

Stadt. Land. Gesund.




Projekte und Initiativen zur Gesundheitsversorgung
in ländlichen Regionen

#StadtLandGesund

www.aok-bv.de

LEGENDE

-  Eingereicht von
-  Projektträger
-  Problemstellung
-  Lösungsansatz
-  Versichertennutzen
-  Aufgabe der AOK
-  Umsetzungsgebiet
-  Anzahl Beteiligter
-  Projektlaufzeit

KONTAKT

-  Kai Behrens
Pressesprecher
AOK-Bundesverband
030 346 46 23 09
presse@bv.aok.de

Impressum

Herausgeber: AOK-Bundesverband | verantwortlich: Martin Litsch (Vorstandsvorsitzender)
Rosenthaler Straße 31 | 10178 Berlin | Tel.: (030) 346 46-0 | www.aok-bv.de
Gestaltung: KomPart Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG | Berlin
Creative Director: Sybilla Weidinger | 19-0391

INHALT

Projektübersicht	4
AOK Baden-Württemberg	
PraCMan (Hausarztpraxis-basiertes Case Management)	6
Telederm	7
VERAHmobil	8
AOK Bayern	
Die LandArztMacher	9
Arztnetz/Gesundheitsnetz UGHO (Unternehmung Gesundheit Hochfranken)	10
Modellvorhaben zur familienintegrierenden Versorgung bei Risikoschwangerschaften sowie Frühgeborenen und kranken Neugeborenen („PAula“)	11
AOK Bremen/Bremerhaven	
KIM: Fachärztlich-pädiatrische und interdisziplinäre Versorgung an einem zentralen Ort	12
AOK Hessen	
Teletherapie des Instituts der Kasseler Stottertherapie	13
AOK Niedersachsen	
Integrierte Versorgung von depressiven und von Burn-out betroffenen Versicherten	14
Integrierte Versorgung für die Behandlung von pädiatrischen Patienten mit onkologischen Erkrankungen im Weser-Ems-Gebiet	15
Integrierte Versorgung von schizophren und schizoaffektiv erkrankten Versicherten	16
AOK Nordost	
agneszwei	17
AOK-Curaplan Herz Plus	18
IGiB-StimMT	19
Lange mobil und sicher zu Hause – Niedrigschwelliges Betreuungsangebot mit Schwerpunkt Bewegung in Verbindung mit sozialen Kontakten im Sinne der Pflegeprävention	20
Mein AOK-Gesundheitsnetz®	21
Pflegepräventionsberatung	22
AOK NordWest	
Elektronische Arztvisite in Pflegeheimen in Westfalen-Lippe und Schleswig-Holstein (elVi)	23
Virtuelle Diabetesambulanz für Kinder und Jugendliche – ViDiKi	24
AOK PLUS	
ARMIN – Arzneimittelinitiative Sachsen-Thüringen – Modellvorhaben zur Optimierung der Arzneimittelversorgung	25
Lokales Gesundheitszentrum Niesky	26
Stiftung für Förderung der ambulanten ärztlichen Versorgung im Freistaat Thüringen	27
TeleDoc PLUS	28
AOK Rheinland/Hamburg	
Arztnetz Leverkusen	29
Gesundheitskiosk „Billstedt-Horn“	30
AOK Rheinland-Pfalz/Saarland	
Brückenpflege	31
Telekardiologieprojekt Kaiserslautern	32
AOK Sachsen-Anhalt	
Einsatz von ICW-zertifizierten Wundexpert*innen im Rahmen der Versorgung mit häuslicher Krankenpflege	33
Einsatz von Sozialarbeiter*innen im Rahmen eines Besonderen Fallmanagements (BFM) Sucht	34
Programm zur besonderen Betreuung von Versicherten mit chronischer Herzinsuffizienz im Rahmen der Hausarztzentrierten Versorgung	35



PROJEKTÜBERSICHT

AOK Baden-Württemberg

- PraCMan (Hausarztpraxis-basiertes Case Management)
- Telederm
- VERAHmobil

AOK Bayern

- Die LandArztMacher
- Arztnetz/Gesundheitsnetz UGHO (Unternehmung Gesundheit Hochfranken)
- Modellvorhaben zur familienintegrierenden Versorgung bei Risikoschwangerschaften sowie Frühgeborenen und kranken Neugeborenen („PAula“)

AOK Bremen/Bremerhaven

- KIM: Fachärztlich-pädiatrische und interdisziplinäre Versorgung an einem zentralen Ort

AOK Hessen

- Teletherapie des Instituts der Kasseler Stottertherapie

AOK Niedersachsen

- Integrierte Versorgung von depressiven und von Burn-out betroffenen Versicherten
- Integrierte Versorgung für die Behandlung von pädiatrischen Patienten mit onkologischen Erkrankungen im Weser-Ems-Gebiet
- Integrierte Versorgung von schizophrenen und schizoaffektiv erkrankten Versicherten

AOK Nordost

- agneszwei
- AOK-Curaplan Herz Plus
- IGiB-StimMT
- Lange mobil und sicher zu Hause – Niedrigschwelliges Betreuungsangebot mit Schwerpunkt Bewegung in Verbindung mit sozialen Kontakten im Sinne der Pflegeprävention
- Mein AOK-Gesundheitsnetz®
- Pflegepräventionsberatung

AOK NORDWEST

- Elektronische Arztvisite in Pflegeheimen in Westfalen-Lippe und Schleswig-Holstein (eVi)
- Virtuelle Diabetesambulanz für Kinder und Jugendliche – ViDiKi

AOK PLUS

- ARMIN – Arzneimittelinitiative Sachsen-Thüringen – Modellvorhaben zur Optimierung der Arzneimittelversorgung
- Lokales Gesundheitszentrum Niesky
- Stiftung für Förderung der ambulanten ärztlichen Versorgung im Freistaat Thüringen
- TeleDoc PLUS

AOK Rheinland/Hamburg

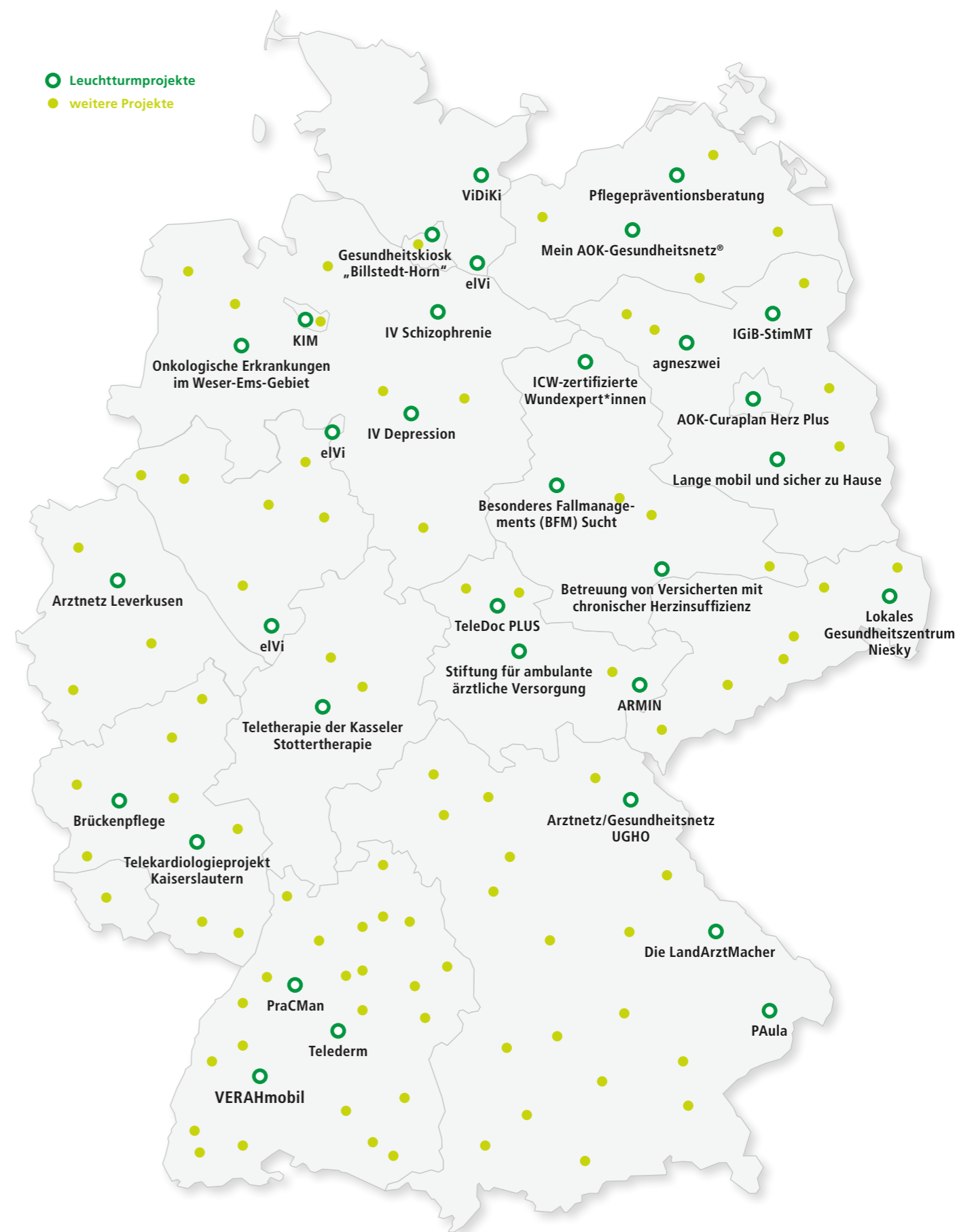
- Arztnetz Leverkusen
- Gesundheitskiosk „Billstedt-Horn“

AOK Rheinland-Pfalz/Saarland

- Brückenpflege
- Telekardiologieprojekt Kaiserslautern

AOK Sachsen-Anhalt

- Einsatz von ICW-zertifizierten Wundexpert*innen im Rahmen der Versorgung mit häuslicher Krankenpflege
- Einsatz von Sozialarbeiter*innen im Rahmen eines Besonderen Fallmanagements (BFM) Sucht
- Programm zur besonderen Betreuung von Versicherten mit chronischer Herzinsuffizienz im Rahmen der Hausarztzentrierten Versorgung



PraCMan (Hausarztpraxis-basiertes Case Management)



AOK Baden-Württemberg



Wer sind die Träger des Projekts?

AOK Baden-Württemberg, HÄVG, Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung des Universitätsklinikums Heidelberg, AQUA Institut, alle Vertragspartner des HZV-Vertrages



Welchem Problem in der Gesundheitsversorgung in ländlichen Regionen widmet sich das Projekt?

Chroniker benötigen eine engmaschige medizinische Beobachtung und Betreuung, die vor allem in ländlichen Regionen mit einem hohen zeitlichen Aufwand für die Patienten verbunden ist.



Welchen Lösungsansatz verfolgt das Projekt?

Chronisch kranke Patienten haben ein höheres Risiko für Klinikaufenthalte. Mit einem engmaschigen patientenzentrierten Hausarztpraxis-basierten Case Management sollen vermeidbare Krankenhauseinweisungen von Patienten mit COPD, Herzinsuffizienz und/oder Diabetes Typ II reduziert werden. Das PraCMan-Konzept besteht aus einem ausführlichen Assessment, das eine speziell geschulte Versorgungsassistentin der Hausarztpraxis (VERAH) mit dem Patienten führt. Die Ergebnisse des Assessments münden in eine Zielvereinbarung, die der Arzt mit dem Patienten schließt. Ziele, wie z. B. die Stärkung der Medikamenten-Compliance oder die Einhaltung von etwaigen Diäten, variieren je nach Patient. Regelmäßige strukturierte Monitorings (maximal sechs Wochen oder kürzere Intervalle), die in der Regel telefonisch durchgeführt werden, dienen dazu, den aktuellen Gesundheitszustand des Patienten zu erfassen, ohne dass der Patient hierfür die Praxis aufsuchen muss. Des Weiteren unterstützt die VERAH den Patienten bei der Erreichung seiner Ziele in Form eines Patientencoachings. Verschlechterungen oder Auffälligkeiten des Gesundheitszustandes können so rechtzeitig erkannt und Gegenmaßnahmen eingeleitet werden. Assessment und Monitoring erfolgen Software-gestützt mit Hilfe des von der Uniklinik Heidelberg entwickelten Care Cockpits, in dem strukturierte Fragebögen sowie Handlungsempfehlungen in Form einer Ampel hinterlegt sind. So wird die VERAH durch das Assessment und Monitoring geleitet. Das Ergebnis wird anschließend mit dem Arzt besprochen. An PraCMan teilnehmende VERAHs besuchen jährlich zwei Qualitätszirkel, in denen neues Wissen vermittelt und ein Austausch zwischen den VERAHs ermöglicht werden.



Was haben die Versicherten davon?

Das regelmäßige Monitoring wird zumeist im Rahmen eines Telefonates geführt. Teilnehmende Patienten sparen sich somit aufwendige Wege in die Arztpraxis. Der Patient fühlt sich mit seiner Erkrankung nicht allein gelassen und von der Hausarztpraxis, insbesondere der VERAH, gut betreut. Insgesamt trägt PraCMan nachweislich zu einer höheren Lebensqualität bei. Verschlechterungen des Gesundheitszustandes können rechtzeitig erkannt und kompensiert werden.



Was ist die Aufgabe der AOK in dem Projekt?

Die AOK Baden-Württemberg hat das Versorgungskonzept flächendeckend in den HZV-Vertrag eingebunden.



