



Sektorenübergreifende Versorgung in Baden-Württemberg

MODELLPROJEKT · HANDREICHUNG UND ZUSAMMENFASSUNG



Baden-Württemberg

MINISTERIUM FÜR SOZIALES UND INTEGRATION

Sektorenübergreifende Versorgung in Baden-Württemberg

Modellprojekt · Handreichung und Zusammenfassung

Diese Broschüre und der gesamte Projektabschlussbericht
mit ausführlichen Anhängen sind online verfügbar unter:
www.gesundheitsdialog-bw.de/modellprojekt

Impressum

Herausgeber

Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg
Else-Josenhans-Straße 6 · 70173 Stuttgart
Telefon: 0711 123-0
E-Mail: poststelle@sm.bwl.de
Internet: www.sozialministerium-bw.de
www.gesundheitsdialog-bw.de

Ansprechpartner

Koordinierungsstelle zur sektorenübergreifenden Versorgung
Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg
E-Mail: kvs@sm.bwl.de

Satz & Gestaltung

Kreativ plus – Gesellschaft für Werbung und Kommunikation mbH
Stuttgart · www.kreativplus.com

Druck

Krautheimer Werkstätten
für Menschen mit Behinderung gem. GmbH

Erscheinungsjahr

Juli 2018

Verantwortlich im Sinne des Presserechts

Dr. Layla Distler
Koordinierungsstelle zur sektorenübergreifenden Versorgung
Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg

INHALT

Vorwort	4
Einleitung und Beschreibung des Projekts	6
Zusammenfassung des Projektberichts (Executive Summary)	9
Handlungsempfehlungen und Schlussfolgerungen	28

Wir danken unseren Projektpartnern



VORWORT



Sehr geehrte Damen und Herren,

unser Gesundheitssystem steht vor großen Herausforderungen: Denken wir nur an den steigenden Behandlungsbedarf einer immer älter werdenden Bevölkerung, den Anstieg chronischer Erkrankungen oder den dringenden Bedarf an medizinischem und pflegerischem Personal. Aktuell ist unser Gesundheitssystem strikt in Sektoren aufgeteilt: Der ambulante steht dem stationären Sektor gegenüber, aber auch in der Pflege und Rehabilitation bestehen „Mauern“, die für die Patientinnen und Patienten schwer zu überwinden sind. Diese sektorale Struktur unseres Gesundheitswesens wird den gesamten Herausforderungen nur bedingt Rechnung tragen können. Es bedarf veränderter Strukturen und Finanzierungswege, um die erforderlichen Weiterentwicklungen gut zu bewältigen.

Bereits während meiner Tätigkeit als Kommunalpolitiker in Oberschwaben, bei der ich im Kreistag einschneidende, aber notwendige Fusionsprozesse im Klinikbereich aktiv begleitet habe, aber auch durch meine langjährige berufliche Tätigkeit im sozialpsychiatrischen Bereich hat sich für mich angedeutet, dass wir bei der künftigen Ausgestaltung der Versorgung vernetzter denken müssen. In meiner Zeit als Abgeordneter des Landtags von Baden-Württemberg ist mir dann noch bewusster geworden, dass wir bei der Gesundheitsversorgung dringend von der bisherigen Kirchturmpolitik wegkommen und das Thema aktiv angehen müssen. Um die Mauern der Sektoren zu überwinden, neue Strukturen zu entwickeln und praxistaugliche Lösungen zu finden, haben wir deshalb 2016 das „Modellprojekt sektorenübergreifende Versorgung“ ins Leben gerufen mit dem Ziel, unsere Gesundheitsversorgung sektorenübergreifend, engmaschig vernetzt und qualitativ hochwertig weiterzuentwickeln.

Es muss eine möglichst nahtlose, bedarfsgerechte und wirtschaftliche Versorgung geben, die sich an den Patientinnen und Patienten und deren Lebenswelten orientiert und die verstärkt kommunal und regional mitgestaltet wird. Unser Verständnis einer sektorenübergreifenden Versorgung geht über den ambulanten und stationären Bereich hinaus und umfasst die notwendige Verzahnung mit Gesundheitsförderung und Prävention, Rehabilitation, Pflege und Arzneimittelversorgung sowie mit Leistungen von sozialen Einrichtungen und ehrenamtlichen Strukturen.

Mit diesem Modellprojekt hat das Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg ein komplexes und in dieser Art bundesweit einzigartiges Vorhaben gefördert und koordiniert. Mein großer Dank gilt allen Projektbeteiligten für ihr großartiges Engagement!

Aus dem Projekt ist ein umfangreicher Bericht entstanden, welcher auf der Homepage des Ministeriums für Soziales und Integration Baden-Württemberg abrufbar ist. Darin werden sowohl die Vorgehensweise als auch die Ergebnisse aus den Diskussions- und Beteiligungsprozessen ausführlich dargestellt. Im weiteren Prozess werden die Ergebnisse und Handlungsempfehlungen des Projekts analysiert und es wird geprüft, welche Aspekte mit den Partnern im Gesundheitswesen umgesetzt werden können, um die Gesundheitsversorgung für alle Bürgerinnen und Bürger in Baden-Württemberg und auch bundesweit zukunftsfähig weiterzuentwickeln.

In der vorliegenden Broschüre finden Sie einen kurzen Überblick über das Gesamtprojekt, die Zusammenfassung der Ergebnisse sowie einen Auszug aus den Handlungsempfehlungen, die sich an die Vielzahl von Akteuren auf Bundes-, Landes- und lokaler Ebene richten. Die bedarfsgerechte, inklusive und qualitativ hochwertige Versorgung von Patientinnen und Patienten, die die richtige Leistung am richtigen Ort zur richtigen Zeit bekommen, ist mir persönlich ein großes Anliegen. Ich freue mich, wenn alle Verantwortlichen im Gesundheitswesen im Dienste dieser guten Sache an einem Strang ziehen. Lassen Sie uns gemeinsam die Sektorengrenzen überwinden!



Manfred Lucha MdL
Minister für Soziales und Integration Baden-Württemberg

EINLEITUNG UND BESCHREIBUNG DES PROJEKTS



Mit dem Modellprojekt zur sektorenübergreifenden Versorgung entwickelt das Land Baden-Württemberg neue Ansätze zur gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung. Die Landkreise Reutlingen, Biberach und Ravensburg bildeten die Modellregion Südwürttemberg und erarbeiteten über die Kreisgrenzen hinweg Lösungen für eine sektorenübergreifende Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen.

Gemäß dem Gesundheitsleitbild Baden-Württemberg muss die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen regional, vernetzt und partizipativ erfolgen. Dieses Leitbild wurde 2013 – 2014 gemeinsam mit allen Gesundheitsakteuren, mit Bürgerinnen und Bürgern sowie Patientinnen und Patienten entwickelt und bildet den Rahmen für Gesundheitsdialoge auf Landes-, Kreis- und Gemeindeebene.

Zu Beginn des Projekts stand die Erkenntnis, dass zur Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden Versorgung und zum gezielteren Einsatz von Finanzierungs- und Steuerungsressourcen zunächst die Identifizierung des Bedarfs notwendig ist. Um tragfähige Konzepte entwickeln zu können, war es notwendig, eine umfassende Datengrundlage zu schaffen und die Versorgungslandschaft sowie deren zukünftige Entwicklung zu untersuchen. Erst auf dieser Grundlage ist es dem Land möglich,

zukünftige Versorgungskonzepte bedarfsgerecht zu gestalten.

Mit dem Projekt erhalten wir wichtige Impulse für die medizinische Versorgungsplanung auch in anderen Regionen im Land. Für das Modellprojekt, das von Beginn an wissenschaftlich begleitet wurde, hat das Land Baden-Württemberg im Zeitraum von 2016 bis 2018 insgesamt eine Million Euro zur Verfügung gestellt.

Das Versorgungskonzept wurde gemeinsam mit allen Partnern in der Region, mit Krankenhausträgern, Kassenärztlicher Vereinigung, Krankenkassen, mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst, Vertretungen der Gesundheitsfachberufe und der Pflege sowie den Bürgerinnen und Bürgern erarbeitet.

