


Modelle für eine bedarfsgerechte, regionale Versorgungslandschaft

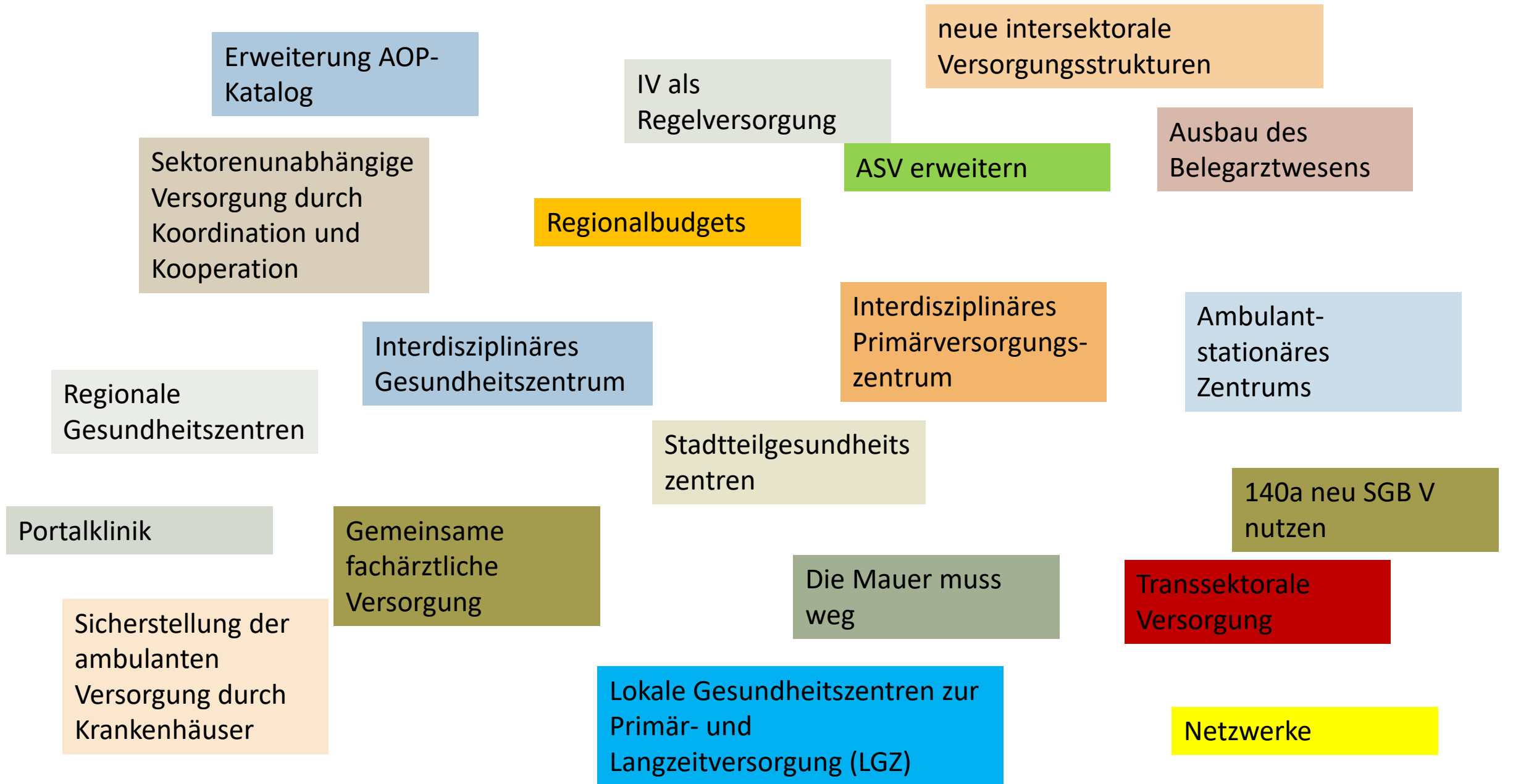
DR. MATTHIAS GRUHL

FA FÜR ÖFFENTLICHES GESUNDHEITSWESEN

STAATSRAT A.D. DER FHH

Hannover, 08.12.2021





Gesundheitszentren: Sektorenübergreifende Sprachverwirrung

Gemeinsam für ein modernes Niedersachsen

Modellvorhaben bieten die Möglichkeit zur intersektoralen Zusammenarbeit. In kommunalen Gesundheitszentren gibt es unterschiedliche ambulante Versorgungsangebote unter einem Dach. Weitere Gesundheitsregionen sollen aufgebaut und medizinische Versorgungszentren, auch in kommunaler Trägerschaft, unterstützt werden.

JETZT FÜR MORGEN DER ERNEUERUNGSVERTRAG FÜR BADEN-WÜRTTEMBERG

Unser Ziel ist es gleichzeitig, die Sektorengrenzen zwischen ambulant und stationär im Gesundheitssystem zu überwinden. Wir wollen eine interprofessionelle und innovative, am Bedarf der Patientinnen und Patienten ausgerichtete Versorgung erreichen. Dafür werden wir beispielsweise die flächendeckende Einrichtung von interdisziplinären Primärversorgungszentren und den weiteren Aufbau von Telemedizin fordern.

KOALITION DES AUFBRUCHS UND DER ZUKUNFTS- CHANCEN IN RHEINLAND-PFALZ

Im ländlichen Raum wollen wir möglichst in Gesundheitszentren angesiedelte und miteinander kooperierende Angebote aus ambulanter, teil- und kurzzeitstationärer sowie pflegerischer Versorgung schaffen. Wo es geht, werden wir hierzu die Möglichkeiten des Krankenhausstrukturfonds nutzen.

Koalitionsvertrag 2021-2025

- *Wir wollen einen Aufbruch in eine moderne **sektorenübergreifende** Gesundheits- und Pflegepolitik*
- *Durch den Ausbau **multiprofessioneller, integrierter Gesundheits- und Notfallzentren** stellen wir eine **wohntnahe, bedarfsgerechte, ambulante und kurzstationäre Versorgung** sicher und fördern diese durch spezifische Vergütungsstrukturen.*
- *Zudem erhöhen wir die Attraktivität von **bevölkerungsbezogenen Versorgungsverträgen (Gesundheitsregionen)** und weiten den gesetzlichen Spielraum für Verträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern aus, um innovative Versorgungsformen zu stärken.*
- *Die Gründung von **kommunal getragenen Medizinischen Versorgungszentren** und deren Zweigpraxen erleichtern wir und bauen bürokratische Hürden ab.*

Ansatzpunkte für eine sektorenübergreifenden Versorgung (SÜV)

- I. **Institutionelle SÜV**: Schnittstellen z.B. ambulant/stationär generell vermindern

- II. **Patientenbezogene SÜV**: für unterschiedliche Behandlungsanlässe wird die Verantwortung umfassend an eine fachlich federführende Institution übertragen

- III. **Regionsbezogene SÜV**: Für ein definiertes Gebiet wird gesundheitliche Versorgung koordiniert erbracht

Hier könnte Ihr Text stehen



Die Mauer muss weg !

