 - Ausdruck im geforderten Format und/oder elektronischer Versand

BEGLEITDOKUMENTE

Schnittstellen überwinden....

- Aus den Daten eines Patienten im CDR können neue Dokumente erzeugt werden, die den Patient auf dem Weg entlang einer Versorgungskette begleiten oder anderweitig unterstützen.
- Beispiele:
 - Kurzinformation für Einweisungen und Überweisungen
 - Notfallblatt für Risikogruppen
 - Medikationshinweise für Angehörige
 - Offene und anstehende Termine
 - Vertreterzettel
- Begleitdokumente können ausgedruckt und/oder elektronisch übermittelt werden (Versand oder Abruf)

STATUSAUSWERTUNG

Begleitdokument + regelbasiert erzeugte Hinweise

- Case Manager können zu ihren Patienten Statusauswertungen aus dem CDR abrufen.
- Beispiele:
 - Dem Patienten wurde Thyroxin gegen ein Schilddrüsenproblem verordnet. Die letzte Rezeptaussstellung ist so lange her, dass die Packung eigentlich schon lange aufgebraucht sein müsste.

KOMMUNIKATION UND KOOPERATION: WORKLIST, MESSENGER, VIDEO



MESSENGER

Asynchrone Ad-Hoc Kommunikation

- Alle Akteure werden auf Organisationsebene an einen Messenger-Dienst (analog WhatsApp) angebunden:
 - Versenden von kurzen Textnachrichten
 - Versenden von Dateien und Fotos
 - Versenden von Begleitdokumenten (direkt aus dem CDR)
- Clinical Data Repository ist als Akteur an den Messenger angebunden
 - Anforderung von Begleitdokumenten („Medikationsplan 12345678“)
 - Einstellen von Informationen und Dokumenten in den CDR
 - Automatisiertes Aussenden von Hinweisen und Anfragen

WORKLISTS

Aufgaben einfacher organisieren und planen

- Jeder Akteur (Organisationsebene) hat eine Worklist, in die andere Akteure – gemäß vereinbarter Regeln – Aufgaben einstellen können
- Beispiel:
 - Arzt -> agnes: bei Patientin ABC bitte den Blutdruck messen
 - CDR -> Arzt: Bitte Termin mit Patientin ABC für Blutuntersuchung XYZ vereinbaren (Zeitraum: 1.10.17 – 15.10.17)
 - CDR -> agnes: Nachfragen, ob Patient XYZ einen neuen Rollator braucht
- Ziel: Höhere Effizienz, da erforderliche Aktivitäten früher bekannt sind so besser in geplant werden können

VIDEOKOMMUNIKATION

Unnötige Wege vermeiden...

- Operativer Case Manager kann Video-Call zum Arzt durchführen
 - Schnelles Abklären von Fragen, wenn die agnes-Schwester gerade beim Patienten ist („wenn die Patientin den Arm so bewegt [Kamera auf Patientin], dann tut es weh. Sollen wir noch abwarten oder gleich einen Termin machen?“) -> ad hoc, synchron
 - Versenden von Standbildern („unter dem Verband sieht es jetzt so aus“) -> asynchrone Bearbeitung
- Akteure können untereinander Termine für Video-Konsile vereinbaren
 - Fallbesprechungen vom Büro aus

ZUSAMMENSPIEL MEDIZIN - IT



UMSETZUNG IN STIMMT

IT genau da, wo es Sinn macht...

- Die vorgestellten Mechanismen sind als „Baukasten“ zu sehen
- In einem aus den fachlichen Anforderungen und den vereinbarten Pfaden abgeleiteten Fachkonzept ist auszuarbeiten:
 - Welche einfachen Wenn-Dann-Regeln gibt es?
 - Welche Routineabläufe können automatisiert werden?
 - Welche Assessment Formulare sind erforderlich?
 - Welche Begleitdokumente und Statusauswertungen machen Sinn?
 - Wo können die Aufgaben über Worklists besser organisiert werden?
 - Wo spart bilaterale Online-Kommunikation Zeit und/oder Wege?

KONTAKT

Fraunhofer FOKUS
Kaiserin-Augusta-Allee 31
10589 Berlin, Germany
www.fokus.fraunhofer.de

Dr. Jörg Caumanns
Leiter ESPRI/eHealth
joerg.caumanns@fokus.fraunhofer.de



STIMMT IT-PLATTFORM: ANBINDUNG AN SANA UND GEN

© Matthias Heyde / Fraunhofer FOKUS

Dr. Jörg Caumanns // Fraunhofer FOKUS

DATENSCHUTZLEITLINIE

Vorgaben an die Lösung als Prämisse für Privacy-by-Design (1/2)

- Aus der Region – Für die Region: Die Lösung ist an den Erforderlichkeiten der medizinischen Versorgung in der Region Templin ausgerichtet und setzt diese mit Blick auf die regionalen Strukturen zweckmäßig um.
- Befähigung eines Dienstleisters, der fachliche Versorgungsangebote definiert und mit Hilfe von korrespondierenden IT-Anwendungen zweckmäßig umsetzt
 - Konstrukt analog zu kommerziellen Telemedizin-Dienstleistern (und PKV)
 - Versicherte „kaufen“ Versorgungsangebote und erhalten eine definierte Leistung
 - Es gibt keine direkte Beziehung zwischen datenerzeugenden und datennutzenden Stellen, sondern immer nur Beziehungen zu dem Dienstleister
 - Alle Verträge laufen über den Dienstleister
 - Dienstleister setzt die Vorgaben der DSGVO vollständig um

DATENSCHUTZLEITLINIE

Vorgaben an die Lösung als Prämisse für Privacy-by-Design (2/2)

- Explizite Einwilligung für die grundlegende Teilnahme an Angeboten des StimMT-Dienstleisters und für jede „gebuchte“ Versorgungsleistung (AGB/Vertrag mit dedizierten Erklärungen)
 - Basis-Einwilligung informiert über zentralistischen Systemaufbau
 - Teilnahme an Versorgungsleistung bedingt Schweigepflichtentbindung (gegenüber StimMT-Dienstleister), Einwilligung in Datenzusammenführung und Berechtigungsvergabe
 - Versorgungsleistungen sind konkret in Bezug auf die erforderlichen Datenkategorien und die teilnehmenden Leistungserbringer
- Lang laufende „Basis-Anwendung“ stellt sicher, dass immer eine Legitimation für die Datenzusammenführung und den zentralen MPI besteht

BEISPIEL

Pfadgesteuerte Versorgung „Diabetes“:

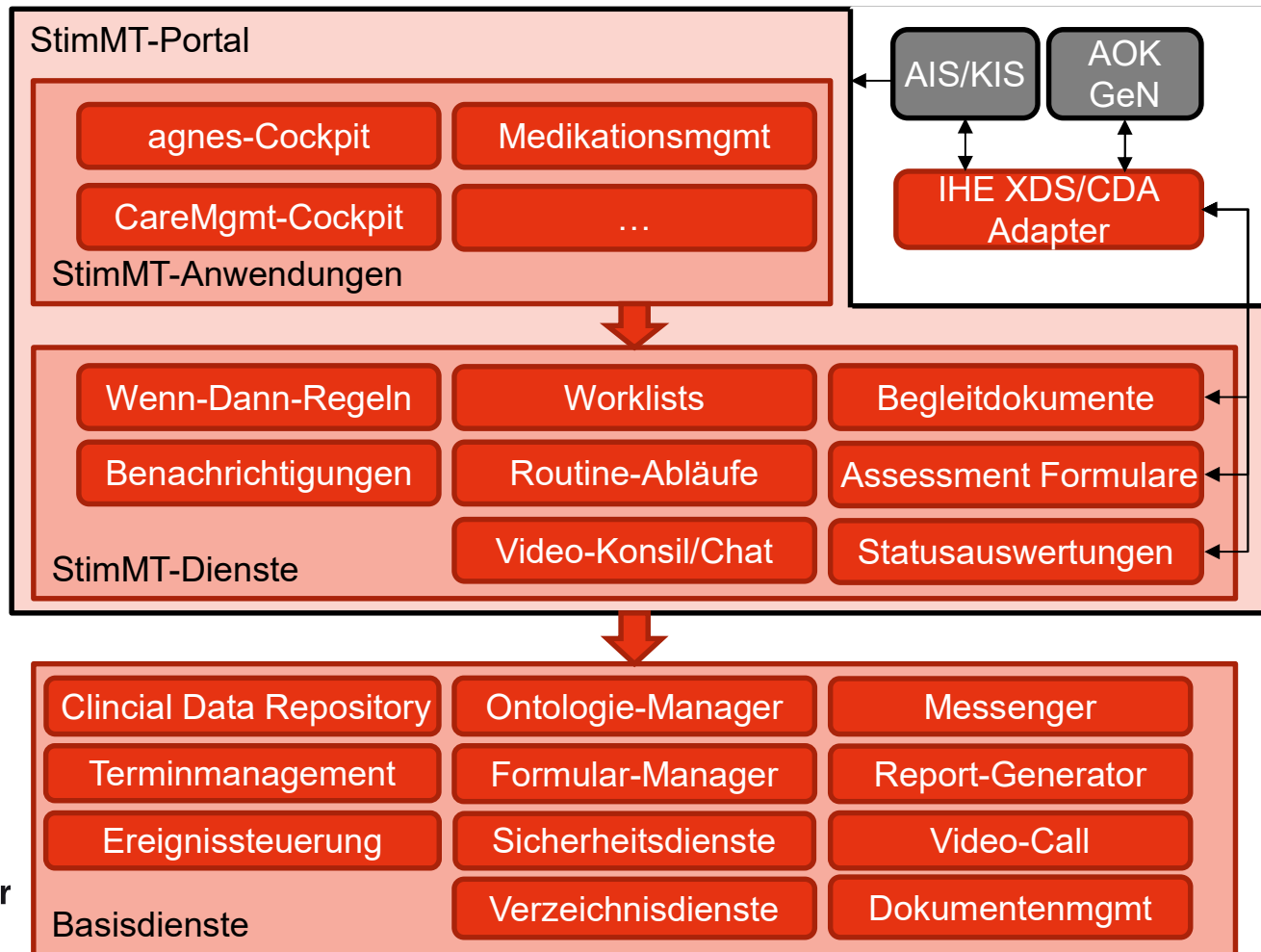
Der medizinische Case Manager, der vom Patienten benannte Diabetologe und der operative Case Manager dürfen das Diabetestagebuch, den Diabetes-Therapieplan und den Ernährungsplan des Patienten anlegen, einsehen und aktualisieren. Zusätzlich dürfen sie Daten der Kategorien „Medikation“, „Biometrische Daten“, „Vitaldaten“ und „Labordaten“ anlegen und einsehen. Der vom Patienten benannte Ernährungsberater darf lediglich den Ernährungsplan anlegen, einsehen und aktualisieren sowie Daten der Kategorien „Biometrische Daten“ und „Vitaldaten“ einsehen.

- Recht zum Zugriff auf „Diabetestagebuch“ beinhaltet das Recht zum Zugriff auf alle darin enthaltenen FHIR Ressourcen
- Recht zum Zugriff auf Datenkategorien impliziert Recht zum Zugriff auf alle Dokumente, die ausschließlich Daten dieser Kategorien enthalten.

STIMMT-ARCHITEKTUR

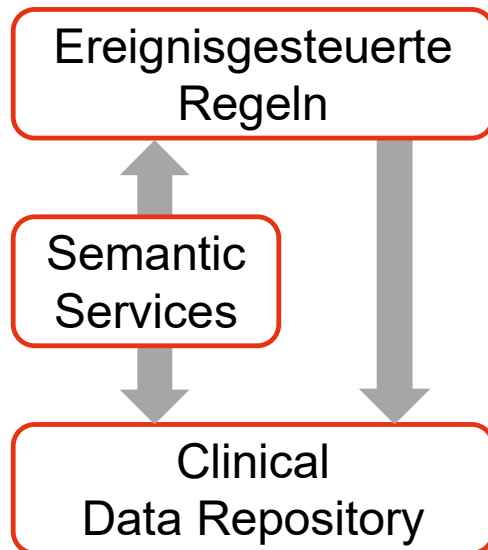
Flexibel nutzbare IT-Dienste als Basis für spezifische Anwendungen/Pfade

- Zweckmäßigkeit und Erforderlichkeit werden Top-Down über klar abgegrenzte Architekturebenen „vererbt“
- Top-Level Ebene muss 1:1 mit einem Versorgungsangebot korrespondieren
- Modularer Baukasten, aus dem heraus die IT-Unterstützung spezifisch für ein Versorgungsangebot zusammengestellt werden kann
 - COTS als Basis-Bausteine auf der untersten Ebene (Basisdienste)
 - Funktional motivierte Abstraktionsebene zur Entkopplung von konkreten COTS und zur Integration von COTS (StimMT-Dienste)
 - Tiefe Integration von externen Systemen über StimMT-Dienste gekapselt
 - Horizontale und vertikale Integration von StimMT-Diensten zu StimMT-Anwendungen über StimMT-Portal



CLINICAL DATA REPOSITORY

Speicherung und Verarbeitung granularer, kodierter Daten



- CDR: Speicherung granularer Daten gemäß eines gegebenen Modells
- Semantic Services: Ontologien und darauf aufsetzende Dienste zur Definition des genutzten Vokabulars
- Ereignisgesteuerte Regeln: Auswertung von Daten und Auslösen von Ereignissen

BEISPIEL

Medikamentenmonitoring

- CDR speichert strukturierte, kodierte Daten zum Patienten
 - Extraktion aus strukturierten Formularen
- Nutzung von Standard-Terminologien zur semantischen Auszeichnung der Daten
- Erstellung einfacher Ontologien zur Umsetzung von Leitlinien und zur Abbildung einfacher Prüfvorschriften aus Pfaden
- Definition von Regeln zur Steuerung von Prüfungen und zum Aufnehmen und Auslösen von Ereignissen

Regel: Prüfung gegen
Empfehlung zum
Medikamentenmonitoring

ATC C01BD07
Lab: LOINC LP15590-0
LOINC LP19695-3
SCT 89185003

PZN 5387593
Wirkstoff: ATC C01BD07
CAVE: ICD I48.2
CAVE: ATC C01BD01

ATC C01BD07
DDD: 0,8 g
Dafo: oral

Patient 123
Diagnose: ICD I48.0
Prozedur: OPS 8-640
Med: PZN 5387593
DD: 800 mg
Task: Labor GGT, GFR

ANBINDUNG SANA UND GEN

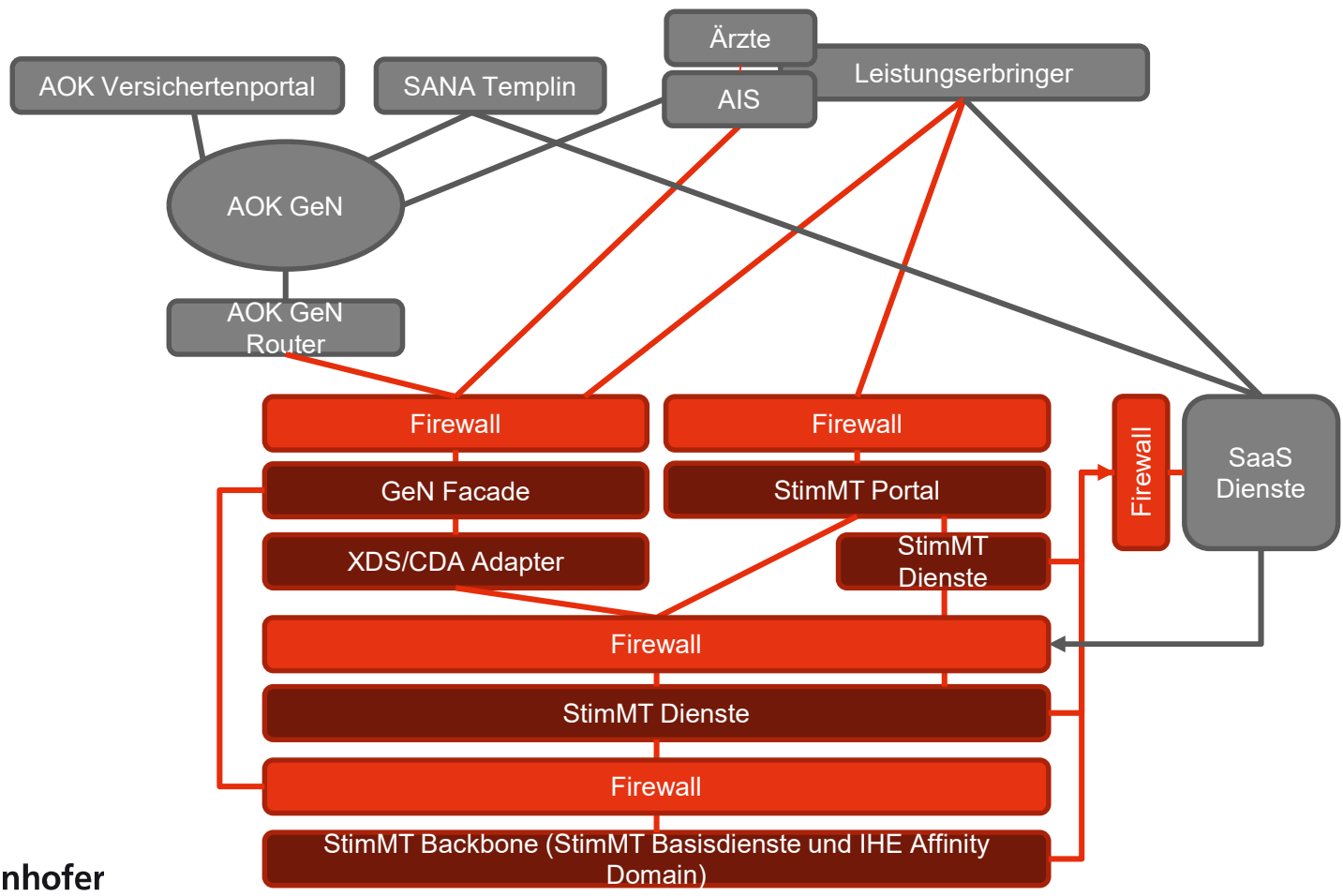
Nutzung von GeN zur Anbindung an die Primärsysteme

- SANA und GeN können nur Dokumente annehmen und ausspielen
- Der StimMT-Dienst „Assessment-Formulare“ nimmt Dokumenten an
 - Über einen XDS/XCA Adapter können ausgefüllte Formulare an diesen Dienst übergeben werden (Umwandlung CDA->FHIR im Adapter)
 - Nach „außen“ ist nicht erkennbar, ob Formulardaten aus GeN kamen oder nativ über den StimMT-Dienst erfasst wurden
- Die StimMT-Dienste „Status-Auswertung“ und „Begleitdokument“ können Dokumente ausspielen
 - Anbindung an GeN analog über Adapter, so dass von dem konkreten Übermittlungsweg an den Arzt abstrahiert wird

RISIKOMANAGEMENT

Ein Projekt darf nicht von dem anderen abhängig sein...

- StimMT-spezifische Akteure werden über das Portal oder dedizierte Apps angebunden
- Plan A:
 - Anbindung von SANA über GeN
 - Anbindung der Praxen über einen in GeN zu schaffenden KV BB Tenant
- Plan B:
 - Anbindung von SANA über die SANA XDS Affiity Domain
 - Anbindung der Praxen über gevko Adapter (oder ähnliches)
- Plan C:
 - Ausschließliche Nutzung des Portals (incl. Parameterübergabe per URL)



VERKNÜPFUNG DER SICHERHEITSDIENSTE

Ziel: Ende-zu-Ende Datenschutz

- Identifizierung Patienten/Versicherte:
 - Templiner Bürger, die an StimMT teilnehmen, werden in einem StimMT Kundenverzeichnis registriert (KVNR, Name, Geburtsdatum)
 - Identifizierung über Ärzte
 - Registrierung/Deregistrierung über KBZ
- Identifizierung der Leistungserbringer:
 - Dienstleisterverzeichnis in StimMT; gepflegt über KBZ
 - (virtuelle) Integration mehrerer Sources-of-Truth
 - Unterstützung der in GeN definierten Identifier

VERKNÜPFUNG DER SICHERHEITSDIENSTE

Ziel: Ende-zu-Ende Datenschutz

- Lokalisierung von Daten:
 - Option A: StimMT kann IHE DSUB-Trigger in den Affinity Domains von SANA und KV BB Tenant für bestimmte Dokumenttypen registrieren
 - Möglichkeit, StimMT-relevante Dokumente gezielt abzurufen (Achtung: XCF wäre hier ideal. Bei XCA/XDS muss Dummy-Query vorgeschaltet werden)
 - Voraussetzung: StimMT kann eigene CPID am GeN MPI registrieren
 - Option B: StimMT kann PIX-Anfrage an GeN MPI stellen
 - Legitimation über Einwilligung im Rahmen der Buchung von Anwendungen
 - Über die Anfrage kann die CPID/LPID in der SANA-Domain ermittelt werden
- Zugriff aus GeN auf StimMT nur bei StimMT-CPID im GeN-MPI

VERKNÜPFUNG DER SICHERHEITSDIENSTE

Ziel: Ende-zu-Ende Datenschutz

- Authentifizierung von Leistungserbringern:
 - Authentifizierung von StimMT-Akteuren innerhalb von StimMT
 - Authentifizierung von GeN-Akteuren innerhalb von GeN
 - Über die jeweiligen STS können in einem Netz ausgestellte Assertions in das andere Netz eingespielt werden (Vertrauensverhältnis zwischen den STS)
- Authentifizierung von Patienten:
 - In StimMT nicht erforderlich
 - Aber: StimMT-Anwendungen können Statusauswertungen und Begleitdokumente definieren, die AOK NO Versicherte über GeN (Portal) abrufen können

VERKNÜPFUNG DER SICHERHEITSDIENSTE

Ziel: Ende-zu-Ende Datenschutz

- Autorisierung in StimMT:
 - Buchung eines Leistungsangebots resultiert in einer konkreten Autorisierung
 - Synchronizität der Inhalte von Autorisierung und Schweigepflichtentbindung
 - Technische Umsetzung über IHE BPPC und IHE APPC
 - BPPC: Zustimmung zur „Daten-Policy“ der Anwendung
 - APPC: Belegung der konkreten Berechtigungen mit Verweis auf BPPC

VERKNÜPFUNG DER SICHERHEITSDIENSTE

Ziel: Ende-zu-Ende Datenschutz

- Abruf von Daten (StimMT-Dienst „Assessment-Formular“ -> GeN)
 - Policy-Push: Übermittlung des BPPC(-Links) mit jeder Anfrage an GeN
 - Angefragte Stelle kann aus dem BPPC eine Schweigepflichtentbindung „bauen“
 - Dokument wird in StimMT „zerpflückt“; Original wird im StimMT-Archiv gespeichert
- Abruf von Daten (GeN -> StimMT-Dienste „Begleitdokument“, „Statusauswertung“):
 - GeN Identity-Assertion wird über StimMT-STS (via StimMT-Gateway) validiert
 - StimMT ACS prüft (getriggert durch StimMT-Dienst), ob der Anfragende Berechtigter einer StimMT-Anwendung ist, in der ein Lesezugriff auf das angefragte Dokumente erlaubt ist

KONTAKT

Fraunhofer FOKUS
Kaiserin-Augusta-Allee 31
10589 Berlin, Germany
www.fokus.fraunhofer.de

Dr. Jörg Caumanns
Leiter ESPRI/eHealth
joerg.caumanns@fokus.fraunhofer.de



© Matthias Heyde / Fraunhofer FOKUS

STIMMT IT-PLATTFORM: IT-STRATEGIE UND DATENSCHUTZ

Dr. Jörg Caumanns // Fraunhofer FOKUS



DATENSCHUTZLEITLINIE

Vorgaben an die Lösung als Prämisse für Privacy-by-Design (1/2)

- Aus der Region – Für die Region: Die Lösung ist an den Erforderlichkeiten der medizinischen Versorgung in der Region Templin ausgerichtet und setzt diese mit Blick auf die regionalen Strukturen zweckmäßig um.
- Befähigung eines Dienstleisters, der fachliche Versorgungsangebote definiert und mit Hilfe von korrespondierenden IT-Anwendungen zweckmäßig umsetzt
 - Konstrukt analog zu kommerziellen Telemedizin-Dienstleistern
 - Versicherte „kaufen“ Versorgungsangebote und erhalten eine definierte Leistung
 - Es gibt keine direkte Beziehung zwischen datenerzeugenden und datennutzenden Stellen, sondern immer nur Beziehungen zu dem Dienstleister
 - Alle Verträge laufen über den Dienstleister
 - Dienstleister setzt die Vorgaben der DSGVO vollständig um

DATENSCHUTZLEITLINIE

Vorgaben an die Lösung als Prämisse für Privacy-by-Design (2/2)

- Explizite Einwilligung für die grundlegende Teilnahme an Angeboten des StimMT-Dienstleisters und für jede „gebuchte“ Versorgungsleistung (AGB/Vertrag mit dedizierten Erklärungen)
 - Basis-Einwilligung informiert über zentralistischen Systemaufbau
 - Teilnahme an Versorgungsleistung bedingt Schweigepflichtentbindung (gegenüber StimMT-Dienstleister), Einwilligung in Datenzusammenführung und Berechtigungsvergabe
 - Versorgungsleistungen sind konkret in Bezug auf die erforderlichen Datenkategorien und die teilnehmenden Leistungserbringer
- Lang laufende „Basis-Anwendung“ stellt sicher, dass immer eine Legitimation für die Datenzusammenführung und den zentralen MPI besteht

BEISPIEL

Pfadgesteuerte Versorgung „Diabetes“:

Der medizinische Case Manager, der vom Patienten benannte Diabetologe und der operative Case Manager dürfen das Diabetestagebuch, den Diabetes-Therapieplan und den Ernährungsplan des Patienten anlegen, einsehen und aktualisieren. Zusätzlich dürfen sie Daten der Kategorien „Medikation“, „Biometrische Daten“, „Vitaldaten“ und „Labordaten“ anlegen und einsehen. Der vom Patienten benannte Ernährungsberater darf lediglich den Ernährungsplan anlegen, einsehen und aktualisieren sowie Daten der Kategorien „Biometrische Daten“ und „Vitaldaten“ einsehen.

