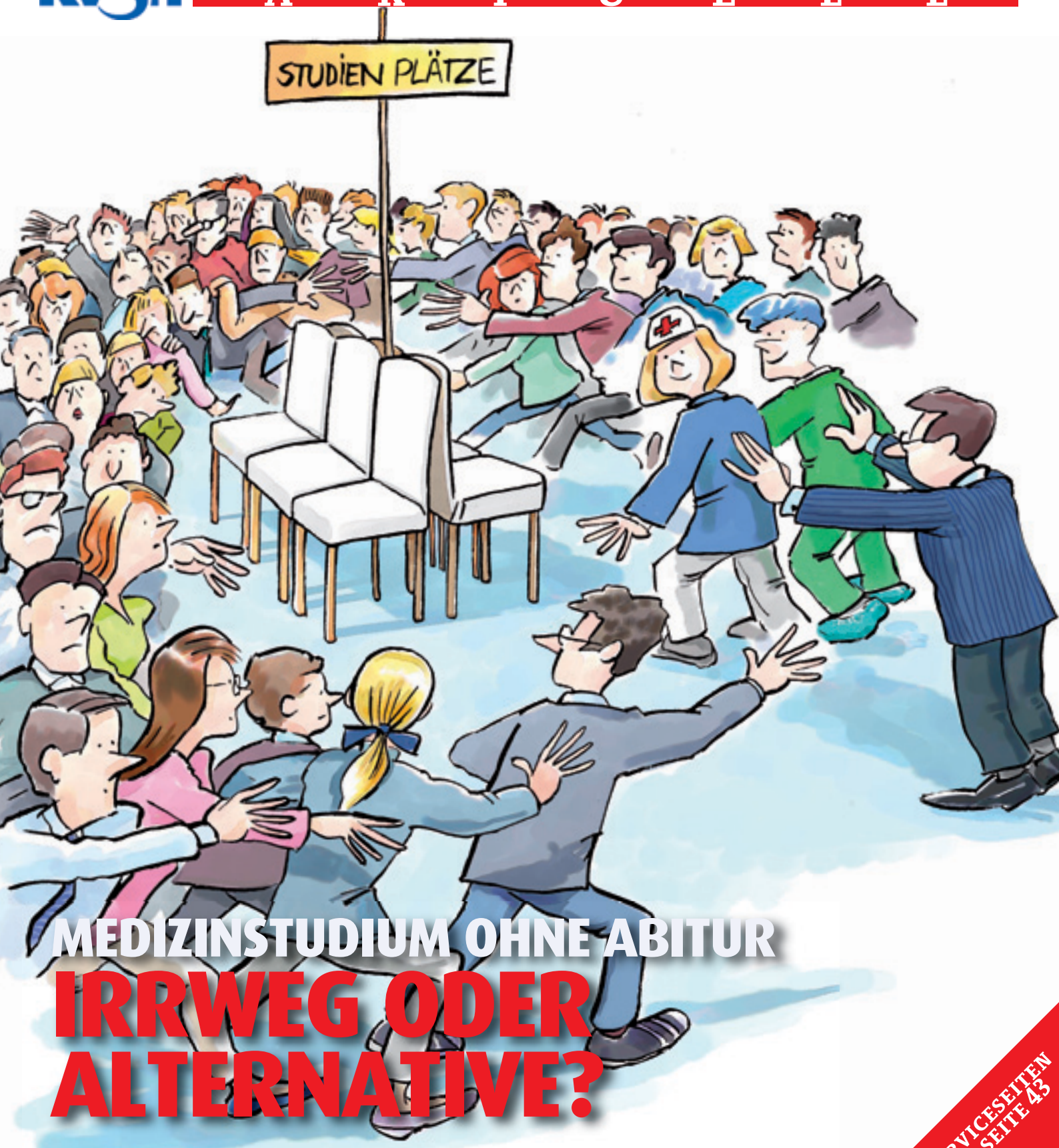
NR. 4|2010 Offizielles Mitteilungsblatt der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein

Nordlicht

April 2010 | 13. Jahrgang

KVSH AKTUELL



MEDIZINSTUDIUM OHNE ABITUR

IRRWEG ODER ALTERNATIVE?

