

Regionaler Versorgungsverbund Vorpommern von der Idee bis zur Umsetzung

Wolfgang Hoffmann

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

9. DNVF Forum Versorgungsforschung, Online/Hybrid, 4.5.2022

**Bedarfsgerechte Versorgung –
Perspektiven für ländliche Regionen
und ausgewählte Leistungsbereiche**

Gutachten 2014

Quelle: SVR 2014

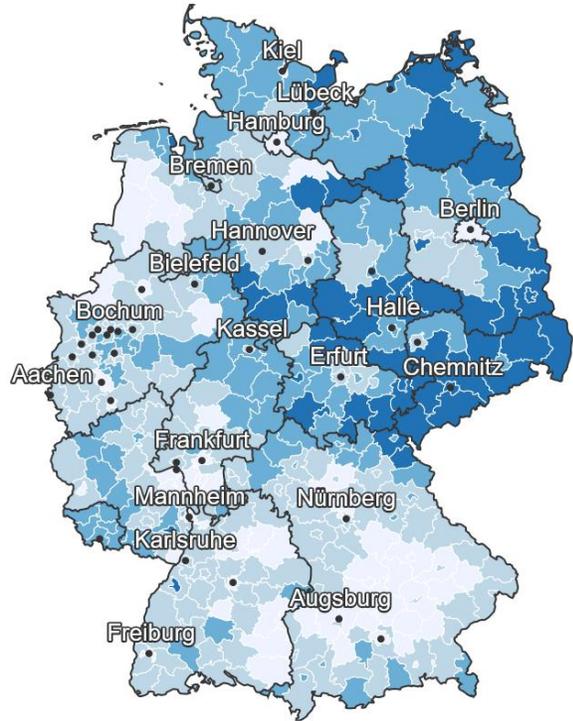


Abbildung 82: Umfassendes Modell einer regional vernetzten Versorgung im ländlichen Raum

Regionale Besonderheiten, regionale Probleme

Bevölkerung 80 Jahre und älter

Anteil an der gesamten Bevölkerung in %



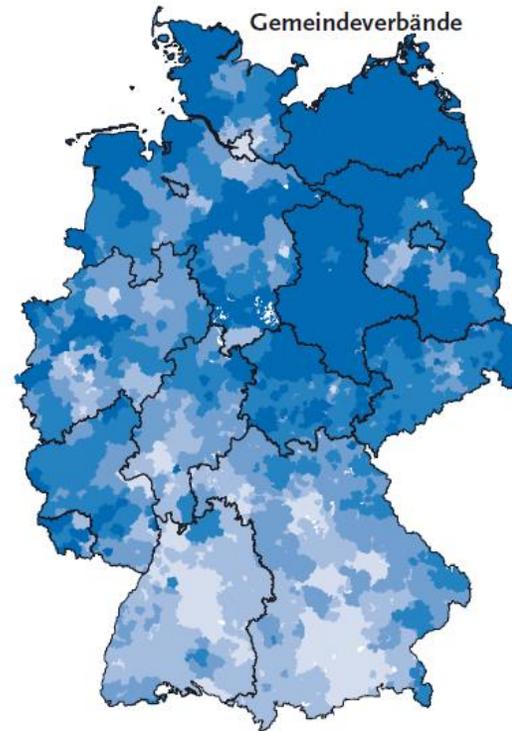
Anteil in %

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

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.

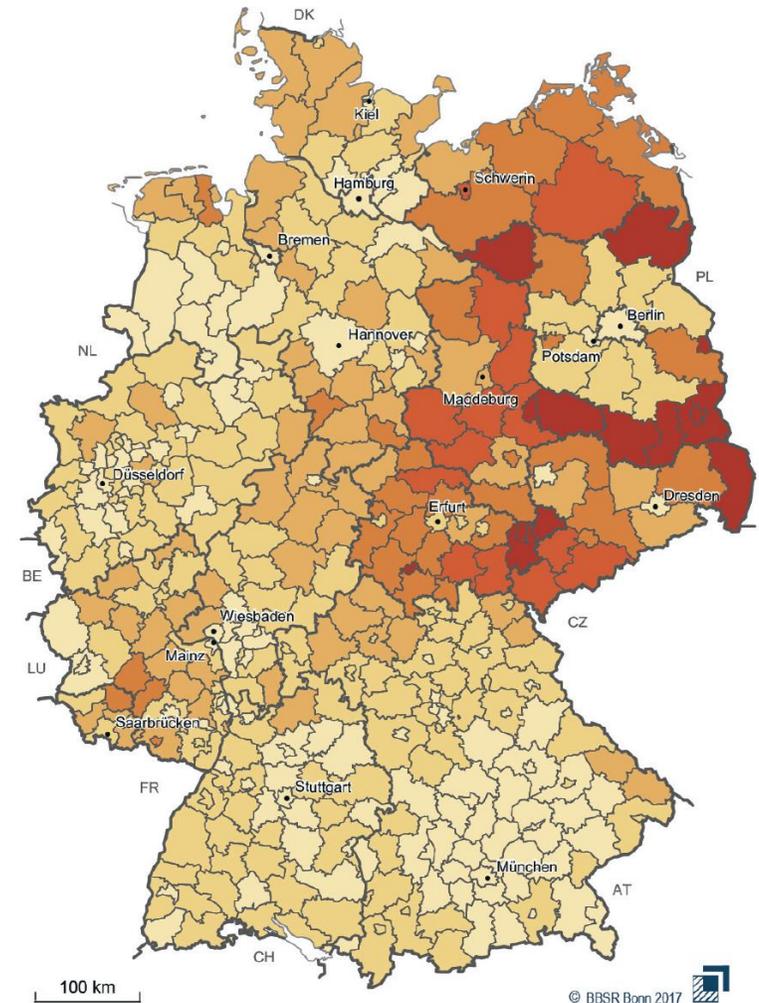
Regionale sozioökonomische Deprivation



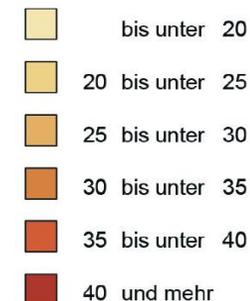
Quintile: 1 2 3 4 5

Höchste Deprivation

Einkommen, Bildung,
Arbeitslosenquote...

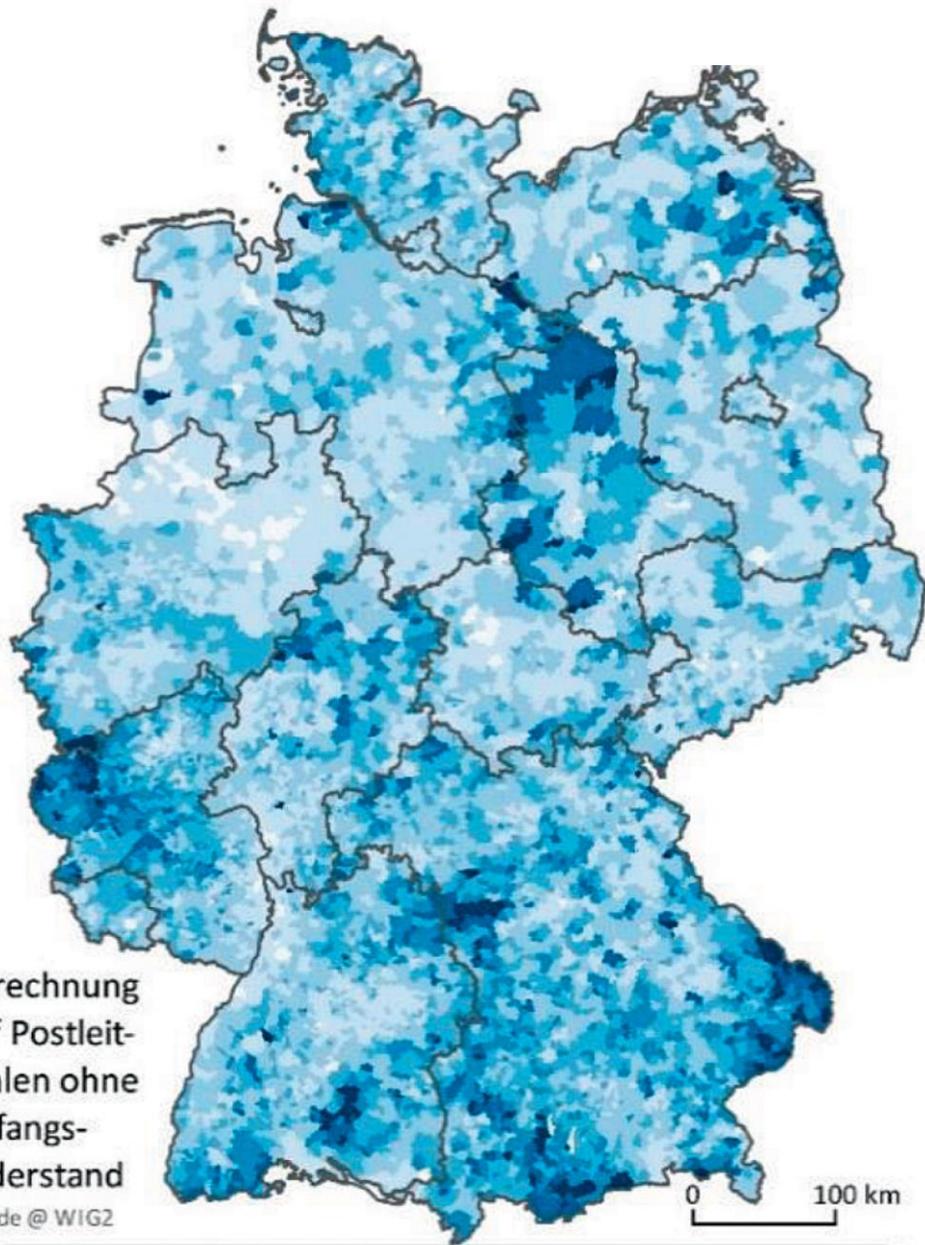


Entwicklung des intergenerationalen Unterstützungskoeffizienten* 2015 bis 2035 in Prozentpunkten

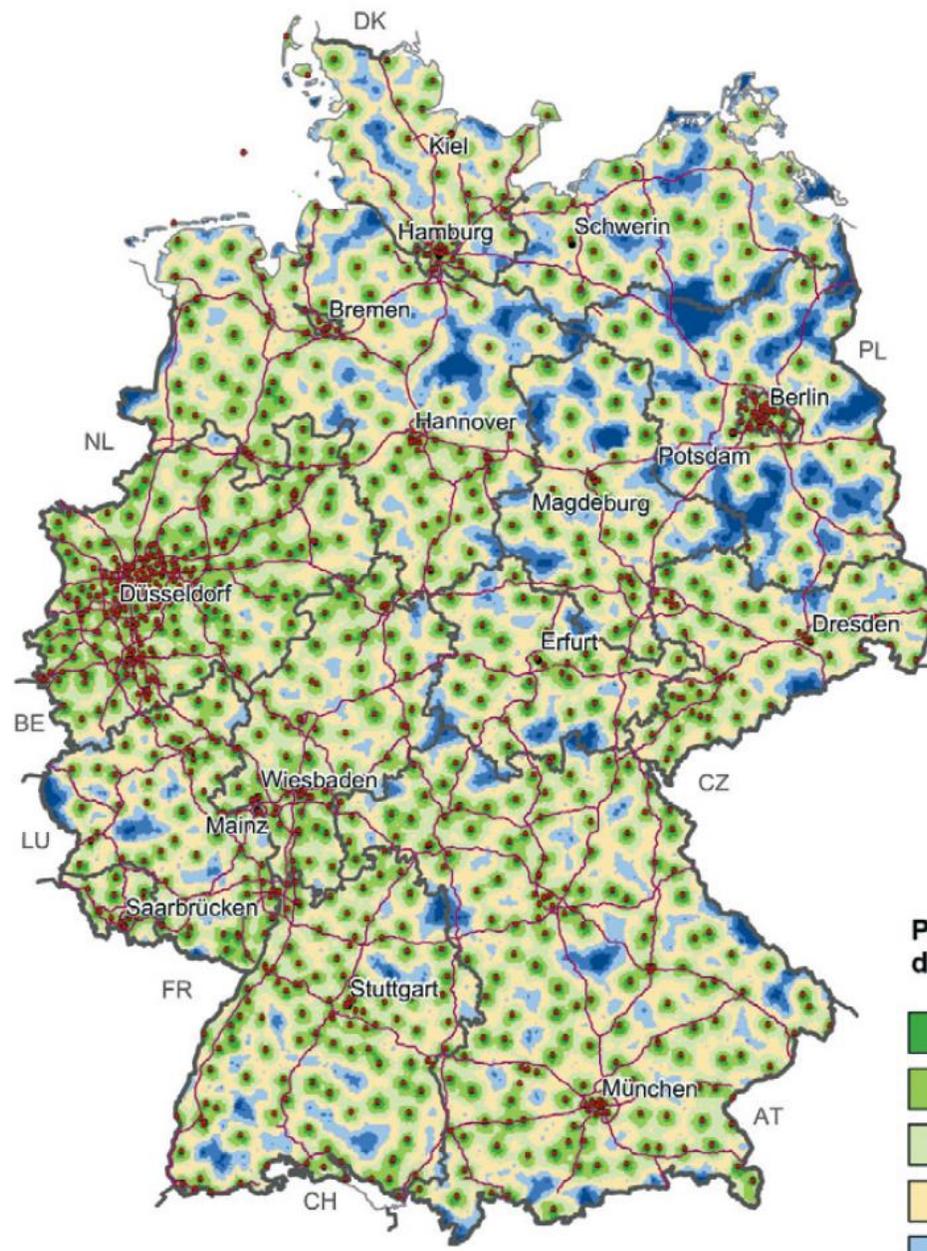


* Relation der 80-Jährigen und älter zu den 50- bis unter 65-Jährigen. Je höher der Wert, desto stärker entwickelt sich die Belastung für die Gruppe der Unterstützer.

