

Regionalisiertes Versorgungssystem am Beispiel Mecklenburg-Vorpommern

Wolfgang Hoffmann

Institut für Community Medicine,
Abt. Versorgungsepidemiologie und Community Health
Universitätsmedizin Greifswald

Zi-Congress Versorgungsforschung, Berlin, 8.9.2022

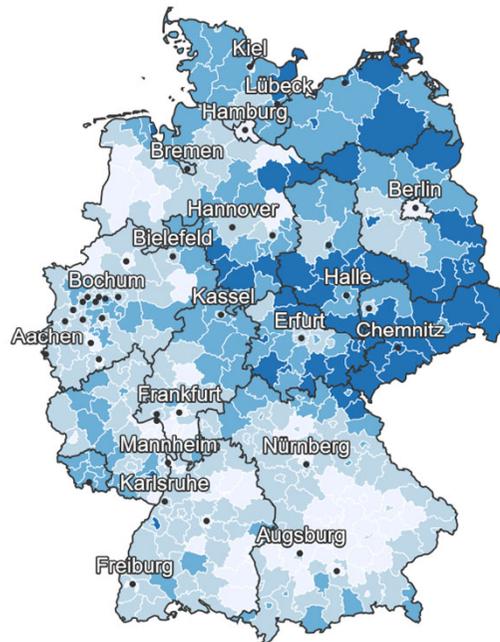
Regionale Besonderheiten, regionale Probleme

Welche Parameter spielen für die regionale Versorgung eine Rolle?

Bevölkerung:

- Altersverteilung
- Morbidität
- Sozio-ökonomische Parameter (Einkommen, Bildung, Arbeitslosenquote...)

Bevölkerung 80 Jahre und älter
Anteil an der gesamten Bevölkerung in %

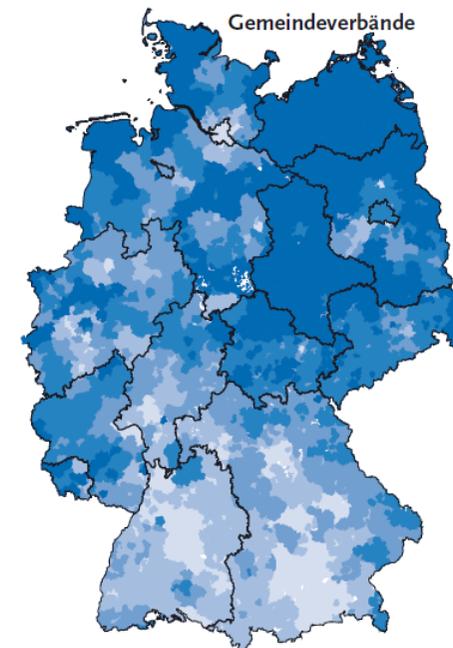


Anteil in %

4,8 bis unter 6,5 6,5 bis unter 7,5 7,5 bis unter 8,7 8,7 bis 11,2

Copyrights: © GeoBasis-DE / BKG 2019 | Quelle: Bevölkerungsfortschreibung
© Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2022

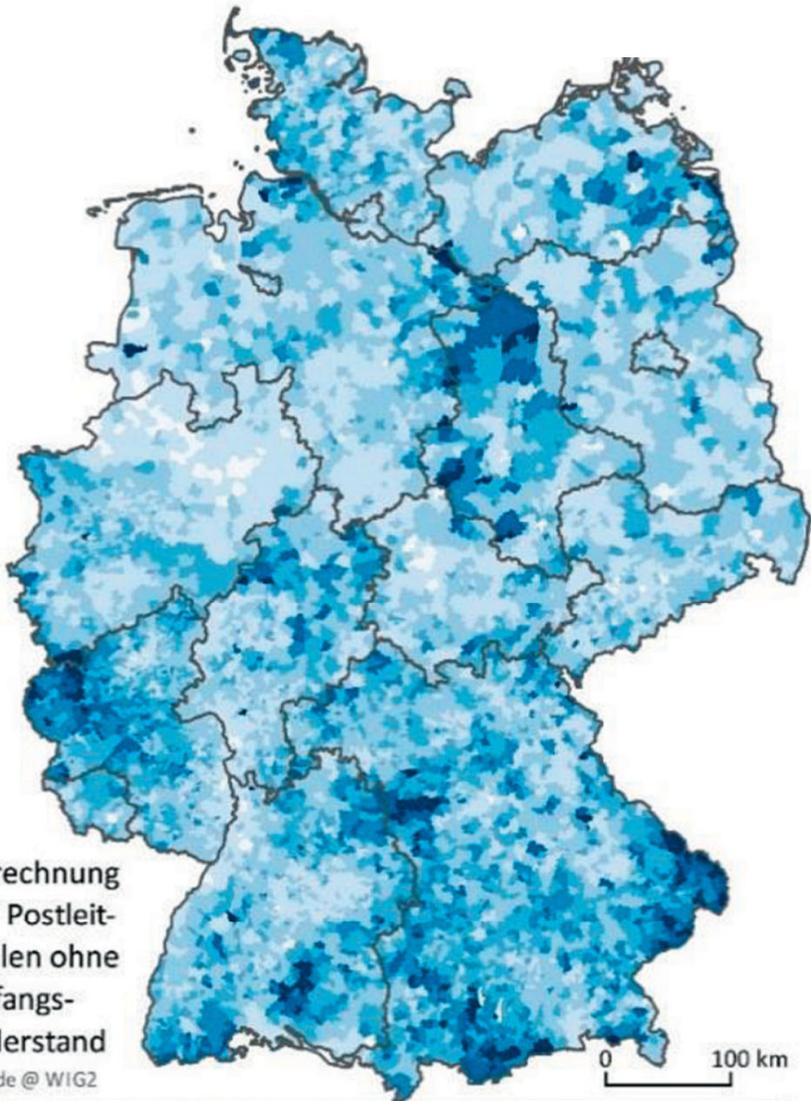
Regionale sozioökonomische Deprivation



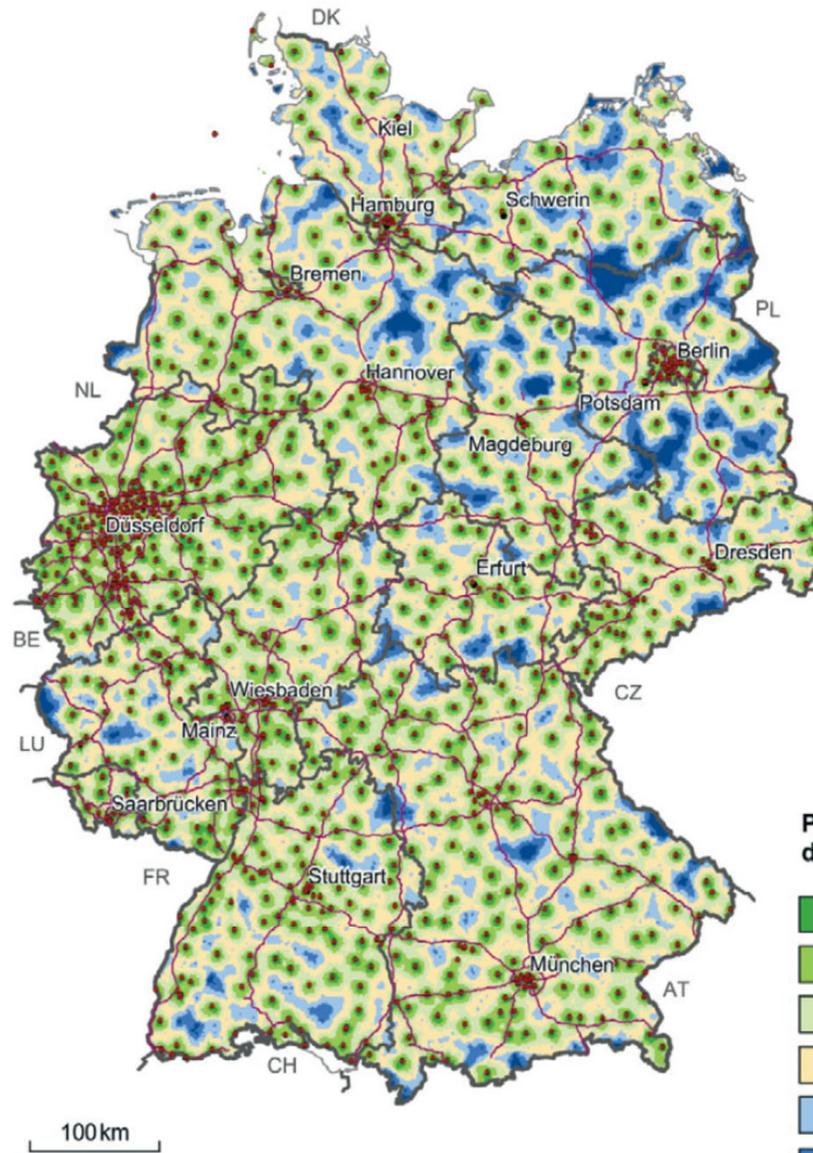
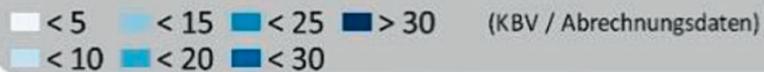
Quintile: 1 2 3 4 5

Höchste Deprivation

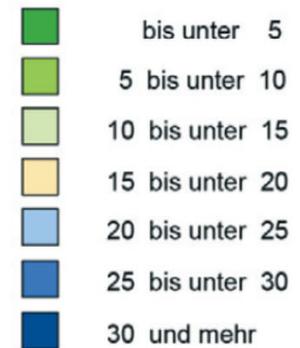
Quelle: Kroll LE, Schumann M, Hoebel J et al. (2017) Regionale Unterschiede in der Gesundheit – Entwicklung eines sozioökonomischen Deprivationsindex für Deutschland. Journal of Health Monitoring 2(2): 103 – 120.



Realisierte Wegzeiten in Minuten (Hausarzt)



Pkw-Fahrzeit zum nächsten Krankenhaus der Grundversorgung 2016 in Minuten



Klimawandel Schutz vor Hitze

Impfzettel
Klein- und mittelgroße Praxen
revidieren und ergänzen von
Einschleusen Seite 18

Zertifizierte Fortbildung
Grund- und Langzeitkurse
zur Selbstbestimmung Seite 19

BEKANNTMACHEN DER HERAUSGEBER

BUNDEÄRZTEKAMMER

Bekanntmachungen

Versorgung in dünn besiedelten Regionen Teil 1: Problemdarstellung und Monitoring

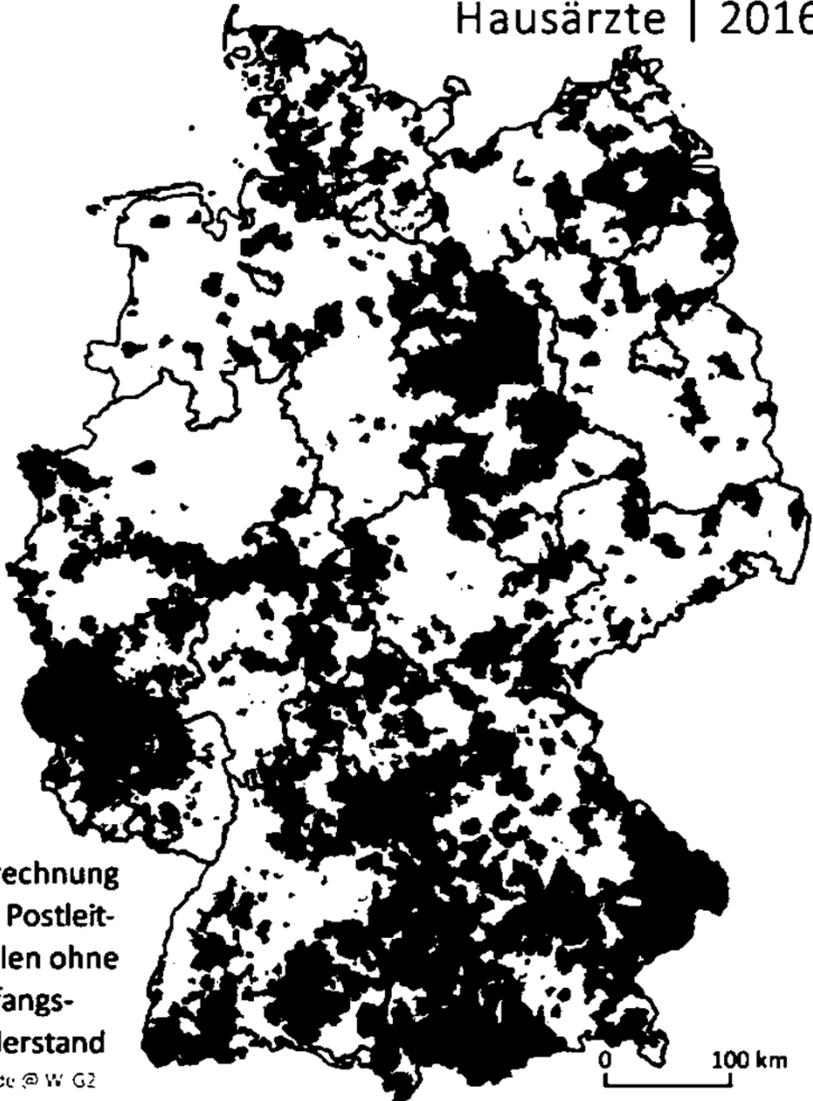
Der Vorstand der Bundesärztekammer hat in seiner Sitzung vom 12.11.2021 auf Empfehlung des Vorstands des Wissenschaftlichen Beirats diese Stellungnahme beraten und beschlossen.