I. Institutionelle SÜV: Klassischen Varianten

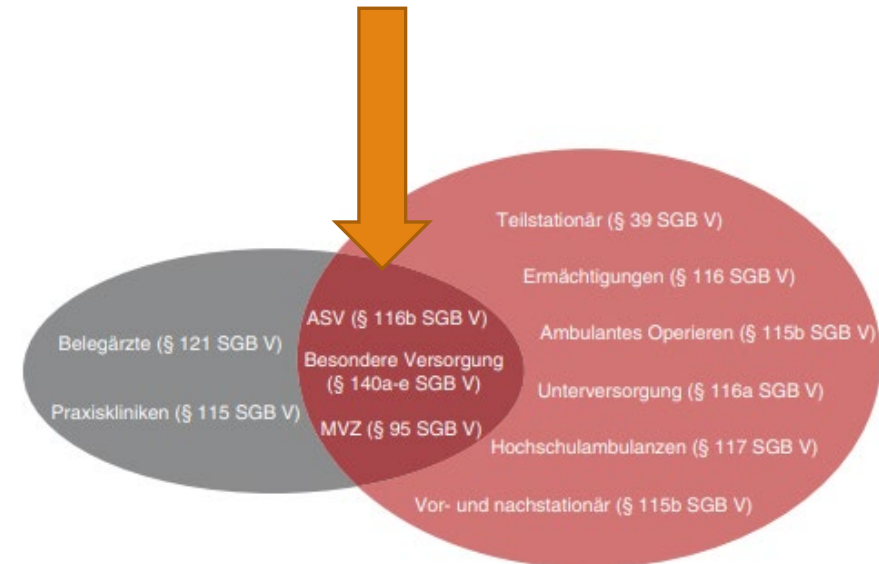
„ÜBERGRIFFIGKEIT“

Sektor A darf im Sektor B wirken

GEMEINSAME LEISTUNGSERBRINGUNG

#	Rechtsform	§(§) SGB V	Start	Initialgesetz
1	ermächtigte Krankenhausärzte und ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen	116 (zuvor: 368a (§) RVO) 95 (1)	18.08.1955	* Gesetz über Kasernenrecht (GKAR)
2	Pseudostationäre Behandlung (Stundenfälle)	– (39)	–	** Gesundheitsreformgesetz (GRG)
3	Praxiskliniken (dreiseitige Verträge)	122*, 115**	*25.03.2009 **01.01.1989	* Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHfRG) ** Gesundheitsreformgesetz (GRG)
4	Ambulantes Operieren im Krankenhaus	115b	01.01.1993; 01.01.2000	Gesundheitsstrukturgesetz (GStG); erweitert durch GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000
5	Vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus	115a	01.01.1993	Gesundheitsstrukturgesetz (GStG)
6	Ambulante Behandlung im Krankenhaus bei Unterversorgung	116a	01.01.2004	GKV-Modernisierungsgesetz (GMG)
7	Ambulante Behandlung im Krankenhaus	116b (2 ff.)	01.01.2004	GKV-Modernisierungsgesetz (GMG)
8	Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV)	116b (neu)	01.01.2012	GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG)
9	Hochschulambulanzen	117 (zuvor: 368n RVO)	18.08.1955	Gesetz über Kasernenrecht (GKAR)
10	Sozialpädiatrische Zentren	119	01.01.1989	Gesundheitsreformgesetz (GRG)
11	Pädiatrische Spezialambulanzen/ Spezialambulanzen an Kinderkassen	120 (1a)	25.03.2009	Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHfRG)
12	Psychiatrische Institutsambulanzen	118 (zuvor: 368n (6) 2 RVO)	01.01.1986	Gesetz zur Verbesserung der ambulanten und stationären Versorgung psychisch Kranker (PsychKVVerfG)
13	Geriatrische Institutsambulanzen	118a	01.01.2013	Psych-Entgeltgesetz (Psych-EntgeltG)
14	Strukturierte Behandlungsprogramme (DMP)	137f	01.01.2004	GKV-Modernisierungsgesetz (GMG)
15	Integrierte Versorgung	140a-d	01.01.2000	GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000
16	Besondere Versorgung	140a	23.07.2015	GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VStG)
17	Teilstationäre Behandlung	39	01.01.1989	Gesundheitsreformgesetz (GRG)
18	Notfallambulanzen	75 (1)/76 (1) (zuvor: 368d (1) RVO)	01.01.1989	Gesetz über Kasernenrecht (GKAR)/Gesundheitsreformgesetz (GRG)
19	Ambulante Behandlung via Terminservicestellen	75 (1a)	23.07.2015	GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VStG)

Krankenhaus-Report 2016
WIdO



Fazit: Ausnahmen und Modelle setzen sich nicht durch

I.

Institutionelle SÜV: neuere Überlegungen

MATERIELLE KOOPERATIONSANREIZE

Z.B. SAPV

BL-AG: Kooperationspauschale zw. Ambulanter
Langzeitpflege und hausärztlicher Versorgung

SEKTORENUNABHÄNGIGE
LEISTUNGSERBRINGUNG

BL-AG: gemeinsame fachärztliche Versorgung

KOA 21-25: Hybrid-DRG

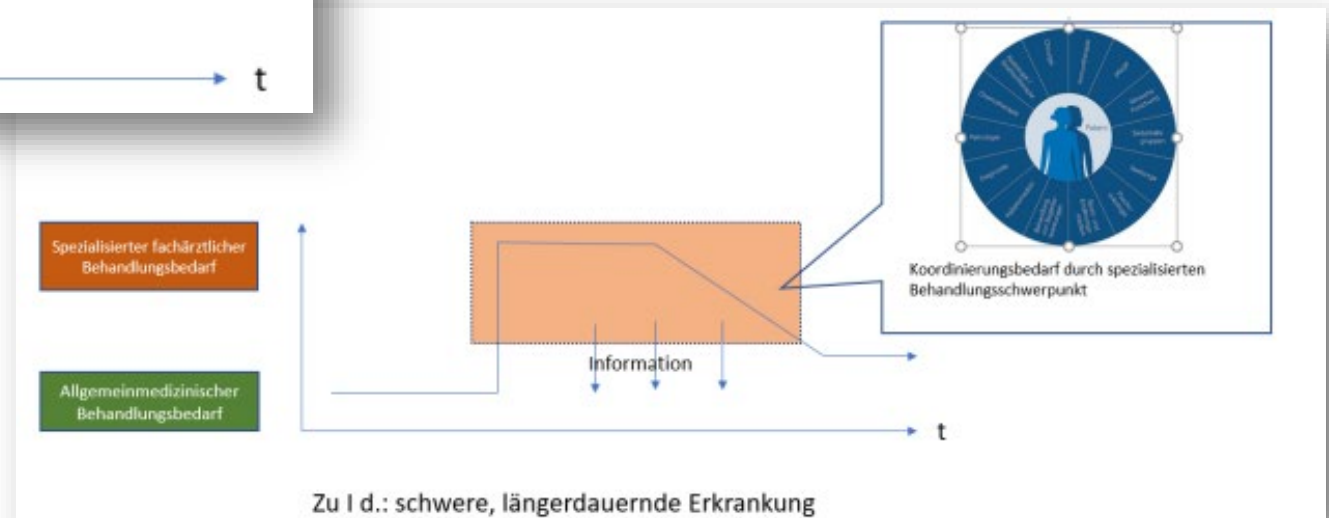
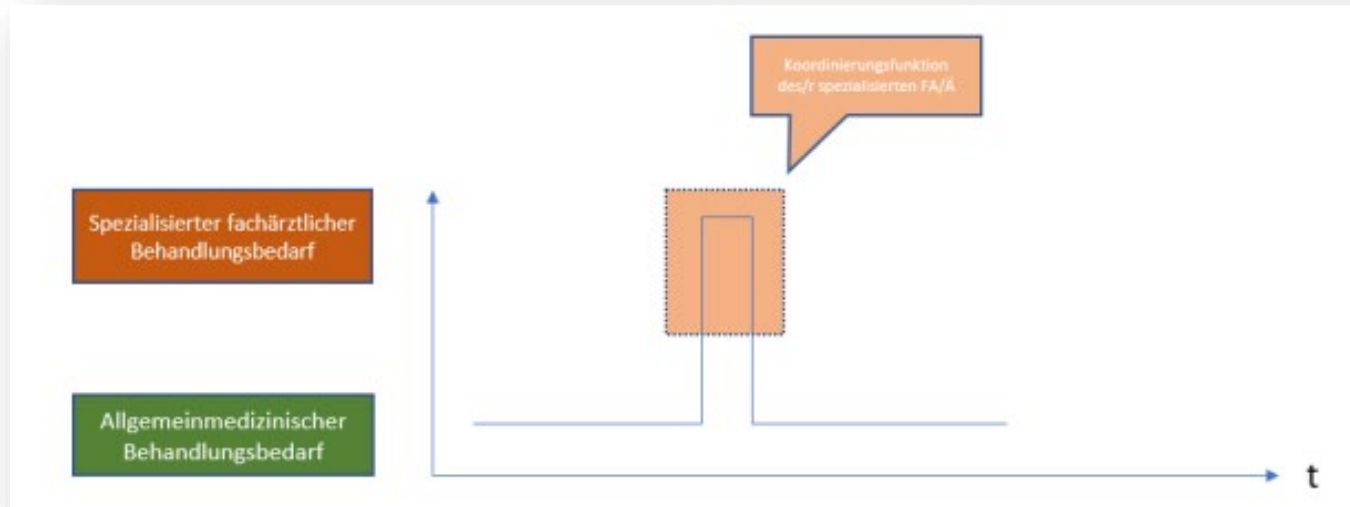
Ansatzpunkte für eine sektorenübergreifenden Versorgung (SÜV)

- I. **Institutionelle SÜV**: Schnittstellen z.B. ambulant/stationär vermindern

- II. **Patientenbezogene SÜV**: für unterschiedliche Behandlungsanlässe wird die Verantwortung umfassend an eine fachlich federführende Institution übertragen

- III. **Populationsbezogene SÜV**: In einer definierten Region wird das Management der Versorgung einer koordinierenden Organisation übertragen

II. Patientenbezogene SÜV: für unterschiedliche Behandlungsanlässe wird die Verantwortung umfassend an die fachlich federführende Institution übertragen