- Recht zum Zugriff auf „Diabetestagebuch“ beinhaltet das Recht zum Zugriff auf alle darin enthaltenen FHIR Ressourcen
- Recht zum Zugriff auf Datenkategorien impliziert Recht zum Zugriff auf alle Dokumente, die ausschließlich Daten dieser Kategorien enthalten.

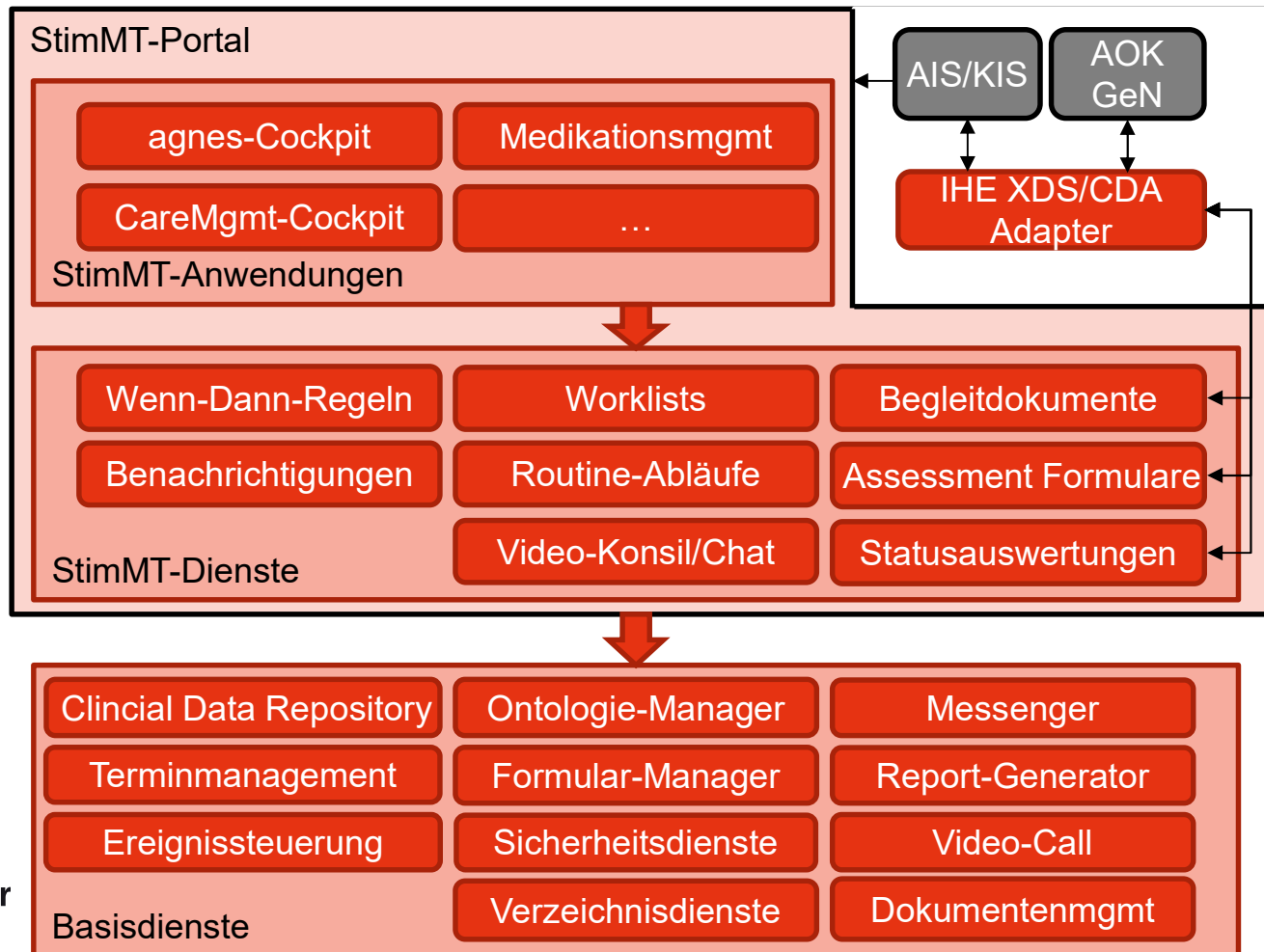
ABGRENZUNG

Was wir machen	Was wir NICHT machen
Regionale Versorgung	Akte für Deutschland
Bereitstellung definierter Daten aus den Erfordernissen eines Versorgungsszenarios hinaus	Ad Hoc Austausch aller verfügbaren Daten
Zielgerichtete Informationsbereitstellung, die Daten zu Informationen aufbereitet und in einen Kontext stellt	Drehscheibe für den Austausch von reinen Routinedaten, die empfangerspezifisch vorgehalten werden

STIMMT-ARCHITEKTUR

Flexibel nutzbare IT-Dienste als Basis für spezifische Anwendungen/Pfade

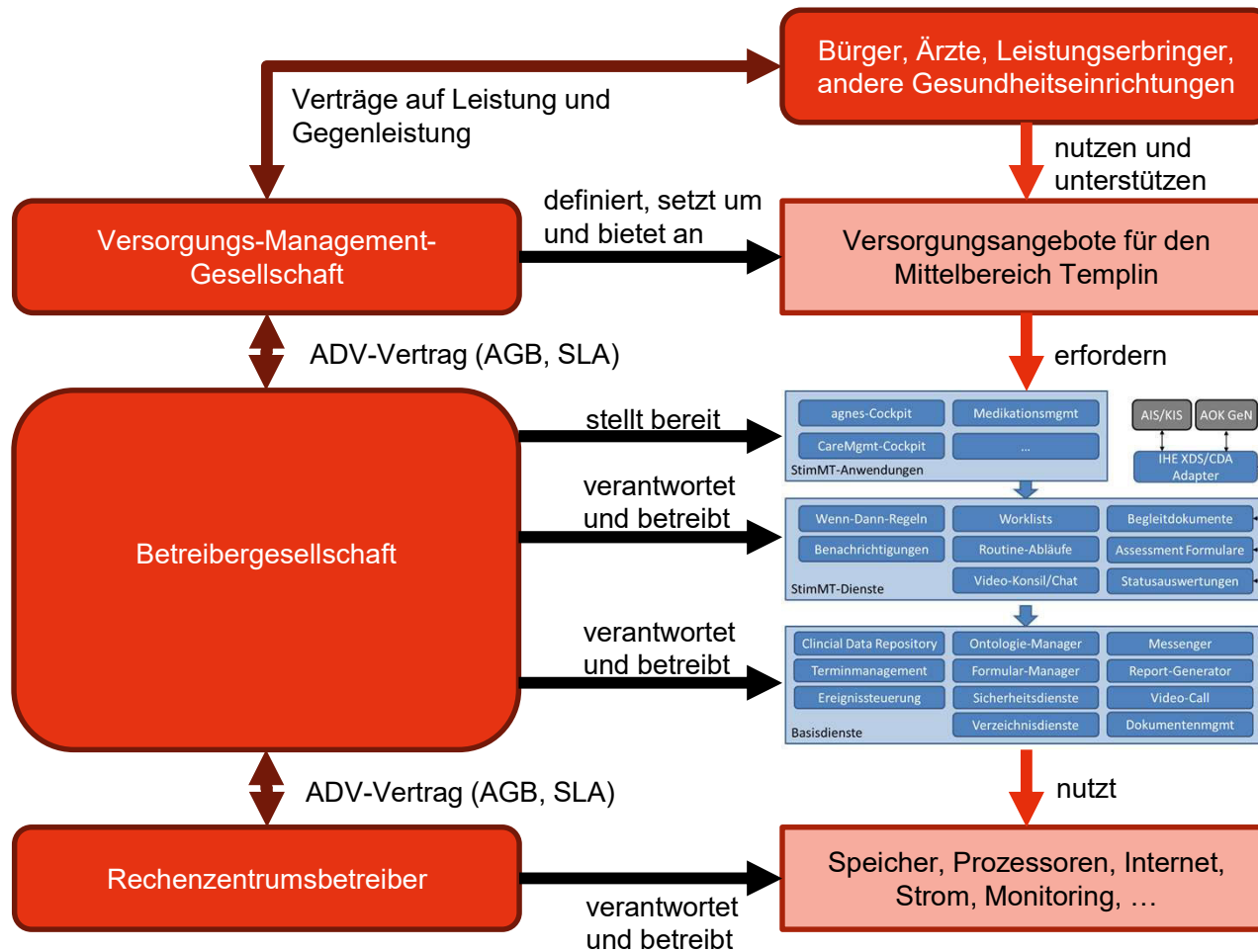
- Zweckmäßigkeit und Erforderlichkeit werden Top-Down über klar abgegrenzte Architekturebenen „vererbt“
- Top-Level Ebene muss 1:1 mit einem Versorgungsangebot korrespondieren
- Modularer Baukasten, aus dem heraus die IT-Unterstützung spezifisch für ein Versorgungsangebot zusammengestellt werden kann
 - COTS als Basis-Bausteine auf der untersten Ebene (Basisdienste)
 - Funktional motivierte Abstraktionsebene zur Entkopplung von konkreten COTS und zur Integration von COTS (StimMT-Dienste)
 - Tiefe Integration von externen Systemen über StimMT-Dienste gekapselt
 - Horizontale und vertikale Integration von StimMT-Diensten zu StimMT-Anwendungen über StimMT-Portal



ANBINDUNG VON PRAXEN UND SANA

Ein Projekt darf nicht von dem anderen abhängig sein...

- StimMT-spezifische Akteure werden über das Portal oder dedizierte Apps angebunden
- Plan A:
 - Anbindung von SANA über GeN
 - Anbindung der Praxen über einen in GeN zu schaffenden KV BB Tenant
- Plan B:
 - Anbindung von SANA über die SANA XDS Affiity Domain
 - Anbindung der Praxen über gevko Adapter (oder ähnliches)
- Plan C:
 - Ausschließliche Nutzung des Portals (incl. Parameterübergabe per URL)



KONTAKT

Fraunhofer FOKUS
Kaiserin-Augusta-Allee 31
10589 Berlin, Germany
www.fokus.fraunhofer.de

Dr. Jörg Caumanns
Leiter ESPRI/eHealth
joerg.caumanns@fokus.fraunhofer.de



StimMT

ANBINDUNG DES SANA KRANKENHAUSES TEMPLIN

© Matthias Heyde / Fraunhofer FOKUS

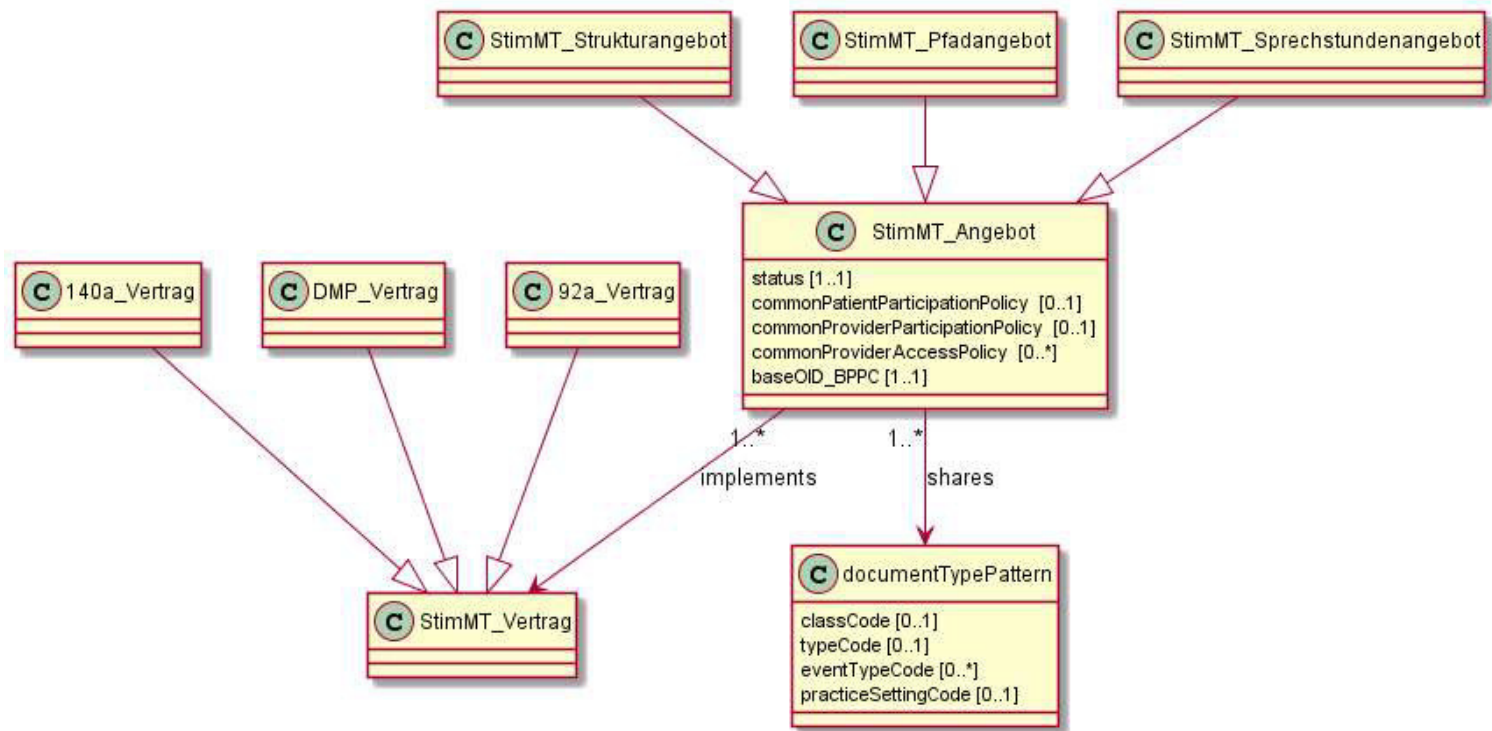
Dr. Jörg Caumanns // 11.07.18

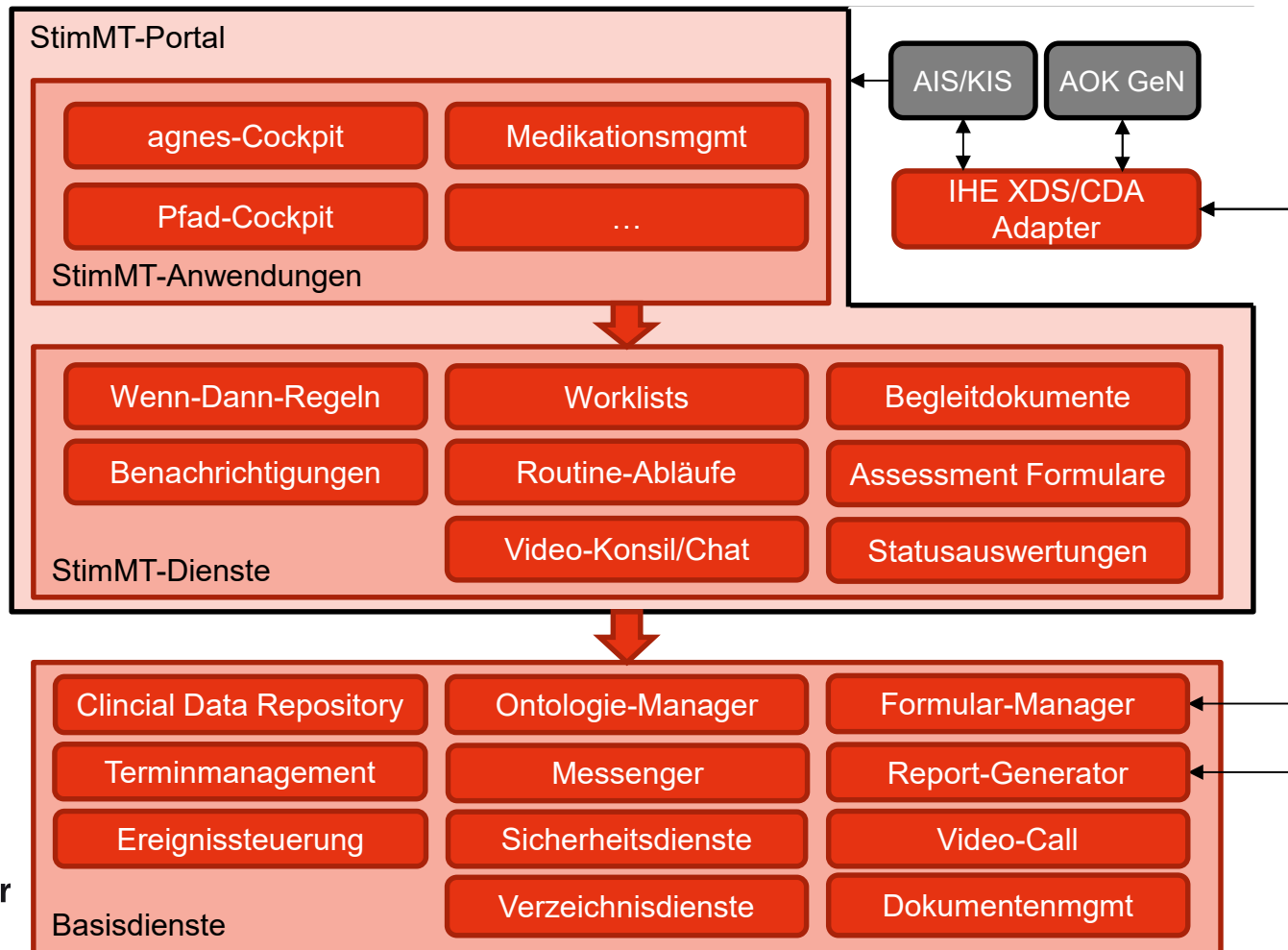
GRUNDPRINZIPIEN

- Nutzung der GeN Infrastruktur wo immer möglich und sinnvoll
 - Dokumentenaustausch mit SANA über GeN Facade
 - Kapselung von StimMT über GeN-API (StimMT Facade)
 - Für AOK Versicherte: Register und ACS von GeN nutzen
 - Für Nicht-AOK-Versicherte: PIX/ACS duplizieren; Facaden routen
 - Ziel: analog Anforderungen AOK BV (AOK gibt Beistellung!?)
- 100% Standards: IHE, HL7 FHIR, OASIS, ...
 - SANA Anbindung über IHE Dokumenten-Paradigma
- TCO im Regelbetrieb niedrig halten
 - AOK-finanzierte Komponenten der GeN-Infrastruktur mitnutzen