Wissenschaftlich begleitet wurde die Konzeptentwicklung durch das Institut für Allgemeinmedizin der Universität Frankfurt/Main

Modellprojekt mit wissenschaftlicher Begleitung und Unterstützung

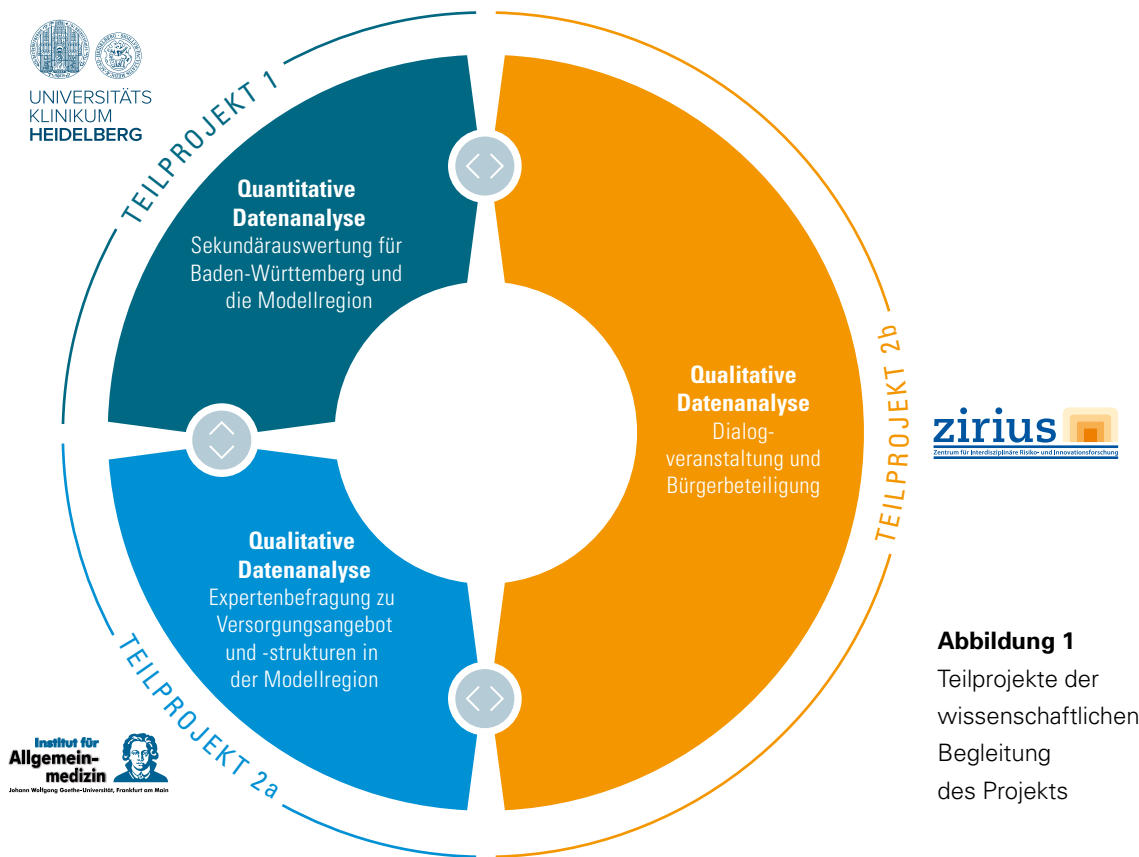


Abbildung 1

Teilprojekte der wissenschaftlichen Begleitung des Projekts

unter der Leitung des Vorsitzenden des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Professor Dr. med. Ferdinand M. Gerlach. Die begleitenden Dialogveranstaltungen wurden durch das Zentrum für interdisziplinäre Risiko- und Innovationsforschung der Universität Stuttgart (Professor Dr. Dr. h.c. Ortwin Renn/Professor Dr. André Bächtiger) wissenschaftlich konzipiert, moderiert und durchgeführt.

Grundlage für die Erarbeitung des Konzepts ist eine Datenerhebung und -analyse durch die Universität Heidelberg (Professor Dr. med. Joachim Szecsenyi). Darin sind die Morbidität, also die Häufigkeit von Erkrankungen unter den Bürgerinnen und Bürgern Baden-Württembergs sowie der Ist-Zustand der ambulanten (haus- und fachärztlichen) und der (teil-)stationären Gesundheitsversorgung beschrieben. Außerdem wird der zukünftige

Versorgungsbedarf perspektivisch aufgezeigt. Insgesamt wurden auch Daten an den Schnittstellen zur Pflege sowie zur Gesundheitsförderung und Prävention einbezogen. Die Daten werden im Abschlussbericht sowohl auf Landesebene als auch für die beteiligten Land- und Stadtkreise dargestellt.

Die Gesundheitsversorgung steht auch angesichts des demografischen Wandels vor großen strukturellen und personellen Herausforderungen. Eine wichtige zukünftige Aufgabe besteht – zusätzlich zu der Akutversorgung – in einer bedarfsgerechten Versorgung von chronisch und mehrfach erkrankten Patientinnen und Patienten in einer immer älter werdenden Bevölkerung. Aber auch im Bereich des medizinischen und pflegerischen Fachpersonals gilt es große Aufgaben wie

beispielsweise die Nachwuchsgewinnung zu bewältigen. Strukturelle Probleme bestehen in der kostendeckenden Finanzierung der medizinischen Versorgung, im Nebeneinander von Über- und Unterversorgung sowie in einer unzureichenden interdisziplinären Kooperation und Vernetzung der Versorgungsstrukturen.

Die Entwicklung neuer sektoren- und kreisübergreifender Versorgungskonzepte ist vor diesem Hintergrund von großer Bedeutung, um auch künftig eine leistungsstarke, bedarfsgerechte gesundheitliche und medizinische Versorgung im Land sicherzustellen.

Im Folgenden finden Sie die Zusammenfassung der Ergebnisse aus dem Abschlussbericht des Modellprojekts sektorenübergreifende Versorgung.



ZUSAMMENFASSUNG DES PROJEKTBERICHTS (EXECUTIVE SUMMARY)



Um zentrale zukünftige Herausforderungen des deutschen Gesundheitssystems anzugehen und das Gesundheitswesen zukunftsorientiert weiterzuentwickeln, müssen neue Wege gefunden werden. Dabei wird die sektorenübergreifende Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen als ein wichtiger Beitrag zur Lösung der sich abzeichnenden Probleme gesehen.

Unter einer *sektorenübergreifenden Versorgung* werden eine umfassende Vernetzung sowie eine vertikale und horizontale Integration über Organisationen und Sektoren hinweg verstanden. Dies bedeutet, dass sowohl die ambulante und stationäre Versorgung als auch die Gesundheitsförderung und Prävention, Rehabilitation, Pflege, Arzneimittelversorgung, soziale und kommunale Angebote sowie die Palliativversorgung miteinander verknüpft werden. Ziel einer solchen Vernetzung ist es, die gesundheitliche Versorgung der Patient/-innen insgesamt zu verbessern und gleichzeitig dem stetigen Kostendruck im Gesundheitswesen durch eine möglichst kosteneffektive Versorgung zu begegnen.

Das Ministerium für Soziales und Integration hat im Januar 2016 das Modellprojekt sektorenübergreifende Versorgung mit der Intention ins Leben gerufen, die Gesundheitsversorgung sektorenübergreifend und qualitativ

hochwertig weiterzuentwickeln. In Teilprojekt 1 wurde eine Datenbasis für alle Stadt- und Landkreise in Baden-Württemberg sowie für Baden-Württemberg auf Landesebene geschaffen. Hierbei wurde der Ist-Zustand der ambulanten und (teil-)stationären Versorgung, die Morbidität der Bevölkerung Baden-Württembergs dargelegt sowie ausgehend von der Entwicklung der Morbidität der zukünftige Versorgungsbedarf prognostiziert. Diese Datenbasis kann als Grundlage für die zukünftige Planung in Versorgungsregionen dienen. Ziel des Teilprojekts 2 war es, Maßnahmen und Handlungsempfehlungen zu entwickeln, mit denen die sektorenübergreifende Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen vorangetrieben werden könnte. Dazu schrieb das Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg ein Modellprojekt zur sektorenübergreifenden Versorgung an die Stadt- und Landkreise aus. Projektauftrag war die Entwicklung eines sektoren- und landkreisübergreifenden Versorgungskonzepts für eine

Modellregion, das gleichzeitig auch auf andere Regionen übertragbar sein sollte. Unter den Bewerbern wurde in Südwürttemberg eine Modellregion ausgewählt, die aus den Landkreisen Biberach, Ravensburg und Reutlingen besteht.

Für die wissenschaftliche Begleitung des Projekts wurden drei universitäre Einrichtungen beauftragt: die Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung des Universitätsklinikums Heidelberg, das Institut für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität Frankfurt am Main sowie ZIRIUS – Zentrum für Interdisziplinäre Risiko- und Innovationsforschung der Universität Stuttgart. Die Finanzierung,

Durchführung und Koordination des Gesamtprojekts wurde durch das Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg gewährleistet. Das Landesgesundheitsamt war unter anderem für die fachliche Begleitung des Projektmanagements verantwortlich.

Das methodische Vorgehen im Projekt diente dazu, ein Instrumentarium zu erarbeiten und im Prozess zu erproben, mit dem auch in anderen Regionen Versorgungskonzepte entwickelt werden können. Das mit den Beteiligten vor Ort und dem Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg abgestimmte Vorgehen beinhaltete folgende Schritte:

- Die Gründung einer Steuerungsgruppe für die Koordination des Gesamtprojekts und den Austausch der Akteure/-innen.
- Die Auswahl häufiger (chronischer) Erkrankungen, die die gesamte Lebensspanne abdecken, und für die kleinräumige Versorgungsdaten und (nationale) Versorgungsleitlinien vorhanden sind. Im Kontext des Modellprojekts waren dies Anorexie, chronischer Kreuzschmerz, Darmkrebs, Demenz, Depression, Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 und Schlaganfall.
- Die Beschreibung der aktuellen Versorgungssituation sowie die Erarbeitung von Prognosen zum zukünftigen medizinischen und pflegerischen Versorgungsbedarf anhand von Sekundärdaten aus verschiedenen Datenquellen.
- Die Durchführung einer IST- und SOLL-Analyse der Versorgungssituation (inklusive Stärken, Schwächen, Bedürfnisse und Wünsche) aus der Perspektive der Gesundheitsakteur/-innen und Bürger/-innen in der Modellregion.
- Die datengestützte Entwicklung eines Versorgungskonzepts auf Basis der Ergebnisse gemeinsam mit allen PartnerInnen der Modellregion.
- Die wissenschaftliche Begleitung des Prozesses.
- Die Rückkopplung wesentlicher Inhalte des Versorgungskonzepts an die Bürger/-innen und eine Konsentierung im Rahmen eines moderierten Dialogs.

