

NACHSCHAU

Expertengespräche: Herausforderungen in der Gesundheitsversorgung des alpinen Raums vom 1.7.2014

„Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung & e-Health/Telemedicine“

Die **Expertengespräche am 1. Juli 2014** im Congresspark Igls fanden im Rahmen des EU-Projektes SPHERA statt und standen ganz im Zeichen der zukünftigen Herausforderungen in der Gesundheitsversorgung des alpinen Raumes. Veranstalter war die FH Kufstein Tirol unter der Leitung von Herrn Prof. (FH) PD Dr. Mario Döller in Kooperation mit der Standortagentur Tirol, DDr. Petra Stöckl.

70 Experten aus dem In- und Ausland erwartete ein spannender, sehr aktiver Tag mit zwei für Tirol relevante Themen: Potentiale und Herausforderungen grenzüberschreitender Gesundheitsversorgung benachbarter Regionen sowie Möglichkeiten und Risiken bei eHealth/Telemedizin Anwendungen, die regional aber auch überregional Anwendung finden.

Ziel der Tagung war es gemeinsam mit internationalen und nationalen Experten, regionalen und lokalen Entscheidungsträgern Potentiale, Strategien, Best Practise Modelle, Finanzierungsmodelle, Einschränkungen, Lücken und zukünftige Bedürfnisse und Herausforderungen in den Bereichen grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung und e-Health/Telemedizin im alpinen Raum, insbesondere in Grenzgebieten, zu erarbeiten. Die Ergebnisse dieser Expertengespräche werden in Empfehlungen an die EU einfließen, welche Themen in zukünftigen Förderprogrammen Berücksichtigung finden sollten. Durch die Tagung führten Dr. Siegfried Walch, MCI und Mag. Andreas Hauser, ECHO-Verlag.

Programm

Expertengespräch I: „Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung – wer profitiert davon?“

- Begrüssung und Vorstellung Sphera Projekt
Prof. (FH) PD Dr. Mario Döller, FH-Kufstein und DDr. Petra Stöckl, Standortagentur Tirol
- Moderation: Prof. (FH) Dr. Siegfried Walch, MCI
- Einleitende Statements:
 - Rahmenbedingungen für grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung
Alexander Meindl, AOK Bayern
 - Ein regionales Beispiel für grenzüberschreitende Gesundheitsangebote
Dipl. Päd. (FH) Harald Bachmeier, Rotes Kreuz Kufstein
 - Grenzüberschreitende Zusammenarbeit in der Euregio Mass-Rhein
Marian Ramakers-van Kuijk, M.A., EU Project EMRIC+ (NL, BE, D)
- Diskussion

Expertengespräch II: „e-Health und Telemedizin - Herausforderungen und Potentiale“

- Moderation: Andreas Hauser, ECHO-Verlag
- Best Practise Beispiele
 - Dr. Gerhard Pözl, Univ.-Klinik für Kardiologie, Herz-Mobil-Tirol-Projekt
 - Bob Mulrenin, M.S., Salzburg Research, EU-Projekt EMPOWER
 - DI Peter Amon, Siemens AG München, EU-Projekt CONCERTO
- Podiumsdiskussion zu den Möglichkeiten und derzeitigen Limitierungen von e-Health und Telemedizin
Am Podium:
 - Dr. Artur Wechselberger, Ärztekammer Tirol
 - Dr. Gerhard Pözl, Univ. Kliniken Innsbruck, Herz-Mobil-Projekt
 - Mag. Birger Rudisch, Patientenvertretung des Landes Tirol
 - Mag. Klaus Schindelwig, TILAK
 - Ass.-Prof. Dr. MMag. Alexander Hörbst, UMIT

Zusammenfassung der Ergebnisse (S. 4-5)

Anhang: Gekürzte Protokolle und Fotos (S. 6-11)

Expertengespräch I – Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung – wer profitiert davon?

Einleitung, Referate und Diskussion

Vorstellung - Sphera Project Prof. (FH) Dr. Mario Dölller, FH Kufstein Tirol

Mario Dölller gab einen Überblick über das Projekt SPHERA welches Teil des Alpine Space Programmes ist. Er stellte die beteiligten Partner aus Italien, Frankreich, Österreich, Slowenien und der Schweiz vor, orientierte über den Projektverlauf sowie aktuelle erste Projektergebnisse und betonte die Wichtigkeit der Sphera Ergebnisse für die nächste EU-Förderperiode 2014-2020. Herr Dölller lud zur aktiven Teilnahme an der Tagung ein um gemeinsam mit Experten wichtige zukünftige Herausforderungen und Potenziale im alpinen Raum in den Bereichen grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung und e-Health/Telemedizin zu benennen und zu erarbeiten.