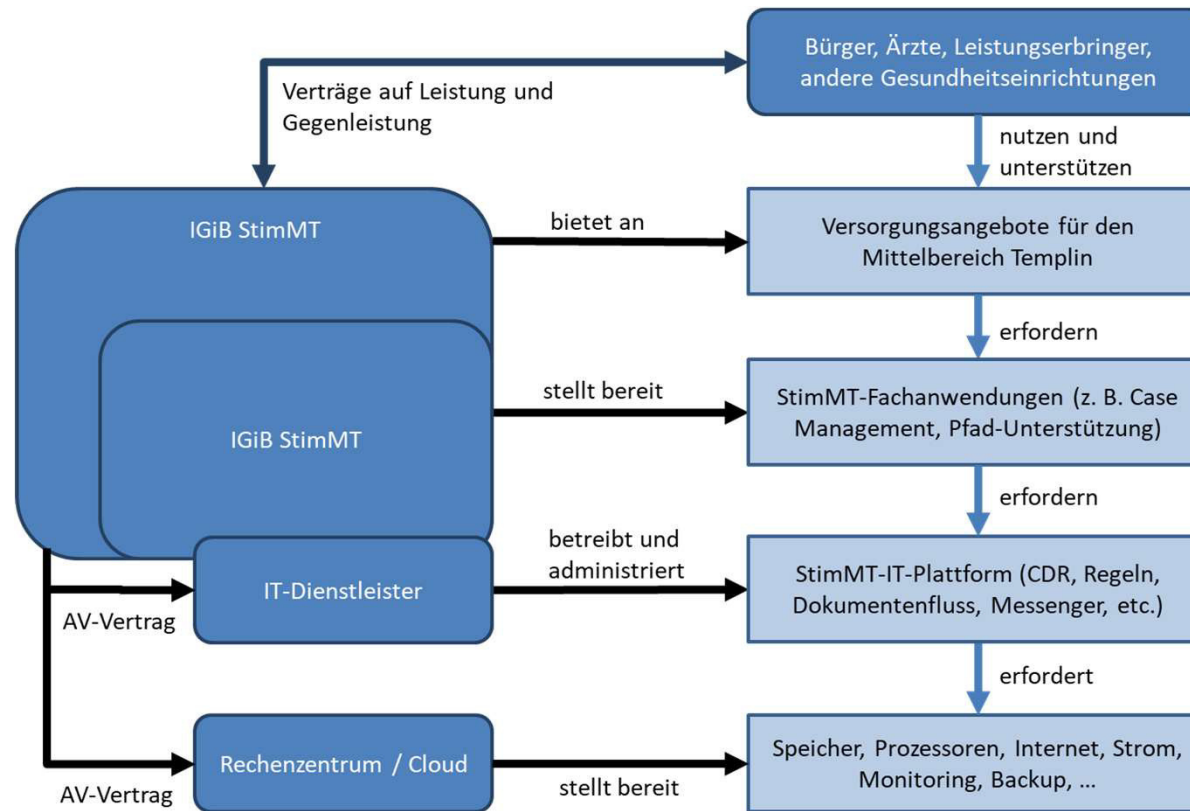
STIMMT ANGEBOTE

StimMT Angebot == GeN Anwendungsszenario

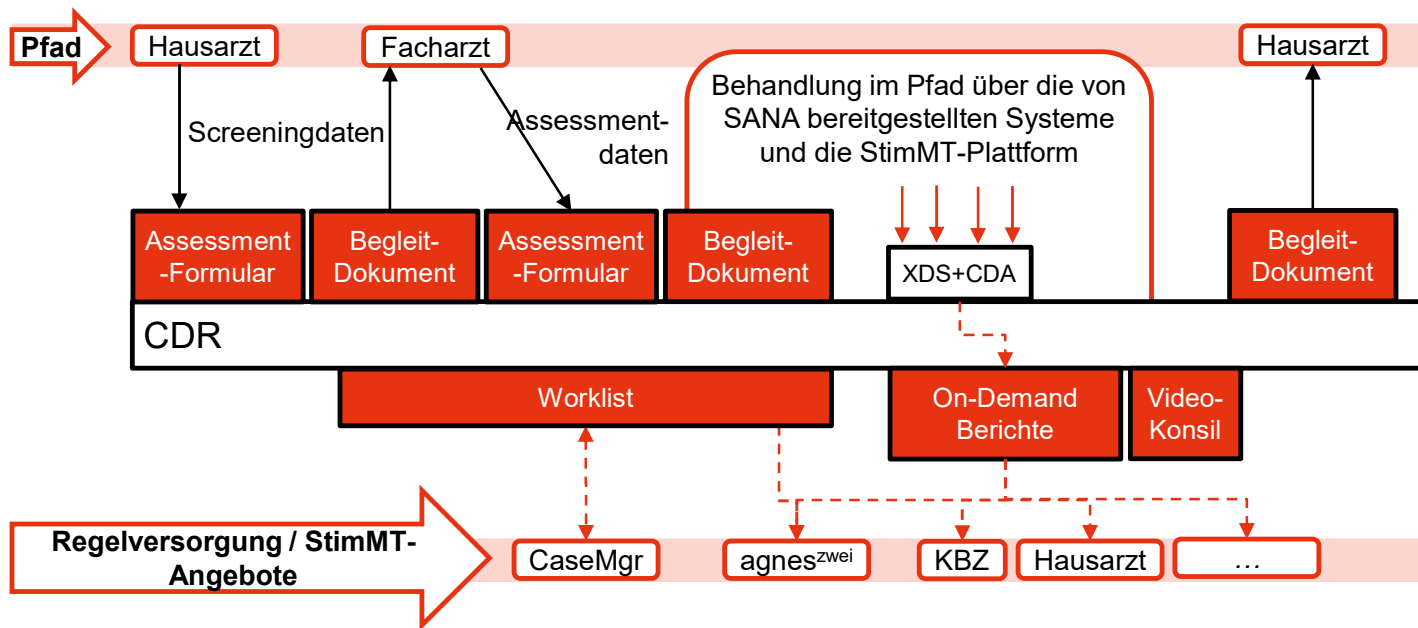


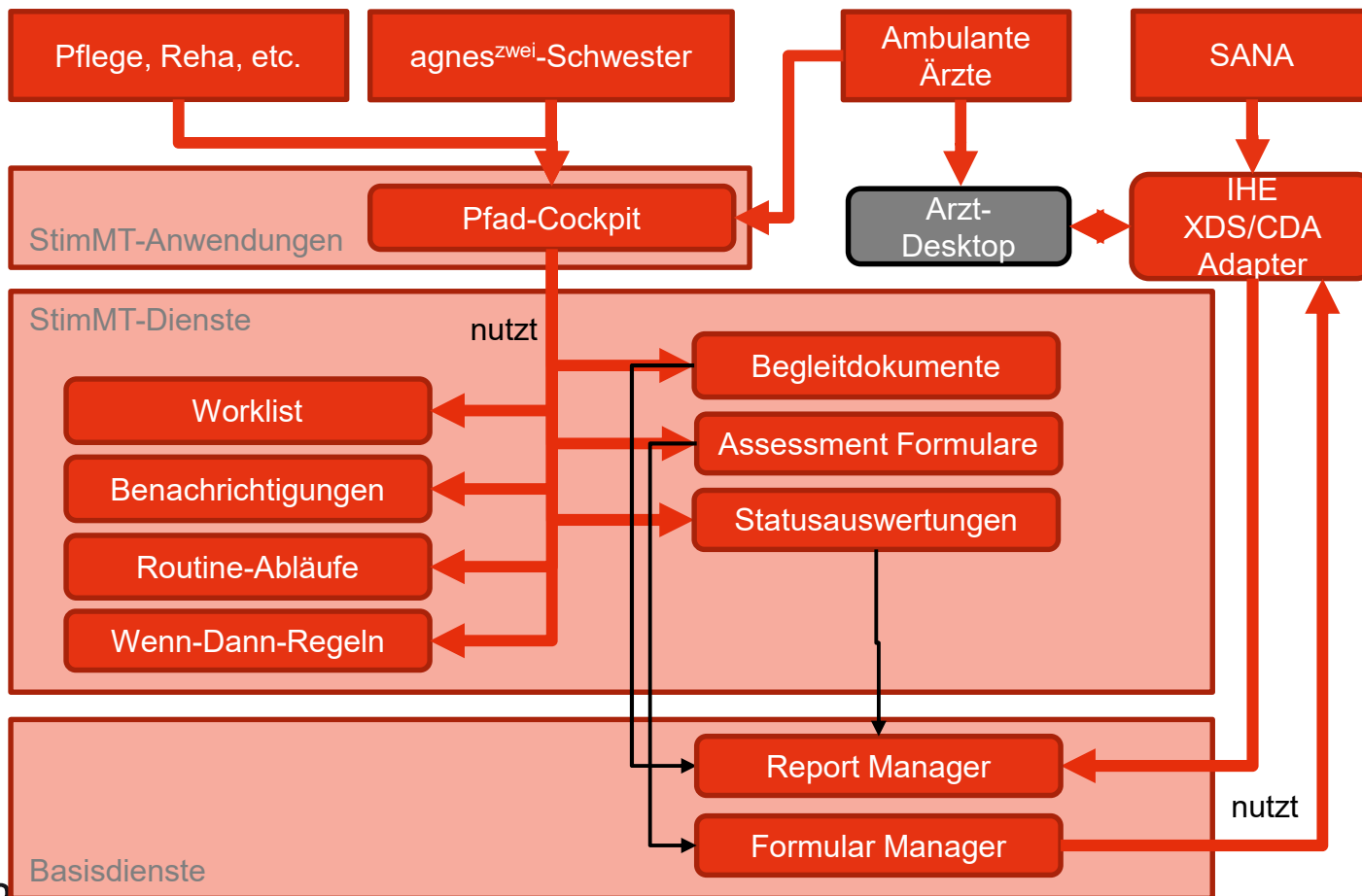


OPERATIONALISIERUNG

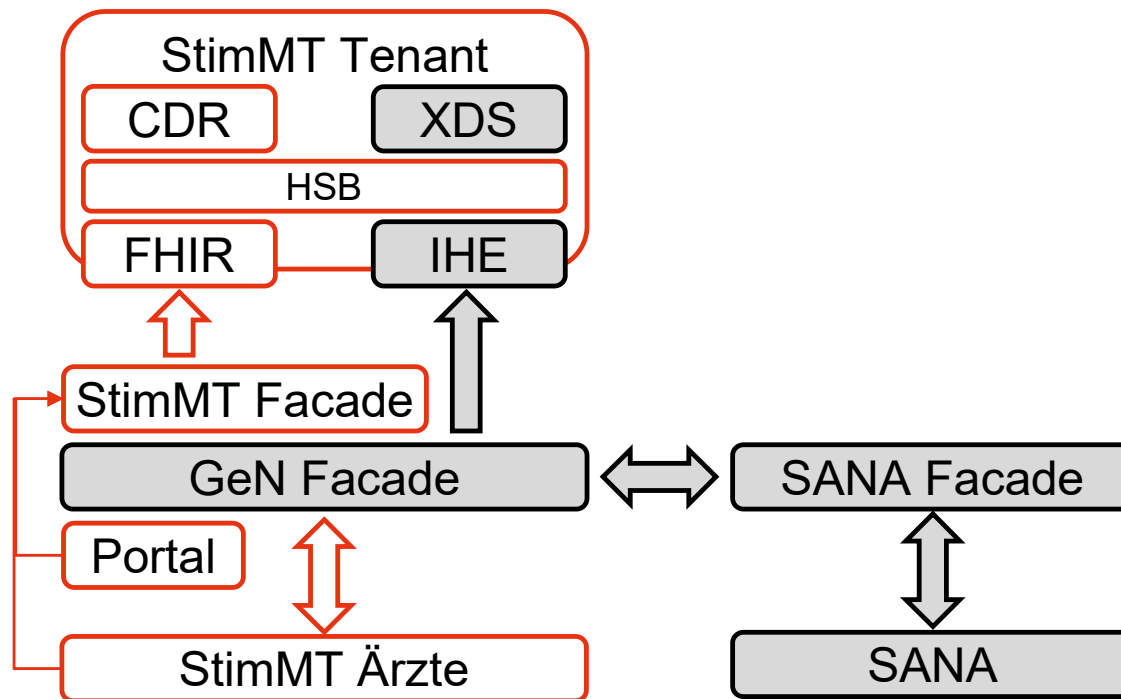


Beispiel Herzinsuffizienz





STIMMT TENANT



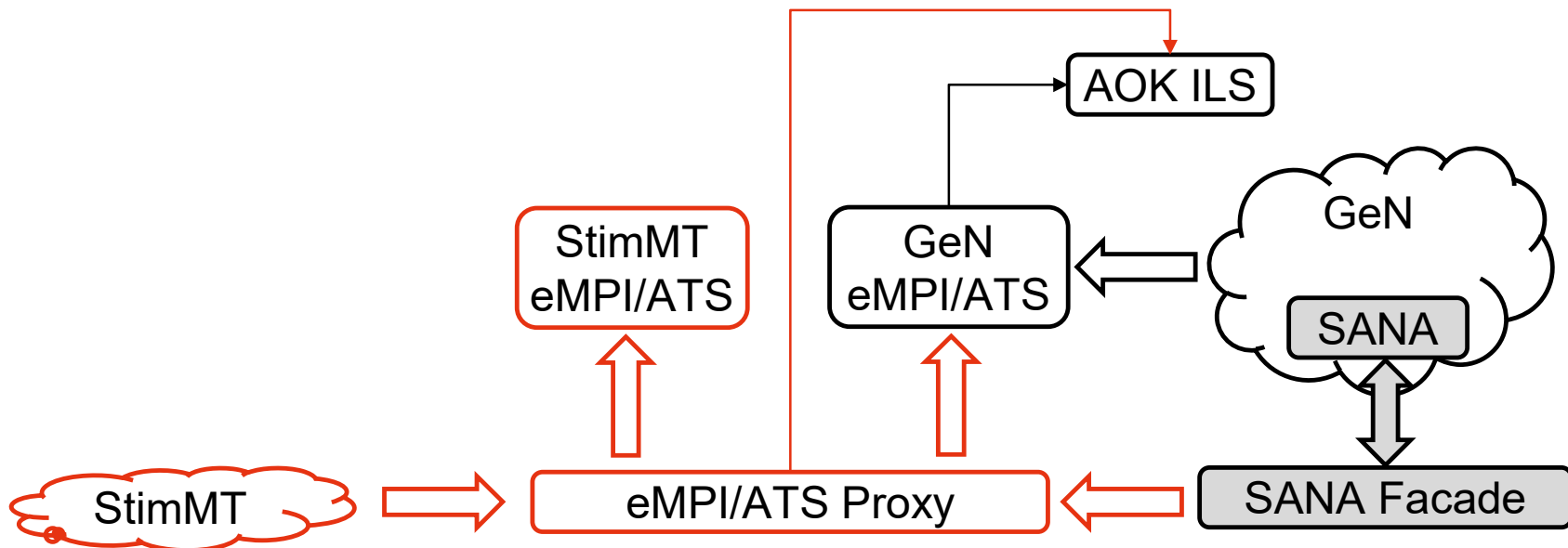
MASTER PATIENT INDEX (SUPER-PIX)

Priorisierter Entscheidungsbedarf!

- Option 1: Alle StimMT-Bürger (AOK und Nicht-AOK) werden im GeN Super-PIX registriert; alle Einwilligungen werden im GeN Consent Repository gespeichert
 - Risiko: Abstimmung mit AOK, Barmer, sigeso erforderlich; nicht steuerbare politische Aspekte
 - Vorteil: GeN Facaden as-is einsetzbar
- Option 2: Alle StimMT-Bürger (AOK und Nicht-AOK) werden im StimMT Super-PIX registriert; alle Einwilligungen werden im StimMT Consent Repository gespeichert
 - Risiko: ggf. Seiteneffekte bei Bürgern, die an StimMT UND GeN teilnehmen
 - Nachteil: Was ist mit Versicherten, die nur an GeN teilnehmen („Weiche“ bei SANA?)
 - Vorteil: GeN-Facaden mit StimMT-Konfiguration nutzbar (d. h. Technik ist da)
- Option 3: Trennung von AOK-Versicherten und Nicht-AOK Versicherten (d. h. separate Super-PIX und Consent Repository)
 - Nachteil: Proxy als „Weiche“ erforderlich
 - Vorteil: schneller und skalierbarer Go-Live

PATIENTENINDEX – OPTION 3

Zwei überlappungsfreie Master Patient Indizes



SANA Facade wird so konfiguriert, dass alle eMPI- und ATS-Aufrufe an den eMPI/ATS Proxy von StimMT gehen (API analog GeN eMPI/ATS)

EINWILLIGUNG ZUR TEILNAHME AN STIMMT ANGEBOT (OPTION 3)

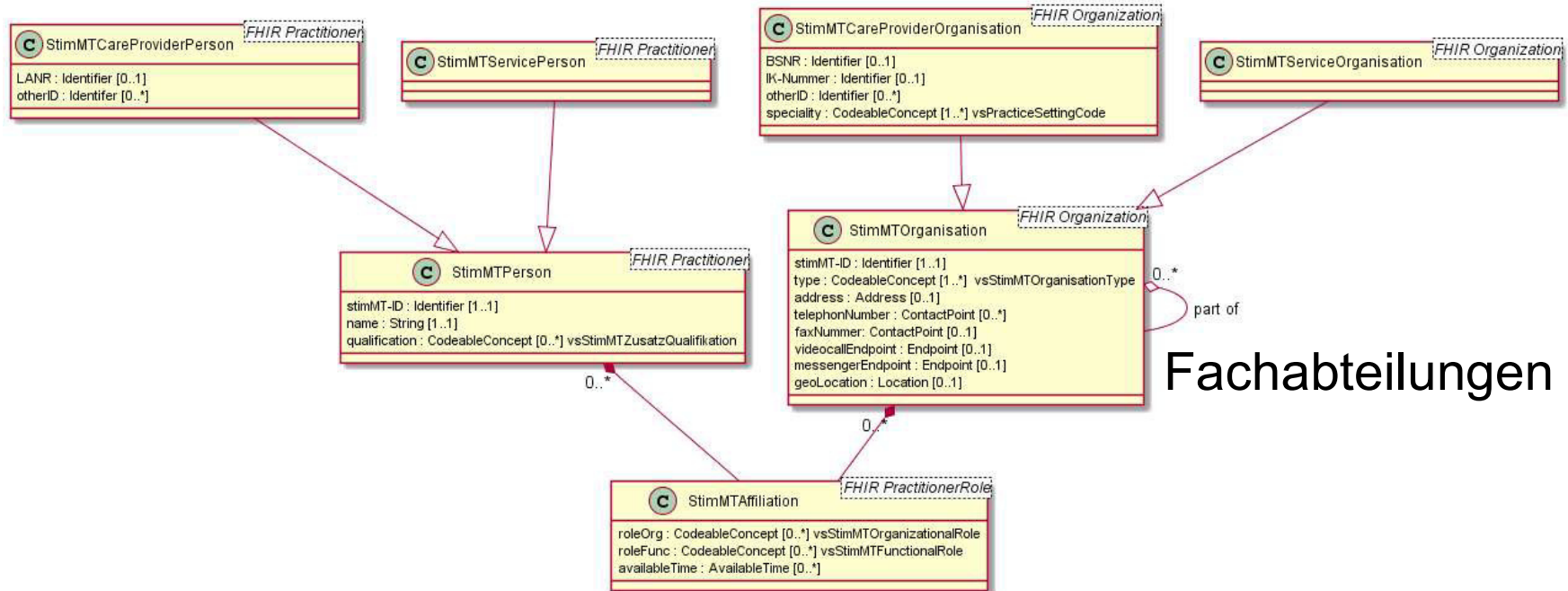
Fall 1: Einwilligung wird bei SANA gegeben (aktuell in keinem Use Case vorgesehen)

- AOK Versicherte:
 - Alles analog GeN (BPPC an GeN Consent Repository)
- Andere Versicherte
 - BPPC an StimMT Consent Repository (z. B. via DSUB-Notification und XCA-Abruf)

Fall 2: Einwilligung wird bei StimMT-Arzt gegeben

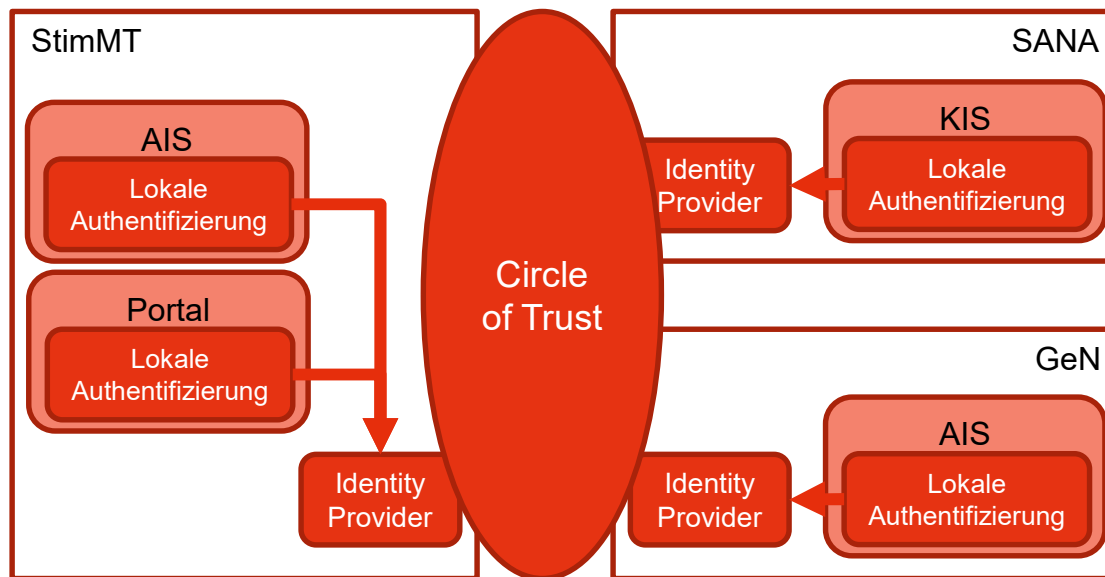
- AOK Versicherte:
 - Alles analog GeN (BPPC an GeN Consent Repository)
- Andere Versicherte
 - BPPC an StimMT Consent Repository

PROVIDER DIRECTORY



Fachabteilungen

AUTHENTIFIZIERUNG LE



SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNG

- Entbindung von SANA immer gegenüber dem StimMT Verantwortlichen
- EVDS bei SANA gegeben: Speicherung EVDS-BPPC in der lokalen Domain
- EVDS über STimMT gegeben: EVDS-BPPC per XCDR (oder anderen Mechanismus) an SANA
- Widerruf analog

- => Umsetzung analog zu GeN (aber StimMT-spezifische Codes)

DOKUMENTENAUSTAUSCH MIT SANA

- SANA stellt StimMT-relevantes Dokument ein
 - Notification per DSUB
 - Abruf erfolgt über StimMT DataMgr User (100% GeN)
 - Bei Nicht-AOK-Versicherten zusätzlich denkbare Optionen:
 - Option B: Einstellen via Facade und Facade routet an StimMT weiter
 - Option C: XCDR an StimMT GeN Facade
- SANA ruft Dokument aus StimMT ab
 - Routing via Gen auf StimMT GeN Facade
 - ACHTUNG: GeN liefert nur on-demand-Dokumente
 - Bei Nicht-AOK-Versicherten und Option 3: Facaden routen via MPI Proxy und StimMT ACS

KONTAKT

Fraunhofer FOKUS
Kaiserin-Augusta-Allee 31
10589 Berlin, Germany
www.fokus.fraunhofer.de

Dr. Jörg Caumanns
joerg.caumanns@fokus.fraunhofer.de
Tel. +49 (0)30 3463-7581



Datenschutzkonzept für die Durchführung der Evaluation des Innovationsfondsprojekts „IGiB – StimMT“

Anlage zur **Vereinbarung**
über eine
gemeinsame Verarbeitung personenbezogener Daten nach Art. 26 DS-GVO

Inhaltsverzeichnis

1	Beschreibung und Zielsetzung des Vorhabens	4
1.1	Ziele des Projektes	4
1.2	Kurzbeschreibung des Projektes	5
1.3	Rechtsgrundlage	5
2	Rechtlicher Rahmen zur Datenverarbeitung.....	6
3	Prozess der Datenerhebung und –verarbeitung	8
3.1	Spezifikation der Daten.....	8
3.2	Datenfluss und Pseudonymisierung.....	8
3.3	Ergänzung der Datenlieferung um die KV-Daten für das 3.+4. Quartal 2020. 10	
3.4	Pseudonymisierung der Krankenhäuser, Ärzte und Betriebsstätten in den zu übermittelnden Routinedaten	14
3.5	Datenerhebung.....	14
3.6	Datenübertragung.....	16
3.7	Datenverarbeitung und -verwendung	17
3.8	Datenlöschung.....	17
3.9	Widerruf der Einwilligung	18
4	Beschreibung der technischen und organisatorischen Maßnahmen zum Datenschutz.....	19
4.1	Vertraulichkeit.....	19
4.1.1	Zutrittskontrolle.....	19
4.1.2	Zugangskontrolle	20
4.1.3	Mitarbeiterschulungen	20
4.1.4	Zugriffskontrolle	20
4.1.5	Weitergabekontrolle	21

4.2 Integrität	21
4.2.1 Eingabekontrolle	21
4.2.2 Auftragskontrolle	22
4.3 Verfügbarkeit	22
4.4 Revisionsfähigkeit	22
4.5 Transparenz	23
4.6 Trennungsgebot.....	23

1 BESCHREIBUNG UND ZIELSETZUNG DES VORHABENS

Das Projekt „Innovative Gesundheitsversorgung in Brandenburg - Strukturmigration im Mittelbereich Templin“ (IGiB-StimMT oder nur StimMT) wird vom 01.01.2017 bis zum 31.12.2020 durchgeführt.

An dem Projekt sind als Konsortialpartner beteiligt:

- IGiB-StimMT gGmbH (Konsortialführung),
- Sana Kliniken Berlin-Brandenburg GmbH,
- Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg (KVBB),
- KV Consult- und Managementgesellschaft mbH (KV COMM),
- AGENON Gesellschaft für Forschung und Entwicklung im Gesundheitswesen GmbH (AGENON),
- AOK Nordost- Die Gesundheitskasse,
- BARMER,
- Privates Institut für angewandte Versorgungsforschung GmbH (inav).

Unterstützend nehmen am Projekt folgende weitere Partner teil:

- Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie des Landes Brandenburg,
- Ministerium für Wirtschaft und Energie des Landes Brandenburg,
- Wirtschaftsförderung Brandenburg,
- Gemeinsames Landesgremium gem. § 90a SGB V,
- Landkreis Uckermark,
- Stadt Templin,
- weitere Krankenkassen (TK, IKK Brandenburg und Berlin),
- Gesellschaft für Leben und Gesundheit mbH.

Das Projekt wird im Rahmen des Innovationsfonds nach §§ 92a, 92b SGB V gefördert. Dieses Datenschutzkonzept bezieht sich ausschließlich auf seine Evaluation.

1.1 Ziele des Projektes

Das übergeordnete Ziel des Projektes StimMT besteht darin, die regionalen Versorgungsstrukturen und -prozesse im Mittelbereich Templin bedarfsorientiert und regionalspezifisch an die sich verändernden lokalen Bedingungen anzupassen.

Vor diesem Hintergrund bestehen für das Projekt folgende abgeleitete Ziele (Auszug auf dem Förderantrag beim Innovationsausschuss des G-BA):

- Weiterentwicklung der Grundversorgung unter Anpassung an die komplexen Versorgungserfordernisse älterer, multimorbider Patienten,
- gezielte Anpassung und Ausbau ambulanter Versorgungsmöglichkeiten unter Erschließung des ambulanten Potenzials heute stationärer Leistungen und Anpassung stationärer Versorgungskapazitäten (Strukturmigration unter sog. Ambulantisierung),

- Schaffung eines eng in das Versorgungssystem eingebundenen Koordinations- und Beratungszentrums für Ärzte, Leistungserbringer, Patienten und deren Angehörige,
- Unterstützung einer systematischen fach-, berufsgruppen- und sektorenübergreifenden Abstimmung und Koordination der Versorgung durch leitlinienbasierte und übergreifend abgestimmte Verfahrensabläufe bzw. Behandlungspfade für die Behandlung und Betreuung in Abhängigkeit von Behandlungsanlässen bzw. definierten Patientengruppen,
- Neuordnung der Akut- und Notfallversorgung.

1.2 Kurzbeschreibung des Projektes

Es handelt sich um einen populationsbezogenen Ansatz, der unter Beachtung morbiditätsspezifischer und soziodemographischer Aspekte des Mittelbereichs Templin regionalspezifische Versorgungsangebote schaffen und dabei möglichst alle lokalen Akteure einbinden möchte. Personelle und infrastrukturelle Ressourcen sollen durch Bündelung sowie ein abgestimmtes Schnittstellenmanagement eine effizientere und qualitativ höherwertige Versorgung sicherstellen – auch und gerade durch die Überwindung bestehender systembedingter Sektorengrenzen. Die Umsetzung von StimMT soll hierbei dem Grundsatz „so viel ambulant wie möglich, so viel stationär wie nötig“ folgen.

Das Projekt wird dabei in vier unterschiedlichen Teilprojekten (TP) umgesetzt:

- TP 1: Weiterentwicklung der Grundversorgung/Ärztenez
- TP 2: Anpassung und Ausbau der ambulanten Versorgungsmöglichkeiten (Strukturmigration unter Ambulantisierung)
- TP 3: Koordinations- und Beratungszentrum Templin (KBZ)
- TP 4: Unterstützung einer systematischen fachgruppen-, berufsgruppen- und sektorenübergreifenden Abstimmung und Koordination

1.3 Rechtsgrundlage

Grundlage für dieses Projekt ist der Antrag vom 05.07.2016 mit dem Erstförderbescheid vom 21.12.2016 und dem daraus resultierenden Konsortialpartnervertrag sowie dem Vertrag zur Umsetzung der gesundheitlichen Versorgungsleistungen nach § 92a SGB V (Rahmenvertrag) zwischen

Konsortialführer:

IGiB-StimMT gGmbH

Lutz O. Freiberg

(Geschäftsführer der IGiB-StimMT gGmbH)

Dargersdorfer Straße 11 (Pappelallee 5), 17268 Templin (14469 Potsdam)

und

Konsortialpartner:

- AOK Nordost – Die Gesundheitskasse,
- BARMER,
- KVBB,
- KV COMM,
- Sana Kliniken Berlin-Brandenburg GmbH,
- AGENON GmbH,
- inav GmbH.