SERVICESEITEN AB SEITE 43

INHALT

SEITE RUBRIK/THEMA

TITELTHEMA

4 Medizinstudium ohne Abitur – Irrweg statt Alternative

9 Gesucht: Exzellenz mit Engagement

12 Pro und Kontra

14 Interview mit Prof. Jörg-Dietrich Hoppe

NACHRICHTEN KOMPAKT

PRAXIS & KV

17 Serie: Sie haben die Wahl

18 Priorisierung: Wieder eine neue Kuh, die durch das Dorf getrieben wird?

20 Hausärztetag: Tücken im Detail

21 Hausarztverträge: Honorarperspektive oder Mogelpackung?

22 Abrechnung: Neue Sammelerklärung und Dokumentationsvordrucke

23 PKV-Basistarif

24 Glosse: Ausufernde Bürokratie

25 Psychotherapie: Disharmonie zwischen Bedarf und Versorgung

26 Zulassung: Öffentliche Ausschreibung von Vertragspraxen – Infotag für Existenzgründer und Praxisabgeber

28 DMP-Qualitätsoffensive

30 Heilmittelrichtgrößen: Scharfes Schwert oder zahnloser Tiger?

34 Projekt „Smart Assist“

36 Tag der Niedergelassenen

37 KVSH lädt zum Infomarkt

38 Sie fragen – wir antworten

39 Früher Impfschutz in Schleswig-Holstein

DIE MENSCHEN IM LAND

40 Vor Ort: Telemedizin zum Anfassen

42 Kolumne: KV-Quartalsabrechnung

SERVICE

43 Heilmittel: Patienteninformation

44 Pharmakotherapie: Ihre Praxis ist kein Kosmetikladen

46 Seminare

48 Termine

49 Ansprechpartner

49 Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen

51 Kreisstellen

52 EINLADUNG ZUM INFOMARKT

HEFT 4|2010

Aus dem Inhalt

TITELTHEMA

Politiker fordern als Mittel gegen Ärztemangel erleichterte Zugangsbedingungen zum Medizinstudium für Nichtabiturienten. Wir gehen in dieser Ausgabe der Frage nach, ob dieser Schritt erfolgversprechend ist und werfen dazu auch einen Blick auf die Situation an den medizinischen Hochschulen Schleswig-Holsteins.

04

34

Ein innovatives Projekt aus Schleswig-Holstein: Die Universität Lübeck entwickelt mit „Smart Assist“ ein System, das es hilfsbedürftigen Menschen in Zukunft möglich macht, länger zuhause bleiben zu können.

40

Im Ausstellungsbereich FutureCare wurden den Besuchern der CeBIT mehrere medizinische Szenarien quasi zum Anfassen geboten. Telemedizinische Vernetzung und Patientenwohl sollen so in Zukunft besser in Einklang gebracht werden.

SMART ASSIST

Älter werden, aber zuhause leben

Mit dem Projekt Smart Assist entwickelt die Universität zu Lübeck ein System, das es hilfsbedürftigen Menschen ermöglicht, länger zuhause zu bleiben.

Grundidee

Das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) hat mit dem Verein Deutscher Ingenieure (VDI) und dem Verband der Elektrotechnik (VDE) eine umfangreiche Förderung von Projekten begonnen, die sich vor allem mit elektronischen Assistenzsystemen für alte, alternde und chronisch kranke Mitbürger beschäftigen (AAL = ambient assisted living).

Aufgrund diverser Pressemeldungen, bei denen über Menschen berichtet wird, die tagelang hilflos in ihren Wohnungen gelegen haben, waren die Politiker der Ansicht, dass intelligente Lösungsmöglichkeiten für dieses Problem entwickelt werden sollten.

An der Universität zu Lübeck hat sich 2008 eine Arbeitsgruppe gegründet, die 2009 eine Bewerbung mit einem ausführlichen Konzeptplan in Berlin vorgestellt hat. Von ca. 200 Bewerbungen wurde unsere Gruppe in die engere Wahl genommen und konnte sich unter den verbliebenen 70 Bewerbern mit dem im Folgenden beschriebenen Projekt durchsetzen. Die Gesamtfördersumme für bundesweit 17 Projekte beläuft sich auf 30 Millionen Euro für die kommenden drei Jahre.

Technische Möglichkeiten

Vorwiegend im anglo-amerikanischen Raum sind diverse Modelle mit einem sehr hohen technischen Aufwand entwickelt worden, die in dieser Form im Alltag jedoch nicht umsetzbar sind. Die Prototypen von Wohnhäusern, in denen mit Sensoren verschiedener Art die Mobilität der Bewohner des Hauses geprüft werden sollte, hatten bis zu 25 km Kabel zusätzlich und diverse andere technische Installationen im Haus eingebaut bekommen. Das ist bei einer normalen Wohnung unrealistisch und würde zu große bautechnische Probleme bereiten.