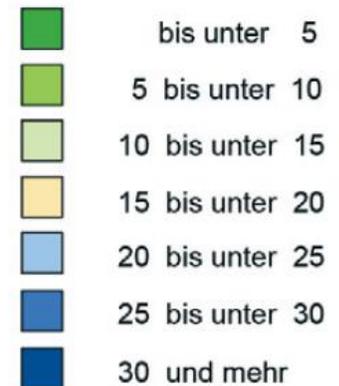
Datenbasis: BBSR-Bevölkerungsprognose 2012–2035/Zensus
Geometrische Grundlage: Kreise (generalisiert), 31.12.2015
© GeoBasis-DE/BKG
Bearbeitung: G. Lackmann



Realisierte Wegzeiten in Minuten (Hausarzt)



Pkw-Fahrzeit zum nächsten Krankenhaus der Grundversorgung 2016 in Minuten



Klimawandel
Schutz vor Hitze

Regelung
Erhaltene Rechte in
neueren und plötzlichen
Eingriffen | Seite 18

Zertifizierte Fortbildung
aus der
Lernaktivitätenbibliothek

BEKANNTMACHEN DER HERAUSGEBER

BUNDEÄRZTEKAMMER
Bekanntmachungen

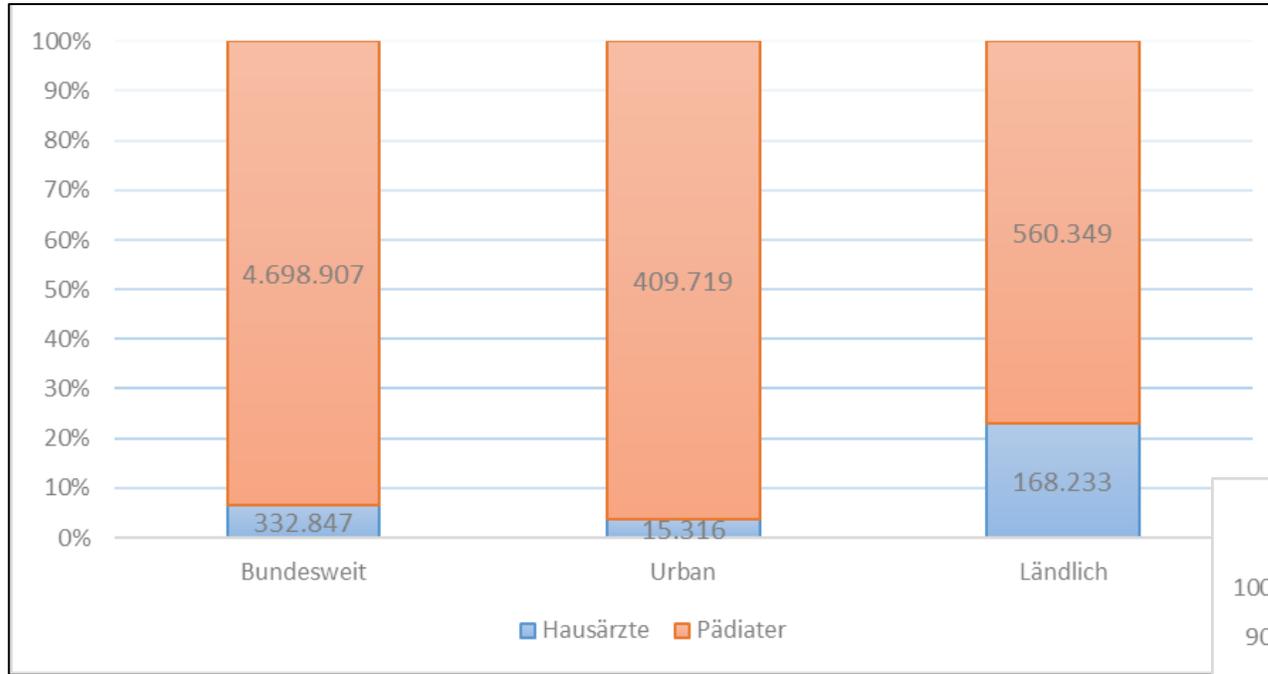
Versorgung in dünn besiedelten Regionen
Teil 1: Problemdarstellung und Monitoring

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

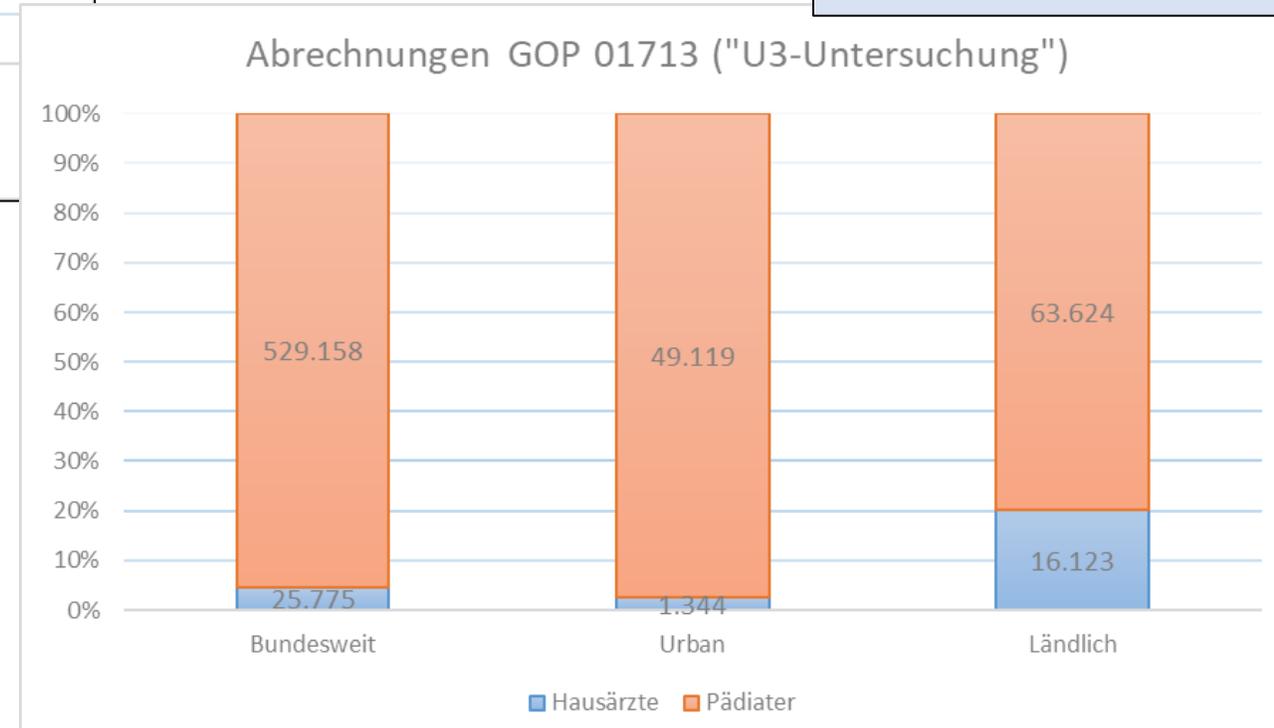
Vorwort
Wie kann die Gesundheitsversorgung in dünn besiedelten Regionen in Deutschland sichergestellt werden und welche strukturellen und sozio-ökonomischen Voraussetzungen sind erforderlich, um eine sichere und qualitativ hochwertige Versorgung zu gewährleisten? Diese Fragen sind im Zentrum dieser Stellungnahme stehen. Die ermittelten und diskutierten Versorgungslücken, ihre sozio-ökonomischen Ursachen und möglichen Lösungsansätze werden in dieser Stellungnahme dargestellt und diskutiert.

Kompensation zwischen Arztgruppen – Beispiel: U-Untersuchungen

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

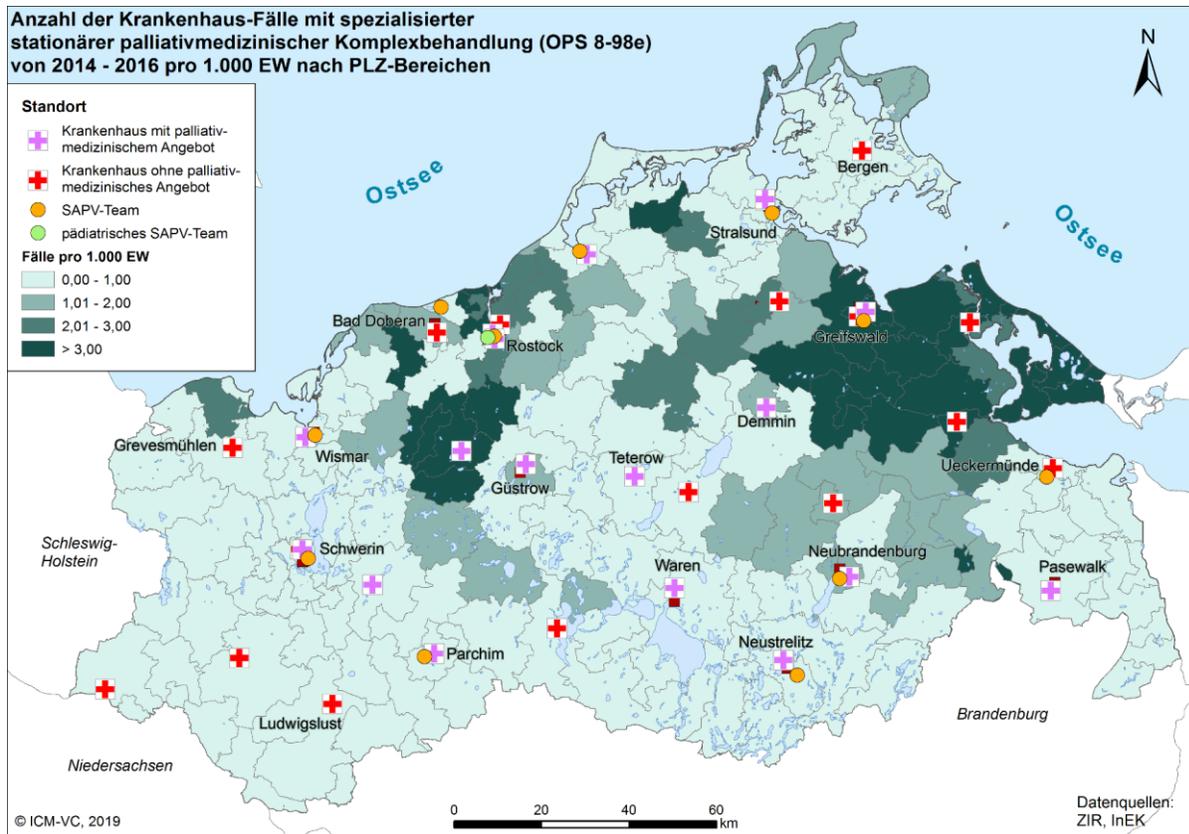


Datengrundlage: Abrechnungsdaten der KBV, 2015

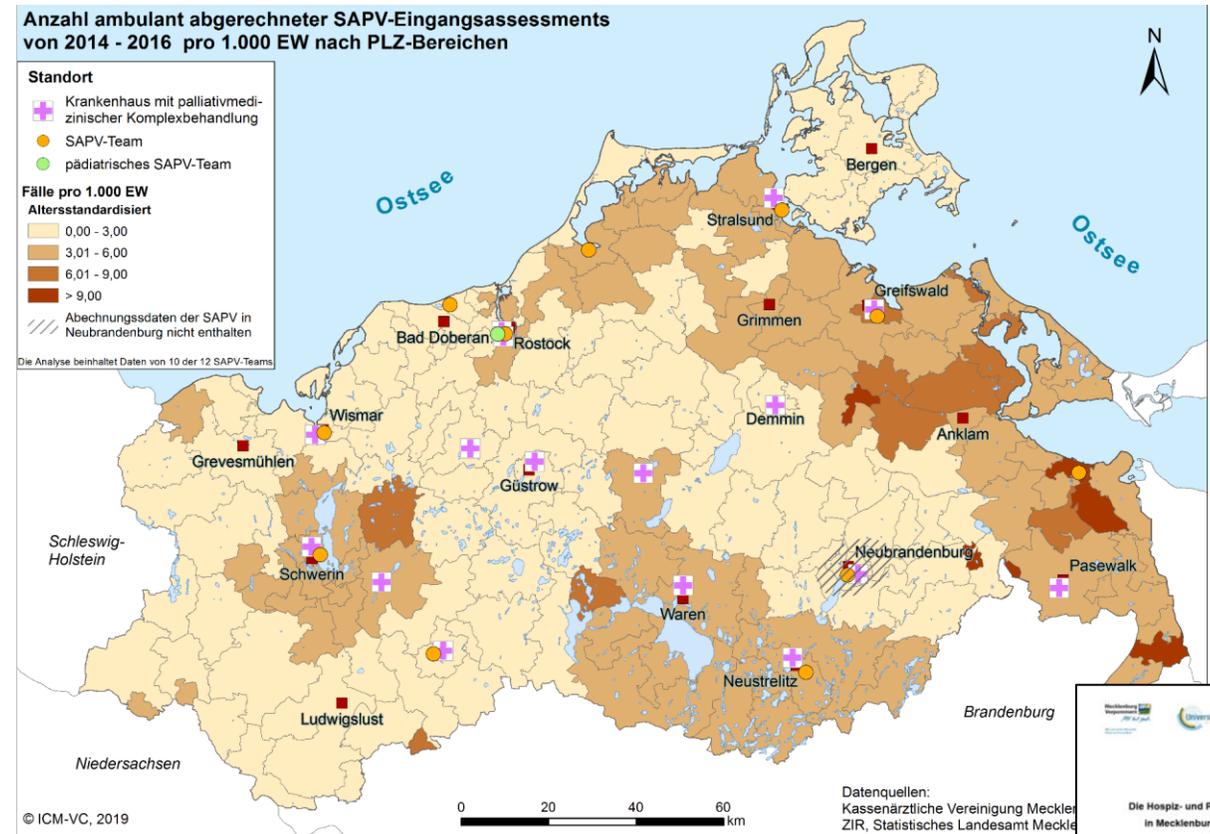


Regionale Unterschiede in der Versorgung, Bp. spezialisierte Palliativmedizin

Stationäre Palliativstation:
Anzahl Fälle/1.000 EW 2014-2016



Ambulante SAPV
Anzahl Eingangsassessments/1.000 EW 2014-2016



Die Hospiz- und Palliativversorgung in Mecklenburg-Vorpommern

2. Auflage

Ausgaben:
100 Dr. Rudolf von dem Buss
Leana Richter, M.A.
Prof. Dr. Helmut Hoffmann, M.D.