Die inav GmbH übernimmt als wissenschaftlich unabhängiges Institut die Evaluation. Dabei werden alle Daten zunächst von der inav GmbH aufbereitet, indem u.a. die Daten aus den Patientenbefragungen mit den GKV-Routinedaten verknüpft werden. Danach werden alle qualitativ und quantitativ erhobenen Daten gemäß Evaluationskonzept analysiert und interpretiert.

2 RECHTLICHER RAHMEN DER DATENVERARBEITUNG

Die Zusammenarbeit im Rahmen des Konsortialpartnervertrages bringt es mit sich, dass die Zwecke und/oder wesentliche Elemente der Mittel der Verarbeitung bestimmter personenbezogener Daten gemeinsam festgelegt werden können. Im Rahmen der Projektevaluation ist das der Fall, so dass die Konsortialpartner insoweit im datenschutzrechtlichen Sinn als gemeinsam Verantwortliche i.S.v. Art. 26 in Verbindung mit Art. 4 Nr. 7 DS-GVO fungieren. Sie haben dazu die „Vereinbarung über eine gemeinsame Verarbeitung personenbezogener Daten nach Art. 26 DS-GVO im Rahmen der Projektevaluation“ geschlossen. Dieses im Zusammenwirken aller Beteiligten entwickelte Datenschutzkonzept ist als Anlage Bestandteil dieser Vereinbarung.

Aufgrund der Art der im Projekt genutzten Daten und deren jeweiliger Verarbeitung (siehe Kapitel 3) sind unterschiedliche rechtliche Vorgaben zu berücksichtigen.

Im Rahmen von StimMT werden alle Anforderungen der Datenschutzgrundverordnung (DS-GVO) und des neuen Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG 2018) berücksichtigt. Bei den erhobenen Patientendaten handelt es sich um Gesundheitsdaten gemäß Artikel 4 Nummer 15 DS-GVO, die einem besonderen Schutz unterliegen (Artikel 9 DS-GVO, § 22 BDSG 2018). Daten, die im Rahmen des Projektes erhoben werden, werden vertraulich behandelt und stets unter Beachtung ihres besonderen Schutzbedarfs verarbeitet.

Das geschieht ausschließlich auf gesetzlicher Grundlage und/oder entsprechend einer informierten Einwilligung der Teilnehmer sowie nur für den in dieser Einwilligung angegebenen Zweck.

Alle Daten werden entsprechend Artikel 4 Nummer 5 DS-GVO pseudonymisiert, indem der Name und andere Identifikationsmerkmale des jeweiligen Teilnehmers durch ein Kennzeichen zu dem Zweck ersetzt werden, die Bestimmung des Teilnehmers auszuschließen und eine Identifizierung ohne Hinzuziehung weiterer Informationen auszuschließen (siehe Abschnitt 3.2 **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**).

Geeignete und erforderliche technische und organisatorische Maßnahmen gewährleisten eine datenschutzfreundliche Technikgestaltung gemäß dem jeweiligen Stand der Technik (Artikel 32 DS-GVO) unter Berücksichtigung der Prinzipien des „data protection by design“ und „data protection by default“ (EG 78 DS-GVO) (siehe Kapitel 4). Dazu gehören insbesondere Maßnahmen zur Zugangskontrolle, Datenträgerkontrolle, Speicherkontrolle, Benutzerkontrolle, Zugriffskontrolle, Übertragungskontrolle, Eingabekontrolle, Transportkontrolle, Wiederherstellbarkeit, Zuverlässigkeit, Datenintegrität, Auftragskontrolle, Verfügbarkeitskontrolle und Trennbarkeit der zu unterschiedlichen Zwecken erhobenen Daten.

Alle am Projekt beteiligten Mitarbeiter verpflichten sich zur Einhaltung der datenschutzrechtlichen Vorschriften. Die mit der Datenverarbeitung betrauten Personen haben gegenüber ihren Arbeitgebern individuelle Verpflichtungen zur Einhaltung der datenschutzrechtlichen Anforderungen unterzeichnet. Den Projektverantwortlichen ist dabei bewusst, dass Verstöße gegen die Vorschriften der DS-GVO mit hohen Bußgeldzahlungen geahndet werden können (Artikel 83 DS-GVO).

Darüber hinaus werden Sozialdaten ausschließlich nach den Vorgaben der einschlägigen Vorschriften der Sozialgesetzbücher (SGB) verarbeitet. Einzelangaben über persönliche oder sachliche Verhältnisse einer bestimmten oder bestimmbarer natürlichen Person, die von Sozialleistungsträgern verarbeitet werden (z.B. Routinedaten der gesetzlichen Krankenkassen), sind insoweit Sozialdaten im Sinne des § 67 SGB X und unterliegen dem Sozialgeheimnis (§ 35 SGB I). Die Übermittlung solcher Daten an Dritte für Forschungszwecke bedarf neben der Einwilligung der Teilnehmer – soweit deren Einholung nicht unzumutbar ist – (§ 67b SGB X/Appendix A) einer Genehmigung durch die jeweils zuständige Aufsichtsbehörde (§ 75 SGB X).

Mittels der besonderen Vorkehrungen im Hinblick auf die Pseudonymisierung der Daten sowie auf die Datensicherheit und -vertraulichkeit werden die schutzwürdigen Interessen der Teilnehmer ausreichend geschützt. Darüber hinaus steht das Forschungsprojekt in einem erheblichen öffentlichen Interesse.

3 PROZESS DER DATENERHEBUNG UND –VERARBEITUNG

3.1 Spezifikation der Daten

Neben bestimmten medizinischen Daten werden allgemeine personenbezogene Daten durch unterschiedliche Leistungserbringer und Akteuren im Gesundheitswesen (wie Haus- und Fachärzte, Psychotherapeuten, Physiotherapeuten, Beratungsfachkräfte im KBZ, agnes^{zwei} und medizinische Fachangestellten (MFA) etc.) erhoben. Die inav GmbH selbst erhebt keine personenbezogenen Daten, sondern verarbeitet/evaluiert diese lediglich.

Im Rahmen der Evaluation werden vier verschiedene Datentypen durch die inav GmbH verarbeitet:

1. Befragungsdaten

Mittels Befragungen werden Daten von Teilnehmern an Versorgungsmodulen im Projekt StimMT - beispielsweise zu deren Lebensqualität und Gesundheitskompetenz oder Zufriedenheit - sowie soziodemographische Angaben erhoben (siehe Appendix B). Zudem werden die Leistungserbringer vor Ort mit einem Fragebogen hinsichtlich ihrer Zufriedenheit befragt (siehe Appendix C).

2. Daten aus medizinischen Untersuchungen

Medizinische Untersuchungsergebnisse werden durch den jeweiligen Leistungserbringer dokumentiert und enthalten Parameter, die sich aus dem entsprechenden Versorgungskonzept (siehe Modulsteckbriefe) ergeben (Appendix D).

3. Routinedaten der AOK Nordost – Die Gesundheitskasse, BARMER und KVBB

Aus den Abrechnungsdaten der am Projekt beteiligten Krankenkassen werden unter anderem Daten zu Krankenhausaufenthalten, Arztkontakten, Arzneimittelverordnungen und den Arbeitsunfähigkeitsfällen sowie den (Gesamt-) Kosten im Rahmen der Evaluation verwendet (siehe Datensatzbeschreibung im Appendix E). Die KVBB übernimmt die Lieferung der Daten aus ambulanter Behandlung des 3. und 4. Quartals des Jahres 2020, da diese Daten den Krankenkassen zum festgelegten Lieferzeitpunkt nicht vorliegen.

4. Strukturdaten

Die Strukturdaten sollen helfen, die Akzeptanz und die Inanspruchnahme der neuen Versorgungsmodule und -strukturen durch die Wohnbevölkerung des Mittelbereichs Templin abzubilden, um auf diese Weise den Implementierungsgrad der Versorgungsmodule beurteilen zu können.

3.2 Datenfluss und Pseudonymisierung

Im Rahmen der Evaluation werden die unter Abschnitt 3.1 beschriebenen vier Datentypen auf unterschiedlichen Wegen an die inav GmbH übermittelt. Die jeweiligen Datenflüsse sind in den Abbildungen 1-4 dargestellt.

Abbildung 1 veranschaulicht die Erhebung der Daten aus medizinischen Untersuchungen sowie aus Befragungen der Patienten im Rahmen von Behandlungen in Haus- und/oder Facharztpraxen sowie im Sana Krankenhaus Templin, das im Projektverlauf zu einem Ambulant-Stationären Zentrum (ASZ) umstrukturiert wird. Die papierbasierten Bögen werden in der Arztpraxis oder im Sana Krankenhaus Templin (bzw. dem zukünftigen ASZ) mit einem Pseudonym versehen. Die pseudonymisierten Bögen (*Durchschlag des Assessmentbogens sowie Verlaufskontrollen und Patientenfragebogen*) werden von den Leistungserbringern in einem verschlossenen Umschlag an das KBZ übergeben oder im Sana Krankenhaus Templin gesammelt und dann an die inav GmbH übermittelt.

Die papierbasierten Personenidentifikationslisten mit den an dem Versorgungsmodul teilnehmenden Patienten und den dazugehörigen Pseudonymen werden von den Haus- und/oder Fachärzten zusammen mit einem Exemplar der unterschriebenen Patienteninformation und -einwilligung zur Evaluation an die IGiB-StimMT gGmbH persönlich übergeben. Die IGiB-StimMT gGmbH überführt diese Personenidentifikationslisten in ein verschlüsseltes Excel-Sheet und überprüft das Vorhandensein der von den teilnehmenden Versicherten unterzeichneten Einwilligungserklärung zur Evaluation (vgl. Abschnitt 3.5). Die IGiB-StimMT gGmbH filtert die Patienten der beteiligten Krankenkassen heraus und erstellt je Krankenkasse eine verschlüsselte Excel-Liste mit den KV-Nummern, der zugehörigen Krankenkasse, Vor- und Zunamen des Versicherten sowie den dazugehörigen Pseudonymen. Dieser Datensatz wird zusammen mit einer digitalisierten Patienteninformation und -einwilligung über eine verschlüsselte E-Mail und eine abgesicherte Übertragung an die jeweilige Krankenkasse gesendet.

Die Krankenkasse fügt die laut der Datensatzbeschreibung (Appendix E) spezifizierten Routinedaten mit dem erzeugten SHA-256-Pseudonym auf Basis der KV-Nummer (näheres zum Pseudonymisierungsverfahren s. Folgeseite) an diesen Datensatz und löscht die KV-Nummern. Gleichzeitig teilen die Krankenkassen die erzeugten SHA-256-Pseudonyme der KVBB mit. Die Krankenkassen und die KVBB übermitteln die pseudonymisierten GKV-Routinedaten gemäß Datenanforderung an die Datenstelle, die AGENON GmbH. Die AGENON GmbH führt die Daten der beiden beteiligten Krankenkassen sowie der KVBB zusammen und übermittelt diese an die inav GmbH. Über die Variablen des jeweiligen Versorgungsmoduls verknüpft die inav GmbH die GKV-Routinedaten mit Daten aus medizinischen Untersuchungen sowie aus Befragungen. Durch das Pseudonym lässt sich die Teilnahme an den verschiedenen Versorgungsmodulen – wie den verschiedenen Behandlungspfaden – in den GKV-Routinedaten nachvollziehen.

Abbildung 2 zeigt den Datenfluss der Zufriedenheitsbefragung. Haus- und Fachärzte aus dem Mittelbereich Templin werden im Rahmen einer schriftlichen Befragung nach ihrer Zufriedenheit befragt. Optional werden auch die Psychotherapeuten in die Befragung eingeschlossen (siehe Modulsteckbriefe). Der anonymisierte Fragebogen wird von den Leistungserbringern an die inav GmbH zur Auswertung übersendet.

Abbildung 3 veranschaulicht den Datenfluss für die GKV-Routinedatenanalyse zum Zwecke einer gesundheitsökonomischen Evaluation (siehe Evaluationskonzept). Der Datentransfer folgt hierbei analog dem zu Abbildung 1 beschriebenen Datenfluss der GKV-Routinedaten.

Im Rahmen der Evaluation wird ein Vergleich mit einer geeigneten Vergleichsgruppe vorgenommen. Für diese Vergleichsversicherten werden ebenfalls pseudonymisierte GKV-Routinedaten an die Datenstelle, die AGENON GmbH, übermittelt. Deshalb wird die Pseudonymisierung durch die Kassen selbst vorgenommen. Um eine Eineindeutigkeit in der Vergabe der Pseudonyme durch die Kassen zu gewährleisten und gleichzeitig die Verknüpfbarkeit mit den KV-Daten (vgl. den folgenden Abschnitt) zu ermöglichen, wird ein spezielles einheitliches Pseudonymisierungsverfahren, der Hashalgorithmus SHA-256, eingesetzt. Mit diesem Verfahren werden unter Verwendung eines geheimen, zwischen den beteiligten Institutionen (Krankenkassen und KVBB) zu vereinbarenden, Codes eineindeutige Pseudonyme erzeugt.

Die Krankenkassen und die KVBB vereinbaren eine einheitliche Berechnungsvorschrift für den Hashalgorithmus und einen gemeinsamen geheimen Code und teilen sich diesen gegenseitig mit. Die einzelne Kasse selektiert die Daten wie in der Datensatzbeschreibung festgelegt. Die relevanten (unverschlüsselten) Versichertennummern (KV-Nummern) werden identifiziert, und nach Verknüpfung mit dem geheimen Code werden die SHA-256-Pseudonyme erzeugt. Danach werden diese so ermittelten Pseudonyme in die selektierten Daten eingebaut. Die Original-KV-Nummer wird gelöscht. Diese Daten liefern dann die jeweilige Krankenkasse und die KVBB an die AGENON GmbH auf einem sicheren Übertragungsweg.

Abbildung 4 verbildlicht die in einem regelmäßigen Turnus stattfindende Datenlieferung aggregierter oder anonymisierter Strukturdaten. Der Abzug aus der jeweiligen Datenbank wird verschlüsselt an die inav GmbH übermittelt.

3.3 Ergänzung der Datenlieferung um die KV-Daten für das 3.+4. Quartal 2020.

Für die Bereitstellung der Routinedaten sind die beteiligten Krankenkassen und ebenfalls die KVBB zuständig.

Da die Daten bis spätestens 31.03.2021 geliefert werden müssen, sind sie im Laufe des Monats März 2021, basierend auf dem Stand des Monatsabschlusses Februar 2021, zu ziehen.

Für die Evaluation müssen vollständige Jahresleistungsdaten vorliegen, so auch die Daten für das Jahr 2020.

Die beteiligten Krankenkassen können nahezu vollständige Jahresdaten für die Leistungsanspruchnahme und -kosten aus dem stationären Bereich, dem Arzneimittelbereich sowie dem Arbeitsunfähigkeits- und Krankengeldbereich und auch Fahrkosten zum festgelegten Zeitpunkt liefern.

Für den ambulanten Bereich ist die Dauer der Verzögerung deutlich größer. Die Leistungs- und Kostendaten aus dem ambulanten Versorgungsbereich werden quartalsweise mit bis zu sechs Monaten Verzug von der Kassenärztlichen Vereinigung an die Krankenkassen gem. § 1 Abs. 5 und 6 Bundesmantelvertrag Ärzte Anlage 6 geliefert.

Nach Überprüfung durch die beteiligten Krankenkassen kann eine Lieferung an die evaluierende Stelle nur mit einer Verzögerung von ca. drei Quartalen stattfinden. Demnach würden die Krankenkassen die ambulanten Daten aus dem KV-Bereich nur bis Juni 2020 bereitstellen können. Um die Anforderungen des Fördermittelgebers an die Evaluation erfüllen zu können, müssen die ambulanten Leistungs- und Kostendaten für das 3. und 4. Quartal 2020 deshalb direkt von der KVBB geliefert werden. Um das zu gewährleisten, muss auch die KVBB das oben beschriebene Pseudonymisierungsverfahren des Hashalgorithmus SHA-256 verwenden.

Bezogen auf die o.g. Versichertengruppen der Teilnehmer und Vergleichsversicherten übermitteln die beteiligten Krankenkassen Listen von Pseudonymen, die sie auf Basis des oben beschriebenen Hashalgorithmus SHA-256 ermittelt haben, an die KVBB. Die KVBB lässt über die bei ihr vorliegenden Original-KV-Nummern unter Verwendung des vereinbarten geheimen Codes den Hashalgorithmus SHA-256 laufen, identifiziert darüber die Versicherten (Teilnehmer und Vergleichsversicherte), für die die KV-Daten bereitzustellen sind, und erstellt die Datenabzüge zu den KV-Abrechnungen für die Quartale 3/2020 und 4/2020. Die KVBB übermittelt die mit dem Hashalgorithmus pseudonymisierten KV-Daten an die Datenstelle, die AGENON GmbH, auf einem sicheren Weg. Die Übertragung der pseudonymisierten und verschlüsselten KV-Daten zwischen der KV Brandenburg und der AGENON GmbH geschieht über das SFTP-Protokoll. Die AGENON GmbH führt über das Pseudonym gemäß Hashalgorithmus die KV-Daten mit den Daten von den Krankenkassen zusammen und übermittelt diese - neu pseudonymisiert - an die inav GmbH.

Zuvor stellen die Krankenkassen und die KVBB einen Antrag nach § 75 SGB X bei den zuständigen Aufsichtsbehörden. Nur bei positiver Zustimmung der Anträge werden die Daten bereitgestellt.

Vor der Verarbeitung der GKV-Routinedaten findet in der Datenstelle eine formale Prüfung der Daten auf Vollständigkeit und Plausibilität statt. Bei Auffälligkeiten setzt sich die AGENON GmbH mit der betreffenden Krankenkasse oder der KVBB in Verbindung und fordert ggf. einen neuen Datenabzug an. Nach erfolgreicher Plausibilitätsprüfung werden die Daten an die inav GmbH übermittelt und dort ausgewertet.

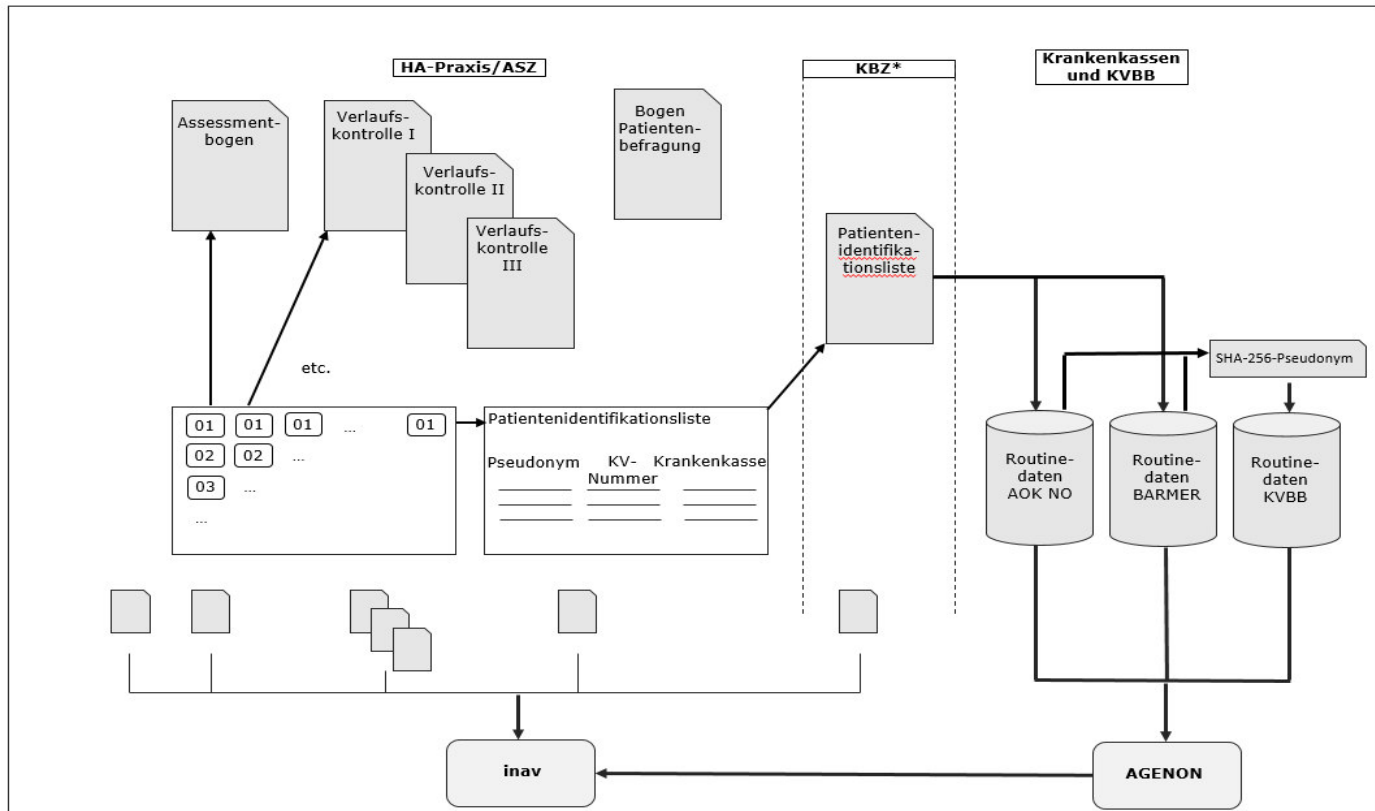


Abbildung 1: Datenfluss zu Versorgungsmodulen wie den Behandlungspfaden

Anmerkung: *Die Aufgaben der IGiB-StimMT gGmbH werden im KBZ umgesetzt.