Wo wird das Projekt aktuell umgesetzt?

Der Versorgungsansatz wird in Baden-Württemberg flächendeckend im Rahmen des HZV-Vertrages der AOK Baden-Württemberg angeboten. Alle am HZV-Vertrag teilnehmenden Hausarztpraxen, die eine VERAH beschäftigen, können sich für PraCMan schulen lassen.



Wie viele Beteiligte (Versicherte/Ärzte/Fachkräfte ...) gibt es aktuell? Wie viele könnten in der Zukunft erreicht/eingebunden werden?

Drittes Quartal 2018: 697 HZV-Ärzte, 17.700 HZV-Versicherte



Seit wann, und ggf. bis wann, läuft das Projekt?

Seit 7/2014 Implementierung in den HZV-Vertrag, davor cluster-randomisierte Studie mit 115 Praxen zum Erkenntnisgewinn

Telederm



AOK Baden-Württemberg



Wer sind die Träger des Projekts?

Gefördert vom Innovationsfonds

Konsortialführer: Institut für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung Universitätsklinikum Tübingen (UKT)

Konsortialpartner: AOK Baden-Württemberg, Institut für Klinische Epidemiologie und angewandte Biometrie (UKT), AQUA-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen, Teledizinisches Zentrum KSYOS/Niederlande, Health Services Management Universität München (LMU), Hochschule Reutlingen

Kooperationspartner: HÄVG/Hausärztliche Vertragsgemeinschaft, Deutscher Hausärzteverband – Landesverband Baden-Württemberg, MEDIVERBUND AG, MEDI Baden-Württemberg e. V., Hautklinik (UKT), Dermatologen aus dem ambulanten Sektor



Welchem Problem in der Gesundheitsversorgung in ländlichen Regionen widmet sich das Projekt?

Insbesondere in ländlichen Regionen sind die Wartezeiten auf einen Termin beim Dermatologen sehr lange.



Welchen Lösungsansatz verfolgt das Projekt?

Ziel des Projekts ist es, die Behandlung von Patienten mit Hautveränderungen durch interdisziplinäre und digitale Versorgungsstrukturen auf- und auszubauen. Dafür bietet die Dermatologie beste Voraussetzungen, da Hautveränderungen fotografisch gut abbildbar sind und in angemessener Qualität sicher an Dermatologen übermittelt werden können.

Patienten können sich bei dermatologischen Fragen an ihren Hausarzt wenden. Falls ein fachärztliches Konsil notwendig ist, wird die Hautveränderung in der Hausarztpraxis fotografiert und an teilnehmende Dermatologen übermittelt. Innerhalb von 48 Stunden erhält der Hausarzt einen Befund und kann gegebenenfalls weitere Behandlungsschritte einleiten. Lediglich Patienten mit behandlungsrelevanten Erkrankungen, für die fachärztliche Expertise notwendig ist, benötigen einen Präsenztermin beim Dermatologen.

Der Hausarzt wird durch das Projekt Telederm in seiner Lotsenfunktion gestärkt. Des Weiteren werden durch die stetigen Rückmeldungen der Dermatologen die dermatologischen Kompetenzen der Hausärzte weiter verbessert. Die Zusammenarbeit zwischen Hausärzten und Dermatologen wird gestärkt.



Was haben die Versicherten davon?

Für Patientinnen und Patienten wird der Zugang zur dermatologischen Befundung erleichtert. Falls eine weitere direkte dermatologische Abklärung nötig ist, kann diese entsprechend schneller durch den Hausarzt gesteuert werden. Die Diagnose durch den Dermatologen erfolgt innerhalb von ein bis zwei Tagen. Darüber hinaus können mögliche dermatologische Versorgungsdefizite ausgeglichen werden. Nicht technisch-affine Menschen werden von der Innovation nicht ausgeschlossen: Für Telederm benötigt der Patient kein eigenes IT-Equipment oder IT-Erfahrungen, da sämtliche Schritte von der Hausarztpraxis durchgeführt werden.



Was ist die Aufgabe der AOK in dem Projekt?

Die AOK Baden-Württemberg hat Telederm regional in den HZV-Vertrag eingebunden.



Wo wird das Projekt aktuell umgesetzt?

In den Landkreisen: Böblingen, Calw, Rottweil und Zollernalbkreis



Wie viele Beteiligte (Versicherte/Ärzte/Fachkräfte ...) gibt es aktuell? Wie viele könnten in der Zukunft erreicht/eingebunden werden?

Aktuell 46 Hausarztpraxen mit ca. 60 Ärzten, Hautklinik (UKT) und niedergelassene Dermatologen. Telederm lässt sich gut skalieren und kann auf andere Regionen ausgedehnt werden. Dazu bedarf es einer technischen Ausstattung der Hausarztpraxen mit entsprechender IT-Ausstattung (Hard- und Software) und sichere IT-Infrastruktur. Weiterhin sind verlässliche Versorgungsstrukturen im dermatologischen Bereich nötig, entweder im niedergelassenen Bereich oder dermatologische Zentren, die telemedizinische Versorgung in größerem Umfang leisten können und im Falle einer weiteren Abklärung vor Ort zur Verfügung stehen.



Seit wann, und ggf. bis wann, läuft das Projekt?

Gesamte Projektlaufzeit: 7/2017 – 6/2020

Interventionsphase: 7/2018 – 6/2019

VERAHmobil



AOK Baden-Württemberg



Wer sind die Träger des Projekts?

Ein Projekt von AOK Baden-Württemberg, Hausärzterverband Baden-Württemberg und MEDI Baden-Württemberg im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung (§ 73b SGB V).



Welchem Problem in der Gesundheitsversorgung in ländlichen Regionen widmet sich das Projekt?

Der nächste Arzt ist oft einige Kilometer entfernt, der öffentliche Nahverkehr ausgedünnt – gerade für ältere, kranke Patienten in ländlichen Regionen ist der Weg zum Arzt schwierig. Umgekehrt müssen Ärzte mitunter lange Wege auf sich nehmen und viel Zeit investieren, um ihre Patienten zu sehen. Die VERAH-Kräfte entlasten Patienten und Ärzte, doch auch sie brauchen dafür die passende Mobilität.



Welchen Lösungsansatz verfolgt das Projekt?

VERAH ist die Abkürzung für „Versorgungsassistent/in in der Hausarztpraxis“. Konkret handelt es sich um medizinische Fachangestellte, die sich über eine hochqualifizierte Maßnahme weitergebildet haben. VERAHS unterstützen und entlasten Hausärzte, indem sie beispielsweise Hausbesuche übernehmen und die Versorgung von älteren und multimorbiden Patienten koordinieren. Mit dem Projekt VERAHmobil können Praxen, die aktiv am Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung mit der AOK Baden-Württemberg teilnehmen und mindestens eine VERAH beschäftigen, ein spezielles Fahrzeug zu vergünstigten Konditionen leasen. Für die Nutzung des VERAHmobils wird ein Zuschlag in Höhe von 300 Euro / Quartal im Rahmen des HZV-Vertrages vergütet.



Was haben die Versicherten davon?

VERAHs können Patienten den Weg zum Arzt abnehmen und ermöglichen eine Grundversorgung in den eigenen vier Wänden. Gerade für ältere Patientinnen und Patienten ist das eine große Erleichterung.



Was ist die Aufgabe der AOK in dem Projekt?

Kostenübernahme der Gebührenpositionen
Mitbestimmung vertraglicher Inhalte



Wo wird das Projekt aktuell umgesetzt?

Baden-Württemberg



Wie viele Beteiligte (Versicherte/Ärzte/Fachkräfte ...) gibt es aktuell? Wie viele könnten in der Zukunft erreicht/eingebunden werden?

Aktuell nehmen rund 5.000 Hausärzte/innen (inkl. Angestellte/innen) an der HZV teil. Zu diesen Ärzten/innen kommen rund 2.200 VERAHS und 520 VERAHmobile hinzu (Stand Q 4/18).



Seit wann, und ggf. bis wann, läuft das Projekt?

Das Projekt ist unbefristeter Bestandteil der HZV und läuft seit Juli 2013.

Die LandArztMacher



AOK Bayern



Wer sind die Träger des Projekts?

Träger des Projekts sind die LandArztMacher, vertreten durch den Initiator Dr. Wolfgang Blank (Allgemeinmediziner).



Welchem Problem in der Gesundheitsversorgung in ländlichen Regionen widmet sich das Projekt?

Das Projekt trägt dazu bei, dass in Bayern auch in Zukunft eine flächendeckende, wohnortnahe und bedarfsgerechte medizinische Versorgung sichergestellt wird.



Welchen Lösungsansatz verfolgt das Projekt?

Medizinstudierende erfahren in Gruppenpraktika bei den LandArztMachern neben den Inhalten der vorgeschriebenen Famulaturen im Rahmen der Approbationsordnung für Ärzte die Attraktivität des ärztlichen Arbeitens auf dem Land durch den Kontakt mit zufriedenen Landärzten.

Der große Mehrwert des Projekts ist die Praxisnähe: Die Studierenden haben direkten Kontakt zu Klinikärzten vor Ort, erhalten Einblicke in diverse Fachbereiche – von Wundnahtkurs bis Notfallbehandlung – und besuchen Kurse zu Themen wie Herzkrankheiten.

Das Projekt wird als Famulatur im Rahmen des Medizinstudiums anerkannt.



Was haben die Versicherten davon?

Das Projekt hat das Ziel, Mediziner für die Arbeit als Landarzt zu begeistern. Damit die medizinische Versorgung auch in den nächsten Jahrzehnten gewährleistet ist.



Was ist die Aufgabe der AOK in dem Projekt?

Finanzielle Förderung jedes teilnehmenden Medizinstudierenden am Exzellent-Projekt in Höhe von 850 Euro pauschal für Unterkunft, Verpflegung, Fahrkosten, Kurs- und Seminargebühren, Aufwandsersatz für die teilnehmenden Ärzte, Koordination und Organisationskosten und Evaluationskosten (insgesamt bis zu 50.000 Euro je Kalenderjahr).



Wo wird das Projekt aktuell umgesetzt?

Region Bayerischer Wald



Wie viele Beteiligte (Versicherte/Ärzte/Fachkräfte ...) gibt es aktuell? Wie viele könnten in der Zukunft erreicht/eingebunden werden?

Pro Jahr ca. 50 teilnehmende Medizinstudierende aus ganz Deutschland

Eine Ausweitung auf andere Regionen hängt davon ab, ob engagierte Vertragspartner vor Ort gefunden werden können.



Seit wann, und ggf. bis wann, läuft das Projekt?

1/2017–12/2019

Arztnetz/Gesundheitsnetz UGHO (Unternehmung Gesundheit Hochfranken)



AOK Bayern



Wer sind die Träger des Projekts?

Träger ist die UGHO GmbH & Co. KG.



Welchem Problem in der Gesundheitsversorgung in ländlichen Regionen widmet sich das Projekt?

Gesundheitsnetze sind keine spezifisch ländliche Lösung für Versorgungsprobleme, doch für den Patienten sind sie immer ein sinnvoller Versorgungsansatz. Durch die Vernetzung von Leistungserbringern können Therapien und Behandlungspfade besser koordiniert und betreut werden. Für ländliche Regionen ist der Einsatz von mobilen Praxisassistentinnen und telemedizinischen Lösungen hilfreich, um Versorgungslücken zu schließen. Durch die Einbindung in ein Netzwerk und damit verbesserte kollegiale Unterstützung wird jungen Ärzten die Niederlassung erleichtert.



Welchen Lösungsansatz verfolgt das Projekt?

„Rund-um-Versorgung aus einer Hand“: Die UGHO ist ein regionales Gesundheitsnetz, zu dem sich Haus- und Fachärzte aus Stadt und Landkreis Hof sowie dem nördlichen Teil des Landkreises Wunsiedel zusammengeschlossen haben.



Was haben die Versicherten davon?

Teilnehmende Versicherte profitieren von einer medizinischen Versorgung auf hohem Niveau. Dazu gehören Facharzttermine innerhalb von 48 Stunden, direkte Kooperation und Kommunikation der beteiligten Ärzte und Leistungserbringer, Hausbesuche durch speziell ausgebildete nichtärztliche Praxisassistentinnen, eine lückenlose Weiterbetreuung durch einen anderen UGHO-Hausarzt, wenn der eigene Hausarzt beispielsweise in den Ruhestand geht, und nicht zuletzt eine telemedizinische Versorgung für Versicherte mit Diabetes.



Was ist die Aufgabe der AOK in dem Projekt?

Finanzierung durch Vergütung der vereinbarten Leistungen, Qualitätsmessung (QuATRo), Vertragsbetreuung, Entwicklung von neuen Versorgungsprogrammen, Unterstützung bei der Öffentlichkeitsarbeit



Wo wird das Projekt aktuell umgesetzt?

Hof (Landkreis und Stadt), Wunsiedel



Wie viele Beteiligte (Versicherte/Ärzte/Fachkräfte ...) gibt es aktuell? Wie viele könnten in der Zukunft erreicht/eingebunden werden?

15.333 Versicherte der AOK, 33 Hausärzte und 32 Fachärzte (Stand Januar 2019).

In der Region ist bereits eine große Abdeckung erreicht; eine Ausweitung auf weitere Regionen ist möglich, sofern sich die beteiligten Leistungserbringer auf eine Zusammenarbeit und deren Finanzierung einigen können.



Seit wann, und ggf. bis wann, läuft das Projekt?

