



White Paper Gesundheitswesen im Wandel.

Innovative Versorgungsformen und Geschäftsmodelle.

..... T Systems

Inhalt.

3	1. Einleitung.
4	2. Aspekte des deutschen Gesundheitssystems.
4	2.1 Das Gesundheitssystem – Definition und Abgrenzungen.
6	2.2 Integrierte Versorgung und ICT als Enabler.
8	2.3 Besondere Versorgungsformen
10	3. Neue Versorgungsformen und Geschäftsmodelle.
10	3.1 Managementgesellschaft als spezielles Geschäftsmodell.
11	3.2 Ambient Assisted Living.
14	4. Praxisbeispiele aus dem Bereich E-Health@Home.
15	4.1 Projekt „REMEO®“.
16	4.2 Projekt „Sicherheit im Zuhause und unterwegs“.
19	5. Fazit und Ausblick.
20	6. Glossar.
22	7. Abbildungsverzeichnis.
23	8. Literaturverzeichnis.

1. Einleitung.

Das Thema Gesundheit hat in den letzten Jahren stark an Bedeutung und medialer Präsenz gewonnen. Begründet ist der Bedeutungszuwachs zum einen im technischen Fortschritt und zum anderen in den stetig wachsenden Bedarfen einer älter werdenden Gesellschaft. Selbst der kollektiv finanzierte Gesundheitsmarkt wächst kontinuierlich. Dieses Wachstum jedoch, ist problematisch. Seit den 1970er Jahren steigen die Ausgaben trotz aller Gesundheitsreformen überproportional zur volkswirtschaftlichen Entwicklung. Die meisten Experten gehen davon aus, dass sich der allgemeine Beitragssatz zur Krankenversicherung weiter erhöhen wird. Als Folge sind weitere Effizienzsteigerungen von Nöten, aber auch die Anstrengungen Prävention zu fördern, müssen verstärkt werden. Diese Entwicklung stellt völlig neue Anforderungen an das deutsche Gesundheitssystem. Es ist daher wenig verwunderlich, dass sich das System, als Konsequenz des gesellschaftlichen Wandels und politischer Vorgaben, in einer Phase tiefgreifender, struktureller Umbrüche wiederfindet, deren erklärtes Ziel die ökonomische und medizinische Effektivität und Effizienz darstellt.

Die Herausforderung, die es dabei zu bewältigen gilt, ist es Wirtschaftlichkeit und optimale Versorgung bestmöglich zu kombinieren. Die Umsetzung hierfür notwendiger Innovationen bedingen - in einem Jahrzehnte lang eingespielten System - allerdings, die Bewältigung zahlreicher weiterer Anforderungen. Fehlende Geschäftsmodelle, unzureichende Serviceorientierung, hohe, spezifische Investitionen in die erforderliche Informations- und Kommunikationstechnologie, EU-weit uneinheitliche rechtliche Rahmenbedingungen und unterschätzte Diffusionsbarrieren sind die meistgenannten Problemstellungen, die zum Scheitern durchaus Erfolg versprechender Ideen und Ansätze führen können.

Der Gesetzgeber hat auf diese immer wiederkehrenden Probleme reagiert und mit den Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) sowie integrierten und hausarztzentrierten Versorgungskonzepten die Voraussetzungen für sektorenübergreifende Kooperationen zwischen Ärzten und anderen Leistungserbringern geschaffen. Als Folge dessen können bereits heute erste Geschäftsmodelle als Grundtypen ökonomischer Aktivitäten identifiziert werden. Bei der Realisierung neuer Leistungsangebote kommt es dabei typischerweise auch zu nachhaltigen Veränderungsprozessen der bestehenden Wertschöpfungsarchitekturen. Konkret beobachtbare Geschäftsmodelle belegen, wie vereinzelt Akteure verschiedenster Branchen – im Sinne einer Managementgesellschaft das Gelegenheitsfenster für den Aufbau und die Mitgestaltung der Veränderung dieser Strukturen für sich entdecken und das unternehmerische Risiko hierfür zu tragen bereit sind. Allerdings zögern viele Unternehmen auch noch mit entsprechenden Angeboten und Initiativen. Und das nicht nur, weil der Markt nach wie vor als sehr komplex und heterogen gilt, sondern eben auch weil beim Entwicklungsstand und der Finanzierung innerhalb Europas zum Teil wesentliche Unterschiede existieren, die eine zügige Marktdurchdringung behindern.



„Innovative Krankenkassen, Ärzte, Krankenhäuser oder Industrieunternehmen verlassen ihre angestammten Rollen und prägen den Gesundheitsmarkt mit unternehmerischem Denken.“ [Roland Berger]

Nichts desto trotz wird das Thema Gesundheit für immer neue Branchen der Privatwirtschaft relevant. Gefragt sind neue Produktideen und höchste Effizienz. Das verlangt vor allem von den zentralen Akteuren des Gesundheitsmarkts eine Auseinandersetzung mit jeglichen Optimierungspotenzialen ihrer Geschäftsprozesse. Denn ohne eine erfolgreiche und vor allem nachhaltige Prozess- und Leistungsverbesserung, die auch innovative Geschäftsmodelle für neuartige Versorgungsformen beinhalten kann, werden sich weder die erwünschten Nutzenpotenziale adressieren, noch eine nachhaltige Wettbewerbsfähigkeit erhalten lassen. Dabei wird die Branche vermehrt Informations- und Kommunikationstechnologie einsetzen müssen, um bei gleich bleibenden Budgets immer mehr ältere und in ihren Funktionen eingeschränkte Menschen versorgen zu können. Die ICT kann den notwendigen Paradigmenwandel im Gesundheitswesen durch ebenso leistungsfähige, wie integrierte Informationsnetze und -dienste (E-Health) fördern. Diese können schon heute den medizinischen Wissenszuwachs beschleunigen und das Verständnis krankheitsbedingter Prozesse verbessern.

Das vorliegende White Paper behandelt neue Versorgungsformen im Rahmen des E-Health@Home-Ansatzes. Hierzu erfolgen zunächst einige Begriffsklärungen sowie die Einordnung der Thematik in den Gesundheitsmarkt in Kapitel 2. Anschließend werden neue Geschäftsmodelle bzw. Versorgungsformen anhand der Variante Managementgesellschaften (Kap. 3) vorgestellt, da speziell diese neue Versorgungsform auch branchenfremden Akteuren den Zutritt zum Gesundheitsmarkt ermöglicht. Die Beschreibung zweier Pilotprojekte des durch das BMBF und den Projektträger DLR geförderte Forschungs- und Entwicklungsvorhaben „E-Health@Home“ soll im Kap. 4 die Auseinandersetzung mit den neuen Versorgungsmodellen, speziell Managementgesellschaften, abrunden. Das fünfte Kapitel beinhaltet schließlich das Fazit.

2. Aspekte des deutschen Gesundheitssystems.

2.1 Das Gesundheitssystem – Definition und Abgrenzungen.

In diesem Kapitel sollen die Grundlagen des Gesundheitssystems kurz dargestellt werden. Diese Darstellung der Grundlagen dient unter anderem dazu, die Entwicklungen die zu den später erläuterten Ansätzen für neue Geschäftsmodelle und zu den Managementgesellschaften im Gesundheitssektor geführt haben, besser nachvollziehen zu können.

Es erfolgt zunächst die Einordnung des deutschen Gesundheitswesens anhand eines gängigen Schemas. Diese soll einen einheitlichen Rahmen für die in diesem Bericht verwendeten Begrifflichkeiten bereiten.

Gesundheitsstandort.

Bei dem Ort der Leistungserbringung wird eine Differenzierung nach Erstem, Zweitem und Dritten Gesundheitsstandort vorgenommen. Gemäß dem Grundsatz eines „ambulant vor stationär“, wird die Leistungserbringung im ambulanten Sektor als Erster Gesundheitsstandort definiert. Dementsprechend erfolgt die stationäre Leistungserbringung am so genannten Zweiten Gesundheitsstandort. Aktuelle Entwicklungen, u. a. bedingt durch ein großes Interesse der Betroffenen in Kombination mit vermuteten Einsparpotenzialen auf Seiten der Kostenträger, treiben die Fokussierung des häuslichen Umfeldes als den Dritten Gesundheitsstandort voran.

Gesundheitsmarkt.

Bei einer Unterscheidung nach der Finanzierung der angebotenen Sach- und Dienstleistungen werden häufig die Bezeichnungen Erster und Zweiter Gesundheitsmarkt verwendet. Unter dem Begriff des Ersten Gesundheitsmarktes ist insofern der Kernbereich des deutschen Gesundheitswesens mitsamt seinen Institutionen und Leistungserbringern zu verstehen. Dieser ist gekennzeichnet durch medizinische Behandlungen sämtlicher Indikationen und wird in überwiegender Art und Weise getragen durch die Gesetzliche (GKV) und Private Krankenversicherung (PKV) in Deutschland in Form erstattungsfähiger Leistungen. Daneben hat sich vermehrt ein Zweiter Gesundheitsmarkt für gesundheitsbezogene Angebote entwickelt. Hier stehen vornehmlich privat finanzierte Produkte und Dienstleistungen rund um das Thema Gesundheit (Wellness-Reisen, Fitness-Angebote etc.) im Vordergrund.

Der Gesundheitsmarkt.

Gesundheitsmärkte	2. Gesundheitsmarkt <ul style="list-style-type: none"> ▪ gesundheitsbezogene Angebote ▪ Privat finanzierte Produkte und Dienstleistungen rund um Gesundheit 	IV	V	VI
	1. Gesundheitsmarkt <ul style="list-style-type: none"> ▪ klassische Gesundheitsversorgung ▪ größtenteils getragen durch GKV/PKV 	I	II	III
		2. Gesundheitsstandort Stationäre Versorgung	1. Gesundheitsstandort Ambulante Versorgung	3. Gesundheitsstandort Häusliche Versorgung
Gesundheitsstandorte				

Abb. 1: In Anlehnung an Gersch 2010.

Der folgende Abschnitt erläutert in kurzen Sätzen die verschiedenen Merkmale und Finanzierungsformen für die jeweiligen Gesundheitsstandorte.

Ambulante Versorgung.

Entsprechend der oben vorgenommenen Systematisierung findet die ambulante Versorgung auf dem Ersten Gesundheitsmarkt statt und wird schwerpunktmäßig durch niedergelassene Haus- und Fachärzte erbracht. Die Vergütung der ambulanten (kassenärztlichen) Versorgung erfolgt im Wesentlichen auf Basis des zwischen den Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen ausgehandelten Honorarartarfs „Einheitlicher Bewertungsmaßstab“ (EBM). Die Honorarsätze werden dabei nicht in Geldeinheiten, sondern in Punktwerten ausgedrückt, wobei die maximale Fallzahlpunktzahl pro Patient beschränkt ist und mit der Anzahl der Patienten sinkt. Der konkrete Geldwert eines Punktes ergibt sich erst nachträglich, wenn die Gesamtvergütung durch die Anzahl der erbrachten Punkte (Leistungen) dividiert wird. Für die Abrechnung erbrachter medizinischer Leistungen für privat Versicherte gilt hingegen die „Gebührenordnung der Ärzte“ (GOÄ), bei der ein fester Geldbetrag mit einem Verrechnungsfaktor multipliziert wird. Der ambulante Sektor wird immer stärker mit dem stationären Sektor interagieren. So müssen Daten in Zukunft sicher und schnell jeden an einem Fall beteiligten zugänglich sein. Nur wenn die Zusammenarbeit optimiert verläuft kann das System effizient bleiben. Hier ist es essentiell auf eine funktionierende ICT zu setzen.