Referat - Rahmenbedingungen für grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung Alexander Meindl, AOK Bayern

Bisher besteht keine EU-weite Harmonisierung der nationalen Gesundheitssysteme. Rechtsgrundlagen beruhen auf europäischem und nationalem Recht. Eine einheitliche EU-weite Umsetzung der sog. Patientenrechte-Richtlinie, die gesundheitliche und finanzielle Sicherheit der Patienten bei Behandlungen im EU-Ausland gewährleisten soll, ist noch nicht vollständig erkennbar. Grundprobleme bestehen im Hinblick auf verschiedene Finanzierungssysteme und verschiedene Rationierungssysteme. Hier stellt sich die Frage, wie diese koordiniert werden könnten. Aus Sicht der Versicherten bestehen Wünsche und Erwartungen nach einer besseren Regelung der grenzüberschreitenden Gesundheitsleistungen, verbesserter allgemeiner Informationen, Unterstützung durch die Krankenkasse bei Inanspruchnahme sowie verbesserte Informationen zum Thema Leistungsbezug/Finanzierung.

Referat - Ein regionales Beispiel für grenzüberschreitende Gesundheitsangebote Dip. Päd. (FH) Harald Bachmeier, Rotes Kreuz Kufstein

Herr Bachmeier berichtet über Erfahrungen mit dem grenzüberschreitendes EU-Projekt zum Thema grenzüberschreitende Seniorenversorgung "Betreutes Wohnen zuhause" (Interreg 2008-2011) im Grenzgebiet Österreich – Deutschland. Ziele waren die Einführung eines Case Managements, der Aufbau eines Netzwerkes sowie ehrenamtliches Engagement. Von dem Pilotprojekt profitieren konnten die EU-Bürger, Menschen in räumlichen Versorgungslücken, die Pflegestrukturen in Bayern sowie ausgebildete Freiwillige. Herausforderungen bzw. Hürden in der Umsetzung zeigten sich in den Bereichen wie länderspezifische Pflege- und Sozialversicherungsleistungen, Unterschiede im Berufsrecht, teilweise fehlendem politischen Willen, Konkurrenzdenken sowie Schwierigkeiten in der Umsetzung des Case Management-Ansatzes. Die Erfahrungen von Herrn Bachmeier zeigen dass Altersfragen nicht proaktiv bearbeitet werden, sondern teilweise eher notfallmässig. Er wünsche sich mehr Mut zur Veränderung, neue Dinge zu denken, das Thema angehen sowie Deutschland und Österreich, insbesondere Grenzregionen als Ganzes zu betrachten und nicht aufzuteilen.

Referat - Grenzüberschreitende Zusammenarbeit in der Euregio Mass-Rhein Marian Ramakers-van Kuijk, EU Project EMRIC+ (NL, BE, D)

Auch im Grenzgebiet habe jeder Bürger Recht auf die schnellst mögliche Hilfeleistung ohne das Staatsgrenzen eine Rolle spielen. In dieser seit Jahren laufender Zusammenarbeit zwischen den 3 Ländern Niederlande, Deutschland und Belgien, wurden die Bereichen wie medizinische Hilfeleistungen, Rettungsdienst, Brandschutz, Katastrophenschutz, Grossschadensereignisse grenzüberschreitend geregelt. Dafür wurden operationelle Absprachen und Vereinbarungen getroffen, Strukturen geschaffen, der Informationsaustausch sichergestellt und Krisenstäbe gebildet. Frau Ramakers van Kuijk ist nach jahrelangen Erfahrungen der Meinung, dass es für eine gute und funktionierende grenzüberschreitende Zusammenarbeit insbesondere Bedürfnis, Wille, Bottom up und Top down, gegenseitiges Vertrauen, Kenntnis der Systeme, klare Absprachen, die richtigen Institutionen, die richtigen Personen und Geld benötige um erfolgreich sein zu können.

Diskussion – Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung Fragen und Antworten finden Sie im Anhang, die Zusammenfassung der Ergebnisse auf Seite 4

Expertengespräche II – e-Health und Telemedizin – Herausforderungen und Potenziale

Best Practise Beispiele, Podiumsdiskussion

Best Practise Modell: Herz-Mobil-Tirol-Projekt Dr. Gerhard Pölzl, Univ.-Klinik Innsbruck für Kardiologie

Herz-Mobil Tirol ist ein integratives Versorgungsprojekt für Patienten nach akuter kardialer Dekompensation („Herzinsuffizienz“), bei dem ein nicht-invasives Telemonitoringsystem in ein umfassendes Betreuungsnetzwerk eingebunden ist. Die Telemonitoringeinheit umfasst eine Waage und ein Blutdruckmessgerät sowie ein Smartphone mit NFC (Near Field Communication) inklusive einer speziellen Herz-Mobil Applikation. Durch Schulung soll der Patient an Eigenkompetenz gewinnen. Durch Monitoring soll eine drohende Dekompensation frühzeitig erkannt werden und damit eine rechtzeitige Intervention sichergestellt werden (Verhinderung Rehospitalisation) und durch eine kontinuierliche, zeitnahe Therapieoptimierung eine längerfristige Stabilisierung der Erkrankung erzielt werden.