Im Rahmen des Projekts wurden die genannten Schritte in drei Teilprojekten (TP) bearbeitet, die von der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung des Universitätsklinikums Heidelberg (Sekundärdatenanalysen – Teilprojekt 1), vom Institut für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität Frankfurt am Main (qualitative IST/SOLL-Analysen – Teilprojekt 2a) und vom ZIRIUS – Zentrum für Interdisziplinäre Risiko- und Innovationsforschung der Universität Stuttgart (Dialogveranstaltungen – Teilprojekt 2b) wissenschaftlich begleitet und in enger Zusammenarbeit mit den drei Landkreisen durchgeführt wurden. Im vorliegenden Bericht incl. einem Anhang für jedes Teilprojekt werden das genaue Vorgehen bei jedem der genannten Schritte, sowie die entwickelten Materialien und Instrumente ausführlich dargestellt und auf diese Weise für andere Regionen nutzbar gemacht.

Ausgehend von einem gemeinschaftlich mit Vertreter/-innen des Landes Baden-Württemberg und der Modellregion erarbeiteten Rahmenkonzept („framework“) für Indikatoren des Gesundheitssystems in Baden-Württemberg zu den Dimensionen nicht-medizinische Determinanten, Gesundheitszustand, Inanspruchnahme des Gesundheitssystems, Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems und Versorgungsangebot wurden bestehende Indikatoren systematisch recherchiert und anschließend durch eine interdisziplinäre Gruppe von Stakeholdern und Expert/-innen des baden-württembergischen Gesundheitssystems bewertet und validiert.

Dadurch ist, erstmalig für Deutschland, entsprechend internationalen Vorbildern ein umfassendes und mehrperspektivisches,

datenquellenübergreifendes und indikatoren-gestütztes Rahmenkonzept entstanden, das von den Akteur/-innen im Gesundheitswesen zur prospektiven Abschätzung der zukünftigen Entwicklung von regionalen Versorgungsbedarfen genutzt werden kann.

Das 212 Indikatoren umfassende Set wurde schließlich soweit möglich mit Sekundärdaten, die einen umfassenden Querschnitt der Versorgungssituation desselben Jahres (2013) abbilden, für alle 44 Stadt- und Landkreise in Baden-Württemberg sowie für Baden-Württemberg auf Landesebene gefüllt (siehe Anhang Teilprojekt 1) und diente darüber hinaus als Grundlage für tiefergehende Analysen zur Abschätzung des demografisch bedingten, zukünftigen Versorgungsbedarfs in Baden-Württemberg und der Modellregion. Begleitend zu qualitativen Erhebungen in Teilprojekt 2 wurden darüberhinausgehende Sekundärdaten spezifisch für die Modellregion aufgearbeitet, z.B. in Form von krankheitsbildspezifischen Standortkarten verschiedener Versorgungsangebote.

Die Analyse des Versorgungsbedarfs (Basisjahr 2013) und seine Projektion (2023) erfolgte für verschiedene Versorgungsbereiche der acht Krankheitsbilder (vertragsärztliche Versorgung, Krankenhausversorgung, stationäre Rehabilitation, ambulante und (teil-)stationäre Pflege), die innerhalb des Modellprojekts fokussiert wurden. Die Ergebnisse zeigen, dass es zum Teil deutliche Unterschiede zwischen den Stadt- und Landkreisen bezüglich des Versorgungsbedarfs und -angebots gibt. Beispielsweise war die administrative Prävalenz von psychischen und Verhaltensstörungen im Landkreis Schwäbisch-Hall (ca. 22 Prozent) um

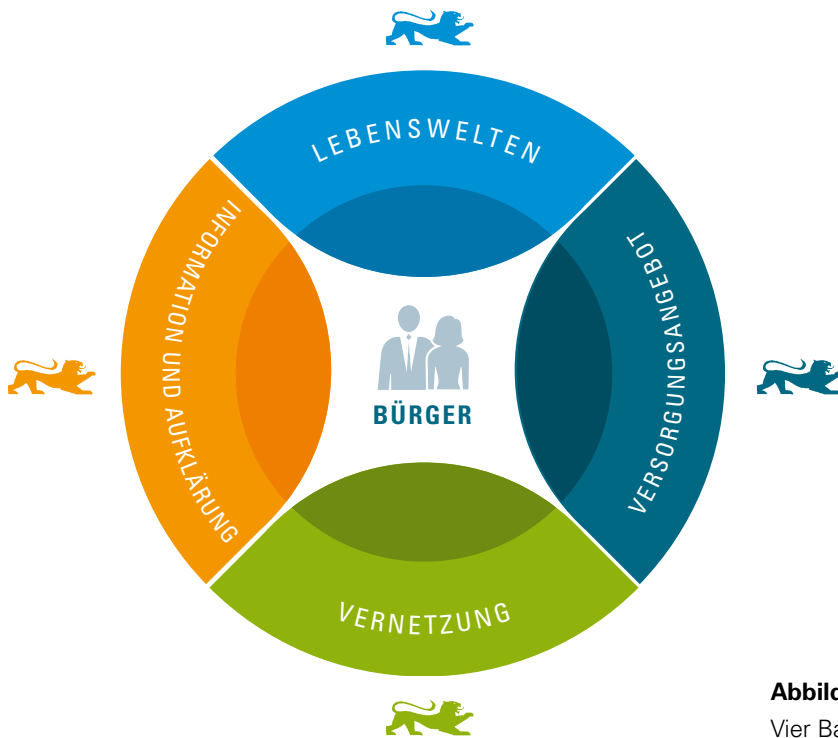


Abbildung 2

Vier Bausteine der Versorgung

fünf Prozent niedriger als im Stadtkreis Heidelberg (27 Prozent). Noch deutlicher unterschied sich die Psychotherapeut/-innendichte in den beiden Kreisen mit rund 11.000 Einwohner/-innen pro Psychotherapeut/-in im Landkreis Schwäbisch-Hall und rund 640 im Stadtkreis Heidelberg. Auch in der Leistungsfähigkeit der Gesundheitsversorgung ergaben sich regionale Unterschiede, z.B. bei der Kontinuität der Versorgung, die auf Verbesserungspotenziale der intersektoralen Koordination und Kommunikation hindeuten. Zudem zeigte sich, dass ein Großteil der Patient/-innen innerhalb eines Jahres Kontakt zu mehreren Leistungserbringern hat, darunter immer ein/e Hausarzt/-ärztin. Für fast alle betrachteten Bereiche ergab sich aufgrund der demografischen Veränderung eine Zunahme der Inanspruchnahme von 2013 im Vergleich zum Jahr 2023 durch die betrachteten Patient/-innengruppen. Die größte Zunahme der Inanspruchnahme ergab sich für den Bereich der vollstationären Dauerpflege durch Patient/-innen mit Demenz und Schlaganfall. Allein durch die Zunahme dieser

Patient/-innengruppen würde das vorhandene Versorgungsangebot des Jahres 2013 in einzelnen Kreisen nicht ausreichen, um den voraussichtlichen Bedarf vollstationärer Dauerpflege im Jahr 2023 zu decken.

Die Ergebnisse der Datenanalysen wurden durch die Auswertungen der landkreisintern und landkreisübergreifend durchgeführten Arbeitsgruppen mit Gesundheitsakteur/-innen und Bürger/-innen sowie der abschließenden Dialogveranstaltung ergänzt. Anhand dieser qualitativen Analysen konnten auch Bereiche vertieft untersucht werden, zu denen keine Sekundärdaten vorlagen. Im Ergebnis wurden krankheitsübergreifend folgende vier Bausteine für ein sektorenübergreifendes Versorgungskonzept identifiziert: Lebenswelten, Information und Aufklärung, Versorgungsangebot und Vernetzung. Diesen vier Bereichen ließen sich sämtliche Vorschläge der beteiligten Gesundheitsakteur/-innen und Bürger/-innen zuordnen, deren Inhalte nachstehend näher erläutert werden.