Unter Mitarbeit von:
Dr. Ingrid Franke-Hoffmann
Dr. Albin Meier
Angelika Schone, M.D.
Dr. Ulrike Hentrich
Manuela Grottel, M.D.

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.“



LANDTAG MECKLENBURG-VORPOMMERN
7. Wahlperiode

Drucksache 7/6210
02.06.2021

ABSCHLUSSBERICHT

der Enquete-Kommission
„Zukunft der medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern“

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 ...



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 Hausärzteverbund (MV)

Voll- oder Teilzeitbeschäftigung der AGnES-Fachkräfte

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)



Translation (Pflegeweiterentwicklungsgesetz)

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.

Arztentlastung - dafür gibt's viele Bewerber

Hausärzte werden zu einem knappen Gut. Entlastung ist gefragt. Doch wer soll es
Auch GEK will Einsatz der **Mopras** testen

Mobile Praxisassistentinnen sollen
/ AOK hat bereits Erfahrungen

MAGDEBURG (zie). Die "Mobile
Neuaufwertung in Sachsen-Anhalt
Gmünder Ersatzkasse (GEK) testen
Hausärzte entlasten können.

Die GEK und ihr Vertragspartner, die
(KVSA) setzen dabei auf die vier Haus-

Arzthelferinnen auf Hausbesuch

Fortbildung zur "Entlastenden Versorgungsassistentin" in Nordrhein-Westfalen

KÖLN (cmn). Ärztekammern und Kassenärztliche Vereinigungen in
Nordrhein-Westfalen bieten künftig eine Fortbildung für Arzthelferinnen zur
"Entlastenden Versorgungsassistentin" (EVA) an.

Die Versorgungsassistentin "VERAH"

Kostenfreie Qualifizierungsangebote für Delegation ärztlicher Leistungen

Modellprojekt der Bildung

Bad Segeberg (di). Projekt
der Bildungsstätte der

BÄK: Neue Fortbildung für Medizinische Fachangestellte

Arzthelferinnen können bald "Fachwirtin für ambulante medizinische Versorgung" werden / In Niedersachsen geht es ab September los

Arztezeitung, 18.05.2010

In Niedersachsen soll VERAH nun MoNi heißen

KV und Kassen setzen auf eigenes Modell zur Entlastung von Hausärzten – ungeachtet des Erfolgskonzepts VERAH

NÄPA-Honorar

Weigoldt ärgert sich über KBV-Beschluss

BERLIN. "Als absolut inakzeptabel" hat der Vorsitzende des Hausärzterverbandes, Ulrich Weigoldt, den Umgang der KBV mit der Verwendung der extrabudgetären Vergütung in Höhe von 118 Millionen Euro für die **Nichtärztliche Praxisassistentin (NÄPA)** kritisiert.

Nachdem kurz MoNi sollen je vier Hausarztpraxen in den Regionen Vechta und in Schneverdingen Medizinische Fachangestellte so weit ausbilden, dass sie

dafür entschieden, das MoNi-System einzuführen und keine „Agnes“ durch Niedersachsen zu schicken, die weitgehend selbstständig gear-

ziehen, Blutdruck- und EKG messen, Medikamente nach ärztlicher Verordnung verabreichen und Gesundheitsberatungen

Mobile Betreuung von Herzpumpen-Patienten:
Schwester Karla kommt zum Hausbesuch

KLINIKUM KARLSBURG
HERZ- UND DIABETESZENTRUM

Pressemitteilung



Gutachten zur Weiterentwicklung der ambulanten Bedarfsplanung Auszug der Empfehlungen (2018)

- Anpassung der Planungssystematik
 - Anpassung der Arztgruppen (z.B. Zusammenlegung Chirurgen & Orthopäden)
 - Mehr Steuerung bei der Sicherstellung der Grundversorgung, Planung von Kinderärzten als Hausärzte (SVR 2018)
 - Sektorübergreifende Planung, zunächst bei den mehr spezialisierten Arztgruppen (SVR 2018)
- Wenn die allgemeine Planungssystematik nicht geeignet ist (z.B. in ländlichen Regionen):
 - Mehr als 1,0 KV-Sitz pro Arzt bei Unterstützung durch nichtärztliche Praxisassistentinnen
 - Ausschreibung von zeitlich befristeten und leistungsbezogenen Versorgungsaufträgen bei festgestellter Unterversorgung (SVR 2018)
 - Gegenseitige Kompensation von Arztgruppen (z.B. bei Nicht-Besetzung eines pädiatrischen Sitzes Kompensation durch Hausarzt) → Unterstützung durch Telemedizin



Mögliche Transferwege von Forschungsergebnissen

G-BA-Beschluss (20.9.2018)

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 Bedarfsplanung i.S.d. §§ 99 ff. SGB V
zur Sicherung der vertragsärztlichen Versorgung

Ludwig-Maximilians-Universität München, Fachbereich Health Services Management
WIG2-Wissenschaftliches Institut für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung Leipzig
Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn, GeoHealth Centre/Institut für Hygiene und
Öffentliche Gesundheit
Universitätsmedizin Greifswald, Institut für Community Medicine
Max-Planck-Institut für Sozialrecht und Sozialpolitik München
37 Grad Analyse und Beratung GmbH Köln

Quantitative Befragung von 865 Teilnehmern (Hausärzten, Pflegefachkräften, Menschen mit Demenz und Angehörigen)

Kernergebnisse:

- Eine **Erweiterung der Pflegerolle durch Substitution oder Delegation** bislang ärztlicher Tätigkeiten traf auf größte Akzeptanz, vor allem bei Betroffenen und deren Angehörige
 - 99% der Angehörigen, 96% der Menschen mit Demenz, 86% der Pflegefachkräfte, 79% der Ärzte befürworteten dies
- **Bereitschaft zur Aufgabenübertragung** bei Ärzten war größer als die eigentliche Befürwortung/ Akzeptanz sowie höher bei Ärzten im Vergleich zur Pflege
 - Bereitschaft Ärzte 94% für Delegation und 79% für Substitution vs. 83% und 86% bei der Pflege
- **Assessments und Monitoring** wurden als sehr geeignet (Befürwortung>76%) und die Verschreibung als mäßig geeignet empfunden (Befürwortung>64%)
 - Pflegefachkräfte trauten sich beim Assessment und dem Monitoring weniger zu im Vergleich zur ärztlichen Einschätzung, jedoch weitaus mehr bei der Verschreibung als Ärzte erwarten würden
- **Erweiterung der Pflege** wurde gesehen als Vorteil für den Patienten, zur Stärkung des Vertrauens in die Pflege, zur **Verbesserung der Kooperation** zw. Hausärzten und Pflegefachkräften sowie zur **Entlastung** und Verbesserung der Arbeitsbedingung der Hausärzte

Qualifikationsanforderungen:

Die meisten Pflegefachkräfte und Hausärzte gehen davon aus, dass eine demenzspezifische Weiterbildung die beste Qualifikation zur Aufgabenübernahme ist.

	Präferenzen der Pflegefachkräfte (n=232)	Präferenzen der Hausärzte (n=225)
...um Aufgaben zu delegieren		
Keine zusätzliche Qualifikation benötigt	33.3%	41.1%
Demenzspezifische Qualifikation	46.0%	47.6%
Bachelor der Pflege benötigt	20.7%	11.3%
...um Aufgaben zu substituieren		
Keine zusätzliche Qualifikation benötigt	12.2%	7.7%
Demenzspezifische Qualifikation	51.3%	51.2%
Bachelor/ Masterabschluss benötigt	36.5%	41.1%

Regionale Versorgung in M-V – 7. Koalitionsperiode 2017-2021

Ziel: Verbesserung der regionalen Versorgung
Fokusthemen: Geriatrie, Hospiz- und Palliativversorgung, Pädiatrie

- Standardisierte Befragungen
- Qualitative Methoden
- Abstimmungsprozesse mit regionalen Akteuren
- Abstimmung mit Ministerium und Selbstverwaltung

Entwicklung von innovativen Versorgungskonzepten

- Quantitative Datenerhebung und –analyse
- Qualitative Methoden (Beobachtung, Interviews, Workshops)

Evaluation

Identifizierung/Analyse von Versorgungslücken und –bedarfen

- Daten der gesetzlichen Krankenversicherungen
- Standardisierte Befragungen
- Qualitative Methoden

Regionale Implementation der Versorgungskonzepten

- Abstimmungsprozesse mit regionalen Akteuren
- Abstimmung mit Ministerium und Selbstverwaltung

Transfer/ Entwicklung von Transferkonzepten

- Abstimmungsprozesse mit regionalen Akteuren
- Abstimmung mit Ministerium und Selbstverwaltung

Teilprojekt **Tandempraxis**

Befragung von Eltern in „versorgungsnahen“ und „versorgungsfernen*“ Regionen (N=406)

Wie oft war das Kind, das am Häufigsten einem Arzt vorgestellt wurde (Indexkind) in den letzten 12 Monaten bei einem Arzt/einer Ärztin?“

„Viermal oder häufiger“:

Versorgungsnahе Regionen (≤ 20 km): 50%

Versorgungsferne Regionen (> 20 km): 32%

Bei welchem Arzt wird das Indexkind normalerweise vorgestellt?

„Bei einem Kinder- und Jugendarzt“

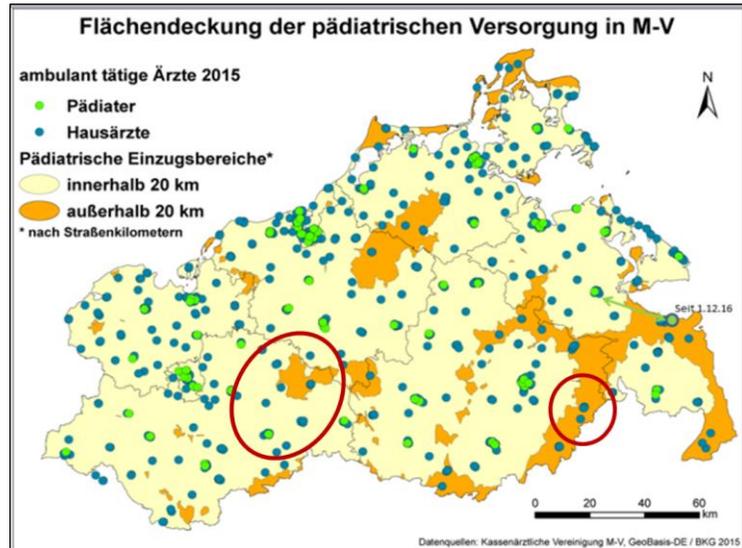
Versorgungsnahе Regionen: 87%

Versorgungsferne Regionen: 51%

* Versorgungsfern: >20 km vom nächsten Kinderarzt entfernt

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

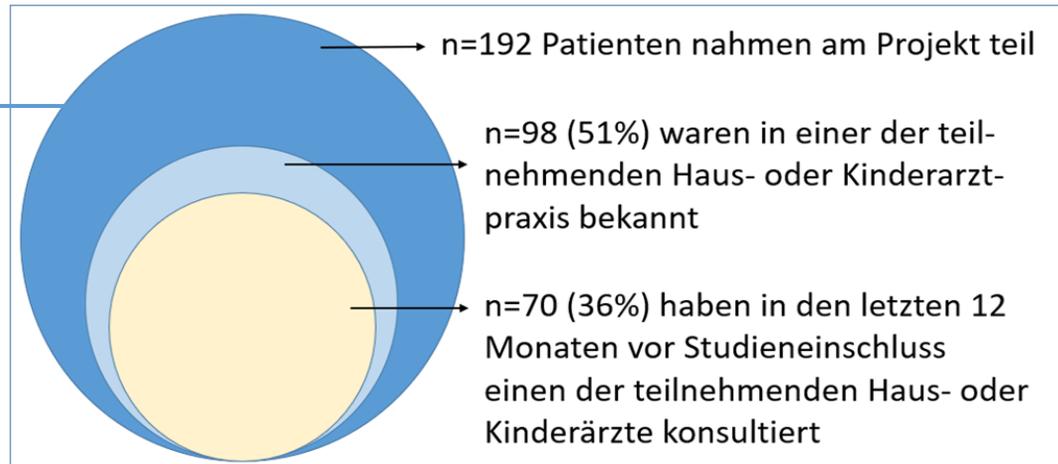
Regelmäßige kinderärztliche Sprechstunden in Hausarztpraxen in Regionen ohne Kinderarzt



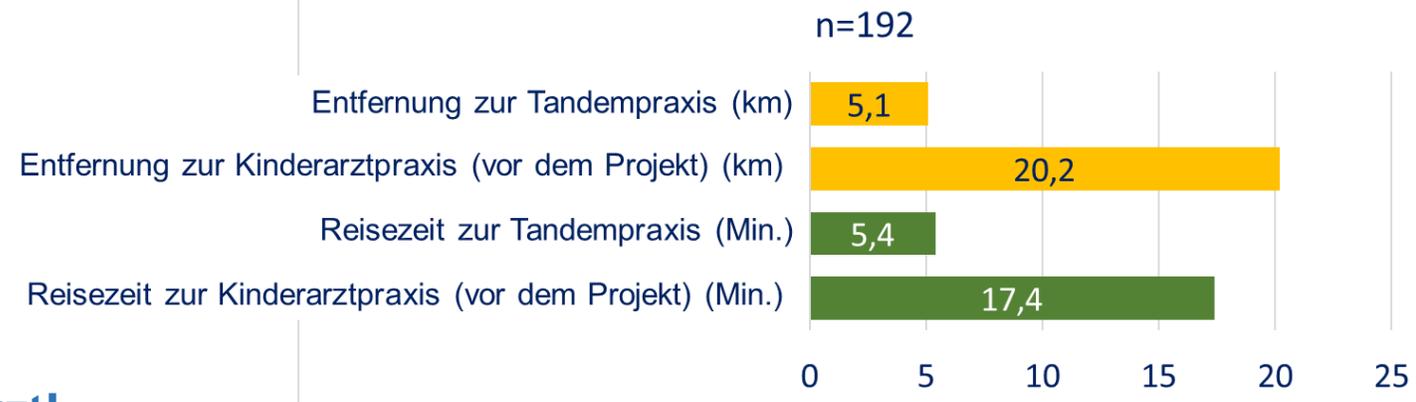
Vorstellungsgründe

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



N=94 (49%): erstmalig beim Tandem-Kinderarzt!