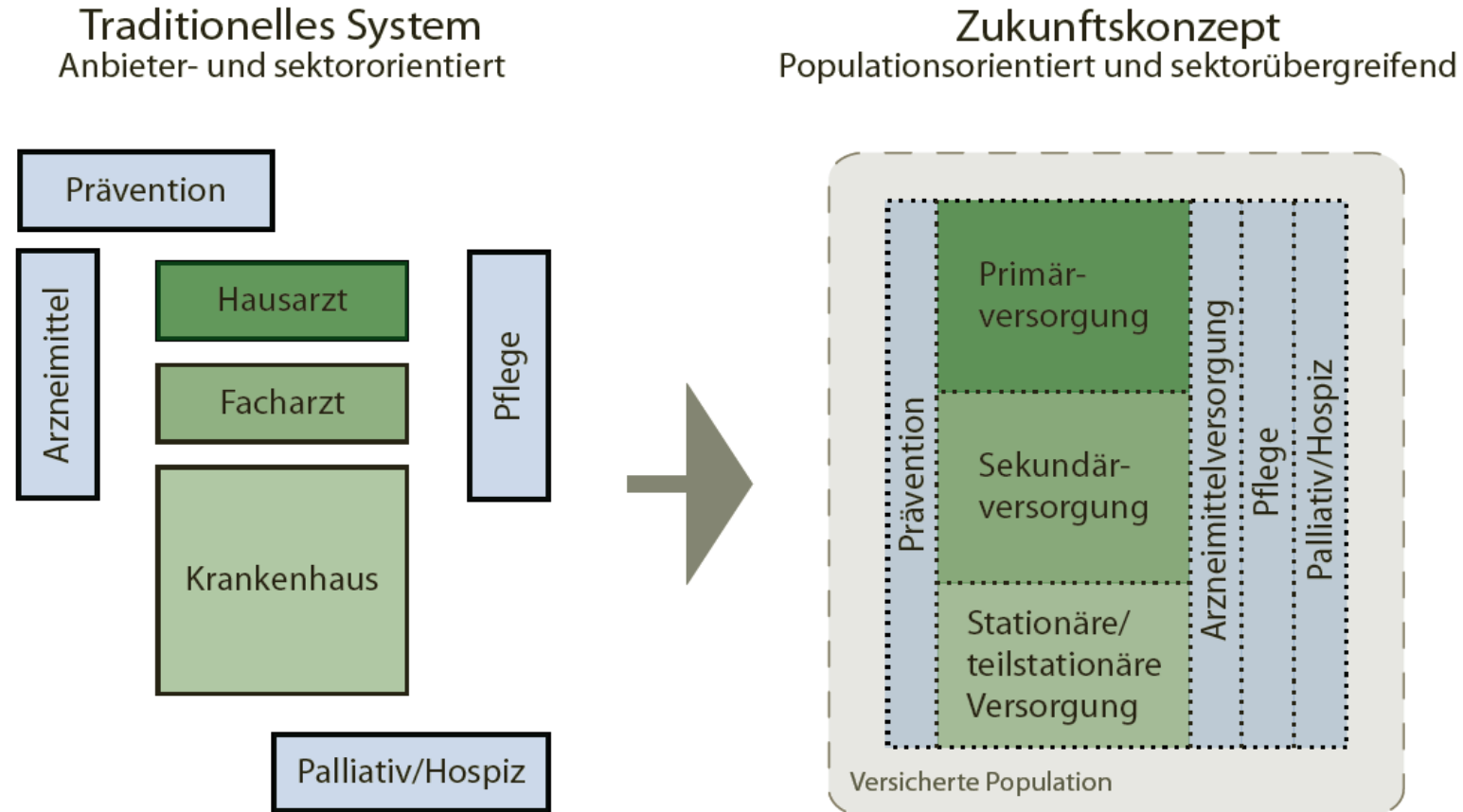
Ansatzpunkte für eine sektorenübergreifenden Versorgung (SÜV)

- I. **Institutionelle SÜV**: Schnittstellen z.B. ambulant/stationär vermindern

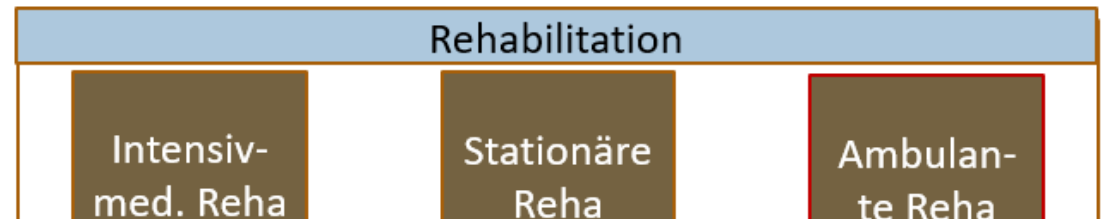
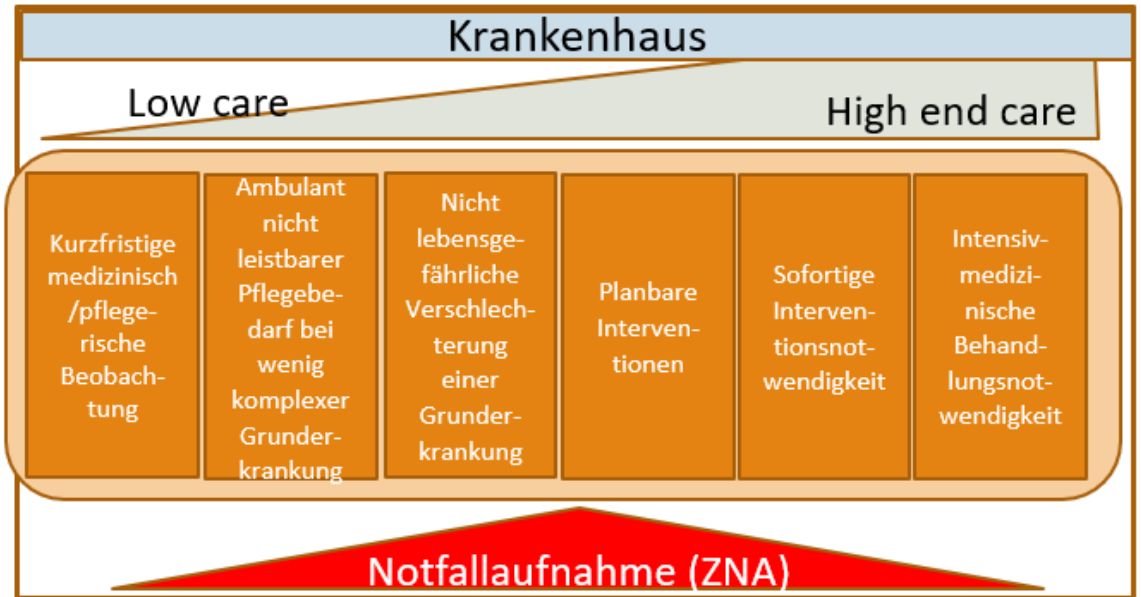
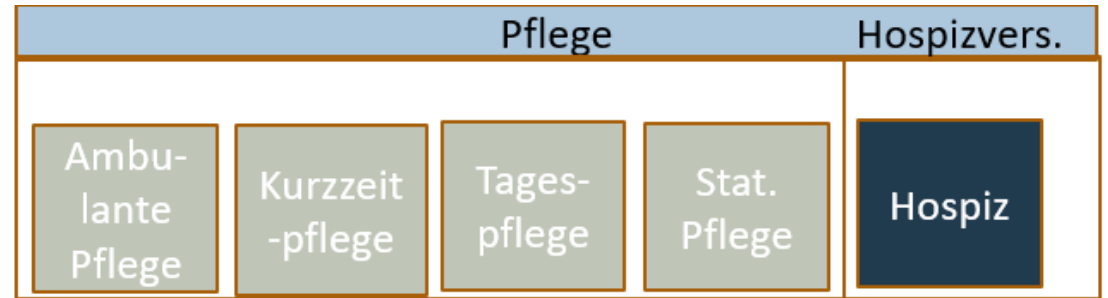
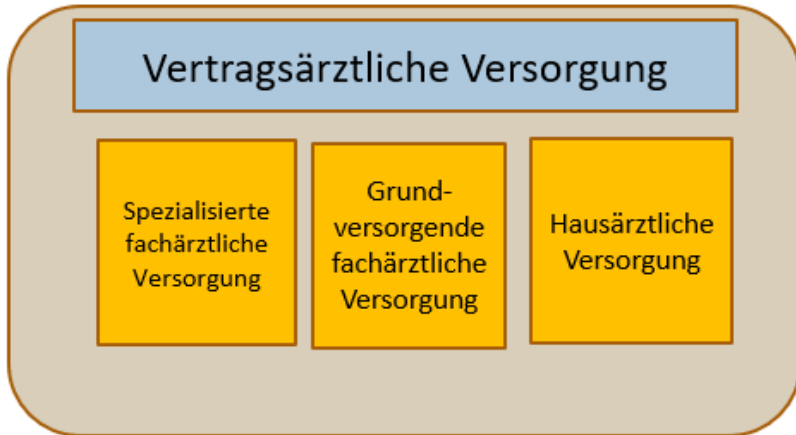
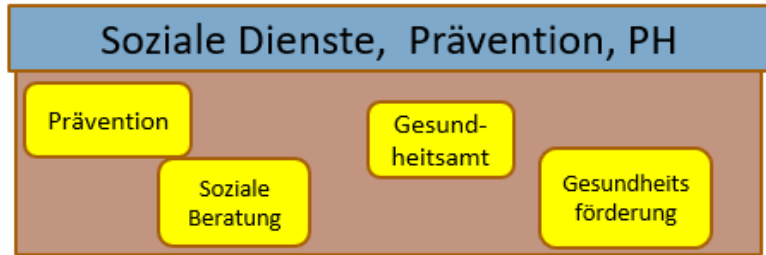
- II. **Patientenbezogene SÜV**: für unterschiedliche Behandlungsanlässe wird die Verantwortung umfassend an eine fachlich federführende Institution übertragen

- III. **Regionsbezogene SÜV**: Für ein definiertes Gebiet wird gesundheitliche Versorgung durch eine Institution koordiniert erbracht