Lebenswelten

Unter der Überschrift Lebenswelten können alle konkreten Maßnahmen und Initiativen zusammengefasst werden, die den Alltag der Bürger/-innen mit ihren aktuellen und zukünftigen Bedürfnissen verbessern und erleichtern. Die individuellen Lebenswelten für die Bürger/-innen können dabei sehr verschieden sein und somit ganz unterschiedliche Maßnahmen und Initiativen sinnvoll und notwendig machen. Es bedarf daher der Gestaltung von Maßnahmen in verschiedenen Lebenswelten für unterschiedliche Altersgruppen und spezifische Krankheitsbilder, die in verschiedenen Settings im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention wie auch in der Behandlung und Nachsorge ausgeführt werden. Schon im Kindesalter kann es beispielsweise wichtig sein, verschiedene

gesundheitsrelevante Themen in Kindertagesstätten und in der Schule anzusprechen und strukturell zu verankern (z.B. Gesundheit als Schulfach oder Gesundheit als Themenfeld in allen Jahrgangsstufen). Die Einrichtung von Schulgesundheitsfachkräften kann sinnvoll sein, wenn der Einsatz in Schulen erfolgt, in denen tatsächlich ein Unterstützungsbedarf (z.B. aufgrund der sozialen Lage) besteht. Für Jugendliche und Erwachsene sind dementsprechend Maßnahmen an weiterführenden Schulen, in der Ausbildung, an Hochschulen sowie in der Berufswelt wichtig. Generell wird aus Sicht von Gesundheitsakteur/-innen und Betroffenen empfohlen, dass die einzelnen Kommunen aktiver werden, um eine lebensumfeldnahe Versorgung zu schaffen und diese für alle Bürger/-innen zu optimieren.



Information und Aufklärung

Dem Bereich der Information und Aufklärung können alle Informations- und Aufklärungsmaßnahmen zugeteilt werden, die gezielt und nachhaltig zielgruppen- und krankheits-spezifisches Wissen an die Bürger/-innen vermitteln. Maßnahmen in diesem Bereich können und sollten ganz unterschiedliche sein: Die persönliche Beratung, die Erstellung von geeignetem Informationsmaterial, das Durchführen von Kampagnen oder auch multiprofessionelle Veranstaltungen sind hier nur einige Beispiele. Es wurde von den Gesundheitsakteur/-innen und Bürger/-innen betont, dass oftmals die Zusammenarbeit von Vertreter/-innen verschiedener Professionen sinnvoll sei, um eine bestimmte Zielgruppe

umfassend zu informieren und aufzuklären. Wichtig sei es, die unterschiedlichen Zielgruppen herauszufinden und gezielt anzusprechen. Neben der persönlichen Beratung ist es gerade bei den jüngeren Zielgruppen äußerst sinnvoll neue Medien und digitale Technologien einzusetzen, um Gesundheitskompetenz zu vermitteln.



Versorgungsangebot in guter Qualität

Dem Versorgungsangebot in guter Qualität sind krankheitsübergreifende und -spezifische, gut erreichbare Angebote sowohl aus dem Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention als auch der Versorgung von Erkrankten zugeordnet. Dabei wurden Bedarfe in Bereichen wie z.B. der flächendeckenden Kriseninterventionsmöglichkeit, der Therapieangebote im ambulanten Bereich oder der Betreuung genannt. Ebenfalls besteht Bedarf hinsichtlich einer Förderung und eines Ausbaus des niederschweligen Angebots im ehrenamtlichen Bereich und von

Selbsthilfegruppen. Auch der bedarfsgerechte Ausbau des Beratungsangebots bei spezifischen Krankheiten müsste nach Meinung der Gesundheitsakteur/-innen und Bürger/-innen angedacht werden. Wichtig seien weiterhin Transparenz und Übersichtlichkeit der bestehenden Angebote. Eine elektronische Angebotsplattform, die von einer unabhängigen Institution geführt werden sollte, könnte dies unterstützen. Weiterhin wurden konkrete Einrichtungen und Strukturen genannt, die auf- oder ausgebaut werden sollten.





Während einige Vorschläge landkreis- und krankheitsübergreifend als notwendig erachtet wurden, gab es ebenso krankheitsspezifische und auf bestimmte Versorgungsregionen bezogene Hinweise. Beispielsweise wurden hier von den Expert/-innen die Einrichtung von Gesundheitszentren mit ambulanten und stationären Strukturen, der Ausbau von Sozialstützpunkten sowie die (Weiter-)Finanzierung von ambulanten, psychosozialen Krebsberatungsstellen empfohlen.

Generell sollte eine veränderte Bedarfsplanung verfolgt werden, welche die Gesamtversorgung im Blick habe, bei der eine gemeinsame Bedarfsplanung der ambulanten und stationären Versorgung erfolge und bei der auf die regionalen Besonderheiten der Angebotslandschaft und der Bedarfe geschaut würde. Die personellen, finanziellen und zeitlichen Ressourcen in den verschiedenen Bereichen der Versorgung müssten überprüft und ausgebaut werden und es sollte mehr über Qualifizierung und Qualitätssicherung diskutiert werden.

Abbildung 3

Innovatives Modell, Krankheitsbild Diabetes mellitus, Landkreis Reutlingen

Primary Health Care Center – Ein Modell der Zukunft auch in Deutschland?

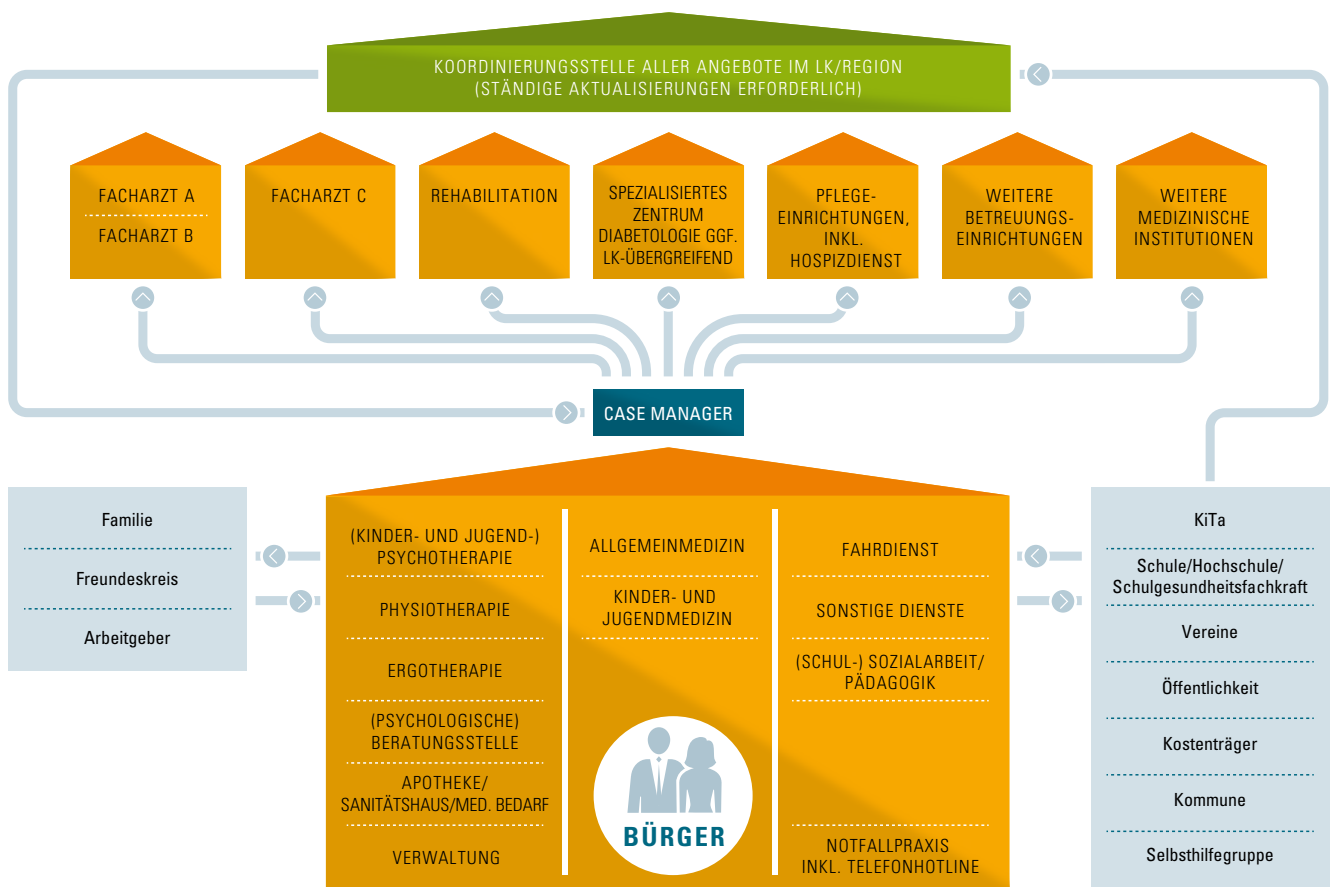




Abbildung 4
Vernetzung als Verbindung
der Bausteine

Vernetzung

Dem vierten Themenbereich Vernetzung wurden die Unterthemen Kooperation der Akteur/-innen, Koordination der Angebote sowie ein politischer Auftrag zur Vernetzung zugeordnet. Die Notwendigkeit der besseren Vernetzung, Kommunikation und Kooperation der Akteur/-innen und eine sektorenübergreifende Zusammenarbeit in multiprofessionellen Teams wurden bei allen betrachteten Erkrankungen betont. Zur Verbesserung des Austausches und der Kommunikation wurde auch die Gründung bzw. der Ausbau von Netzwerken empfohlen. Für einige Krankheitsbilder ist zudem die Einrichtung oder der Ausbau von Versorgungszentren und/oder (über-)regionalen Kompetenzzentren sinnvoll,

in denen Patient/-innen umfassend aus einer Hand versorgt werden. Diese Versorgung sollte auch präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen beinhalten (z.B. im Bereich der Essstörungen).