Stationäre Versorgung.

Die stationäre Versorgung bildet den Zweiten Gesundheitsstandort und wird hauptsächlich durch Krankenhäuser bzw. stationär tätige Ärzte vorgenommen. Im Mittelpunkt der Vergütung stationärer Krankenhausleistungen stehen diagnoseorientierte Fallpauschalen, die so genannten Diagnosis Related Groups (DRGs). Zum 1. Januar 2004 wurde in Deutschland eine flächendeckende DRG-basierte Vergütung von stationären Leistungen eingeführt; ausgenommen sind hiervon nach wie vor psychiatrische Einrichtungen, für die weiterhin tagesgleiche Pflegesätze gelten. Im Rahmen des DRG-Systems erfolgt zunächst eine Zuordnung des Patienten zu einer Hauptdiagnosegruppe (Major Diagnostic Category, MDC), die sich i.d.R. an den betroffenen Körperregionen orientiert. Innerhalb der Hauptdiagnosegruppen wird eine Klassifizierung nach dem Kriterium der Kostenhomogenität vorgenommen, wobei neben der Diagnose auch Komplikationen sowie erbrachte Prozeduren berücksichtigt werden; ferner auch bestimmte individuelle Kriterien des Patienten wie Alter und Geschlecht. Das deutsche DRG-System stellt insofern kein reines (diagnosebezogenes) Fallpauschalensystem, sondern enthält auch Elemente der Einzelleistungsvergütung. Während DRGs laufende Betriebskosten decken (sollen), tragen die Länder die Verantwortung für die Finanzierung der Investitionskosten der Krankenhäuser. Man spricht daher von einer „dualen Finanzierung“.

Bei der stationären Versorgung wird der Kostendruck auf die Leistungserbringer weiterhin steigen, auch deshalb ist eine engere Verzahnung mit vor- und nachgelagerten Bereichen eines der Hauptaugenmerke. Diese kann jedoch nur gelingen, wenn alle Teilnehmer über eine effiziente ICT Infrastruktur verfügen. Die ICT darf dem Austausch der Leistungserbringer nicht im Weg stehen, sondern muss sie vielmehr befähigen effizient zusammen zu arbeiten.

Pflege.

Im Zentrum der Finanzierung und Vergütung von Pflegeleistungen steht seit Einführung der Pflegeversicherung zum 1. Januar 1995 die Soziale Pflegeversicherung (SPV) und die ihr zugrunde liegenden gesetzlichen Regelungen des SGB XI. Analog zur medizinischen Versorgung ist hierbei zwischen ambulanter und stationärer Pflege zu differenzieren. Die Pflege spielt bei der Zuordnung zu dem jeweiligen Gesundheitsstandort eine Ausnahmestelle, so lässt sich die stationäre Pflege dem zweiten Gesundheitsstandort zu ordnen, die ambulante Pflege hingegen ist der größte Faktor im dritten Gesundheitsstandort.

Die stationäre Pflege erfolgt in stationären Pflegeeinrichtungen (z.B. Pflegeheimen), in denen die Pflegebedürftigen untergebracht, ver- und gepflegt werden. Nach Art und Umfang der Versorgung unterscheidet man dabei zwischen vollstationärer (ganztägige Pflege rund um die Uhr), teilstationärer (nur tagsüber oder nur nachts) und Kurzzeitpflege (vorübergehende vollstationäre Pflege bis max. 4 Wochen pro Kalenderjahr). Das Leistungsspektrum stationärer Pflegeeinrichtungen umfasst die Grund- und Behandlungspflege, soziale Betreuung sowie die hauswirtschaftliche Versorgung.

Die Kosten der stationären Pflege werden hauptsächlich von folgenden Kostenträgern erbracht: Soziale Pflegeversicherung, private und öffentliche Haushalte. Die Zuordnung der Zuständigkeit der Kostenträger im Rahmen der Vergütung basiert v.a. auf den gesetzlichen Regelungen des SGB XI und SGB XII. Die wichtigsten Voraussetzungen für die Vergütung, sowohl ambulanter als auch stationärer Pflegesachleistungen, durch die Pflegeversicherung sind dabei zum einen die Feststellung der Pflegebedürftigkeit des

Versicherten durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) sowie zum anderen die Bewilligung des Leistungsantrags durch die Pflegekasse. In Abhängigkeit vom Grad der Pflegebedürftigkeit bestimmt sich dann das Gesamtvolumen der für einen Pflegebedürftigen zur Verfügung stehenden Vergütung entsprechend der bewilligten Pflegestufe. Voraussetzung für den Vergütungsanspruch von Pflegeeinrichtungen für die Vergütung ihrer Leistungen ist darüber hinaus ein Versorgungsvertrag mit den Pflegekassen, in dem Art, Inhalt und Umfang der Pflegeleistungen festgelegt sind.

Die ambulante Versorgung Pflegebedürftiger wird von ambulanten Pflegeeinrichtungen erbracht. Für die Vergütung ambulanter Pflegeleistungen existiert dabei kein einheitliches Vergütungssystem, sondern je nach Kostenträger unterschiedliche. Die wichtigsten Kostenträger ambulanter Pflegeleistungen stellen die Soziale Pflegeversicherung, die Krankenkassen sowie die privaten und öffentlichen Haushalte dar. Die Zuständigkeit der Kostenträger im Rahmen der Leistungsvergütung ambulanter Pflegeleistungen ergibt sich im Wesentlichen aus den gesetzlichen Regelungen des SGB V und SGB XI sowie SGB XII.

Der Pflegesektor steht in den nächsten Jahren vor einer Welle der Technisierung. Immer mehr ICT-Lösungen bahnen sich den Weg in die Unterstützung der pflegerischen Versorgung. Technologien die bisher vorwiegend im Krankenhaus eingesetzt wurden, werden in Zukunft verstärkt eingesetzt. Als Beispiele können hier, mobile Monitoring-Systeme oder mobil einsetzbare Analysesysteme genannt werden. Aber auch im Bereich der Pflegeplanung bzw. -management lassen sich durch den effektiven Einsatz von ICT noch Synergien realisieren.



ICT ist eine Schlüsseltechnologie, weil sie Innovationen erschließt.

2.2 Integrierte Versorgung und ICT als Enabler.

Das deutsche Gesundheitssystem ist weltweit für seine gute Versorgung bekannt. Um die Qualität zu halten, sind die Kosten in den letzten Jahrzehnten ständig gestiegen. Damit das System nicht an Ressourcenengpässen kollabiert, wurden einerseits regulative Maßnahmen vom Gesetzgeber ergriffen und andererseits wird verstärkt auf die Unterstützung von ICT gesetzt.

Ein großes Optimierungspotenzial liegt daher am Übergang zwischen den jeweiligen Gesundheitsstandorten, denn historisch ist keine gemeinsame Abrechnungsmöglichkeit über die Standorte hinweg gegeben. Hier galt generell die kollektivvertragliche Versorgung. Sprich die Krankenkassen haben mit den Verbänden der Leistungserbringer einen Vertrag geschlossen, der keine Einzelabsprachen zwischen verschiedenen Leistungserbringern und Krankenkassen zuließ. Das führte dazu, dass bei Patienten immer nur auftretenden Beschwerden behandelt wurden. Jeder Leistungserbringer war bestrebt seine Leistung zu erfüllen ohne jedoch Rücksicht auf die Allgemein sinnvollste Behandlung zu legen, da z.B. präventive Leistungen aus anderen Gesundheitsstandorten nicht abgerechnet werden konnten.

In den letzten Jahren sind daher verstärkt Bestrebungen seitens des Gesetzgebers für eine Liberalisierung des bislang stark reglementierten und durch „verkrustete sektorale Strukturen“ gekennzeichneten ersten Gesundheitsmarktes zu beobachten. So wurden seit 2000 eine Reihe von Gesetzen erlassen, durch die der Kreis der potenziellen Vertragspartner um Medizinische Versorgungszentren (MVZ), Pflegeeinrichtungen und um (nicht-medizinische) Träger, die eine Versorgung durch dazu berechnete Leistungserbringer anbieten („Managementgesellschaften“), erweitert, die als Vertragspartner der Kostenträger so genannte Selektivverträge abschließen können. Zudem wurde eine Anschubfinanzierung für Integrierte Versorgung eingeführt. Diese neuen Gesetze brachten den Leistungserbringern eine schon lang erwünschte Rechtsicherheit, da nun für alle Parteien, auch Nicht-Leistungserbringende, geregelt ist, was sie mit wem abrechnen dürfen.

Durch die Einführung der integrierten Versorgung und andere Versorgungsmodelle rückt die ganzheitliche Versorgung in den Vordergrund. So wird versucht, dass jeder Patient, die für ihn optimale und kosteneffiziente Versorgung bekommt. Der Umfang der Versorgung unterteilt sich in Prävention, Diagnose, Therapie und Nachversorgung. Ein großes Augenmerk liegt dabei auf der Reduzierung von besonders teuren Doppeluntersuchungen und andere Ineffizienzen. So soll durch sekundäre Prävention beispielsweise die Verschlimmerung von chronischen Krankheiten vermieden werden.

Formell besteht jetzt die Möglichkeit, dass verschiedenen Leistungserbringer und auch nicht medizinische Träger Einzelverträge mit Kranken- und Pflegekassen schließen können. Dies fördert den Wettbewerb und führt zu innovativen Geschäftsmodellen.

ICT als Enabler für innovative Geschäftsmodelle im Gesundheitswesen.