Seit 7/2006, unbefristet

Modellvorhaben zur familienintegrierenden Versorgung bei Risikoschwangerschaften sowie Frühgeborenen und kranken Neugeborenen („PAula“)



AOK Bayern



Wer sind die Träger des Projekts?

Kliniken Dritter Orden gGmbH für den Standort Kinderklinik Dritter Orden Passau



Welchem Problem in der Gesundheitsversorgung in ländlichen Regionen widmet sich das Projekt?

Wenn eine Frühgeburt droht oder bei einem Kind während der Schwangerschaft Probleme festgestellt wurden, ist diese unerwartete Nachricht für viele Eltern ein Schock, sie macht Angst und es tauchen Fragen auf, wie es nach der Geburt weitergeht. Entscheidend für die weitere Entwicklung des Frühgeborenen sind gute Startbedingungen, eine gut dosierte intensivmedizinische Betreuung, die konsequente Einbindung der Eltern in die Versorgung ihrer Kinder und eine gezielte Nachbetreuung. Im ländlichen Raum mit weiten Wegen zwischen Wohn- und Behandlungsort sowie einer geringeren Facharzt-dichte ist die Versorgung von Risikoschwangerschaften eine noch größere Herausforderung, als sie es ohnehin schon ist.



Welchen Lösungsansatz verfolgt das Projekt?

Gegenstand dieses Vertrages ist die Durchführung eines wissenschaftlich begleiteten Modellvorhabens nach §§ 63 Absatz 2, 64 SGB V über ein Fallmanagement von Risikoschwangeren sowie Früh- und kranken Neugeborenen. Die medizinische Umsetzung erfolgt durch die Kinderklinik Passau.

Durch das Modellvorhaben können wichtige Erkenntnisse für die Regelversorgung gewonnen werden, um insbesondere Risikoschwangerschaften sowie Frühgeborene und kranke Neugeborene in Zukunft besser begleiten bzw. unnötige Risiken und Mortalitäten bei Neugeborenen vermeiden zu können.



Was haben die Versicherten davon?

Das Projekt „PAula“ ergänzt die medizinische Betreuung durch die behandelnden Ärzte. Individuelle Betreuung, Beratung und Informationen durch einen Fallmanager stehen hierbei im Mittelpunkt. Mit einer schrittweisen Anleitung können Unsicherheiten abgebaut und das Selbstvertrauen in der Elternrolle gestärkt werden.



Was ist die Aufgabe der AOK in dem Projekt?

Vertragsbetreuung, Information der Versicherten, Unterstützung bei der Öffentlichkeitsarbeit, Zahlung der Vergütung, Auftraggeber der Evaluation



Wo wird das Projekt aktuell umgesetzt?

Passau und Umgebung, Übertragbarkeit ist gegeben.



Wie viele Beteiligte (Versicherte/Ärzte/Fachkräfte ...) gibt es aktuell? Wie viele könnten in der Zukunft erreicht/eingebunden werden?

146 AOK-Versicherte



Seit wann, und ggf. bis wann, läuft das Projekt?

4/2017 – 3/2022

KIM: Fachärztlich-pädiatrische und interdisziplinäre Versorgung an einem zentralen Ort



AOK Bremen/Bremerhaven



Wer sind die Träger des Projekts?

Ein Projekt von pädiatrischen Fachärzten, gesetzlicher Krankenversicherung und Kassenärztlicher Vereinigung Bremen



Welchem Problem in der Gesundheitsversorgung in ländlichen Regionen widmet sich das Projekt?

Eltern chronisch kranker Kinder verbringen sehr viel Zeit beim Arzt – das ist sowohl für die Kinder als auch für die Eltern belastend. Umso mehr, je weiter die Wege zum Arzt sind. Deswegen ist die Behandlung chronischer Erkrankungen für Einwohner ländlicher Regionen aufwendiger als in anderen Gebieten.



Welchen Lösungsansatz verfolgt das Projekt?

Durch das Projekt KIM erhalten Kinder mit bestimmten Diagnosen eine umfassende fachärztlich-pädiatrische sowie interdisziplinäre Versorgung an einem zentralen Ort. Damit können Aufenthalte in Tageskliniken oder Krankenhäusern vermieden werden, Wartezeiten werden besser koordiniert, und die Patienten werden qualitätsgesichert und fachgerecht behandelt. Teil des Projekts ist auch eine frühzeitige differenzialdiagnostische Abklärung, um die pädiatrische Versorgungsqualität zu verbessern.



Was haben die Versicherten davon?

Eltern chronisch kranker Kinder erhalten an einem Ort und ohne unnötige Wartezeiten eine umfassende, fachübergreifende Diagnostik und Versorgung.



Was ist die Aufgabe der AOK in dem Projekt?

Durchführung der Verhandlungen mit Leistungserbringern sowie die Finanzierung der erbrachten Leistung



Wo wird das Projekt aktuell umgesetzt?

Bremen und Umkreis



Wie viele Beteiligte (Versicherte/Ärzte/Fachkräfte ...) gibt es aktuell? Wie viele könnten in der Zukunft erreicht/eingebunden werden?

2017 wurden 381 Versicherte versorgt.



Seit wann, und ggf. bis wann, läuft das Projekt?

Seit 10/2011, unbefristet

Teletherapie des Instituts der Kasseler Stottertherapie



AOK Hessen



Wer sind die Träger des Projekts?

AOK Hessen, Institut der Kasseler Stottertherapie (KST)



Welchem Problem in der Gesundheitsversorgung in ländlichen Regionen widmet sich das Projekt?

Gerade im ländlichen Raum sind größere Distanzen zu überwinden, um Therapeuten erreichen zu können. Insbesondere für Jugendliche ist dies eine große Herausforderung, da das elternunabhängige Erreichen des Therapieortes auch davon abhängt, wie gut der Wohnort und der Therapieplatz an den öffentlichen Personennahverkehr angeschlossen sind. Darüber hinaus ist es für Menschen im Schul- und Berufsalltag mitunter schwer, die Therapie aus zeitlichen Gründen in den Alltag zu integrieren.



Welchen Lösungsansatz verfolgt das Projekt?

Die Teletherapie des Instituts der Kasseler Stottertherapie ist eine computergestützte Einzel- und Gruppentherapie, die online im häuslichen Umfeld durchgeführt werden kann.



Was haben die Versicherten davon?

Die Tele- bzw. Onlinetherapie ermöglicht den Einsatz vom heimischen Rechner aus. Dadurch werden weite Anfahrtswege oder gar die Unterbringung am Therapieort vermieden. Für Jugendliche und Erwachsene wird so ein leichter Zugang geschaffen, die Hemmschwelle wird gesenkt und Therapietreue gefördert. Zudem kann die Therapie leichter in den Schul- oder Arbeitsalltag integriert werden.



Was ist die Aufgabe der AOK in dem Projekt?

Kostenträger



Wo wird das Projekt aktuell umgesetzt?

In Hessen, AOKs der anderen Bundesländer haben sich angeschlossen.



Wie viele Beteiligte (Versicherte/Ärzte/Fachkräfte ...) gibt es aktuell? Wie viele könnten in der Zukunft erreicht/eingebunden werden?

Es handelt sich nicht um einen Vertrag, dem die Betroffenen durch Teilnahmeerklärung beitreten müssen. Eine mengenmäßige Begrenzung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer ist nicht vorgesehen. Anbieter ist das Institut der Kasseler Stottertherapie in Bad Emstal.



Seit wann, und ggf. bis wann, läuft das Projekt?

Das Angebot der onlinegestützten Therapie ist seit 2018 vertraglich mit der AOK Hessen geregelt. Die KST hat ebenfalls den Zuschlag des Landes Hessen zur Förderung der Online-Therapie für Kinder über den E-Health-Fonds erhalten (Partner: TK).

Integrierte Versorgung von depressiven und von Burn-out betroffenen Versicherten



AOK Niedersachsen



Wer sind die Träger des Projekts?

Ein Projekt der AOK Niedersachsen und der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN) mit Unterstützung der Hausärzterverbände Niedersachsen und Braunschweig sowie dem Berufsverband Deutscher Nervenärzte



Welchem Problem in der Gesundheitsversorgung in ländlichen Regionen widmet sich das Projekt?

Die erfolgreiche Behandlung psychischer Erkrankungen hängt von einem schnell zur Verfügung stehenden, modularen Behandlungsangebot ab, bei der alle Behandler gut vernetzt sind. Vor allem die langen Wartezeiten auf einen Facharzt- oder Psychotherapeutenplatz erschweren insbesondere in ländlichen Regionen die notwendige schnelle Unterstützung der betroffenen Versicherten.



Welchen Lösungsansatz verfolgt das Projekt?

Ziel dieses Vertrages ist es, die Versorgung für Versicherte der AOK Niedersachsen mit der Erkrankung Depression und Burn-out durch frühzeitige Zusammenarbeit zwischen engagierten und besonders qualifizierten Hausärzten, Fachärzten und Psychotherapeuten hinsichtlich Qualität, Serviceleistungen und Koordinierung zu verbessern. Der Behandlungsbeginn hat spätestens innerhalb von 14 Tagen nach Terminvermittlung durch die Terminmanagementstelle der Kassenärztlichen Vereinigung zu erfolgen. Eine gemeinsame Dokumentation der Versorgungsschritte im KVN-Portal ermöglicht eine hohe Leistungstransparenz aller Versorgungssektoren untereinander.



Was haben die Versicherten davon?

- Modular abgestimmtes Behandlungsprogramm, welches evidenzbasiert gemäß S3-Leitlinie Versorgung „Unipolare Depression“ aufgebaut ist
- Vermittlung notwendiger Behandlungstermine beim Facharzt oder Psychotherapeuten innerhalb von 14 Kalendertagen
- Ausführliche Diagnostik und zusätzliche Beratungszeit beim Facharzt
- Zusätzliche Informationen über die Erkrankung und Beratung zu bedarfsgerechten, niederschweligen Angeboten vor Ort
- Psychotherapie zu arbeitnehmerfreundlichen Zeiten
- Schnellere Rückkehr an den Arbeitsplatz mit begleitender Unterstützung durch den Hausarzt
- Kostenfreie Nutzungsmöglichkeit eines optionalen Online-Programmes
- Im Falle einer notwendigen Rehabilitationsmaßnahme schnellerer Zugang über die Deutsche Rentenversicherung



Was ist die Aufgabe der AOK in dem Projekt?

Die AOK Niedersachsen ist neben der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen Vertragspartner und übernimmt damit die im Vertrag definierten Aufgaben, wie z. B. die Verwaltung der Teilnehmer und das Vertragscontrolling. Die AOK finanziert zudem die Leistungen, wobei die Abrechnung durch die KVN abgewickelt wird. Die AOK stellt Arztpartnerberater zur Verfügung, die den Haus- und Fachärzten sowie Psychotherapeuten beratend zur Seite stehen.



Wo wird das Projekt aktuell umgesetzt?

In ganz Niedersachsen



Wie viele Beteiligte (Versicherte/Ärzte/Fachkräfte ...) gibt es aktuell? Wie viele könnten in der Zukunft erreicht/eingebunden werden?

Seit Vertragsbeginn in 2013 haben ca. 6.650 Versicherte teilgenommen. Aktuell: 1.640 eingeschriebene Versicherte, ca. 725 teilnehmende Hausärzte und 270 Fachärzte sowie Psychotherapeuten mit 1.345 zusätzlich in Niedersachsen geschaffenen Behandlungsplätzen



Seit wann, und ggf. bis wann, läuft das Projekt?

Seit 1/2013, unbefristet

Integrierte Versorgung für die Behandlung von pädiatrischen Patienten mit onkologischen Erkrankungen im Weser-Ems-Gebiet



AOK Niedersachsen



Wer sind die Träger des Projekts?

- Klinikum Oldenburg AöR: Onkologischer Verbund des Klinikums Oldenburg, Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin, Klinik für Allgemeine Kinderheilkunde, Hämatologie / Onkologie im Klinikum Oldenburg AöR
- Weitere Leistungserbringer: ermächtigte Ärzte in Kinderkliniken und Kinderabteilungen in Weser-Ems sowie ambulant tätige Hämatologen und internistische Onkologen (unter der Voraussetzung, dass sie Mitglieder des Verbundes Pädiatrische Onkologie Weser-Ems sind)
- AOK Niedersachsen
- BARMER, HKK Bremen, TK, KKH, BKK Mobil Oil, SVLFG, BKK EWE, DAK, pronova BKK, IKK classic, BKK firmus, vdek



Welchem Problem in der Gesundheitsversorgung in ländlichen Regionen widmet sich das Projekt?

Die Krebserkrankung eines Kindes stellt Familien nicht nur emotional vor große Herausforderungen. Im ländlichen Raum kommt hinzu, dass die regelmäßigen Arztbesuche, Krankenhausaufenthalte u. a. viel Zeit in Anspruch nehmen, da eine wohnortnahe Versorgung in der Regel nicht möglich ist.



Welchen Lösungsansatz verfolgt das Projekt?

Durch die Integrierte Versorgung soll im Weser-Ems-Gebiet möglichst allen Kindern und Jugendlichen mit onkologischen Erkrankungen eine wohnortnahe, individuelle Betreuung und eine Behandlung gemäß den durch die Fachgesellschaft entwickelten Therapiestandards ermöglicht werden. Außerdem wird ein individueller, häuslich-ambulanter Versorgungsdienst etabliert. In Folge dessen können u. a. Krankenhausaufenthalte und die damit verbundenen Belastungen für den Patienten und seine Angehörigen vermieden werden. Zum Versorgungsvertrag gehört im Rahmen des ersten stationären Aufenthaltes auch die Überleitungspflege zur Vorbereitung der häuslichen pflegerischen Betreuung. Auch die Sterbebegleitung im häuslichen Umfeld ist Teil des Versorgungsvertrages.