In Bezug auf die Koordination der Angebote wurden vor allem im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention darauf hingewiesen, dass hier die Kommunen einen wichtigen Beitrag leisten bzw. leisten sollten. Als wichtiges regionales Gremium für die Koordination wurde auf die Kommunalen Gesundheitskonferenzen verwiesen, die diese Aufgabe ausführen sollten. Auch das Thema Case Management wurde mit der Empfehlung

diskutiert, für unterschiedliche Krankheitsbilder die personalisierte Koordination des Behandlungsverlaufs auf- und auszubauen und Rahmenbedingungen hierfür zu formulieren. Diskutiert wurde auch die Rolle von Hausärzt/-innen in einer koordinierenden Funktion in Zusammenhang mit der Einrichtung eines Case Managements.

Im Bereich der Vernetzung ist es aus Sicht der Expert/-innen besonders wichtig, dass ein politischer Auftrag vorliegt: Die Bildung von Arbeitsgruppen und sektorenübergreifenden Kooperationen, eine überregionale Zusammenarbeit oder auch die Sicherung

von personellen und finanziellen Ressourcen wurden als Beispiele für Themen genannt, bei denen politische Unterstützung und Vorgaben notwendig seien.

Die im Teilprojekt 2 erarbeiteten Bausteine für ein umfassendes, koordiniertes, sektorenübergreifendes Versorgungskonzept Lebenswelten, Information und Aufklärung, Versorgungsangebot und Vernetzung wurden im Rahmen einer Literaturrecherche mit nationalen und internationalen Ansätzen zu diesem Thema verglichen. Als wichtige internationale Anregungen für das deutsche Gesundheitssystem werden gesehen:

- Die Stärkung der Primärversorgung durch die Entwicklung multiprofessioneller Gesundheits-/Versorgungszentren mit Public Health-Bezug und Populationsorientierung.
- Der Einsatz interprofessioneller Teams (collaborative care) mit gemeinsamer Verantwortung und Aufgabenteilung.
- Eine Integration von Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation.
- Eine stärkere Patient/-innenzentrierung durch Bürgerbeteiligung und Partizipation, Information und Gesundheitskompetenz (health literacy).
- Eine Ausrichtung/Anpassung der Gesundheitsleistungen an Bedarfen und Bedürfnissen der Bürger/-innen und Betroffenen, dazu die Durchführung von „Community health assessments“, um den lokalen Bedarf zu erheben.
- Eine bessere Qualifizierung für alle Gesundheitsprofessionen.
- Die schrittweise Aufhebung der Trennung von Gesundheitsförderung und Prävention, Kuration, Rehabilitation, Pflege und Gesundheits- und sozialer Versorgung durch interprofessionelle und umfassende Versorgung.
- Eine regionale Organisation von Gesundheitsleistungen und eine populationsorientierte Abstimmung von Leistungsprofilen.
- Fall- und Versorgungssteuerung (Case, Care und Disease Management) anhand von Versorgungspfaden.
- Unterstützung durch e-Health und Telemedizinnetzwerke.



Dabei wurde deutlich, dass sich die Projektergebnisse aus Teilprojekt 2 in den genannten Anregungen wiederfinden: Den Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention decken die Bausteine Lebenswelten sowie Information und Aufklärung umfassend ab. Der Baustein Versorgungsangebot umfasst die genannten Leistungserbringer/-innen aus Gesundheitsförderung und Prävention, Medizin und Pflege, aber auch Selbsthilfe, bürgerschaftliches Engagement, soziale Dienste und Beratungsstellen. In dem Baustein Vernetzung sind Maßnahmen enthalten, die eine gute Kooperation der Akteur/-innen und eine optimale Koordination der Angebote ermöglichen.

Auf Basis der Ergebnisse der Sekundärdatenanalysen, der Befragung von Gesundheitsakteur/-innen und Bürger/-innen sowie von umfassenden Literaturrecherchen nach nationalen und internationalen Strategien,

Konzepten und Beispiele guter Praxis für innovative Versorgungsansätze, die als Vorbild für Bausteine eines sektorenübergreifenden Versorgungskonzepts dienen können, wurden Handlungsempfehlungen formuliert. Diese stellen notwendige Schritte für ein umfassendes, koordiniertes, sektorenübergreifendes Versorgungskonzept dar. Einige dieser Handlungsempfehlungen sind unter den bisherigen gesetzlichen Rahmenbedingungen niedrigschwellig und kurzfristig zu realisieren. Andere sind derzeit nur mittelfristig und im Rahmen von Pilot- oder Modellprojekten umsetzbar. Für einen Teil der Handlungsempfehlungen sind weitergehende, umfassende Änderungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen notwendig, weshalb sie nur langfristig verfolgt werden können. Es bietet sich daher an, diese Empfehlungen zum Gegenstand der Beratungen in einer Reformkommission zu machen, die demnächst auf Bundesebene eingerichtet werden soll.

Folgende Handlungsempfehlungen wurden erarbeitet:

1 Primärversorgung als Basis

- Mittelfristig sollte die Einrichtung von Primärversorgungszentren wie z.B. lokale Gesundheitszentren bzw. PORT-Zentren verfolgt werden. Hiermit kann auch eine Zentralisierung, Schließung und Umwidmung von Kliniken in lokale Versorgungszentren verbunden sein. Wichtig ist, die Bevölkerung hinsichtlich der (Qualitäts-)Vorteile einer solchen Zentrenbildung aufzuklären.
- Um eine patientenzentrierte und am individuellen Bedarf (insbesondere für Menschen mit chronischen Erkrankungen) ausgerichtete Versorgung umzusetzen, ist mittelfristig die Etablierung einer Public Health-orientierten Gesundheitsplanung auf Ebene der Land- und Stadtkreise notwendig. Dieses könnte durch den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) koordiniert und evtl. auch durchgeführt werden (gemäß § 6 Absatz 1 ÖGDG).
- Mittelfristig sollte auch die bundesweite Verankerung und Ausgestaltung der Kommunalen Gesundheitskonferenzen (oder ähnlicher Gremien) im SGB V verfolgt werden.
- Kurzfristig umsetzbar ist ein interdisziplinärer fachlicher Austausch, z.B. durch regelmäßig stattfindende Fallkonferenzen sowie die gemeinsame Erstellung von Behandlungsplänen für Patient/-innen mit komplexen Erkrankungen.

2 (Landkreisübergreifende) Kompetenzzentren für spezielle Erkrankungen

- Mittelfristig ist es sinnvoll, den Aus- und Aufbau von Kompetenzzentren für ausgewählte Krankheitsbilder voranzutreiben. In diesen Zentren erhalten insbesondere Patient/-innen mit schwerwiegenden, seltenen bzw. komplexen Erkrankungen durch ein gut vernetztes, interprofessionelles Behandler/-innen-Team eine umfassende Versorgung von der Diagnostik bis hin zur multimodalen Therapie. Dabei ist allerdings zu beachten, dass eine Zentrenbildung tendenziell wiederum zu einer Desintegration, etwa bei Multimorbidität, führen könnte, und daher nur sehr gezielt gefördert werden sollte.
- Teilweise bestehen solche Kompetenzzentren bereits, beispielsweise für die Krankheitsbilder Darmkrebs und Essstörungen. Hier ist es wichtig, dass die Gesundheitsakteur/-innen eine Behandlung in diesen spezialisierten Zentren empfehlen, und die Patientenströme in einer Region (ggf. auch landkreisübergreifend) koordiniert und gezielt dorthin gelenkt werden. Diese Empfehlung könnte mit relativ wenig Aufwand umgesetzt werden.

- Weiterhin sollte das Ziel verfolgt werden, die Zusammenarbeit von Zentren und niedergelassenen Ärzt/-innen zu verbessern, um eine qualitativ hochwertige und vernetzte Versorgung mit effektiver Nachsorge zu erreichen. Hier sind Schritte wie eine bessere Überleitung, die bessere Vernetzung mit Zentren, Kommunen und Arbeitgebern, der Einsatz von Behandlungskoordinatoren sowie die Nutzung der Telematik kurz- bis mittelfristig umsetzbare Möglichkeiten.