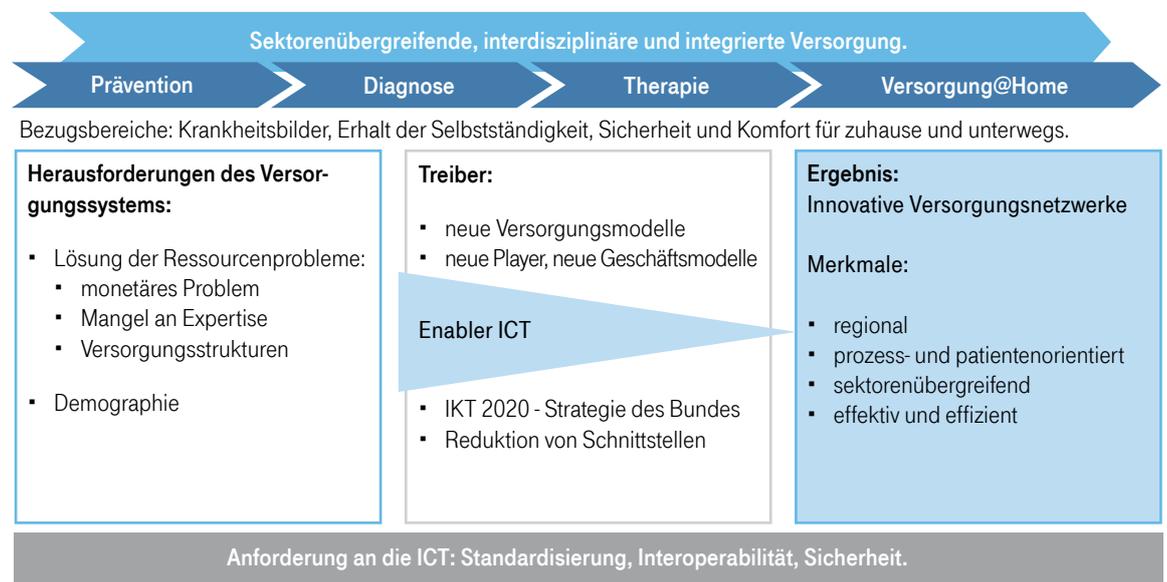


Abb. 2

Der Zweite Hebel zu Optimierung des Gesundheitssystems ist der vermehrte Einsatz von ICT. Dies wird auch durch die Hightech Strategie des Bundes unterstrichen, in dem Gesundheit eines der Leitthemen innerhalb des Aktionsplan IKT2020 ist.

Durch die Entstehung neuer Versorgungsformen, bei denen mehrere Leistungserbringer miteinander kooperieren müssen, hat auch der Ausbau der Telematikinfrastruktur an Bedeutung gewonnen. Gerade zwischen den Schnittstellen der einzelnen Gesundheitsstandorte ist es wichtig, dass alle Teilnehmer über ausreichende sichere Infrastruktur und einheitliche Schnittstellen verfügen, um nicht den gesamten Prozess zu bremsen. Denn nur wenn die Kooperation von Leistungserbringern und Koordinatoren reibungslos funktioniert lassen sich aus den neuen Versorgungsformen Vorteile generieren.

Auch der vermehrte Einsatz von mobilen Monitoring- und Analysesystemen im Ambulanten- und Pflegebereich unterstreichen die Herausforderung an die ICT. Zum Beispiel werden Monitoringsysteme in naher Zukunft im größeren Maße eingesetzt werden können. Es erlaubt den Ärzten, ohne einen teureren Krankenhausaufenthalt, die wichtigsten Vitalparameter des Patienten zu untersuchen und bei kritischen Werten rechtzeitig Hilfe einzuleiten.

Die ICT kann den Wechsel im Gesundheitswesen und der Gesundheitswirtschaft von symptombasierter zu präventiver Behandlung instrumentell fördern. Dazu dient u. a. auch ein elektronisches Patientenmanagementsystem, das Vorerkrankungen des Patienten und Behandlungspfade besser dokumentiert.

Um den steigenden Anforderungen gewachsen zu sein, muss die ICT einige Punkte zwingend erfüllen. Da sämtliche im Gesundheitswesen verwendeten Daten streng vertraulich zu behandeln sind, ist es wichtig, dass die Sicherheit der Daten gewährleistet ist. Es dürfen nur autorisierte Personen und Institutionen Zugriff auf die Daten haben.

Ein weiterer Ausbau der Vernetzungsinfrastruktur erfordert zudem ein hohes Maß an Interoperabilität, d.h. die Fähigkeit zur Zusammenarbeit von verschiedenen Techniken oder Organisationen bzw. Systemen. Um diese Kompatibilität zu sichern, müssen gemeinsame Standards definiert und eingehalten werden.

Die ICT funktioniert dann, wenn ein möglichst reibungsloser Datenfluss zwischen den beteiligten Akteuren und ihren Systemen gewährleistet wird. Es muss also darauf geachtet werden, dass die ICT-Systeme offene, d.h. herstellerunabhängige Formate für die Speicherung und die Übertragung der Daten verwenden.

2.3 Besondere Versorgungsformen.

Die Veränderung des Gesundheitsmarktes, in letzter Zeit durch die Gesundheitsreform(en) getrieben, hat zur Schaffung neuer besonderer Versorgungsformen und zur Ermöglichung von Selektivverträgen geführt. Zu den besonderen Versorgungsformen zählen neben der integrierten Versorgung auch die Strukturverträge, die Hausarztzentrierte Versorgung, die besondere ambulante Versorgung sowie strukturierte Behandlungsprogramme.

Besondere Versorgungsformen.

Modellvorhaben nach §§ 63 – 65 SGB V	Krankenkassen erhalten die Möglichkeit, zeitlich befristet Verträge mit einzelnen Ärzten, Praxisgemeinschaften oder Kassenärztlichen Vereinigungen zu schließen.
Strukturverträge nach § 73a SGB V	Besondere Variante der vertragsärztlichen Versorgung, mit welcher das Ziel der Schaffung neuer Versorgungsstrukturen mittels innovativer Versorgungsmodelle verfolgt wird.
Hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V	Spezielles Instrument im Bereich Managed Care bzw. Integrierter Versorgung, das die gezielte Leistungssteuerung seitens eines entsprechend qualifizierten Arztes bedingt.
Besondere ambulante Versorgung nach § 73c SGB V	Krankenkassen erhalten die Möglichkeit, ohne Einschaltung der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV), mit Leistungserbringern besondere Versorgungsverträge im Bereich der ambulanten Versorgung abzuschließen.
Strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137fg SGB V	Für ausgewählte Indikationsgebiete chronischer Erkrankungen (z.B. Diabetes mellitus Typ I und II, Brustkrebs, Koronare Herzkrankheiten etc.) werden sektorenübergreifende, indikationsbezogene Behandlungsprogramme, sogenannte Disease Management Programme (DMP), ermöglicht.
Integrierte Versorgungsformen nach § 140 SGB V	Integrierten Versorgungsformen ermöglichen eine sektorenübergreifende Leistungserbringung einer Vielzahl potenzieller Akteure mit dem Ziel einer ganzheitlichen, effektiven und effizienten Leistungserstellung.

Abb. 3

Zentrales Merkmal dieser besonderen Versorgungsformen (ausgenommen Strukturverträge) stellt die Möglichkeit des selektiven Kontrahierens der Kostenträger mit ausgewählten Leistungserbringern dar. Alle genannten Formen – mit Ausnahme der hausarztzentrierten Versorgung – zielen darüber hinaus auf eine Integration der unterschiedlichen Schritte der Leistungserbringung bzw. eine interdisziplinär fachübergreifende Ausrichtung ab, mit dem Ziel, die insbesondere an den Schnittstellen der Versorgungsbereiche (z.B. von ambulant zu stationär) auftretenden Effizienz- und Effektivitätsverluste zu verringern. Eine sektorübergreifende Orientierung besitzen jedoch nur die Modellvorhaben, strukturierten Behandlungsprogramme und integrierten Versorgungsformen.

Eine besondere Stellung unter den aufgeführten Versorgungsformen nehmen in verschiedener Hinsicht die integrierten Versorgungsformen ein, deren Entwicklung v.a. durch das GMG 2004 und die 2008 ausgelaufene Anschubfinanzierung vom Gesetzgeber vorangetrieben wurde.

Die zunehmende Bedeutung integrierter Versorgungsformen geht zudem einher mit der sukzessiv erfolgten Erweiterung der vertraglichen Gestaltungsspielräume, die sich sowohl in der Vielzahl möglicher Kombinationen mit anderen Versorgungsformen als auch der Vielfalt potenzieller Vertragspartner widerspiegeln.

So kommen auf der Seite der Leistungserbringer, neben niedergelassenen Ärzten/Ärztinnen, Krankenhäusern, Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen (und deren Kombinationen), seit dem GKV-Modernisierungsgesetz auch Medizinische Versorgungszentren und Managementgesellschaften als direkte Vertragspartner der Kostenträger in Frage und ermöglichen hierdurch u.a. auch (bisher) branchenfremden Akteuren eine Beteiligung an den besonderen Versorgungsformen. Wenngleich die mit der Vielzahl an Gestaltungsmöglichkeiten einhergehende Komplexität integrierter Versorgungsverträge zunehmend eines professionellen Managements bedarf, ist die Beteiligung von Managementgesellschaften an solchen Verträgen noch relativ gering. Perspektivisch lassen sich dennoch im Zuge der Weiterentwicklung und Ausweitung integrierter Versorgungsangebote entsprechende Entwicklungstendenzen abzeichnen, die u.a. auch durch die zunehmend aktive Mitgestaltung branchenfremder Akteure vorangetrieben werden.

Finanzierungsmodell.

Spätestens mit dem Auslaufen der Anschubfinanzierung für die Integrierte Versorgung Ende des Jahres 2008, gewinnen die Finanzierungs- und Vergütungsfragen dieser neuen Versorgungsformen eine besondere Bedeutung. Im Vordergrund steht dabei bei allen Formen die Realisierung von Einsparpotenzialen ohne die Qualität der Leistungserbringung zu verringern.

Während die Vergütung in der herkömmlichen Versorgung über „administrative Preise“ auf der Makroebene ausgehandelt wird (DRGs für die Krankenhausvergütung oder bundeseinheitliche Punktwerte für die ambulante vertragsärztliche Versorgung), basiert die Vergütung neuer bzw. besonderer Versorgungsformen überwiegend auf einzelvertraglicher Ebene (Mikroebene) auf zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern bzw. einem Netzwerk ausgehandelten Vergütungsstrukturen (so genannte Selektivverträge). Im Rahmen der Vergütung neuer Versorgungskonzepte sind dabei eine Reihe verschiedener Vergütungsformen denkbar, von denen in unterschiedlichen Ausmaßen ökonomische Anreize für eine wirtschaftliche Leistungserbringung ausgehen werden. Nach dem vordergründig bestehenden Leistungs- oder Ergebnisbezug, dem Zahlungszeitpunkt (prospektiv vs. retrospektiv), dem Pauschalierungsgrad bzw. Leistungsumfang sowie der Leistungstiefe (Vergütung von Netzwerken oder einzelnen Leistungserbringern) können unterschiedliche Vergütungsformen für neue Versorgungsformen klassifiziert werden. Die größten Chancen die Kostenstruktur zu optimieren und dabei die Qualität zu sichern haben die ergebnisbezogene Vergütungsmodelle. Insbesondere die „erfolgsorientierte Vergütung“ und die „Kopfpauschale“ spiegeln den Paradigmenwechsel im Deutschen Gesundheitssystem wieder. Das Ziel ist es, durch das Vergütungsmodell die Anreize so zu setzen, dass die gesamte Versorgung, von Prävention über Diagnose und Therapie bis hin zur Nachsorge, bei guter Qualität möglichst kosteneffizient erfolgt.

3. Neue Versorgungsformen und Geschäftsmodelle.

Neue Versorgungsformen haben die Tür zur Einführung neuer Geschäftsmodelle weit geöffnet. Es sind nun eine Vielzahl neuer Geschäftsmodelle denkbar. Im Folgenden wird genauer auf die Managementgesellschaft als eine spezielle Ausprägung dieser neuen Versorgungsformen eingegangen. Anschließend wird das Potenzial von Ambient Assisted Living (AAL), als Option mit der sich branchenfremde Unternehmen in den Gesundheitsmarkt einbringen können, vorgestellt.