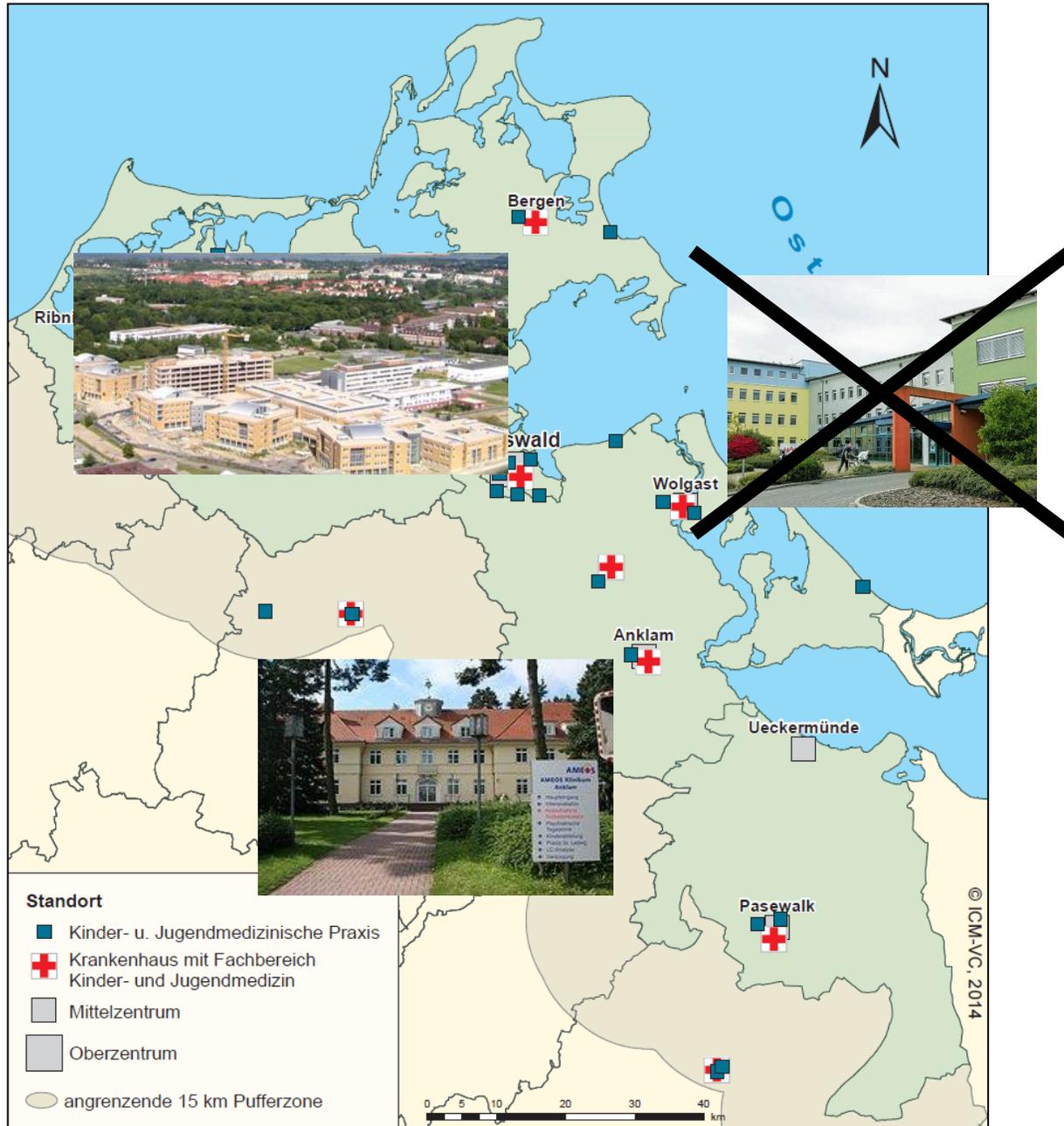
Projekt Tandempraxen –Transfer

Das geht schon:

- Leistungen des Kinderarztes werden von der GKV vergütet – Weiterführung der Tandempraxen ohne Projektfinanzierung möglich
- Strukturelle Förderung durch KV_{MV} / AOK Nordost

Hier ist noch Weiterentwicklung nötig:

- Regelmäßiges regionales Monitoring des Versorgungsgrades durch den Berufsverband der Pädiater auf der Basis von Daten der KV_{MV}
- Entwicklung gemeinsamer digitaler Patientenakten für die Dokumentation von Leistungen bei einer gemeinsamen Behandlung von Kindern und Jugendlichen
- Flexibilisierung der gegenseitigen Kompensationsmöglichkeiten zwischen Arztgruppen und Sektoren des Gesundheitssystems einschließlich Abrechnungsmodellen



Hinter dem Banner der Bürgerinitiative marschierten am 3. November rund 800 Demonstranten zum Krankenhaus Wolgast. FOTO: HANNES EWERT

Stand: 15.02.2017 16:56 Uhr - Lesezeit: ca.2 Min.

Wolgast: "Portalpraxisklinik" statt Kinderstation



Am Kreiskrankenhaus Wolgast soll es von Juni an eine "Portalpraxisklinik" für Kinder und Jugendliche geben. (Archivbild)

Vom 1. Juni an soll es am Kreiskrankenhaus in Wolgast (Landkreis Vorpommern-Greifswald) wieder eine klinische Versorgung von Kindern geben. Wie Gesundheitsminister Harry Glawe (CDU) nach einem Gespräch mit der Bürgerinitiative am Mittwoch sagte, werden Kinder und Jugendliche dann in einer "Portalpraxisklinik" behandelt. Mit zehn Betten könne so eine 24-Stunden-

Versorgung möglich gemacht werden, so Glawe. Nach der Aufnahme der Patienten werde dann entschieden, ob sie in Wolgast bleiben, nach Greifswald müssen oder zurück zum Hausarzt überwiesen werden können.

Bürgerinitiative zufrieden mit Kompromiss

Rund eine Stunde hatte der Gesundheitsminister am Mittwoch unter Ausschluss

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

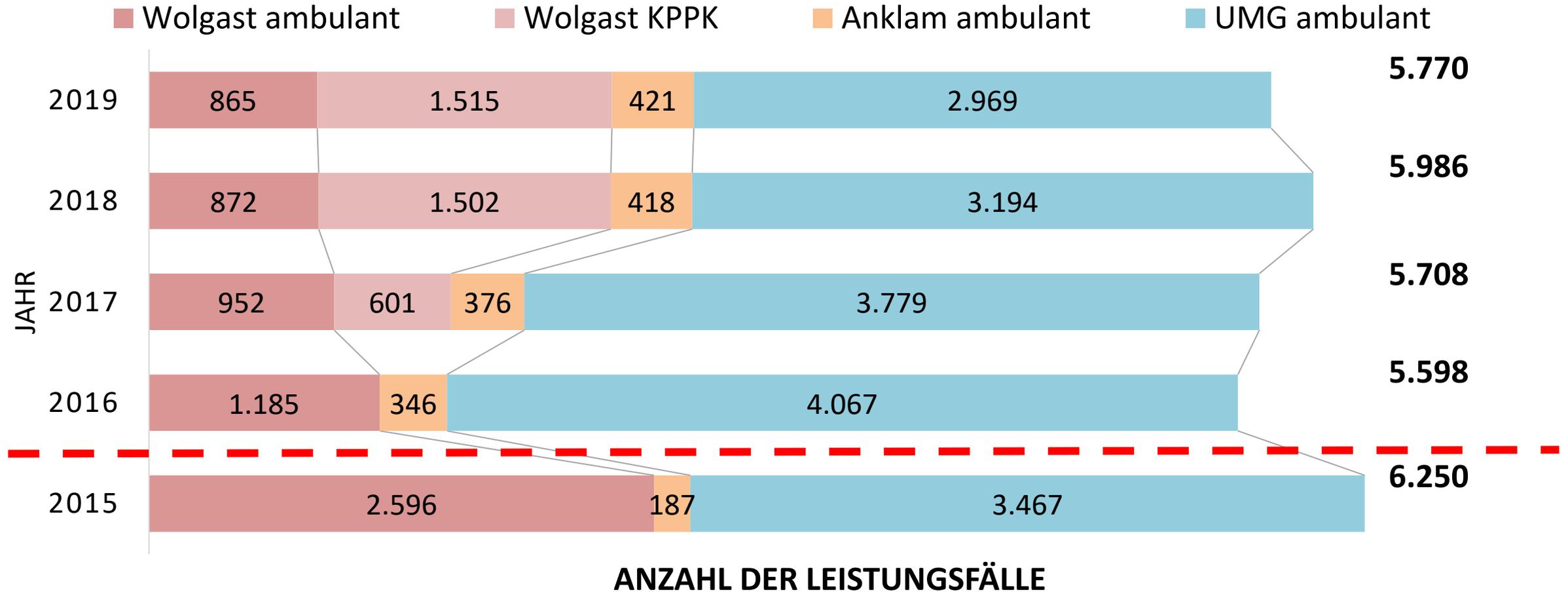
■ Wolgast stationär

■ Anklam stationär

■ UMG stationär



Leistungsfälle in den KH Wolgast, Anklam und Greifswald aus der Region Wolgast (<18 Jahre) - **Ambulant**