Was haben die Versicherten davon?

Die Patienten und ihre Familien profitieren auf vielen Ebenen von dem Versorgungsvertrag. Eine wohnortnahe Versorgung bedeutet kürzere Anfahrtswege, die nicht nur Zeit und Geld sparen, sondern vor allem die gesundheitlichen Risiken für den Patienten senken. Ein abgestimmter Behandlungsverlauf vermeidet Doppeluntersuchungen. Insgesamt bedeutet der Vertrag mehr Lebensqualität für die Patienten und deren Angehörige.



Was ist die Aufgabe der AOK in dem Projekt?

Information der Versicherten über das spezielle Versorgungsangebot der Integrierten Versorgung
Sicherstellung der dem Vertrag entsprechenden Prozesse im Fall- und Abrechnungsmanagement



Wo wird das Projekt aktuell umgesetzt?

Weser-Ems-Gebiet



Wie viele Beteiligte (Versicherte/Ärzte/Fachkräfte ...) gibt es aktuell? Wie viele könnten in der Zukunft erreicht/eingebunden werden?

80 Patienten



Seit wann, und ggf. bis wann, läuft das Projekt?

Seit 10/2007, unbefristet

Integrierte Versorgung von schizophrenen und schizoaffektiv erkrankten Versicherten



AOK Niedersachsen



Wer sind die Träger des Projekts?

Ein Projekt der AOK Niedersachsen, ambulant psychiatrischer Pflegedienste und niedergelassener Psychiater



Welchem Problem in der Gesundheitsversorgung in ländlichen Regionen widmet sich das Projekt?

Psychiatrische Erkrankungen sind ebenso wie andere chronische oder schwere Erkrankungen auf eine gute Vernetzung aller Behandler angewiesen. Vor allem in ländlichen Regionen finden Betroffene weniger Behandlungsmöglichkeiten vor und können diese schwerer erreichen.



Welchen Lösungsansatz verfolgt das Projekt?

Mit dem Versorgungsmodell soll eine umfassende, qualitativ hochwertige Versorgung schizophoren und schizoaffektiv erkrankter Menschen geschaffen werden, die ambulante Strukturen stärkt und Krankenhausaufenthalte vermeidet. Ziel ist der Aufbau eines landesweiten Versorgungsnetzes, in dem Fachärzte eng mit den Mitarbeitern der ambulante psychiatrischen Pflegedienste zusammenarbeiten. Dabei sind die psychiatrischen Pflegedienste das Bindeglied zum Facharzt: Sie sind vor Ort, begleiten die Betroffenen kontinuierlich und bieten bei Bedarf eine aufsuchende Betreuung an. Auch in Klinikeinweisungen und -entlassungen ist der ambulante Dienst eingebunden.



Was haben die Versicherten davon?

Betroffene erhalten mit diesem Versorgungsmodell eine dauerhafte, bedarfsgerechte Betreuung, die ihnen ein selbstbestimmteres Leben und eine bessere Teilhabe in der Gesellschaft ermöglichen. Alle Angebote werden möglichst nah am Wohnort erbracht, was vor allem im ländlichen Raum den Zugang zur Versorgung erleichtert. Die Behandlung erfolgt koordinierter und spart damit Zeit.



Was ist die Aufgabe der AOK in dem Projekt?

Die AOK Niedersachsen ist Vertragspartner aller Fachärzte und ambulant psychiatrische Pflegedienste und übernimmt damit die im Vertrag definierten Aufgaben, wie z. B. die Verwaltung der Teilnehmer und das Vertragscontrolling. Die AOK finanziert zudem die Leistungen, wobei die Abrechnung durch die Managementgesellschaft IVPNetworks GmbH abgewickelt wird. Die AOK stellt Arztpartnerberater zur Verfügung, die die Ärzte und ambulante psychiatrische Pflegedienste beraten.



Wo wird das Projekt aktuell umgesetzt?

In ganz Niedersachsen



Wie viele Beteiligte (Versicherte/Ärzte/Fachkräfte ...) gibt es aktuell? Wie viele könnten in der Zukunft erreicht/eingebunden werden?

Ca. 1.100 Versicherte
Ca. 140 Ärzte
Ca. 32 Pflegedienste



Seit wann, und ggf. bis wann, läuft das Projekt?

Seit 1/2015, unbefristet

agneszwei



AOK Nordost



Wer sind die Träger des Projekts?

Ein Projekt von AOK Nordost, Kassenärztlicher Vereinigung Brandenburg und Barmer



Welchem Problem in der Gesundheitsversorgung in ländlichen Regionen widmet sich das Projekt?

Chronisch kranke Patienten haben einen deutlich höheren Betreuungsaufwand, der gerade in ländlichen Regionen sowohl die Ärzte als auch die Patienten besonders fordert. Auch ist eine Betreuung in der Häuslichkeit eines der wesentlichen Elemente des Angebotes.



Welchen Lösungsansatz verfolgt das Projekt?

Mit agneszwei entlasten und unterstützen qualifizierte Fachkräfte die Ärzte. Im Unterschied zu ähnlichen Modellen sind sie geschult für ein individuelles Fallmanagement, durch das Patienten noch effizienter betreut werden können. So lässt sich die medizinische Versorgung der Patienten verbessern, u. a. indem unnötige Krankenhausaufenthalte vermieden werden.



Was haben die Versicherten davon?

Versicherte, die an dem Projekt teilnehmen, werden in ihrer Häuslichkeit durch hochqualifiziertes und ihnen vertrautes Praxispersonal persönlich betreut.



Was ist die Aufgabe der AOK in dem Projekt?

Vordenker

Ideengeber zur Weiterentwicklung des bestehenden Vertrages an die sich ändernden Bedürfnisse und gesetzlichen Regelungen Finanzierung



Wo wird das Projekt aktuell umgesetzt?

Brandenburg

Curriculum ist Basis für das bundesweite Curriculum.



Wie viele Beteiligte (Versicherte/Ärzte/Fachkräfte ...) gibt es aktuell? Wie viele könnten in der Zukunft erreicht/eingebunden werden?

Ca. 3.000 Versicherte (nur AOK Nordost)
Das Projekt ist übertragbar auf andere Regionen.



Seit wann, und ggf. bis wann, läuft das Projekt?

Seit 4/2012, unbefristet

AOK-Curaplan Herz Plus



AOK Nordost



Wer sind die Träger des Projekts?

Das Konzept des Programms „AOK-Curaplan Herz Plus“ wurde 2009 entwickelt von der Gesellschaft für Patientenhilfe (DGP), dem Unfallkrankenhaus Berlin, der Charité-Universitätsmedizin Berlin, der Ludwigs-Maximilians-Universität München und dem Klinikum Augsburg. Seit 2006 besteht ein Integrierter Versorgungsvertrag nach den §§ 140 ff. SGB V mit der AOK Nordost, an dem von Beginn an das Unfallkrankenhaus Berlin sowie niedergelassene Hausärzte und Kardiologen beteiligt waren.



Welchem Problem in der Gesundheitsversorgung in ländlichen Regionen widmet sich das Projekt?

Bei der Versorgung von Versicherten mit chronischer Herzinsuffizienz gibt es durch die Trennung der Sektoren und die unterschiedlichen Leistungserbringer Defizite. Wie gut Haus- und Fachärzte erreichbar sind, unterscheidet sich außerdem zwischen den Regionen sehr stark – vor allem in ländlichen Regionen ist das Versorgungsnetz dünner. „AOK-Curaplan Herz Plus“ ermöglicht chronisch herzkranken Versicherten eine hochwertige spezialisierte Versorgung – egal, ob sie in der Stadt oder auf dem Land leben. Insbesondere im ländlichen Raum gibt es nicht ausreichend in der Nähe verfügbare Versorgungsangebote für in der Mobilität eingeschränkte Patienten mit Herzinsuffizienz. Diese Lücke kann u. a. mit Telemedizin verringert werden. Dass dieses Konzept funktioniert, hat „AOK-Curaplan Herz Plus“ bereits bewiesen. So hat eine unabhängige wissenschaftliche Studie der Universitätsmedizin Greifswald bereits 2013 gezeigt: Herzschwache Patienten können länger leben mit „AOK-Curaplan Herz Plus“.



Welchen Lösungsansatz verfolgt das Projekt?

Die chronische Herzinsuffizienz ist eine Krankheit, die Leben und Lebensqualität bedroht. Bei älteren Patienten ist die Herzinsuffizienz der häufigste Beratungsanlass in der Allgemeinpraxis. Für einen Patienten mit Herzinsuffizienz ist es ein einschneidendes Erlebnis, wenn er nachts mit stärkster Atemnot erwacht und den Notarzt rufen muss. Ziel des Versorgungsprogramms ist es daher, der Verschlechterung der Erkrankung vorzubeugen bzw. die Verschlechterung so frühzeitig zu erkennen, dass die Patienten noch in der regulären ambulanten Versorgung stabilisiert und belastende Krankenhausbehandlungen vermieden werden können.

Die wesentlichen Versorgungselemente des Gesundheitsprogramms sind:

1. Schulung und Beratung zum alltäglichen Leben mit einer Herzschwäche zur Stärkung des Selbstmanagements der Patienten
2. Telemetrisches Monitoring von Zeichen und Beschwerden der Herzschwäche zur Früherkennung einer Verschlechterung mittels Waage und Monitor mit Sprachinterface
3. Informationstechnische Vernetzung der an der Behandlung Beteiligten, insbesondere mit den ambulant behandelnden Ärzten



Was haben die Versicherten davon?

Erfahrenes medizinisches Fachpersonal berät und betreut die Versicherten individuell am Telefon zu ihrer Herzerkrankung, d. h. sie werden regelmäßig über Themen, die für sie und ihre Gesundheit wichtig sind, informiert (zum Beispiel zu Ernährung, Bewegung oder Vitalwerten). Sie werden an wichtige Punkte der Therapie wie Arztbesuche, Medikamenteneinnahmen und Gewichtskontrollen erinnert. Notfalleinweisungen und häufige Krankenhausaufenthalte aufgrund einer Herzschwäche werden durch eine aktive Teilnahme an „AOK-Curaplan Herz Plus“ verringert oder vermieden, die Lebensqualität der Patienten wird damit gesteigert.



Was ist die Aufgabe der AOK in dem Projekt?

Die AOK Nordost ist Vertragspartner im Versorgungsvertrag. Sie übernimmt das gesamte Vertragsmanagement: Teilnehmerverwaltung, Vergütung, Vertragsanpassungen, Öffentlichkeitsarbeit und Kommunikation sowie Durchführung des Lenkungsgremiums. Darüber hinaus wird das Programm durch die AOK Nordost kontinuierlich weiterentwickelt und inhaltlich angepasst, z. B. hinsichtlich der Ansprache geeigneter Versicherter, die von der besonderen Versorgung profitieren. Das Programm wird stetig bewertet und evaluiert. Hierfür stellt die AOK Nordost entweder Daten zur Evaluation zur Verfügung (siehe Evaluation durch die Universitätsmedizin Greifswald) oder führt eigenständig Evaluationen durch.



Wo wird das Projekt aktuell umgesetzt?

Berlin/Brandenburg



Wie viele Beteiligte (Versicherte/Ärzte/Fachkräfte ...) gibt es aktuell? Wie viele könnten in der Zukunft erreicht/eingebunden werden?

7.757 (Stichtag 01.01.2019) Alle Versicherten, die grundsätzlich von dem Versorgungsprogramm profitieren können, werden auf eine Teilnahme angesprochen. Das Projekt ist übertragbar auf andere Regionen.



Seit wann, und ggf. bis wann, läuft das Projekt?

Seit 8/2006, unbefristet

IGiB-StimMT



AOK Nordost



Wer sind die Träger des Projekts?

IGiB GbR (Konsortium aus AOK Nordost, BARMER und KV Brandenburg) gemeinsam mit der SANA Berlin Brandenburg GmbH, KV COMM GmbH, AGENON GmbH, inav GmbH, IGiB-StimMT gGmbH. Dazu weitere Beteiligte als Unterstützer, bspw. das Gemeinsame Landesgremium nach § 90 a SGB V.



Welchem Problem in der Gesundheitsversorgung in ländlichen Regionen widmet sich das Projekt?

Die Gestaltung einer zukunftsorientierten, stabilen und finanzierbaren Versorgung im ländlichen Raum ist das zentrale Ziel und insbesondere Einwohnern und Politik vor Ort besonders wichtig. Doch die bisherigen Versorgungsstrukturen müssen dafür geändert und dem Versorgungsbedarf angepasst werden.



Welchen Lösungsansatz verfolgt das Projekt?

Im Rahmen des durch Mittel des Innovationsfonds geförderten Projekts soll die Grundversorgung vor Ort so weiterentwickelt werden, dass sie vor allem den komplexen Versorgungsbedürfnissen älterer, multimorbider Patienten gerecht wird. Dazu sollen die ambulanten Angebote ausgebaut und stationäre Kapazitäten entsprechend angepasst werden. Die Versorgungsabläufe vor Ort werden sektorenübergreifend konzipiert, und mit telemedizinischen Anwendungen werden auch weiter entfernte Leistungserbringer eingebunden.



Was haben die Versicherten davon?