3.1 Managementgesellschaft als spezielles Geschäftsmodell.

Seit 2004 wurde der Kreis möglicher Vertragspartner im Rahmen integrierter Versorgungsverträge nach § 140b SGB V um so genannte Managementgesellschaften erweitert. Der Gesetzgeber hat den Begriff der Managementgesellschaft definiert als Träger, „die nicht selbst Versorger sind, sondern eine Versorgung durch dazu berechnigte Leistungserbringer anbieten“ und durch die Aufnahme der Managementgesellschaft als Vertragspartner in den § 140a Abs. 1 Nr. 4 SGB V auch branchenfremden Akteuren eine Beteiligung an neuen Versorgungsformen ermöglicht.

Managementgesellschaften können dabei Aufgaben unterschiedlichster Art wahrnehmen: Hierunter fallen beispielsweise die Übernahme von Aufbau-, Steuerungs-, Refinanzierungs- und Koordinierungsfunktionen sowie darüber hinausgehend auch die Konzeption neuer Versorgungsformen bis hin zur Vollversorgung.

In Abhängigkeit von der Ausgestaltung der vertraglichen Beziehungen der Managementgesellschaften mit Kostenträgern und Leistungserbringern lassen sich verschiedene Typen von Managementgesellschaften identifizieren, von denen im nachfolgenden Abschnitt drei Grundtypen näher beschrieben und systematisiert werden.

Grundtypen von Managementgesellschaften.

(1) Managementgesellschaft als „spezialisierte Leistungserbringer“.

Die Managementgesellschaft ist Dienstleister für die Kostenträger neben „traditionellen“ Leistungserbringern (Ärzten, Krankenhäusern, etc.) und tritt insofern als (eine Art) „spezialisierte Leistungserbringer“ gegenüber der Kasse auf. Zur Verbesserung ihres Angebotes kann die Managementgesellschaft ggf. zusätzliche Leistungen - auch branchenfremder Akteure, z.B. bei Anbietern aus der Industrie - einkaufen.

(2) Managementgesellschaft als „Orchestrator“.

In diesem Fall tritt die Managementgesellschaft als Vollversorger und damit einziger Vertragspartner der Krankenkasse auf. Die erforderlichen Versorgungskapazitäten werden bei einzelnen Leistungserbringern und (ggf. branchenfremden) Leistungsanbietern eingekauft und entsprechend koordiniert. Die Managementgesellschaft fungiert hierbei als so genannter „Orchestrator“.

(3) Managementgesellschaft als „orchestrierendes Konsortium“.

Analog zum Typ (2) tritt die Managementgesellschaft nach außen als einziger direkter Vertragspartner der Krankenkasse auf, besteht aber im Innenverhältnis aus (mehreren) Anteilseignern, die ihre jeweiligen Fähigkeiten und ihr Kapital als Partner in eine neue Gesellschaftsform einbringen. Neben dem externen Vertrag mit dem Kostenträger besteht folglich darüber hinaus ein interner Vertrag mit den Kooperationspartnern (Leistungserbringer/ branchenfremde Akteure) innerhalb der Managementgesellschaft. In Abhängigkeit von der Ausgestaltung des internen Vertrags lässt sich zwischen den Kooperations- bzw. Konsortientypen „Generalunternehmerschaft“ und „Offenes Konsortium“ differenzieren.

Darüber hinaus besteht die Möglichkeit eines Joint Ventures, bei dem die Managementgesellschaft mit eigener Rechtsform als Kapitalgesellschaft sowie Kooperationspartnern als Anteilseignern realisiert wird.

Im Hinblick auf die Wahl der Rechtsform sowie die Beteiligung an einer Managementgesellschaft gibt es keine verpflichtenden Regelungen. Für die Gründung von Managementgesellschaften stehen daher alle Rechts- und Gesellschaftsformen zur Verfügung, d.h. sowohl Personengesellschaften und juristische Personen des Privatrechts, wie auch Kapitalgesellschaften und Vereine. Des Weiteren ist grundsätzlich eine zusätzliche Beteiligung branchenfremder Akteure möglich. Allerdings unter der Voraussetzung, dass deren Beteiligung den Vertragspartnern (Kostenträgern und Leistungserbringern) offengelegt wird.

Das Konstrukt der Managementgesellschaft bietet Industrieunternehmen also die Möglichkeit, sich mit verschiedenen Dienstleistungen und Produkten in den Gesundheitsmarkt einzubringen. Exemplarisch wird nun Ambient Assisted Living als mögliches Betätigungsfeld der Industrie in Kapitel 3.2 vorgestellt.

3.2 Ambient Assisted Living.

Der VDE interpretiert Ambient Assisted Living (AAL) als Assistenzsysteme zur Gestaltung einer intelligenten Umgebung zur Kompensation vornehmlich altersbedingter Funktionseinschränkungen verschiedener Zielgruppen durch Informations- und Kommunikationstechnikunterstützung bei Alltagshandlungen sowie der Übernahme von Kontroll- und Steuerleistungen für ein unabhängiges Leben im Alltag.



Ambient Assisted Living beruht auf dem Einsatz von ICT in den Gegenständen des täglichen Lebens.

Wie oben beschrieben lässt sich der Gesundheitsmarkt in den sogenannten „Ersten“ und „Zweiten“ Gesundheitsmarkt differenzieren, welcher Leistungsangebote „stationär“, „ambulant“ und/oder „zuhause“ ermöglicht. Aktuell wird die Versorgung versorgungs- und pflegebedürftiger Menschen in Deutschland noch auf einem, im internationalen Vergleich relativ hohen Qualitätsniveau durch eingespieltarbeitsteilige Prozesse einer Vielzahl beteiligter Akteure realisiert. Dies gilt sowohl für die ambulante Pflege durch Angehörige bzw. Pflegedienste, als auch für die stationäre Pflege in Pflegeeinrichtungen mitsamt allen Schnittstellen zwischen diesen Formen der Leistungserbringung. Konstatierend lässt sich festhalten, dass sich insgesamt im Laufe der Jahre ein bisher leistungsfähiges System zur Versorgung pflegebedürftiger Menschen entwickelt hat. Allerdings wird dessen Finanzierbarkeit bedingt durch den demografischen Wandel und der damit einhergehenden Zunahme der Zahl pflegebedürftiger Menschen in Deutschland auf absehbare Zeit an seine Grenzen stoßen. Als mögliche Alternativen bestehen aus Sicht der solidarisch finanzierten Pflege in einer derartigen Situation ausgabenseitig vor allem die Rationierung (z.B. in Verbindung mit Eigenleistungen in Form von Zuzahlungen und/oder Selbstbehalten seitens der Leistungsempfänger) oder die Rationalisierung, im Sinne von Effizienz- und Effektivitätssteigerungen, des bisherigen Pflegeniveaus.

Der Großteil der aktuell diskutierten Einsatzszenarien für AAL-Technologien steht in engem Bezug zu unterstützungs- und zum Teil pflegebedürftigen Menschen im häuslichen Umfeld. Neben punktueller Unterstützung bei Mobilitäts- und kognitiven Einschränkungen liegen Potenziale für einen Mehrwert durch AAL in besonderem Maße auch in vernetzten Einsatzszenarien zur Realisierung integrierter Prozessabläufe. Die könnte zum Beispiel durch neue Gestaltungsformen der Interaktion und Kommunikation zur Verlagerung bislang stationär notwendiger Versorgungselemente in das eigene Wohnumfeld, Messung und Übertragung von Vitaldaten sowie Compliance des Patienten, Notruf- und Alarmsysteme, Integration von Dokumentationssystemen oder einfach durch Medien zur Verbesserung der sozialen Interaktion der Zielgruppe geschehen. Insofern besteht durch eine Fokussierung auf die Stärkung und Verbesserung der eigenen Wohnung als Pflegestandort, die Gelegenheit, durch den Einsatz geeigneter AAL-Elemente den Übergang in eine stationäre Pflegeeinrichtung zu verzögern oder gar gänzlich zu vermeiden. Dies kommt dabei nicht nur den Wünschen eines Großteils der Betroffenen entgegen und ist daher möglicherweise mit direkten Zahlungsbereitschaften verbunden.

AAL stellt überdies einen Ansatz zur Bewältigung der oben skizzierten Finanzierungsproblematik dar, wenn die (Mehr-)Kosten des Einsatzes einer AAL-Technologie, die Mehrkosten der stationären gegenüber der ambulanten Pflege unterschreiten. Auch im Bereich Gesundheit und Pflege sind daher – wie in anderen Branchen üblich – kombinierte Finanzierungsformen, Mischkalkulationen und Quersubventionierungen als notwendige Elemente dauerhaft tragfähiger Geschäftsmodelle denkbar. Mögliche Mehr- oder „Anderskosten“ gegenüber der bisherigen Regelversorgung können aus verschiedenen Erlös- und Nutzelementen kompensiert werden, so dass ein deutliches Potenzial besteht, bei einem entsprechenden Wertschöpfungsketten- und Geschäftsmodelldesign die Nutzung von AAL sogar Kosten senkend oder zumindest neutral für die bisherigen Kostenträger auszugestalten.

Die Umsetzung einer AAL-Anwendung wird dabei im Regelfall nicht von einem einzigen Anbieter als ein voll integriertes Geschäfts-systems angeboten werden können. Dies bedingt sich aus zwei der zuvor bereits erwähnten Herausforderungen. Zunächst einmal werden für das Sozial- und Gesundheitswesen teils gänzlich neue (Kombinationen von) Ressourcen und Kompetenzen benötigt, die sich zumeist nicht in einem bereits existierenden Unternehmen vereint finden. Zum Anderen begünstigt der Wunsch zur Realisierung von Skaleneffekten, die Bildung von eher arbeitsteiligen Strukturen kooperativ agierender Spezialisten, sowohl in bisherigen, als auch sich neu entwickelnden Wertschöpfungsstrukturen. Dies weist auf zunehmende Veränderungen bisheriger Branchenarchitekturen hin, die in Teilen bereits heute konkret zu beobachten sind. Abb. 4 veranschaulicht die zukünftige Struktur sich aktuell etablierender AAL-Branchenstrukturen in stark abstrahierter Weise.

Wertschöpfungsstrukturen im AAL-Umfeld.

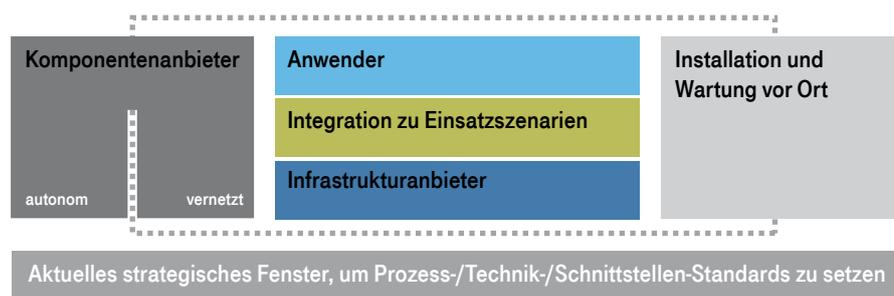


Abb. 4: In Anlehnung an Gersch 2010.