Vorwort

Wie kann die Gesundheitsversorgung in dünn besiedelten Regionen in Deutschland sichergestellt werden und welche Strukturen und so-

nen präzisiert und einen methodischen Ansatz zu deren Erfassung, Analyse und Management vorstellt. Im Zentrum dieser Stellungnahme stehen die ambulanten und stationären Versorgungsstrukturen. Ihre selbst-

Hausärzte | 2016



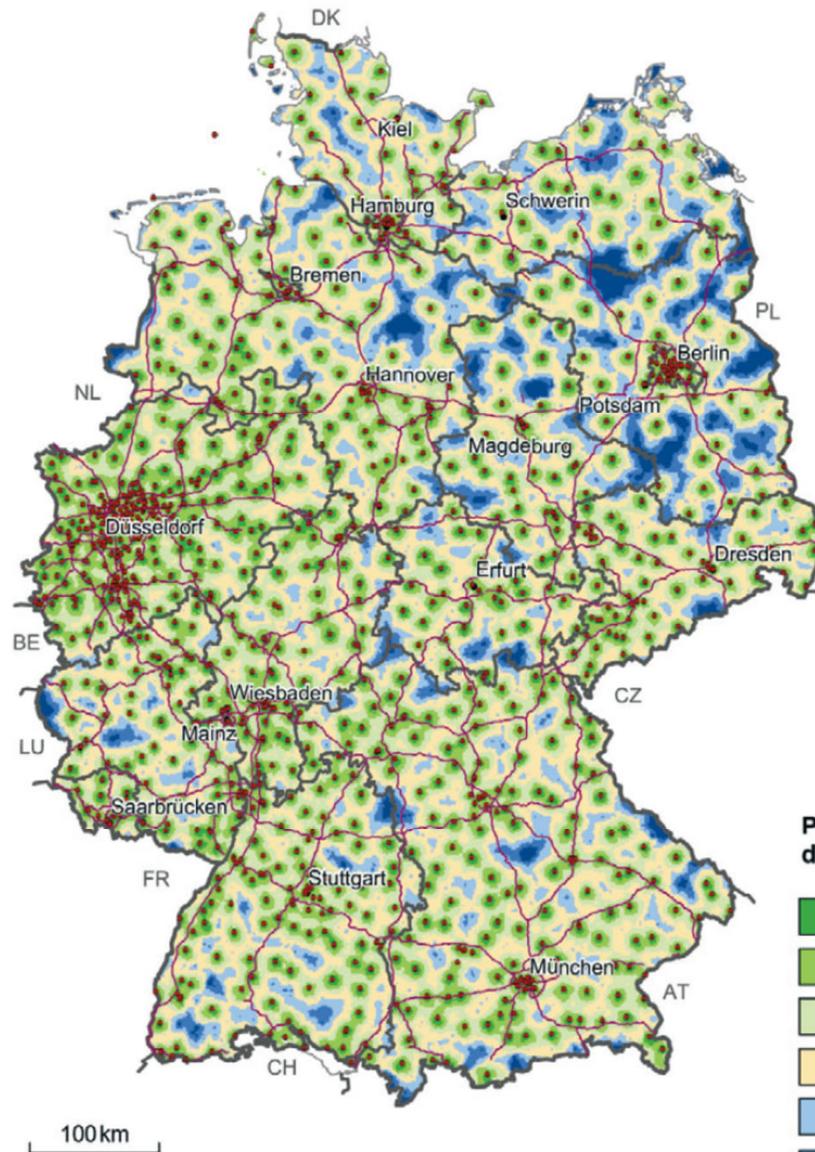
Berechnung auf Postleitzahlen ohne Anfangswiderstand

Wende @ W G2

Realisierte Wegzeiten in Minuten

< 5
 < 15
 < 25
 > 30
 (KBV / Abrechnungsdaten)

< 10
 < 20
 < 30



Pkw-Fahrzeit zum nächsten Krankenhaus der Grundversorgung 2016 in Minuten

- bis unter 5
- 5 bis unter 10
- 10 bis unter 15
- 15 bis unter 20
- 20 bis unter 25
- 25 bis unter 30
- 30 und mehr



BEKANNTGABEN DER HERAUSGEBER

BUNDEÄRZTEKAMMER

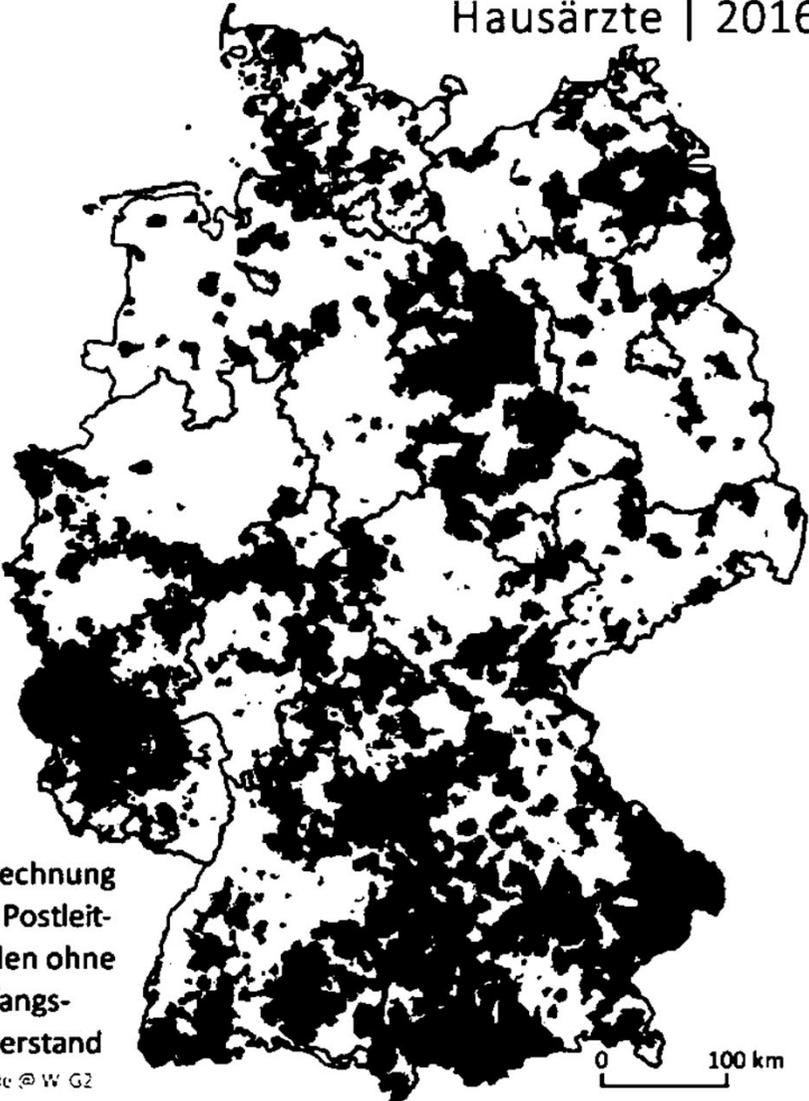
Bekanntmachungen

Versorgung in dünn besiedelten Regionen
Teil 1: Problemdarstellung und Monitoring

Der Vorstand der Bundesärztekammer hat in seiner Sitzung vom 12.11.2021 auf Empfehlung des Vorstands des Wissenschaftlichen Beirats diese Stellungnahme beraten und beschlossen.

Vorwort
Wie kann die Gesundheitsversorgung in dünn besiedelten Regionen in Deutschland sichergestellt werden und welche Strukturen und zentralisiert und einen methodischen Ansatz zu deren Erfassung, Analyse und Management vorstellt. Im Zentrum dieser Stellungnahme stehen die ambulanten und stationären Versorgungsstrukturen. Ihre selbst-

Hausärzte | 2016



Berechnung auf Postleitzahlen ohne Anfangswiderstand
Wende @ W G2

Realisierte Wegzeiten in Minuten

< 5
 < 10
 < 15
 < 20
 < 25
 > 30
 (KBV / Abrechnungsdaten)



BEKANNTGABEN DER HERAUSGEBER

BUNDEÄRZTEKAMMER
Bekanntmachungen

**Versorgung in dünn besiedelten Regionen
Teil 1: Problemdarstellung und Monitoring**

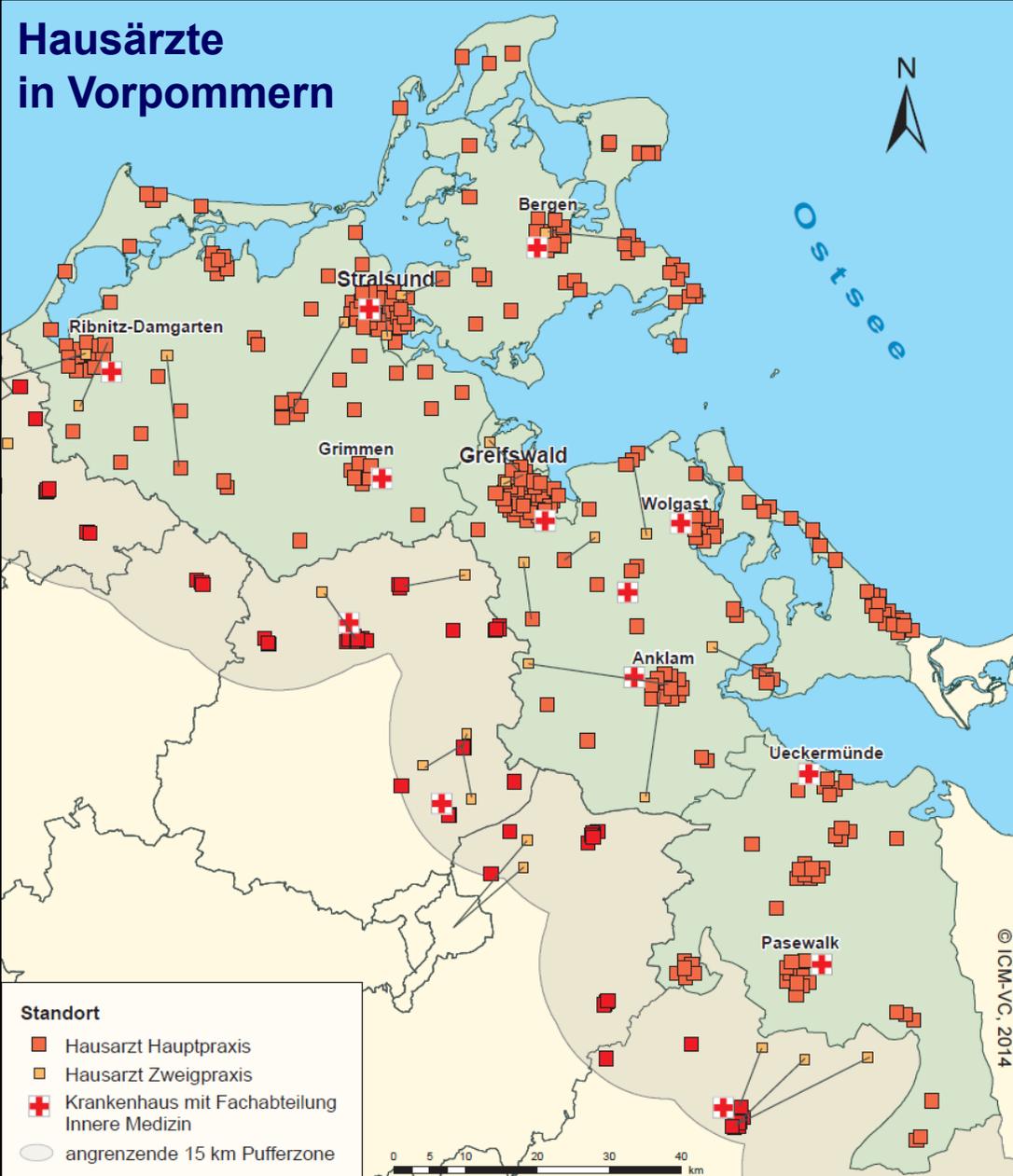
Der Vorstand der Bundesärztekammer hat in seiner Sitzung vom 12.11.2021 auf Empfehlung des Vorstands des Wissenschaftlichen Beirats diese Stellungnahme beraten und beschlossen.

Vorwort
Wie kann die Gesundheitsversorgung in dünn besiedelten Regionen in Deutschland sichergestellt werden und welche Strukturen und...
nen präzisiert und einen methodischen Ansatz zu deren Erfassung, Analyse und Management vorstellt. Im Zentrum dieser Stellungnahme stehen die ambulanten und stationären Versorgungsstrukturen. Ihre selb...

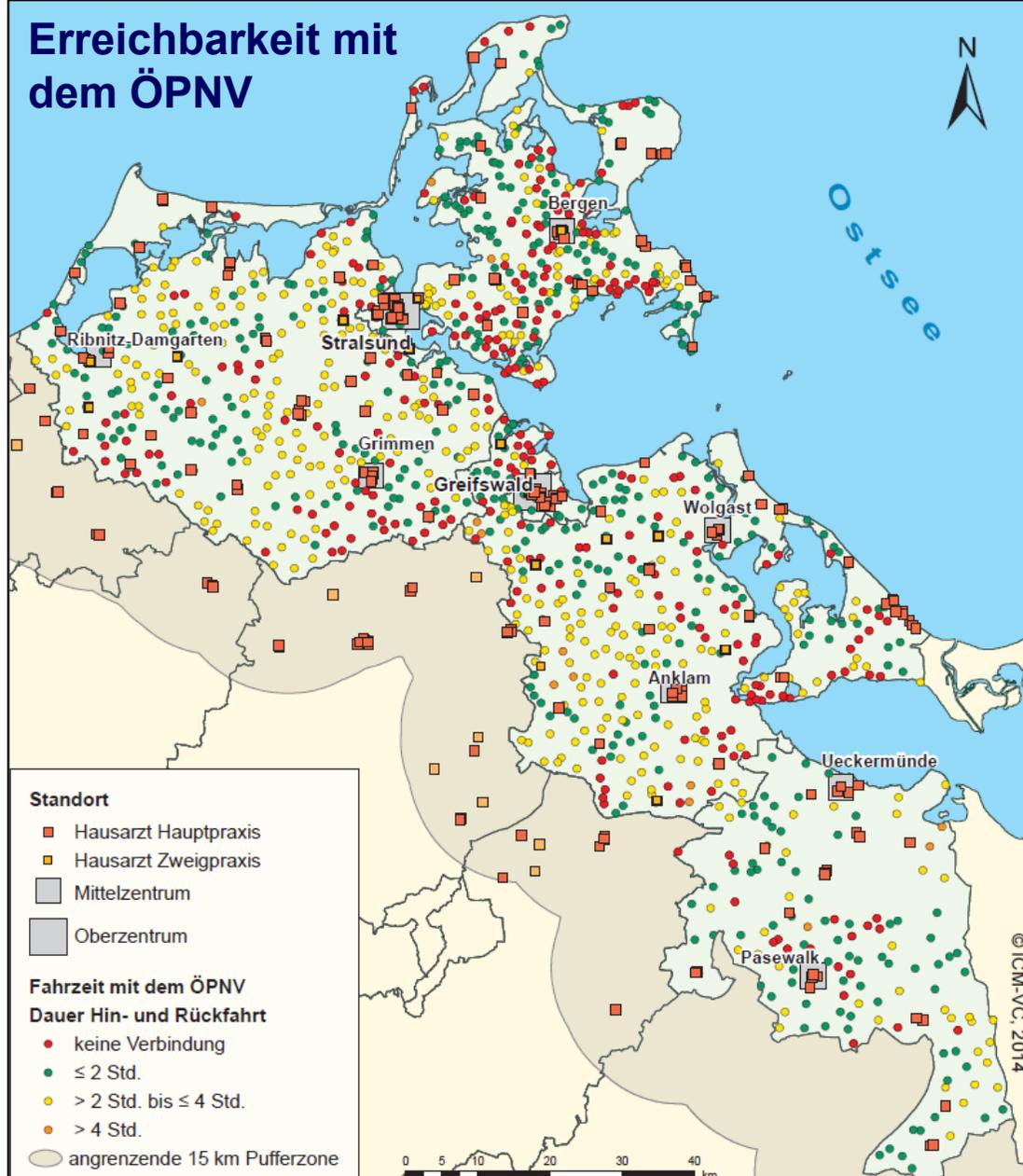
-Fahrzeit zum nächsten Krankenhaus Grundversorgung 2016 in Minuten