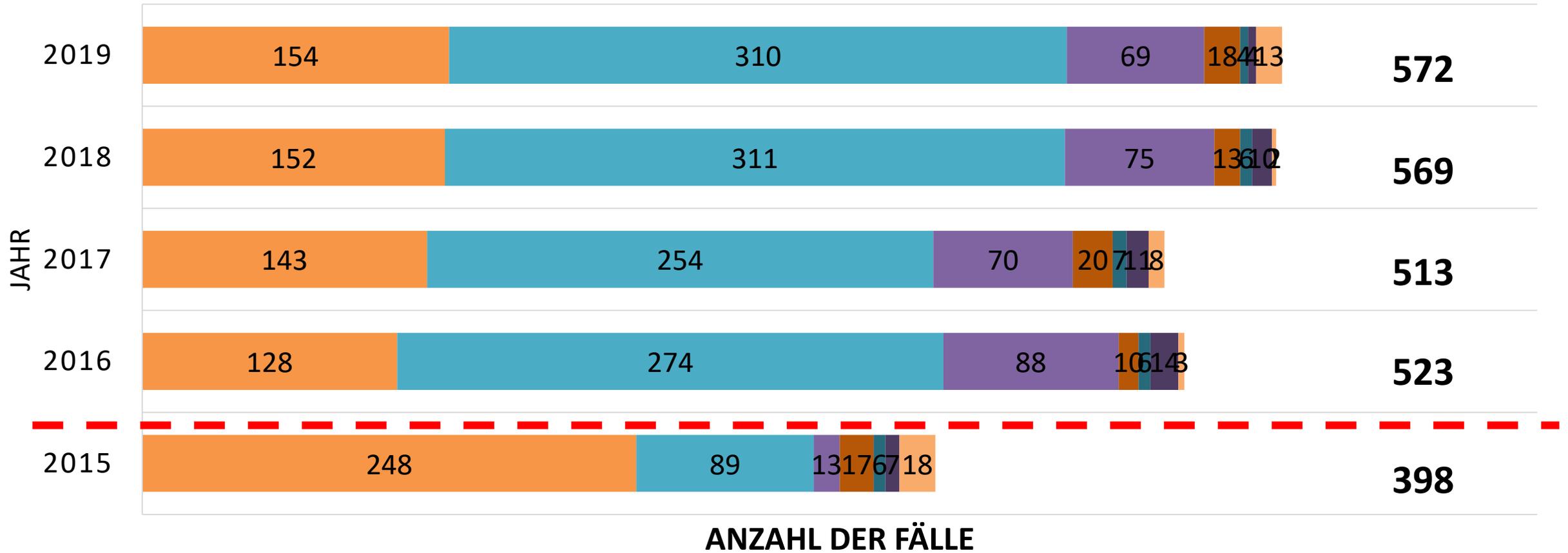


KPPK: Kinderportalpraxisklinik

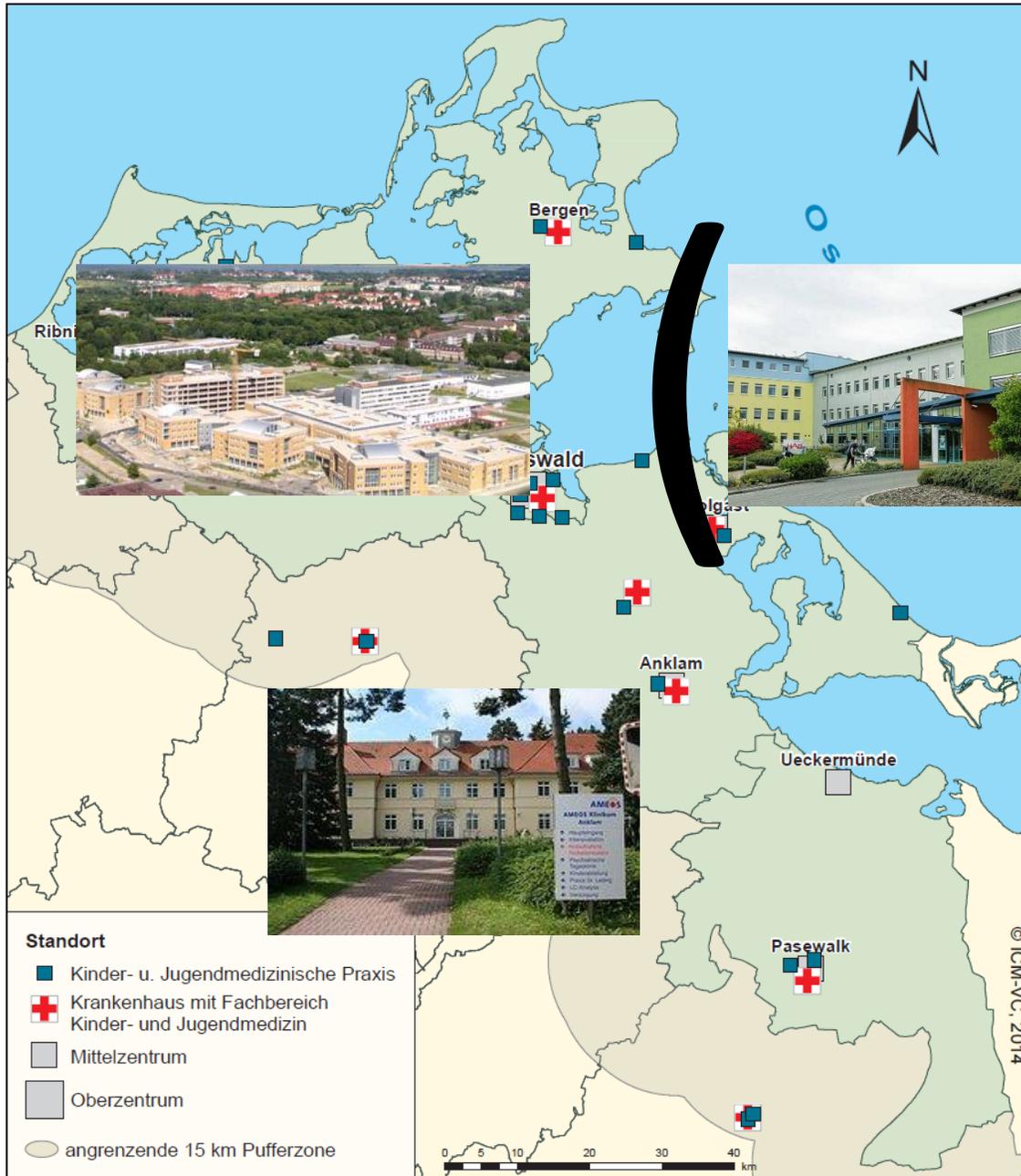
UMG: Universitätsmedizin Greifswald

RETTUNGSEINSÄTZE AUS DER REGION WOLGAST- TRANSPORT-ZIELORT

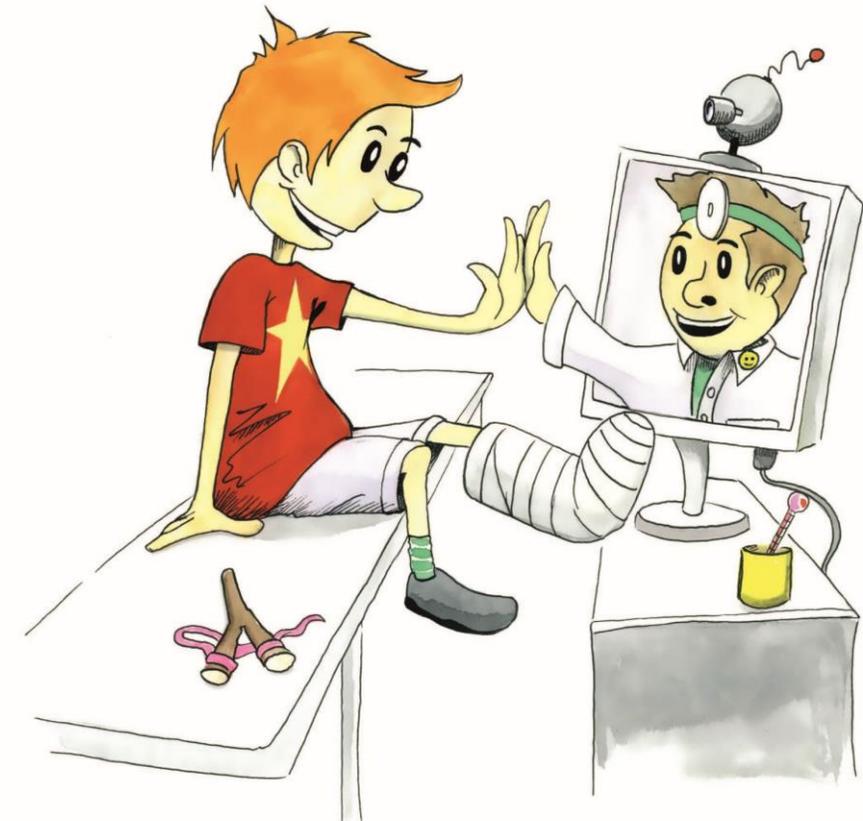
■ Wolgast KKH
 ■ UMG
 ■ AMEOS Klinikum Anklam



KKH: Kreiskrankenhaus
UMG: Universitätsmedizin Greifswald
RTH: Rettungshubschrauber



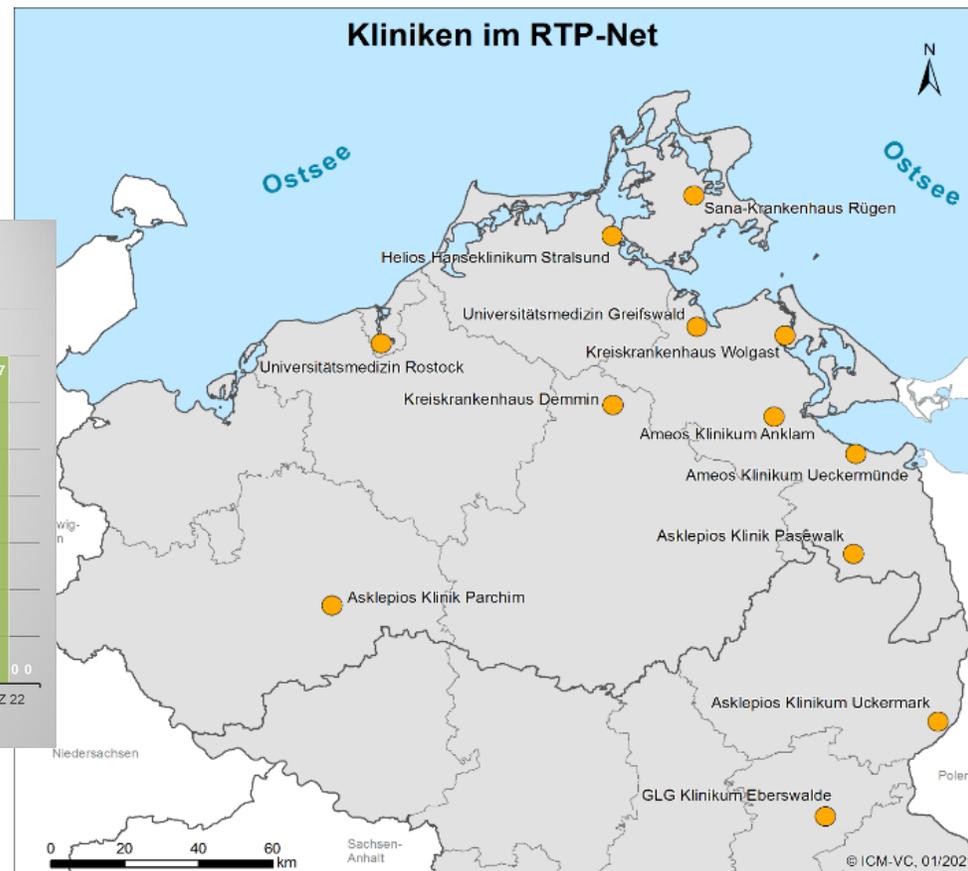
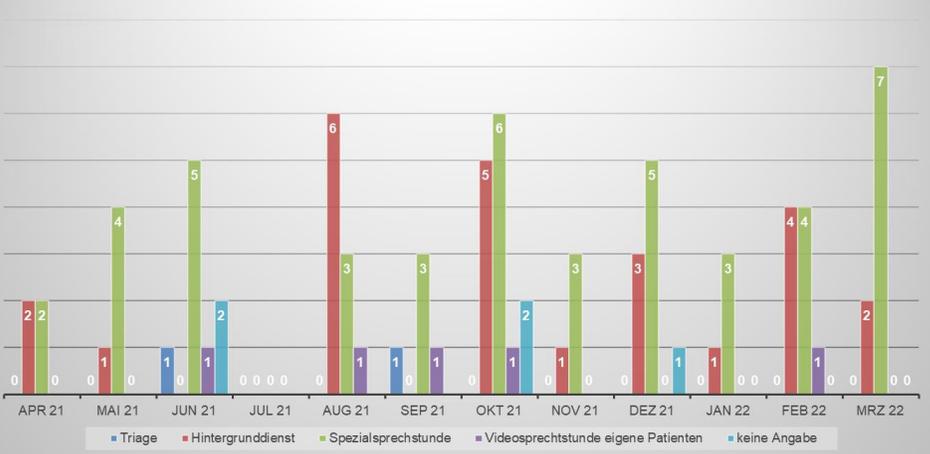
- Sicherstellung der stationären Versorgung
- Telemedizinische Triage
- Regionale kooperative Therapie



RTP-Net M-V

- **Telemedizinisches Konsil:** z.B. spezialfachärztliche Fragestellungen und Befundung
- **Telemedizinische Sicherstellung des Facharztstandards:** Übernahme Facharztthintergrund u. Telekonsultation durch Telepädiater (z.B. Erstellung und Freigabe des Behandlungsplanes)
- **Versorgungsrelevanz!**

Nutzung Funktionalitäten (n=82)
29.03.2022



Spezialfachärztliche Videosprechstunden

 <p>Allergologie</p> <p>Dr. Udo Geyer Spezialambulanz: Mo, 13.30 bis 14.30 Uhr Kontakt: Tel. 0383 491233 E-Mail: udo.geyer@uni-greifswald.de</p> <p>Termin: Bitte mindestens 14 Tage vor dem Termin anfragen. Kontakt: verein@uni-greifswald.de</p>	 <p>Kinder- Gastroenterologie</p> <p>Prof. Dr. Jan Eberich Kontakt: Tel. 0383 491233 E-Mail: jan.eberich@uni-greifswald.de</p> <p>Termin: Bitte mindestens 14 Tage vor dem Termin anfragen. Kontakt: verein@uni-greifswald.de</p>	 <p>Klinik Und Poliklinik Für Kinder- Und Jugendmedizin, Universitätsmedizin Greifswald</p> <ul style="list-style-type: none"> Neurologie und Epileptologie Endokrinologie Diagnostische Genetik Diagnostische Genetik (FISH- und ArrayCG) <p>Bitte kontaktieren Sie Terminvereinbarung über das Centralmail der Universitätsmedizin Greifswald (Centralmail@uni-greifswald.de)</p>	 <p>Kinder- Und Jugendneurologie</p> <p>Prof. Dr. Anne Bensch Kontakt: Tel. 0383 491233</p> <p>Sie werden über die Terminvereinbarung über das Centralmail informiert.</p>
 <p>Kinder- Gastroenterologie</p> <p>Prof. Dr. Michael Rode</p> <p>Spezialambulanz:</p> <ul style="list-style-type: none"> Chirurgisch-epidemiologische Spezialambulanz 	 <p>Zentrum Für Vasculäre Malformationen Eberswalde (ZVM)</p> <p>Prof. Dr. Udo Meyer Spezialambulanz Mo Kontakt: Tel. 0383 491233 E-Mail: zvm@uni-greifswald.de</p>	 <p>Orikiologie Hämatologie Und Rheumatologie</p> <p>Prof. Dr. Inger Löwe Spezialambulanz Mo Kontakt: Tel. 0383 491233 E-Mail: i.loewe@uni-greifswald.de</p>	 <p>Neonatologie</p> <p>Dr. Oliver Hübner Spezialambulanz Mo Kontakt: Tel. 0383 491233 E-Mail: o.huebner@uni-greifswald.de</p>