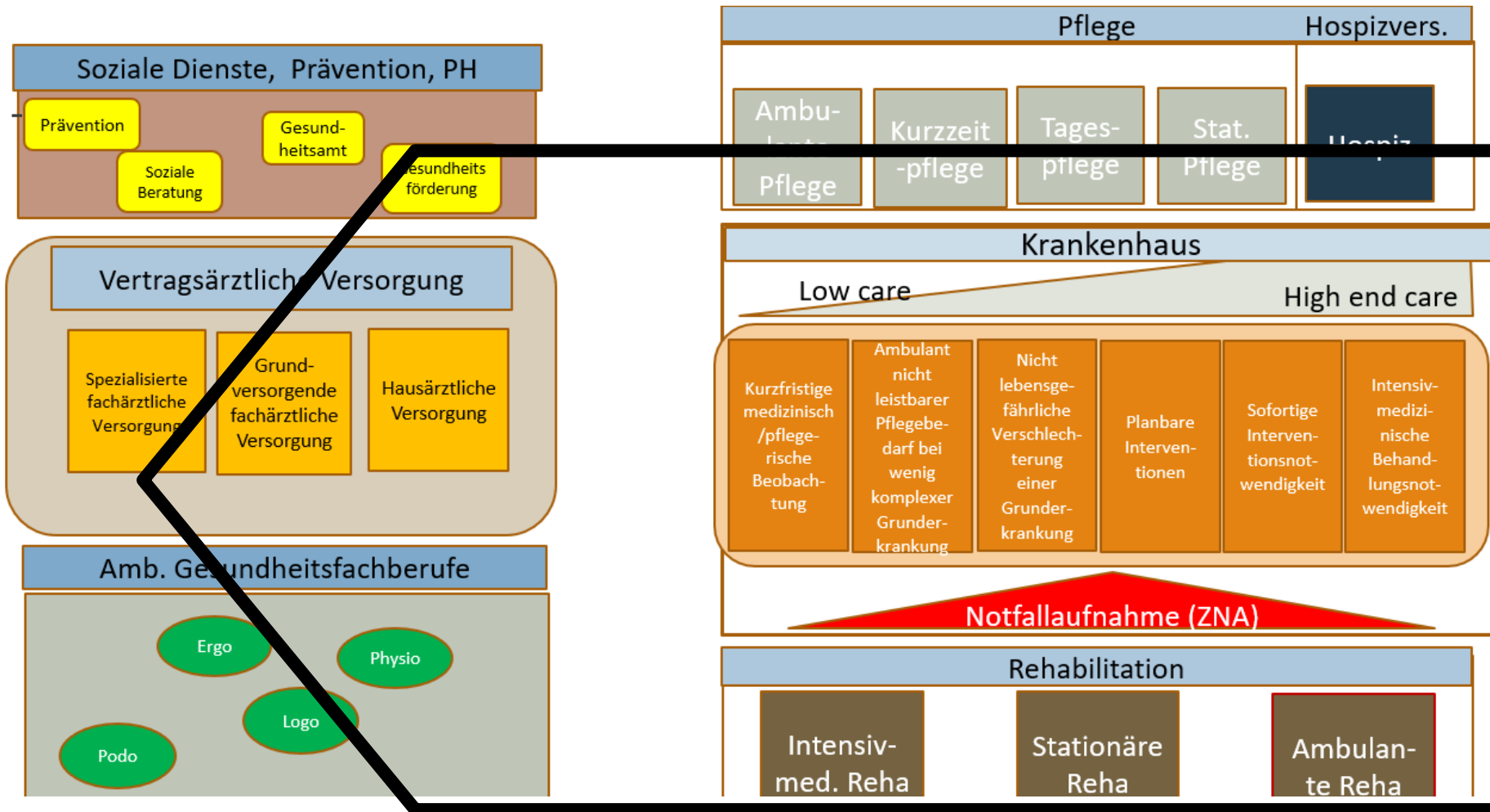
III.1 Regionales Gesundheitszentrum: Modell SVR 2009/2014



Stakeholder:



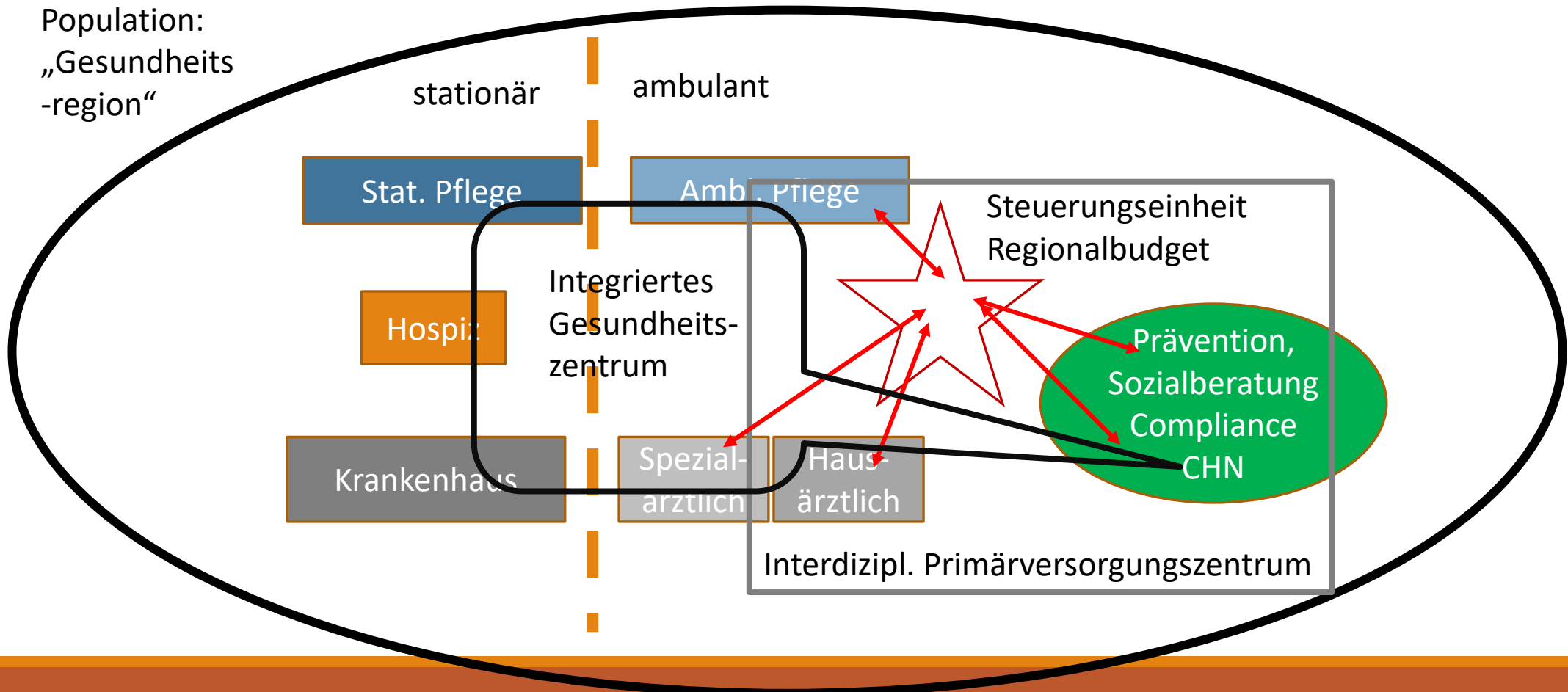
Variante I. Krankenhaus plus



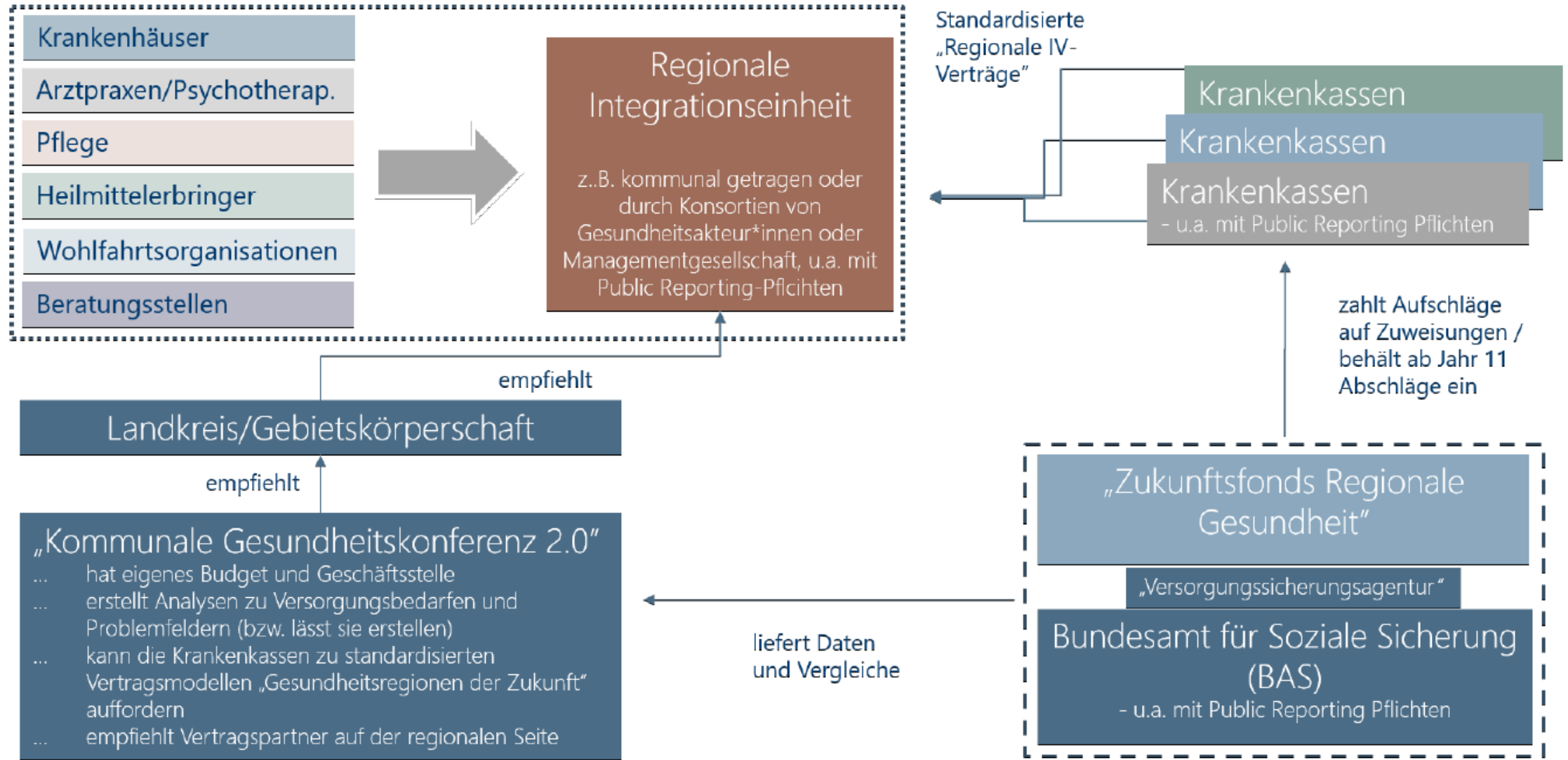
Besondere Beispiele:
 Albertinen-Gruppe,
 Rhön-Campus-Projekt,
 Capitation Modell-/Asklepios

Modelle für eine regionale übergreifende ambulante Versorgung

Region,
Population:
„Gesundheits-
-region“



Variante II: Steuerung über eine Managementeinheit/Regionalbudget



Variante III: Integrierte Gesundheitszentren (GZ)

IGZ haben den Anspruch von Interdisziplinarität, Interprofessionalität und Intersektoralität.

Ihr Leistungsangebot geht über den ärztlich/medizinischen Bereich hinaus (population health).

Sie sind vorrangig eine Versorgungsform für unterversorgte bzw. strukturschwache ländlich und städtische Regionen. Deren Zahl und der Grad der Unterversorgung nehmen zu.

Aber:

Es gibt kaum Erfahrungen oder Modelle, der Gründungsaufwand ist sehr hoch.

Sie müssen so ausgestaltet werden, dass sie trotz der besonderen Herausforderungen dieser Regionen für die Leistungserbringer attraktiv werden.

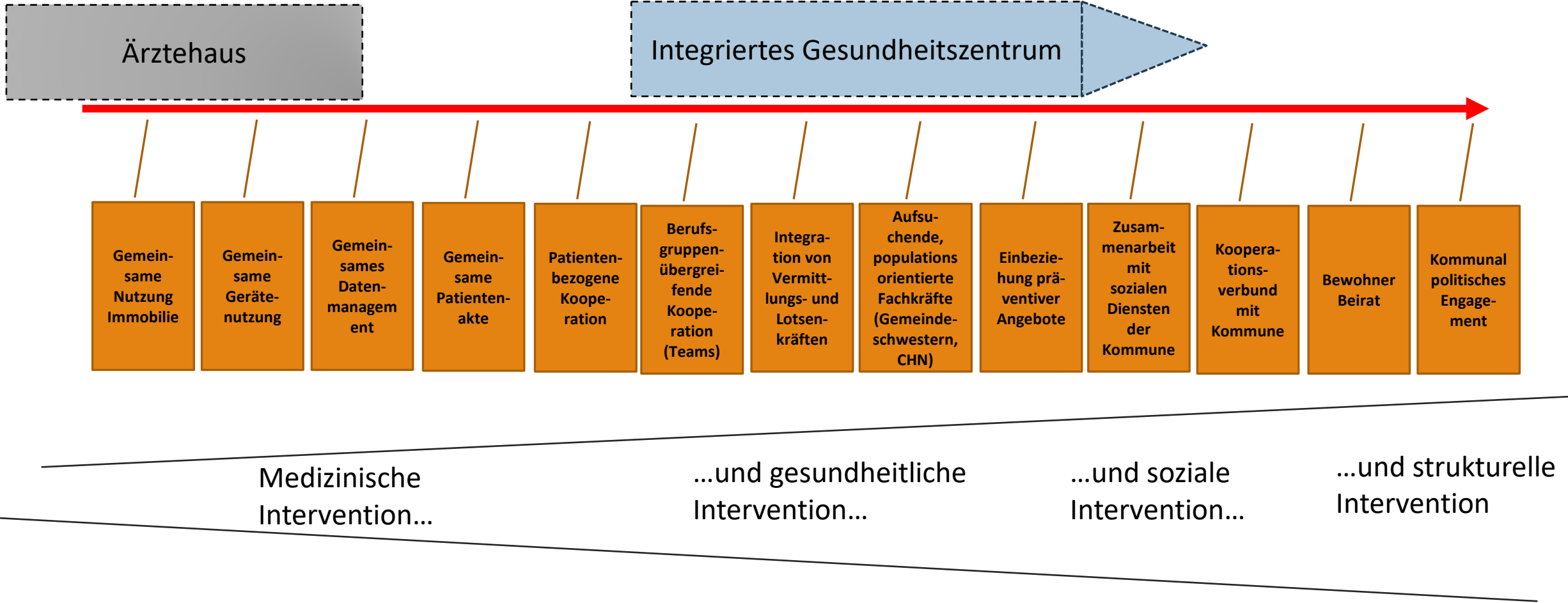
Das Leistungsportfolio ist jeweils unterschiedlich, es hängt von den lokalen Gegebenheiten ab.

Es gibt also keine Blaupausen.