Die Patienten profitieren von einer fach-, berufsgruppen- und sektorenübergreifend abgestimmten Versorgung vor Ort, die u. a. vor Ort benötigte Angebote schafft und/oder fachlich nötige Expertise durch Telemedizin aus weiter entfernten Regionen „zu ihnen“ bringt.



Was ist die Aufgabe der AOK in dem Projekt?

Die AOK Nordost ist in der Rolle des Konsortialpartners am Projekt beteiligt.

Die Aufgaben der AOK Nordost umfassen:

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



Wo wird das Projekt aktuell umgesetzt?

Templin (Land Brandenburg)



Wie viele Beteiligte (Versicherte/Ärzte/Fachkräfte ...) gibt es aktuell? Wie viele könnten in der Zukunft erreicht/eingebunden werden?

Ca. 27.000 Einwohner im Mittelbereich Templin (Stand 2014); davon ca. 8500 AOK-Versicherte
Die Übertragung in andere ländliche Regionen ist grundsätzlich möglich.



Seit wann, und ggf. bis wann, läuft das Projekt?

1/2017 – 12/2020

Lange mobil und sicher zu Hause – Niedrigschwelliges Betreuungsangebot mit Schwerpunkt Bewegung in Verbindung mit sozialen Kontakten im Sinne der Pflegeprävention



AOK Nordost



Wer sind die Träger des Projekts?

Ein Projekt der Akademie 2. Lebenshälfte im Land Brandenburg e. V. und AOK Nordost, diverser Kompetenzzentren und regionaler Betreuungsdienste vor Ort
Förderer: Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familien (MASGF) Land Brandenburg



Welchem Problem in der Gesundheitsversorgung in ländlichen Regionen widmet sich das Projekt?

Gerade im ländlichen Raum leben viele hochbetagte ältere Menschen sehr abgeschieden und zurückgezogen in ihrer Häuslichkeit – ihre Zahl wird in den nächsten Jahren weiter steigen. Doch körperliche und geistige Aktivität sind wichtig, um bis ins hohe Alter fit zu bleiben. Für mobile, aktive ältere Menschen gibt es bereits eine Vielzahl von Angeboten, die jedoch hochaltrige, allein zu Hause lebende Menschen nicht erreichen. Bei vielen ehrenamtlichen Initiativen für Hochaltrige, werden diese besucht oder unterstützt – der Aktivierungsansatz steht dabei wenig oder gar nicht im Fokus.



Welchen Lösungsansatz verfolgt das Projekt?

Das Weiterbildungskonzept richtet sich an ehrenamtliche Besucher*innen und stellt sowohl die Aktivierung der hochbetagten älteren Menschen als auch deren Sicherheit im häuslichen Umfeld in Verbindung mit sozialen Kontakten den Vordergrund. Ziel ist es, durch die niedrigschwellige Betreuung das Wohlbefinden der Menschen zu fördern, ihre Selbstständigkeit in der Häuslichkeit zu erhalten und damit Pflegebedarf vorzubeugen oder zu verringern. Niedrigschwellige Angebote für zu Hause oder in Kleingruppen, der Aufbau regionaler Betreuungsgruppen sowie die Qualifizierung der Ehrenamtlichen bei Bewegungsförderung und Sturzprävention gehören zu diesem Konzept.



Was haben die Versicherten davon?

Kooperationspartner, Projektteilförderer, Fachliche Begleitung und Unterstützung
Durchführen der Schulung zum Modul III - Sturzprävention für Hochaltrige
Weiterer Projektteilförderer ist das MASGF Land Brandenburg, andere Beziehungen auf der Kommunal-, Kreis- oder Landesebene gibt es nicht.



Was ist die Aufgabe der AOK in dem Projekt?

Hochbetagte Versicherte können durch die aufsuchende, niedrigschwellige Betreuung länger selbstständig und mobil und in ihrem vertrauten Umfeld wohnen.



Wo wird das Projekt aktuell umgesetzt?

Brandenburg



Wie viele Beteiligte (Versicherte/Ärzte/Fachkräfte ...) gibt es aktuell? Wie viele könnten in der Zukunft erreicht/eingebunden werden?

400 geschulte Ehrenamtliche von 14 regionalen Trägern, ca. 500 betreute Hochbetagte in 17 Regionen an 23 Standorten in elf Landkreisen. Das Projekt ist auf andere Regionen übertragbar.



Seit wann, und ggf. bis wann, läuft das Projekt?

Seit 11/2013, unbefristet

Mein AOK-Gesundheitsnetz®



AOK Nordost



Wer sind die Träger des Projekts?

Arztnetze und AOK Nordost



Welchem Problem in der Gesundheitsversorgung in ländlichen Regionen widmet sich das Projekt?

Im ländlichen Raum müssen Vertragsärzte häufig mehr Patienten betreuen als Ärzte in Ballungszentren, und es bestehen darüber hinaus auch weniger Möglichkeiten zum fachlichen Austausch. Arztnetze als vernetzte Struktur sind gut geeignet, den demographischen Herausforderungen, auch und insbesondere auf Seiten der Leistungserbringer zu begegnen („Sicherstellung“ der regionalen und wohnortnahen Versorgung). Sie sind in dieser Form ein relevanter Beitrag zur Stärkung und Stabilisierung der Versorgung in ländlichen Gebieten.



Welchen Lösungsansatz verfolgt das Projekt?

Es werden im Rahmen des Projekts u. a. Kooperationen mit verschiedenen Versorgern geschaffen, um die regionale und intersektorale Zusammenarbeit zu fördern und sektorübergreifende Behandlungspfade zu entwickeln. Des Weiteren werden Casemanagement-Kräfte eingestellt, die die behandelnden Ärzte entlasten. Die beim Ärztenetz und der AOK vorhandenen umfangreichen Verwaltungsdaten werden zudem zur besseren Ausgestaltung der regionalen Versorgungsstrukturen, zur Versorgungssteuerung und zur gezielten Qualitätsmessung genutzt.



Was haben die Versicherten davon?

Durch die Kooperation können sich Ärzte schneller austauschen und haben mehr Zeit für die Patienten. Diese kommen so auch schneller an Facharzttermine. Doppeluntersuchungen lassen sich vermeiden und die Arzneimitteltherapie besser überwachen. Durch verbindliche Kooperationen erhalten die Versicherten die notwendigen Leistungen in der notwendigen Versorgungsstufe zum jeweils notwendigen Zeitpunkt.



Was ist die Aufgabe der AOK in dem Projekt?

Administration in Zusammenarbeit mit dem Netzmanagement
Aufbereitung und Bereitstellung von Daten zur Steuerung im Netz
Effizienzrechnung
Konzeptentwicklung



Wo wird das Projekt aktuell umgesetzt?

Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Berlin



Wie viele Beteiligte (Versicherte/Ärzte/Fachkräfte ...) gibt es aktuell? Wie viele könnten in der Zukunft erreicht/eingebunden werden?

Ca. 40.000 Versicherte z. Zt. eingeschrieben; grundsätzlich für alle Versicherten in Regionen mit den entsprechenden Netzwerken möglich



Seit wann, und ggf. bis wann, läuft das Projekt?

Seit 1/2005, unbefristet

Pflegepräventionsberatung



AOK Nordost



Wer sind die Träger des Projekts?

Experten-Pflege-Service GmbH und AOK Nordost



Welchem Problem in der Gesundheitsversorgung in ländlichen Regionen widmet sich das Projekt?

Pflegebedürftige Menschen möchten meist so lange wie möglich in den eigenen vier Wänden leben – dazu benötigen sie Unterstützung. Doch vor allem auf dem Land ist es schwierig, entsprechende Dienstleistungen jederzeit und überall verfügbar zu haben. Umso wichtiger sind eine gute Vernetzung der Dienstleister und eine umfassende Pflegepräventionsberatung für die Betroffenen und ihre Angehörigen.



Welchen Lösungsansatz verfolgt das Projekt?

Patienten werden, z.B. nach einem Krankenhausaufenthalt oder beim erstmaligen Antrag auf Pflegeleistungen, umfassend beraten, um Pflegebedürftigkeit so gut wie möglich hinaus zu zögern oder Betroffenen ein möglichst selbstständiges Leben im häuslichen Umfeld zu ermöglichen.

Pflegebedürftige und ihre Angehörigen werden zu allen Themen rund um die Pflege in der Häuslichkeit und zu den Pflegeleistungen geschult und informiert. Dabei spielen präventive Aspekte eine besondere Rolle, wie z.B. die Verhinderung von Stürzen oder ein besonderer Blick auf mögliche Neben- und Wechselwirkungen von Medikamenten. Dazu vermittelt die Pflegepräventionsberatung bei Bedarf wichtige Kontakte zu anderen im Pflegebereich tätigen Einrichtungen wie ambulanten Pflegediensten, ehrenamtlich Tätigen, Menübringdiensten, sozialen Diensten, Pflegestützpunkten etc.

Der Fokus des Projekts liegt auf den Versicherten, die jeweils neu in den Leistungsbezug kommen (Pflegegrad 1, Pflegegrade 2 – 4 nur Pflegegeldbezieher).



Was haben die Versicherten davon?

Einerseits erhalten Betroffene und ihre Angehörigen das nötige Wissen, um gute Pflege zu leisten, andererseits werden sie Teil eines Netzwerks, das sie im täglichen Leben individuell passend unterstützen kann. So können Menschen länger in ihrem häuslichen Umfeld leben.



Was ist die Aufgabe der AOK in dem Projekt?

Information der in Frage kommenden Versicherten mittels Brief über das Angebot, Telefonie im Anschluss, im optimalen Fall Terminvereinbarung mit dem Versicherten für eine Pflegepräventionsberatung, Beauftragung E.P.S. (Experten-Pflege-Service), Erstattung der Rechnungen von E.P.S.



Wo wird das Projekt aktuell umgesetzt?

Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern



Wie viele Beteiligte (Versicherte/Ärzte/Fachkräfte ...) gibt es aktuell? Wie viele könnten in der Zukunft erreicht/eingebunden werden?

Durch die Pflege Service GmbH werden pro Jahr rund 6.000 Hausbesuche durchgeführt.



Seit wann, und ggf. bis wann, läuft das Projekt?

Seit 02/2016, zunächst befristet bis 01/2020

Elektronische Arztvisite in Pflegeheimen in Westfalen-Lippe und Schleswig-Holstein (eVi)



AOK NordWest



Wer sind die Träger des Projekts?

Kassenärztliche Vereinigungen Westfalen-Lippe und Schleswig-Holstein, Fa. LaWell, Praxisnetze, Zentrum für Telematik und Telemedizin (ZTG) sowie AOK NordWest



Welchem Problem in der Gesundheitsversorgung in ländlichen Regionen widmet sich das Projekt?

Für die Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen ist jeder Weg zum Arzt aufwendig, umso wichtiger ist die ärztliche Versorgung in der Einrichtung. Diese sicherzustellen ist vor allem im ländlichen Raum eine Herausforderung, wo die Wege zu Haus- und Fachärzten lang sind.



Welchen Lösungsansatz verfolgt das Projekt?

Die Versorgung vor Ort wird durch das jeweilige Praxisnetz organisiert und telemedizinisch unterstützt. Der Arzt kommuniziert via Videotelefonie mit den Patientinnen und Patienten und ist so virtuell im Pflegeheim präsent. Der Arzt kommuniziert via Videotelefonie mit den Patientinnen und Patienten und ist so virtuell im Pflegeheim präsent. Ein besonderes Augenmerk liegt dabei auch in der Kontrolle der Arzneimittelverordnungen, um gefährliche Wechselwirkungen zu vermeiden. So wird auch mit der „Ressource“ Arzt schonend umgegangen.



Was haben die Versicherten davon?

Versicherte haben schnell sowie ohne Wartezeiten einen Kontakt zum Arzt und müssen dafür nicht mehr unbedingt das Pflegeheim verlassen und dabei gegebenenfalls durch einen Krankenwagen zur Arztpraxis gebracht werden.



Was ist die Aufgabe der AOK in dem Projekt?

Bereitstellung der außerbudgetären Vergütung
Durchführung einer Wirtschaftlichkeitsanalyse



Wo wird das Projekt aktuell umgesetzt?

Region Westfalen-Lippe und Schleswig-Holstein



Wie viele Beteiligte (Versicherte/Ärzte/Fachkräfte ...) gibt es aktuell? Wie viele könnten in der Zukunft erreicht/eingebunden werden?

In der Region Westfalen-Lippe rund 2.400 Versicherte und für Schleswig-Holstein sollen es 1.000 Versicherte werden.



Seit wann, und ggf. bis wann, läuft das Projekt?

Seit 7/2017, unbefristet

Virtuelle Diabetesambulanz für Kinder und Jugendliche – ViDiKi



AOK NordWest
(Förderkennzeichen: 01NVF16023)



Wer sind die Träger des Projekts?

Das Projekt wird geleitet vom UKSH Lübeck, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin. Weitere Teilnehmer sind die Kinderkliniken des UKSH Kiel, des Städtischen Krankenhauses Kiel sowie als Zuweiser Kinderdiabetologen und Diabetologen aus Schleswig-Holstein, das Kinderkrankenhaus Wilhelmsstift Hamburg und das Altonaer Kinderkrankenhaus Hamburg und als evaluierende Institution die Universität zu Lübeck. Die Praxiserprobung von Telemedizin erfolgt im Projekt von Anfang an in enger Kooperation mit dem Konsortialpartner, der AOK NordWest und anderen gesetzlichen Krankenkassen als Kooperationspartner (Barmer, DAK, TK, IKK Nord, IKK Berlin-Brandenburg, BKK Atlas Ahlmann, BKK Energie, BKK Novitas, BKK Viactiv, BKK Melitta Plus, BKK Mobil Oil, BKK Diakonie, BKK Deutsche Bank, SVLFG, BKK VerbundPlus).