Die Aufgabe der Infrastrukturanbieter ist hierbei, unter anderem, mögliche Plattformen und Dienste bereit zu stellen, die zur Kommunikation der, an einer AAL-Lösung beteiligten Akteure (z.B. Heilberufler, Patienten) erforderlich sind. Angesichts der hiermit verbundenen, hohen spezifischen Vorinvestitionen, wird eine auf diese Weise zur Verfügung gestellte Plattform im Idealfall von einer Vielzahl von Anwendern für diverse konkrete Anwendungen und Einsatzszenarien genutzt.

Orchestratoren stellen ein Beispiel möglicher Anwender dar. Sie koordinieren Wertschöpfungsnetzwerke. Neue und innovative Lösungen werden geschaffen, indem existierende Wertschöpfungsmodule von verschiedenen Akteuren verändert und, zum Teil um neue Komponenten ergänzt, miteinander kombiniert werden. Dabei besteht die wesentliche Aufgabe eines Orchestrators darin, „best-class-Akteure“ auf den einzelnen relevanten Wertschöpfungsstufen zu identifizieren, auszuwählen und deren Zusammenarbeit in einem Wertschöpfungsnetzwerk zu initiieren, zu koordinieren und hierdurch für das Gesamtleistungsangebot Wettbewerbsvorteile zu erschließen. Orchestratoren sind typischerweise durch eine geringe eigene Fertigungstiefe gekennzeichnet. Insofern erfolgt hinsichtlich der eigenen Geschäftstätigkeit zumeist eine Fokussierung auf die Koordination sowie die Erstellung als notwendig und/oder als ökonomisch attraktiv erachteter Teilleistungen entlang der Wertschöpfungskette. Die Wert schaffende Geschäftsbasis für den Orchestrator liegt in der Effektivitäts- und Effizienzsteigerung der Gesamtleistung durch Optimierung der Koordination bisheriger bzw. veränderter Elemente eines Wertschöpfungsnetzwerkes. Eine Abrechnung der erbrachten Leistung des Netzwerkes erfolgt typischerweise in definierten Einheiten (pro Vorgang, pro Tag, pro Monat etc.). Die Zusammenarbeit des Netzwerkes wird durch interne Verträge geregelt. Hierdurch ergeben sich verschiedene Grundformen, die in anderen Branchen zum Beispiel als Generalunternehmerschaft, stilles oder offenes Konsortium und Franchisesystem bekannt sind.

Neben einer Plattform, auf die das Leistungsangebot des Orchestrators aufsetzt, gehören auch Komponentenanbieter und spezialisierte Leistungserbringer zu den „best-class-Akteuren“, auf die der Orchestrator zurückgreift. Komponentenanbieter stellen funktionale Komponenten und/oder Endgeräte (von Blutdruckmessgeräten bis iPhones) bereit, die ihren Einsatz zum Teil völlig

autonom (z.B. herkömmliches Blutdruckmessgerät), vermehrt aber auch vernetzt (z.B. Blutdruckmessgerät mit Möglichkeit zur Vitalparameterübertragung) finden. Spezialisierte Leistungserbringer fokussieren sich auf die Erbringung einer, für das Gesamtleistungsangebot wichtigen Teilleistung, welche aber zumeist auch eigenständig marktfähig ist (z.B. Ärzte, Kliniken/Krankenhäuser, ambulante oder stationäre Pflegeeinrichtungen, aber auch Unternehmen der Wohnungswirtschaft etc.). Zu den letztendlichen Anwendern, die Leistungen von Orchestratoren nachfragen, zählen sowohl Endkunden, als auch fokussierte Anbieter, welche gezielt Leistungen auch weiterer so genannter industrieller Dienstleister nachfragen, um ihr eigenes (z.B. zielgruppenspezifisches oder lokales) Leistungsangebot zu realisieren. Der Beitrag reflektiert aus einer ökonomischen Perspektive die aktuelle Ausgangslage für den Einsatz von AAL bei der Versorgung älterer Menschen. Im Sinne von möglichen Kostenersparnissen bei gleichzeitig möglicher Verbesserung des Qualitätsniveaus der Pflege kann AAL eine durchaus geeignete Innovation für die Versorgung älterer Menschen darstellen, deren Umsetzung aufgrund des systemischen Charakters des deutschen Sozialsystems jedoch mit zahlreichen, aufgezeigten Hürden und zu überwindenden Rigiditäten einher geht. Genauso, wie diese Hürden die Diffusion von AAL zu verlangsamen vermögen, wirken sie aber ebenso schützend, wenn sich einmal verfestigte Strukturen von Arbeitsteilung und Geschäftsmodelltypen in diesem Sektor herausgebildet haben. Derzeit ist das Gelegenheitsfenster geöffnet, derartige Strukturen (und eine eigene Vorteilsposition) aufzubauen sowie ihre Veränderung mit zu gestalten. Das breite unternehmerische Interesse an AAL liefert den Hinweis, dass Akteure verschiedenster Branchen aktuell diese Gelegenheit für sich entdecken und auch bereit sind, das erforderliche unternehmerische Risiko hierfür zu tragen.

4. Praxisbeispiele aus dem Bereich E-Health@Home.

E-Health@Home steht unter dem Motto Geschäftsmodelle zu entwickeln, die ein selbst bestimmtes Leben in einer alternden Gesellschaft unterstützen. Das Projekt E-Health@Home wird durch das BMBF im Rahmen des Förderschwerpunktes „Technologie und Dienstleistungen im demografischen Wandel“ gefördert, der Projektträger ist das DLR (Innovative Arbeitsgestaltung und Dienstleistungen). Vorrangige Ziele sind die Verbesserung der Versorgungsqualität durch frühzeitige Erkennung von gesundheitlichen Gefahren und die Eröffnung von Möglichkeiten, situationsadäquat zu intervenieren bzw. zu begleiten. Ebenso im Fokus sind die Analyse, Ermittlung und Realisierung von Einsparpotenzialen für alle Beteiligten am Gesundheitsmarkt. Hierzu werden sowohl telemedizinische Services als auch AAL-Services für ältere Menschen auf Basis innovativer Geschäftsmodelle identifiziert, bewertet, gestaltet und implementiert. Dazu müssen gleichermaßen sowohl integriert medizinische, als auch technische, ökonomische und soziale Belange berücksichtigt werden.

Die Schlüsselfunktionen von E-Health sind das Kooperieren sowie Erfassen, Vernetzen, Kommunizieren und Bereitstellen von Informationen auf elektronischer Basis, ohne Papierformulare und Filme. Dabei werden die Aktivitäten des Projektes den folgenden drei Schwerpunkten zugeordnet: Integration von vorhandenen und Engineering neuer Services, Modellierung des sozialen Lebensumfeldes und Geschäftsmodelle sowie betriebswirtschaftliche/gesundheitsökonomische Methoden.

Aus den zugehörigen Teilprojekten, wie die beiden, die nachfolgend vorgestellt werden, erwartet man sich zahlreiche Innovationsanreize für die Forschung und Entwicklung auf Seiten von Industrie, Immobilienwirtschaft, Handel, Versicherungs- und Freizeitwirtschaft sowie weiteren Dienstleistungsanbietern, die diesen sich stark verändernden Markt als zukünftig relevant und attraktiv erachten („Branchenkonvergenz“).

Einordnung der Praxisbeispiele auf dem Gesundheitsmarkt.

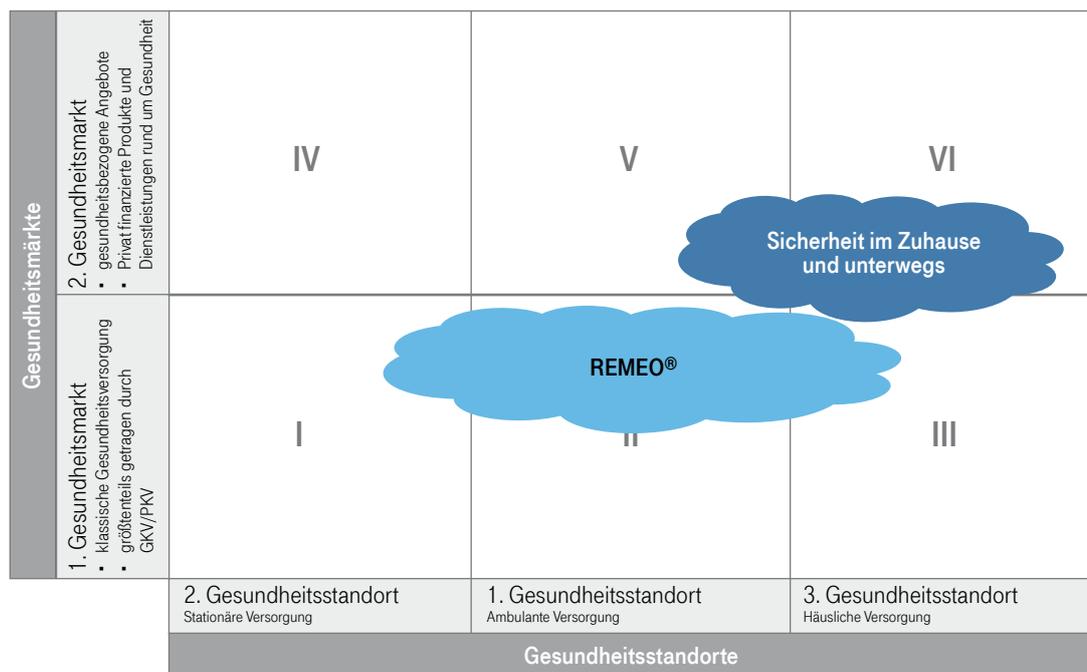


Abb. 5: In Anlehnung an Gersch 2010.

4.1 Projekt „REMEO®“.

Lungenerkrankungen wie die chronisch obstruktive Lungenkrankheit (Chronic Obstructive Pulmonary Disease, kurz: COPD) sind weltweit auf dem Vormarsch und gewinnen zunehmend an Bedeutung. Bei COPD handelt es sich gegenwärtig um die 4. häufigste Todesursache weltweit. Es besitzt daher sowohl aus medizinischer, als auch ökonomischer Sicht ein erhebliches präventives Potenzial, das aufgrund v.a. finanzieller und struktureller Probleme (fehlende Abstimmung im Behandlungsprozess insbesondere durch die sektorale Trennung der Versorgung) bisher ungenutzt bleibt.