3

Integration von Gesundheitsförderung und Prävention

- Mittelfristig sollte die Integration von Gesundheitsförderung und Prävention in ein regionales Gesundheitsnetz und als Teil eines sektorenübergreifenden Versorgungskonzeptes verfolgt werden.
- Kurzfristig sollte hierfür von den Kommunen eine aktive Rolle in der Steuerung und Vermittlung übernommen werden, wofür Kommunale Gesundheitskonferenzen geeignet sind. Mögliche Aufgaben der Kommunen könnten die Koordination von Angeboten, die Initiierung von Hilfsangeboten, die zur Bildung von Gemeinschaftsgefühl und Solidarität in der Gesellschaft beitragen, oder die Gewinnung von Multiplikator/-innen vor Ort (Organisation, Koordination und Schulung) sein. Die Kommunalen Gesundheitskonferenzen sollten dabei als regionales Gremium für die Steuerung und Etablierung einer strukturellen Gesundheitsförderung, sowie von Austausch und Vernetzung genutzt werden. Ein sozialraumorientiertes Quartiersmanagement und nachhaltige, gesundheitsfördernde Strukturen sollten in den Städten, Gemeinden und im Landkreis umgesetzt werden.
- Als kurz- und mittelfristig umsetzbare Maßnahmen sollte der Ausbau der Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention an Kitas und Schulen verfolgt werden, z.B. durch ein Gesamtkonzept „Gesunde Schule“, welches die stärkere Verankerung des Themas Gesundheit in den Lehrplänen aller Jahrgangsstufen verfolgt und ggf. auch ein Unterrichtsfach „Gesundheit“ vorsieht. Auch die Einführung von Präventions- und Schulgesundheitsfachkräften an Schulen sollte anhand von Modellprojekten in der Modellregion erprobt und mittelfristig an allen Schulen angestrebt werden.
- Auch der Ausbau des betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) und die Förderung von Maßnahmen für den Wiedereinstieg in den Beruf sind mittelfristig umzusetzen. In diesem Bereich ist eine Sensibilisierung von Unternehmen bzw. Arbeitgebern für betriebliches Gesundheitsmanagement dringend notwendig, vor allem in kleinen und mittelständischen Betrieben.
- Niedrigschwellig umsetzbare Maßnahmen, wie etwa die Durchführung von multiprofessionellen Veranstaltungen und Präventionskampagnen oder die Erstellung und Verteilung von geeignetem Informationsmaterial sollten mit dem Ziel verfolgt werden, die Bevölkerung über Erkrankungen und Möglichkeiten der Gesunderhaltung zu informieren und aufzuklären.



4

Verzahnung mit sozialen, ehrenamtlichen und Selbsthilfe-Angeboten in der Kommune sowie mit Mobilitäts-, Wohn- und Pflegeangeboten für ältere Menschen

- Kurzfristig sollte hier der Ausbau von niederschwelligen und ehrenamtlichen Angeboten verfolgt werden, z.B. durch die Förderung von wohnortnahen Angeboten oder die Umsetzung der Strategie „Quartier 2020 – Gemeinsam. Gestalten.“
- Wichtig ist auch eine Förderung von Selbsthilfegruppen für Betroffene und Angehörige.
- Mittelfristig sind die Förderung und der Ausbau neuer Wohnformen für spezifische Erkrankungen wichtig, um hier eine Vielfalt an Möglichkeiten zu schaffen, die für alle zugänglich sind. Damit verbunden ist die Notwendigkeit der Überarbeitung von Baurechtbestimmungen auf gesetzlicher Ebene, z.B. im Bereich der Raumordnung, Bauleitplanung bei Neubauten oder der Renovierung und Sanierung.
- Langfristig werden die Aufwertung und der Ausbau der Pflegeberufe empfohlen, um einem Pflegekräftemangel entgegenzuwirken. Eine bessere Bezahlung wird hier als notwendig gesehen. Es müssen einerseits Anreize für junge Menschen geschaffen werden, damit sie diese Berufswege einschlagen, andererseits für ausgebildete Pflegekräfte, um diese im Beruf zu halten.
- Zur Qualitätssicherung wird eine transparente Zertifizierung von Betreuungs- und Pflegepersonal als langfristiges Ziel empfohlen. Weitere Möglichkeiten wären z.B. eine regelmäßige Überprüfung der von Angehörigen geleisteten Pflege, eine frühe fachliche Beratung der Angehörigen und Hilfestellung durch einen Case Manager, oder auch die Umsetzung von Qualitätskontrollen bei Vermittlungsagenturen/Pflegediensten mit ausländischen Betreuungskräften.

Kooperation der Gesundheitsakteur/-innen über Sektoren und Berufsgruppen hinweg

- Als kurzfristig umzusetzende Maßnahme in diesem Bereich ist ein Modellprojekt zur Abstimmung der ambulanten Bedarfsplanung und stationären Krankenhausplanung in einer Versorgungsregion denkbar.
- Weiterhin sollte kurzfristig die Etablierung einer anlassbezogenen kreisübergreifenden Kooperation Kommunaler Gesundheitskonferenzen oder die Etablierung von regionalen Strukturgesprächen verfolgt werden.
- Zur Verbesserung der Kooperation von Gesundheitsakteur/-innen über Sektoren und Berufsgruppen hinweg wird mittelfristig die Bildung von Netzwerken bzw. eine Vernetzung sektorenübergreifender Strukturen empfohlen. Notwendig ist beispielsweise eine bessere Vernetzung von ambulanter und stationärer Versorgung oder auch von ambulanter mit ambulanter Versorgung (z.B. Hausärzt/-innen mit Fachärzt/-innen). Hierfür ist eine Definition der Art der Vernetzung und der Kooperation notwendig, z.B. hinsichtlich regelmäßiger Treffen oder auch gemeinsamer Projekte. Die Aufgaben einzelner Akteur/-innen im Netzwerk müssen definiert und die Wege zum Austausch von Informationen geklärt werden. Des Weiteren müssen (finanzielle) Anreize zur Teilnahme am Netzwerk für die Akteur/-innen geschaffen werden.
- Mittelfristig ist eine Verbesserung der Schnittstellen zwischen medizinischer Behandlung und der Pflege sowie der Gesundheitsförderung erforderlich. Auch hier müssen die Rollen und Aufgaben der verschiedenen Akteur/-innen geklärt und Möglichkeiten der Finanzierung geschaffen werden.
- Auch über Landkreisgrenzen hinweg ist mittelfristig eine Vernetzung zu verfolgen: Landkreisübergreifende Netzwerkbildung sowie die Entwicklung von regionalen Versorgungspfaden sind hier wichtige Bereiche. Anzuehende Themen sind hier beispielsweise die Entwicklung von regionalen Versorgungspfaden, die Neuordnung der Notfallversorgung, die Schaffung eines landkreisübergreifenden Gremiums zur Verbesserung des Entlassmanagements, die Schaffung von Transparenz und das Zusammenbringen von Institutionen, ein landkreisübergreifendes „vom Besten lernen“, sowie eine sinnvolle Planung von (Pilot-)Projekten an unterschiedlichen Standorten in den Landkreisen. Eine Unterstützung durch die Politik wird hierfür als notwendig angesehen (z.B. Kreistagsbeschlüsse, regionale Strukturgespräche, Vergabe von Fördermitteln durch das Land).

6 Koordination der Angebote

- Kurzfristig umsetzbar für die Verbesserung der Transparenz der Angebote sind z.B. Maßnahmen wie das Schaffen einer elektronischen Angebotsplattform (ggf. integriert in ein Netzwerk) oder das Einrichten einer Beratungsstelle, welche u.a. niedrigschwellig vorhandene Hilfen aufzeigen und bestehende Angebote koordinieren könnten und dadurch Transparenz herstellen würden.
- Regionale Leistungsanbieter sollten miteinander vernetzt sein, was relativ kurzfristig umsetzbar sein sollte (siehe Punkt 5 „Kooperation der Gesundheitsakteur/-innen über Sektoren und Berufsgruppen hinweg).
- Auch die Verbesserung des Entlassmanagements führt zu einer verbesserten Koordination der Angebote. Kurzfristig sind hier Maßnahmen wie z.B. die Gewährleistung der Anschlussversorgung im ambulanten Bereich (Kurzzeitpflege, ambulante Pflegedienste), die Überarbeitung der notwendigen Dokumentation, die Überarbeitung datenschutzbedingter Einschränkungen, die Übernahme des Entlassmanagements durch ein Case Management oder die Prüfung bestehender Angebote und Sammlung von Beispielen guter Praxis denkbar.
- Wichtig ist die Sicherstellung der Kontinuität in der Behandlung (wie sie z.B. Gesundheitszentren und -netzwerke bereits bieten). Mittelfristig sind hier neben einer Verbesserung des Entlassmanagements auch bessere Absprachen zu treffen und ein besseres Schnittstellenmanagement notwendig. Die Schaffung und der Ausbau von Netzwerken zur Verbesserung der Kommunikation und des interdisziplinären Austausches sind, wie bereits oben erwähnt, ein wichtiger Beitrag und sollten mittelfristig verfolgt werden.