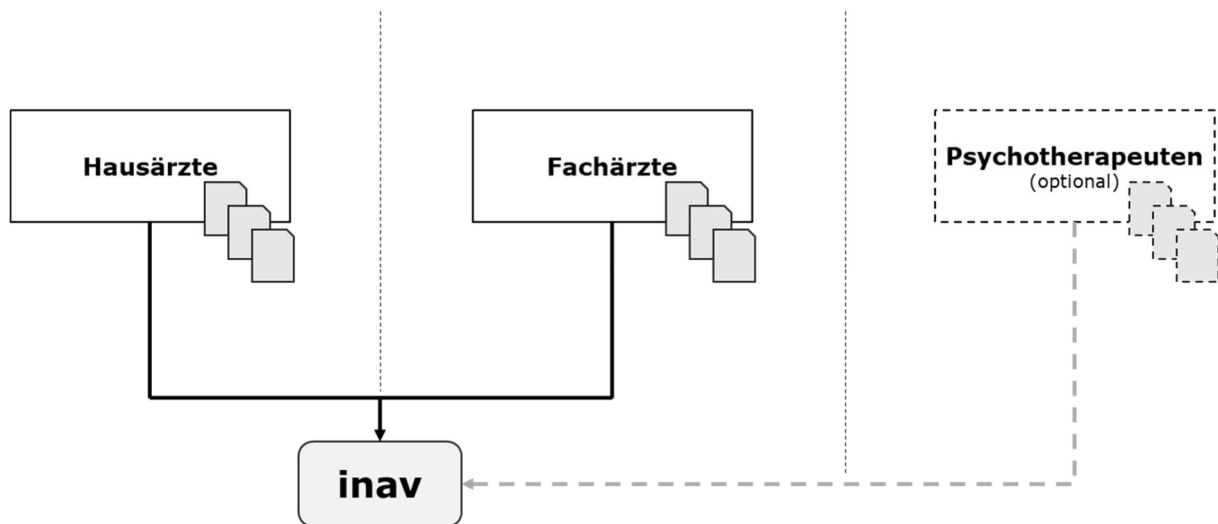


Abbildung 2 Datenfluss zur Zufriedenheitsbefragung der Leistungserbringer

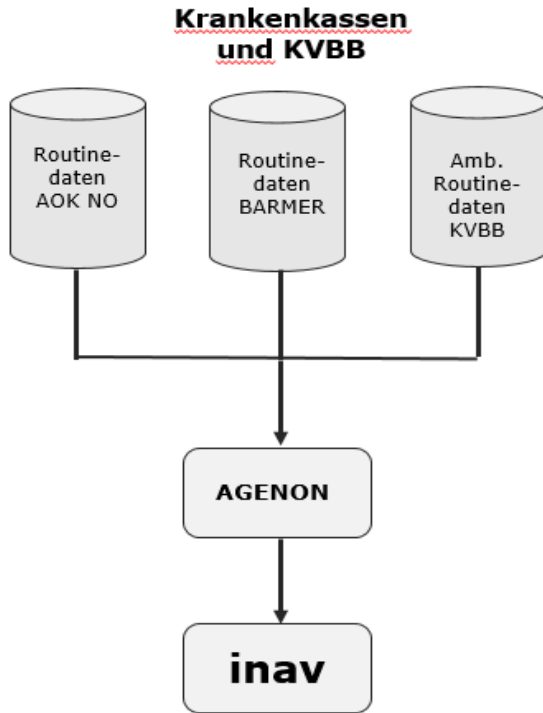


Abbildung 3: Datenfluss der GKV-Routinedaten

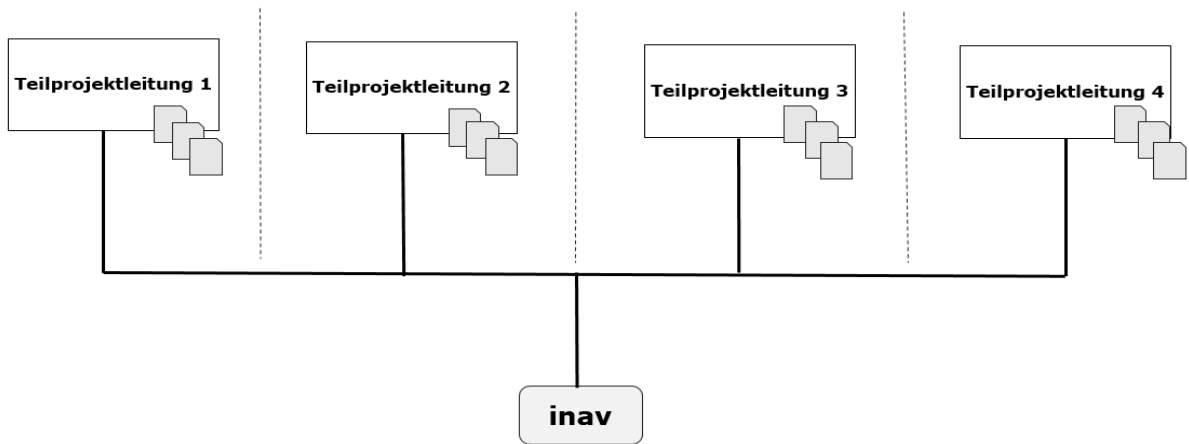


Abbildung 4: Datenfluss der Strukturdaten

3.4 Pseudonymisierung der Krankenhäuser, Ärzte und Betriebsstätten in den zu übermittelnden Routinedaten

Um über die Abrechnungsdaten der Krankenkassen hinweg eine Verknüpfbarkeit sowohl auf Krankenhaus als auch auf Betriebsstätten- sowie Arztelebene zu ermöglichen - mit dem Ziel, insbesondere Aussagen zur Strukturqualität treffen zu können (bspw. Anzahl Ärzte nach Fachgruppen im Mittelbereich Templin sowie Mitversorgungs-/Mitversorgerquoten für Templin differenziert nach Regionen/Entfernungen)-, wenden die beteiligten Krankenkassen als auch die KVBB (in Bezug auf die ambulanten Routinedaten) hierfür ebenfalls ein einheitliches Pseudonymisierungsverfahren unter Verwendung des in Abschnitt 3.3 beschriebenen Hashalgorithmus SHA-256 an.

Bezogen auf die Krankenhaus-IK-Nummern, die Betriebsstättennummern (BSNR) und die lebenslangen Arztnummern (LANR) vereinbaren die Krankenkassen und die KVBB jeweils einen gemeinsamen geheimen Code und teilen sich diesen gegenseitig mit. Die relevanten (unverschlüsselten) IK, BSNR, LANR werden identifiziert und nach Verknüpfung mit dem geheimen Code werden die SHA-256-Pseudonyme erzeugt. Danach werden diese so ermittelten Pseudonyme in die selektierten Daten eingebaut. Die Original-Nummern werden gelöscht. Diese Daten liefern dann die jeweilige Krankenkasse und die KVBB auf einem sicheren Übertragungsweg an die AGENON GmbH

Die einzige Ausnahme von der oben beschriebenen Pseudonymisierung bildet das SANA Krankenhaus Templin. Durch die Zustimmung des Krankenhauses werden diese Leistungsfälle im Datensatz kenntlich gemacht.

Ziele des Projektes sind die Anpassung und der frühzeitige Ausbau ambulanter Versorgungsmöglichkeiten. Für das Versorgungsangebot im Mittelbereich Templin sind daher die fach-, berufsgruppen- und sektorenübergreifenden Versorgungsformen aufeinander abzustimmen (vgl. Abschnitt 1.1). Um für den Mittelbereich Templin die Strukturqualität der Versorgung untersuchen zu können, ist es demnach erforderlich, das ambulante Leistungsangebot differenziert nach Facharztgruppen auf einer möglichst tiefen regionalen Gliederung zu betrachten. Als regionale Gliederung wird die PLZ-Region gewählt. Im Falle einer Zellenbesetzung von unter drei Ärzten bzw. Praxen erfolgt eine Aggregation auf die Ebene des Mittelbereichs.

3.5 Datenerhebung

Die Daten werden direkt beim Teilnehmer oder dem unmittelbar beteiligten Leistungserbringer erhoben. Alle Betroffenen werden gemäß Artikel 13 DS-GVO über die Datenerhebung informiert und auf ihre Betroffenenrechte hingewiesen (Artikel 12 DS-GVO).

Um eine einheitliche Grundlage für die Zulässigkeit der Datenerhebung und -verarbeitung zu schaffen, werden von den Teilnehmenden informierte Einwilligungserklärungen eingeholt. Diese ergänzen die gesetzlichen Befugnisnormen (Art. 9 DS-GVO, § 27 BDSG).

Einwilligung

Die Teilnehmer unterschreiben eine gesonderte Patienteninformation und -einwilligung zur Evaluation im Rahmen des Projektes StimMT. Darin werden die Teilnehmer ausführlich über den Verarbeitungszweck und den Umfang der im Rahmen der Evaluation zu erhebenden Daten aufgeklärt. Soweit dies erforderlich ist, werden die beteiligten Ärzte zudem projektbezogen von ihrer Schweigepflicht entbunden (siehe Appendix A). Neben der Patienteninformation und -einwilligung zur Evaluation erhalten die Patienten zusätzliche auf das jeweilige Versorgungsmodul ausgerichtete Materialien an die Hand. Die IGiB-StimMT gGmbH digitalisiert die Patienteninformation und -einwilligung zur Evaluation von den Versicherten der beteiligten Krankenkassen und übersendet diese mit den in einem verschlüsselten Excel-Sheet überführten Personenidentifikationslisten an die jeweilige Krankenkasse (vgl. Abschnitt 3.2). Anhand der Patienteninformation und -einwilligung wird diese Liste mit den Versichertenangaben dahingehend überprüft, ob das Versicherungsverhältnis bei der jeweiligen Krankenkasse besteht. Die Kassen überprüfen vor der Datenlieferung erneut die Zugehörigkeit zu der jeweiligen Krankenkasse.

Die Teilnehmer am StimMT-Projekt haben jederzeit das Recht, Auskunft über ihre Daten zu erhalten, ihre Einwilligung zurückzuziehen oder eine Sperrung bzw. Löschung von Daten zu verlangen, soweit dies technisch möglich ist. Ziehen die Teilnehmer ihre Einwilligung zurück, werden die Daten anonymisiert oder ggf. vernichtet, so dass eine Zuordnung der erhobenen zu den identifizierenden Daten nicht mehr möglich ist (siehe Abschnitt 3.8).

Die zentrale Anlaufstelle für die betroffenen Personen ist die IGiB-StimMT gGmbH in Form des KBZ (vgl. Kapitel 3):

IGiB StimMT gGmbH
c/o Koordinierungs- und Beratungszentrum Templin
Dargersdorfer Straße 11, 17268 Templin
Telefon: 03987 2008 700
E-Mail: info@igib-stimmt.de

Erhebung

Zum einen kommen Fragebögen für die Teilnehmerbefragung zum Einsatz. Zum anderen erhalten die an der Evaluation beteiligten Leistungserbringer Dokumentationsbögen zur Erfassung der Ergebnisse aus den im Rahmen des Projektes durchgeführten medizinischen Untersuchungen. Des Weiteren werden die Leistungserbringer unabhängig davon in einem Fragebogen zu ihrer Zufriedenheit befragt. Diese Daten werden zunächst ausschließlich papierbasiert erhoben. Ferner werden GKV-Routinedaten der beteiligten Krankenkassen verarbeitet. Hierbei handelt es sich um standardmäßig von den gesetzlichen Krankenkassen erfasste Abrechnungsdaten. Daneben werden Strukturdaten erhoben, die in ein Strukturdatenmodell einfließen. Diese Daten werden wiederum bei den jeweiligen Leistungserbringern im Rahmen der Behandlung erfasst. Alle Daten werden zu verschiedenen Zeitpunkten erhoben.

3.6 Datenübertragung

Entsprechend den verschiedenen für die Evaluation notwendigen Datenquellen ergeben sich unterschiedliche Wege der Datenübertragung:

Die Daten aus der Erhebung (Fragebögen und Dokumentation) werden entweder postalisch direkt vom Leistungserbringer an die inav GmbH übermittelt oder persönlich vom Leistungserbringer an das KBZ versendet oder im Sana Krankenhaus Templin gesammelt und von dort wiederum an die inav GmbH übergeben.

Die beteiligten Krankenkassen und die KVBB führen einen Datenabzug gemäß der Datensatzbeschreibung durch. Der Datensatz wird dann mit einem Passwort versehen und als Download auf einer von der jeweiligen Krankenkasse und der KVBB genutzten Datenplattform geladen. Die KVBB stellt der AGENON GmbH die pseudonymisierten und verschlüsselten KV-Daten auf dem SFTP-Server der KVBB bereit: als AES-verschlüsselter ZIP-Container. Die Benachrichtigung über eine Datenbereitstellung geschieht per E-Mail.

Beschränkt auf den Zeitraum des Projektes und auf den Datenaustausch innerhalb des Projektes erhält die AGENON GmbH einen personenbezogenen Zugriff auf den SFTP-Server der KVBB. Die Benutzerdaten sowie das Passwort für den AES-verschlüsselter ZIP-Container werden über das Standardverfahren der KVBB an die AGENON GmbH übermittelt.

Bei der BARMER wird zur Datenübermittlung die Dataroom „Secure Data Space“ genutzt. Die AOK Nordost verwendet für die Datenübertragung Cryptshare®. Der Zugriff auf die Datenplattform ist personenbezogen und passwortgeschützt sowohl für das Versenden als auch den Empfang der Daten. Die Annahme übernimmt die AGENON GmbH als Datenstelle im StimMT-Projekt. Mit einer separaten E-Mail erhält der Empfänger der Routinedaten, die AGENON GmbH, eine Nachricht mit der Angabe des Passworts für den Zugriff auf die Datei.

Die bei der AGENON GmbH zusammengeführten Routinedaten von AOK Nordost – Die Gesundheitskasse, BARMER und KVBB werden der inav GmbH über einen verschlüsselten Datenträger, der zusammen mit einem schriftlichen Übergabeprotokoll übergeben wird, zur Verfügung gestellt. Auf diesem Protokoll unterschreiben die seitens der AGENON GmbH und der inav GmbH mit dem Projekt (und der Datenverarbeitung) betrauten Mitarbeiter. In diesem Protokoll wird somit die Datenübertragung, einschließlich Zeitpunkt der Übergabe, festgehalten.

Die Strukturdaten werden an die inav GmbH über einen verschlüsselten Datenabzug aus der vom Leistungserbringer vor Ort verwendeten Datenbank übertragen. Das Passwort zur Entschlüsselung wird separat dazu an die inav GmbH kommuniziert.

3.7 Datenverarbeitung und -verwendung

Die inav GmbH erhält und verarbeitet ausschließlich pseudonymisierte und anonymisierte Daten.

Es werden nur Daten von Teilnehmern verarbeitet, die zuvor in die Teilnahme an der Evaluation eingewilligt haben. Die Datenerhebung, -übermittlung, -verarbeitung und -nutzung der GKV-Routinedaten geschieht auf Basis der bei den zuständigen Aufsichtsbehörden zuvor gestellten und genehmigten Anträge nach § 75 SGB X (Übermittlung von Sozialdaten für die Forschung und Planung), aufgrund der sonstigen datenschutzrechtlichen Grundlagen und auf vertraglicher Basis. Die Datenverarbeitung findet auf Grundlage der Festlegungen im Evaluationskonzept statt.

Personenidentifizierende Daten werden ausschließlich bei der IGiB-StimMT gGmbH, der AOK Nordost – Die Gesundheitskasse, der BARMER, der KVBB und dem jeweiligen Leistungserbringer gespeichert.

Einwilligungserklärungen werden bei der IGiB-StimMT gGmbH und beim behandelnden Leistungserbringer aufbewahrt.

Evaluationsdaten: Im Rahmen der Datenverarbeitung werden alle für die Evaluation notwendigen Daten bei der inav GmbH auf einem Laufwerk, auf dem die projektbezogenen Daten separat und mandantenfähig gespeichert werden, abgelegt. Den Zugang zu dem projektbezogenen Ordner auf dem Laufwerk ist nur den am Projekt beteiligten Mitarbeitern der inav GmbH möglich.

3.8 Datenlöschung

Automatisiert verarbeitete personenbezogene Daten werden gelöscht, wenn ihre Kenntnis für die Evaluation nicht mehr erforderlich ist. Unrichtige personenbezogene Daten werden berichtigt (Artikel 16 DS-GVO). Betroffene können Auskunft darüber verlangen, ob und welche Daten über ihre Person gespeichert werden (Artikel 15 DS-GVO). Soweit dies mit den pseudonymisierten Daten technisch umsetzbar, können Betroffene eine Löschung (Artikel 17 DS-GVO) oder Sperrung (Artikel 18 DS-GVO) ihrer Daten verlangen. Eine Identifizierung ausschließlich zu Zwecken der Umsetzung von Betroffenenrechten oder zur Information Betroffener findet nicht statt (siehe EG 57 DS-GVO).

Generell gelten für die Löschung von Daten aufgrund eines Widerrufs der Patienteneinwilligung für die Evaluation folgende Fristen:

1. Löschung zusammengeführter pseudonymisierter Daten der Teilnehmer an den Versorgungsmodulen (Daten aus medizinischen Untersuchungen und aus Befragungen der Patienten verknüpft mit GKV-Routinedaten) für die weitere Nutzung unmittelbar, wo dies technisch möglich ist - anderenfalls innerhalb eines Monats.
2. Löschung von Pseudonymen, sobald die über diese Pseudonyme zugeordneten Daten gelöscht wurden.

Für die Datenlöschung nach Ablauf des StimMT-Projektes gelten folgende Fristen:

1. Die pseudonymisierten GKV-Routinedaten sollen gem. der Guten Praxis Sekundärdatenanalyse (GPS) in unveränderter Form über den gesamten Zeitraum der Sekundärdatenanalyse verfügbar sein. Somit werden die Daten mit Abgabe des Evaluationsberichts am 30.06.2021 gelöscht.
2. Die zusammengeführten pseudonymisierten Daten der Teilnehmer an den Versorgungsmodulen (Daten aus medizinischen Untersuchungen und aus Befragungen der Patienten verknüpft mit GKV-Routinedaten) werden nach den Empfehlungen der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) für gute wissenschaftliche Praxis nach einem Zeitraum von zehn Jahren gelöscht.
3. Löschung von Pseudonymen, sobald die über diese Pseudonyme zugeordneten Daten gelöscht wurden.
4. Die Befragungsdaten der Leistungserbringer werden mit Abgabe des Evaluationsberichts am 30.06.2021 gelöscht.

3.9 Widerruf der Einwilligung

Die Zustimmung des Teilnehmers zur Bereitstellung seiner Daten und die damit einhergehende Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht sind freiwillig und können ohne Angabe von Gründen jederzeit gegenüber der IGiB-StimMT gGmbH widerrufen werden.

Für die Datenlöschung aufgrund eines Widerrufs oder wegen Ablaufs der Gültigkeit der Einwilligung gelten folgende Fristen:

1. Sperrung der Daten für die weitere Nutzung unmittelbar, wo dies technisch möglich ist - anderenfalls innerhalb von fünf Arbeitstagen.
2. Die Löschung von Befragungs- und Gesundheitsdaten innerhalb eines Monats.
3. Löschung von Pseudonymen, sobald die über diese Pseudonyme zugeordneten Daten gelöscht wurden.
4. Die Löschung von Rohdaten der Gesundheits- und Sozialdatenanforderung zehn Jahre nach deren Erhebung.

4 BESCHREIBUNG DER TECHNISCHEN UND ORGANISATORISCHEN MAßNAHMEN ZUM DATENSCHUTZ

Entsprechend den datenschutzrechtlichen Bestimmungen (Art. 5 in Verbindung mit Art. 32 DSGVO) werden folgende Maßnahmen getroffen, die geeignet sind, um ein dem Risiko angemessenes Schutzniveau zu gewährleisten; diese Maßnahmen schließen gegebenenfalls unter anderem Folgendes ein:

1. die Pseudonymisierung und die Verschlüsselung personenbezogener Daten;
2. die Fähigkeit, die Vertraulichkeit, Integrität, Verfügbarkeit und Belastbarkeit der Systeme und Dienste im Zusammenhang mit der Verarbeitung auf Dauer sicherzustellen;
3. die Fähigkeit, die Verfügbarkeit der personenbezogenen Daten und den Zugang zu ihnen bei einem physischen oder technischen Zwischenfall rasch wiederherzustellen;
4. ein Verfahren zur regelmäßigen Überprüfung, Bewertung und Evaluierung der Wirksamkeit der technischen und organisatorischen Maßnahmen zur Gewährleistung der Sicherheit der Verarbeitung.

Grundsätzlich finden die für alle Datenverarbeitungsprozesse bei den Konsortialpartnern geltenden Datenschutzkonzepte mit den darin beschriebenen technisch-organisatorischen Maßnahmen auch im Rahmen der gemeinsamen Verarbeitung personenbezogener Daten nach Art. 26 DS-GVO entsprechende Anwendung. Für Körperschaften des öffentlichen Rechts gelten zudem die Regelungen des Sozialgesetzbuches.

4.1 Vertraulichkeit

4.1.1 Zutrittskontrolle

Der Zugang zu den Räumlichkeiten der inav GmbH ist nur den dort beschäftigten Mitarbeitern möglich. Die Zugänge des Gebäudes sind videoüberwacht. Außerdem werden sowohl das Gebäude als auch die Räumlichkeiten der inav GmbH durch eine Schließanlage gesichert. Die Mandanten und Gäste der inav GmbH haben nur nach vorheriger Anmeldung Zutritt zu den Räumlichkeiten.

Die Räumlichkeiten der AGENON GmbH sind auch nur deren Mitarbeitern zugänglich. Das Gebäude sowie die Räumlichkeiten der AGENON GmbH sind durch eine Schließanlage gesichert. Auch bei der AGENON GmbH haben Gäste nur nach vorheriger Anmeldung Zutritt zu den Räumlichkeiten.

Das Koordinierungs- und Beratungszentrum (KBZ) der IGiB-StimMT gGmbH ist durch eine Schließanlage gesichert. Der Zutritt ist nur Personen möglich, die über einen entsprechenden Schlüssel verfügen. Folgende Personenkreise haben Zutritt durch Schlüsselbesitz: Geschäftsführung, Teilprojektleiter, Mitarbeiter des KBZ, Mitarbeiter Administration, Mitarbeiter KV COMM GmbH, Reinigungsdienst. Gäste und Kunden des KBZ bzw. Mitarbeiter des Projektbüros müssen sich anmelden oder werden nach Betätigung der Klingel eingelassen.

4.1.2 Zugangskontrolle

Unbefugte werden an der Nutzung der Datenverarbeitungsanlage der inav GmbH bzw. der AGENON GmbH durch die Authentisierung der Nutzer mittels Benutzername und Passwort gehindert. Der elektronische Zugang zu den IT-Systemen ist durch Firewall-Technologien geschützt. Zugangsdaten zur Administration und Wartung der Firewall-Dienste sind für die inav GmbH den verantwortlichen Mitarbeitern des Vertragspartners CRONIQ Ingenieurgesellschaft mbh und für die AGENON GmbH den verantwortlichen Mitarbeitern des Vertragspartners FS-IT Service bekannt, die jeweils als Administrator fungieren. Die Passwörter werden regelmäßig nach definierten Passwortroutinen geändert.

Schützenswerte Daten werden im Rahmen der Tätigkeiten des KBZ – als Interimslösung - auf Servern (BSCW-Lösung von OrbiTeam Software GmbH & Co KG) verarbeitet, welche über eine Weboberfläche aufgerufen werden. Der Zugang zu den Servern ist personengebunden und mittels Benutzernamen und Passwörtern geschützt. Die Server für das Hosting sind im Besitz von OrbiTeam und werden durch diese gewartet.

4.1.3 Mitarbeiterschulungen

Den Mitarbeitern der inav GmbH, der AGENON GmbH sowie der IGiB-StimMT gGmbH wird in regelmäßig stattfindenden Datenschutzbildungen der gesetzkonforme Umgang mit personenbezogenen Daten, insbesondere Gesundheitsdaten, vermittelt.

4.1.4 Zugriffskontrolle

Der Datenzugriff ist ausschließlich über die Softwarelösungen der inav GmbH bzw. der AGENON GmbH möglich und nach Projekten getrennt. Die Projektdaten sind logisch und organisatorisch voneinander getrennt und unterliegen jeweils einer eigenständigen Benutzer- und Zugriffsverwaltung für die Vergabe individueller Zugriffsberechtigungen. Auf Basis eines mandantenspezifischen Rollenkonzepts werden Zugriffsberechtigungen definiert, damit personenbezogene Daten nach ihrer Speicherung nicht unbefugt gelesen, kopiert, verändert oder entfernt werden können.

Die Interimslösung des KBZ verfügt über Zugriffsrestriktionen auf Basis von Rollenkonzepten. Dadurch wird sichergestellt, dass nur befugte Mitarbeiter Daten der Klienten/Patienten des KBZs lesen und/oder verändern können.

4.1.5 Weitergabekontrolle

Alle personenbezogenen Daten sind innerhalb der inav GmbH auf einem separaten Laufwerk mandantenfähig gespeichert. Der projektbezogene Ordner auf dem Laufwerk ist durch gesonderte Zugangsberechtigungen geschützt und der Zugriff ist nur den mit der Datenverarbeitung beauftragten Mitarbeitern der inav GmbH möglich. Rohdaten können nur von einer Person mit administrativen Rechten kopiert, verändert oder gelöscht werden. Die Projektmitarbeiter haben ausschließlich Leserechte diese Daten. Die Verarbeitung der Daten findet auf einer von den Rohdaten getrennten Ordner auf dem gesonderten Laufwerk statt. Die Kopie der Rohdaten zur Weiterverarbeitung kann nur die Person mit administrativen Rechten vornehmen.

Alle personenbezogenen Daten sind bei der AGENON GmbH auf einer verschlüsselten Festplatte gespeichert, die von einem virtuellen Server verwaltet wird. Zugriff auf die verschlüsselte Festplatte ist nur von den physischen Rechnern der mit dem Projekt betrauten Mitarbeiter möglich. Für jedes Projekt gibt es einen eigenen Container mit eigenem Passwort. Das jeweilige Passwort ist nur den am Projekt beteiligten Mitarbeitern bekannt. Für die Rohdaten bestehen nur Leserechte auf diese Daten. Die Kopie der Rohdaten zur Weiterverarbeitung kann nur der Administrator vornehmen. Der virtuelle Server ist vom Internet getrennt.

Die personenbezogenen Daten sind für das KBZ auf Servern (BSCW-Server) gespeichert. Der Zugriff ist nur befugten Mitarbeitern durch persönlichen Benutzernamen und Passwort möglich. Auf dem BSCW-Server gibt es eine Versionskontrolle, die stets Veränderungen der Daten protokolliert sowie eine Wiederherstellung der Daten ermöglicht. Ergänzende Dokumente sind teilweise in Papierform vorhanden und in abschließbaren Schränken in den Räumen der IGiB-StimMT gGmbH in Templin abgelegt.

Die Verfahren zum Empfang oder der Übertragung von Daten weiterer Stellen (Dritter) werden anhand einer Schnittstellenspezifikation definiert.

4.2 Integrität

4.2.1 Eingabekontrolle

Anwendungsseitig ist gewährleistet, dass nur autorisierte Benutzer (i.d.R. Administratoren) nachträglich feststellen können, wann und von wem personenbezogene Daten erfasst, verändert oder entfernt worden sind. Die Dokumentation erfolgt je Datensatz. Die Erfassung, Veränderung und Löschung der Datensätze sind über eine Versionsverwaltung nachvollziehbar.

4.2.2 Auftragskontrolle

Sowohl innerhalb des Projektes als auch in Bezug auf die innerbetrieblichen Systemadministratoren ist sichergestellt, dass die Partner über die notwendige Fachkenntnis und Sensibilisierung in Bezug auf den Datenschutz verfügen, ihre Mitarbeiter besonders auf das Datengeheimnis verpflichtet wurden und die technisch-organisatorischen Maßnahmen schriftlich konkret beschrieben sind. Hinsichtlich der Einschaltung sog. Auftragsverarbeiter gelten die Bestimmungen in § 7 der „Vereinbarung über eine gemeinsame Verarbeitung personenbezogener Daten nach Art. 26 DS-GVO im Rahmen der Projektevaluation“.