Lungenerkrankungen wie COPD verursachen hohe gesellschaftliche Kosten, die überwiegend von Krankenversicherungen getragen werden. Dabei lässt sich ein deutlicher Anstieg der Kosten mit dem Schweregrad der Erkrankung feststellen. Während beim Schweregrad 1, 2 und 3 der größte Kostenanteil auf Arzneimittel entfällt, sind es bei COPD 4 vor allem die Krankenhauskosten. Besonders hohe Kosten entstehen v.a. durch Exazerbationen, die eine stationäre Behandlung im Krankenhaus erfordern. Die Versorgung von COPD-Patienten ist also mit einem erheblichen Ressourceneinsatz verbunden, der v.a. durch den Schweregrad sowie die Therapie schwerer Exazerbationen bestimmt wird. Eine adäquate Versorgung von COPD-Patienten muss eine Behandlung entlang der gesamten Versorgungskette gewährleisten und erfordert die Zusammenarbeit aller Sektoren. Notwendig ist daher (neben verstärkten Bemühungen im Bereich der Prävention) eine stärkere Vernetzung ambulanter, stationärer und rehabilitativer Maßnahmen – unter Einbeziehung der Patienten.

Das REMEO® Projekt ist ein von der Linde AG angebotenes innovatives Homecare-Konzept für die Lücke zwischen der - i.d.R. umfassenden intensiv-medizinischen - Betreuung langzeitbeatmeter Patienten im Krankenhaus und der Heimversorgung schließt. Es adressiert mehrere Indikationen, wie eben COPD. Aber auch andere Krankheiten wie Amyotrophe Lateralsklerose und weitere neuromuskuläre Erkrankungen, die eine (mechanische) Langzeitbeatmung erfordern.

Schwerpunkt des REMEO®-Konzeptes in Deutschland bilden COPD-Patienten der höchsten Eskalationsstufe (COPD 4). Ziel des REMEO®-Konzeptes ist es, die Patienten zurück in ihre häusliche Umgebung zu überführen und dort ambulant zu versorgen. Während der Patient im Rahmen des „klassischen Behandlungspfads“ im Anschluss an die stationäre Versorgung (Intensiv-/Entwöhnungsstation (sog. „Weaning“)) i.d.R. direkt nach Hause entlassen wird und auf diese Weise eine „kritische Lücke“ entsteht, die häufig zu einer Wiedereinweisung ins Krankenhaus führt (sog. „Drehtüreffekt“), werden die Patienten beim REMEO®-Konzept schrittweise nach Hause überführt. Im Regelfall ist zwischen Krankenhaus und Zuhause ein sog. REMEO®-Center - eine „nachgelagerte“ Pflegeeinrichtung - zwischengeschaltet, in dem die Patienten und ihre Angehörigen umfassend betreut und individuell abgestimmt auf ihre Bedürfnisse und das jeweilige soziale Umfeld auf ihre Rückkehr in die eigene häusliche Umgebung vorbereitet werden, u.a. durch Entwöhnung von der Respiratorenabhängigkeit, Schulung der Angehörigen und/oder Einschaltung von Sozial- und Pflegediensten. Alle erforderlichen Leistungen (professionelle Unterstützung durch entsprechend qualifiziertes Pflegepersonal, Ärzte, Psychologen, Case Manager etc.) sowie medizinisch notwendigen Geräte und Hilfsmittel werden „aus einer Hand“ angeboten. Linde fungiert hierbei als sog. „Orchestrator“ mit einer ungewöhnlich hohen Wertschöpfungstiefe, der alle notwendigen Teilleistungen des Angebotes koordiniert. Notwendige Kooperationspartner bei der Umsetzung von REMEO® sind zudem ICT-Dienstleister wie T-Systems, spezielle Dienstleister für einzelne Therapiepunkte und natürlich die Kostenträger.

Für die Behandlung von COPD-4-Patienten werden im Modell neben REMEO® die alternativen Behandlungswege Intensivstation, 24h-Pflege, Betreutes Wohnen und Pflegeheim miteinbezogen. Den Pflegeeinrichtungen wird eine angemessene fachliche Kompetenz für den Umgang mit langzeitbeatmeten Patienten unterstellt. REMEO® stellt somit ein umfassendes und innovatives Therapie- bzw. Versorgungskonzept als Alternative zu den bisher etablierten Instrumenten dar, das sowohl eine Verbesserung der Lebensumstände für Patienten und Angehörige, als auch darüber hinaus ein deutliches Kosteneinsparpotenzial für die Kostenträger (insbesondere Kranken- und Pflegeversicherung) mit sich bringt. Diese vermuteten „Effektivitäts- und Effizienzsteigerungen im Vergleich zu traditionellen Versorgungskonzepten“ bilden den Kern der zugrunde liegenden Geschäftsbasis.

Vorteile REMEO®.

Kostenträger	Ärzte/Leistungserbringer	Patienten/Betreuende
<ul style="list-style-type: none"> + Kosteneinsparungen + Geringer Bedarf an zusätzlichen Intensiv-Pflege-Einheiten + Höhere Erfolgsraten bei der Reduktion des Beatmungsbedarfes führen zu weiteren Senkungen der Behandlungskosten 	<ul style="list-style-type: none"> + Freigabe von Intensiv-Pflege-Kapazitäten mit rel. unattraktivem DRG + Möglichkeit der Konzentration auf Akut-Patienten + DRG-basiertes System trägt Patienten mit langer Verweildauer unzureichend Rechnung + Rückgang der Wiedereinweisung in Krankenhäuser 	<ul style="list-style-type: none"> + Angemessene Pflege durch Spezialisten in den Centern und in häuslicher Umgebung + Wohlfühl-Effekt auf Grund kleiner Einheiten + Verringerte Infektionsrate im Vergleich zum Krankenhaus + teilweise Rückverlegung nach Hause + Verbesserung der Lebensqualität

Abb. 6

REMEO® ist derzeit in Deutschland bereits „produktiv“. Die Piloten laufen in Linde eigenen Pflegezentren, u.a. Mahlow und Münsterstadt). Die Einrichtung weiterer REMEO®-Zentren ist geplant. Zudem soll das Geschäftssystem REMEO® auch international realisiert und die jeweiligen nationalen Besonderheiten adaptiert (Wachstumsphase) werden.

4.2 Projekt „Sicherheit im Zuhause und unterwegs“.

Das Projekt „Sicherheit im Zuhause und unterwegs“ wird gemeinschaftlich von T-Systems, der Stiftung Liebenau und scemtec automation durchgeführt. Am 21.1.2010 wurde hierzu eine Vereinbarung zur Durchführung einer umfassenden Machbarkeitsstudie mit Feldtests abgeschlossen. Die Durchführung der Machbarkeitsstudie wird im Rahmen des Förderprojektes „E-Health@Home“ durch das BMBF und den Projekträger DLR unterstützt.

Die Prävalenz der Pflegebedürftigen steigt (lt. Quellen statistische Ämter des Bundes und der Länder) von 1.45 Mio. (27 Mrd. Euro Umsatz) in 2009 auf 2.9 Mio. (37 Mrd. Euro Umsatz) in 2020. Im Jahr 2050 werden ca. 2 Mio. Mitbürger an Demenz erkrankt und in Abhängigkeit von Grad der Einschränkung, auf mehr oder weniger Hilfe angewiesen sein. Dies sind nur jene Gruppen, die offiziell im Rahmen einer Pflegestufe erfasst sind. Ein Bedarf nach Unterstützung entsteht meistens sehr viel früher, zumal auch die Anzahl der Singlehaushalte (37% in 2004) stark anwachsen und die Möglichkeiten Angehörige im Rahmen der Familie zu pflegen (heute noch dominante Form der Pflege) rückläufig sind. Traditionelle Familienstrukturen nehmen signifikant ab. Als Mehrgenerationenfamilie in einem Haushalt lebten 2004 nur noch 2% aller Bundesbürger. Nach Modellen des zweiten demographischen Übergangs gilt als sicher, dass auch zukünftig die Schere zwischen der Sterbe- und Geburtenrate weiter auseinander klafft – d.h. die Bevölkerung wird schrumpfen.

Die monetären Spielräume der Pflegekassen sind begrenzt. Vor diesem Hintergrund sind neue Lösungen zur Unterstützung einer älter werdenden Gesellschaft gefragt. Neue Ansätze zur Lösung dieser Probleme werden u. a. durch den Einsatz von E-Health erwartet. Laut Studien der OECD wird der Anteil von E-Health am BIP in Europa bis 2010 (10%) und bis 2020 (16%) betragen. Für eCare und Telemedizin liegt die Umsatzerwartung gar bei 19% Umsatzwachstum für den Zeitraum von 2010 bis 2014.

Es soll nicht verschwiegen werden, dass Diffusionshemmnisse optimistische Umsatzerwartungen begrenzen. Als zentrale Diffusionshemmnisse sind insbesondere zu nennen:

- Das Fehlen von tragfähigen Geschäftsmodellen. Vor allem fehlen bislang Dienstleistungs-Versprechen durch Dienstleister aus Pflege und Betreuung, denen Vertrauen durch die potentiellen Nutzer entgegengebracht wird.
- Die Bündelung von Nachfrage und skalierbare Lösungen auf der Angebotsseite, als Voraussetzung für die Bildung eines akzeptablen Marktpreises und die Verbesserung von Investitionssicherheit für den in Vorleistung tretenden Anbieter.

- Einheitliche und EU-weit gültige rechtliche Regelungen zum Medizin Produkt Gesetz (MPG), zu Datenschutz und Informationssicherheit und zur Gewährleistungspflicht.
- Definition von Schnittstellen und öffentlich verfügbare Standards, um Interoperabilität zu erzielen.

In 2010 wurde das Pilotprojekt „Sicherheit im Zuhause und unterwegs“ gestartet, bei dem neue Formen der technischen Unterstützung (Ambient Assisted Living) in Feldtests erprobt und im Kontext zahlreicher Faktoren evaluiert werden. Das Projekt soll insbesondere alleine lebenden Personen und Personen mit Einschränkungen dazu verhelfen, sich in ihren eigenen vier Wänden und in ihrem gewohnten Umfeld sicher zu fühlen. Das Projekt will einen Beitrag zum Erhalt eines selbstbestimmten Lebens leisten.

Wertschöpfungspartner im Projekt.

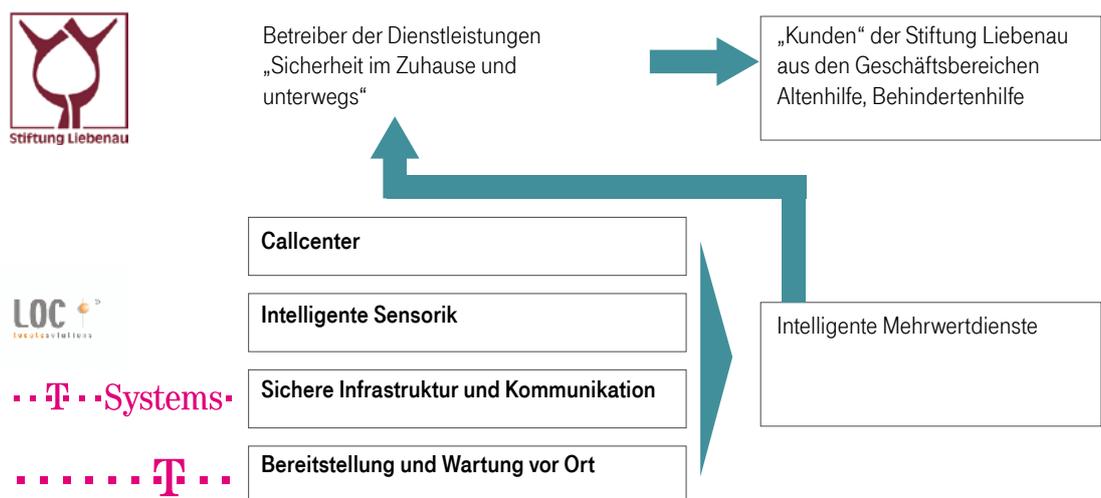


Abb. 7

Ziel des Projektes ist die Durchführung einer umfassenden Kontextanalyse, bei der die Anforderungen an AAL und ihre Machbarkeit ermittelt und im Zusammenhang der Pflege, Betreuungsleistungen und Nachbarschaftshilfe evaluiert werden. Die Machbarkeitsstudie wird auf Basis eines systematischen Verfahrens zum Requirement Engineering durchgeführt. Hierbei werden a) funktionale Anforderungen, b) Qualitätsanforderungen, die an das zu entwickelnde AAL-System gestellt werden, und c) normativ einschränkende - zumeist rechtliche Bedingungen, ermittelt und im Hinblick auf die Auswirkungen die daraus für die Systemkonfiguration bzw. den System Einsatz abgeleitet werden analysiert.

Zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit hat der Gesetzgeber als eigenständigen Zweig der Sozialversicherung eine Pflegeversicherung geschaffen. (vgl. §1 SGB XI). Die Pflegeversicherung soll mit ihren Leistungen vorrangig die häusliche Pflege und die Pflegebereitschaft der Angehörigen und Nachbarn unterstützen. (vgl. § 3 SGB XI) Pflegebedürftige haben bei häuslicher Pflege Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung als Sachleistungen (häusliche Pflegehilfe). Nach § 36 SGB XI wird häusliche Pflege durch geeignete Fachkräfte erbracht, die entweder von der Pflegekasse oder bei ambulanten Pflegeeinrichtungen mit denen die Pflegekasse einen Versorgungsvertrag abgeschlossen hat, angestellt sind. In § 36 SGB XI wird vermerkt, dass neben ambulanten Pflegeeinrichtungen auch Einzelpersonen Sachleistungen erbringen können, die einen Vertrag nach § 77 Abs. 1 SGB XI abgeschlossen haben und dass mehrere Pflegebedürftige Pflege- und Betreuungsleistungen sowie hauswirtschaftliche Versorgung gemeinsam als Sachleistung in Anspruch nehmen können. Die Möglichkeit zur Unterstützung neuer Wohnformen, wie beispielsweise Wohngemeinschaften oder die gemeindenaher Unterstützung in Quartieren, wird hierdurch befördert.

Aktuell werden ambulante Pflegeleistungen vor allem durch Dienstleister in privater Trägerschaft (ca. 60%) und frei gemeinnütziger Trägerschaft (ca. 38%) erbracht. Öffentliche Einrichtungen spielen im Bereich der häuslichen Pflege kaum eine Rolle.

Das Projekt will ausdrücklich vermeiden, dass soziale Kontakte durch Technik ersetzt werden. Die Einbindung des sozialen Systems (Nachbarschaftshilfe, Ehrenamt, Angehörige soweit vorhanden) der potenziellen Nutzer ist deshalb eine wichtige Prämisse für die Realisierung der AAL-Systeme. Im Kern soll das technische System in bereits existierende soziale Systeme integriert werden.

Da mit Hilfe von AAL Personen mit unterschiedlichen Einschränkungen oder Behinderungen unterstützt werden sollen, ist die Methodik zur Ermittlung der Kundenanforderungen an das Profil der Anforderungssteller anzupassen. Neben qualitativen Methoden soll insbesondere mit Hilfe von Feldtest sichergestellt werden, dass Anforderungen von pflegebedürftigen oder behinderten Personen mit unterschiedlichen Einschränkungen ermittelt werden können. Des Weiteren ist sicher zu stellen, dass die funktionalen Anforderungen der Stakeholder von dem zu entwickelnde AAL-System erfüllt werden. Das bedeutet, dass nachzuweisen sein wird, welche funktionalen Leistungsversprechen das System im Kontext von definierten Einsatzbedingungen tatsächlich erfüllt.

Der Einführung von nachhaltig wirksamen technischen Lösungen – so der VDE – steht bislang gerade im Gesundheitswesen und in der Pflege das Denken in Budget- und Sektorengrenzen entgegen. Investitionen in die technische Infrastruktur einer Wohnung, die dazu führen, dass ein Mensch länger zuhause leben kann, lassen sich heute durch die existierenden Finanzierungssysteme der Sozialversicherung nicht abbilden. Der VDE schlägt daher vor, das häusliche Umfeld als Gesundheits- und Pflegestandort zu fördern. Dies kann im Rahmen der nachfolgenden Möglichkeiten geschehen. Erstens: Aufnahme der AAL-Systeme in den Katalog der erstattungsfähigen Leistungen. (vgl. § 40, SGB XI, Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen). Zweitens: Denkbar ist auch eine staatliche oder kommunale Unterstützung für Einbauten, die das selbständige Leben erhalten (vgl. VDE-Positionspapier).

Aktuell sind Erlöse weitgehend über den sogenannten Zweiten Gesundheitsmarkt, d.h. als privat finanzierte Leistungen, zu erzielen. Die Geschäftsmodellanalyse setzt deshalb auch nicht am AAL-System an, sondern am Dienstleistungsversprechen, das ein Pflegedienstleister abgibt und das Systemnutzer mit der Nutzung verknüpfen. Hierbei spielt das erlernte Preisverhalten, d.h. die Bedeutungszuschreibung und das Vertrauen in den Dienstleister eine zentrale Rolle.

Normative Anforderungen sind verpflichtend und schränken in aller Regel die Konfiguration eines technischen Systems ein. Es wird insbesondere zu prüfen sein, welche Anforderungen (nach § 9 BDSG) an den Einsatz von AAL-Systemen gestellt werden, und welche technischen und organisatorischen Maßnahmen umzusetzen sind.

Leitlinien der Ethik schützen die Privatsphäre der Nutzer. Sie setzen dem Einsatz von technischen Möglichkeiten Grenzen (Bsp. Videoüberwachung in Privatwohnungen).

Als wesentliche Ziele, die an die Qualität des Systems gestellt werden gelten neben der Möglichkeit AAL-Systeme harmonisch in soziale Strukturen zu integrieren die Anforderung AAL-System nachhaltig und effizient (erweiterbar) zu gestalten. Insbesondere ist der Systementwicklungsprozess jedoch evolutionär und entlang von Kriterien der Wirksamkeit definiert. Die späteren Nutzer sind deshalb am Entwicklungsprozess beteiligt und die Qualität der Prototypen wird durch die Nutzer bewertet.

Das Pilotprojekt ist auf einen Zeitraum von 9 Monaten ausgelegt. Aus Sicht von T-Systems wird erwartet, dass mit Durchführung der Machbarkeitsstudie zahlreiche Anforderungen, die an die Entwicklung einer AAL-Plattform gestellt werden, ermittelt sind. Eine Steuerung der Plattformentwicklung erfordert aufgrund der hohen Variabilität von Kontextbedingungen im Bereich von AAL ein IT-Governance-Modell, das dazu beiträgt, dass Veränderungen berücksichtigt werden können.

5. Fazit und Ausblick.

Demografische, technologische und ökonomische Veränderungen führen zu einer Branchentransformation bzw. zur Bildung neuer Wertschöpfungsarchitekturen im Gesundheitswesen. Es formieren sich neue Allianzen, welche mit innovativen Geschäftsmodellen versuchen werden, die Wertschöpfungsarchitekturen der Zukunft aktiv (mit) zu gestalten. Nicht nur für branchenfremde Akteure bietet diese Entwicklung national, wie auch international attraktive Teilmärkte als Wettbewerbsarenen. Alle Unternehmen erhalten dadurch die große Möglichkeit, aktiv an der Gestaltung neuer Strukturen des Gesundheitsmarktes mitzuwirken und mit innovativen Lösungen neue Erlöspotenziale zu erschließen.

Es ist sehr wahrscheinlich, dass E-Health-Lösungen hierbei eine gewichtige Rolle spielen. Sie bieten eine bessere Verzahnung des sektoral geprägten Gesundheitswesens und stellen entscheidende Katalysatoren und Erfolgsfaktoren für neue Versorgungsmodelle und Organisationsformen zur integrierten Gesundheitsbetreuung dar. Sie konzentrieren sich auf Informations- und Behandlungsprozesse und stellen dabei den Bürger in den Mittelpunkt der Gesundheitsbetreuung. Außerdem machen sie Informationen redundant, sicher und aktuell sowie orts- und zeitunabhängig verfügbar und unterstützen so eine effektive Gesundheitsversorgung auf hohem Qualitätsniveau. E-Health Anwendungen integrieren multidisziplinäre Leitlinien bzw. Behandlungspfade und Wissensbasen in Management- und Entscheidungsprozesse und erhöhen so die professionelle Kompetenz der am Behandlungsprozess Beteiligten. Dadurch steigern sie die Effizienz und Wettbewerbsfähigkeit der Gesundheitsbetreuung in einem immer stärker globalisierten Gesundheitsmarkt.

Damit ihr Einsatz jedoch möglichst schnell und in der Breite stattfindet, müssen sie nachweisen, dass mit ihrer Hilfe mehr Qualität und ein höhere Effizienz erreicht werden kann. Insbesondere bei der nachhaltigen Durchdringung der neuen integrierten Versorgungsformen können E-Health-Lösungen zudem erheblich zur in manchen Bereichen lange vermissten Transparenz beitragen. Ohne erfolgreiche und vor allem nachhaltige Prozess- und Leistungsverbesserungen, die auch neue Geschäftsmodelle für neuartige Versorgungsformen beinhalten (z.B. Managementgesellschaften), werden sich jedoch die Nutzenpotenziale nicht entfalten lassen.

Neben der Prozessunterstützung bei den bisherigen Strukturen im Sinne eines Technisierungspotenzials stellen auch Ansätze im Ambient Assisted Living (AAL) ein mögliches Betätigungsfeld in diesem Zusammenhang dar. Es ist dabei spannend zu sehen, wie hier die Erfahrungen und Expertise aus anderen Branchen eingebracht werden kann. Immerhin birgt all dies Potenziale zur Effizienz- und Effektivitätssteigerung in sich, durch deren Realisierung im Gesundheitswesen Einsparungen möglich werden, an denen die beteiligten Akteure partizipieren können. Aber auch wenn die ICT der Enabler für diese Potenziale ist, so ist trotzdem (mit-)entscheidend, dass eine bloße Reduktion auf (z.B.) technische Einzelaspekte gänzlich zu kurz greift, um die (u.a. medizinischen und ökonomischen) Chancen besonderer Versorgungsformen sowie das mit ihnen verbundene Veränderungs- und Transformationspotenzial gegenüber traditionellen Wertschöpfungsarchitekturen im jeweiligen Einzelfall zu verstehen.