- bis unter 5
- 5 bis unter 10
- 10 bis unter 15
- 15 bis unter 20
- 20 bis unter 25
- 25 bis unter 30
- 30 und mehr

Hausärzte in Vorpommern



Erreichbarkeit mit dem ÖPNV



AGnES:

Arztentlastende, Gemeindenahe, E-Healthgestützte,
Systemische Intervention



Prospektive Implementationsstudien in 4 Bundesländern (2005-2008):

- Einzelpraxis (MV, SN),
- Gemeinschaftspraxis (MV, ST),
- Medizinisches Versorgungszentrum (BB),
- Zweigpraxis (SN),
- lokaler Hausärzterverbund (MV)

Voll- oder Teilzeitbeschäftigung der AGnES-Fachkräfte

AGnES

Systemische Effekte (Einschätzung Hausärzte, N=42) :

90,5%: „AGnES-Konzept arztentlastend“

88,0%: „AGnES positiv für die Compliance der Patienten“

Akzeptanz bei Patienten (N=667 Patienten)

94,3%: AGnES übernimmt Hausbesuche, Hausarzt nur bei Bedarf

98,7%: AGnES kompetente Ansprechpartnerin bei Gesundheitsfragen

Zunahme der Kapazität eines Hausarztes (bei 0,5 VK AGnES)

ca. 360 Std./Jahr → 2000 zusätzliche Konsultationen/Jahr

→ **170 zusätzliche Patienten/Quartal** (3 Kontakte/Patient/Quartal)

(Im Versorgungssetting (MVZ in Lübbenau, 4 Praxen):

Zunahme von durchschn. 133/Quartal/Praxis → 78% Ausschöpfung)

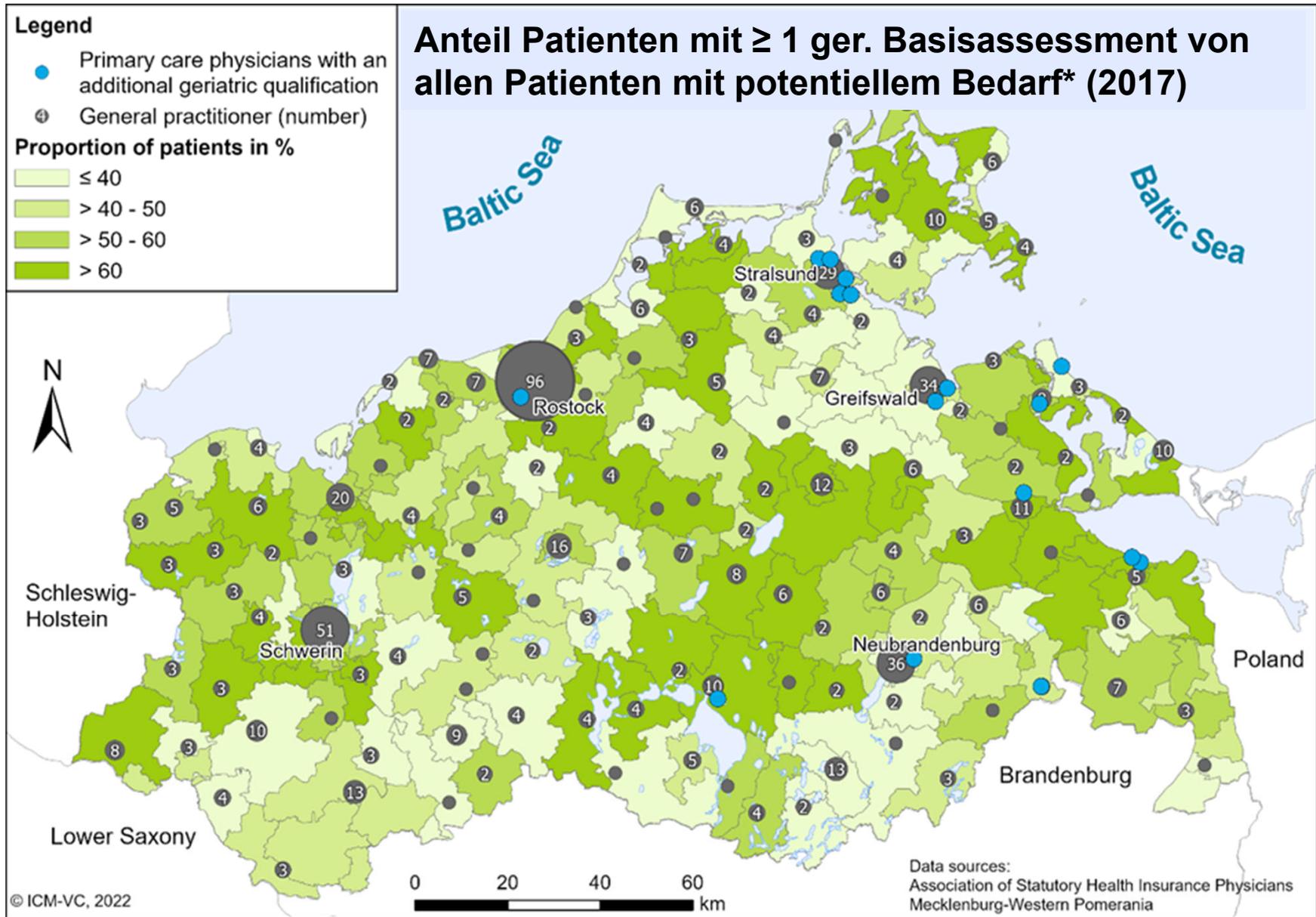


Aus der Beschlussempfehlung des Ausschusses für Gesundheit vom 12.3.2008 (Drucksache 16/8525), in Kraft getreten 1.7.2008

8a. Dem § 87 Abs. 2b wird folgender Satz angefügt:

„Bis spätestens zum 31. Oktober 2008 ist mit Wirkung zum 1. Januar 2009 eine Regelung zu treffen, nach der ärztlich angeordnete Hilfeleistungen anderer Personen nach § 28 Abs. 1 Satz 2, die in der Häuslichkeit der Patienten in Abwesenheit des Arztes erbracht werden, vergütet werden.“

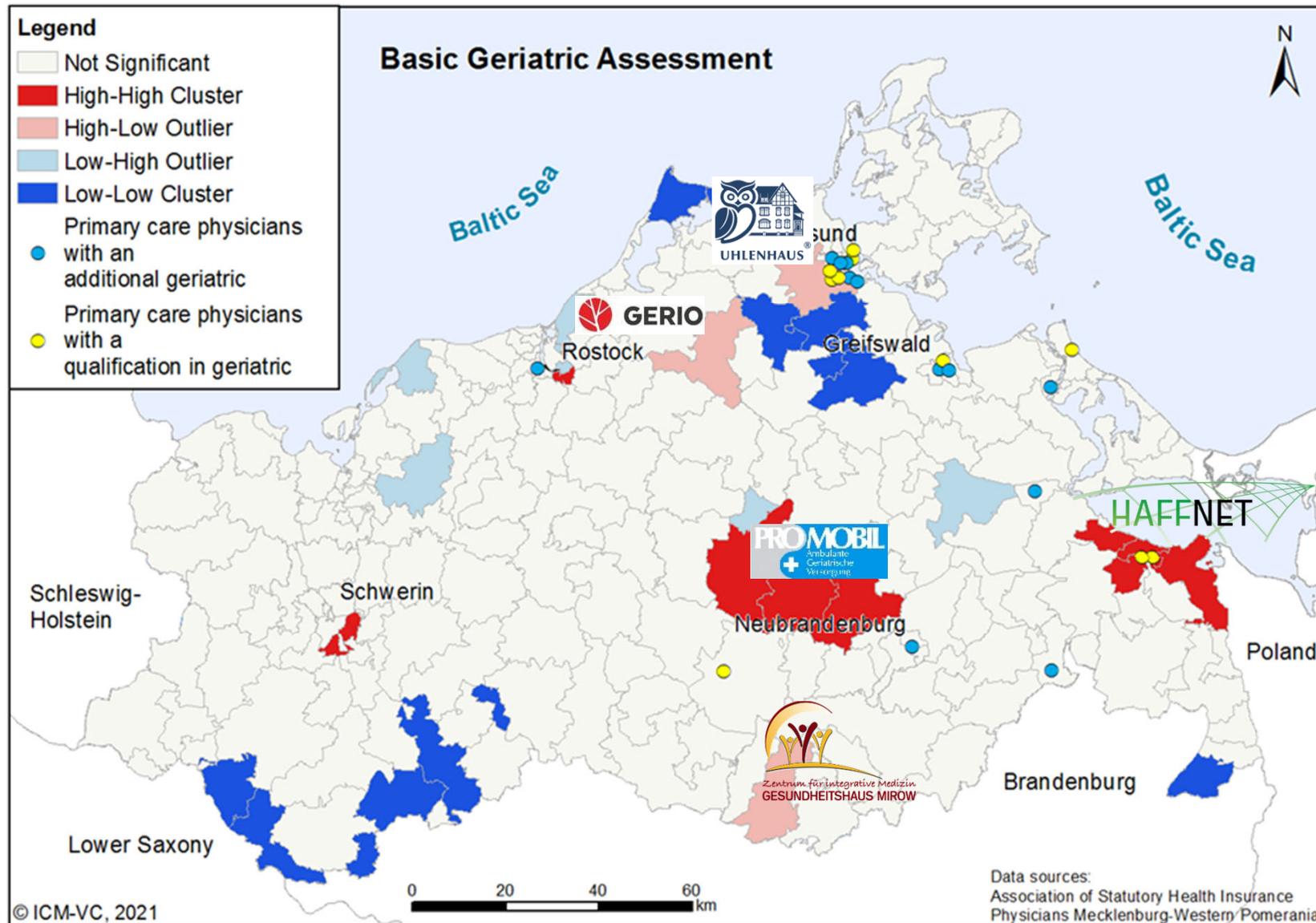
§28 Abs. 1 Satz 2: Zur ärztlichen Behandlung gehört auch die Hilfeleistung anderer Personen, die von dem Arzt angeordnet und von ihm zu verantworten ist.



* ≥ 70 Jahre und eine Pflegestufe oder ≥ 1 geriatrische Diagnose

„Berechtigte“ Patienten mit ≥ 1 geriatrisches Basisassessment in 2017
 → Moran's I Analyse (räumliches Clustering)

Regionen mit einem hohen Anteil an geriatrischen Basisassessments:
Verbünde, Ärztenetze, weitere Netzwerk-Initiativen



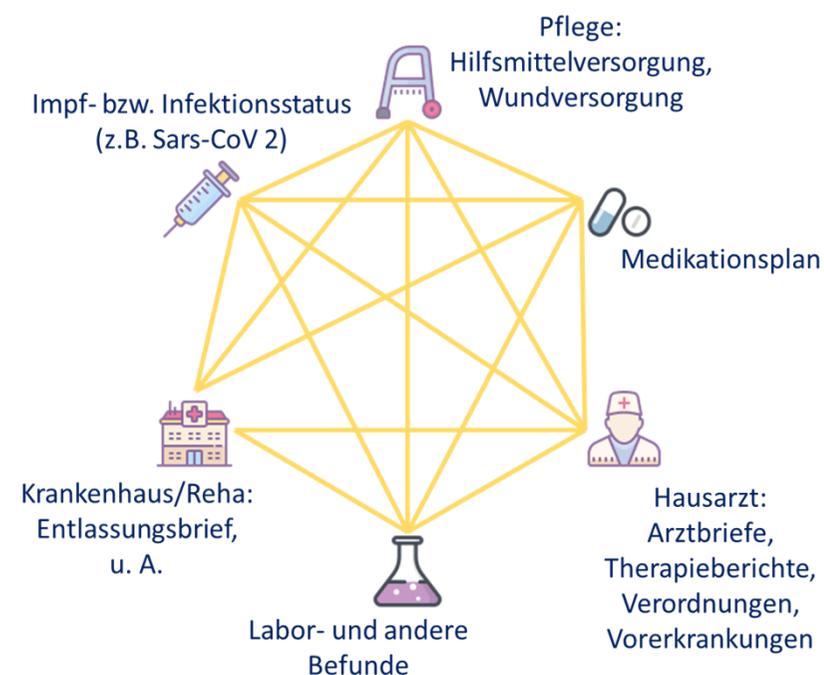
Fokusthema Geriatrie - Herausforderungen

Ambulante geriatrische Versorgung (2017):

- Basisleistungen: n=129.283 (58,3%) der Patienten mit potentiellm Bedarf
- Spezialisierte Leistungen: n=414 (0,4%) der Patienten mit potentiellm Bedarf

Was gefährdet Ihrer Ansicht nach die angemessene Versorgung älterer Menschen in Ihrem Landkreis?

	n	% der Befragten
Mangel an Pflegefachkräften	102	64%
Lange Wartezeiten auf FA-Behandlung	101	64%
Hausarztmangel	87	55%
Mangel an in Geriatrie weitergebildeten Ärzten	79	50%
Zu große Entfernungen zwischen den Leistungserbringern	72	45%
Separiertes Arbeiten im ambulanten und stationären bzw. Reha-Bereich	60	38%
Andere Gründe	11	7%

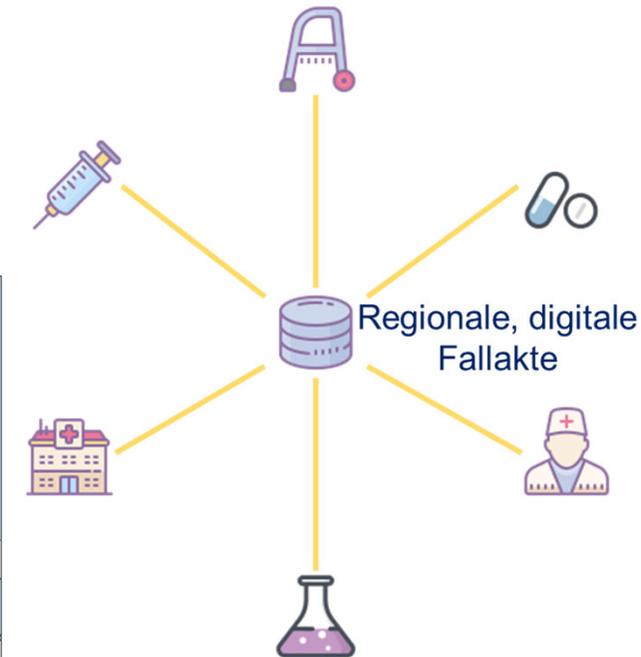


Regionale, sektorverbindende Versorgung

Regionale digitale Fallakte für die geriatrische Versorgung

- Entwicklung der Inhalte und Funktionalitäten: **gemeinsam mit den regionalen Akteuren**
- Behandlungsinformationen stehen allen beteiligten Leistungserbringern zeitnah zur Verfügung, z.B.