4.3 Verfügbarkeit

Bei der inav GmbH werden zum Schutz der personenbezogenen Daten gegen zufällige Zerstörung oder Verlust tägliche Datensicherungen auf verschlüsselten Datenträgern, die sich u.a. in verschiedenen Brandabschnitten befinden, gespeichert. Die Durchführung dieser Backups wird protokolliert. Durch in der inav GmbH implementierte Sicherungs- und Wiederherstellungsverfahren, die regelmäßig getestet werden, wird eine schnelle Wiederverfügbarkeit der Daten gewährleistet. Bei der AGENON GmbH werden zum Schutz der personenbezogenen Daten gegen zufällige Zerstörung oder Verlust die Backups auf im System unsichtbaren USB-Festplatten gespeichert, die regelmäßig getauscht werden.

Die personenbezogenen Daten, die im KBZ erhoben werden, können wiederhergestellt werden, da die auf dem BSCW-Server eingestellten Daten durch den Hostler (OrbiTeam) auf Datenträgern gespiegelt werden. Kostenpflichtig können alle Daten wiederhergestellt werden.

4.4 Revisionsfähigkeit

Die Revisionsicherheit der erhobenen Daten wird gewährleistet durch die:

- Ordnungsmäßigkeit der Datenerhebung und -verarbeitung,
- Vollständigkeit der administrativen Dokumentation,
- Sicherheit des Gesamtverfahrens, gewährleistet durch die organisatorischen Maßnahmen sowie die entsprechenden Umsetzungen (Sicherheitskonzept),
- Sicherung vor Verlust der Daten durch Backups,
- Gewährleistung, dass eine Nutzung der Daten nur durch Berechtigte erfolgt (Berechtigungskonzept),
- Einhaltung der gesetzlich geforderten Aufbewahrungsfristen (Archivordnung),
- Dokumentation der einzelnen Verfahren in entsprechenden Konzepten,
- Nachvollziehbarkeit der Datenerhebung und -verarbeitung durch ein Protokollierungskonzept.

4.5 Transparenz

Im Rahmen einer Patienteninformation und -einwilligung zur Evaluation wird dem Transparenzgebot dadurch entsprochen, dass dargelegt wird, auf welche Weise personenbezogene Daten erhoben, verwendet, eingesehen oder anderweitig verarbeitet werden und in welchem Umfang und zu welchem Zweck diese Daten verarbeitet werden. Die Patienten haben das Recht, jederzeit eine Auskunft darüber zu erhalten, welche sie betreffenden personenbezogenen Daten verarbeitet werden. Die Patienteninformation und -einwilligung wird den Patienten vom Leistungserbringer überreicht und ist somit leicht zugänglich. Des Weiteren ist diese Patienteninformation und -einwilligung verständlich und in klarer und einfacher Sprache formuliert und klärt darüber die Patienten auf, wie sie ihre Rechte geltend machen können. Ferner werden Informationsmaterialien wie Patientenflyer zu den einzelnen Versorgungsmodulen ausgehändigt. Zusätzliche Informationen zum Projekt sind der Öffentlichkeit über die Projekt-Website (<https://igib-stimmt.de/>) frei zugänglich.

4.6 Trennungsgebot

Bei der inav GmbH und der AGENON GmbH werden projektbezogene Daten getrennt von sonstigen Verwaltungs- und/oder anderen Projektdaten gespeichert und verarbeitet. Ein Zugriff auf Projektdaten ist bei der inav GmbH nur für autorisierte Personen über einen geschützten und mandantenspezifischen Zugriff auf Projektordner möglich. Bei der AGENON GmbH ist der Zugriff auf Projektdaten nur von freigegebenen Computern und dort nur von autorisierten Benutzern möglich.

Für das KBZ werden alle projektbezogenen Daten, die einer Aufbewahrungspflicht unterliegen oder besonders schutzwürdig sind, auf Servern gespeichert. Für die Speicherung projektbezogener Daten, ausgenommen personenbezogene Daten (Gesundheitsdaten), steht die Microsoft Cloud via Microsoft SharePoint zur Verfügung. Gesundheitsdaten werden auf den BSCW-Servern DSGVO-konform gespeichert. Die Daten für Beratung werden gesondert von den Daten für das Fallmanagement im Rahmen der agnes^{zwei}-Tätigkeit abgelegt. Der Zugang zu den Daten ist nur autorisierten Benutzern durch entsprechende Rollenzuweisung möglich.

Anlage 13

Komponenten des Evaluationskonzeptes

	<i>Fragestellungen/ Hypothesen</i>	<i>Studienpopulation</i>	<i>Datenerhebung und -auswertung</i>	<i>Endpunkte</i>	
Struktur und Prozessevaluation	Strukturdaten	<ul style="list-style-type: none"> • Versorgungsmodulspezifisch 	<ul style="list-style-type: none"> • Alle Personen die im Projektzeitraum im Rahmen des jeweils angebotenen Versorgungsmodules ein Angebot im Rahmen von IGiB-StimMT in Anspruch genommen haben. 	<ul style="list-style-type: none"> • Erhebungszeitraum erstreckt sich über gesamten Projektverlauf. • Projekt separat dokumentierte Daten • Abrechnungsdaten nach § 295 SGB V der KV Brandenburg • Daten aus dem KIS des Sana Krankenhauses Templin • Daten aus der Dokumentationssoftware des KBZ • deskriptive Analyse 	<ul style="list-style-type: none"> • Versorgungsmodulspezifisch • Fallzahlen
	Stakeholder-Befragung	<p>Erste Befragung in 2017:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fragen zu den Hürden, Barrieren, Erfolgsfaktoren beim Aufbau der GVG sowie Fragen zur Akzeptanz einzelner Teilprojekte und den Vor- und Nachteilen. Schließlich galt es die Tätigkeiten des Casemanagements zu erfassen und inwiefern Ärzt:innen durch das Casemanagement entlastet werden können. <p>Zweite Befragung in 2020:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fragen zu den gemachten Erfahrungen und zur Wahrnehmung des Projektverlaufes sowie eine Bewertung und Einschätzung bezüglich Entwicklungspotenziale. Ein Fokus lag auf der Kommunikation und Zusammenarbeit im Projekt. Schließlich wurde die Zufriedenheit erfasst und welche Faktoren den Projektverlauf maßgeblich beeinflusst haben. 	<ul style="list-style-type: none"> • Akteure aus Politik • ambulante Hausarztvertreter:innen sowie Facharztvertreter:innen • Therapeut:innen • Casemanagement-Fachkraft • ambulante Pflegedienstleiter:innen • stationäre Pflegedienstleitung • Klinikvertreter:innen • Kostenträger:innen • Entlassmanager:innen • Apotheker:innen 	<ul style="list-style-type: none"> • Leitfadengestütztes, problemzentriertes Interview <ul style="list-style-type: none"> • erste Befragung als Präsenzgespräch • zweite Befragung als Telefoninterviews • zwei Erhebungszeitpunkte (Q3/2017-Q1/2018, Q1/2020-Q3/2020) • Auswertung anhand der Dokumentarischen Methode 	<ul style="list-style-type: none"> • Zufriedenheit sowie Erwartungen und Wünsche zu den Vorhaben von IGiB-StimMT
	Teilnehmende Beobachtung	<ul style="list-style-type: none"> • Fragen zur Nutzung, der Bewertung und des Entwicklungspotenzials des KBZ 	<ul style="list-style-type: none"> • KBZ Mitarbeiter:innen • KBZ-Leiter:innen • Patient:innen, die die Leistungen des KBZ in Anspruch nehmen • Partner:innen des Konsortiums • Netzwerkpartner:innen 	<ul style="list-style-type: none"> • einmalige Erhebung im Rahmen einer Feldphase in Q4/2019 • Teilnehmende Beobachtung und teilstrukturierte Interviews und informelle Gespräche (mit allen KBZ-Mitarbeiter:innen) 	<ul style="list-style-type: none"> • Erfassung der Struktur- und Arbeitsweise des KBZ

	Fragestellungen/ Hypothesen	Studienpopulation	Datenerhebung und -auswertung	Endpunkte
			<ul style="list-style-type: none"> • Audioaufnahmen, Feldnotizen/ Tagesprotokollen • Auswertung anhand der Prinzipien der qualitativen Inhaltsanalyse 	
	Zufriedenheitsbefragung der Ärzte, Leistungserbringer <ul style="list-style-type: none"> • Wie zufrieden sind die Ärzt:innen sowie die Psychotherapeut:innen im Mittelbereich Templin? • Welche Motivation treibt die Ärzt:innen sowie die Psychotherapeut:innen im Mittelbereich Templin an, sich an einem Projekt wie IGiB-StimMT zu beteiligen? • Welche Erfahrungen haben die Ärzt:innen sowie die Psychotherapeut:innen im Mittelbereich Templin über den Projektzeitraum hinweg gesammelt? 	<ul style="list-style-type: none"> • Teilnehmende (Pfad-)Ärzt:innen sowie Leistungserbringer 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Erhebung zur Zufriedenheit erfolgte anhand einer Online-Befragung ambulant tätiger Leistungserbringer. • Endpunkte, die quantitativ analysiert werden konnten wurden deskriptiv ausgewertet. • Endpunkte, die qualitativ ausgewertet werden konnten, wurden quantifiziert und anschließend einer qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring unterzogen. 	Dimensionen der Befragung waren: <ul style="list-style-type: none"> • Merkmale des Befragten • Teilnahme am Projekt • Berührungspunkte zum Projekt • Zufriedenheit • Relevanz der Zufriedenheitsitems • Bewertung des Projektes
Ergebnisevaluation	Pfadübergreifende Patientenbefragung <ul style="list-style-type: none"> • H1: Die Strukturmigration führt bei den Patient:innen, die an einem Versorgungsmodul teilnehmen, zu einer Steigerung der Gesundheitskompetenz. • H2: Die Strukturmigration führt bei den Patient:innen, die an einem Versorgungsmodul teilnehmen, zu einer Steigerung der Lebensqualität. • H3: Die Strukturmigration führt bei den Patient:innen, die an einem Versorgungsmodul teilnehmen, zu einer Stabilisierung bzw. Senkung des PHQ-9-Summenscores. • H4: Die Strukturmigration führt bei den Patient:innen, die an einem Versorgungsmodul teilnehmen, zu einer Steigerung der Zufriedenheit in der ambulanten Versorgung. 	<ul style="list-style-type: none"> • Teilnehmer der SÜ-BHPF und der SHIV 	<ul style="list-style-type: none"> • Patient:innenbefragung mittels validierter, standardisierter Fragebögen zu zwei Zeitpunkten. • deskriptive und inferenzstatistische Analyse • Prä-Post-Vergleich 	<ul style="list-style-type: none"> • Gesundheitskompetenz (nach 12 Monaten) • Lebensqualität der Patient:innen (nach 12 Monaten) • Ausmaß von Depressivität und Ängstlichkeit (nach 12 Monaten) • Patient:innenzufriedenheit (nach 12 Monaten)
	Herzinsuffizienz <p>H1: Die Teilnahme am SÜ-BHPF Herzinsuffizienz führt bei den Patient:innen zu einer Hemmung der Progression der Herzinsuffizienz. H2: Die Teilnahme am SÜ-BHPF Herzinsuffizienz führt bei den Patient:innen zu einer Steigerung der Lebensqualität.</p>	Einschlusskriterien: <ul style="list-style-type: none"> • Patient:innen (über 18 Jahren), die mit erstmaligen Symptomen oder Zeichen einer Herzinsuffizienz in der hausärztlichen Praxis vorstellig werden. 	<ul style="list-style-type: none"> • Erhebung medizinischer und versorgungsspezifischer Parameter mittels Assessmentbögen zu vier Zeitpunkten • deskriptive und inferenzstatistische Analysen 	<ul style="list-style-type: none"> • NYHA-Klasse • Gewicht • Größe • Ödem • Rasselgeräusche

	<i>Fragestellungen/ Hypothesen</i>	<i>Studienpopulation</i>	<i>Datenerhebung und -auswertung</i>	<i>Endpunkte</i>
	<p>H3: Die Teilnahme am SÜ-BHPF führt bei den Patient:innen zu einer Steigerung der Gesundheitskompetenz.</p> <p>H4: Die Teilnahme am SÜ-BHPF Herzinsuffizienz führt bei den Patient:innen zu einer Stabilisierung bzw. Senkung des PHQ-9-Summenscores.</p> <p>H5: Der SÜ-BHPF Herzinsuffizienz führt zu einer Senkung der Sterblichkeit bei Patient:innen mit Herzinsuffizienz.</p> <p>H6: Die Betreuung von Patient:innen mit Herzinsuffizienz im SÜ-BHPF Herzinsuffizienz führt zu einer Senkung der Hospitalisierungsrate.</p> <p>H7: Patient:innen mit Herzinsuffizienz, die am SÜ-BHPF Herzinsuffizienz teilnehmen, weisen durch die Änderung der ambulanten Strukturen weniger Krankenhausaufenthalte auf im Vergleich zum Vorbeobachtungszeitraum.</p> <p>H8: Patient:innen mit Herzinsuffizienz, die am SÜ-BHPF Herzinsuffizienz teilnehmen, haben eine geringere Inanspruchnahme von Notfallambulanz im Vergleich zum Vorbeobachtungszeitraum.</p> <p>H9: Patient:innen mit Herzinsuffizienz, die am SÜ-BHPF Herzinsuffizienz teilnehmen, nehmen weniger Versorgungsleistungen in Anspruch im Vergleich zum Vorbeobachtungszeitraum.</p> <p>H10: Patient:innen, die am SÜ-BHPF Herzinsuffizienz teilnehmen, weisen geringere Krankenhauskosten auf im Vergleich zum Vorbeobachtungszeitraum.</p> <p>H11: Patient:innen, die am SÜ-BHPF Herzinsuffizienz teilnehmen, weisen geringere Gesamtkosten auf im Vergleich zum Vorbeobachtungszeitraum.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Fallzahl wurde anhand von Annahmen und des Potentials für den Pfad seitens des Projekts auf 194 Patient:innen geschätzt 		<ul style="list-style-type: none"> Systolische und Diastolische Dysfunktion EKG Weiterführende Diagnostik (Gesamt-)Kosten
Rückenschmerz	<p>H1: Durch die Teilnahme am SÜ-BHPF Rückenschmerz verbessert sich das Schmerzniveau der Patient:innen, gemessen mit einem Schmerzindex.</p> <p>H2: Patient:innen, die am SÜ-BHPF Rückenschmerz teilnehmen, weisen keine Progression der Chronifizierung auf.</p>	<p>Einschlusskriterien</p> <ul style="list-style-type: none"> Alter \geq 18 Jahre Patient:innen mit (gesicherter) Rückenschmerzdiagnose (M54.00 bis M54.99) Patient:innen mit Chronifizierungsgrad I nach Gerbershagen 	<ul style="list-style-type: none"> softwaregestützte Erhebung medizinischer (deutscher Schmerzfragebogen) und physiotherapeutischer Parameter individueller Beobachtungszeitraum mit max. sechs Verlaufskontrollen je Versicherten 	<ul style="list-style-type: none"> Schmerzniveau anhand VAS (Visuelle Analogskala) Vermeidung von Chronifizierungsprozessen/Hemmung der Progression; Erfassung anhand von Fragen zu Schmerzdauer, Auftretenshäufigkeit und Verlauf im DSF

	Fragestellungen/ Hypothesen	Studienpopulation	Datenerhebung und -auswertung	Endpunkte
	<p>H3: Die Teilnahme am SÜ-BHPF Rückenschmerz führt bei den Patient:innen zu einer Steigerung der Lebensqualität.</p> <p>H4: Die Teilnahme am SÜ-BHPF Rückenschmerz führt bei den Patient:innen zu einer Steigerung der Gesundheitskompetenz.</p> <p>H5: Die Teilnahme am SÜ-BHPF Rückenschmerz führt bei den Patient:innen zu einer Stabilisierung bzw. Senkung des PHQ-9-Summscores.</p> <p>H6: Patient:innen, die am SÜ-BHPF Rückenschmerz teilnehmen, weisen durch die Änderung der ambulanten Strukturen weniger Krankenhausaufenthalte auf im Vergleich zum Vorbeobachtungszeitraum.</p> <p>H7: Patient:innen, die am SÜ-BHPF Rückenschmerz teilnehmen, haben eine geringere Inanspruchnahme von Notfallambulanzen im Vergleich zum Vorbeobachtungszeitraum.</p> <p>H8: Patient:innen, die am SÜ-BHPF Rückenschmerz teilnehmen, nehmen weniger Versorgungsleistungen in Anspruch im Vergleich zum Vorbeobachtungszeitraum.</p> <p>H9: Patient:innen, die am SÜ-BHPF Rückenschmerz teilnehmen, weisen geringere Arzneimittelkosten auf im Vergleich zum Vorbeobachtungszeitraum.</p> <p>H10: Patient:innen, die am SÜ-BHPF Rückenschmerz teilnehmen, zeigen geringere Gesamtkosten im Vergleich zum Vorbeobachtungszeitraum.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Patient:innen mit Chronifizierungsgrad II nach Gerbershagen • Länge der AU-Tage: mindestens zwei Wochen bzw. kumuliert sechs Wochen im Jahr • schmerzbedingte deutliche Beeinträchtigung (Erhebung durch Fragebogen) • Fallzahl wurde anhand von Annahmen und des Potentials für den Pfad seitens des Projekts auf 45 Personen geschätzt. 	<ul style="list-style-type: none"> • deskriptive und inferenzstatistische Analysen 	<ul style="list-style-type: none"> • Körperstatus (Gewicht, BMI, Körperfett, Muskulatur, Skelettmuskelmasse) • Analyse des Bauchbereichs (Taillen-Hüft-Verhältnis) • Segmentale Muskelmasse (linker Arm, rechter Arm, linkes Bein, rechtes Bein, Rumpf) • Weitere physiologische Informationen (aktive Körperzellmasse, Körperalter) • (Gesamt-)Kosten
Adipositas	<p>H1: Die Teilnahme am SÜ-BHPF Adipositas führt zu einer Stabilisierung oder Verbesserung des BMI der Teilnehmenden.</p> <p>H2: Die Teilnahme am SÜ-BHPF Adipositas führt zu keiner Verschlechterung des Adipositas-Grades.</p> <p>H3: Die Teilnahme am SÜ-BHPF Adipositas führt bei den Patient:innen zu einer Steigerung der Lebensqualität.</p> <p>H4: Die Teilnahme am SÜ-BHPF Adipositas führt bei den Patient:innen zu einer Steigerung der Gesundheitskompetenz.</p> <p>H5: Die Teilnahme am SÜ-BHPF Adipositas führt bei den Patient:innen zu einer</p>	<p>Einschlusskriterien</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alter ≥ 18 Jahre • BMI zwischen 25 und < 30 kg/m² und gleichzeitigem Vorliegen von: <ul style="list-style-type: none"> • übergewichtsbedingter Gesundheitsstörungen (z. B. Hypertonie, Diabetes mellitus Typ 2) oder • abdominaler Adipositas oder Erkrankungen, die durch Übergewicht verschlimmert werden oder • hoher psychosozialer Leidensdruck 	<ul style="list-style-type: none"> • Erhebung medizinischer und pfadspezifischer Parameter mittels papierbasierter Assessmentbögen zu drei Zeitpunkten • deskriptive und inferenzstatistische Analysen 	<ul style="list-style-type: none"> • BMI • Adipositas-Grad • Klinische Parameter (Schmerzska [VAS], Körpergewicht, BMI, Anzahl Medikamente pro Tag, Anzahl Schmerzmedikamente pro Tag) • Bestehende Komorbiditäten (Diabetes mellitus Typ 2, Arterielle Hypertonie, manifeste kardiovaskuläre Erkrankungen, Hyperurikämie, Schlaf-Apnoe-Syndrom, Gelenkarthrose, Rückenschmerz, Rauchen) • Teilnahme Lebensstilintervention (gewichtserhaltende)

Fragestellungen/ Hypothesen	Studienpopulation	Datenerhebung und -auswertung	Endpunkte
<p>Stabilisierung bzw. Senkung des PHQ-9-Summenscores.</p> <p>H6: Patient:innen, die am SÜ-BHPF Adipositas teilnehmen, weisen durch die Änderung der ambulanten Strukturen weniger Krankenhausaufenthalte auf im Vergleich zum Vorbeobachtungszeitraum.</p> <p>H7: Patient:innen, die am SÜ-BHPF Adipositas teilnehmen, haben eine geringere Inanspruchnahme von Notfallambulanzen im Vergleich zum Vorbeobachtungszeitraum.</p> <p>H8: Patient:innen, die am SÜ-BHPF Adipositas teilnehmen, nehmen weniger Versorgungsleistungen in Anspruch im Vergleich zum Vorbeobachtungszeitraum.</p> <p>H9: Patient:innen, die am SÜ-BHPF Adipositas teilnehmen, weisen durch die Änderung der ambulanten Strukturen geringere Krankhauskosten auf im Vergleich zum Vorbeobachtungszeitraum.</p> <p>H10: Patient:innen, die am SÜ-BHPF Adipositas teilnehmen, zeigen geringere Gesamtkosten im Vergleich zum Vorbeobachtungszeitraum.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • BMI \geq 30 kg/m² • Tendenz zum Übergewicht und bestehende lebensstilbezogene Risikofaktoren wie <ul style="list-style-type: none"> • bauchbetontes Übergewicht • manifester Bewegungsmangel • verringerte Stressreaktivität • Schlafstörungen • Rauchen • Diagnose „Adipositas“ (ICD 10 Codes E66.00 [Adipositas Grad I; BMI 30,0 bis 34,9 kg/m²], E66.01 [Adipositas Grad II; BMI 35,0 bis 39,9 kg/m²], E66.02 [Adipositas Grad III; BMI \geq 40 kg/m²], E66.1 [Arzneimittelinduzierte Adipositas], E66.2 [Übermäßige Adipositas mit alveolärer Hypoventilation], E66.8 [Sonstige <Adipositas], E66.9 [Adipositas, nicht näher bezeichnet]) • Fallzahl wurde anhand von Annahmen und des Potentials für den Pfad seitens des Projekts auf 90 Personen geschätzt. 	<p>Lebensstilinterventionen, gewichtsreduzierende Basistherapie mit Lebensstilintervention)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gesundheitsziele (individuelle Ziele, Bewegungsangebot, Ernährungsumstellung) • (Gesamt-)Kosten 	

	<i>Fragestellungen/ Hypothesen</i>	<i>Studienpopulation</i>	<i>Datenerhebung und -auswertung</i>	<i>Endpunkte</i>
Strukturierte Harninkontinenz	<p>H1: Die SHIV wird Patientinnen mit Harninkontinenz erfassen, die ohne das Angebot unbehandelt bleiben.</p> <p>H2: Die SHIV wird eine Verbesserung des Inkontinenz-ausmaßes zur Folge haben (messbar am Verbrauch von Inkontinenzartikeln).</p> <p>H3: Durch die SHIV reduziert sich die wohnortferne Versorgung (außerhalb des Mittelbereichs Templin).</p> <p>H4: Durch die SHIV zeigt sich eine Reduktion von operativen Eingriffen durch die Ausschöpfung konservativer Therapien.</p> <p>H5: Die SHIV verbessert die Lebensqualität durch einen frühzeitigen Beginn geeigneter Therapiemaßnahmen.</p> <p>H6: Die Teilnahme an der SHIV führt bei den Patientinnen zu einer Steigerung der Gesundheitskompetenz.</p> <p>H7: Die Teilnahme an der SHIV führt bei den Patientinnen zu einer Stabilisierung bzw. Senkung des PHQ-9-Summscores.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Alter \geq 18 Jahre • Weibliche Patientinnen mit Symptomen der Harninkontinenz • Weibliche Versicherte mit Diagnosen: „Inkontinenz“ (ICD 10 Codes N32.8 [Hyperaktive Blase/overactive bladder/Detrusorüberaktivität], N39.3 [Belastungsinkontinenz/ Stressinkontinenz], N39.4 [Sonstige näher bezeichnete Harninkontinenz], N39.40 [Reflexinkontinenz], N39.41 [Überlaufinkontinenz], N39.42 [Dranginkontinenz], N39.47 [Rezidivinkontinenz], N39.48 [Sonstige näher bezeichnete Harninkontinenz] oder R32 [Nicht näher bezeichnete Harninkontinenz] oder „Prolaps“ (ICD 10 Codes N81.0 bis N81.9 [Genitalprolaps bei der Frau] oder N99.3 [Prolaps des Scheidenstumpfes nach Hysterektomie]) • Aufgrund vorangegangenen Annahmen und der Abschätzung des Potentials wurde die Fallzahl seitens des Projektes auf 95 Patientinnen geschätzt. 	<ul style="list-style-type: none"> • medizinische und versorgungsspezifische Parameter wurden über papierbasierte Assessmentbögen zu zwei Zeitpunkten erhoben • deskriptive und inferenzstatistische Analysen 	<ul style="list-style-type: none"> • Inanspruchnahmeverhalten von Versorgungsangeboten im Mittelbereich Templin • Kontakte mit ambulanten Leistungserbringern aufgrund einer Harninkontinenz • Gebrauch von Inkontinenzartikeln • Krankenhausaufenthalte aufgrund einer Harninkontinenz • Operative Eingriffe aufgrund einer Harninkontinenz