 <p>Kinder- Und Jugendmedizin, ASKLEPIOS Klinik Parchim</p> <p>Dr. Cornelia Wietze Kontakt: Tel. 0383 491233 E-Mail: c.wietze@asklepios.de</p>	 <p>Kinder- Portalpraxisklinik</p> <p>Terminvereinbarungen sind zu folgenden Zeiten möglich: Montag: 18 - 22 Uhr</p>	 <p>Kinder- Und Jugendmedizin, AMEOS Krankenhaus Anklam</p> <p>Kontakt: Tel. 03972 834 5400 E-Mail: ca.kinder@ameos.de</p>	 <p>Neonatologie Und Pädiatrische Intensivstation, Universitätsmedizin Greifswald</p> <p>Kontakt:</p>
--	--	--	---



Offenes Sprechzimmer



Startseite Abmelden Profile ▾ Telemedizin ▾ Studienunterlagen Über uns ▾ 🔍

Telemedizinisches Angebot

Fachärztliche Videokonsile

Leistungsangebot und Kontaktmöglichkeiten

► **Universitätsmedizin Greifswald**

Abteilung für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin

Fachgebiete:

- Neonatologie und Kinderintensiv- und Kindernotfallmedizin
- Kinderkardiologie
- Kindernephrologie
- Pädiatrische Sonographie
- Spezielle Nachsorge von Früh- und Neugeborenen

Kontakt:

- Telefon (tagsüber): Sekretariat, Fr. Wöller, 03834-866421
- Telefon (außerhalb der Regelarbeitszeit): Ärztlicher Schichtdienst, 03834-8622484
- Das virtuelle Wartezimmer erreichen Sie unter folgendem Link: <https://app.arztkonsultation.de/HGW/termine>

- Ein virtuelles Wartezimmer für die ganze Klinik/Abteilung
- Einfacher Kontakt über Link im geschützten Bereich der Projekt-Webseite
- Konsil-anbietende Seite muss keinen Termin anlegen

- Allergologie und Pneumologie
- Kinder-Gastroenterologie
- Kinderintensiv- und Kindernotfallmedizin
- Kinderkardiologie
- Kindernephrologie
- Kinderonkologie, -hämatologie, -rheumatologie
- Kinderradiologie
- Neonatologie
- Neuropädiatrie
- Pädiatrische Palliativmedizin
- Pädiatrische Sonographie
- Spezielle Nachsorge von Früh- und Neugeborenen
- Zentrum für vaskuläre Malformationen Eberswalde

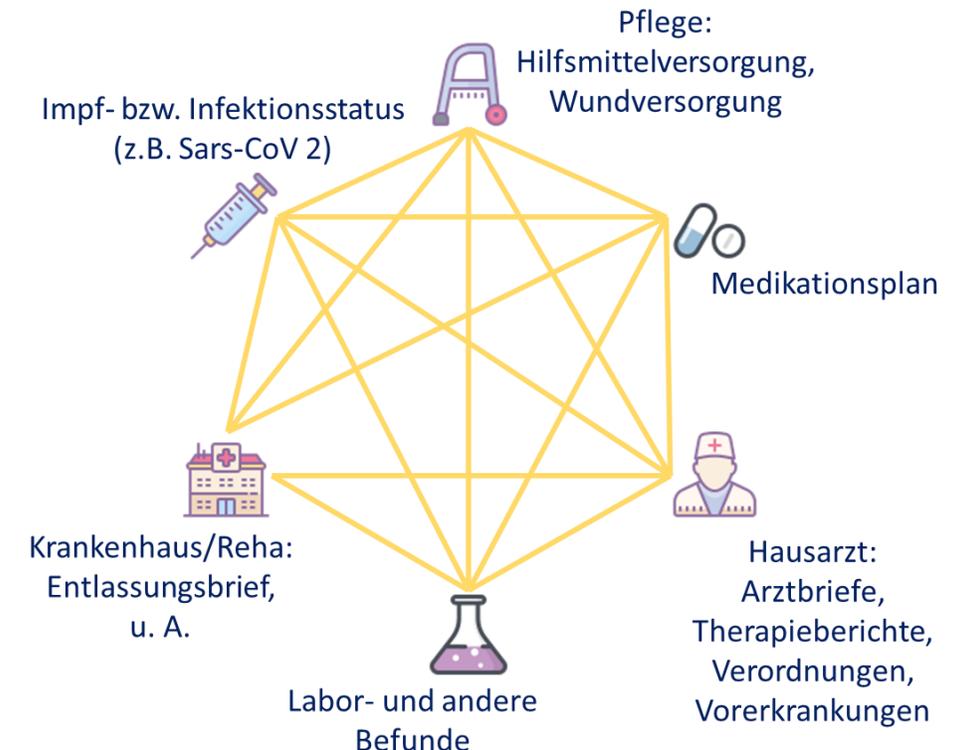
Fokusthema Geriatrie - Herausforderungen

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

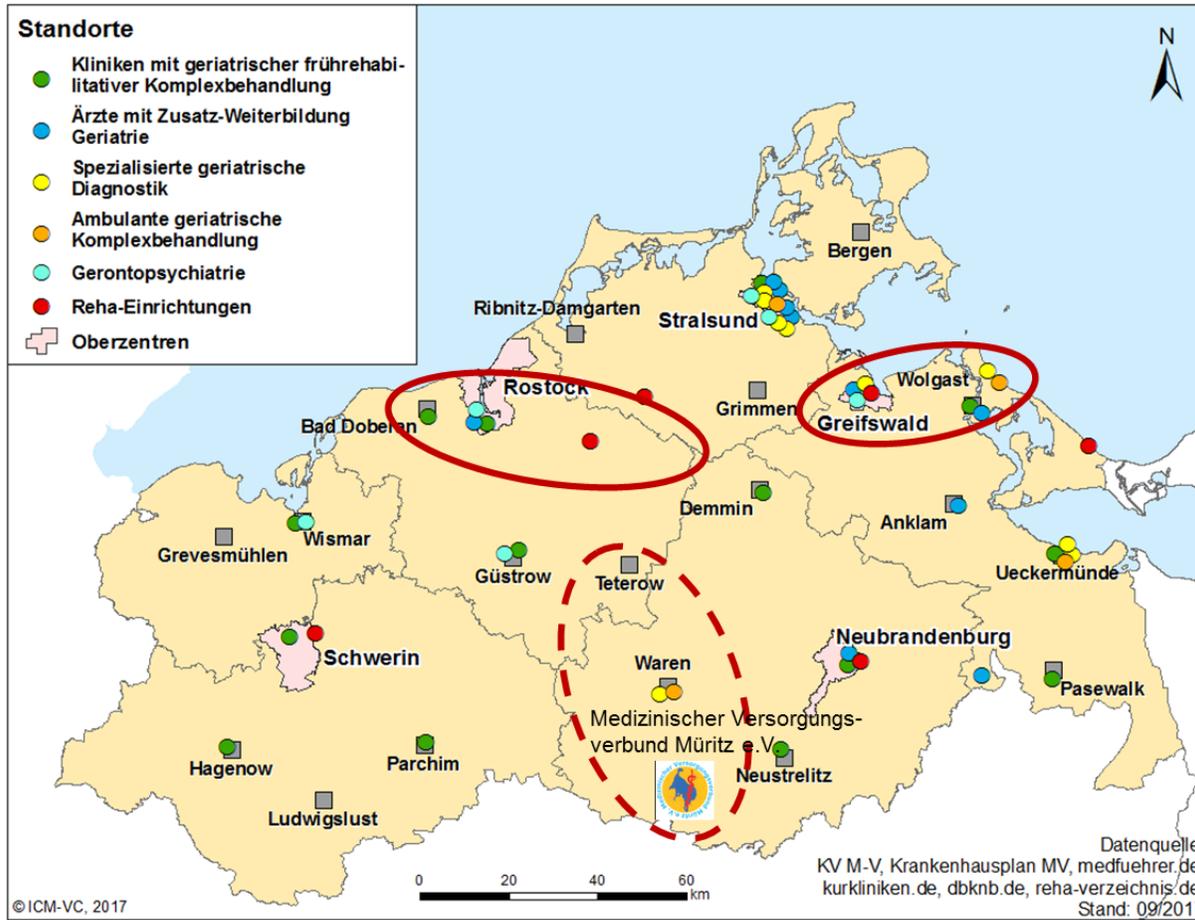
Was gefährdet Ihrer Ansicht nach die angemessene Versorgung älterer Menschen in Ihrem Landkreis?

	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%



Entwicklung und Implementation einer Regionalen Fallakte für die geriatrische Versorgung

Community-Based Participatory Research Ansatz (CBPR)



Ziel:

Entwicklung und Implementation einer Austauschplattform für Daten und Dokumente für die regionale geriatrische Versorgung

Use Cases:

- Berufsgruppenübergreifende Austausch von Behandlungsdaten/ Informationen
- Entlaßmanagement

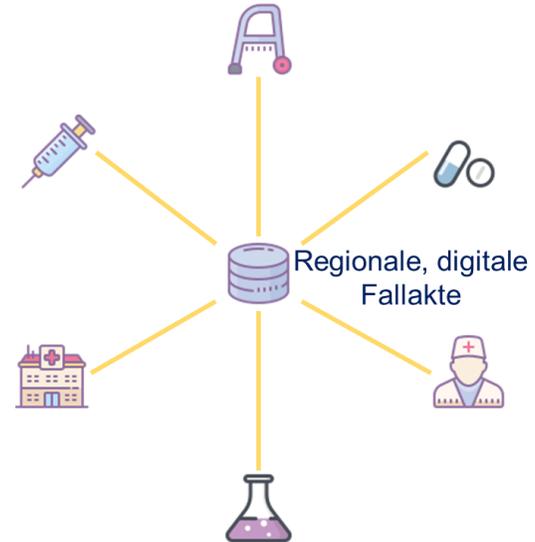
Fokusthema Geriatrie: Regionale digitale Fallakte für die geriatrische Versorgung

Kommunikation über die eHealth-Plattform der UMG

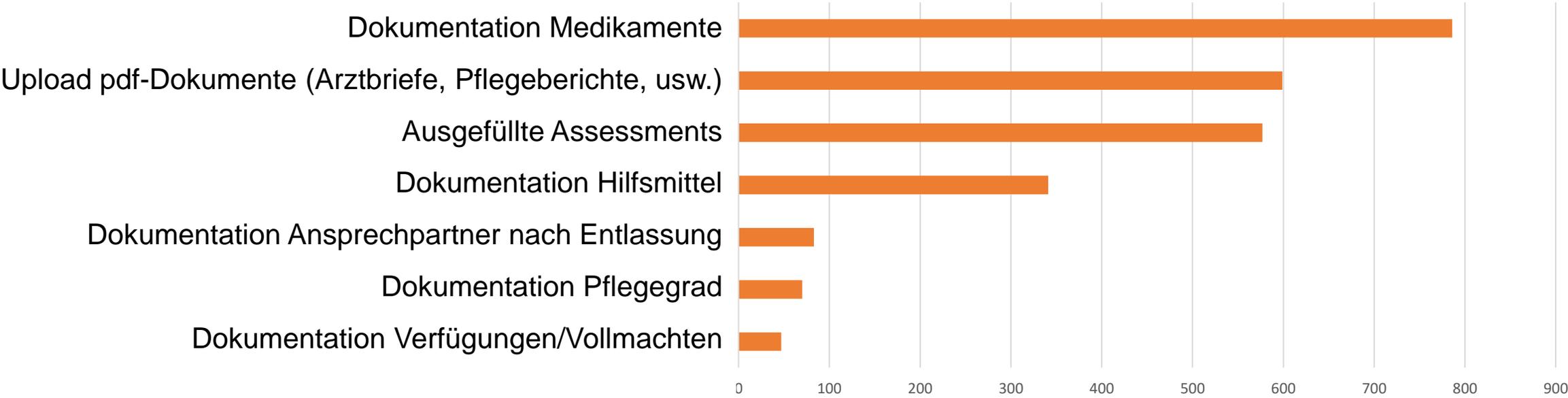
Implementation in der Region Tessin:

- 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)



Thesenpapier BKK Dachverband e. V., Verband der Universitätsklinika Deutschlands e. V., Verband der Ersatzkassen e. V.



Zukunft der Krankenhausversorgung –
Neue Impulse für eine zielgerichtete
Weiterentwicklung

vom 23.06.2021

GEMEINSAMES THESENPAPIER

*„Wir brauchen eine grundsätzliche **Neuausrichtung der Versorgungsplanung [...].“***

*„Es muss eine **gezielte Weiterentwicklung bedarfsnotwendiger Versorgungsstrukturen im Mittelpunkt stehen.“***

*„Mit **abgestimmten** und zwischen den Akteuren **festgelegten Versorgungspfaden** kann eine effiziente, patientenzentrierte Versorgung in der Region ermöglicht werden.“*

*„Vor allem in dünn besiedelten Regionen [...] müssen **Krankenhäuser verstärkt zur ambulanten Versorgung [...]** eingebunden werden.“*

(Juni 2021)

Positionspapier des AOK Bundesverbandes und verschiedener Klinikträger



(Aug 2021)

„Die sektorbezogene Bedarfsplanung wird **umgestellt auf eine sektorenunabhängige Definition** von Versorgungsaufträgen.“

„Die regionale Planung wird in **einem neuen, sektorenübergreifenden Gremium** analog zur Besetzung des G-BA zusammengeführt.“

„Etablierung **regionaler Versorgungsnetzwerke**, die gemeinsam Verantwortung für Kosten und Qualität der Versorgung der Bevölkerung tragen.“

„Aufhebung des Kontrahierungszwangs, um **selektivvertraglich neue Versorgungsmodelle lokal** zu ermöglichen.“

„Nachhaltige Bereinigung der Krankenhauslandschaft, indem **versorgungsstrukturell nicht notwendige Einrichtungen geschlossen** (...) werden.“



Suchbegriff [] []

- ÄRZTE | PATIENTEN | MFA | PRESSE | RICHTLINIEN | POLITIK | RECHT | ÄRZTETAG | ÜBER UNS | SERVICE

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

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“ des Wissenschaftlichen Beirats 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 Routinedaten 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
2019

Deutsches Ärzteblatt



DÄ 5/22

BEKANNTGABEN DER HERAUSGEBER



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 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 Versorgungssektoren voraus. Die Dimensionen für dieses Monitoring sollen versorgungs-, planungs- und qualitätsrelevant sein. Geeignete Indikatoren sollen trennscharf sowie realistisch erreichbar sein und möglichst aus Routinedaten abgeleitet werden können.