- Mittelfristig ist eine verbindliche Regelung von Kommunikationsstrukturen und die Nutzung von „Werkzeugen“ zur Kooperation und Koordination anzustreben. Hier sind beispielsweise sektorenübergreifende Algorithmen und Versorgungspfade, die elektronische Patientenakte sowie der Ausbau von e-Health/Telematik zu nennen.
- Das Thema Transition (Übergang der Behandlung von chronisch erkrankten Jugendlichen bzw. jungen Erwachsenen durch Kinder- und Jugendmediziner hin zur Versorgung für Erwachsene) ist in Bezug auf die Koordination der Angebote zu nennen: Die Durchführung einer Transitionssprechstunde wird beispielsweise derzeit nur bei speziellen Erkrankungen durch die Krankenkassen finanziert. Empfohlen wird hier mittelfristig eine Einführung von mindestens zwei gemeinsamen Sprechstunden als „Übergabe“ bei allen Erkrankungen, bei denen eine solche Sprechstunde sinnvoll erscheint.
- Des Weiteren ist die Verbesserung der Rehabilitation und Nachsorge mittelfristig zu verfolgen. In diesem Bereich gilt es beispielsweise, die Untergliederung der Rehabilitation in Phasen hinsichtlich des Patientennutzens zu überdenken, Kapazitäten in der Rehabilitation für alle Phasen anzupassen, ein flexibleres und unkomplizierteres Rehabilitationsangebot (Anschlussheilbehandlung) zu schaffen, oder auch die Antragstellung zu beschleunigen und zu vereinfachen. Mögliche Maßnahmen in diesem Bereich sind auch die Einführung einer Patientenmappe zur Dokumentation der gesamten Behandlung sowie eines Nachsorgepasses. Bei einigen Erkrankungen (z.B. Krebserkrankungen) werden solche Dokumente derzeit bereits als papierbasierte Version eingesetzt. Längerfristig sollten diese jedoch in eine elektronische Patientenakte integriert werden.
- Ein weiteres, wichtiges mittelfristiges Thema ist der Personal- und Ressourcenmangel, welchem entgegengewirkt werden sollte. Beispielsweise sind hier derzeit vor allem für das Krankheitsbild Demenz, für alle Ebenen der psychischen Versorgung und auch in der Pflege Engpässe vorhanden, welche angegangen werden müssen.

7 Persönliches Fallmanagement (Case und Care Management)

- Für die Verbesserung der Koordination des Behandlungsverlaufes wird die Einführung von Case Management empfohlen. Erprobt werden könnte dieses im Rahmen von Pilot- oder Modellprojekten. Wichtig ist die Definition von Aufgaben eines Case Managers, zu denen z.B. die Vermittlung von Kontakten/Angeboten, die Schaffung eines Überblicks über den Behandlungsverlauf, oder auch die Terminplanung gehören könnten. Auch die Rahmenbedingungen müssen geklärt werden. Ggf. ist die Schaffung von Anreizen für Hausarztpraxen zu überdenken, damit diese, insbesondere mit Hilfe von Versorgungsassistent/-innen für die Hausarztpraxis (VERAHs), die Rolle des Lotsen/Case Managers übernehmen.

- Weiterhin wird die Anwendung von Strategien zur System- und Versorgungssteuerung empfohlen, die einrichtungsübergreifend bedarfsgerechte Hilfen im Sozial- und Gesundheitswesen koordiniert, organisiert und die strukturellen Voraussetzungen dafür in der Region aufzeigt (Care Management). Auch die Lenkung von Patientenströmen, z.B. in Kompetenzzentren, wird als Aufgabe eines guten Care Managements gesehen.

8

Zugang und gute Erreichbarkeit der Angebote

- Die Verbesserung der Erreichbarkeit von Angeboten kann kurzfristig durch verschiedene Maßnahmen, wie z.B. die Sicherstellung von guten Verbindungen im Öffentlichen Personennahverkehr, das Einrichten von Fahrdiensten, die Einführung von E-Mobilität, die Etablierung von guten Online-Angeboten erreicht werden. Einrichtungen wie regionale Kriseninterventions- und Traumazentren können zwar räumlich weiter entfernt sein, bieten aber bei entsprechenden Notfällen schnelle Interventions- und Hilfemöglichkeiten.
- Eine wohnortnahe, schnelle Erstversorgung im Notfall und die Möglichkeit des zeitnahen Transports in eine für das Krankheitsbild geeignete Einrichtung wird empfohlen und kann relativ kurzfristig erreicht werden. Ein Beispiel hierfür ist der Transport in Stroke Units: Eine landkreisübergreifende Abstimmung über den Versorgungsauftrag der Stroke Units ausschließlich zum Nutzen des/der Patient/-in ist hier notwendig.
- Wichtig ist der Abbau sprachlicher Barrieren, z.B. für Menschen mit Migrationshintergrund und für Menschen im Flüchtlings- und Asylbewerberstatus. Hier können kurzfristig Maßnahmen umgesetzt werden.
- Mittelfristig wird die Verkürzung von Wartezeiten empfohlen, z.B. für Facharzttermine, zur stationären Aufnahme zu Beginn einer ambulanten Therapie sowie für die psychologische Versorgung. In Bezug auf Facharzttermine ist hierfür eine Analyse der Bedarfsplanung und Anpassung an den tatsächlichen Bedarf notwendig. Studien zeigen jedoch auch, dass Wartezeiten häufig eher mit der Art des derzeitigen Abrechnungssystems (insbesondere der Praxisbudgetierung und quartalsweiser Abrechnung) sowie angebotsinduzierter Nachfrage zu tun haben, als mit der Anzahl der Therapeuten in einer Region.

Voraussetzungen für die Umsetzung eines regionalen sektorenübergreifenden Versorgungsnetzwerks

Die eingangs genannten, im Rahmen des Modellprojekts durchgeführten Schritte können dazu genutzt werden, ein regionales Versorgungsnetzwerk auch in anderen Landkreisen und Kommunen in die Praxis umzusetzen. Voraussetzungen für den Aufbau eines solchen Netzwerks sind die Etablierung einer Organisationsstruktur sowie einer Leitungs- und Steuerungsgruppe. Prozesse zur regelmäßigen Erhebung und Auswertung von Versorgungsdaten, wie sie im vorliegenden Projekt in Teilprojekt 1 durchgeführt wurden, müssen implementiert und es muss festgelegt werden, wer hierfür zuständig ist. Sekundärdatenauswertungen sollten durch Erhebungen von Primärdaten zu ausgewählten Themen ergänzt werden. Dazu könnten Befragungen von Gesundheitsakteur/-innen und Bürger/-innen zu Stärken und Schwächen der Versorgung in der Region analog zu dem in Teilprojekt 2 erprobten Vorgehen erfolgen.

In internationalen Studien werden darüber hinaus folgende Voraussetzungen für die erfolgreiche Umsetzung eines regionalen, sektorenübergreifenden und integrierten Versorgungsnetzwerks beschrieben:

1

Aufbau eines Steuerungs- und Managementsystems

2

Entwicklung der notwendigen Infrastruktur

3

Unterstützende Finanzierungssysteme und Anreize

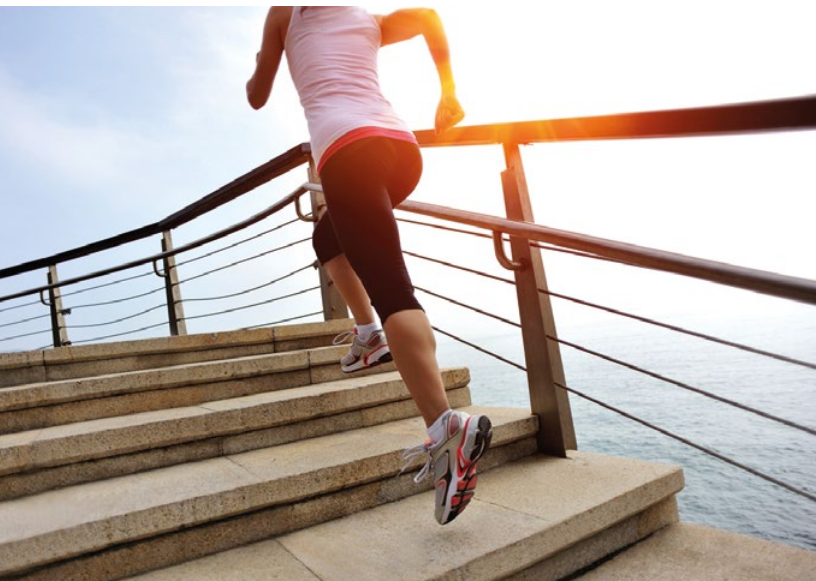
4

Darstellung und Entwicklung des wirtschaftlichen Nutzens

5

Änderung von Einstellungen und Verhalten bei den Beteiligten

Eine erste notwendige Voraussetzung für ein regionales Versorgungsnetz ist der Aufbau eines Steuerungs- und Managementsystems. Je nach der geplanten Struktur ist die Etablierung eines professionellen Managements im Sinne einer hauptamtlichen Geschäftsführung sinnvoll. Aufgaben, z.B. im Rahmen der Versorgungsplanung, könnten bei entsprechender Ressourcenausstattung ggf. teilweise auch durch den ÖGD übernommen werden. In diesem Zusammenhang spielt die



Weiterentwicklung und gezielte Ausgestaltung der Kommunalen Gesundheitskonferenzen als potentiell regionales Steuerungsinstrument eine zentrale Rolle. Wichtig ist, dass Ansprechpartner/-innen deutlich benannt, sowie Verantwortung und Aufgaben im Netz klar verteilt werden, und dass die Finanzierungsverantwortung geklärt ist.