	<i>Fragestellungen/ Hypothesen</i>	<i>Studienpopulation</i>	<i>Datenerhebung und -auswertung</i>	<i>Endpunkte</i>
<i>Gesundheitsökonomische Evaluation</i>	<p>Routinedatenanalyse</p> <p>H1: Die komplexe Intervention IGiB-StimMT führt zu einer Reduktion der ASK-Fälle (ASC) im Mittelbereich Templin</p> <p>H2: Patient:innen, die im Rahmen der komplexen Intervention IGiB-StimMT behandelt werden, weisen durch die Änderung der ambulanten Strukturen weniger Krankenhausaufenthalte auf als Patient:innen der Kontrollgruppe.</p> <p>H3: Patient:innen, die in der komplexen Intervention IGiB-StimMT versorgt werden, haben eine geringere Inanspruchnahme von Notfallambulanzen als Patient:innen der Kontrollgruppe.</p> <p>H4: Patient:innen, die in der komplexen Intervention IGiB-StimMT behandelt werden, nehmen weniger Versorgungsleistungen in Anspruch als Patient:innen der Kontrollgruppe.</p> <p>H5: Patient:innen, die eine Behandlung in der komplexen Intervention IGiB-StimMT erhalten, weisen geringere Krankenhauskosten auf als Patient:innen der KG.</p> <p>H6: Patient:innen, die innerhalb der komplexen Intervention IGiB-StimMT versorgt werden, zeigen geringere Gesamtkosten als Patient:innen der KG.</p>	<ul style="list-style-type: none"> IG: Patient:innen der AOK Nordost und der BARMER aus dem Mittelbereich Templin KG: Versicherte der AOK Nordost und der BARMER aus ähnlichen, ländlichen Regionen in Brandenburg <p>Kriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> Versicherte mit einem Wohnort im Mittelbereich Templin (PLZ 17268 und 17279) oder einer vergleichbaren ländlichen Region in Brandenburg Versicherte, die mindestens seit 2016 bei der AOK Nordost – Die Gesundheitskasse oder BARMER versichert waren und pro Jahr mind. 180 Versichertentage aufwiesen (<i>Versicherte, die in dem Betrachtungszeitraum verstorben waren, zählten zu den vollständig Versicherten</i>) 	<ul style="list-style-type: none"> GKV-Routinedaten der AOK Nordost und der BARMER sowie der KV Brandenburg Deskriptive und inferenzstatistische Analysen 	<ul style="list-style-type: none"> Reduktion der der ambulant-sensitiven Krankenhausaufenthalte Anzahl der (voll- und teil-)stationären Krankenhausaufenthalte Anzahl ambulanter Behandlungsfälle Inanspruchnahme von Notfallambulanzen Inanspruchnahme von Heilmitteln Inanspruchnahme von Hilfsmitteln Häufigkeit von Pflegebedürftigkeit (Gesamt-)Kosten

Anlage 14: Modulsteckbrief Akut- und Notfallversorgung

Modul-Steckbrief

Datum: 11.06.2018

1. Name des Moduls	Akut- und Notfallversorgung (Expertensystem-gestützte Triage, Ärztliche Bereitschaftsdienstpraxis, Einbindung Partnerpraxen in die Akutversorgung)
2. Starttermin	03.04.2018
3. Verantwortlichkeiten	
3.1 Teilprojektleitung	Teilprojekt 1 sowie Teilprojekt 2
4. Ausführende	
4.1 Ärzt*innen	Ärzt*innen mit Notarztqualifikation und Genehmigung zur Teilnahme am ärztlichen Bereitschaftsdienst (gilt nicht für die Einbindung der Partnerpraxen)
4.2 Therapeut*innen	keine
4.3 Sonstige	Mitarbeiter*innen der zentralen Patient*innenanmeldung im Sana Krankenhaus Templin nichtärztliches Personal (Funktion: Unterstützung zu Sprechzeiten und Praxismanagement)
5. Ausgangssituation (Hintergrund)	<p>Im Rahmen des vom Innovationfonds geförderten Projektes „Strukturmigration im Mittelbereich Templin (IGiB-StimMT)“ soll die Neuorganisation der Akut- und Notfallversorgung unter Berücksichtigung der Versorgungsbedarfe und des Inanspruchnahmeverhaltens der Menschen im Mittelbereich Templin im Kontext des Teilprojektes 1 „Aufbau GVG und Arztnetz“, des Teilprojektes 2 „Ambulant Stationäres Zentrum“ sowie das über den Krankenhausstrukturfonds geförderte Teilprojekt 6 „Umbau Krankenhaus im Rahmen des Strukturfonds Krankenhaus“ erfolgen.</p> <p>Zu diesem Zweck ist die Etablierung einer, der Rettungsstelle vorgelagerten Ärztlichen Bereitschaftspraxis (ÄBP) sowie der zentralen Patient*innenanmeldung zur qualifizierten Ersteinschätzung ambulanter Akutfälle vorgesehen. (Teilkonzept I).</p> <p>Zudem ist die Rettungsstelle am Krankenhaus auch während der vertragsärztlichen Sprechstundenzeiten von ambulanten Akutfällen zu entlasten (Teilkonzept II). Hier ist die Versorgung von Akutfällen in einer der Rettungsstelle vorgelagerten Praxis der GVG (GVG-Praxis) in den Räumlichkeiten des Krankenhauses oder alternativ die Einbindung von Partnerpraxen in die Akutversorgung geeignet.</p>

	<p>Die Grundlage der Überlegungen zur Neugestaltung der Akut- und Notfallversorgung am Standort bilden einerseits das von der KV Brandenburg entwickelte Konzept Bereitschaftsdienst 4.0 sowie Daten- und Strukturanalysen zur Akut- und Notfallversorgung im Mittelbereich Templin.</p> <p>Hierbei hat sich herausgestellt, dass aufgrund niedriger Fallzahlen, die Teilnahme der Notärzt*innen am ärztlichen Bereitschaftsdienst möglich ist. Somit werden statt vier nur zwei ärztliche Strukturen für die Versorgung des Patient*innenaufkommens benötigt und eine maximale Ressourcenbündelung bei gleichbleibender Versorgungsqualität erreicht.</p>
<p>6. Kurzbeschreibung Versorgungssituation aktuell</p>	<p>Teilkonzept I: Akut- und Notfallversorgung außerhalb der Sprechstundenzeiten - ÄBP</p> <p>Die Datenauswertung hat gezeigt, dass sowohl die durchschnittliche Anzahl der Behandlungsfälle im ärztlichen Bereitschaftsdienst als auch im Rettungsdienst sowie die Behandlungsfälle der Rettungsstelle, welche zur stationären Aufnahme führen, im Zeitraum von IV/2015 bis III/2016 unter einem Fall in der Stunde liegen. Die durchschnittlichen ambulanten Behandlungsfälle der Rettungsstelle betragen im genannten Zeitraum maximal 2,4 Fälle in der Stunde. Werden die Fallzahlen der drei Versorgungsbereiche summiert, ergibt sich im Ausnahmefall eine Behandlungsfallzahl von 3,7 in der Stunde. Dabei ist das Patient*innenaufkommen an Wochenenden sowie an Feiertagen am höchsten. In der Nacht zwischen 23:00 Uhr und 7:00 Uhr morgens stellen sich die wenigsten Patient*innen zur Akut- und Notfallversorgung vor (vgl. KV COMM 2018).</p> <p>Teilkonzept II: Akutversorgung während der Sprechstundenzeiten</p> <p>Aus Versorgungsanalysen im Mittelbereich Templin kann abgeleitet werden, dass an Montagen, Dienstag und Donnerstag durchschnittlich 7-9 Personen mit akuten Gesundheitsproblemen während der Sprechstundenzeit das Sana Krankenhaus Templin aufsuchen und dort eine ambulante medizinische Versorgung erhalten. Am Mittwoch und Freitag liegt die durchschnittliche Fallzahl bei knapp 5 Patient*innen (vgl. KVBB 2017).</p>

	In der unmittelbaren Umgebung des Krankenhauses befinden sich fußläufig sechs Hausarztpraxen. Eine Analyse der Sprechzeiten hat ergeben, dass die Praxen in der Regel am Vormittag in der Zeit zwischen 08:00 und 12:00 Uhr geöffnet haben. Zumeist sind keine Sprechzeiten zwischen 12:00-15:00 Uhr angegeben. Weiterhin haben die meisten Praxen nicht bis zum Beginn des Bereitschaftsdienstes um 19 Uhr an Montagen, Dienstag und Donnerstagen geöffnet.
7. Kurzbeschreibung Versorgungsdefizit anhand Vorstudie AGENON	Nicht zutreffend
8. Zielgruppe/Zugangsvoraussetzungen (ICDs, Alter des Patienten, Geschlecht)	<p>Teilkonzept I: ÄBP</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patient*innen mit akuten Gesundheitsproblemen, die während der Bereitschaftsdienstzeit den Standort aufsuchen. <p>Teilkonzept II: Sprechstundenzeiten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patient*innen mit akuten Gesundheitsproblemen, die während der Sprechstundenzeit den Standort aufsuchen.
9. Voraussichtliche Fallzahlen pro Monat	<p>Teilkonzept I: ÄBP</p> <ul style="list-style-type: none"> • Berechnungszeitraum 2017 • Durchschnittliche ambulante Behandlungsfälle der Rettungsstelle Templin pro Quartal: 841 → Vrsl. 92 Fälle pro Monat¹ <p>Teilkonzept II: Sprechstundenzeiten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Berechnungszeitraum 2017 • Durchschnittliche ambulante Behandlungsfälle der Rettungsstelle Templin pro Quartal: 311 → Vrsl. 34 Fälle pro Monat²
10. Versorgungsinhaltliche Zielsetzung	<p>Teilkonzept I: ÄBP</p> <p>Die Etablierung der ÄBP am Standort hat zum Ziel, während der Bereitschaftsdienstzeit alle Akutfälle am Standort ambulant zu versorgen.</p> <p>Teilkonzept II: Sprechstundenzeit</p> <p>Zu den üblichen vertragsärztlichen Sprechstundenzeiten werden Patient*innen, die das ASZ aufsuchen und keine ärztliche Behandlung in der Rettungsstelle oder stationäre Krankenhausbehandlung benötigen, über ambulante Angebote am Standort oder umliegender Arztpraxen informiert, um damit die Rettungsstelle des Sana Krankenhauses zu entlasten.</p>

¹ Es kann nicht davon ausgegangen werden, dass 100 % der ambulanten Behandlungsfälle der Rettungsstelle durch die ABP versorgt werden können. Die KVBB geht aufgrund von Erfahrungswerten von rd. 30 % aus. Dies ergibt eine Fallzahl pro Monat von 92 Patienten.

² Analog der Fußnote 1 kann von 34 Fällen pro Monat ausgegangen werden.

11. Leistungsinhalt	Teilkonzept I ÄBP <ul style="list-style-type: none"> • Die Annahme und Koordinierung der 116117-Patient*innenanrufe in der Koordinierungsstelle der KV Brandenburg (u. a. Kooperation mit der regionalen integrierten Rettungsleitstelle zur gegenseitigen Weitergabe von fehlgeleiteten Hilfsersuchen). • Die gezielte Patient*innenlenkung in die ÄBP durch die Koordinierungsstelle der KV Brandenburg. • Bedarfs- und versorgungsgerechte Klassifizierung³ der Beschwerdebilder der fußläufigen Patient*innen an der zentralen Patient*innenanmeldung (Expertensystem-gestützte Triage). • Versorgung von Akut- und Notfallpatient*innen in der ÄBP am Standort des Sana Krankenhauses. • Kann die Behandlung einer akuten Erkrankung in der ÄBP wegen Gefährdung von Gesundheit und Leben der Patient*innen nicht oder nicht rechtzeitig ambulant durchgeführt werden oder sind ambulante Versorgungsmöglichkeiten nicht ausreichend, erfolgt unter Berücksichtigung der Verordnung von Krankenhausbehandlung eine Einweisung in das Krankenhaus. • Die freiberufliche Teilnahme der am Standort befindlichen Notärzt*innen am ärztlichen Bereitschaftsdienst. Dies betrifft sowohl die Besetzung der ÄBP als auch den Fahrdienst⁴ im Bereitschaftsdienst⁵. Hierbei haben Fälle im Notarztdienst Vorrang vor Fällen im ärztlichen Bereitschaftsdienst. • Im Fall eines Notarzteinsatzes sowie eines gleichzeitig angeforderten Fahreinsatzes im ärztlichen Bereitschaftsdienst wird die Rettungsstelle des Krankenhauses in der Patient*innenversorgung der ÄBP zur Akut- und Notfallversorgung am Standort tätig.

³ Hierzu liegt eine Checkliste vor, welche die Patientenlenkung unter der Maßgabe:

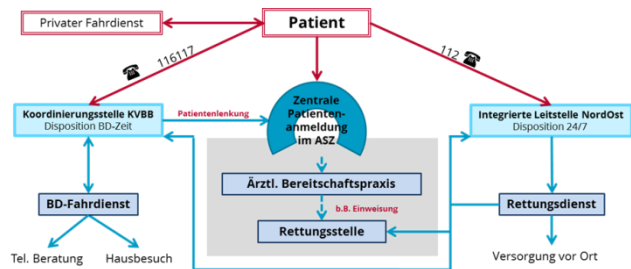
- rasche Einschätzung der Leitsymptome, keine lange Erhebung der Vorgeschichte
- im Zweifel für den Patienten
- im Zweifel unverzüglich Arzt befragen beschreibt.

⁴ Fahrdienste fallen insbesondere im Rahmen der Ausstellung von Totenscheinen und Heimbesuchen an.

⁵ Aktuell liegt für die Konstellation einer Kopplung zwischen Notarzt und Fahrdienst keine Zustimmung durch den Landrat vor.

- Ärzt*innen, die sowohl am Notarzdienst als auch am ärztlichen Bereitschaftsdienst teilnehmen, müssen einerseits eine Notarztqualifikation und andererseits eine Genehmigung der KVBB zur Teilnahme am ärztlichen Bereitschaftsdienst nachweisen.

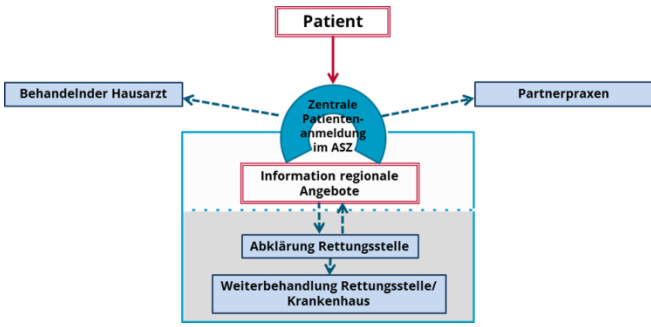
Abb. 1: Akut- und Notfallversorgung außerhalb der Sprechstundenzeit



Teilprojekt II: Sprechstundenzeit

- Patient*in trifft im Ambulant Stationären Zentrum ein (ASZ) und stellt sich bei der zentralen Patient*innenanmeldung vor.
- Mitarbeiter*innen der zentralen Patienten-anmeldung im ASZ informieren über⁶:
 - ambulante Angebote im Standort
 - ambulante Angebote der umliegenden Vertragsarztpraxen (Hausarzt- und Partnerpraxen)
- Sofern eine Weiterleitung in den Vertragsarztbereich erfolgt, werden Patient*innen mit akuten Gesundheitsproblemen bei ihrem behandelnden Hausarzt oder in einer Partnerpraxis ambulant versorgt.

⁶ Im Vergleich zur Regelung in den geschlossenen Kooperationsverträgen der Ärztlichen Bereitschaftspraxis Templin muss hier auf eine Übergangslösung zurückgegriffen werden (s. Präambel Abs. 5). Die Rolle der zentralen Patienten-anmeldung sowie deren personeller Besetzung ist noch nicht abschließend geklärt und wird im Zuge der vollständigen Etablierung des Ambulant Stationären Zentrums erarbeitet. Die derzeitige Patienten-anmeldung des Krankenhauses bildet im Rahmen der vorliegenden Übergangslösung einen neutralen Informationspunkt für Patienten sowie ein Teil des Wegeleitsystems ab.

	<ul style="list-style-type: none"> • Sofern eine Weiterleitung in die Rettungsstelle erfolgt, kann im Rahmen eines ärztlichen Abklärungsverfahrens die Behandlung in der Rettungsstelle (in der Regel von einer stationären Aufnahme gefolgt) fortgeführt werden oder die Patient*innen werden in den Vertragsarztbereich überführt. <p>Abb. 1 Akutversorgung während der Sprechstundenzeit</p> 
<p>12. Angaben zum Setting (Zeit, Ort)</p>	<p>Teilkonzept I: ÄBP in den Räumlichkeiten des Sana Krankenhauses</p> <ul style="list-style-type: none"> • Montag – Dienstag – Donnerstag: 19:00-07:00 Uhr • Mittwoch – Freitag: 13:00-07:00 Uhr • Samstag – Sonn- und Feiertags: 07:00-07:00 Uhr <p>Teilkonzept II: Sprechstundenzeit in den Haus- und Partnerpraxen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Montag – Dienstag – Donnerstag: 07:00-19:00 Uhr • Mittwoch – Freitag: 07:00-13:00 Uhr
<p>13. Zugang (z.B. Zuweisung durch HA, FA, Terminmanagement)</p>	<p>Teilkonzept I: ÄBP</p> <ul style="list-style-type: none"> • Koordinierungsstelle der KVBB • Zentrale Patient*innenanmeldung ASZ <p>Teilkonzept II: Sprechstundenzeit Information durch Mitarbeiter*innen der zentralen Patient*innenanmeldung ASZ</p>

14. Informationen zur Weiterbehandlung	<p>Teilkonzept I: ÄBP</p> <ul style="list-style-type: none"> • Notfallschein • Information über Krankenseinweisen • Information über AU-Bescheinigung • Information über Rezepte <p>Teilkonzept II: Sprechstundenzeit Bei Behandlung in der Partnerpraxis zur Weiterbehandlung in der Hausarztpraxis:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Notfall-/Vertreterschein • Information über Krankenseinweisen • Information über AU-Bescheinigung • Information über Rezepte • Begründung, warum die Patientinnen nicht beim Hausarzt behandelt werden.
15. Erforderliche Ausstattung (Räume, Technik, Einrichtungsgegenstände)	<p>Teilkonzept I: ÄBP</p> <ul style="list-style-type: none"> • Untersuchungs- und Behandlungsraum • Zentrale Patient*innenanmeldung, Wartezimmer • PC, Drucker, Telefonanlage, • Internetzugang, VPN-Tunnel KVBB, esQlab • Vgl. Inventarlisten für med. Geräte • Vgl. Listen für Büro-, Praxis- und Sprechstundenbedarf <p>Teilkonzept II: Sprechstundenzeit</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zentrale Patient*innenanmeldung • PC, Drucker, Telefonanlage • Internetzugang (KVBB „Arztuche“) • Dienstplan Partnerpraxen
16. IT-unterstützende Anwendungen	<p>Teilkonzept I: ÄBP</p> <ul style="list-style-type: none"> • esQlab (Interimslösung) • „Notfall-Karte“ (IT-Plattform) → zu entwickeln <ul style="list-style-type: none"> ○ Notfallschein ○ Information über Krankenseinweisen ○ Information über AU-Bescheinigung ○ Information über Rezepte <p>Teilkonzept II: Sprechstundenzeit</p> <ul style="list-style-type: none"> • „Notfall-Karte“ (IT-Plattform) → zu entwickeln <ul style="list-style-type: none"> ○ Versichertendaten ○ Dokumentation lt. EBM ○ Information über Krankenseinweisen ○ Information über AU-Bescheinigung ○ Information über Rezepte
17. Dokumentationsparameter	Siehe Punkt 15

Anlage 15: Modulsteckbrief Decision Unit

Modul-Steckbrief

Datum: 07.05.2018

1. Name des Moduls	Überwachungseinheit (Decision Unit)
2. Starttermin	01.10.2018
3. Verantwortlichkeiten	
3.1 Teilprojektleitung	Teilprojekt 2
4. Ausführende	
4.1 Ärzt*innen	Die medizinische Verantwortung für die Patient*innen der Decision Unit (DU) tragen die Ärzt*innen, die die Patient*innen auf die DU legen. Dieses Angebot wird den stationär tätigen als auch niedergelassenen Ärzt*innen (örtliche Nähe zum Krankenhaus vorausgesetzt: Ärzt*innen der BD-Praxis und Ärzt*innen der Sprechstunden im ASZ) geöffnet.
4.2 Therapeut*innen	keine
4.3 Sonstige	Die Patient*innen der DU werden durch Pflegekräfte mitbetreut.
5. Ausgangssituation (Hintergrund)	<p>Die Schaffung der DU erfolgt im Kontext der Neugestaltung der Akut- und Notfallversorgung. Für Patient*innen, die aufgrund einer noch zu klärenden Verdachtsdiagnose oder sonstiger ggf. vorübergehender Einschränkungen der Gesundheit (z.B. hypertensive Entgleisung, allergische Reaktion, Hypoglykämie) eine ärztliche und pflegerische Überwachung und Versorgung bedürfen, stehen heute keine geeigneten Strukturen zur Verfügung. Im Vergleich zu Ballungsgebieten kommen hier erschwerend die weiten Wege und der geringe Ausbau des ÖPNVs hinzu.</p> <p>Entscheidend ist, dass aufgrund des Zustandes der Patient*innen die Notwendigkeit einer stationären Aufnahme noch nicht abschließend bewertet werden kann.</p>
6. Kurzbeschreibung Versorgungssituation aktuell	Die Rettungsstelle ist konzeptionell nicht auf die Funktion einer Decision Unit ausgerichtet. So bietet die Rettungsstelle aufgrund der Frequentierung durch die Patient*innen sowie der personellen und apparativen Ausstattung nicht die strukturelle Voraussetzung für eine mehrstündige Überwachung der Patient*innen.
7. Kurzbeschreibung Versorgungsdefizit anhand Vorstudie AGENON	Keine explizite Beschreibung
8. Zielgruppe/Zugangsvoraussetzungen (ICDs, Alter des Patienten, Geschlecht)	<ul style="list-style-type: none">• Kinder und Jugendliche älter als 13 Jahre, Erwachsene (Die Versorgung von Kindern < 13 Jahre

	<p>auf der Decision Unit wird im Rahmen der Konzeptentwicklung zur Pädiatrie diskutiert.)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der Zugang erfolgt über die eigenverantwortliche Einschätzung der Ärzt*innen (Orientierung anhand eines Verdachtsdiagnosekatalogs – siehe Anlage 1)
9. Voraussichtliche Fallzahlen pro Monat	Rd. 37 Patient*innen pro Monat
10. Versorgungsinhaltliche Zielsetzung	<ul style="list-style-type: none"> • Senkung der Hospitalisierungsrate • Steigerung der Versorgungssicherheit • Steuerung der Patient*innen in die bedarfsgerechte Versorgung • Aufgrund einer Voranalyse des ambulant sensitiven Potenzials des Sana Krankenhauses Templin kann von einer Fallzahl in Höhe von 400 p.a. ausgegangen werden.
11. Leistungsinhalt	<ul style="list-style-type: none"> • ärztliche Ersteinschätzung durch Fachdienst des Krankenhauses (Ausbaustufe: Notarzt BD-Praxis) zur Aufnahme auf die DU • Befunderhebung inkl. Verlaufskontrollen (z.B.: Labor, Sonographie) • Einleitung einer Therapie (z.B.: Schmerztherapie, spasmolytische Therapie, antiallergische Therapie, Volumentherapie) • Überwachung der Vitalwerte der Patient*innen • pflegerische Versorgung • Beköstigung • ärztliche Entscheidung zur Weiterbehandlung (ambulant, stationär) nach maximal 8 Stunden • Dokumentation (Befunde, Entlassungs-Dokumentation, weitere projektbezogene Dokumentation) • Anlage 2: Auflistung der zur Verfügung stehenden Diagnostik im Rahmen des DU nach 16 Uhr.
12. Angaben zum Setting (Zeit, Ort)	<ul style="list-style-type: none"> • Räumlichkeiten im Sana Krankenhaus Templin • Etablierung im Aufwachraum • Leistung stehen 365 Tage im Jahr zu 24h pro Tag zur Verfügung
13. Zugang (z.B. Zuweisung durch HA, FA, Terminmanagement)	<p>Eine mögliche Zuweisung durch Hausärzt*innen kann nur über die anschließende ärztliche Einschätzung der Rettungsstelle bzw. BD-Praxis erfolgen.</p> <p>Das Angebot der DU den niedergelassenen Ärzt*innen zu öffnen, stellt eine weitere konzeptionelle Ausbaustufe der Decision Unit dar.</p>
14. Informationen zur Weiterbehandlung	Sind den Entlassungsdokumenten zu entnehmen
15. Erforderliche Ausstattung (Räume, Technik, Einrichtungsgegenstände)	<ul style="list-style-type: none"> • 2x Patient*innenbett • Patient*innenüberwachungsmonitor inkl. Anschluss an Überwachungszentrale