Best Practise Modell: EU-Project EMPOWER Bob Mulrenin, M.S., Salzburg Research

Das Projekt EMPOWER unterstützt die Selbstverantwortung von Menschen mit Diabetes im Umgang mit ihrer Erkrankung. Das modulare System bindet basierend auf semantischen Methoden unterschiedliche Informationsquellen z.B. Patientenakten, ärztliche Empfehlungen, Diabetes-Leitlinien sowie Verhaltensmuster mit ein. Patient Empowerment ist dabei ein wichtiger Aspekt für eine Patienten-zentrierte Versorgung und gilt als ein wesentliches Element für eine verbesserte Versorgung und mehr Patientensicherheit. Wesentlich hierfür ist, dass die Ärzte von dem System überzeugt sind. Auch wenn die Anwendung der Software lediglich 1-2 Minuten mehr Zeit kostet, kann das die Gefahr bergen, dass sie nicht akzeptiert wird. Das Erlauben eines Datenaustausches zwischen verschiedenen Ländern mit einer "Patient Consent Management-Software" könnte dieses Problem zu lösen.

Best Practise Modell: EU-Project CONCERTO DI Peter Amon, Siemens AG München

Das Projekt zielt darauf ab, die Telemedizin-Netzwerktechnologie durch die Bereitstellung qualitativ hochwertiger medizinischer Echtzeit Bild- und Videoübertragung zu verbessern. Hauptanwendungsgebiete sind beispielsweise der Rettungs- und Notfall Bereich neben anderen Gebieten wie Tele-Konsultationen oder Hilfestellung bei Operationen. Das Projekt unterstützt neue Szenarien, in denen der Patient bereits im Krankenwagen vollständig analysiert wird und die Resultate in Echtzeit in das Krankenhaus zur Diagnose übertragen werden. Ziele sind die Verbesserung drahtloser und mobiler Telemedizin mittels dem Austausch hochwertiger medizinische Bilder und Videos, interaktive Übertragungen und Fernanzeigen von medizinischer Bilddaten aus dem Krankenwagen sowie das Abrufen von Daten aus der Notaufnahme oder aus Krankenhaus-Datenbanken für Ferndiagnosen (Bsp. Teleradiologie, Telechirurgie). Wichtig ist bei der Übertragung vorhandene Ressourcen zu nützen und nicht zu blockieren. Es gibt viele rechtliche Vorgaben, die Berücksichtigung finden müssen.

Podiumsdiskussion – Möglichkeiten und derzeitige Limitierungen von e-Health und Telemedizin

Fragen und Antworten finden Sie im Anhang,
die Zusammenfassung der Ergebnisse auf Seite 5

Zusammenfassung der Ergebnisse, Ausblick – Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung

- **Ist-Stand:** Konsens herrscht darüber, dass Bedürfnisse nach einer grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung vorhanden sind. Dies gilt insbesondere in den grenznahen Gebieten oder in Gebieten die aufgrund ihrer räumlichen Entfernung Versorgungslücken (Beispiel medizinischer Personalmangel) und lange Versorgungswege aufweisen. Gemäss Herrn Walch gibt es viele Initiativen besonders durch Universitäten, die das Thema der grenzüberschreitenden Versorgung angehen. Beispielsweise gibt es Initiativen, aktiv Patientenfunde mit Diagnose und Akutbetreuung über ganz Europa zu verbreiten.
- **Grenzüberschreitende Zusammenarbeit:** Frau Ramakers-van Kuijk hat die Erfahrung gemacht, dass sich für eine gute und funktionierende grenzüberschreitende Zusammenarbeit folgende Punkte sich als wichtig gezeigt haben: Bedürfnis, Wille, Bottom up (vom Konkreten zum Abstrakten) und Top down (vom Abstrakten zum Konkreten), gegenseitiges Vertrauen, Kenntnis der Systeme, klare Absprachen, die richtigen Institutionen, die richtigen Personen und Geld. Herr Bachmeier wünscht sich mehr Mut zur Veränderung, neue Dinge zu denken, das Thema anzugehen. Bestehende erfolgreiche Best Practise Beispiele könnten als Vorbilder dienen.
- **Best Practise:** Erfahrungen zeigten, dass es eine gute Möglichkeit ist, mit Einzelinitiativen zu beginnen und sich dabei nicht lediglich auf Richtlinien zu fokussieren, sondern Initiativen weiter voranzutreiben. Praxisbeispiele haben zudem gezeigt, dass ein rechtzeitiger Einbezug aller Beteiligten wesentlich ist um Kritiker überzeugen zu können und eine allgemeine Akzeptanz zu gewinnen.