- Hausärzte
- geriatrische Schwerpunktpraxen
- Krankenhaus
- Pflegedienst
- Therapeuten
- Apotheken, Sanitätshäuser
- ...



Regionale Geriatrische Patientenakte Müritz

Basisdaten Assesm. Selbstversorgung/Mobilität Assesm. Instrumentelle Aktivitäten Assesm. Kognition/Emotion Medizinische Übersicht Dokumente

Formular anlegen:

Basisdaten

Assesm. Selbstversorgung/Mobilität

Assesm. Instrumentelle Aktivitäten

Assesm. Kognition/Emotion

Medizinische Übersicht

Dokumente

Datum: 14.01.2019

Angezeigter Dateiname

Dokumenttyp:

externer Link

Daten auswählen

Anmerkung

Therapiebericht

Medikamentenplan

Weitere Unterlagen

Test

Regionale Geriatrische Patientenakte Müritz

Basisdaten Assesm. Selbstversorgung/Mobilität Assesm. Instrumentelle Aktivitäten Assesm. Kognition/Emotion Medizinische Übersicht Dokumente

Formular anlegen:

Dokumente

Dokument

Datum: 14.01.2019

Angezeigter Dateiname

Dokumenttyp:

externer Link

Daten auswählen

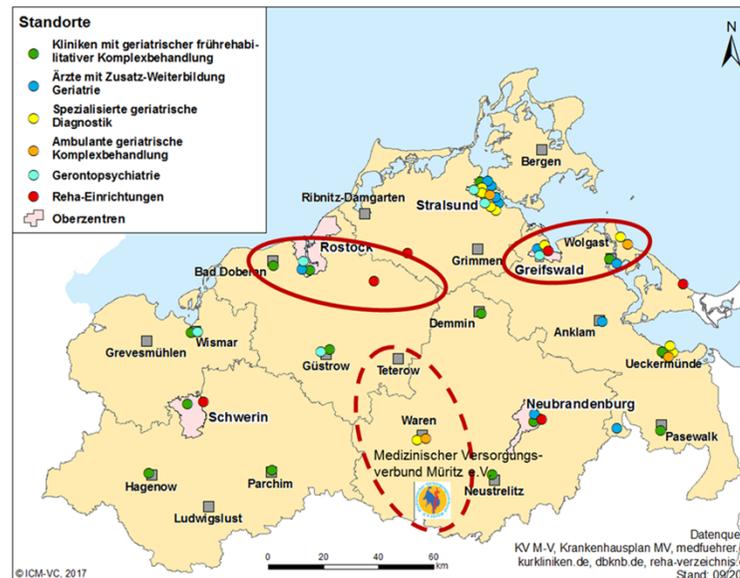
Anmerkung

Therapiebericht

Medikamentenplan

Weitere Unterlagen

Test



c37.eHealth-Portal-UMG

Regionale Geriatrische Patientenakte Müritz

Basisdaten **Assessm. Selbstversorgung/Mobilität** Assessm. Instrumentelle Aktivitäten
 Assessm. Kognition/Emotion Medizinische Übersicht Dokumente

Formular anlegen:

Barthel Index (D)	FIM
Essen	<input type="radio"/> selbstständig oder selbständige PEG- ng/-Versorgung <input type="radio"/> in mundgerechter Vorbereitung, aber selbständiges Einnehmen bei PEG-Beschickung/-Versorgung <input type="radio"/> selbständiges Einnehmen und kein MS/PEG-Ernährung
Aufsetzen & Umsetzen	<input type="radio"/> selbstständig aus liegender Position in (Roll-)Stuhl und zurück oder geringe Hilfe (ungeschulte Laienhilfe) <input type="radio"/> mit Hilfe (geschulte Laienhilfe oder professionelle Hilfe) <input type="radio"/> nicht aus dem Bett transferiert
Sich waschen	<input type="radio"/> vollständig inkl. Zähneputzen, Rasieren und Mini Nutritional Assessment
Toilettenbenutzung	<input type="radio"/> vor Ort komplett selbstständig Nutzung von Toilette oder Toilettenstuhl inkl. Spülung / Reinigung <input type="radio"/> vor Ort Hilfe oder Aufsicht bei Toiletten- oder Toilettenstuhlbenutzung oder deren Spülung / Reinigung erforderlich <input type="radio"/> benutzt faktisch weder Toilette noch Toilettenstuhl
Baden/Duschen	<input type="radio"/> selbständiges Baden oder Duschen inkl. Ein-/Ausstieg, sich reinigen und abtrocknen <input type="radio"/> erfüllt Bedingung für 5 Punkte nicht
Aufstehen & Gehen	<input type="radio"/> ohne Aufsicht oder personelle Hilfe vom Sitz in den Stand kommen und mindestens 50m ohne Gehwagen (aber ggf. mit Stöcken/Gehstützen) gehen <input type="radio"/> ohne Aufsicht oder personelle Hilfe vom Sitz in den Stand kommen und mindestens 50m mit Hilfe eines Gehwagens gehen <input type="radio"/> mit Laienhilfe oder Gehwagen vom Sitz in den Stand kommen und Strecken im Wohnbereich bewältigen - alternativ: im Wohnbereich komplett selbstständig im <input type="radio"/> erfüllt Bedingung für 5 Punkte nicht
Treppensteigen	<input type="radio"/> ohne Aufsicht oder personelle Hilfe (ggf. inkl. Stöcken/Gehstützen) mindestens ein Stockwerk hinauf- und hinuntersteigen <input type="radio"/> mit Aufsicht oder Laienhilfe mind. ein Stockwerk hinauf und hinunter <input type="radio"/> erfüllt Bedingung für 5 Punkte nicht
An- und Auskleiden	<input type="radio"/> zieht sich in angemessener Zeit selbstständig Tageskleidung, Schuhe (und ggf. benötigte Hilfsmittel z.B. Antithrombose-Strümpfe, Prothesen) an und aus <input type="radio"/> kleidet mindestens den Oberkörper in angemessener Zeit selbstständig an und aus, sofern die Utensilien in greifbarer Nähe sind <input type="radio"/> erfüllt Bedingung für 5 Punkte nicht
Stuhlkontinenz	<input type="radio"/> ist stuhlkontinent, ggf. selbständig bei rektalen Abführmaßnahmen

in Arbeit



Direkte Eingabe in die Fallakte (eCRF):

- Spezifische geriatrische Assessments
- Diagnosen
- Medikamenten
- Kontaktpersonen (Behandler, Verwandte, ...)
- Hilfsmittel
- Patientenverfügung

Hochladen von Dokumenten

(z.B. Arztbriefe, Medikamentenpläne, Pflege- und Therapieberichte, Assessments,...)

Chat-Funktion

z.B. zu speziellen Bedarfe oder Besonderheiten bei der Versorgung

Fokusthema Geriatrie: Regionale digitale Fallakte für die geriatrische Versorgung

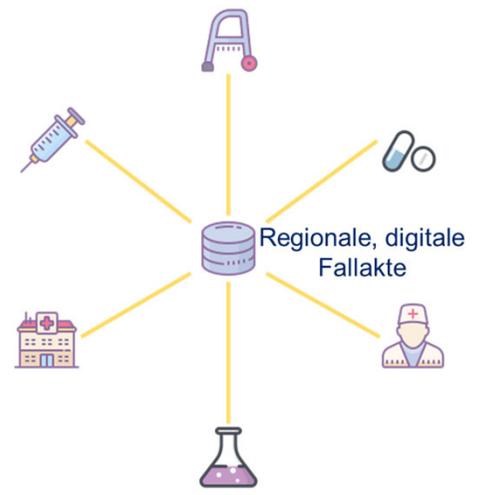
Kommunikation über die eHealth-Plattform der UMG



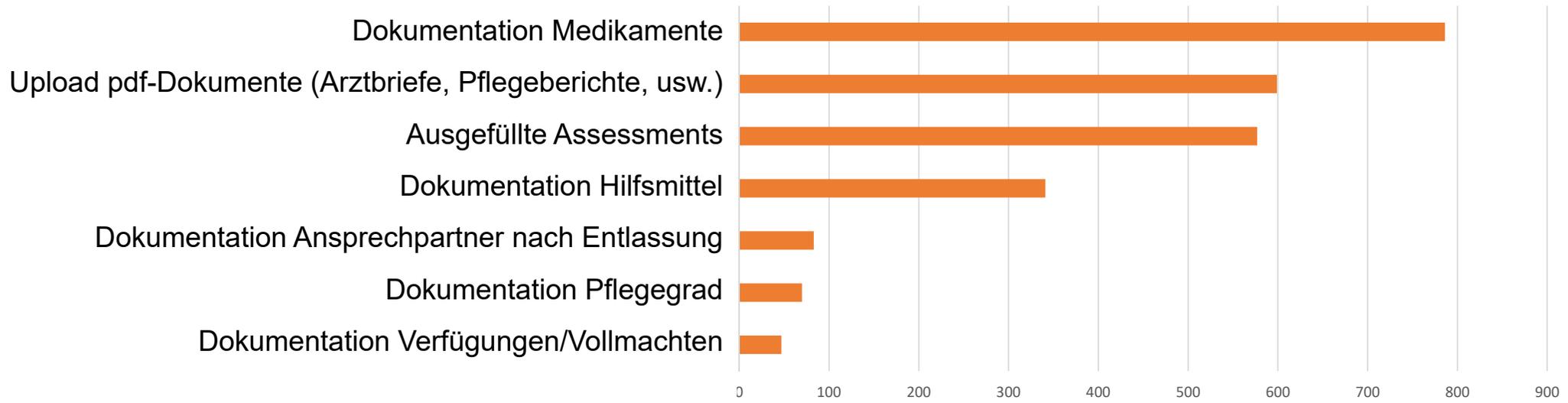
Implementation in der Region Tessin:

- 1 Rehaklinik (mit Ärzten, Pflege, Therapeuten, Psychologin)
- 1 Klinik für Neurologie
- 3 Hausärzte
- 2 Pflegedienste
- 1 Sanitätshaus

N=314 Patienten in der Fallakte (47% Verletzungen z.B. als Folge von Stürzen, 41% Herz- Kreislauferkrankungen, 25% muskuloskelettaler Erkrankungen)



Genutzte Funktionen in der Regionalen Fallakte (N=314 Patienten)



Ergebnisse zur Akzeptanz der geriatrischen Fallakte (Befragung; N=11 Leistungserbringer)



Barrieren:

- Einige Einrichtungen: bisherige Dokumentation in einer Papierakte in Ergänzung zur EDV. Deswegen Umstrukturierung der Arbeitsabläufe notwendig
- Hausärzte: fehlende Synchronisation zwischen lokaler Praxissoftware und Fallakte
- Datenschutzbedenken und mangelndes Vertrauen zwischen den beteiligten Leistungserbringern
- keine flächendeckende Anbindung der Leistungserbringer an die Regionale Fallakte + freie Arztwahl des Patienten → weiterhin „Informationslücken“

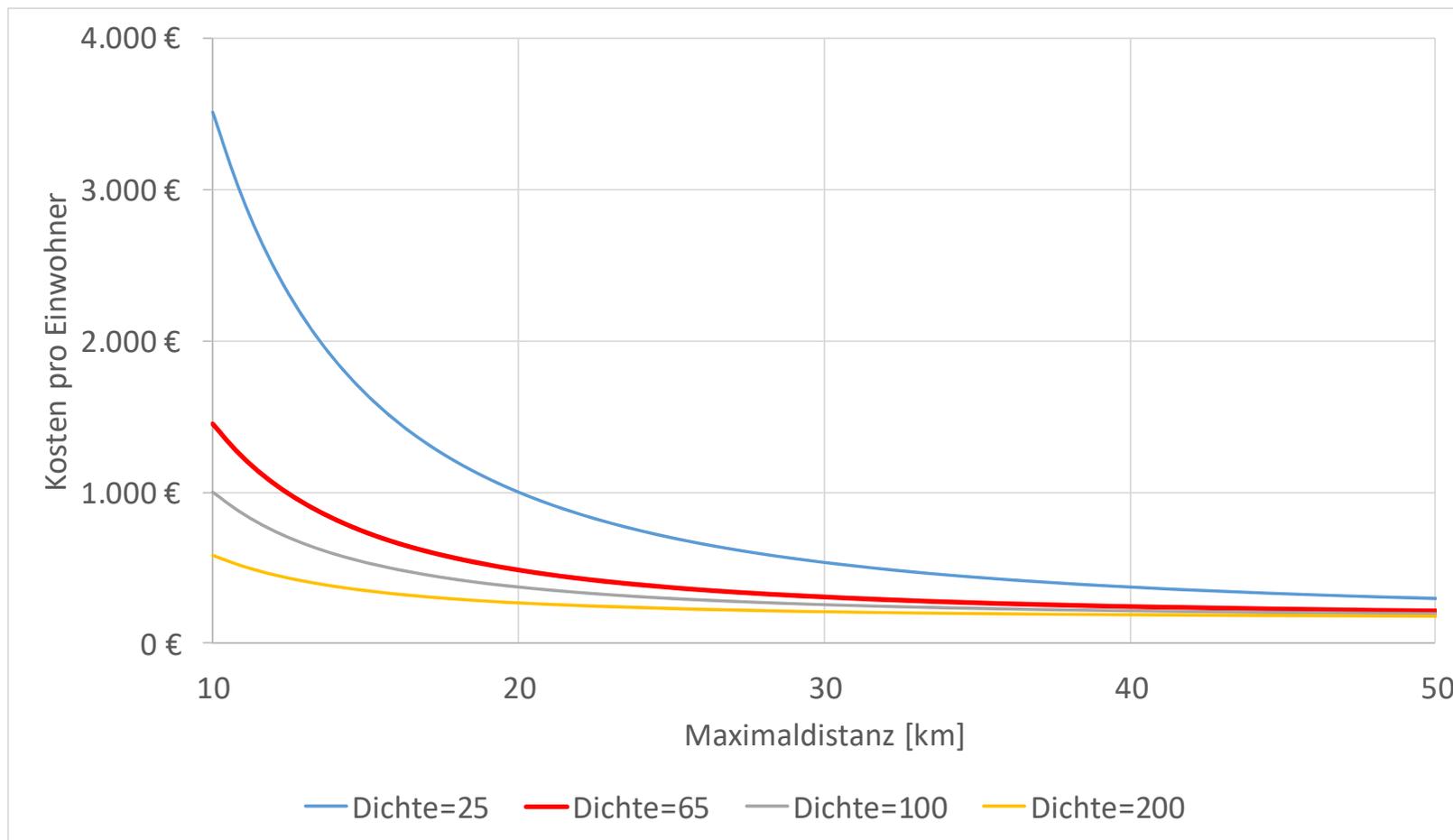
Fördernde Faktoren:

- Organisation der Leistungserbringer in einem sektorübergreifenden Netzwerk für die geriatrische Versorgung
- Aktive Beteiligung an Entwicklungen in der geriatrischen Behandlung
- Aktive Beteiligung an der Verbesserung der Regionalen Fallakte