	<ul style="list-style-type: none"> • Anschluss Patient*innenklingel • 2x Infusionstechnik • Beschilderung
16. IT-unterstützende Anwendungen	<ul style="list-style-type: none"> • SAP (KIS)
17. Dokumentationsparameter	Ist im Laufe der Projektarbeit weiter zu bestimmen

Anlage 1

Folgende Diagnosen berechtigen nach ärztlichem Ermessen zur Aufnahme der Patient*innen auf die Decision Unit:

- unklarer Thoraxschmerz (kein Ausschluss Myokardinfarkt)
- Krampfanfall
- Alkoholintoxikation
- Exsikkose
- Bluthochdruck
- Gelenk-Luxation mit Analgosedierung
- Allergische Reaktion
- Hypoglykämie
- Gallenkolik
- Nierenkolik
- unklarer Bauchschmerz
- Rückenschmerzen
- Kopfschmerzen

Anlage 2

Diagnostik der Decision Unit nach 16 Uhr:

- Labor vollständig
- EKG (außer Belastungs-EKG)
- CT
- Röntgen
- Konsile
- Teleneurologisches Konsil
- Notfalldiagnostik: Endoskopie, Sonographie

Anlage 16: Modulsteckbrief Strukturierte Harninkontinenzversorgung (SHIV)

Modul-Steckbrief

Datum: 30.10.2018

1. Name des Moduls	Strukturierte Harninkontinenzversorgung (SHIV)
2. Starttermin	05.09.2018
3. Verantwortlichkeiten	
3.1 Teilprojektleitung	Teilprojekt 2
4. Ausführende	
4.1 Ärzt*innen	Fachärzt*innen für Gynäkologie; Fachliche Anbindung an das Beckenbodenzentrum des Sana Klinikums Lichtenberg
4.2 Therapeut*innen	Physiotherapeut*innen mit Qualifikation zur Beckenbodengymnastik
4.3 Sonstige	Gesundheits- und Krankenpflegefachkraft zur Unterstützung während der Sprechstunde und Einsatz als Inkontinenzschwester
5. Ausgangssituation (Hintergrund)	<p>Die Patientinnen vermeiden häufig die Ansprache von Inkontinenzproblemen bei ihren Haus- oder Fachärzt*innen aufgrund von Schamgefühl. Dabei kann eine frühzeitige Therapie den Verlauf der Erkrankung positiv beeinflussen und einen wichtigen Beitrag zum Erhalt der Lebensqualität leisten.</p> <p>Der urogynäkologischen Therapie geht eine umfangreiche und zeitaufwendige Diagnostik voraus:</p> <ul style="list-style-type: none">• Fragebogenerhebung• Trink- und Toilettenprotokoll• Urinstatus• Ultraschalluntersuchung• Ggf. urodynamische Untersuchung <p>Darüber hinaus bedarf es einer vertrauensvollen Kommunikation zwischen Ärzt*innen und Patientin, die in vielen Fällen zunächst auf eine Enttabuisierung der Erkrankung abzielt, wichtige Beratungsinhalte vermittelt und Grundlage für einen erfolgreichen Therapieverlauf ist (Compliance).</p> <p>Im normalen gynäkologischen Praxisbetrieb stehen für die genannten Beratungs- und Diagnostikleistungen, sowie für die Therapieplanung und -kontrolle nur ungenügend zeitliche und medizintechnische Ressourcen zur Verfügung.</p> <p>Aus diesem Grund werden die Patientinnen häufig in zertifizierte, wohnortferne Zentren verwiesen, obwohl eine Basisdiagnostik und die Therapie (bis auf Ausnahmen) unter angepassten Bedingungen auch durch den Gynäkologen vor Ort erfolgen könnten.</p>
6. Kurzbeschreibung Versorgungssituation aktuell	Siehe Punkt 5

7. Kurzbeschreibung Versorgungsdefizit anhand Vorstudie AGENON	In der Vorstudie (siehe Seite 26) sind 67 ambulant-sensitive Krankenhausfälle auf Krankheiten des Harnsystems zurückzuführen. Eine Differenzierung bezüglich der Harninkontinenz kann nicht vorgenommen werden.
8. Zielgruppe/Zugangsvoraussetzungen (ICDs, Alter des Patienten, Geschlecht)	<ul style="list-style-type: none"> • Patientinnen mit Symptomen der Harninkontinenz • durch die Kooperation mit den Gynäkolog*innen (und den Urolog*innen) beschränkt sich die Versorgung ausschließlich auf Patientinnen
9. Voraussichtliche Fallzahlen pro Monat	Voraussichtlich können 16 Patientinnen pro Monat behandelt werden.
10. Versorgungsinhaltliche Zielsetzung	<ul style="list-style-type: none"> • Verbesserte Harninkontinenzversorgung durch ausführliche Beratung, Diagnosestellung und Therapieplanung sowie durch Behandlungsverlaufskontrollen • Ausschöpfung konservativer Versorgungsansätze • Vermeidung von Hospitalisierungen durch Vermeidung von Stürzen bei häufigem Harndrang • Einsparungen durch Reduktion/Vermeidung der Versorgung mit Inkontinenzartikeln, ggf. einer Hospitalisierung.) • Wohnortnahe Versorgung
11. Leistungsinhalt	<p><u>Versorgung „Inkontinenzschwester“:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Beratung zum Umgang mit Inkontinenz im Alltag • Hilfestellung bei Fragebogenbeantwortung • Hilfestellung Miktionsprotokoll • Erhebung Urinstatus <p><u>Ärztliche Versorgung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Anamnese • Auswertung Fragebogen und Miktionsprotokoll • Gynäkologische Untersuchung (Spiegeleinstellung, Abstrichentnahme ggf. mit mikroskopischer Auswertung, ph-Messung, bimanuelle Untersuchung im Liegen) • Bimanuelle Untersuchung im Stehen • Rektale Tastuntersuchung • Ultraschalluntersuchung • Therapiebestimmung • Patientinnenberatungsgespräch • Erhebung von spezifischen Parametern (Urinstatus mittel Stick, mikrobiologischer Abstich, Nativpräparat) • Behandlungsverlaufskontrollen

	<p><u>Ggf. urodynamische Untersuchung</u> <u>Fallkonferenz:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Austausch zu einzelnen Patientinnen (nach Ermessen der Ärzt*innen) bzgl. weiterer Diagnostik und Therapieplanung, operativer Eingriff • Abstimmung unter den behandelnden Ärzt*innen und der stationär tätigen Gynäkolog*innen <p><u>Kompetenznetz:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Anbindung an das Beckenbodenzentrum am Sana Klinikum Lichtenberg (fachlicher Austausch bei komplexen Behandlungsfällen, Terminvergabe)
12. Angaben zum Setting (Zeit, Ort)	Räumlichkeiten im Sana Krankenhaus Templin
13. Zugang (z.B. Zuweisung durch HA, FA, Terminmanagement)	<ul style="list-style-type: none"> • Überweisung in die Inkontinenzsprechstunde durch die Fach- und Hausärzt*innen • Terminmanagement
14. Informationen zur Weiterbehandlung	Sind dem Arztbrief zu entnehmen
15. Erforderliche Ausstattung (Räume, Technik, Einrichtungsgegenstände)	<p><i>Räume</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 Behandlungszimmer <p><i>Med.-Technik</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ultraschallgerät • Mikroskop • Gyn. Untersuchungsstuhl mit Vaginalsonde • Spekula (Untersuchungsspiegel) • Urodynamischer Messplatz
16. IT-unterstützte Anwendungen	<ul style="list-style-type: none"> • Bis zur Anschaffung eines AIS für das ASZ -> Nutzung TurboMed (KV)
17. Dokumentationsparameter	<p>Evaluationshypothesen (Abstimmung mit inav, Arbeitsstand vom 25.06.2018)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die strukturierte Harninkontinenzversorgung wird Patientinnen mit Harninkontinenz, die ohne das Angebot unbehandelt bleiben, erfassen. • Die strukturierte Harninkontinenzversorgung wird langfristig eine Verbesserung des Inkontinenzmaßes zur Folge haben (messbar am Verbrauch von Inkontinenzartikeln). • Durch die strukturierte Harninkontinenzversorgung reduziert sich die wohnortferne Versorgung (außerhalb des Mittelbereichs Templin). • Durch die strukturierte Harninkontinenzversorgung können operative Eingriffe durch die Ausschöpfung konservativer Therapien vermieden werden. • Die strukturierte Harninkontinenzversorgung verbessert, durch einen frühzeitigen Beginn geeigneter Therapiemaßnahmen, langfristig die Lebensqualität.

Anlage 17: Modulsteckbrief Ambulantes Fallmanagement

Modul-Steckbrief

Datum: 07.05.2018

1. Name des Moduls	Ambulantes Fallmanagement durch agnes ^{zwei} -Fachkraft
2. Starttermin	01.08.2017
3. Verantwortlichkeiten	
3.1 Teilprojektleitung	Teilprojekt 3
4. Ausführende	
4.1 Ärzt*innen	alle niedergelassenen Ärzt*innen im Mittelbereich Templin
4.2 Therapeut*innen	/
4.3 Sonstige	3 agnes ^{zwei} -Fachkräfte
5. Ausgangssituation (Hintergrund)	<p>Prognose: bis 2030 Anteil der ab 65-Jährigen im Mittelbereich um 40 % erhöht. Anteil der Bevölkerungsgruppe, die bereits jetzt eine hohe Intensität der Inanspruchnahme von GKV-Leistungen im Mittelbereich aufweist, steigt weiter.</p> <p>34% der ab 65-Jährigen besitzen einen Pflegegrad, wovon 81% ambulant gepflegt werden. Die Krankheits- und Pflegelast dieser Altersgruppe wird weiter zunehmen.</p> <p>Die Grundversorgung ist noch nicht hinreichend auf komplexe Versorgungserfordernisse einer zunehmend älteren, multimorbiden Bevölkerung eingestellt. Die fach-, berufsgruppen- und sektorenübergreifende Abstimmung und Koordination der Versorgung erfolgt nur teilweise.</p> <p>Für geriatrische Patient*innen fehlen des Weiteren kompetente und eng in das Versorgungssystem eingebundene Ansprechpartner*innen vor Ort, die bei der Organisation und Koordination erforderlicher Leistungen, Dienste und Hilfen unterstützend tätig werden. Angebote zur Stärkung der Gesundheitskompetenz der Patient*innen bestehen nur vereinzelt und sind nicht in ein schlüssiges Gesamtkonzept für die Versorgung eingebettet.</p>
6. Kurzbeschreibung Versorgungssituation aktuell	<ul style="list-style-type: none">- Vor dem StimMT-Projekt war eine agnes^{zwei}-Fachkraft im Mittelbereich Templin für Patienten im KV RegioMed Zentrum Templin tätig.- Den niedergelassenen Ärzt*innen stand das ambulante Fallmanagement für weitere betreuungsintensive Patient*innen im Mittelbereich nicht zur Verfügung.

	<ul style="list-style-type: none"> - Teilweise übernahmen Pflegedienste organisatorisch koordinierende Leistungen, konnten diese jedoch nicht abrechnen.
7. Kurzbeschreibung Versorgungsdefizit anhand Vorstudie AGENON	<ul style="list-style-type: none"> - Im Jahr 2014 waren insgesamt 1.782 oder 13,4% der Versicherten von AOK Nordost und BARMER GEK mit Wohnort im Mittelbereich Templin pflegebedürftig im Sinne des SGB XI. Dabei bestand in der Altersgruppe ab 75 Jahren für gut 46% der Versicherten ein Pflegegrad. - Mit einem Anteilswert von knapp 84% wurden Versicherte mit Pflegegrad weit überwiegend ambulant gepflegt. Damit kommt ambulante Pflege im Mittelbereich Templin offenbar eine vergleichsweise hohe Bedeutung zu. - Für die im Jahr 2014 vollstationär behandelten Versicherten von AOK Nordost und BARMER GEK mit Wohnort im Mittelbereich Templin ergeben sich 1.436 Ambulant-sensitive Krankenhausfälle, entsprechend einem Anteil von knapp 34%.
8. Zielgruppe/Zugangsvoraussetzungen (ICDs, Alter des Patienten, Geschlecht)	<ul style="list-style-type: none"> - besonders betreuungsintensive multimorbide, immobile Patient*innen, z.B. <ul style="list-style-type: none"> o Entlassungsmanagementverweiger*innen o Patient*innen mit Apoplex o Patient*innen nach der Reha o Patient*innen, die Anschlussheilbehandlung verweigern, obwohl diese notwendig wäre o Patient*innen mit ambulantem chirurgischen Eingriff o demente Patient*innen o Suchtpatient*innen
9. Voraussichtliche Fallzahlen pro Monat	30
10. Versorgungsinhaltliche Zielsetzung	<ul style="list-style-type: none"> - Unterstützung der Patient*innen - Koordinierung der Behandlungskette - Überleitungsmanagement (intersektoral) - Schnittstellenmanagement zwischen HA und FA, sowie anderen Akteuren im Gesundheitswesen - Entlastung der Ärzt*innen - Angehörigenunterstützung - Vermittlung von Unterstützung durch Dritte (soziale Einrichtungen, Pflege, Selbsthilfe, etc.) - Unterstützung bei strukturierten Behandlungsprogrammen
11. Leistungsinhalt	<ul style="list-style-type: none"> - Assessment - Versorgungsplanung - Betreuung - ggf. Vermittlung weiterer Dienstleistungen und Hilfen - Monitoring - Dokumentation und Berichtswesen - Regelmäßige Abstimmung mit beauftragenden Ärzt*innen

	<ul style="list-style-type: none"> - Koordination der Patient*innen im Pfad
12. Angaben zum Setting (Zeit, Ort)	<ul style="list-style-type: none"> - Koordinierungs- und Beratungszentrum - Montag - Freitag 7 - 15:30 Uhr - weiterhin: <ul style="list-style-type: none"> ○ Besuche in der Häuslichkeit ○ Abstimmung mit den Ärzt*innen in der Arztpraxis
13. Zugang (z.B. Zuweisung durch HA, FA, Terminmanagement)	<ul style="list-style-type: none"> - Zugang erfolgt über die Haus- oder Fachärzt*innen - Ärzt*innen beauftragen die agnes^{zwei}-Fachkraft mittels Auftragsbogen
14. Informationen zur Weiterbehandlung	<ul style="list-style-type: none"> - Zwischen- bzw. Abschlussbericht der agnes^{zwei} ggü. den beauftragenden Ärzt*innen - Abstimmung mit weiteren, an der Versorgung der Patient*innen, Beteiligten (Pflege, stationär, ...)
15. Erforderliche Ausstattung (Räume, Technik, Einrichtungsgegenstände)	<p>je agnes^{zwei}-Fachkraft:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Arbeitsplatz im KBZ - Laptop, Mobiltelefon - Verfügbarkeit Dienstwagen - medizinische Ausstattung (Blutdruckmessgerät, Desinfektionsmittel, Handschuhe, ...)
16. IT-unterstützende Anwendungen	<ul style="list-style-type: none"> - Software für Fallmanagement mit Schnittstellen zur Kommunikation mit anderen medizinischen Leistungserbringern und Ärzt*innen (geplant)

Anlage 18: Modulsteckbrief Beratung SGB-übergreifend

Modul-Steckbrief

Datum: 07.05.2018

1. Name des Moduls	Eigene Angebote – Beratung SGB übergreifend
2. Starttermin	01.08.2017
3. Verantwortlichkeiten	
3.1 Teilprojektleitung	Teilprojekt 3
4. Ausführende	
4.1 Ärzt*innen	/
4.2 Therapeut*innen	/
4.3 Sonstige	Beratungsfachkräfte - die Beratungen erfolgten auch durch die agnes ^{zwei-} Fachkräfte - im Projektverlauf erfolgte zusätzlich die Anstellung einer reinen Beratungsfachkraft
5 Ausgangssituation (Hintergrund)	<p>Prognose: bis 2030 Anteil der ab 65-Jährigen im Mittelbereich um 40 % erhöht. Anteil der Bevölkerungsgruppe, die bereits jetzt eine hohe Intensität der Inanspruchnahme von GKV-Leistungen im Mittelbereich aufweist, steigt weiter.</p> <p>34% der ab 65-Jährigen besitzen einen Pflegegrad, wovon 81% ambulant gepflegt werden. Die Krankheits- und Pflegelast dieser Altersgruppe wird weiter zunehmen.</p> <p>Die Grundversorgung ist noch nicht hinreichend auf komplexe Versorgungserfordernisse einer zunehmend älteren, multimorbiden Bevölkerung eingestellt ist. Die fach-, berufsgruppen- und sektorenübergreifende Abstimmung und Koordination der Versorgung erfolgt nur teilweise.</p> <p>Für geriatrische Patient*innen fehlen des Weiteren kompetente und eng in das Versorgungssystem eingebundene Ansprechpartner*innen vor Ort, die bei der Organisation und Koordination erforderlicher Leistungen, Dienste und Hilfen unterstützend tätig werden. Angebote zur Stärkung der Gesundheitskompetenz der Patient*innen bestehen nur vereinzelt und sind nicht in ein schlüssiges Gesamtkonzept für die Versorgung eingebettet.</p>

<p>6 Kurzbeschreibung Versorgungssituation aktuell</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ähnliche Funktion mit Schwerpunkt auf Pflege nimmt der Pflegestützpunkt Schwedt/Oder wahr (schlechte Erreichbarkeit von Templin aus). Weitere Beratung werden durch Pflegedienste angeboten (nicht neutral und ohne Qualitätssicherung) - Im Mittelbereich gibt es keine zentrale, neutrale Anlaufstelle für alle Fragen rund um die regionalen medizinischen Angebote und mit Unterstützung bei der Beantragung von sozialen oder Pflege-Leistungen etc.
<p>7 Kurzbeschreibung Versorgungsdefizit anhand Vorstudie AGENON</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Im Jahr 2014 waren insgesamt 1.782 oder 13,4% der Versicherten von AOK Nordost und BARMER GEK mit Wohnort im Mittelbereich Templin pflegebedürftig im Sinne des SGB XI. Dabei bestand in der Altersgruppe ab 75 Jahren für gut 46% der Versicherten eine Pflegestufe. - Mit einem Anteilswert von knapp 84% wurden Versicherte mit Pflegestufe weit überwiegend ambulant gepflegt. Damit kommt ambulanter Pflege im Mittelbereich Templin offenbar eine vergleichsweise hohe Bedeutung zu. - Für die im Jahr 2014 vollstationär behandelten Versicherten von AOK Nordost und BARMER GEK mit Wohnort im Mittelbereich Templin ergaben sich 1.436 Ambulant-sensitive Krankenhausfälle, entsprechend einem Anteil von knapp 34%.
<p>8 Zielgruppe/Zugangsvoraussetzungen (ICDs, Alter des Patienten, Geschlecht)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Bevölkerung des Mittelbereiches Templin - Ärzt*innen, Akteure, Dienstleister der Region
<p>9 Voraussichtliche Fallzahlen pro Monat</p>	<p>30</p>
<p>10 Versorgungsinhaltliche Zielsetzung</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Information zu bestehenden regionalen Angeboten <ul style="list-style-type: none"> o Ambulant tätige Ärzt*innen o Leistungen Krankenhäuser o Pflegeeinrichtungen und -Dienste o Reha-Einrichtungen o Kranken- und Pflegekassen o Apotheken o Sanitätshäuser o Vereine o Sozialdienstleister o etc. - Unterstützung beim Erstellen von Unterlagen mit medizinischem Bezug im Rahmen der Beratung (Anträge, Vollmachten etc.)
<p>11 Leistungsinhalt</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Beratung - Information/Vermittlung - Unterstützung beim Erstellen von Unterlagen
<p>12 Angaben zum Setting (Zeit, Ort)</p>	<p>/</p>

13 Zugang (z.B. Zuweisung durch HA, FA, Terminmanagement)	<ul style="list-style-type: none"> - KBZ - direkter Zugang im KBZ - überwiegend mit Terminvergabe - keine ärztliche Überweisung notwendig
14 Informationen zur Weiterbehandlung	/
15 Erforderliche Ausstattung (Räume, Technik, Einrichtungsgegenstände)	<ul style="list-style-type: none"> - Arbeitsplatz im KBZ - PC - Beratungsräume
16 IT-unterstützende Anwendungen	<ul style="list-style-type: none"> - Software zur Beratungsdokumentation mit Schnittstellen zur Kommunikation mit anderen medizinischen Leistungserbringer*innen und Ärzt*innen (geplant)

Anlage 19: Modulsteckbrief Medizinische Informationsveranstaltungen/ Erwachsenenbildung



Modul-Steckbrief

Datum: 07.05.2018

1. Name des Moduls	Medizinische Informationsveranstaltungen / Erwachsenenbildung
2. Starttermin	01.08.2017
3. Verantwortlichkeiten	
3.1 Teilprojektleitung	Teilprojekt 3
4. Ausführende	
4.1 Ärzt*innen	ggf. als Referent*innen o.Ä.
4.2 Therapeut*innen	ggf. als Referent*innen o.Ä.
4.3 Sonstige	Personal medizinischer Einrichtungen (nicht IGiB- StimMT): bei Bedarf Einbindung für Durchführung und Organisation Beratungsfachkräfte: Durchführung und Organisation Leiter*in KBZ: Organisation
5. Ausgangssituation (Hintergrund)	<p>Prognose: bis 2030 Anteil der ab 65-Jährigen im Mittelbereich um 40 % erhöht. Anteil der Bevölkerungsgruppe, die bereits jetzt eine hohe Intensität der Inanspruchnahme von GKV-Leistungen im Mittelbereich aufweist, steigt weiter.</p> <p>34% der ab 65-Jährigen besitzen einen Pflegegrad, wovon 81% ambulant gepflegt werden. Die Krankheits- und Pflegelast dieser Altersgruppe wird weiter zunehmen.</p> <p>Die Grundversorgung ist noch nicht hinreichend auf komplexe Versorgungserfordernisse einer zunehmend älteren, multimorbiden Bevölkerung eingestellt ist. Die fach-, berufsgruppen- und sektorenübergreifende Abstimmung und Koordination der Versorgung erfolgt nur teilweise.</p> <p>Für geriatrische Patient*innen fehlen des Weiteren kompetente und eng in das Versorgungssystem eingebundene Ansprechpartner*innen vor Ort, die bei der Organisation und Koordination erforderlicher Leistungen, Dienste und Hilfen unterstützend tätig werden. Angebote zur Stärkung der Gesundheitskompetenz der Patient*innen bestehen nur vereinzelt und sind nicht in ein schlüssiges Gesamtkonzept für die Versorgung eingebettet.</p>
6. Kurzbeschreibung Versorgungssituation aktuell	- Eine Bewerbung der Leistungen des KBZ und der anderen Teilprojekte mit dem Ziel, Kundenbindung oder Gesundheitsbildung der Bevölkerung waren bisher noch nicht im Rahmen des Projektes geplant.

	- Andere medizinische Akteure aus dem Mittelbereich haben bereits gute Erfahrungen mit Veranstaltungen gesammelt und führen diese regelmäßig durch.
7. Kurzbeschreibung Versorgungsdefizit anhand Vorstudie AGENON	/
8. Zielgruppe/Zugangsvoraussetzungen (ICDs, Alter des Patienten, Geschlecht)	- Bevölkerung des Mittelbereiches Templin
9. Voraussichtliche Fallzahlen pro Monat	/
10. Versorgungsinhaltliche Zielsetzung	- Schwerpunkt: Information zu präventiven Maßnahmen - Information zu bestehenden regionalen Angeboten - Information zu Leistungen, die im Rahmen des Projektes entwickelt und umgesetzt werden - Information über die Leistungen des KBZ
11. Leistungsinhalt	- Beratung - Information - Vermittlung von Leistungen - Erwachsenenbildung
12. Angaben zum Setting (Zeit, Ort)	- im KBZ - bei Partnern, Messen, Veranstaltungen
13. Zugang (z.B. Zuweisung durch HA, FA, Terminmanagement)	- abhängig vom Veranstaltungsort (bevorzugt: öffentlich und für jedermann)
14. Informationen zur Weiterbehandlung	/
15. Erforderliche Ausstattung (Räume, Technik, Einrichtungsgegenstände)	- Informationsstand, Werbematerial (Rollups etc.) - Laptop und Beamer - Weiteres in Abhängigkeit vom Inhalt der Veranstaltung
16. IT-unterstützende Anwendungen	- ggf. Präsentationssoftware und Videoplayer