Ziel dieses Monitorings ist eine kleinräumige Beobachtung des Zusammenspiels aller regionalen Akteure anhand von Prozess- und Ergebnisindikatoren auf der Ebene der Bevölkerung. Es soll helfen, einen konkreten Handlungsbedarf möglichst frühzeitig zu erkennen. Keineswegs geht es darum, einzelne Versorgungsleistungen oder Versorger zu bewerten oder Regionen im Sinne eines ‚shaming/blaming‘ zu stigmatisieren. Vielmehr soll eine datenbasierte Entscheidung für die Versorgungsplanung ermöglicht und eine transparente Darstellung der Versorgungsqualität als freiwilliges Modell in Pilotregionen eingeführt werden. Die Freiwilligkeit erhält eine besondere Bedeutung angesichts gesetzgeberischen Aktivitäten zur Erweiterung und Intensivierung Qualitätsindikatoren in der ambulanten Versorgung. Freiwillige Initiativen im stationären Sektor zeigen, dass ein konstruktives Audit und Feedback zu Versorgungsverbesserungen führen kann. Perspektivisch voll ist eine verstärkte Kooperation zwischen ambulantem und stationärem Sektor, um in einem sektorenverbindenden Prozess in einem ersten Schritt Indikatoren für ein Basismonitoring zu konsentrieren, die im Vergleich zwischen den Regionen ermöglichen. Die Mitglieder des Ständigen Arbeitskreises ‚Versorgungsforschung‘ unterstützen, dass dieser derzeit in Pilotregionen initiierte Prozess der qualitativ hochwertigen Versorgung der Patienten in dünn besiedelten Regionen und damit im Allgemeinwohl dient und nicht dem Interesse einzelner Akteure im Gesundheitswesen.

Bleibt zu wünschen, dass sich möglichst viele Akteure im Gesundheitswesen an diesem Prozess beteiligen, die in dieser Stellungnahme angelegten Ansätze für ein kleinräumiges Monitoring weiterentwickeln und das freiwillige Monitoring in Pilotregionen in diesem Werk verwendeten Personen- und Berufsbezeichnungen beziehen sich auf alle Geschlechter.

Deutsches Ärzteblatt | DOI: 10.3238/boek_sn_duenn_besiedelt_teil1_2021

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 regional planen und die Versorgung verbessern zu können, soll ein kleinräumiges Monitoringmodell entwickelt werden.

Eine umfassende sektorenverbindende 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) damit beauftragt, sich in der Amtsperiode 2019 bis 2023 mit dem Thema „Versorgung in dünn besiedelten Regionen“ zu befassen.

Erstes Teilergebnis: 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 dem Deutschen Ärzteblatt erläutert. Diese sollen vorwiegend aus verfügbaren Datengrundlagen (Abrechnungsdaten der Krankenkassen, Krebsregister, Daten der Statistischen Landesämter, Gesundheitsämter et cetera) abgeleitet werden.

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



Das Ziel des kleinräumigen Monitorings ist eine datenbasierte Entscheidung für die Versorgungsplanung ermöglicht und eine transparente Darstellung der Versorgungsqualität als freiwilliges Modell in Pilotregionen eingeführt werden.

von diversen Akteuren erhobene Daten eher beschreibender Natur. Sie verweise in diesem Zusammenhang auf die Bedeutung der sektorenverbindenden Zusammenarbeit. Genau deshalb seien weitere Experten aus Versorgungsforschung und praktischer Versorgung hinzuzuziehen.

Umfassenden Überblick über Versorgungslage schaffen

Im Rahmen der Stellungnahme wird folgendes 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

Versorgungssituation in diesen Regionen. Im Fokus stehen dabei ambulante und stationäre Versorgungsstrukturen und ihre wechselseitige 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.

Da 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 in möglichst den Erfordernissen angepassten, kleinräumigen Einheiten kommt eine Vielzahl von Dimensionen, entsprechenden Indikatoren und mögliche Datenquellen infrage. Das Expertepapier benennt als zu betrachtende Dimensionen Erreichbarkeit, Prävention, Inanspruchnahme von onkologischen Früherkennungsuntersuchungen, Kontinuität der Versorgung, Patientensicherheit sowie Palliative Versorgung.

Die dafür notwendigen Indikatoren wären zum Beispiel für den Bereich der Prävention die Impfprävalenzen und die Inanspruch-

Vorschlag für ein regionales Monitoring mit definierter Dimensionen und Indikatoren

Zugang, Erreichbarkeit

Palliative Versorgung

Patientensicherheit

Verlegungen zwischen Krankenhäusern bei Myokardinfarkt

Leitlinien-Adhärenz: Antibiotika-Verschreibung bei respiratorischen Infekten

Kontinuität der Versorgung

ASK

Zahl der Besuche bei mehreren (Fach-)Ärzten der gleichen Fachrichtung

Fahrzeiten zu Haus- und Fachärzten

Anteil von Hausbesuchen

Sterbeort

Anteil der Patienten mit Opioid-Verschreibungen

2

1

0

Impfprävalenz: Anteil der Patienten mit Influenzaimpfung

Prävention

Inanspruchnahme von Kindervorsorge (U-Untersuchungen)

Tumorstadium bei Erstdiagnose

Inanspruchnahme von organisierten Früherkennungsmaßnahmen

Inanspruchnahme von onkologischen Früherkennungsuntersuchungen

- Räumliche Einheit 1
- Räumliche Einheit 2
- Räumliche Einheit 3
- Räumliche Einheit 4

Koalitionsvertrag der Bundesregierung 2021— 2025

- 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



Empfehlungen zur
künftigen Rolle der
Universitätsmedizin
zwischen Wissenschafts-
und Gesundheitssystem

Wissenschaftsrat, Juli 2021

Universitätsmedizin: Forschung, Lehre, Krankenversorgung
→ 4. Säule: **System- und Zukunftsaufgaben**

„Regionale Versorgungsnetze, in denen verschiedene Professionen und Einrichtungen miteinander kooperieren, sind daher eine wichtige Entwicklungsperspektive für das Gesundheitssystem.“

→ „Die Zusammenarbeit verschiedener Akteure in Versorgungsnetzen erfordert aktive Koordinierung, die auch auf die jeweiligen regionalen Gegebenheiten und Bedarfe abgestimmt sein muss. Der Wissenschaftsrat empfiehlt, dass dabei die **Universitätsmedizin eine zentral koordinierende Rolle** einnimmt.“

Fazit

- Es gibt regionale Unterschiede und regionale Probleme in der Versorgung
- Regionale Probleme → Regionale Lösungsansätze
- Regionale Verbünde: 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

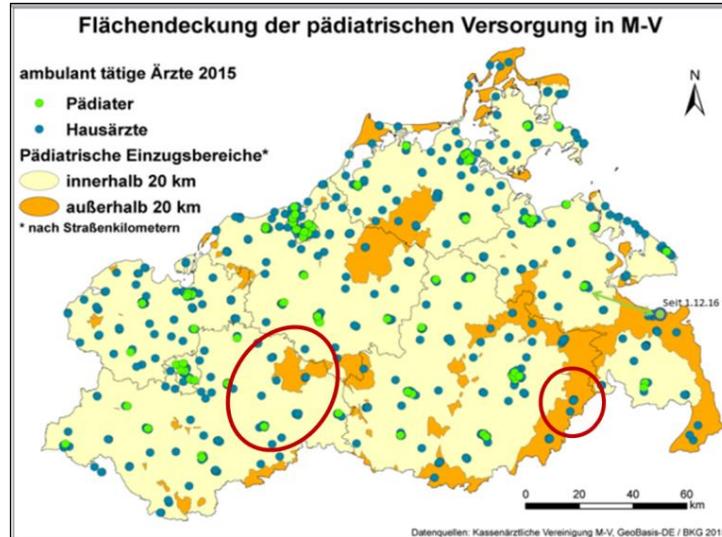
→ Regionale Versorgung.

Vielen Dank!



Kompensation zwischen Arztgruppen, Pädiatrie – Tandempraxen

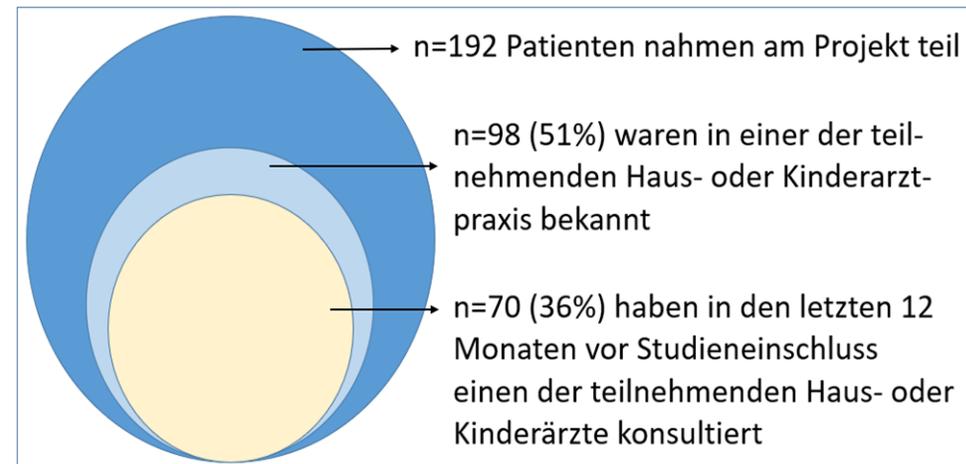
Regelmäßige kinderärztliche Sprechstunden in Hausarztpraxen in Regionen ohne Kinderarzt



Vorstellungsgründe

482 Gründe
bei 387
Arztbesuchen

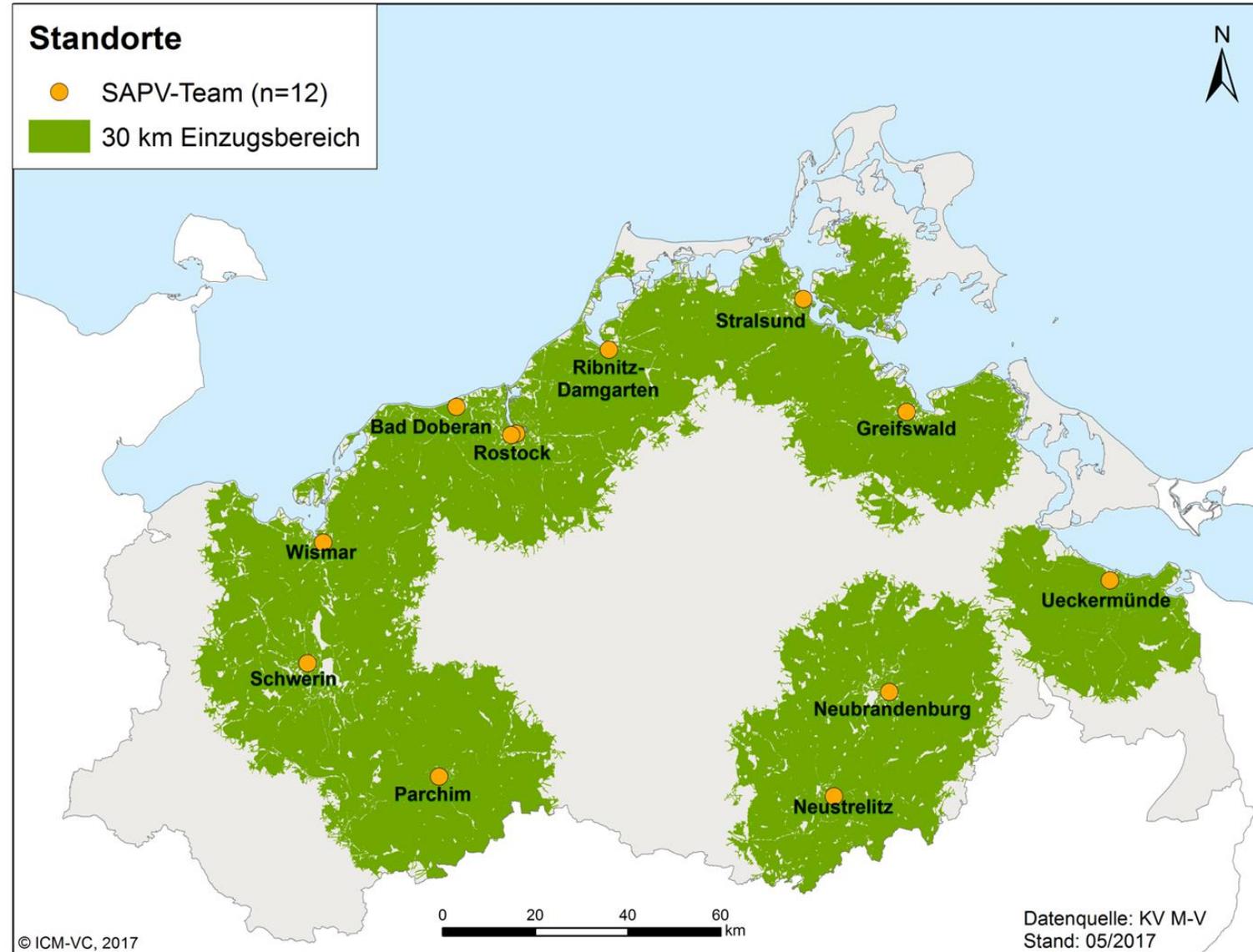
	n	%
Impfungen, nicht näher bezeichnet	178	36,9
Vorsorge-Untersuchungen, nicht näher bezeichnet	72	14,9
Krankheiten des Atmungssystems	41	8,5
Psychische und Verhaltensstörungen	37	7,7
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	32	6,6
Infekt, nicht näher bezeichnet	29	6,0



→ **N=94 (49%): erstmalig beim Tandem-Kinderarzt!**

Regionale Inanspruchnahme der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung in Mecklenburg-Vorpommern

SAPV-Teams: max. 30 km-Versorgungsradius (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) und der Deutsche Hospiz- und Palliativverband (DHPV))



SAPV: Pflegerische und ärztliche Leistungen 2014-2017

	Leistungen in der SAPV für Patienten innerhalb von 30 km	Leistungen in der SAPV für Patienten ab 31. km			
		Leistung durch SAPV-Team und Kooperationspartner		Leistung nur durch SAPV-Team (mit Wegeaufwand ab 31. km)	
		31.-50. km	ab 51. km	31.-50. km	ab 51. km
Pflegerisch	4.102	1.082	668	1.056	668
Ärztlich	4.308	1.278	656	1.250	0

- Werden kooperierende Ärzte und Pflegedienste in die Analyse einbezogen, gab es 2014 - 2017 mehr ärztliche als pflegerische Hausbesuche bis zu einer Entfernung von 31km sowie ab einer Entfernung von 31km.
- Werden kooperierende Ärzte und Pflegedienste *nicht* in die Analyse einbezogen, war die Anzahl pflegerischer Hausbesuche größer. Der ärztliche Hausbesuch wurde bei Patienten ab 51 km kein einziges Mal abgerechnet.