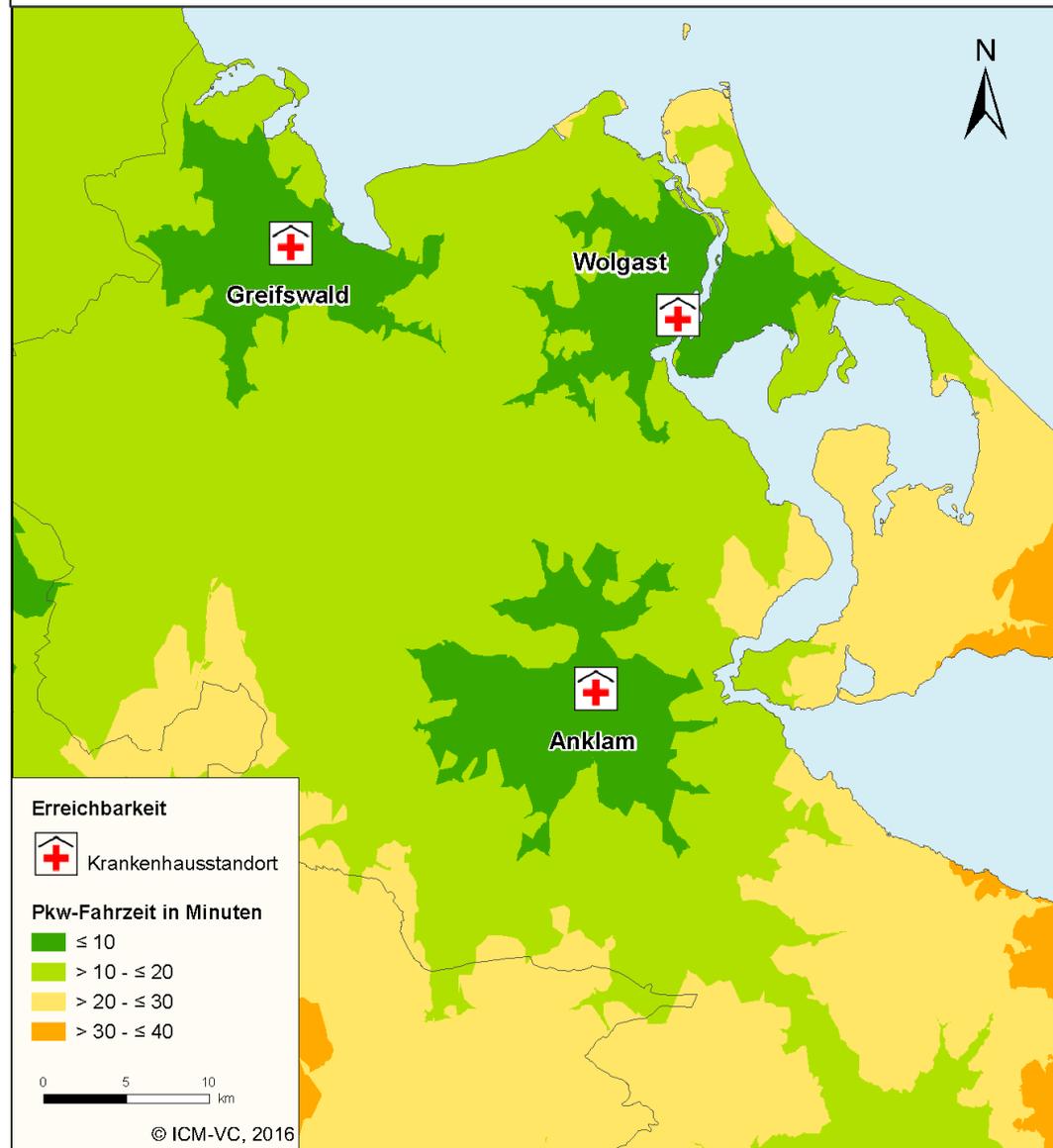
Stationäre Kinder- und Jugendmedizin in Vorpommern



Kosten der stationären Krankenhausversorgung nach Bevölkerungsdichte und maximaler Distanz



Erreichbarkeit von Krankenhäusern mit Fachabteilungen für Kinderheilkunde und für Frauenheilkunde & Geburtshilfe: Szenario Greifswald, Wolgast und Anklam



Lineares Modell - Beispiel Pädiatrie und Geburtshilfe

Ergebnisse



Kalkulierte Defizite bei der berechneten Auslastung und der tatsächlichen Bettenzahl (insgesamt für alle drei KH)

- Geburtshilfe: -4,4 Mio €
- Pädiatrie: -1,6 Mio €

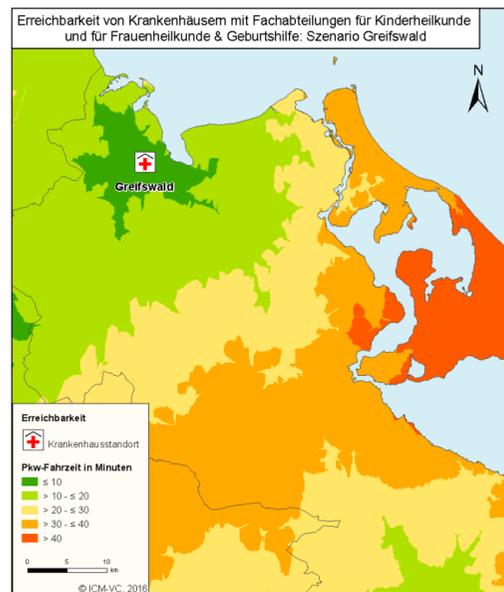
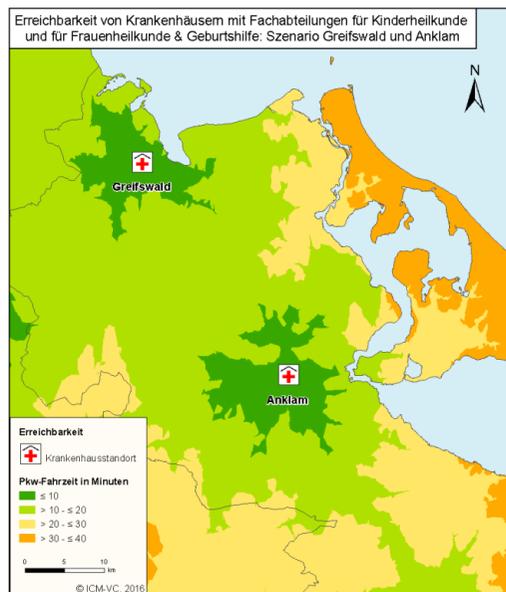
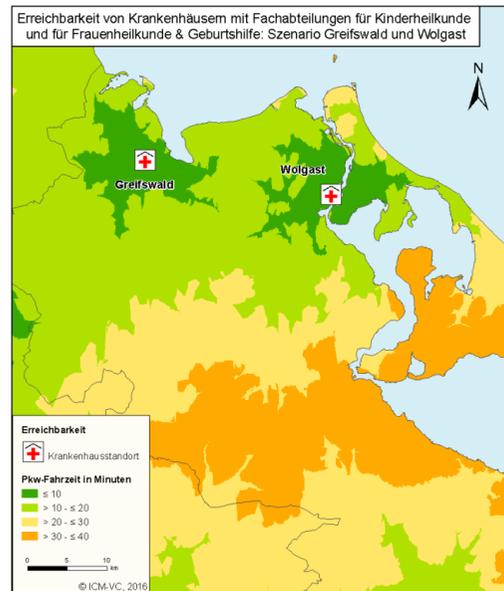
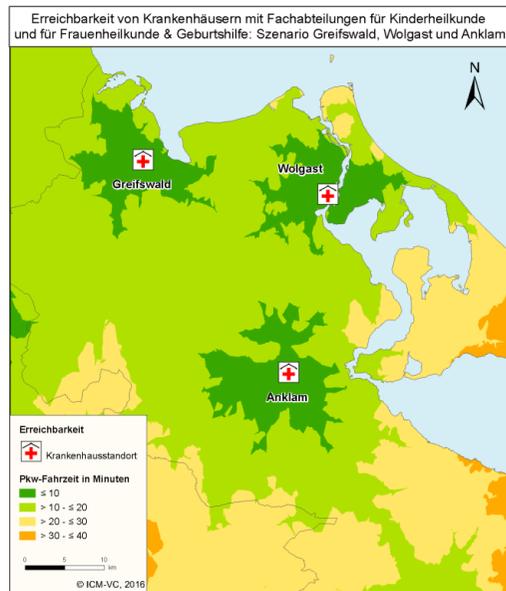
Kalkulierte Defizite bei einer Bettenzahl, angepasst an die Auslastung

- Geburtshilfe: -2,8 Mio. €
- Pädiatrie: -1,2 Mio. €

Ein positiver Deckungsbeitrag ist nur erreichbar, wenn 2 der 3 Standorte geschlossen werden:

- Geburtshilfe: +0,8 Mio. €
- Pädiatrie: +1,3 Mio. €

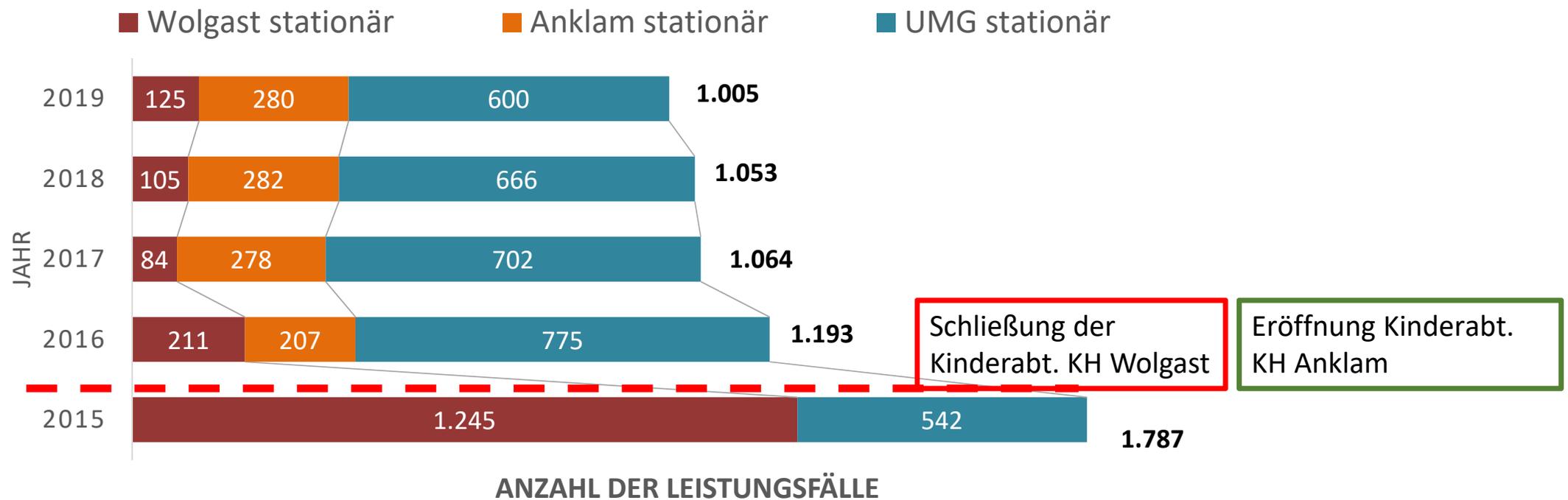
Pkw-Erreichbarkeit Verschiedene Szenarien



Auswirkungen der Schließung der pädiatrischen Abteilung des Kreiskrankenhauses Wolgast und die Eröffnung der Kinder-Portalpraxisklinik auf die Patientenströme in der Region



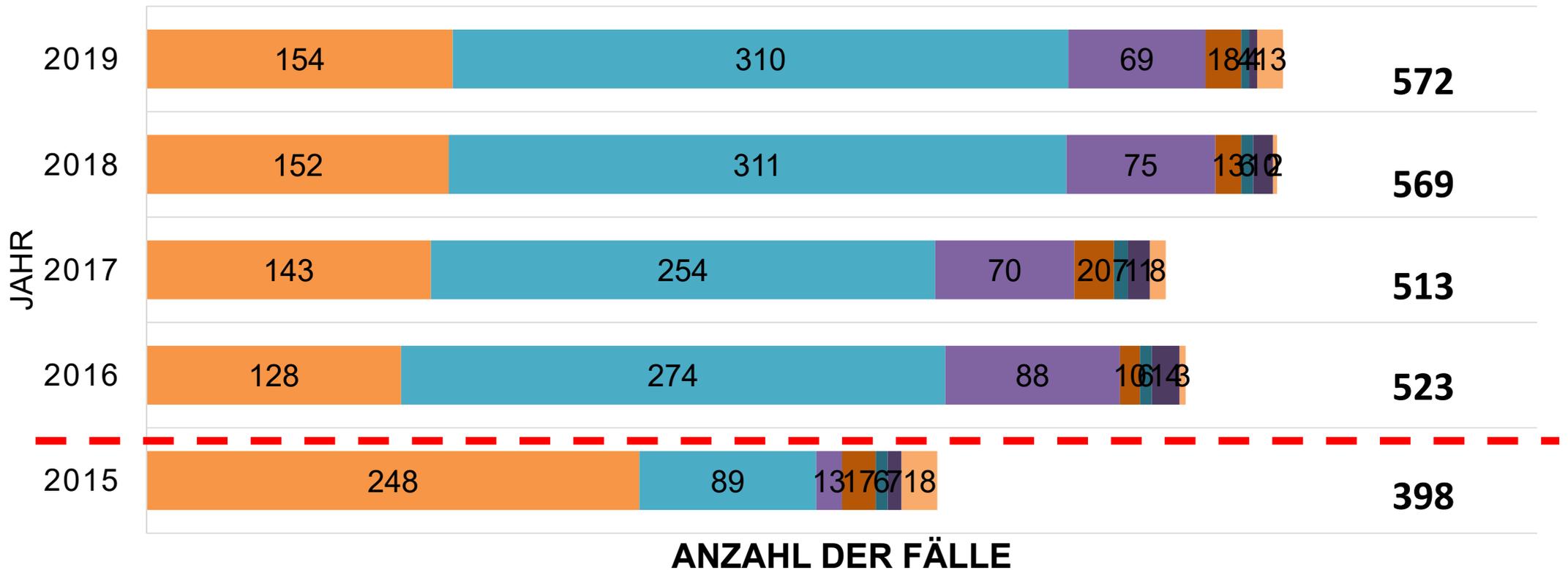
Leistungsfälle in den KH Wolgast, Anklam und Greifswald aus der Region Wolgast (Pat. <18 Jahre) - Stationär