Lücken und Herausforderungen

Netzwerke: Problematisch kann das Bestreben nach Gewinnmaximierung bei der Behandlung von ausländischen Patienten sein (Bsp: Arzt in Grenzgebieten). Herr Meindl ist der Ansicht, dass hier insbesondere die Politik gefordert sei, Netzwerke zu etablieren. Man kann beispielsweise bei Cross Border Care Kooperationen an Best Practise Modelle (Beispiel: Zahnersatz) anknüpfen.

Rechtliche Regelungen: Beispielsweise für Rettungsdienste gibt es keine Verträge zwischen Deutschland und Österreich. Auch nicht zwischen Deutschland und den Niederlande. Dazu kommen jeweils andere Berufsrechte in den verschiedenen Ländern (Beispiel: Paramedics System).

Kosten und Finanzierung: Grosse Herausforderungen in der Finanzierung grenzüberschreitender, ausländischer medizinischer Behandlungen ergeben sich einerseits durch unterschiedliche Systeme und Finanzierungsmodelle, und andererseits durch den bürokratischen Aufwand. Hinzu kommt eine verzögerte Zahlungsmoral, wodurch es zu teilweise monatelangen Zahlungsrückständen kommt. Die Frage ist wer trägt das Kostenrisiko? Gemäss Herrn Meindl warte Deutschland und ebenso Österreich, auf Millionen Euro Behandlungsgelder die vom Ausland bisher nicht bezahlt wurden.

Übersetzungsdienste: Dolmetscher und Übersetzungsdienste stehen zur Verfügung. Unklar ist allerdings wer diese Kosten trägt. Es entstehen hohe Kosten, die nicht zum Versorgungssystem gehören.

Fazit: Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung wird von allen Teilnehmern als positiv und notwendig für die Zukunft erachtet. Es gibt Länder (Beispiel Euregio Maas Rhein), wo das sehr gut funktioniert. Ein Blick dorthin lohnt sich, um sich an diesen erfolgreichen Best Practise Modell zu orientieren.

Zusammenfassung der Ergebnisse, Ausblick - e-Health/Telemedizin

- **Technische und soziale Aspekte:** Konsens herrschte darüber, dass Technologien (Beispiel Herz-Mobil) eine Entlastung und Verbesserung in der Patientenbehandlung und Versorgung darstellen, wenn e-Health/Telemedizin Anwendungen einfach, verständlich, nützlich und fehlerfrei sind, sowie ganzheitlich eingebunden in Abläufe und Prozesse. Jedoch darf bei aller Technologie der persönliche Kontakt zum Patienten nicht verloren gehen.
- **Erfahrungen mit Projekten:** Beispiel Herz Mobil: Die Reaktion der Patienten ist positiv und sie fühlen sich unterstützt in ihrer Behandlung. Hinsichtlich Compliance und Durchführbarkeit sind rund 90 % der Patienten geeignet. Beispiel e-Medikation: Wesentlich ist, dass die Funktion in die Abläufe und Prozesse der Ärzte und Apotheker integriert werden kann. Eine Technologie, die bestehende Prozesse nicht abdeckt, nütze niemanden.
- **Monitoring / Kosten:** Grundlegende Fragen sind, welche Patienten bzw. welche Krankheitsbilder durchgängig überwacht werden sollen und wer dafür die Kosten trägt. Nicht primär die Kosteneinsparung sollte im Vordergrund stehen, sondern die Kosteneffizienz.

Lücken und Herausforderungen

- **Prozesse:** In der Vergangenheit hat man sich viel mit der Technologie beschäftigt und weniger mit den Prozessen. Für ein erfolgreiches Projekt ist es essentiell sich neben der Technologie, mit den Abläufen, Prozessen, Funktionalitäten und der Integration von Arzt und Patient auseinanderzusetzen.
- **Datenschutz, Vertrauen, Integration:** Die Thematik Datenschutz ist lösbar, aber das Vertrauen aller Beteiligten müsse geschaffen werden. Dies sei ein wichtiger Bestandteil eines e-Health Projektes. Die Einbindung von Systemkennern ist essentiell um unterschiedliche Bedürfnisse (z.B. Technologie versus Nutzen) zu klären. Vernachlässigt man dies führt dies dazu, dass der Fortschritt stagniert. Change-Management wird als essenzieller Bestandteil von Projekten gesehen. Technologie alleine führt nicht zur Akzeptanz oder Verhaltensänderung (Lebensstiländerung).