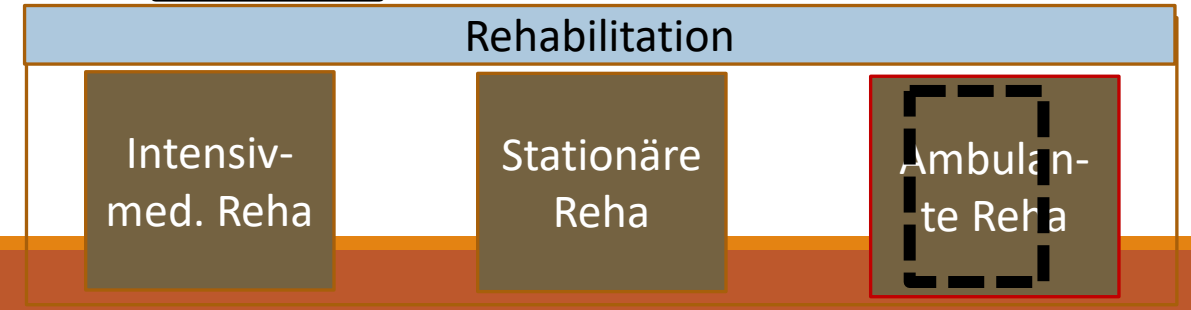
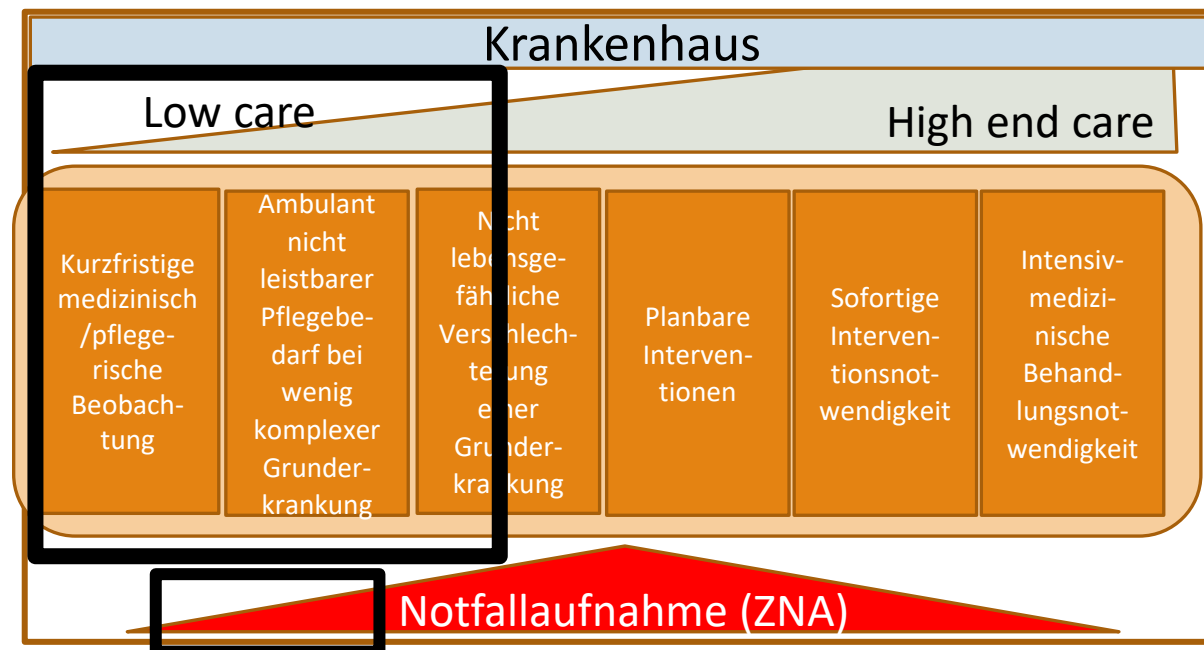
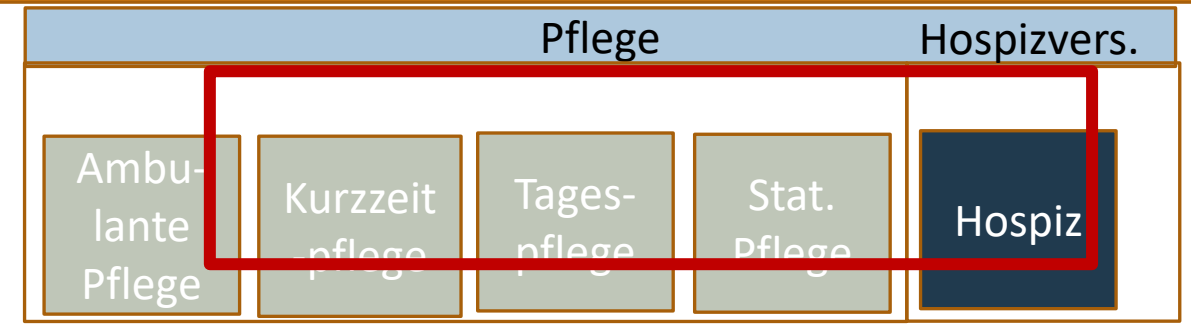
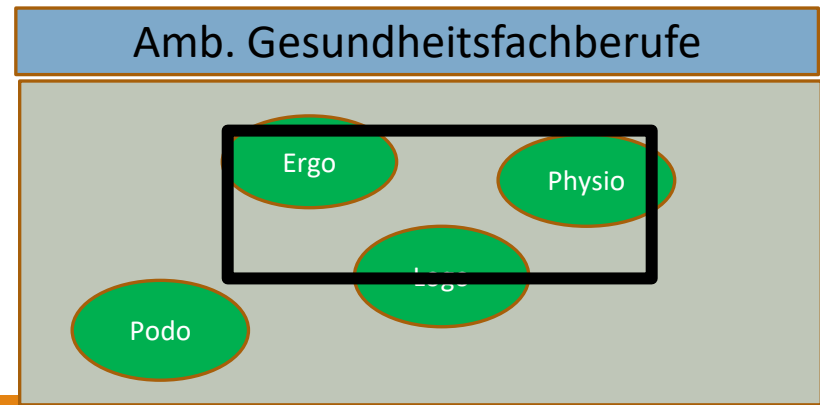
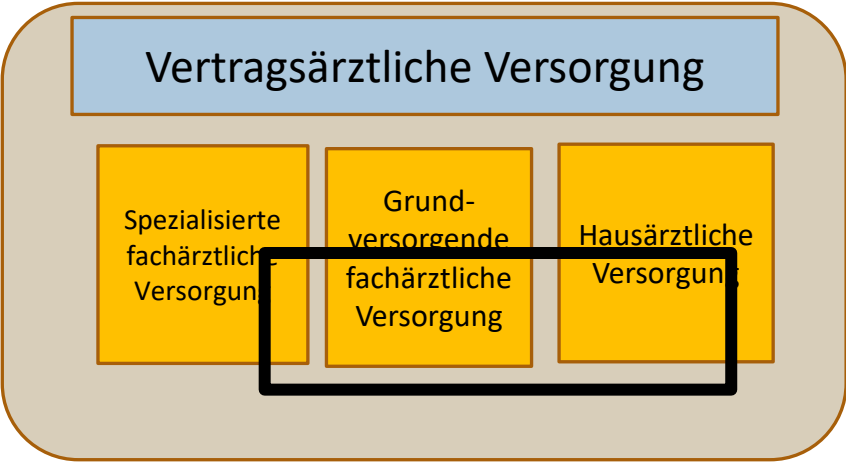
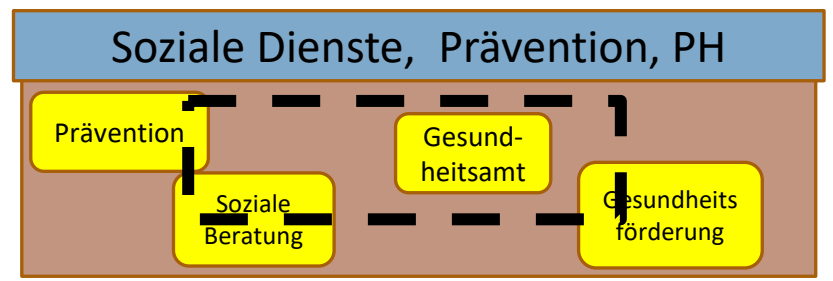
Es ist jeweils zu entscheiden, ob die gesamte Breite der Versorgung oder schwerpunktmäßig Primärversorgung angeboten werden soll.

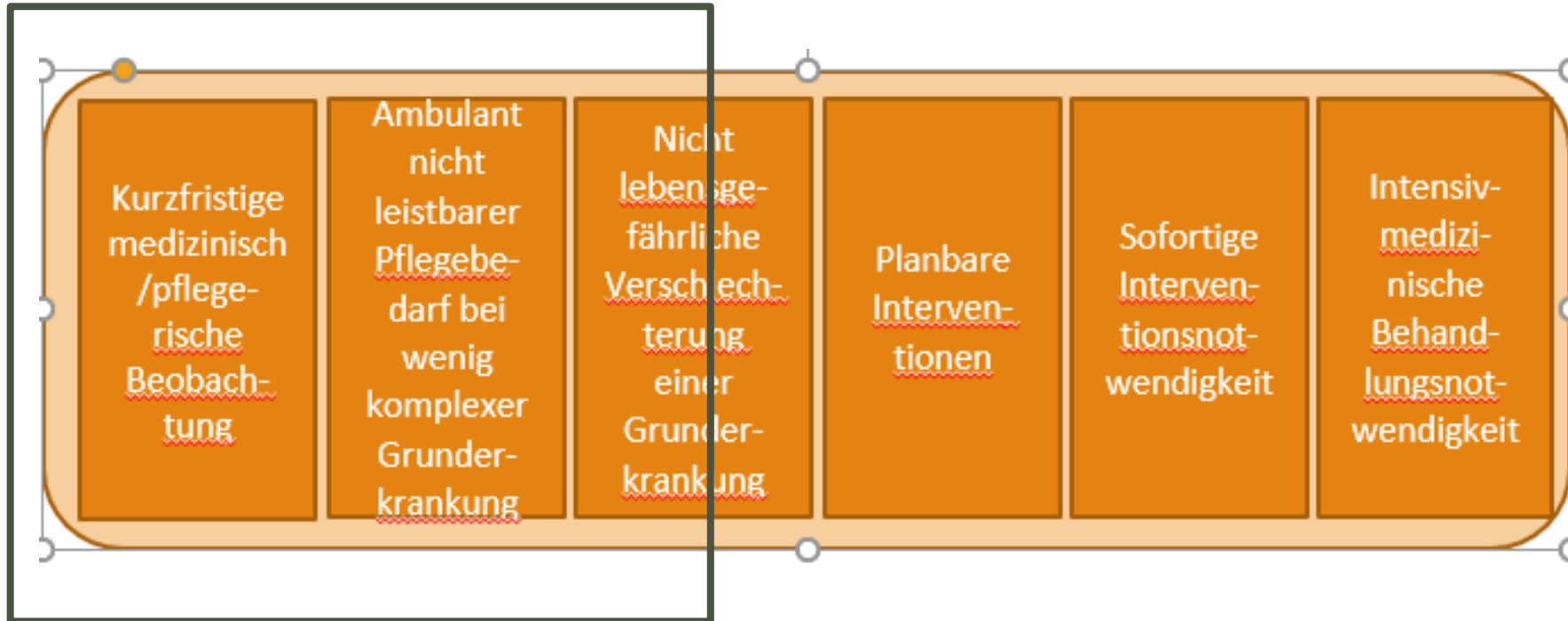
Je mehr Angebote, desto komplexer.

Vom Ärztehaus bis zum Gesundheitskollektiv: Unterschiede bei Integration und Kooperation



III a. Umfassendes IGZ incl. Kurzzeitbetten, Pflege und Notfallversorgung





Low care-Betten?