RETTUNGSEINSÄTZE AUS DER REGION WOLGAST- TRANSPORT-ZIELORT, PATIENTEN <18 JAHRE



■ Wolgast KKH
 ■ UMG
 ■ AMEOS Klinikum Anklam

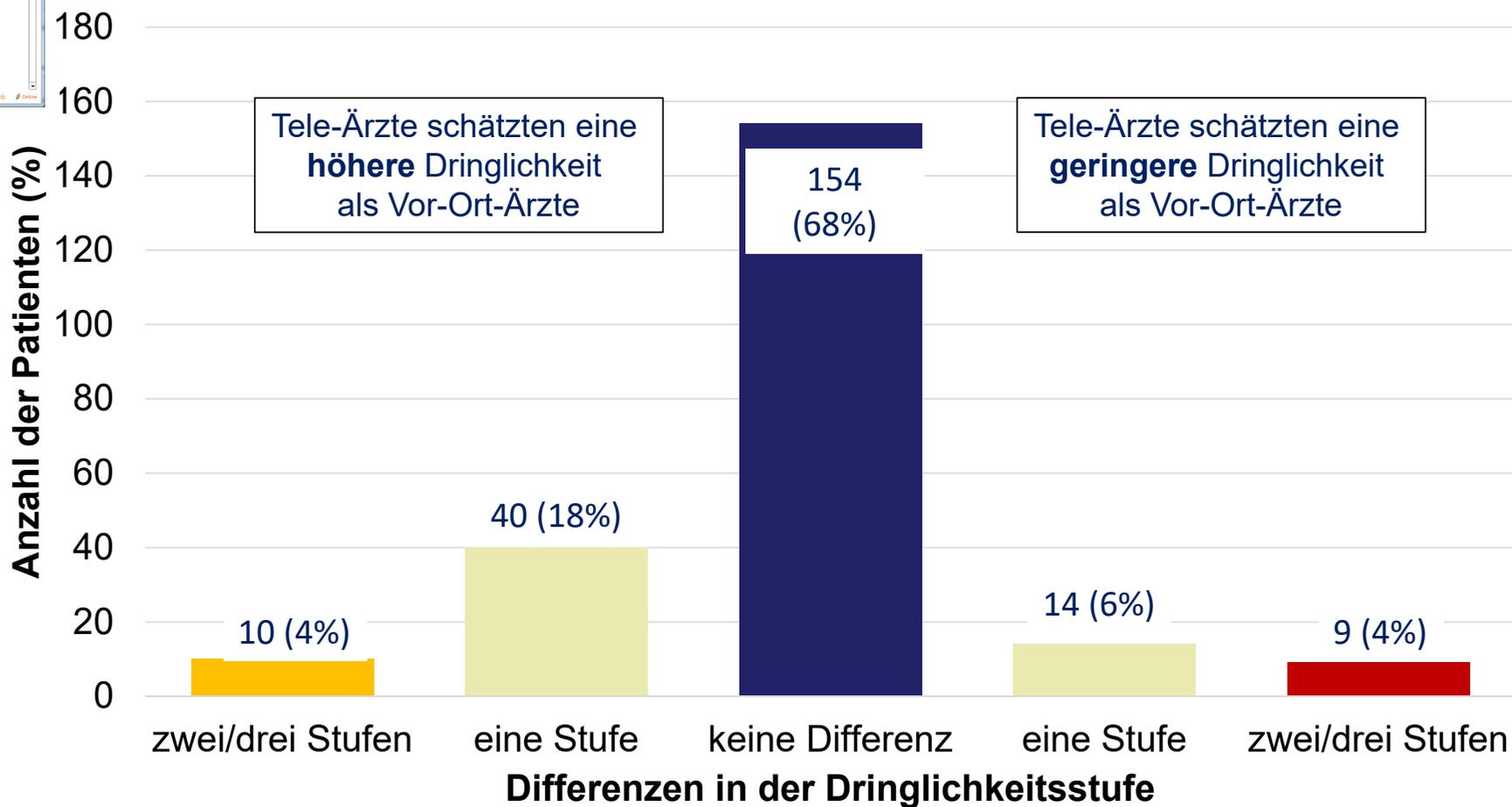


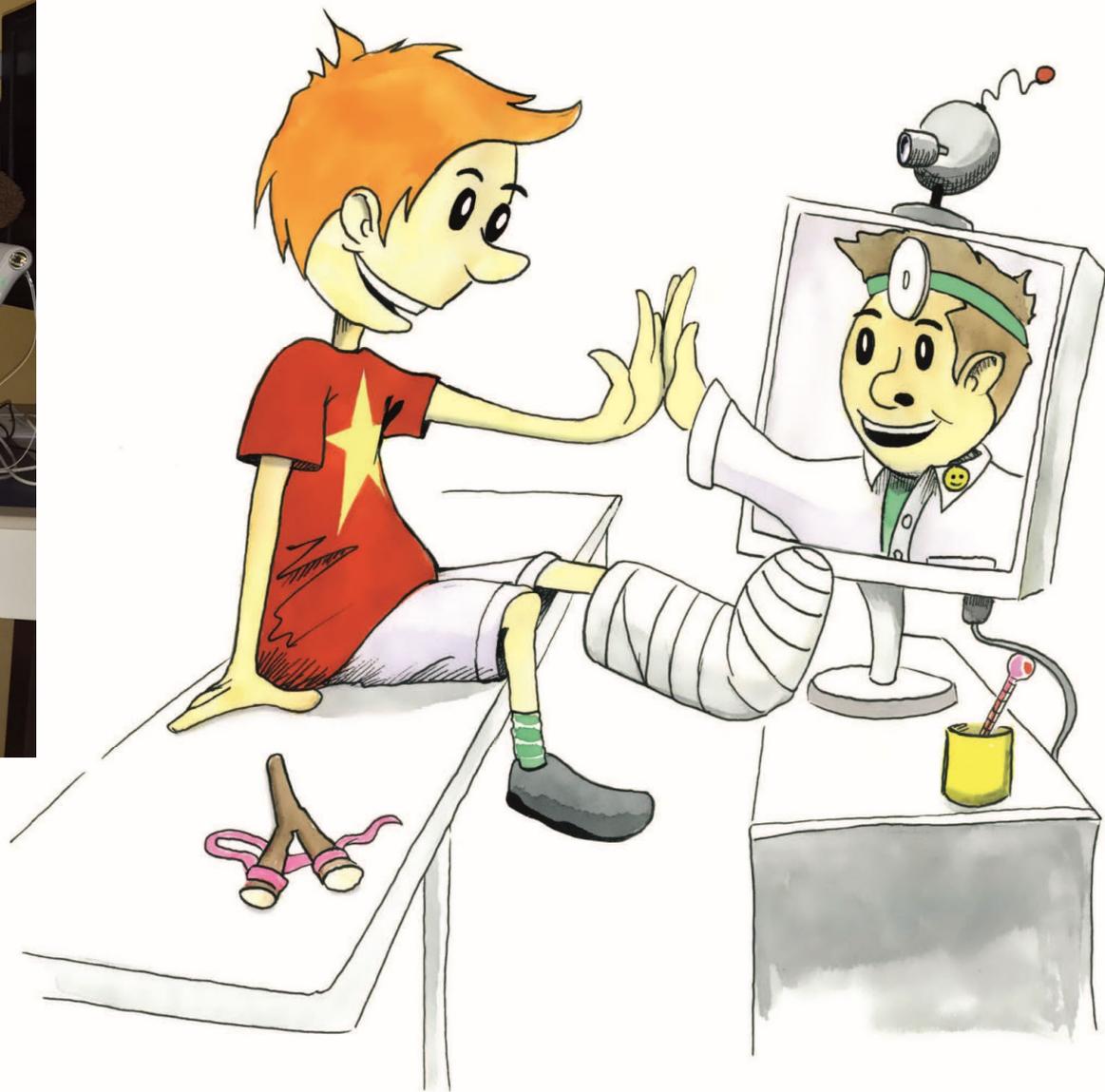
KKH: Kreiskrankenhaus
UMG: Universitätsmedizin Greifswald
RTH: Rettungshubschrauber

Telemedizinische Triage



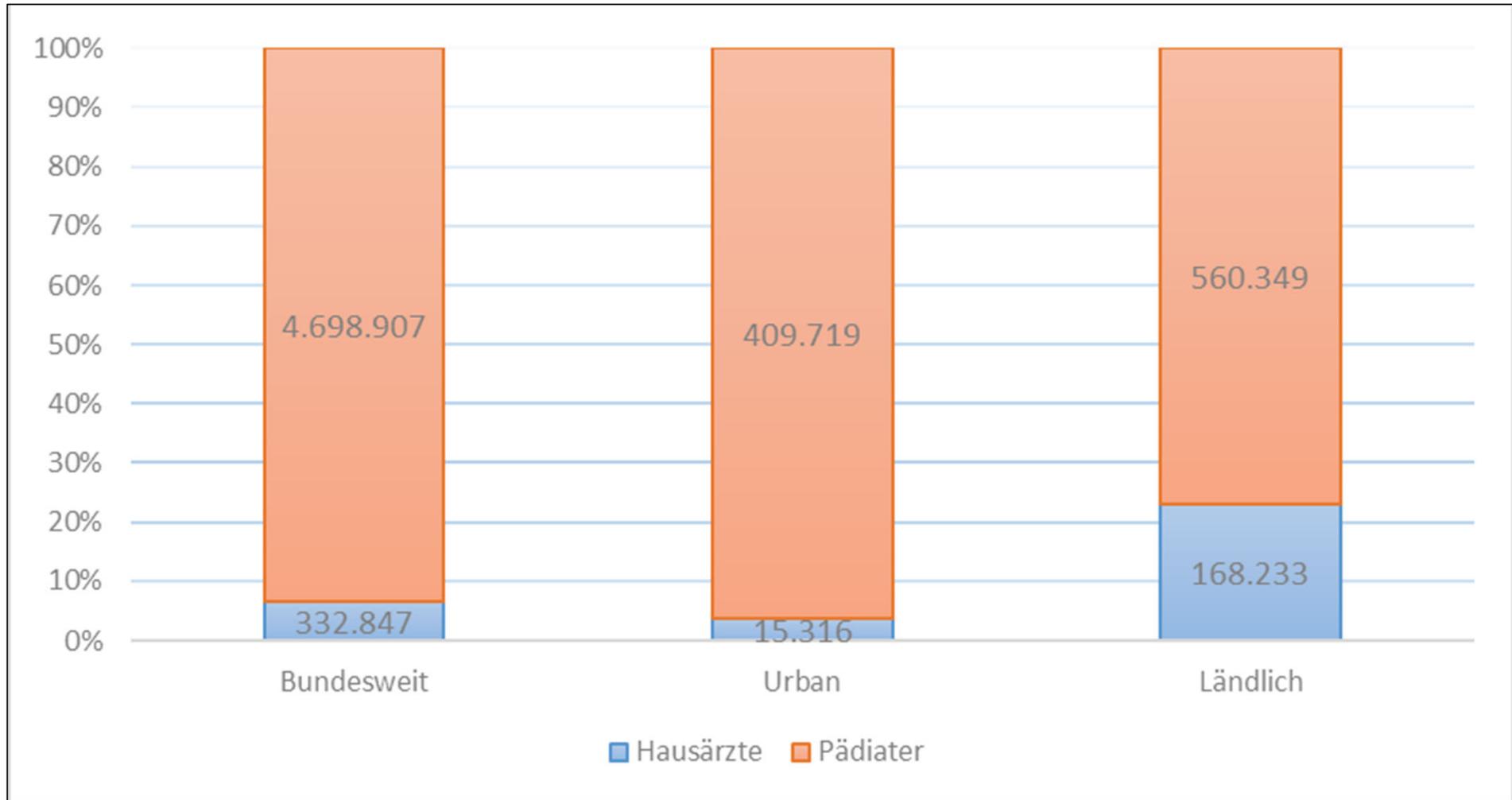
Konkordanz der Dringlichkeitseinschätzung Pädiater vor Ort vs. Telekonsultation (N=227 Fälle)





Kompensation zwischen Arztgruppen im ambulanten Bereich – Beispiel: U-Untersuchungen

Abrechnung EBM-Abschnitt 1.7.1 „Früherkennung von Krankheiten bei Kindern“



Datengrundlage: Abrechnungsdaten der KBV, 2015

Tandem-Praxen Pädiatrie - Allgemeinmedizin

Hintergrund:

- ≈ 10.500 Kinder in M-V: nächste Kinderarztpraxis >20 km
- Kinder in praxisfernen Regionen gehen seltener zum Arzt und besuchen häufig den Hausarzt

Konzept Tandempraxen:

- Bildung von Kooperationen zwischen Kinderarzt- und Hausarztpraxen („Tandems“)
- Kinderärzte und qualifizierte Praxismitarbeiterinnen des Kinderarztes führen Sprechstunden in einer kooperierenden Hausarztpraxis durch
- Versorgung im Team Hausarzt – Kinderarzt
- Fachärztliche pädiatrische Versorgung auch in Regionen ohne Kinderarztpraxis

Evaluation (nach 12 Monaten):

- Endpunkte: Inanspruchnahme des Konzeptes, Anlass der Arztwahl, Pfade, Diagnosen



„Tandem-Praxen“
sind ein Kooperations-Projekt
zwischen Hausärzten und
Kinder- und Jugendärzten:

Im Rahmen des Projektes
„Regionale Versorgung in MV“
kommt der
Kinder- und Jugendarzt

Xxx aus Yyy

in der Regel am Dienstag
Nachmittag in unsere Praxis.