Weiterhin ist die Entwicklung einer notwendigen Infrastruktur zur Umsetzung regionaler Netzwerke wichtig. Hierfür ist zunächst die Erhebung des lokalen Bedarfs und die datengestützte Versorgungsplanung unter Berücksichtigung der Bedürfnisse der Bürger/-innen („community health assessment“) notwendig, um bestehende Bedarfe und fehlende Versorgungsangebote aufzuzeigen. Weiterhin sind hier auch der Aufbau und die gute Vernetzung von Primärversorgungsstrukturen und Kompetenzzentren für ausgewählte chronische Erkrankungen voranzutreiben: Die Akteure/-innen im Versorgungsnetz müssen gut miteinander kooperieren und kommunizieren und Leistungen gut koordiniert sein. Ansätze, die in diese Richtung gehen, beispielsweise der Verbesserung von Schnittstellen dienen, müssen weiter gefördert und ausgebaut werden, um eine regional vernetzte, populationsorientierte, sektorenübergreifend geplante und integrierte Versorgung zu erreichen.

Ein zentraler Punkt für das Gelingen eines regionalen integrierten Netzwerks ist ein unterstützendes Finanzierungssystem und entsprechende Anreize zur Kooperation der Akteure/-innen. Das derzeitige Finanzierungssystem im ambulanten ärztlichen Bereich beruht überwiegend auf dem Prinzip

der Einzelleistungsvergütung für diejenigen Patient/-innen, die den/die (Haus)Arzt/Ärztin von sich aus bei Krankheit aufsuchen. Es besteht kein Bezug zu einer zu versorgenden regionalen Bevölkerung (Populationsorientierung durch ein Einschreibesystem für Bürger/-innen), Leistungen werden nur für die Behandlung einer Erkrankung gezahlt und Leistungen, die von einem Behandlungsteam erbracht werden, werden nicht vergütet. Hier sollten zukünftig Anreize für Ärzt/-innen geschaffen werden, um den Fokus ihrer Arbeit vorrangig auf die Gesunderhaltung ihrer Patient/-innen bzw. der Bürger/-innen in ihrem Einzugsgebiet zu richten. Das Honorierungssystem sollte grundsätzlich umgestaltet werden, um auch den wirtschaftlichen Nutzen eines regionalen sektorenübergreifenden Versorgungsnetzes darzustellen und zu entwickeln. Denkbar wäre beispielsweise eine Weiterentwicklung des Finanzierungssystems durch die Etablierung regionaler Budgets, um eine sektoren- und berufsgruppenübergreifende Versorgung zu ermöglichen.

Der erfolgreiche Aufbau eines integrierten regionalen Versorgungsnetzwerkes hängt nicht zuletzt von der Einstellung sowohl der beteiligten Gesundheitsakteur/-innen als auch der Patient/-innen gegenüber derartigen innovativen Ansätzen ab. In dieser Hinsicht sind beispielsweise die persönliche Weiterentwicklung sowie die Bereitschaft, neue Wege zu beschreiten, notwendige Voraussetzungen. Sowohl Gesundheitsakteur/-innen als auch Patient/-innen müssen bereit sein, neue Perspektiven und Rollen einzunehmen.

HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN UND SCHLUSSFOLGERUNGEN



Im Rahmen des Projekts sind Handlungsempfehlungen entstanden, die sich an die unterschiedlichen Entscheidungs- und Umsetzungsebenen (Bund/Land/lokale Ebene) richten (siehe auch Executive Summary). Dabei haben die Handlungsempfehlungen unterschiedliche Ausmaße: teilweise sind sie niedrigschwellig umsetzbar, manche erfordern eine modellhafte Erprobung, für wieder andere sind Anpassungen von Bundes- oder Landesgesetzen notwendig.

Einige dieser Handlungsempfehlungen sind im Folgenden mit Blick auf die unterschiedlichen Entscheidungs- und Umsetzungsebenen aufgeführt.

Allgemeine Handlungsempfehlungen, die sich an multiple Akteure auf verschiedenen Ebenen richten:

- Verbesserung der Zusammenarbeit von überregionalen Zentren und niedergelassenen Ärzt/-innen
- Weitere Verbesserung des Entlassmanagements in den Krankenhäusern
- Einführung einer Koordination des Behandlungsverlaufes (Case Management)
- Anwendungen von Strategien zur Koordination und Verteilung von Dienstleistungen (Care Management)
- Abbau sprachlicher Barrieren im gesamten Gesundheitssystem

Handlungsempfehlungen, die sich an die Bundesebene richten bzw. bundesweit angegangen werden können:

- Neugestaltung einer sektorenübergreifenden regionalen Bedarfs- und Versorgungsplanung (Bund/GBA), die als Grundlage für eine patientenorientierte sektorenübergreifende Versorgung dient.
- Einführung einer sektorenübergreifenden Finanzierungsgrundlage, die auch eine Vergütung für interdisziplinäre/-professionelle Versorgungsteams ermöglicht. Als Einstieg in ein solches Finanzierungsmodell wäre beispielsweise die Einführung eines sektorenübergreifenden Notfallbudgets möglich, wie sie vom Sachverständigenrat für die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens vorgeschlagen wird. Auch die Erprobung von Regionalbudgets in einer Modellregion wäre in diesem Zusammenhang denkbar.
- Gestaltung einer sektorenübergreifenden Qualitätssicherung z.B. mittels einer Erfassung der Qualität der medizinischen Versorgung über Einrichtungs- und Sektorengrenzen hinweg, was eine Definition von einheitlichen Rahmenbedingungen (z.B. Strukturen und Datenflüsse) voraussetzt.
- Etablierung von verbindlichen Regelungen für Kommunikationsstrukturen und die Nutzung von „Werkzeugen“ zur Kooperation und Koordination (incl. e-Health/Telemedizin).
- Bundesweite Verankerung und Ausgestaltung der Kommunalen Gesundheitskonferenzen (oder ähnlicher Gremien) im SGB V
- Aufwertung und Ausbau der Pflegeberufe
- Verbesserung der Nachsorge und Rehabilitation

Handlungsempfehlungen, die sich an die Landesebene richten:


- Ausbau und Förderung von niedrighschwelligem und ehrenamtlichen Angeboten (z.B.: Quartier 2020 – Gemeinsam. Gestalten)
- Stärkung von Selbsthilfegruppen für Betroffene und Angehörige
- Modellprojekt zur Abstimmung der ambulanten Bedarfsplanung und stationären Krankenhausplanung in einer Versorgungsregion
- Einbindung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes im Bereich der regionalisierten Versorgungs- und Bedarfsplanung
- Wohnortnahe, schnelle Erstversorgung im Notfall und die Möglichkeit des zeitnahen Transports in eine für das Krankheitsbild geeignete Einrichtung

Handlungsempfehlungen, die sich an die lokale Ebene richten:

- Einrichtung von Primärversorgungszentren
- Verbesserung der Vernetzung von ambulanter mit stationärer Versorgung durch stärkeren interdisziplinären, fachlichen Austausch z.B. durch Fallkonferenzen
- Verbesserung der Vernetzung von ambulanter mit ambulanter Versorgung (z.B. Hausärzt/-innen mit Fachärzt/-innen)
- Integration von Gesundheitsförderung und Prävention in ein regionales Gesundheitsnetz
- Etablierung einer anlassbezogenen kreisübergreifenden Kooperation Kommunalen Gesundheitskonferenzen
- Bildung von Netzwerken bzw. Vernetzung sektorenübergreifender Strukturen zur Sicherstellung der Kontinuität in der Behandlung
- Verbesserung des Entlassmanagements z.B. durch Prüfung bestehender Anschlussangebote vor Ort und Sammlung von Beispielen guter Praxis

Die beschriebenen Empfehlungen und Schlussfolgerungen sind als Diskussionsgrundlage zu verstehen und zeigen mögliche Schritte hin zu einer sektorenübergreifenden Versorgung auf. Im weiteren Prozess werden diese zu diskutieren und auf ihre Umsetzbarkeit zu prüfen sein. So sind beispielsweise für die Umsetzung des beschriebenen Rahmenkonzepts auf regionaler Ebene Anpassungen an die lokalen Gegebenheiten notwendig. Während in einigen Regionen bereits vorhandene Einrichtungen, Kooperationen und weitere Ressourcen

einbezogen und genutzt werden können, mag dieses in anderen Regionen weniger der Fall sein. Notwendig ist in jedem Fall immer, die Präferenzen der Gesundheitsakteur/-innen sowie der Bevölkerung zu berücksichtigen. Dabei kann das in diesem Modellprojekt gewählte methodische Vorgehen als „Blaupause“ genutzt werden. Hilfreich auf dem Weg zu einer sektorenübergreifenden Versorgung kann dabei auch immer der Blick auf nationale und internationale Beispiele guter Praxis sein.



Ministerium für Soziales und Integration
Baden-Württemberg

Else-Josenhans-Straße 6
70173 Stuttgart

Telefon: 0711 123-0
www.sozialministerium-bw.de
www.gesundheitsdialog-bw.de