Fazit: Bei aller Technologie dürfe der persönliche Kontakt in der Patientenbehandlung nicht verloren gehen. In Zukunft müssten vor allem Prozesse und Abläufe besser in die technologische Entwicklung integriert werden. Eine ganzheitliche Sichtweise, der Einbezug aller relevanten Stakeholder und die Klärung unterschiedlicher Bedürfnisse bereits zu Projektbeginn werden als Erfolgsfaktoren für ein Projekt gesehen. Auch hier wiederum gilt es, von den Besten zu lernen.

Anhang: Gekürzte Protokolle der Diskussionen und Fotos

Gekürzte Protokolle der Diskussionen:

Diskussion – Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung

Fragen und Antworten:

Grenzüberschreitenden Versorgung

Publikum: Bedürfnisse nach einer grenzüberschreitenden Versorgung werden erkannt. Es wird ein Beispiel erwähnt: Projekt Ausserfern. Aufgrund der langen Versorgungswege bei Notfällen (Herzinfarkt) wurde in dieser Grenzregion nach Lösungen gesucht. Mit vertrauensvollen Gesprächen, Information und Einbindung der Bevölkerung konnte die Notwendigkeit nach einer Optimierung aufgezeigt werden. Die Folge war eine Unterstützung durch die Gemeinde mit Realisierung eines Herzkatheter Messplatzes (nach 2 Jahren) und einer 24/7 Versorgung für Patienten. Kritiker konnten überzeugt werden, grosse allgemeine Akzeptanz entstand.

Herr Meindl: Die Vorgehensweise sei sehr bedürfnisorientiert und zeigt dass es am besten wäre, mit Einzelprojekten anzufangen. "Vergesst die Richtlinien, es ist wichtig Freunde zu werden". Beispielsweise gibt es heute noch keinen Vertrag für grenzüberschreitende Rettungsdiensteinsätze zwischen Deutschland und Österreich.

Herr Bachmeier: Problem Berufsrecht. Es gibt keine EU Anerkennung des Rettungsdiensts. Wenn sich dann Regionen auch in ihrer Grundstruktur unterscheiden, wird es noch komplizierter. In den Niederlanden gibt es zum Beispiel ein Paramedics System und somit weniger Notärzte. Wenn deutsche Notärzte auf niederländische Paramedics treffen und die Niederländer etwas machen, was sie in Deutschland nicht tun dürften, wird es den Ärzten vorgeworfen. Das Thema sollte geöffnet werden in Richtung Paramedics.

Frau Ramakers: Zwischen Niederlande und Deutschland gibt es noch keinen Vertrag im Rettungsdienst.

Zusammenarbeit, Planung und Prävention

Publikum: Aufgrund von Personalmangel im ländlichen Raum ist eine zukünftige grenzüberschreitende Zusammenarbeit nötig, damit aber auch gleichzeitig mehr Planung notwendig. Wie sieht es im präventiven Bereich aus?

Frau Ramakers: Es gibt z.B. Projekte im Bereich Infektionskrankheiten und Adipositas. Beim Beneluxverband wird die Verrechnung automatisch geregelt.

Herr Meindl: Hinsichtlich Prävention versucht man die Produkte, welche jedes Land und jede Krankenkasse hat, untereinander auszutauschen (Informationen) und Gesundheitsversorgung abzugleichen. Es gibt Ansätze was die Praxis betrifft.

Sprachbarrieren

Herr Walch (Moderator): Unlängst gab es in Großbritannien einen Sprachtest für Ärzte um eine Mindestqualität an englischer Sprache zu garantieren. Was sind aktuelle Herausforderungen und Themen dazu?

Frau Ramakers: Da die meisten Rettungsdienst Einsätze in Deutschland und Niederlande sind, gibt es keine wirklichen Kommunikationsprobleme. Meiner Meinung nach ergibt sich aus Patientensicht folgende Frage: will man lieber sofort Hilfe erhalten oder auf jemanden länger warten der dafür die Sprache spricht?

Publikum: Wir haben 40-50 Dolmetscher im Angebot die Übersetzungen bei Patientenbehandlungen übernehmen. Wer diese Dienste bezahlt ist allerdings nicht geregelt. Es entstehen damit Kosten, die eigentlich gar nicht zum Versorgungssystem gehören. Die TGKK hat das System des Videodolmetschers auch schon im Einsatz.

Herr Meindl: In Deutschland kennen wir dieses Problem auch. Die vielen Sprachen stellen uns vor große Herausforderungen. Ohne externe Unterstützung kann dieses Problem aber nicht gelöst werden.

Frau Ramakers: Bei exotischen Sprachen haben wir dasselbe Problem wie in Österreich und Deutschland.

Strategien, Netzwerke

Publikum: Thema Allgemeinmedizin: Probleme in der Versorgung, der Landarzt macht Hausbesuche, wie ist es in diesem Sinne mit der Grenzüberschreitung? Welche Strategien gibt es?