Terminvereinbarungen über die Praxis

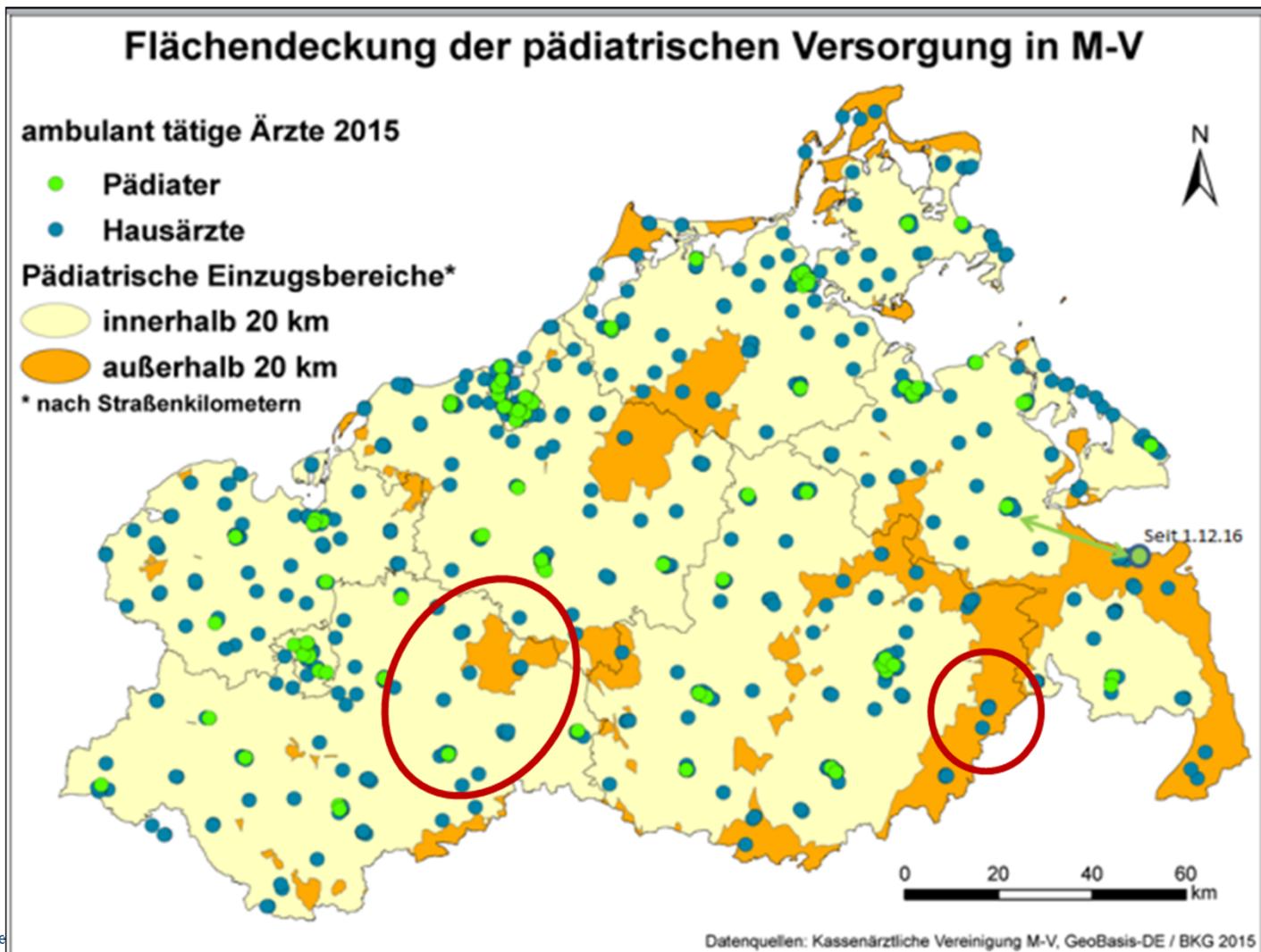
Zzz



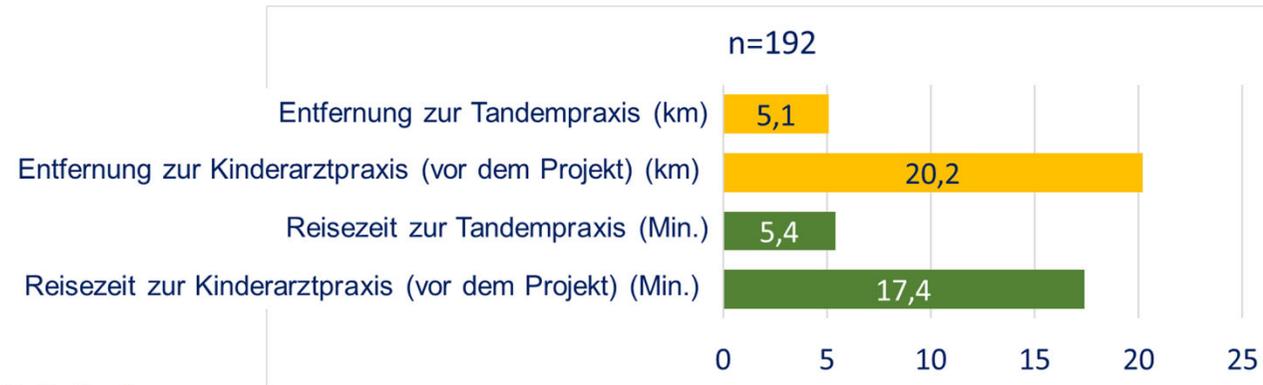
Mecklenburg
Vorpommern
All hat goals

Wissenschaft für Menschheit,
Arbeit und Lebensqualität

Tandem-Praxen - Regionen



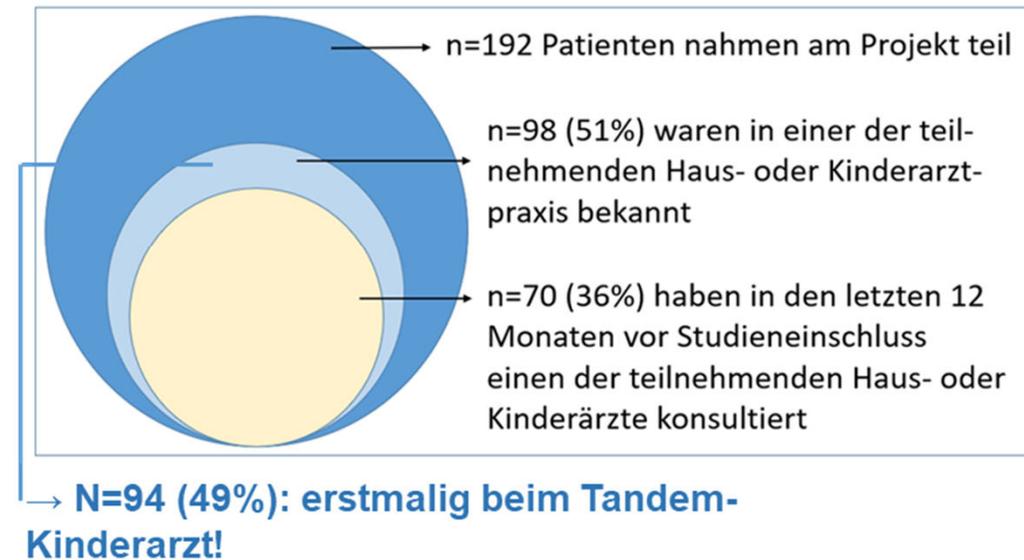
Kooperation von Haus- mit Kinder- und Jugend-Ärzten in der ambulanten Versorgung von Kindern in ländlichen Regionen – Konzept **Tandempraxen**



Vorstellungsgründe

482 Gründe
bei 387
Arztbesuchen

	n	%
Impfungen, nicht näher bezeichnet	178	36,9
Vorsorge-Untersuchungen, nicht näher bezeichnet	72	14,9
Krankheiten des Atmungssystems	41	8,5
Psychische und Verhaltensstörungen	37	7,7
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	32	6,6
Infekt, nicht näher bezeichnet	29	6,0



Regionales Monitoring: rechtzeitige Identifizierung von Versorgungslücken und -problemen

Deutschland X Demografischer Wandel — Deu X Deutschlandweite Prognose der bev X Wissenschaftliches Monitoring X +

Pressemitteilungen/news-detail/wissenschaftliches-monitoring-soll-versorgungsqualitaet-auf-dem-land-erfassen/

Arztuche

Suchbegriff

ÄRZTE PATIENTEN MFA PRESSE RICHTLINIEN POLITIK RECHT ÄRZTETAG ÜBER UNS SERVICE

Pressekontakt | BÄK in Kürze | Pressemitteilungen | Informationsdienst | Pressestellen der Landesärztekammern | Fotos

Versorgung in dünn besiedelten Regionen Teil 1: Problemdarstellung und Monitoring

Der Vorstand der Bundesärztekammer hat in seiner Sitzung vom 12.11.2021 auf Empfehlung des Vorstands des Wissenschaftlichen Beirats diese Stellungnahme beraten und beschlossen.

Vorwort
Wie kann die Gesundheitsversorgung in dünn besiedelten Regionen in Deutschland sichergestellt werden und weiche strukturellen und or-

nen präzisiert und einen methodischen Ansatz zu deren Erfassung, Analyse und Management vorstellt. Im Zentrum dieser Stellungnahme stehen die ambulanten und stationären Versorgungsstrukturen, ihre sektorverbindenden Synergien und die wissenschaftlichen Methoden zur Erfassung und Bewertung der Versorgungssituation für die Bevölkerung. Empfohlen wird ein kleinräumiges Monitoring geeigneter versorgungsbezogener Indikatoren zum Zwecke der regionalen Planung und Verbesserung der Versorgung. Dieses setzt insbesondere die Verfügbarkeit und systematische Analyse kleinräumiger Daten auf Bevölkerungsebene sowie deren Verknüpfung mit Daten aller Versorgungsstellen voraus. Die Dimensionen für dieses Monitoring sollen versorgungs-, planungs- und qualitätsrelevant sein. Geeignete Indikatoren sind trennscharf sowie realistisch erreichbar sein und möglichst aus Routedaten abgeleitet werden können.

THEMEN DER ZEIT

Gesundheitsversorgung

Ärztlich erarbeitetes Monitoring soll Versorgungslage erfassen

Die medizinische Versorgung als zentraler Teil der Daseinsvorsorge steht in vielen dünn besiedelten ländlichen Regionen vor großen Herausforderungen. Um entsprechend regionaler Planung und der Versorgung verbessern zu können, soll ein kleinräumiges Monitoringmodell entwickelt werden.



Die umfassende sektorenübergreifende Analyse und Bewertung der medizinischen Versorgung in dünn besiedelten ländlichen Regionen liegt bisher aus ärztlicher Perspektive nicht vor – stellt aber die Grundvoraussetzung für zielgerichtete Optimierung dar. Daher hat der Vorstand der Bundesärztekammer (BÄK) den beim Wissenschaftlichen Beirat eingerichteten Ständigen Arbeitskreis „Versorgungsforschung“ (SAV) dazu beauftragt, sich in der Amtsperiode 2019 bis 2023 mit dem Thema „Versorgung in dünn besiedelten Regionen“ zu befassen.

Erstes Teilgebiet: Eine vom SAV vorgelegte und vom BÄK-Vorstand beschlossene Stellungnahme. Ein Kernpunkt ist die Versorgungsqualität auf der Bevölkerungsebene mit einem Set von einfach zu bildenden Indikatoren abzubilden, wie Prof. Dr. med. Wolfgang Hoffmann, Federführender des Ständigen Arbeitskreises des Deutschen Ärztebundes erklärt. Diese sollen vorwiegend aus verfügbaren Datenquellen (Abrechnungsdaten der Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen, Landesärztekammern, Gesundheitsämter et cetera) abgeleitet werden.

Dr. med. Wiebke Pöhlke, Leiterin des Dezernats 6 Wissenschaft, Forschung und Ethik bei der BÄK, zuzufügen wolle man mit dem man in Erarbeitung befindlichen Ansatz mehr in die Tiefe gehen. Ursachen für Versorgungsunterschiede suchen sowie darauf aufbauend Lösungsansätze entwickeln – bislang seien

Versorgungssituation in diesen Regionen im Fokus stehen dabei ambulante und stationäre Versorgungsstrukturen und ihre wechselseitigen Synergien. Die Analyse mündet in der Empfehlung, ein kleinräumiges Monitoring geeigneter versorgungsbezogener Indikatoren zum Zwecke der regionalen Planung und der Verbesserung der Versorgung zu etablieren. Die Dimensionen für dieses Monitoring sollen versorgungs-, planungs- und qualitätsrelevant sein. Grundsätzlich soll auf eine „angemessene Abwägung“ zwischen räumlicher Nähe beziehungsweise Erreichbarkeit und Qualität der Gesundheitsversorgung sowie der Herstellung einer möglichst gleichwertigen Versorgung in allen Regionen Deutschlands geachtet werden.

Das Ziel des Monitorings das Aufzeigen eines konkreten Handlungsbedarfes ist, sollen die Indikatoren immer auch einen Verbesserungsbedarf anzeigen können. Für ein solches systematisches, bundesweites regionales Monitoring ist möglichst das Erfordernisse an geeigneten, kleinräumigen Einheiten kommt eine Vielzahl von Dimensionen, entsprechenden Indikatoren und mögliche Datenquellen infrage. Das Expertenpapier bezieht sich auf die betrachtete Dimensionen Erreichbarkeit, Präventiv-, Inanspruchnahme von ökologischen Frühkennzeichnungsmaßnahmen, Kontinuität der Versorgung, Patientenorientierung sowie Palliative Versorgung.

Die dafür notwendigen Indikatoren und wären zum Beispiel für den Bereich der Präventiv- die Inanspruchnahme und die Inanspruch-

von diversen Akteuren erhebbare Daten über beschreibbarer Natur. Sie verweise in diesem Zusammenhang auf die große Bedeutung der sektorenverbindenden Zusammenarbeit. Gerne deshalb seien weitere Experten aus Versorgungsforschung und praktischer Versorgung hinzugezogen.

Umfassendes Überblick über Versorgungslage schaffen
Im Rahmen der Stellungnahme wird folgerichtig über die Darstellung von Einzelperspektiven hinausgegangen. Das Papier bietet einen Überblick über die Herausforderungen der Versorgung in dünn besiedelten Regionen ebenso wie über wissenschaftliche Methoden zur Erfassung und Bewertung der

In diesem Werk verwendeten Personen- und Berufsbeziehungen beziehen sich auf Geschlechter.

Deutsches Ärzteblatt | DOI: 10.32388/baek_sn_duenn_besiedelt_teil1_2021

Presse > Pressemitteilungen >

Ständiger Arbeitskreis „Versorgungsforschung“ | 04.02.2022

Wissenschaftliches Monitoring soll Versorgungsqualität auf dem Land erfassen

Berlin – Wie kann die Gesundheitsversorgung in dünn besiedelten Regionen sichergestellt werden? Mit dieser Frage beschäftigt sich der Ständige Arbeitskreis „Versorgungsforschung“ der Bundesärztekammer (BÄK). Was bisher fehlt, ist eine umfassende sektorenverbindende Analyse und Bewertung des Ist-Zustands aus ärztlicher Perspektive. Diese Lücke schließt der Arbeitskreis nun mit dem ersten Teil seiner Stellungnahme „Versorgung in dünn besiedelten Regionen“. Er bietet einen Überblick über die damit verbundenen Herausforderungen sowie die Instrumente zur Erfassung und Bewertung der Versorgungssituation vor Ort.

„Es geht uns bei der Analyse nicht darum, die Versorger vor Ort im Sinne eines ‚shaming and blaming‘ miteinander zu vergleichen“, kommentiert Dr. Ellen Lundershausen, Vizepräsidentin der Bundesärztekammer, die Veröffentlichung der Stellungnahme. Im Mittelpunkt stehe die evidenzbasierte Untersuchung der regionalen Versorgungsstrukturen.

Das Papier ist nach ausführlicher Diskussion unter der gemeinsamen Federführung von Prof. Dr. med. Wolfgang Hoffmann und Prof. Dr. med. Wilhelm-Bernhard Niebling entstanden. Die Experten empfehlen darin ein kleinräumiges Monitoring versorgungsbezogener Indikatoren zum Zwecke der regionalen Planung und der Verbesserung der Versorgung. Dieses Monitoring setze insbesondere die Verfügbarkeit und systematische Analyse kleinräumiger Daten auf Bevölkerungsebene sowie deren Verknüpfung mit Daten aller Versorgungssektoren voraus. Geeignete Indikatoren sollen patientenorientiert, trennscharf, und handlungsrelevant sein und möglichst realistisch aus Routedaten abgeleitet werden können.