Der Erfolg von E-Health erfordert eine Kultur des Miteinanders, aber auch Regularien, die sicherstellen, dass alle Prozessbeteiligten bereits in der Planungs- und Entwicklungsphase der Vorhaben aktiv mitwirken. Nur so können ein Interessensausgleich und die erforderlichen Rahmenbedingungen für die Anwendung geschaffen werden, was für die Nutzerakzeptanz enorm wichtig ist. Diese Komplexität muss sich letztendlich in einer (EU-weit abgestimmten) nationalen Strategie widerspiegeln. E-Health ist ein langfristiges Konzept, aber die einzig sinnvolle Chance für unser Gesundheitswesen zur Umstrukturierung und Modernisierung, um bei vertretbaren Kosten den steigenden Anforderungen einer immer älter werdenden Bevölkerung an medizinische und pflegerische Betreuung gerecht werden zu können.

6. Glossar.

Begriff	Erklärung
Case Manager	Case Manager ist ein junges Berufsbild im Gesundheitswesen. Die Position wird vorwiegend von Pflegekräften besetzt, die im Interesse des Patienten handeln, um eine durchgängige Behandlung über Sektoren, Fachgebiete und berufliche Kompetenzen hinweg sicher zu stellen. Der Case Manager betreut nicht nur Schnittstellen zwischen Ärzten und Pflegekräften, sondern auch zum Medizincontrolling und den IT-Abteilungen, den Sozialdiensten und der nachstationären Betreuung.
Compliance	Gesamtheit aller zumutbaren Maßnahmen, die das regelkonforme Verhalten eines Unternehmens, seiner Organisationsmitglieder und seiner Mitarbeiter im Hinblick auf alle gesetzlichen Ge- und Verbote begründen.
COPD	Chronisch obstruktive Lungenerkrankung – englisch: chronic obstructive pulmonary disease, Abkürzung: COPD, seltener auch chronic obstructive lung disease, GOLD – bezeichnet als Sammelbegriff eine Gruppe von Krankheiten der Lunge, die durch Husten, vermehrten Auswurf und Atemnot bei Belastung gekennzeichnet sind. In erster Linie sind die chronisch-obstruktive Bronchitis und das Lungenemphysem zu nennen. Beide Krankheitsbilder sind dadurch gekennzeichnet, dass vor allem die Ausatmung (Expiration) behindert ist. Umgangssprachliche Bezeichnungen sind „Raucherlunge“ für die COPD und „Raucherhusten“ für das Hauptsymptom.
Diffusion	Prozess der Verbreitung von Innovationen am Markt.
Drehtüreeffekt	Metapher, die bildhaft eine Veränderung darstellt, nach kurzer Zeit zum Ursprungszustand zurückzukehren. Ein Beispiel aus dem Gesundheitssektor wäre zum Beispiel die Kritik an den Maßnahmen zur Verweildauerkürzung im Krankenhaus. Kritiker argumentieren, dass durch die frühzeitige Entlassung das Risiko besteht, dass sich der Gesundheitszustand der (nicht vollständig ausgeheilten) Patienten schnell wieder verschlechtern könnte, und der Patient dann nach kurzer Zeit nach einem Rückfall erneut in das Krankenhaus eingeliefert würde. Der Patient verlässt das Krankenhaus durch die Drehtür und kehrt nach kurzer Zeit wieder.
DRG	Diagnosis Related Groups (kurz DRG, deutsch Diagnosebezogene Fallgruppen) bezeichnen ein ökonomisch-medizinisches Klassifikationssystem, bei dem Patienten anhand ihrer Diagnosen und der durchgeführten Behandlungen in Fallgruppen klassifiziert werden, die nach dem für die Behandlung erforderlichen ökonomischen Aufwand unterteilt und bewertet sind. DRGs werden in verschiedenen Ländern zur Finanzierung von Krankenhausbehandlungen verwendet. Während in den meisten Ländern die DRGs krankenhausbegleitet zur Verteilung staatlicher oder versicherungsbezogener Budgets verwendet werden, wurde in Deutschland das 2003 eingeführte DRG-System zu einem Fallpauschalensystem umgestaltet und seither zur Vergütung der einzelnen Krankenhausfälle verwendet.
E-Health@Home	Das Forschungs- und Gestaltungsprojekt „E-Health@Home“ wird durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) im Förderschwerpunkt „Technologie und Dienstleistung im demografischen Wandel“ unterstützt. Projektträger ist die DLR für Arbeitsgestaltung und Dienstleistungen.
Exazerbationen	Meist versteht man in der Medizin darunter den Ausbruch eines Krankheitsschubs bei chronischen, schubweise verlaufenden Erkrankungen. Ein gebräuchliches Synonym in der medizinischen Fachsprache ist daher auch „Schub“. Exazerbation einer chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) bezeichnet eine oft durch Viren oder Bakterien bedingte Verschlechterung einer COPD mit Verfärbung des Auswurfs, Husten und Luftnot; auch „Infektexazerbation“ genannt

Begriff	Erklärung
GMG	Das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung, kurz: GKV-Modernisierungsgesetz (GMG), ist die rechtliche Grundlage für den 2003 begonnenen Versuch einer Reform des deutschen Gesundheitswesens unter Kostengesichtspunkten. Mit dem Gesetz verfolgte die rot-grüne Regierungskoalition unter Bundeskanzler Gerhard Schröder das Ziel, die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung und damit die Lohnnebenkosten dauerhaft zu senken.
GOÄ	Die Gebührenordnung für Ärzte (auch GOÄ genannt) regelt die Abrechnung aller medizinischen Leistungen außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung.
ICT	Information and Communication Technology, zu Deutsch: Informations- und Kommunikationstechnologie.
IT-Governance	IT-Governance besteht aus Führung, Organisationsstrukturen und Prozessen, die sicherstellen, dass die IT die Unternehmensstrategie und -ziele unterstützt.
LAN	Local Area Network (LAN), ein lokales Datennetzwerk bestehend aus Verkabelung und Zugangskomponenten zu diesen.
MDK	Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) ist der medizinische, zahnmedizinische und pflegerische Beratungs- und Begutachtungsdienst der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung in einem Bundesland (Arbeitsgemeinschaft). Darüber hinaus berät er die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) in allgemeinen medizinischen Fragen (z.B. indem er dem Gemeinsamen Bundesausschuss zuarbeitet). Der MDK unterliegt der staatlichen Aufsicht (§ 281 Abs. 3 SGB V). Die Ärzte des MDK sind jedoch bei der Wahrnehmung ihrer medizinischen Aufgaben ausschließlich ihrem ärztlichen Gewissen unterworfen und nur im Übrigen weisungsgebunden (§ 275 Absatz 5 SGB V).
MVZ	Ein Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) ist eine vom deutschen Gesetzgeber mit dem GKV-Modernisierungsgesetz 2004 eingeführte Einrichtung zur ambulanten Krankenversorgung. MVZs müssen fachübergreifend sein, d.h. Fachärzte unterschiedlicher Richtungen, Apotheker oder Physiotherapeuten beschäftigen, und unter ärztlicher Leitung stehen. Als Geldgeber können auch Nichtärzte auftreten. Das Ziel ist die Konzentration der ambulanten Krankenversorgung auf wenige, aber effektive und kostengünstige Zentren.
SGB	Das deutsche Sozialgesetzbuch (SGB) ist die Kodifikation des Sozialrechts (im formellen Sinn). Im SGB sind die wesentlichen Bereiche dessen geregelt, was heute dem Sozialrecht zugerechnet wird; außerhalb des SGB bleiben insbesondere solche sozialrechtlichen Rechtsmaterien, die nur einen zeitlich oder personell beschränkten Anwendungsbereich haben.
SLA	Servicelevel Agreement. Dieses formal vereinbarte Dokument, das in der Regel Vertragsbestandteil einer ICT-Dienstleistung ist, legt quantitative (oder qualitative) Messgrößen fest, die regelmäßig zur Überprüfung eines Service ermittelt werden.
VDE	Verband der Elektrotechnik und Elektronik.
Weaning	Als weaning (englisch: to wean) wird die Phase der Entwöhnung eines beatmeten Patienten vom Beatmungsgerät bezeichnet.

7. Abbildungsverzeichnis.

Nr.	Name
Abbildung 1:	Der Gesundheitsmarkt.
Abbildung 2:	ICT als Enabler für innovative Geschäftsmodelle im Gesundheitswesen.
Abbildung 3:	Besondere Versorgungsformen.
Abbildung 4:	Wertschöpfungsstrukturen im AAL-Umfeld.
Abbildung 5:	Einordnung der Praxisbeispiele auf dem Gesundheitsmarkt.
Abbildung 6:	Vorteile REMEO®.
Abbildung 7:	Wertschöpfungspartner im Projekt.

8. Literaturverzeichnis.

Quelle	Titel
Arbeitsgruppe 7 „IKT und Gesundheit“ des Nationalen IT-Gipfels (2008)	Gutachten - Vorschläge und Handlungsempfehlungen zur Erarbeitung einer kundenorientierten eHealth-Umsetzungsstrategie, Oktober 2008
David, S.; Neumann, K., Friedl, M. (2009)	E-Health - Wachstumsperspektiven für die Telekommunikationsbranche, Roland Berger Strategy Consultants, April 2009
Eisenreich, S. et al. (2010)	Ökonomische Bewertung innovativer Versorgungskonzepte am Beispiel des Geschäftssystems REMEO®, Berlin/ Nürnberg, Januar 2010
Hübner, U.; Sellemann, B.; Frey, A. (2007)	IT-Report Gesundheitswesen - Schwerpunkt integrierte Versorgung, Niedersächsisches Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Verkehr, März 2007
Gersch, M.; Lindert, R.; Schröder, S. (2010)	Erlös- und Vergütungsmodelle im Gesundheitswesen, Berlin, Januar 2010
Gersch, M.; Lindert, R.; Schröder, S. (2010)	Innovative Geschäftsmodelle im Bereich E-Health@Home, Berlin, Januar 2010
Gersch, M.; Lindert, R.; Schröder, S. (2010)	Managementgesellschaften – Gelegenheitsfenster für branchenfremde Akteure im Gesundheitswesen, Berlin, Februar 2010
Maucher, I. (2010)	Design der Machbarkeitsstudie zum E-Health@Home Pilotprojekt „Sicherheit im Zuhause und unterwegs“. Bonn, Februar 2010
VDE (2007)	Intelligente Assistenzsysteme im Dienst für eine reife Gesellschaft. Frankfurt a.M.: VDE, 2007
Wegweiser (2009)	Gesundheitswirtschaft Deutschland 2009, Wegweiser, Februar 2009

Herausgeber:

T-Systems International GmbH
Hahnstr. 43d
60528 Frankfurt am Main

Verantwortlich für den Inhalt:

Portfolio & Offering Management

Kontakt:

T-Systems International GmbH
Market Intelligence
Uli Kunesch
Fasanenweg 5
70771 Leinfelden-Echterdingen
E-Mail: uli.kunesch@t-systems.com

T-Systems International GmbH
Portfolio & Offering Management
Dr. Irene Maucher
Am Propsthof 51
53121 Bonn
E-Mail: irene.maucher@t-systems.com