Beispiele:

(Travemünde)

(Stadtteilklinik Hamburg)

Templin

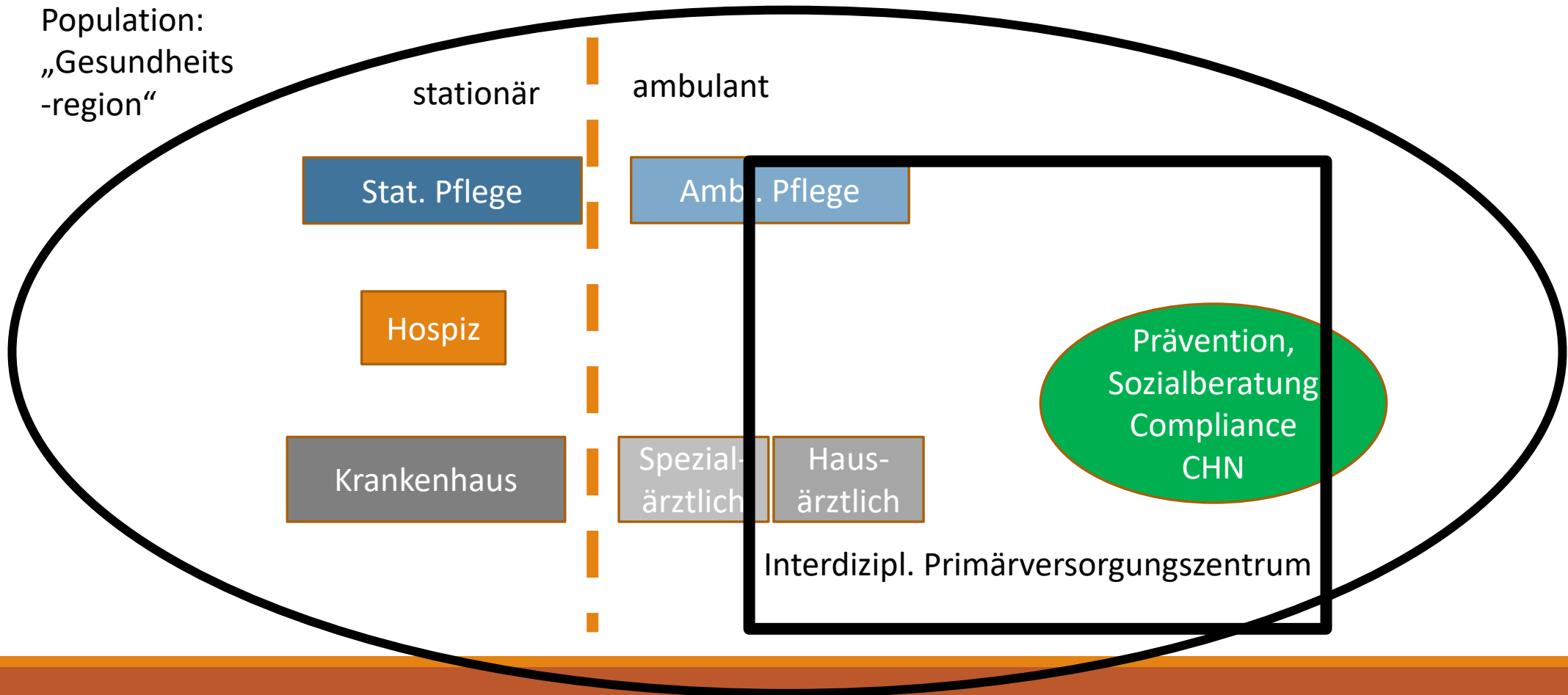
Neu: Antrag an den
Innovationsausschuss

Probleme:

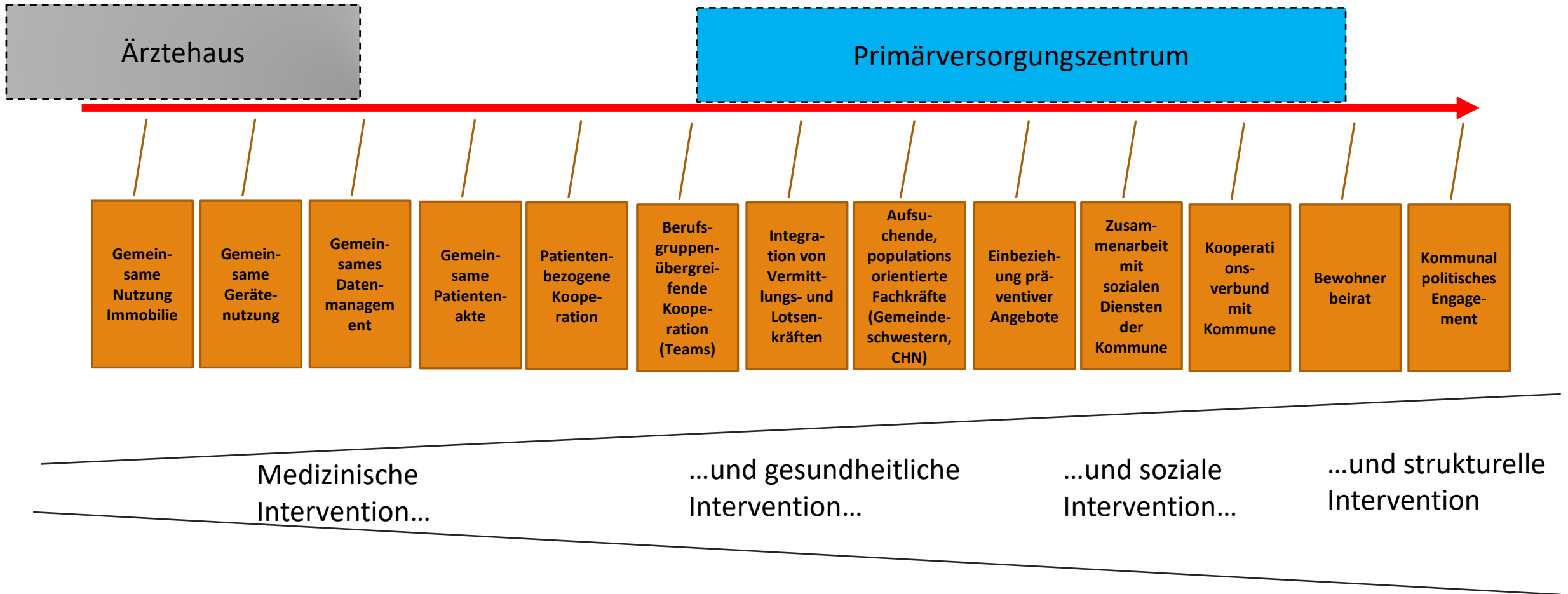
- Rechtlich nicht vorgesehen,
- (Praxisklinik nicht abgesichert)
- Keine Finanzierungsgrundlage für Kurzzeitbetten im ambulanten Bereich
- Betreuung durch Hausärzteschaft?

IGZ zu PVZ

Region,
Population:
„Gesundheits-
region“

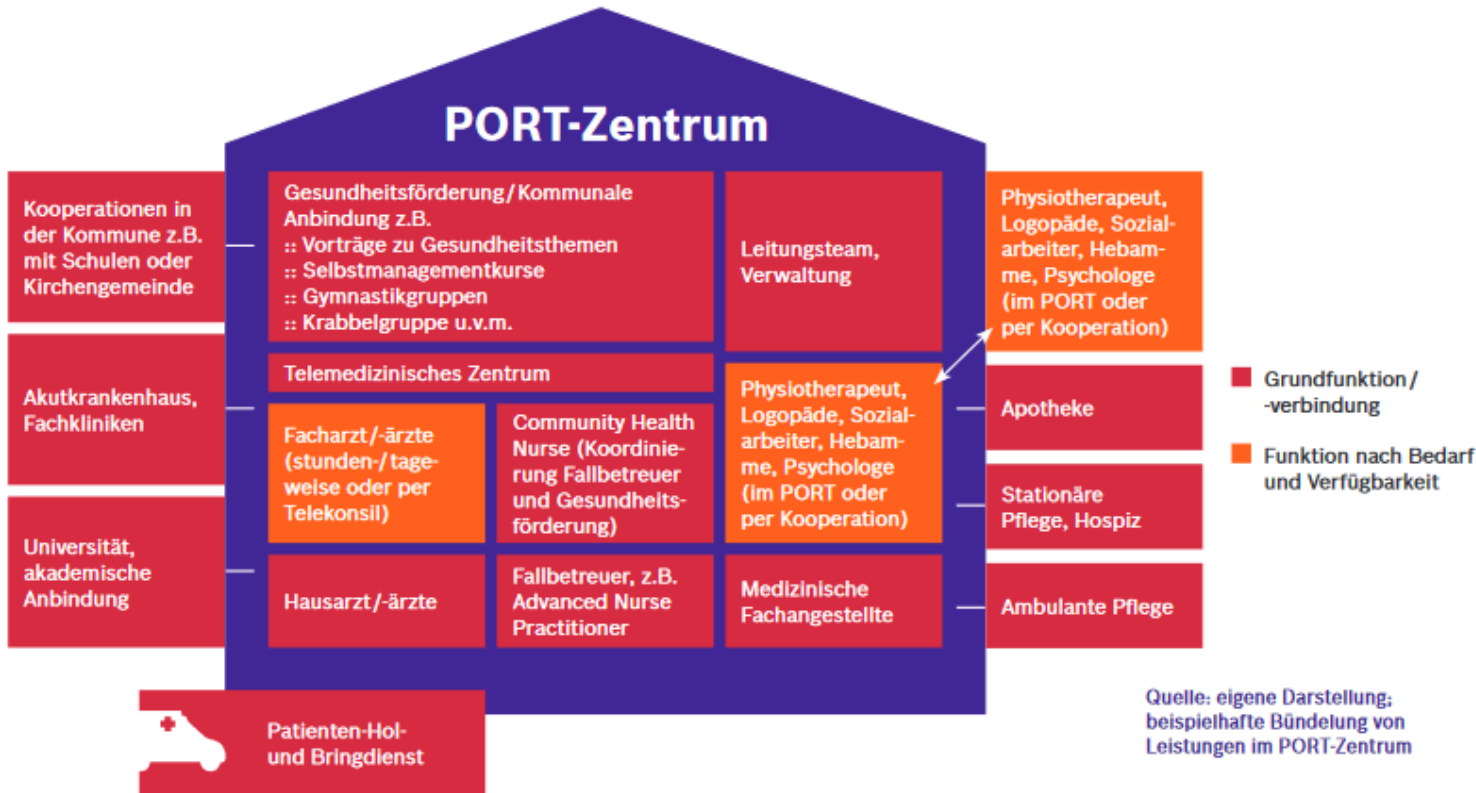


Vom Ärztehaus bis zum Gesundheitskollektiv Unterschiede in Integration und Kooperation