Herr Meindl: Das Problem bei der Bedarfsplanung im ärztlichen Bereich liegt nicht unmittelbar bei der Krankenkasse in Deutschland, sondern bei den Kassenärztlichen Vereinigungen /Landesausschüssen Ärzte und Krankenkassen.

Herr Meindl: Wenn es einen Arzt an der Grenze (Raum Deutschland/Österreich) gibt, ist es möglich diesen aufzusuchen ohne vorherige Genehmigung der Kasse. Aber ein Arzt darf nicht aus Gewinnmaximierungen ausländische Patienten bevorzugen. Doch das Ziel scheint oftmals zu sein, möglichst viel Geld von dem ausländischen Patienten zu holen. Es ist ein Unterschied, ob ich mit einer „formellen“ Genehmigung im Rahmen des Europäischen Ordnungsrechts zu einem ausländischen Arzt gehe, oder im Rahmen der Wahlmöglichkeit durch die Patientenrechte-Richtlinie. Wird man im Rahmen der formellen Genehmigung behandelt ist man einem Versicherten des Behandlungsstaates soz. gleichgestellt, im anderen Fall begibt man sich als Privatpatient in Behandlung. Die Politik ist gefordert, solche Netzwerke zu verbinden. Man kann auf Best Practice Beispiele aufsetzen in Hinblick auf Cross Border Care Kooperation.

Herr Bachmeier: Vor vielen Jahren hat man versucht alles grenzüberschreitend zu machen. Ärztliche Leistungen grenzüberschreitend wären unproblematisch, aber es gibt politische Probleme.

Kosten & Finanzierung

Publikum: Einen deutschen Patienten heute nach Österreich zur Behandlung zu schicken ist komplizierter geworden als früher?

Herr Meindl: Die gezielte Genehmigung für Behandlungen im Ausland mittels entsprechender Formulare bzw. Anspruchsbescheinigung funktioniert grds. gut. In einigen Fällen kommt es jedoch zu Problemen bei der Akzeptanz dieser Bescheinigungen, weshalb vor Behandlungsbeginn eine entsprechende Abklärung erfolgen sollte. Das Problem ist einerseits die Bürokratie, andererseits die Finanzierungsproblematik. Die Frage ist wer trägt das Kostenrisiko. In Deutschland warten wir auf Millionen Euro Behandlungsgelder die vom Ausland bisher nicht bezahlt wurden.

Publikum: Formular E112: Krankenbehandlung in einem anderen Mitgliedstaat. Ist Österreich restriktiver in der Ausstellung als Deutschland?

Herr Meindl: In Grenzregionen kann der Eindruck entstehen, dass Deutschland häufiger entsprechende Genehmigungen ausstellt. Nach unseren Erfahrungen werden Genehmigungen für Behandlungen in Deutschland eher für besonders spezialisierte Behandlungen erteilt. Dadurch gleicht sich die Situation insgesamt an, die regionale Wahrnehmung kann allerdings eine andere sein. Eine inflationäre Ausstellung bestehe insgesamt nicht, sondern vielmehr ein sehr gezielter Einsatz. Was allerdings ein Problem ist, ist die verzögerte Zahlungsmoral einzelner Staaten, wodurch es zu teilweise jahrelangen Zahlungsrückständen kommt. Zwischen Österreich und Deutschland läuft die Abrechnung aber ordnungsgemäß und innerhalb der bestehenden Zahlungsfristen ab. Regionale Initiativen zur Beschleunigung der Kostenabrechnung im Bayerisch-Österreichischen Grenzgebiet mussten aber mangels entsprechender Rechtsgrundlagen wieder eingestellt werden.

Publikum: Wie löst man die Finanzierungsprobleme bezüglich der grenzüberschreitenden Versorgung, insbesondere bei weitentfernten Ländern. Gibt es dazu Überlegungen?

Herr Meindl: Es gibt verschiedene Herangehensweisen. Staaten die die Gesundheitsversorgung entsprechend ihrer Infrastruktur gut sicherstellen können, werden weniger auf ausländische Angebote zurückgreifen müssen.. Staaten die sich ggf. den Aufbau von bestimmten Angeboten sparen wollen können ggf. verstärkt auf vorhandene Angebote im Ausland zurückgreifen. Nach unseren Informationen hat z.B. Slowenien im Zuge der Umsetzung der Patientenrechte-Richtlinie die Leistungsanspruchnahme im Ausland für viele Behandlungen ermöglicht und dafür eine Rückerstattung an die Betroffenen vorgesehen. Aber es geht auch um den politischen Willen - keiner wird gewählt wenn der das Krankenhaus schließt oder einen Neubau verhindert. Durch eine gemeinschaftliche Ausnutzung der Ressourcen könnte man Geld sparen. Man sollte sich in Zukunft auch bei der Planung von Ressourcen Gedanken machen.