Welchem Problem in der Gesundheitsversorgung in ländlichen Regionen widmet sich das Projekt?

Kinder und Jugendliche mit Diabetes mellitus Typ 1 können im ländlichen Raum nur selten wohnortnah durch einen Kinderarzt mit diabetologischer Fachweiterbildung betreut werden. Der Mangel an Versorgungskapazität drückt sich auch in einer geringen Kontaktfrequenz aus, das heißt in der Regel nur ein Ambulanztermin pro Quartal. Eine gute fachärztliche Versorgung in einer entfernten Fachambulanz zu erlangen, ist für die Familien und die Betroffenen also sehr zeitaufwendig. Gerade bei der Nutzung neuer Technologien (CGM-Geräte) ist eine häufigere Anpassung der Therapie durch Abruf der Daten aus einer geschützten Cloud nun aber möglich und schafft damit die Grundlage für die Beratung mittels Telemedizin.



Welchen Lösungsansatz verfolgt das Projekt?

Durch den Einsatz telemedizinischer Betreuungsmöglichkeiten (Videosprechstunde) können sich die Präsenzbesuche in der Spezialambulanz deutlich vermindern, und häufigere Kontakte erlauben eine schnelle Insulinanpassung bei Wachstum oder Krankheit der Kinder. Daten aus dem CGM-Gerät werden den Fachärzten noch vor den Videoterminen zur Verfügung gestellt, so dass der Arzt sich entsprechend vorbereiten kann. Die erste Betreuungsphase dauert ein Jahr und kann danach freiwillig verlängert werden.



Was haben die Versicherten davon?

Die Betroffenen und ihre Familien haben deutlich weniger Wegezeiten zum Arzt bzw. Krankenhaus, häufigere Kontakte (monatlich) und sie haben einen niedrigschwelligen Zugang zu einer guten fachärztlichen Versorgung.



Was ist die Aufgabe der AOK in dem Projekt?

Konsortialpartner im Innovationsprojekt



Wo wird das Projekt aktuell umgesetzt?

Schleswig-Holstein und Hamburg



Wie viele Beteiligte (Versicherte/Ärzte/Fachkräfte ...) gibt es aktuell? Wie viele könnten in der Zukunft erreicht/eingebunden werden?

240 Versicherte aus 15 kooperierenden Kassen wurden eingeschlossen. Die telemedizinische Betreuung erfolgt durch Kinderdiabetologen und nach einem Jahr in der freiwilligen Verlängerungsphase durch ein Team aus Kinderdiabetologe und Diabetesberaterin.

Die Zufriedenheit mit dieser Art der Betreuung zeigt sich in der hohen Teilnahmequote und Anfragen vieler Patienten und anderer Fachambulanzen, die eine ähnliche Betreuung anbieten wollen.



Seit wann, und ggf. bis wann, läuft das Projekt?

4/2017 – 3/2020

ARMIN – Arzneimittelinitiative Sachsen-Thüringen – Modellvorhaben zur Optimierung der Arzneimittelversorgung



AOK PLUS



Wer sind die Träger des Projekts?

Ein Projekt der AOK PLUS, in Kooperation mit den Kassenärztlichen Vereinigungen Sachsen und Thüringen, dem Sächsischen Apothekerverband e. V. und dem Thüringer Apothekerverband e. V.



Welchem Problem in der Gesundheitsversorgung in ländlichen Regionen widmet sich das Projekt?

Vor allem ältere Patienten nehmen häufig fünf oder mehr Arzneimittel – da verliert man schnell den Überblick, Dosierungen sind falsch, Einnahmen werden vergessen. So können gefährliche Wechselwirkungen und Unverträglichkeiten entstehen. Die Folgen sind zusätzliche Beschwerden oder Komplikationen, die mitunter einen Krankenhausaufenthalt erforderlich machen.

Vor dem Hintergrund, dass insbesondere in den ländlichen Regionen Sachsens und Thüringens der Altersdurchschnitt von Ärzten und Apothekeninhabern hoch ist und in den nächsten Jahren vergleichsweise viele von ihnen in den Ruhestand gehen, wird sich die Versorgung der auch im Vergleich zu den Ballungszentren älteren und multimorbiden Bevölkerung auf weniger Leistungserbringer verteilen. ARMIN leistet hier einen Beitrag, die digital unterstützte Zusammenarbeit von Ärzten und Apotheken zu intensivieren und knapper werdende Zeitressourcen effizienter auszunutzen.



Welchen Lösungsansatz verfolgt das Projekt?

Das Projekt adressiert die wohnortnahe hausärztliche Versorgung und Arzneimittelversorgung. Insbesondere im ländlichen Raum unterstützt und stärkt es die Zusammenarbeit zwischen Hausarzt und (Haus-)Apotheke, die überwiegend die ersten Ansprechpartner für gesundheitliche Fragen der Versicherten sind. Im Rahmen des ARMIN-Medikationsmanagements erheben die Apotheken die Gesamtmedikation der zu betreuenden Versicherten, leiten Maßnahmen zur Verbesserung der Arzneimitteltherapie ab und schaffen die Voraussetzung dafür, dass die mitbetreuenden Hausärzte effizienter Therapieentscheidungen treffen können. Die Therapietreue des Patienten wird durch individuelle Maßnahmen erhöht. Dazu stimmen sich der betreuende Arzt und die betreuende Apotheke online und IT-gestützt im Medikationsplan ab. Bei stationären Aufenthalten (z. B. geplante Operation, Reha-Maßnahme) werden die Klinikärzte mit dem aktuellen Medikationsplan umfassend über die Arzneimitteltherapie informiert.

Alle Module von ARMIN sind darauf ausgerichtet, die Arzneimitteltherapie zu optimieren und Risiken bei der Medikamenteneinnahme zu senken. Durch die Optimierung von Arzneimitteltherapien können u. a. Folgekosten durch unerwünschte Arzneimittelwirkungen reduziert werden.



Was haben die Versicherten davon?

Durch die verstärkte Zusammenarbeit von Arzt und Apotheker hat der Versicherte eine größere Sicherheit bezüglich seiner Therapie und Medikation. Durch die Reduktion von Multimedikation erleidet er weniger Nebenwirkungen. Wechselwirkungen und daraus resultierende Krankenhausaufenthalte werden vermindert. Durch die Verbesserung der Compliance wird die Therapie des Versicherten optimiert und die Symptome werden besser kontrolliert. Es wird explizit „sprechende Medizin“ vergütet, Arzt und Apotheker nehmen sich deutlich mehr Zeit als gewöhnlich.



Was ist die Aufgabe der AOK in dem Projekt?

- Federführung der Vertragsumsetzung des zu Grunde liegenden Modellvertrages nach § 63 SGB V
- Finanzierung
- Etablierung der Projektstruktur
- Koordination und Monitoring der Projektstruktur und Vertragsumsetzung
- Initiierung der externen wissenschaftlichen Evaluation



Wo wird das Projekt aktuell umgesetzt?

Sachsen, Thüringen



Wie viele Beteiligte (Versicherte/Ärzte/Fachkräfte ...) gibt es aktuell? Wie viele könnten in der Zukunft erreicht/eingebunden werden?

4.000 Versicherte bei aktuell 170 von circa 550 teilnehmenden Ärzten und etwa 300 von rund 970 Apotheken, die mit dem Medikationsplannerserver datenschutzgerecht Medikationspläne elektronisch austauschen können.



Seit wann, und ggf. bis wann, läuft das Projekt?

04/2014 – 03/2022

Lokales Gesundheitszentrum Niesky



AOK PLUS



Wer sind die Träger des Projekts?

Diakonissenanstalt Dresden (Krankenhaus Emmaus Niesky), niedergelassene Haus- und Fachärzte in der Region, Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz, Kassenärztliche Vereinigung, Landesärztekammer und AOK PLUS



Welchem Problem in der Gesundheitsversorgung in ländlichen Regionen widmet sich das Projekt?

Ziel des Projektes ist die Sicherstellung der medizinischen Grundversorgung in der Region Niesky. Ausgangspunkt war das Krankenhaus Niesky, das mit 100 Betten allein nicht wirtschaftlich agieren kann, zugleich aber für die medizinische Versorgung der Bevölkerung notwendig ist. Mit einem Wegfall des Standortes wäre die Erreichbarkeit von einfachen stationären Leistungen für Teile der Bevölkerung sehr stark eingeschränkt worden, die Notfallversorgung hätte sich erheblich verschlechtert. Zusätzlich kann die ambulante Versorgung immer weniger durch niedergelassene Hausärzte abgedeckt werden, da die Mehrheit dieser Ärzte in Kürze in Rente geht. Das Krankenhaus Niesky muss in die Lage versetzt werden, diese Aufgaben zu größeren Anteilen zu übernehmen.



Welchen Lösungsansatz verfolgt das Projekt?

Durch Umgestaltung des Krankenhauses Emmaus Niesky in ein lokales Gesundheitszentrum mit mehr ambulanten Behandlungsmöglichkeiten erfolgt ein Ausgleich der fehlenden Ressourcen in der ambulanten Versorgung. Dazu gehört einerseits die Sicherung der hausärztlichen Versorgung durch das MVZ am Krankenhaus, das neben der Allgemeinmedizin auch HNO und ambulante Chirurgie anbietet. Hier wird dem zunehmenden Wunsch nach Anstellung der Ärzte Rechnung getragen, und junge Ärzte mit Kindern können auch in Teilzeit arbeiten. Zukünftig sollen auch die neuen Einsatzmöglichkeiten der Praxisassistenten verstärkt genutzt werden. Andererseits werden mehr ambulante bzw. kurzstationäre Leistungen durch das Krankenhaus angeboten. Diese ersetzen häufig sogar ehemals vollstationäre Leistungen. Dafür wurde eine Station des Krankenhauses in eine Tagesstation umgewandelt, die jetzt ausschließlich für ambulante Patienten genutzt wird. Da Patienten in dringlichen Fällen in der Regel zuerst das örtliche Krankenhaus ansteuern, wurde eine kassenärztliche Bereitschaftsdienstpraxis am Krankenhaus etabliert. Hier werden die leichteren akuten Fälle durch niedergelassene Ärzte betreut, die Notaufnahme des Krankenhauses wird entlastet. Um den Datenaustausch zwischen Krankenhaus, MVZ und niedergelassenen Ärzten zu erleichtern, wird derzeit eine Möglichkeit für den elektronischen Arztbriefversand entwickelt. Weiterhin stehen die Gewinnung von jungem ärztlichen Nachwuchs und damit die langfristige Absicherung der Versorgung im Fokus. Ein lokaler Weiterbildungsverbund wurde gegründet mit dem Ziel, alle Fachärzte der Region mit Weiterbildungsbefugnis einzubeziehen. Langfristig steht die Etablierung einer Nachsorgeeinrichtung an, in der komplexe Behandlungsfälle nach stationärer Versorgung weiter betreut werden. Unter Einsatz von Physiotherapie, Alltagsanleitung und unter rehabilitativen Ansätzen soll erreicht werden, dass die Patienten in ihre Häuslichkeit zurückkehren können. Mit dem Einsatz von versierten Pflegekräften, die auch in der Häuslichkeit schauen, wie der Alltag bewältigt wird, soll die Anzahl der Wiedereinweisungen ins Krankenhaus reduziert werden. Dabei wird die Möglichkeit, gemeinsame Ressourcen zu nutzen, als sinnvoll angesehen (Einsatz derselben Pflegekräfte im Krankenhaus und in Nachsorgeeinrichtung).



Was haben die Versicherten davon?

Es gibt einen zentralen Anlaufpunkt: das örtliche Krankenhaus. Hier bekommt der Versicherte immer Hilfe. Nicht nur im eigenen Krankheitsfall, sondern auch bei Pflegefällen in der Familie gibt es Beratung und praktische Anleitung (im Patienteninformationszentrum). Durch die verstärkte ambulante Nutzung des Krankenhauses wurde für die Anwohner der Region Niesky die medizinische und pflegerische Versorgung gesichert und übersichtlicher geordnet.



Was ist die Aufgabe der AOK in dem Projekt?

- Ausgestaltung des Vertrages zur Besonderen Versorgung
- Koordination
- Vernetzung von Partnern
- Weiterentwicklung der Vertragsinhalte



Wo wird das Projekt aktuell umgesetzt?

Niesky, Landkreis Görlitz, Sachsen



Wie viele Beteiligte (Versicherte/Ärzte/Fachkräfte ...) gibt es aktuell? Wie viele könnten in der Zukunft erreicht/eingebunden werden?

Rund 2.500 Versicherte. Das grundlegende Konzept ist mit regionalen Anpassungen auf andere Regionen übertragbar.



Seit wann, und ggf. bis wann, läuft das Projekt?

1/2016 – 12/2020

Stiftung für Förderung der ambulanten ärztlichen Versorgung im Freistaat Thüringen



AOK PLUS



Wer sind die Träger des Projekts?

Kassenärztliche Vereinigung Thüringen und Freistaat Thüringen



Welchem Problem in der Gesundheitsversorgung in ländlichen Regionen widmet sich das Projekt?