Die dort ebenfalls eingesetzten Bewegungsmelder und Videokameras zur Überwachung der Mobilität bergen zusätzlich große Probleme hinsichtlich des Datenschutzes. Diese Kameras müssen „künstlich unscharf" eingestellt werden, sodass nur noch grobe Einschätzungen möglich werden, die besagen, ob sich dort jemand bewegt oder nicht. Dadurch würden die Aussagen aber wieder „künstlich ungenau".

Andere Projekte beschäftigten sich mit Sturzmeldern, die dann noch während des Fallens des Menschen Airbags, die natürlich am Körper getragen werden müssen, auslösten und damit Schädigungen verhindern sollten. Diese Modelle sind – ebenso wie die konventionellen Sturzprotektoren – mangels Akzeptanz dieser Systeme bei den Probanden verständlicherweise wieder verlassen worden.

Die heutige Elektronik bietet jedoch eine Fülle von Möglichkeiten, die sich aus der Kombination von geeigneten Sensoren und der elektronischen Vernetzung dieser Sensoren ergeben, um den gleichen Effekt mit wenig apparativem Aufwand (smart) zu erreichen. Die Steuerung der Sensoren und die Weitermeldung von Auffälligkeiten sollen drahtlos erfolgen. Das Verlegen von Kabeln oder speziellen Steckdosen erübrigt sich daher. Die Elektronik soll in einer kleinen Box von maximal 10 x 10 x 10 cm untergebracht sein. Die Bedienung muss einfach sein, am besten mittels Handy oder Bildschirmsteuerung ermöglicht werden.

Voraussetzungen

Es werden Sensoren identifiziert, die über die Lebensgewohnheiten des Bewohners Auskunft geben, ohne persönliche, schützenswerte Daten über ihn preiszugeben. Hierzu kann man z. B. die Daten über Wasserverbrauch, Stromverbrauch, die Benutzung von Kommunikationsmedien (Telefon, Fernseher, Radio, PC) und andere, leicht zugängliche Messwerte abgreifen und einen „Normalablauf" einmessen und speichern.

Es werden also Indikatoren bestimmt, die diesen Normalzustand darstellen können. Dann müssen „Korridore" identifiziert werden, welche die normalen Schwankungsbreiten dieser „Normalzustände" widerspiegeln. Zuletzt werden Grenzbereiche identifiziert, die diese Normalzustände vom bedrohlichen pathologischen Zustand mit ausreichender Sicherheit unterscheiden können. Kleine Schwankungen sind im Alltag normal, dauerhafte Änderungen in die eine oder andere Richtung würden eine zu registrierende Abweichung darstellen.

Es werden Algorithmen erstellt, die auf diese Abweichung vom Normalalltag in geeigneter Form mit Benachrichtigung oder Alarmierung von Hilfeleistern reagieren. Hier kann die Reihenfolge: Angehörige, Nachbarn, Wachdienst, Pflegedienst, Hausarzt, Rettungswagen je nach Art der Abweichung modifiziert gespeichert werden. Diese Alarmketten stellen also ein intelligenteres System als die bisher üblichen Hausnotrufanlagen dar. Bei diesen Anlagen laufen alle Alarmierungen immer auf die Notrufzentrale des Wachdienstes, auch dann, wenn eigentlich ein anderer Adressat besser geeignet wäre, schnell Hilfe zu organisieren.

Ziele

Dieses System muss als ein „lernendes System" entwickelt werden, das sich auf Änderungen einstellen kann. Hierbei ist die Änderung von Gewohnheiten oder z. B. auch nur die Anschaffung anderer Haushaltsgeräte mit anderem Strom-/Wasserverbrauch zu berücksichtigen.

Natürlich muss es eine aktive Einflussnahme des Bewohners auf einfache und üblicherweise trainierte Weise geben. Im Falle einer Abwesenheit (Urlaub, Besuch, Krankenhausaufenthalt o. ä.) muss dieses Assistenzsystem einfach und zuverlässig ausgeschaltet und hinterher wieder aktiviert werden können. Diese Schaltvorgänge müssen für den Bewohner einfach, schnell und komfortabel durchzuführen sein.