Frau Ramakers: In den Niederlanden ist vor 10 Jahren ein flächendeckendes System von Hubschraubern zur medizinischen Versorgung erstellt worden, welches vom Gesundheitsministerium bezahlt wird.

Herr Walch (Moderator): Es laufen viele Initiativen besonders über Universitäten, die das Thema der grenzüberschreitenden Versorgung angehen.

Diskussion - Möglichkeiten und derzeitigen Limitierungen von e-Health und Telemedizin

Fragen und Antworten:

Positive / negative Auswirkungen von Technologie

Herr Hauser (Moderator): Gut ausgebildetes Pflegepersonal ist knapp. Sehen Sie hierfür eine Belastung oder Entlastung für Ärzte z.B. durch Herz-Mobil?

Herr Wechselberger: Wenn es gut aufgesetzt und richtig gemacht ist, erwarten wir uns eine Entlastung für beide Seiten: Für Patienten Wege, die seltener in Kauf genommen werden müssen, und für Ärzte Informationen, die sie bekommen. Letztlich kommt es darauf an, wie die Partnerschaft funktioniert. Wie gut ist die Aufklärung und Einbindung des Patienten? Wenn die technische Unterstützung einfach, verständlich und fehlerfrei ist erwarte ich mir eine Verbesserung. Allerdings muss man bedenken dass der Umgang mit Patienten viel mit persönlichem Kontakt zu tun hat und man muss aufpassen, dass dieser durch den Einsatz von Technologie nicht wegfällt.

Herr Rudisch: Ich sehe es so wie Herr Wechselberger. Bei aller Technologie darf der persönliche Kontakt nicht verloren gehen. Die Technik funktioniert, aber der persönliche Kontakt fehlt. Eine Verbesserung der Schnittstellen durch technische Unterstützung ist wünschenswert.

Erfahrungen mit Projekten

Herr Walch (Moderator): Wie ist die Reaktion auf Herz-Mobil von den Patienten?

Herr Pölzl: Sie nehmen es sehr positiv auf. Sie fühlen sich im Umgang mit der Erkrankung sehr unterstützt aber die Unsicherheit muss betont werden. Die Unsicherheit über das Wissen, den Verlauf und die Entwicklung der Erkrankung. Das beschäftigt die chronisch erkrankten Patienten, insbesondere weil ihre Krankheit zum Tod führen kann.

Herr Hauser (Moderator): Bitte Herr Hörbst stellen Sie kurz ihr Projekt und ihre Erfahrungen vor.

Herr Hörbst: Zum Projekt: Die e-Medikation ist ein Pilotprojekt vor der Umsetzung der elektronischen Gesundheitsakte: Ziel ist es, zu testen in wieweit eine Medikationsübersicht möglich ist. Der Arzt sieht also wann und was dem Patienten verschrieben wurde. Erfahrungen: Es ist ein wichtiges Thema. Allerdings hat man sich lange mit der Technologie beschäftigt und weniger mit den Prozessen. Eine wichtige Überlegung ist, wie kann man Arzt und Patient integrieren und welche Prozesse gibt es?

Datenschutz, Vertrauen, Benefit

Herr Hauser (Moderator): Kann man Datensicherheit gewährleisten ?

Herr Schindelwig: Es gibt keine absolute Sicherheit. Die Thematik Datenschutz ist lösbar, aber das Vertrauen von Ärzten und Patienten muss geschaffen werden. Das ist ein wichtiger Teil eines E-Health Projektes. Es ist gefährlich, wenn Systemkenner zu wenig eingebunden werden.

Herr Wechselberger: Bsp: ELGA: Unterschiedliche Bedürfnisse (Technologie vs. Kundennutzen /Userbenefit) drängen das Tool in eine Ecke, was dazu führt dass der Fortschritt stagniert.

Herr Pözl: Die Zurverfügungstellung von Daten ist wichtig. Das aber bedingt dass die User dahinterstehen (Ärzte, Schwestern) und es anwenden können. Die Technologie muss ganzheitlich eingebunden sein (Abläufe, Prozesse, Netzwerk).

Anwendbarkeit / Userbility

Publikum: Wieviel Prozent der Patienten halten Sie für geeignet für so ein E-Health Projekt im Hinblick auf Compliance und Durchführbarkeit?

Herr Pözl: 90 % der Patienten sind dafür geeignet.

Monitoring / Umgang mit Daten / Kosten

Herr Pözl: Bsp: Herz-Mobil. Wenn keine Auffälligkeiten bestehen werden die Daten gebündelt in gewissen Zeitabständen überprüft und verschickt.

Herr Schindelwig: Es stellt sich die Frage, welche Patienten, welche Krankheitsbilder wollen wir durchgängig monitoren und wer trägt die Kosten dafür? Diese Frage sollte in alle Projekte eingebunden sein.

Herr Rudisch: Die staatliche Überlegung sollte sein, wann macht Präventivmedizin Sinn?