„Wer rationale Gesundheitspolitik betreiben will, braucht eine solide Datenbasis. Leider gibt es in Deutschland

WEITERE PRESSEMITTEILUNGEN

Suche im Archiv des Bereichs Pressemitteilungen

- 2022
- 2021
- 2020

5/2022

Deutsches Ärzteblatt

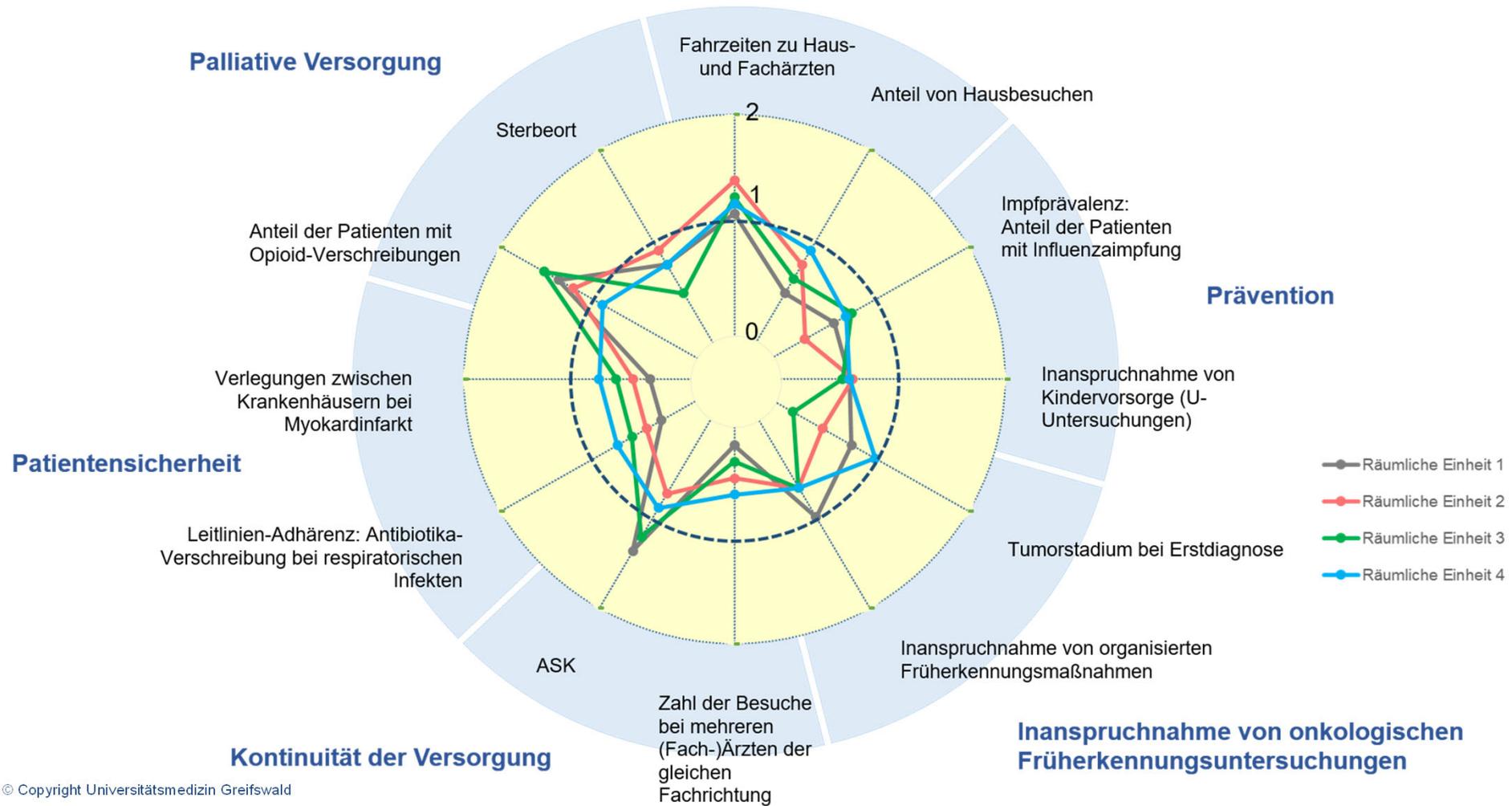
Klimawandel · Schutz vor Hitze

Impflicht
Ein gelb gefärbtes Wasser
muss nach einer allergischen
Veranlassung sein
Zurück zur Farblösung
Bund der Landesärztekammern
der BÄK-Ärztekonferenz · Seite 15

DÄ 5/22

Vorschlag für ein regionales Monitoring mit definierter Dimensionen und Indikatoren

Zugang, Erreichbarkeit





MAX-PLANCK-INSTITUT FÜR SOZIALRECHT UND SOZIALPOLITIK
MAX PLANCK INSTITUTE FOR SOCIAL LAW AND SOCIAL POLICY



Regionalität in der Bedarfsplanung?

G-BA-Beschluss

Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung i.S.d. §§ 99 ff. SGB V

Autoren-Konsortium

Ludwig-Maximilians-Universität München, FB Health Services Management

*Universität Bonn, GeoHealth Centre/Institut für Hygiene und Öffentliche
Gesundheit*

Universität Greifswald, Institut für Community Medicine

Max-Planck-Institut für Sozialrecht und Sozialpolitik München

WIG2 Wissenschaftliches Institut GmbH Leipzig

37 Grad Analyse und Beratung GmbH Köln

Gutachten zur Weiterentwicklung der ambulanten Bedarfsplanung Auszug der Empfehlungen

- Anpassung der Planungssystematik
 - Anpassung der Arztgruppen (z.B. Zusammenlegung Chirurgen & Orthopäden)
 - Mehr Steuerung bei der Sicherstellung der Grundversorgung, Planung von Kinderärzten als Hausärzte
 - Sektorübergreifende Planung, zunächst bei den mehr spezialisierten Arztgruppen
- Wenn die allgemeine Planungssystematik nicht geeignet ist (z.B. in manchen ländlichen Regionen):
 - Mehr als 1,0 KV-Sitz pro Arzt bei Unterstützung durch Einbezug nichtärztlicher Praxisassistentinnen
 - Ausschreibung von zeitlich befristeten und leistungsbezogenen Versorgungsaufträgen bei festgestellter Unterversorgung
 - Gegenseitige Kompensation von Arztgruppen (z.B. bei Nicht-Besetzung eines pädiatrischen Sitzes Kompensation durch Hausarzt) → Unterstützung durch Telemedizin

Pressemitteilung

Gemeinsamer Bundesausschuss gemäß § 91 SGB V

Nr. 14 / 2019

Bedarfsplanung

Vertragsärztliche Bedarfsplanung: Flexiblere Instrumente für sachgerechte Lösungen vor Ort

Berlin, 16. Mai 2019 – Künftig gibt es differenziertere und zusätzliche Instrumente für die Landesebene, um die regionale und lokale Verteilung von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten bedarfsorientierter zu steuern. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am Donnerstag in Berlin die entsprechenden Anpassungen der Bedarfsplanungs-Richtlinie beschlossen und damit seinem gesetzlichen Auftrag fristgerecht entsprochen, bis zum 1. Juli 2019 insbesondere die geltenden Verhältniszahlen zu überprüfen und auch die weiteren Planungsinstrumente weiterzuentwickeln. Nach Umsetzung des Beschlusses können bundesweit 3.470 neue Niederlassungsmöglichkeiten entstehen, zusätzlich zu den rund 3.440 derzeit offenen Niederlassungsmöglichkeiten. Von den neuen Niederlassungsmöglichkeiten entfallen 1.446 auf Hausärzte, rund 776 auf Psychotherapeuten, 476 auf Nervenärzte und 401 auf Kinder- und Jugendärzte.



Gemeinsamer
Bundesausschuss

Seite 1 von 4

Stabsabteilung
arbeit und Kom

Gutenbergstraße
Postfach 120606

Telefon: 030 2

Fax: 030 2

E-Mail: press

www.g-ba.de

www.g-ba.de/pre

Ansprechpartner
für die Presse:

Kristine Reis (L)

Guðrun Köster

Annette Steger

	Typ 1 (stark mitversorgend)	Typ 2 (mitversorgt und mitversorgend)	Typ 3 (stark mit- versorgt)	Typ 4 (mitversorgt)	Typ 5 (eigenversorg t)	Typ 6 (polyzentrischer Verflechtungsraum)
Augenärzte	12.426	18.760	22.934	20.543	19.164	18.956
Chirurgen und Orthopäden	9.077	14.017	16.876	15.914	14.642	13.475
Frauenärzte	3.850	5.795	6.813	6.570	6.231	5.729
Hautärzte	21.179	34.842	41.786	40.912	39.075	34.873
HNO-Ärzte	17.353	26.452	33.842	32.469	31.190	24.873
Nervenärzte	13.455	20.613	24.774	23.562	22.308	20.201
Psycho- therapeuten	3.173	5.317	6.390	6.078	5.754	5.211
Urologen	26.097	41.424	48.431	45.432	43.247	34.106
Kinder- und Jugendärzte	2.043	2.862	2.862	2.862	2.862	2.862

Beschluss



Gemeinsamer
Bundesausschuss

des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Bedarfsplanungs-
Richtlinie: Zusammenlegung der Facharztgrup-
pen Chirurgen und Orthopäden

Vom 20. September 2018

§ 31 Kriterien für die Prüfung auf Unterversorgung und drohende Unterversorgung

(1) Bei der Prüfung nach § 30 sind folgende Kriterien zu berücksichtigen:

1. Bei allen Ärzten deren Tätigkeitsgebiet, Leistungsfähigkeit und Altersstruktur sowie Praxisstruktur (Einzelpraxis, Berufsausübungsgemeinschaft, Praxisgemeinschaft, **Einsatz nicht-ärztlicher Praxisassistenten nach § 28 Absatz 1 Satz 2 SGB V**), und – so möglich – der Versorgungsbeitrag;

Enquetekommission „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“, 2021

Handlungsempfehlungen (Auszug)

Handlungsempfehlung 4:

Regelmäßig fortzuschreibende, sektorenübergreifende Planung und Versorgung
„**Die Enquete-Kommission empfiehlt**, die **Versorgungsplanung sektorenübergreifend auszugestalten** und hierbei das Patienteninteresse in den Mittelpunkt zu stellen.“

Handlungsempfehlung 7: Trägerübergreifende Zusammenarbeit

„**Die Enquete-Kommission empfiehlt** der Landesregierung **trägerübergreifende Kooperationen** in besonderem Maße zu fördern.“

Handlungsempfehlung 8: Modellregionen/Cluster-Strukturen

„**Die Enquete-Kommission empfiehlt** die medizinische Versorgung für eine Cluster-Region modellhaft zu entwickeln und zu erproben. Dies beinhaltet auch die Entwicklung neuer **sektorenübergreifender Finanzierungsformen**. Dabei sollte mehrstufig vorgegangen werden. Zunächst sollte ein Ausschnitt des Clusters für eine solche modellhafte Erprobung ausgewählt werden. Denkbar wäre in diesem Zusammenhang der **Einzugsbereich Greifswald/ Wolgast/Usedom**.“

Enquetekommission „Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V“, 2021

Handlungsempfehlungen (Auszug)

Handlungsempfehlung 10: Telemedizin

„Die Enquetekommission empfiehlt, ein telemedizinisches Zentrum sowie ein telemedizinisches Netzwerk zu etablieren und durch eine zu installierende Digitalisierungsplattform zu verbinden und hierüber fachkollegiale und auch konsiliarische Expertise zeit- und ortsunabhängig zur Verfügung zu stellen und auf diese Weise auch fachärztliche Hintergrunddienste sicherzustellen.“

Handlungsempfehlung 12: Case Manager

„Die Enquete-Kommission empfiehlt die Initiierung von Modellprojekten zum Einsatz von sektorenübergreifend agierenden Case Managern. Sie sollten strukturell den Integrierten Gesundheitszentren zugeordnet werden.“

Koalitionsvereinbarung der Landesregierung M-V 2021— 2026

(442) An den Krankenhausstandorten müssen ambulante und stationäre Versorgung im Sinne einer „Poliklinik PLUS“ stärker sektorenübergreifend vernetzt und telemedizinisch angebunden werden, damit die Versorgung umfassend gesichert und zugänglich bleibt. Hierfür bedarf es einer integrierten Versorgungsplanung.

(444) Die Koalitionspartner werden darauf hinwirken, gemeinsam mit den Akteuren der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen eine Umsetzung der Enquete-Handlungsempfehlungen zu konzertieren

(446) Die Koalitionspartner werden die Chancen der Telemedizin für eine bessere medizinische Versorgung als Unterstützung der Ärztinnen und Ärzte im ländlichen Raum nutzbar machen. ...

Die Koalitionspartner setzen sich für die Errichtung einer telemedizinischen Plattform für das gesamte Land ein ...



Koalitionsvertrag der Bundesregierung 2021— 2025 – Verbesserung der regionalen Versorgung?

- Stärkung der akademischen Pflegeausbildung
- Ergänzung der Pflege durch heilkundliche Tätigkeiten, neues Berufsbild „Community Health Nurse“
- Regelmäßige Ermöglichung telemedizinischer Leistungen inklusive Arznei-, Heil- und Hilfsmittelverordnungen sowie Videosprechstunden, Telekonsile, Telemonitoring und die telenotärztliche Versorgung
- Ausbau multiprofessioneller, integrierter Gesundheits- und Notfallzentren einschließlich spezifische Vergütungsstrukturen
- Erhöhung der Attraktivität von bevölkerungsbezogenen Versorgungsverträgen (Gesundheitsregionen)
- Stärkung innovativer Versorgungsformen durch Erweiterung des gesetzlichen Spielraums für Verträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern
- In benachteiligten Kommunen und Stadtteilen: niedrigschwellige Beratungsangebote (z.B. Gesundheitskioske) für Behandlung und Prävention
- Im ländlichen Raum: Gemeindeschwester und Gesundheitslotsen
- Entwicklung sektorenübergreifender Versorgungsplanung



Fazit



- Es gibt regionale Unterschiede und regionale Probleme in der Versorgung
- Regionale Probleme → Regionale Lösungsansätze, regionales Monitoring
- Regionale Vernetzung: gute Basis für eine regional orientierte Versorgung:
 - Gemeinsame IT-/Infrastrukturlösungen (z.B. regionale Fallakten)
 - Anbindung gemeinsamer Funktionalitäten (z.B. Care- und Casemanagement)
 - Gegenseitige Kompensationsmöglichkeiten
 - Entwicklung sektor- und professionenübergreifender Versorgungskonzepte

→ Regionale Planung und Versorgung

Vielen Dank!