Eine wohnortnahe, flächendeckende Versorgung sicherzustellen, ist eine große Herausforderung. Besonders in ländlichen Regionen gibt es immer mehr offene Hausarztstellen, die kaum nachbesetzt werden können. So liegt das Durchschnittsalter der Thüringer Hausärzte bei rund 54 Jahren. Hinzu kommen ein steigender Anteil an Ärzten in Teilzeit und sinkende Absolventenzahlen.



Welchen Lösungsansatz verfolgt das Projekt?

Um das Problem zu lösen, gründeten der Freistaat Thüringen und die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen 2009 die Stiftung zur Förderung der ambulanten ärztlichen Versorgung. Mit dem Ziel, junge Mediziner für eine Tätigkeit im eher ländlich geprägten Raum zu begeistern und langfristig an das Land Thüringen zu binden, stehen verschiedene Fördermaßnahmen zur Verfügung:

Weiterbildung (Thüringen-Stipendium)

- monatliche Förderung (60 Monate): 250 Euro
- Bedingung: Absolvierung der Weiterbildung zum Facharzt für Innere Medizin, Allgemeinmedizin oder für Augenheilkunde in Thüringen und die Verpflichtung, sich anschließend in Thüringen niederzulassen.

Förderung der Famulatur

- monatliche Förderung (zwei Monate je Famulatur): 250 Euro
- Bedingung: Gefördert werden die Famulatur-Abschnitte, die in Thüringen absolviert werden.

Förderung des allgemeinmedizinischen Wahl-Tertials des Praktischen Jahres (PJ)

- monatliche Förderung: 250 Euro, maximal 1.000 Euro für die gesamte Dauer
- Bedingung: Das PJ wird in einer allgemeinmedizinischen Praxis in Gemeinden mit weniger als 25.000 Einwohnern absolviert.

Unterstützung/Förderung bei der Praxisgründung (sog. Stiftungs-Praxen)

Zahlreiche junge Mediziner scheuen heutzutage den Gang in die Selbstständigkeit aus verschiedenen Gründen. Genau hier setzt die Idee an. Die Praxen werden eingerichtet und sind auf dem neuesten Stand ausgestattet. Die Stiftungspraxen bringen für Berufseinsteiger und/oder niederlassungswillige Ärzte und Ärztinnen viele Vorteile mit sich.



Was haben die Versicherten davon?

Insbesondere für Versicherte im ländlichen Raum steigt durch die Fördermaßnahmen die Wahrscheinlichkeit, dass sich neue Ärzte in der Region niederlassen oder anstellen lassen und damit der ambulanten Versorgung der Bevölkerung mit haus- und fachärztlichem Schwerpunkt zur Verfügung stehen. Steigt die Anzahl der niedergelassenen Ärzte wieder, könnten sich für Versicherte auch Fahrwege und Wartezeiten in Arztpraxen verkürzen. Zudem würde sich das Sicherheitsgefühl hinsichtlich der medizinischen Versorgung positiv verändern, und die Attraktivität der Region würde gesteigert.



Was ist die Aufgabe der AOK in dem Projekt?

Zustifter mit Zweckbindung für das Thüringen-Stipendium



Wo wird das Projekt aktuell umgesetzt?

Freistaat Thüringen



Wie viele Beteiligte (Versicherte/Ärzte/Fachkräfte ...) gibt es aktuell? Wie viele könnten in der Zukunft erreicht/eingebunden werden?

Thüringen-Stipendium:

- Vergabe von insgesamt 236 Thüringen-Stipendien mit einer Gesamtförderung von 2.296.70 Euro
- 93 ehemalige Stipendiaten haben sich mit Erhalt der Facharztanerkennung in Thüringen niedergelassen

Famulatur: Bewilligung von insgesamt 465 Anträgen (2014–2017) mit einer Gesamtförderung von 116.125 Euro

Praktisches Jahr: Bewilligung von insgesamt 12 Anträgen (2015–2017) mit einer Gesamtförderung von 10.500 Euro

Ergebnisse durch Unterstützung der AOK PLUS: 44 geförderte Ärzte in Weiterbildung durch AOK PLUS-Zuwendungen (13 bereits in der Versorgung angekommen)



Seit wann, und ggf. bis wann, läuft das Projekt?

07/2009 – laufend

TeleDoc PLUS



AOK PLUS



Wer sind die Träger des Projekts?

AOK PLUS und Kassenärztliche Vereinigung Thüringen



Welchem Problem in der Gesundheitsversorgung in ländlichen Regionen widmet sich das Projekt?

Für Versicherte mit chronischen Erkrankungen und/oder Mobilitätseinschränkungen, die in ländlichen Regionen leben, ist das Erreichen einer Arztpraxis mit erheblichen Aufwendungen und Schwierigkeiten verbunden. Gleichzeitig müssen die vorhandenen, niedergelassenen Ärzte in ländlichen Regionen viele Patienten betreuen und dafür mitunter zeitintensive Anfahrtswege bei Hausbesuchen in Kauf nehmen.



Welchen Lösungsansatz verfolgt das Projekt?

Mit TeleDoc PLUS soll vor allem in den ländlichen Regionen die ärztliche Versorgung auch durch digitale Möglichkeiten sichergestellt werden. Nach Absprache mit dem Hausarzt besucht eine besonders ausgebildete Praxisassistenz den Patienten im Hausbesuch oder im Pflegeheim. Die Praxisassistenz führt einen telemedizinischen Rucksack mit sich. Dieser Rucksack enthält medizinische Messgeräte für Puls, Blutzucker, Blutdruck, Lungenvolumen oder Herzfunktion. Die Werte werden mit einem Tablet erfasst und an den Arzt übermittelt. Bei Bedarf wird der Arzt per Video zugeschaltet, kann mit dem Patienten sprechen oder das weitere Vorgehen mit der Assistenz abstimmen.

Mit TeleDoc PLUS hat sich die AOK PLUS das Ziel gesetzt, insbesondere in den ländlichen Regionen die Versorgung der Versicherten sicherzustellen und die „Ressource Arzt“ effizient einzusetzen.



Was haben die Versicherten davon?

Manchen Patienten fällt es schwer, eine Arztpraxis zu erreichen – zum Beispiel, wenn sie alt, gehbehindert oder chronisch krank sind. Gerade für diese Patientengruppen ist die Versorgung im Hausbesuch von immenser Bedeutung und hat den Vorteil, dass Wartezeiten beim Arzt und Wegekosten vermieden werden. Mit dem Einsatz von Telemedizin werden die Patienten so gut versorgt, als wäre der Arzt bei ihnen. Durch den Austausch per Video bleibt das enge Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient bestehen und der Patient erlangt Sicherheit im Umgang mit seiner Erkrankung. Das Angebot ist auch für Patienten nutzbar, die selbst nicht mit digitaler Technik umgehen können oder wollen. Alle Maßnahmen unterstützen eine Verbesserung der Lebensqualität betroffener Patienten.



Was ist die Aufgabe der AOK in dem Projekt?

Die Kommunikation des Versorgungsangebotes gegenüber den Versicherten/Leistungserbringern und aktive Vermarktung von TeleDoc PLUS



Wo wird das Projekt aktuell umgesetzt?

Thüringen



Wie viele Beteiligte (Versicherte/Ärzte/Fachkräfte ...) gibt es aktuell? Wie viele könnten in der Zukunft erreicht/eingebunden werden?

Prognose bis Ende 2019: 200 Hausärzte mit ca. 1.500 Versicherten (bei der Anzahl der Versicherten sind Mehrfachbesuche nicht berücksichtigt)



Seit wann, und ggf. bis wann, läuft das Projekt?

Seit 4/2018, unbefristet

Arztnetz Leverkusen



AOK Rheinland/Hamburg



Wer sind die Träger des Projekts?

AOK Rheinland/Hamburg, Partner ist das Gesundheitsnetz Leverkusen.



Welchem Problem in der Gesundheitsversorgung in ländlichen Regionen widmet sich das Projekt?

Das Arztnetz Leverkusen begegnet Defiziten in der Versorgung multimorbider Patienten, die insbesondere im häuslichen Bereich versorgt werden.



Welchen Lösungsansatz verfolgt das Projekt?

Über die Einbindung einer Monitoring- und Kommunikationsassistentin (MONIKA) können im häuslichen Umfeld beim Patienten medizinische Werte erhoben und über eine gesicherte Verbindung an den behandelnden Arzt übermittelt werden. Über eine elektronische Patientenakte (ePA) soll den beteiligten Ärzten und Fachärzten ein Gesamtüberblick über den Gesundheitszustand des Patienten ermöglicht werden.

Die MONIKAs sind Angestellte des Netzwerkes, welches sich als Genossenschaft organisiert hat. Die beteiligten Vertragsärzte können auf die MONIKAs zurückgreifen. Die Koordination und inhaltliche Begleitung der MONIKAs erfolgt durch eine Versorgungsmanagerin, die ebenfalls Mitarbeiterin des Netzwerkes ist. Die AOK bringt über die Versorgungsmanagerin aus ihrer Sicht Bedarfe in die Versorgung ein.



Was haben die Versicherten davon?

Das Angebot dient der frühzeitigen Erkennung bzw. der Vermeidung der Verschlimmerung von Erkrankungen und ermöglicht den Patienten eine höhere Lebensqualität. Durch eine intensivere Betreuung der Patienten ist eine Vermeidung von Krankenhausaufenthalten möglich. Die Betroffenen werden in ihrer häuslichen Umgebung besser versorgt. Unnötige Krankentransporte werden vermieden.



Was ist die Aufgabe der AOK in dem Projekt?

- Finanzierung der Versorgung
- Kommunikation
- Organisation
- Koordination



Wo wird das Projekt aktuell umgesetzt?

In den ländlichen Stadtteilen von Leverkusen und dem ländlichen Umland von Leverkusen (Lützenkirchen, Steinbüchel, Burscheid, Ropenstall)



Wie viele Beteiligte (Versicherte/Ärzte/Fachkräfte...) gibt es aktuell? Wie viele könnten in der Zukunft erreicht/eingebunden werden?

Die AOK Rheinland/Hamburg kooperiert mit dem Gesundheitsnetz Leverkusen, dem eine Vielzahl an Ärzten und Fachärzten aus der Region Leverkusen angeschlossen sind.



Seit wann, und ggf. bis wann, läuft das Projekt?

Projektstart ab 2019

Gesundheitskiosk „Billstedt-Horn“



AOK Rheinland/Hamburg



Wer sind die Träger des Projekts?

AOK Rheinland/Hamburg, Ärztenetz Billstedt-Horn, Gesundheit für Billstedt-Horn UG



Welchem Problem in der Gesundheitsversorgung in ländlichen Regionen widmet sich das Projekt?

Chronische Erkrankungen treten in sozial schwächeren Regionen/Stadtteilen im Vergleich häufiger und früher auf. Gleichzeitig ist der Versorgungsgrad in diesen Gebieten oft unterdurchschnittlich. So praktizieren z. B. in den beiden einkommensschwachen Hamburger Stadtteilen Billstedt und Horn deutlich weniger Haus- und Fachärzte als in anderen Stadtteilen Hamburgs.

Das Angebot versucht, dieser Entwicklung zu begegnen, indem es die Versorgungspartner vernetzt, infrastrukturelle Verbesserungen anstrebt und die Gesundheitskompetenzen der Bewohner fördert.

Neben dem Bereich der ländlichen Versorgung ist dieser Ansatz gerade für die großen Ballungszentren in NRW mit sozial schwächeren Stadtteilen (z. B. Duisburg-Marxloh, Köln-Chorweiler etc.) von enormer Bedeutung.



Welchen Lösungsansatz verfolgt das Projekt?

Den Bewohnern der Hamburger Stadtteile Billstedt und Horn soll ein einfacher und schneller Zugang zu niedrighschwelligem Hilfs- und Beratungsangeboten ermöglicht werden. Das Angebot des dazu eingerichteten Gesundheitskiosks ist vielfältig: Das medizinisch ausgebildete und mehrsprachige Team berät Patienten vor und nach Arztbesuchen, koordiniert Behandlungsschritte und vermittelt an Einrichtungen und Vereine im Stadtteil.



Was haben die Versicherten davon?

Das Projekt ist ein wichtiger Baustein, um die gesundheitliche Versorgung insbesondere in sozial schwächeren Stadtteilen zu verbessern. Es orientiert sich stärker an den Bedürfnissen der Menschen und an ihrem Alltag. Das Beratungsangebot am Kiosk ist für die Versicherten kostenlos. Die Mitarbeiter sprechen neben Deutsch die in dem Stadtteil am häufigsten genutzten neun Sprachen, wie z. B. Türkisch, Russisch, Polnisch, Englisch, Persisch.



Was ist die Aufgabe der AOK in dem Projekt?

- Förderung der Management- und Netzstruktur
- Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsmessung
- Weiterentwicklung standardisierter Versorgungsmodule
- Koordination



Wo wird das Projekt aktuell umgesetzt?

In den Hamburger Stadtteilen Billstedt und Horn



Wie viele Beteiligte (Versicherte/Ärzte/Fachkräfte ...) gibt es aktuell? Wie viele könnten in der Zukunft erreicht/eingebunden werden?

Die AOK Rheinland/Hamburg arbeitet mit dem Ärztenetz Billstedt-Horn und mit Partnern aus der Region zusammen (u. a. mit der Kommune). Derzeit sind 30 Prozent aller Arztpraxen in Billstedt und Horn Mitglied im Ärztenetz, das entspricht 50 Ärzten. Weiterhin ist eine Klinik beteiligt.



Seit wann, und ggf. bis wann, läuft das Projekt?

Seit 2017

Brückenpflege



AOK Rheinland-Pfalz/Saarland



Wer sind die Träger des Projekts?