Aussichten
Eine Anbindung von Dienstleistern (wie Pflegediensten, Apotheken, Ärzten, Beförderungsdiensten usw.) ist geplant und soll über ein einheitliches Portal gewährleistet werden. Damit hat der Benutzer die Möglichkeit, ohne aufwändiges Nachschlagen von Telefonnummern und Telefonieren direkt Kontakt über diese Plattform zu angeschlossenen Dienstleistern zu erhalten. Ferner müssen die Dienstleister für die jeweiligen Algorithmen und/oder Alarmpläne erreichbar sein.

Auswertung
Es ist geplant, 50 Geräte in 50 Haushalten von allein lebenden Personen, die das 70. Lebensjahr überschritten haben sollen, zu installieren. Dort werden in halbjährigem Abstand Messungen der Befindlichkeit und des körperlichen und seelischen Gesundheitszustandes erhoben. Ferner wird ein geriatrisches Basis-Assessment durchgeführt, das Auskunft über die Hilfs- und Pflegebedürftigkeit geben soll. Die Ergebnisse dieser Untersuchungen werden mit Menschen gleichen Alters und nach Möglichkeit zumindest anfänglich gleichen Pflege- und Hilfsbedarfs verglichen.
Die volkswirtschaftlich wichtigen Fragen nach Häufigkeiten von Einweisungen in das Krankenhaus oder in ein Pflegeheim, die Notwendigkeit von notfallmäßigen Hausbesuchen des Pflegedienstes oder des Hausarztes und ähnliche wichtige Daten werden mittels Fragebögen vierteljährlich erfasst.
Als letzten Punkt – aber vielleicht als wichtigsten – werden die Probanden nach der Akzeptanz dieser Assistenzsysteme gefragt. Was nützt eine technisch ausgereifte, logistisch geniale Erfindung, wenn sie von den Anwendern nicht angenommen wird?

Beteiligte
Neben Informationstechnologie und Softwareentwicklung sind Dienstleister, Pflegedienste und Ärzte an diesem Projekt beteiligt. Ferner sind Institute und Firmen zur technischen Umsetzung in die Planungen eingebunden. Beteiligt sind:
- Lübecker Wachunternehmen Dr. Kurt Kleinfeldt GmbH
- Vorwerker Diakonie, Lübeck
- Coalesenses GmbH, Lübeck (Sensorentwicklung)
- ISNM – International School of New Media gGmbH
- Universität zu Lübeck, Institut für Telematik (ITM)
- Universität zu Lübeck, Institut für Signalverarbeitung und Prozessrechentechnik (ISIP)
- Universität zu Lübeck, Lehrauftrag für Allgemeinmedizin im Zentrum für Bevölkerungsmedizin und Versorgungsforschung (aZBV).

Diese Beteiligten arbeiten in engerer Kooperation zusammen und tauschen sich ständig über den Stand der Vorbereitungen und Arbeiten aus. Es werden monatliche Sitzungen zur Projektkoordination abgehalten.

Zeitplan
Die Planungsphase hat im Herbst 2008 begonnen. Die Anträge wurden im Sommer 2009 bewilligt. Der Beginn der technischen Arbeiten lag im Herbst des Jahres 2009. Erste Testphasen sind für das Frühjahr 2010 geplant, der Feldversuch ist für den Herbst 2010 vorgesehen. Die Auswertung erfolgt kontinuierlich in halbjährlichen Abständen, die abschließende Gesamtauswertung soll Ende 2012 beginnen und im Frühsommer 2013 abgeschlossen sein.

Finanzierung
Während der Studie sind die Teilnehmer von Gebühren befreit. Es werden Anträge bearbeitet, um geeignete Forschungsmittel (BRD, EU) – neben den Eigenmitteln der beteiligten Institute und Firmen – zu akquirieren. Die Kosten für die Teilnehmer nach Ende dieses Projektes sollen den Rahmen von 20 Euro Servicegebühr pro Monat nicht überschreiten. Eine Übernahme der Systeme nach dem Ende der Studie durch die Probanden wird angestrebt.

Berichterstattung
Das Konsortium muss dem Bundesministerium (BMBF) halbjährlich Berichte über den Fortgang der Arbeiten erstellen. Der erste Bericht ist Ende Januar 2010 nach Berlin geschickt worden.

PROF. JENS MARTIN TRÄDER,
ALLGEMEINARZT, LÜBECK