Lebensstiländerung / Compliance

Publikum: Erfolgt durch den Einsatz von Technologie eine Lebensstil- oder Verhaltensänderung?

Herr Hörbst: Technologie reicht nicht aus um eine Lebensstiländerung herbeizuführen. Man braucht eine Frage und ein Problem und dann erst muss man schauen, ob die Technologie hilft. Bsp: Bluter: Es hat funktioniert, weil wir ihnen ein neues Handy geschenkt haben. Die Patienten waren jung und sie hatten Freude daran, das Smartphone zu benutzen und damit ihren Lebensstil zu ändern.

Herr Wechselberger: Auch Information alleine führt nicht zur Lebensstiländerung. Wesentlich sind das Verstehen, Akzeptieren und einen Sinn in der Änderung zu sehen und es zu machen. Wenn ein System dabei helfen kann ist es ok, aber sonst? Es ist wichtig, dass man Zeit hat, sich dem Patienten zu widmen.

Herr Schindelwig: Bsp: Elektronischer Impfpass. Er hat nicht zu einer Verhaltensänderung geführt. Man ändert seine Lebensgewohnheiten nicht nur dadurch, dass man ein wenig mehr weiß (gute Beispiele: Rauchen und ungesunde Ernährung).

Psychologie vs. Technologie

Publikum: Wäre es nicht geschickter die Psychologie mehr in den Fokus zu rücken als die Technologie?

Herr Hörbst: Change-Management wird benötigt. Es wird häufig diskutiert, dass Projektanträge nur mehr dann akzeptiert bzw. besprochen werden, wenn dieses genau erklären, wie man von Zustand A nach B kommt.

Kosteneinsparung vs. Kosteneffizienz

Publikum: Werden durch Technologie Kosten eingespart?

Herr Pölzl: Von solchen Versorgungsprojekten wie Herz Mobil kann man sich nicht erwarten, dass Kosten eingespart werden. Die Frage ist auch nicht, wie man Kosten reduzieren kann, sondern wie man Geld effizienter verwenden kann.

Herr Wechselberger: Einsatz von Technologie verändert Prozesse. Es führt zu ökonomischen Ängsten. Bei einem fallen Einnahmen weg und beim anderen fallen Kosten weg. Es gibt immer Verlierer und Gewinner - den Verlierern muss ich eine Option geben, sie mit ins Boot holen. Deswegen ist das Change-Management wichtig.

Herr Hörbst: Woher kommt der Gedanke das E-Health immer Kosten spart? Bsp Handy: Die Technologie ist billig, aber der Prozess wird teuer. Es ist ein Trugschluss, dass E-Health Kosten spart.

Abläufe / Prozesse

Publikum: Prozesse sind in jedem Krankenhaus verschieden. Es muss sich nicht nur die Software an den Prozess anpassen, sondern auch der Prozess an die Software.

Herr Schindelwig: Wird dies nicht beachtet kann es zu bösen Überraschungen kommen.

Neue Arbeitsrealitäten

Publikum: Direkte Kommunikation wird durch technische Hilfsmittel ersetzt. Wie reagiert man darauf, dass sich die Arbeitsrealität stark verändert? Wie werden die Ärzte in Österreich auf die neuen Arbeitsrealitäten vorbereitet?

Herr Wechselberger: Die Ärzte werden darauf vorbereitet, indem sie die neue Arbeitsrealität selbst erleben. Bsp: Patienten E-Mail Anfragen. Wie gehe ich damit um? Es müssen sich Dinge herauskristallisieren, die im Ärztesgesetz abgebildet werden, deren Abbildung bis dato fehlt.

Herr Hauser (Moderator): Die Zeit ist fortgeschritten und trotz reger und intensiver Diskussion müssen wir hier leider schliessen. Um dieses Thema vollkommen aufzuarbeiten, benötigen wir zukünftig weitere solcher Workshops und Diskussionen.

Ende der Veranstaltung

Prof. (FH) Dr. Mario Döllner: Dankt allen Teilnehmern für ihr aktives Mitwirken, dem wertvollen und offenen Austausch und Dialog zu den für Tirol sehr relevanten Themen. Die Ergebnisse der Expertengespräche werden auf Wunsch direkt zugesandt bzw. auf der Website der FH Kufstein Tirol und der Standortagentur Tirol publiziert. Verabschiedung und gemütliches Beisammensein sowie Einladung zur Teilnahme am anschließenden Clusterpartnertreffen der Standortagentur Tirol.

Für Fragen oder Anliegen stehen Ihnen gerne jederzeit Herr Prof. (FH) PD Dr. Mario Döllner, Email: mario.doeller@fh-kufstein.ac.at und Frau Mag. Bettina Kindl, Email: bettina.kindl@fh-kufstein.ac.at zur Verfügung.