III b. Interdisziplinäre Primärversor- gungszentren

PORT (Robert- Bosch-Stiftung)



Berlin-Neukölln, Büsum,
Hohenstein und Willingen-
Diemelsee,
Brüggen, Dachau, Darmstadt-
Dieburg, Dornhan, Hamburg,
Kassel, Märkische Höhe und
Traben-Trarbach.

Das PORT-Modell: Primärversorgungszentren (PVZ)

Notwendige Angebote pro PVZ:

- Hausärztliche Versorgung
- medizinentlastende/ populationsbezogene Fachkräfte (Lotsen, „Kümmerer“, Gemeindeschwester, Community Health Nurse, Sozialarbeit)
- Verpflichtung auf Kooperation, Augenhöhe und gemeinsames Handeln
- Kooperation mit der Kommune (Soziale Dienste, Jugendhilfe, Gesundheitsamt)

Wünschenswerte Ergänzungen:

- Weitere Fachärztlichkeiten
- Gesundheitsberufe
- Pflegedienste
- Prävention, Gesundheitsförderung
- Ehrenamt
- Bewohnerbeirat

- Zusätzliche weitere optionale Angebote

Konzept „Regionales Gesundheitszentrum Niedersachsen“

Chapeau!

Größere Bandbreite als PVZ, aber weniger Anspruch an holistischen Ansatz?

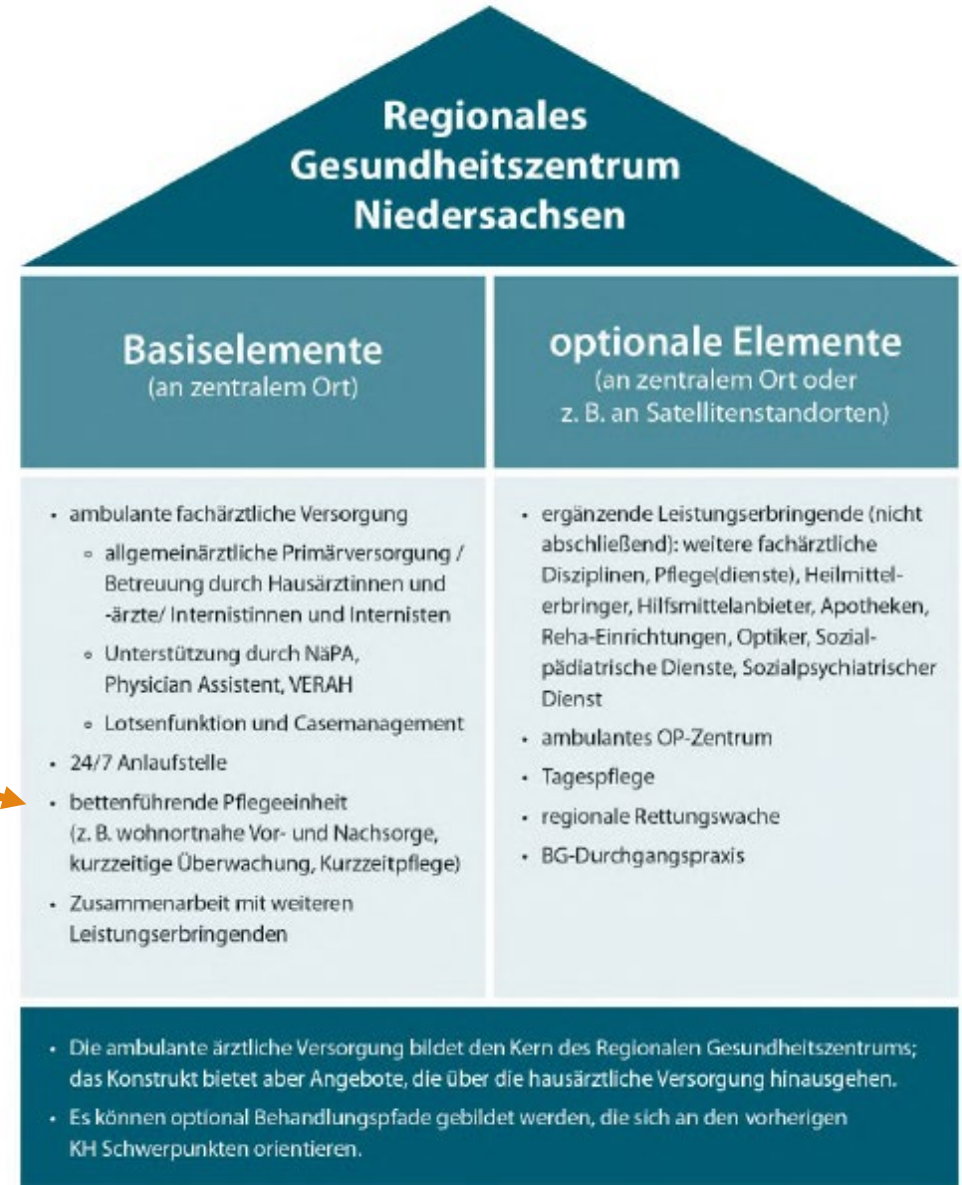
Bettenführende Einheit als Kernelement?

Stärkere Gewichtung der sozialen Dimension (Community Health Nursing, „Gemeindeschwester-Ansatz“) nicht wichtiger?

Digitalisierung statt fachärztliche Praxen mitgedacht?

Modell nur für den ländlichen Raum!?

Wie reagiert NDS auf zunehmend unterversorgte, sozial benachteiligten Stadtteilen?



Ein langer Weg zum regionalen GZ...

- Kommune muss aktiver Treiber sein, nichts geht gegen sie – aber mehrjähriger, kräftezehrender Weg
- Rechtliches und medizinisches Fachwissen dort meist nicht vorhanden = dringend externe Unterstützung organisieren!
- Vor Umsetzung Sozialraumanalyse zu den vorhandenen medizinischen, präventiven, pflegerischen, sozialen und kommunalen Kompetenzen
- Machbarkeit am Möglichen, nicht am Wünschenswerten ausrichten.
- Regionaler professioneller Moderationsprozess zur Einbindung der lokalen Stakeholder und der BürgerInnen einplanen
- Gemeinsame Steuerung des Prozesses durch Land, Kommune, den in der Region relevanten Krankenkassen und der KV (wenn zu Veränderung bereit)



GESUNDHEITZENTRUM GROPIUSSTADT

„Gegen Widerstände der ambulanten medizinischen Verwaltung (KV Berlin) gelang es, **im Jahr 1976** das Gesundheitszentrum in einem Neubau in der Gropiusstadt zu eröffnen. Der damals gegründete Verein **Gesundheitszentrum Gropiusstadt e. V. als Selbstverwaltung aller hier Tätigen** besteht bis heute. Seine Aufgaben sind ... die Koordination interdisziplinärer Zusammenarbeit im Haus „kurze Wege mit zügiger Diagnostik bzw. Behandlung“ und mit verbundenen medizinischen Einrichtungen/ Krankenhäuser (ambulante und stationäre OP, Gesundheitsaufklärungen als Patientenseminare, Fortbildungen und regelmäßige Veranstaltungen für die mehr als 100 Mitarbeiter*innen.

Von Anbeginn war das **vielseitige soziale Engagement** selbstverständlich und wird kontinuierlich finanziell und räumlich durch uns weiter getragen: das erfolgreich arbeitende Selbsthilfezentrum Lipschitzallee 80, das Waschhaus in der Hiertsieferzeile u.a.. Im Haus gibt es von Anfang an eine soziale Beratungsstelle in der Trägerschaft des diakonischen Werkes Berlin-Brandenburg, Schwangerschafts- und Familienberatung, sowie eine Sozialstation für ambulante Pflegebetreuung.

Das Gesundheitszentrum ist 2005 vollständig renoviert und durch einen großen Anbau erweitert worden. **Im Jahre 2016 feiert das Zentrum sein 40jähriges Bestehen** und die Zahl der Ärzte bzw. Ärztinnen erweitert sich durch neue Kooperationen.“