Pflegedienst Nestwärme e. V.



Welchem Problem in der Gesundheitsversorgung in ländlichen Regionen widmet sich das Projekt?

An der Schnittstelle von stationär/ambulant haben Eltern von intensivpflegerisch zu betreuenden Kindern oftmals einen erheblichen Unterstützungsbedarf.



Welchen Lösungsansatz verfolgt das Projekt?

Nach Krankenhausentlassung werden Kinder in Wohngemeinschaft unter Betreuung von Fachpflegepersonal versorgt. Der Fokus liegt hierbei auf der Vermittlung von Knowhow an Eltern und Angehörige durch Pflegeschulungen. Ziel ist ein gemischtes Versorgungssetting in der Häuslichkeit und Rückzugspflege (Beteiligung von Eltern und Angehörigen).



Was haben die Versicherten davon?

Die Versorgung erfolgt fachlich unter Einbeziehung von Angehörigen. Perspektivisch steigt die Lebensqualität. Positiv wird die angemessene Privatsphäre in der Versorgung zu Hause bewertet.



Was ist die Aufgabe der AOK in dem Projekt?

Ansprechpartner, Kostenträger und Vertragspartner



Wo wird das Projekt aktuell umgesetzt?

Sitz des Pflegedienstes bzw. der WG: Trier. Landesweite Inanspruchnahme ist theoretisch möglich.



Wie viele Beteiligte (Versicherte/Ärzte/Fachkräfte ...) gibt es aktuell? Wie viele könnten in der Zukunft erreicht/eingebunden werden?

Ausdehnung des Ansatzes ist sehr gut denkbar.



Seit wann, und ggf. bis wann, läuft das Projekt?

01/2018 Beginn, laufend

Telekardiologieprojekt Kaiserslautern



AOK Rheinland-Pfalz/Saarland



Wer sind die Träger des Projekts?

Rettungsdienstbereich Kaiserslautern, Kreisverwaltung Kaiserslautern – Rettungsdienst, Krankenkassen, Fraunhofer-Institut, Hilfsorganisationen, Landesinnenministerium, Westpfalz-Klinikum Kaiserslautern



Welchem Problem in der Gesundheitsversorgung in ländlichen Regionen widmet sich das Projekt?

In ländlichen Regionen muss der nichtärztlich besetzte Rettungsdienst größere Distanzen bis zum nächsten geeigneten Krankenhaus überwinden. Bis die richtige Diagnose gestellt werden kann, vergeht so wertvolle Zeit. Mitunter fährt der Rettungsdienst auch ein Krankenhaus an, das für den tatsächlich vorliegenden Notfall nicht entsprechend ausgestattet ist, und es muss ein Weitertransport erfolgen.



Welchen Lösungsansatz verfolgt das Projekt?

Durch die Übertragung der elektronischen Daten (z. B. EKG) an einen Konsiliararzt (Kardiologe) in einem Krankenhaus wird eine schnellstmögliche Diagnostik noch im Rettungswagen gewährleistet, obwohl gegebenenfalls kein Notarzt vor Ort anwesend ist. Der Rettungsdienst kann dann zielgerichtet in das für den Patienten am besten geeignete Krankenhaus mit einer adäquaten medizinischen Ausstattung fahren.



Was haben die Versicherten davon?

Für Versicherte wird durch eine schnellere Diagnostik sichergestellt, dass sie in das für ihren Notfall am besten geeignete und entsprechend ausgestattete Krankenhaus gebracht werden. Zudem werden hierdurch sogenannte Sekundärfahrten – vom Erstversorgenden zum geeigneten Krankenhaus – mit dem Rettungswagen reduziert, und es können lange Fahrzeiten deutlich verkürzt werden, so dass die Rettungsmittel schneller wieder für nachfolgende Notfalleinsätze zur Verfügung stehen. Hierdurch verbessert sich insgesamt die Überlebenschance/-qualität des Notfallpatienten und die Versorgungsqualität in der gesamten Region.



Was ist die Aufgabe der AOK in dem Projekt?

- Festes Mitglied der Arbeitsgruppe Telekonsultation
- Kostenträger



Wo wird das Projekt aktuell umgesetzt?

Landkreis Kaiserslautern



Wie viele Beteiligte (Versicherte/Ärzte/Fachkräfte ...) gibt es aktuell? Wie viele könnten in der Zukunft erreicht/eingebunden werden?

Eine Ausdehnung auf andere Regionen ist denkbar und wird sicherlich angestrebt.



Seit wann, und ggf. bis wann, läuft das Projekt?

Seit 7/2018, unbefristet

Einsatz von ICW-zertifizierten Wundexpert*innen im Rahmen der Versorgung mit häuslicher Krankenpflege



AOK Sachsen-Anhalt



Wer sind die Träger des Projekts?

Ein Projekt der AOK Sachsen-Anhalt und der Pflegedienste sowie Vertragsärzte



Welchem Problem in der Gesundheitsversorgung in ländlichen Regionen widmet sich das Projekt?

Offene und meist schlecht verheilende Wunden schränken längerfristig die Mobilität von Patientinnen und Patienten ein, sie verschlechtern das Wohlbefinden und die Lebensqualität. Vor allem im ländlichen Raum sind die Wege zu einer qualifizierten Behandlung lang und für mobilitätseingeschränkte Patienten besonders schwierig zu bewältigen. Pflegedienste vor Ort sind jedoch selten auf Wundversorgung spezialisiert.



Welchen Lösungsansatz verfolgt das Projekt?

Die Mitarbeiter*innen der Pflegedienste werden von ICW-zertifizierten Wundexpert*innen begleitet – entweder im gemeinsamen Hausbesuch oder nach Aktenlage. Die Wundexpert*innen beraten theoretisch zur optimalen Wundversorgung, die praktische Umsetzung liegt dann beim Pflegedienst. Die anschließende Behandlung wird auch mit dem betreuenden Arzt abgestimmt.



Was haben die Versicherten davon?

Jeder Patient erhält eine von Experten begleitete, auf ihn zugeschnittene Versorgung, so dass der Wundheilungsprozess deutlich besser verläuft und Patienten schneller wieder mobil werden.



Was ist die Aufgabe der AOK in dem Projekt?

Im Sinne der Versicherten soll eine optimale Versorgung der bestehenden Wunden erzielt werden. Mit dieser Aufgabenstellung begutachten die Wundexpert*innen die vorhandene Wunde. Die Wundexpert*innen sind Mitarbeiter der AOK Sachsen-Anhalt.



Wo wird das Projekt aktuell umgesetzt?

In ganz Sachsen-Anhalt



Wie viele Beteiligte (Versicherte/Ärzte/Fachkräfte ...) gibt es aktuell? Wie viele könnten in der Zukunft erreicht/eingebunden werden?

Jährlich rund 3.300 Wunden in der Begutachtung durch die ICW-zertifizierten Wundexpert*innen, davon rund 400 im Hausbesuch. Das Projekt lässt sich auf andere Regionen übertragen.



Seit wann, und ggf. bis wann, läuft das Projekt?

Seit 3/2013, unbefristet

Einsatz von Sozialarbeiter*innen im Rahmen eines Besonderen Fallmanagements (BFM) Sucht



AOK Sachsen-Anhalt



Wer sind die Träger des Projekts?

Ein Projekt der AOK Sachsen-Anhalt in Kooperation mit Einrichtungen der Eingliederungshilfe und intensiver Zusammenarbeit mit Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken



Welchem Problem in der Gesundheitsversorgung in ländlichen Regionen widmet sich das Projekt?

Versicherte mit Suchterkrankungen haben oft multiple Problemlagen (Medizinische und psychosoziale Fragestellungen müssen koordiniert beantwortet werden). Neben der medizinischen Behandlung kommen oft weitere Hilfsmöglichkeiten in Frage. (Suchtberatungsstellen, ambulante und stationäre betreute Wohnformen u. a.) Besonders im ländlichen Raum ist der Zugang zu Beratungsstellen der Suchthilfe oder der Kontakt zu Suchtselbsthilfegruppen schwieriger als in Städten. Transportschwierigkeiten des öffentlichen Nahverkehrs in ländlichen Regionen verschärfen noch die Zugangswege zum Suchthilfesystem. Nicht in allen ländlichen Regionen gibt es niedergelassene Ärzte mit speziellen Kenntnissen zu Suchterkrankungen und zum Suchthilfesystem.



Welchen Lösungsansatz verfolgt das Projekt?

Gesundheitsberater*innen Sucht (ausgebildete Sozialarbeiter*innen mit entsprechenden Kenntnissen und Erfahrungen im Umgang mit Suchtpatienten) führen Beratungsgespräche mit den Versicherten. Diese Beratungsgespräche werden flächendeckend in Krankenhäusern (Fachabteilungen Psychiatrie oder Fachabteilungen Innere mit Schwerpunktbehandlung Entgiftung sowie in Rehabilitationskliniken Sucht) durchgeführt. Ergänzend erfolgen im Einzelfall bei Bedarf insbesondere Hausbesuche auf dem Land, um mit den Versicherten, mit Angehörigen und, soweit vorhanden, mit bestellten Betreuern die weitere Betreuung/Versorgung der Suchtpatienten zu besprechen und zu koordinieren. Es wird auch der Kontakt zu behandelnden Ärzten und anderen Institutionen (Sozialämter, Jugendämter) gesucht.

Mit Einrichtungen der Eingliederungshilfe wurden Kooperationsverträge geschlossen, um AOK-Versicherten die Möglichkeit zu bieten, das Leistungsspektrum und den Betreuungsansatz in Wohnheimen oder Tagesstätten für Suchtkranke kennen zu lernen und für sich zu prüfen, ob dies eine geeignete Hilfeform darstellen könnte. Dieses Angebot richtet sich an Versicherte, bei denen das Krankheitsgeschehen durch eine lange Suchtkarriere bereits chronifiziert ist.



Was haben die Versicherten davon?

Die betroffenen Versicherten bekommen Unterstützung bei der Nutzung der oft unübersichtlichen Leistungen im Suchthilfesystem. Es wird angestrebt, Leistungen frühzeitig und bedarfsgerecht anzubieten.



Was ist die Aufgabe der AOK in dem Projekt?

Im Sinne der Versicherten soll eine optimalere Versorgung von Patienten mit Suchtproblemen erreicht werden. Die Schnittstellen zwischen Leistungsbereichen der GKV, der Sozialhilfe und Jugendhilfe sollen für die Patienten transparenter gestaltet werden. Die Sozialarbeiter*innen sind Mitarbeiter der AOK Sachsen-Anhalt.



Wo wird das Projekt aktuell umgesetzt?

In ganz Sachsen-Anhalt



Wie viele Beteiligte (Versicherte/Ärzte/Fachkräfte ...) gibt es aktuell? Wie viele könnten in der Zukunft erreicht/eingebunden werden?

Jährlich werden ca. 400 Versicherte erstmalig kontaktiert und in das BFM Sucht integriert. Teilweise erfolgt eine längerfristige Begleitung (ein bis zwei Jahre). Die Gespräche mit den Versicherten erfolgen in fast allen Krankenhäusern des Bundeslandes, die Entgiftungsbehandlungen durchführen, und in allen Rehabilitationskliniken Sucht des Bundeslandes.



Seit wann, und ggf. bis wann, läuft das Projekt?

Seit 10/2007, unbefristet

Programm zur besonderen Betreuung von Versicherten mit chronischer Herzinsuffizienz im Rahmen der Hausarztzentrierten Versorgung



AOK Sachsen-Anhalt



Wer sind die Träger des Projekts?

AOK Sachsen-Anhalt, Hausärzterverband Sachsen-Anhalt e. V. (HÄV) unter Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt (KVSA)



Welchem Problem in der Gesundheitsversorgung in ländlichen Regionen widmet sich das Projekt?

Erhalt und Verbesserung der medizinischen Versorgung von Patienten mit Herzinsuffizienz (Herzschwäche) im häuslichen Wohnumfeld mittels engmaschiger Betreuung durch nicht-ärztliche Praxisassistentin (VERAH) aus der regionalen Hausarztpraxis



Welchen Lösungsansatz verfolgt das Projekt?

Durch ein auf Patienten mit Herzinsuffizienz spezialisiertes Betreuungskonzept (u. a. Telefonmonitoring, Hausbesuch, Patientenschulungen und unterstützend durch ein Patiententagebuch) sollen Patienten für ihre Erkrankungen sensibilisiert und so Notfallsituationen frühzeitig erkannt sowie Krankenhausaufenthalte vermieden werden.



Was haben die Versicherten davon?

Die Betreuung durch die nicht-ärztliche Praxisassistentin (VERAH) stärkt darüber hinaus die Gesundheitskompetenz der Patienten, so dass diese im Umgang mit dieser chronischen Erkrankung besser geschult sind und auch langfristig in ihrem gewohnten Umfeld verbleiben können.



Was ist die Aufgabe der AOK in dem Projekt?

Finanzierung, Infolyer zum Thema Herzinsuffizienz und Bereitstellung eines Patienten-Tagebuchs und Verwaltung



Wo wird das Projekt aktuell umgesetzt?

Sachsen-Anhalt



Wie viele Beteiligte (Versicherte/Ärzte/Fachkräfte ...) gibt es aktuell? Wie viele könnten in der Zukunft erreicht/eingebunden werden?

3.611 Einschreibungen von Patienten aus 150 Arztpraxen.



Seit wann, und ggf. bis wann, läuft das Projekt?

7/2014 – 12/2019 (vorerst)



www.aok-bv.de