SAPV in Pflegeeinrichtungen vs. in privaten Haushalt

	Aged ≥ 80 years	Probability of death within 12 months	Possible number of deceased aged ≥ 80 years within 12 months	Patients with specialised ambulatory palliative care aged ≥ 80 years*	Rate of patients with specialised ambulatory palliative care deceased within 12 months
Persons <u>not</u> living in nursing homes, n	110.531	8,9%	9.837	820	820/9.837 = 8.3%
Persons living in nursing homes, n	12.293	35,0%	4.302	204	204/4.302 = 4.7%

*Daten von 10 von 12 SAPV-Teams in M-V

Unterschiede zwischen ländlichen und städtischen Regionen?

Städtisch: Gemeinden ≥ 50.000 Einwohner (**n=494.000 Einwohner, 2015**)

- AOK Versicherte, n=1.004 (erste palliativmedizinische Behandlung in 2015)

Ländlich: Gemeinden < 50.000 Einwohner (**n=1.137.000, 2015**)

- AOK Versicherte, n=3.173 (erste palliativmedizinische Behandlung in 2015)

- Anteil AAPV unter den Leistungsempfängern in **ländlichen** Regionen 88% (städtisch: 78 %)
- Anteil SAPV in den **städtischen** Regionen **26%** (*ländlich: 20%*)
 - Hinweis auf Kompensation von SAPV Bedarf durch AAPV in ländlichen Regionen
- Krankenhaus
 - mehr Empfänger stationäre Pall.Leistung in den städtischen Regionen
 - *städtisch: 25% vs. ländlich: 17%*
 - mehr allgemeine medizinische (nicht-palliativmedizinische) Leistungsempfänger in den ländlichen Regionen
 - *städtisch: 30% vs. ländlich: 41%*
 - Hinweis auf Kompensation von Bedarf an spezialisierten stationären Leistungen durch Allgemeinabteilungen
- Hospiz: mehr Leistungen in den städtischen Regionen
 - *städtisch: 4,6% vs. ländlich: 2,1%*

Transfer: Schulungsoffensive „Palliative Care“ in Pflegeeinrichtungen in M-V

Was gibt es bereits in M-V?

- Einige Einrichtungen führen Schulungen für die eigenen MitarbeiterInnen durch
- Einzelne Bildungsträger und Palliativvereine bieten Palliative Care Weiterbildungen an

Landesweite Umsetzung der Schulungsoffensive:

- Aufgaben für die Zentrale Stelle für Hospizarbeit und Palliativversorgung M-V:
 - Ansprechpartnerin für Palliative Care Schulungen
 - Vernetzung mit der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. (DGP)
 - Register für Palliative Care Pflegende
- Palliative Care Konzept in allen Einrichtungen, Überprüfung z.B. durch den MDK
- Mindestanzahl an Pflegenden mit Basisqualifikation und Fachweiterbildung in Palliative Care in jeder Einrichtung (≥ 1 pro Schicht)
- Regelmäßige Refresher- Schulungen zu Palliative Care in den Einrichtungen
- (Palliative Care sollte verstärkt in der Pflegeausbildung thematisiert werden)

Nächster Schritt:

Kostenneutrale Verlängerung des Teilprojektes, Landesweites Angebot des Schulungskonzeptes in enger Kooperation mit den Akteuren

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 unter den an der Behandlung beteiligten Leistungserbringern
- Aufgrund der fehlenden flächendeckenden Anbindung der Leistungserbringer an die Regionale Fallakte und der freien Arztwahl des Patienten können weiterhin „Informationslücken“ entstehen

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 Entwicklung der Regionalen Fallakte

Fazit

- Es gibt regionale Unterschiede und regionale Probleme in der Versorgung
- Regionale Probleme → Regionale Lösungsansätze
- Regionale Verbünde und (Ärzte)Netze können eine gute Basis sein für eine regional orientierte Versorgung:
 - Anbindung gemeinsamer Funktionalitäten (z.B. Care- und Casemanagement)
 - Gemeinsame IT-/Infrastrukturlösungen (z.B. regionale Fallakten)
 - Gegenseitige Kompensationsmöglichkeiten
 - Entwicklung sektor- und professionenübergreifender Versorgungskonzepte
 - Teilnahme an Forschungsprojekten



Mögliche Transferwege von Forschungsergebnissen

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 (SVR)
 - Sektorübergreifende Planung, zunächst bei den mehr spezialisierten Arztgruppen (SVR)
- Wenn die allgemeine Planungssystematik nicht geeignet ist (z.B. in ländlichen Regionen):
 - Mehr als 1,0 KV-Sitz pro Arzt bei Unterstützung durch nichtärztliche Praxisassistentinnen
 - Ausschreibung von zeitlich befristeten und leistungsbezogenen Versorgungsaufträgen bei festgestellter Unterversorgung (SVR)
 - Gegenseitige Kompensation von Arztgruppen (z.B. bei Nicht-Besetzung eines pädiatrischen Sitzes Kompensation durch Hausarzt) → Unterstützung durch Telemedizin

Beschluss

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

Vom 20. September 2018

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 20. September 2018 beschlossen, die Richtlinie über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinie) in der Fassung vom 20. Dezember 2012 (BAnz AT 31.12.2012 B 7), zuletzt geändert am 15. Februar 2018 (BAnz AT 11.05.2018 B3) wie folgt zu ändern:

I. § 12 wird wie folgt geändert:

1. Absatz 1 wird wie folgt geändert:

- a) In Nummer 2 werden nach dem Wort „Chirurgen“ die Wörter „und Orthopäden“ eingefügt.
- b) Nummer 7 wird gestrichen.
- c) Die bisherigen Nummern 8 bis 10 werden die Nummern 7 bis 9.

2. Absatz 2 wird wie folgt geändert:

a) Nummer 2 wird wie folgt gefasst:

„2. Zur Arztgruppe der Chirurgen und Orthopäden gehören die Fachärzte für Chirurgie, die Fachärzte für Allgemeine Chirurgie, die Fachärzte für Kinderchirurgie, die Fachärzte für Plastische Chirurgie, die Fachärzte für Plastische und Ästhetische Chirurgie, die Fachärzte für Gefäßchirurgie, die Fachärzte für Visceralchirurgie, die Fachärzte für Orthopädie sowie die Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie. Nicht zu dieser Arztgruppe gehören die Fachärzte für Herzchirurgie und die Fachärzte für Thoraxchirurgie.“

b) Nummer 7 wird gestrichen.

c) Die bisherigen Absätze 8 bis 10 werden die Absätze 7 bis 9.

3. Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

„(4) ¹Die Verhältniszahlen (ein Arzt je Anzahl Einwohner) der Arztgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung bestimmen sich wie folgt:

	Typ 1 (stark mit- versorgend)	Typ 2 (mitversorgt und mitversorgend)	Typ 3 (stark mitversorgt)	Typ 4 (mitversorgt)	Typ 5 (eigen- versorgt)	Typ 6 (polyzentrischer Verflechtungsraum)
Augenärzte	13 399	20 229	24 729	22 151	20 664	20 440
Chirurgen und Orthopäden	9 202	14 210	17 108	16 133	14 844	13 661
Frauenärzte	3 733	5 619	6 606	6 371	6 042	5 555
Hautärzte	21 703	35 704	42 820	41 924	40 042	35 736
HNO-Ärzte	17 675	26 943	34 470	33 071	31 768	25 334



Mögliche Transferwege von Forschungsergebnissen

Änderung im SGB XI → Umgehung des G-BA → Beratung im
Bewertungsausschuss → Pauschale

DemNet-D:

Multizentrische Evaluationsstudie von Demenznetzwerken in Deutschland

Sample: 13 Demenznetzwerke und 560 Dyaden (MmD & Angehörige)

Ziel: Identifikation von Determinanten erfolgreicher Demenznetzwerke

Regionale Demenznetzwerke:

Verbesserung der medizinischen und pflegerischen
Versorgung durch die Integration verschiedener
Leistungserbringer, Organisationen, Verbände
sowie Gebietskörperschaften



Implementationsforschung – Einfluss auf die Gesetzgebung

DemNet-D ist referenziert im “Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen” – Pflegestärkungsgesetz II (§45c Absatz 9 SGB XI)

- ab 1/2017: Pflegekassen und private Versicherungsunternehmen sollen regionale, selbstorganisierte Gesundheitsnetzwerke mit bis zu 20.000 Euro / J unterstützen
- Beteiligung der Kommune keine Förderbedingung
- Ziel: Zusammenführung staatlicher, kommunaler und bürgerschaftlicher Interessen, Aufbau / Unterstützung sektorenübergreifender Versorgung
- Alle Gesundheitsnetzwerke



Bundesministerium
für Gesundheit



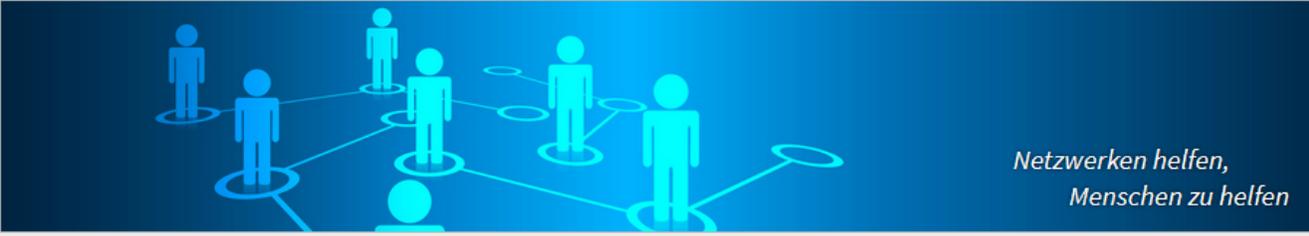
Implementationsforschung – Informations-Portal für Demenznetzwerke (www.demenznetzwerke.de)



DEMENZ NETZWERKE.DE
DER WISSENSPOOL FÜR NETZWERKER

Mein Werkzeugkasten (0)

Start Themen Über Werkzeuge Glossar



Netzwerken helfen,
Menschen zu helfen

Neu: Pflegekassen können regionale Netzwerke für pflegebedürftige Menschen fördern

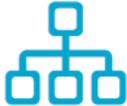
Das Zweite Pflegestärkungsgesetz stärkt die regionale Zusammenarbeit in der Versorgung pflegebedürftiger Menschen vor Ort. Pflegekassen können sich an selbst organisierten Netzwerken für eine strukturierte Zusammenarbeit in der Versorgung beteiligen und diese mit bis zu 20.000€ je Kalenderjahr auf Ebene der Kreise/kreisfreien Städte fördern. Die Regelung tritt zum 1.1.2017 in Kraft. Damit werden auch Ergebnisse des Forschungsprojekts „Zukunftswerkstatt Demenz“ des Bundesministeriums für Gesundheit aufgegriffen. [► Weitere Informationen](#)



Werkzeuge für Ihre Netzwerkarbeit

Weil unsere Gesellschaft immer älter wird, wird sich die Zahl der an Demenz erkrankten Menschen in den kommenden Jahren stetig erhöhen. Ihre Versorgung stellt das Gesundheitssystem vor große Herausforderungen. Viele Institutionen haben bereits reagiert und sich zu sogenannten Demenznetzwerken zusammengeschlossen. Ihr gemeinsames Ziel ist es, die Versorgung von Menschen mit Demenz und ihren pflegenden Angehörigen zu gewährleisten und zu verbessern.

Die Website www.demenznetzwerke.de versteht sich als Informations- und Wissenspool für Gründer und Betreiber solcher Netzwerke. Entstanden aus den Ergebnissen des Forschungsprojekts [► DemNet-D](#) stellt sie wissenschaftlich fundierte Informationen zum Netzwerkaufbau, Netzwerkbetrieb und zur Netzwerkfinanzierung bereit. Mit dem Werkzeugkasten können Sie sich Ihre Werkzeuge zur Netzwerkarbeit individuell zusammenstellen und downloaden. [► Weitere Informationen](#)

 <p>Netzwerke aufbauen</p>	 <p>Netzwerke finanzieren</p>	 <p>Netzwerke betreiben</p>	 <p>Netzwerke erforschen</p>
---	--	--	---

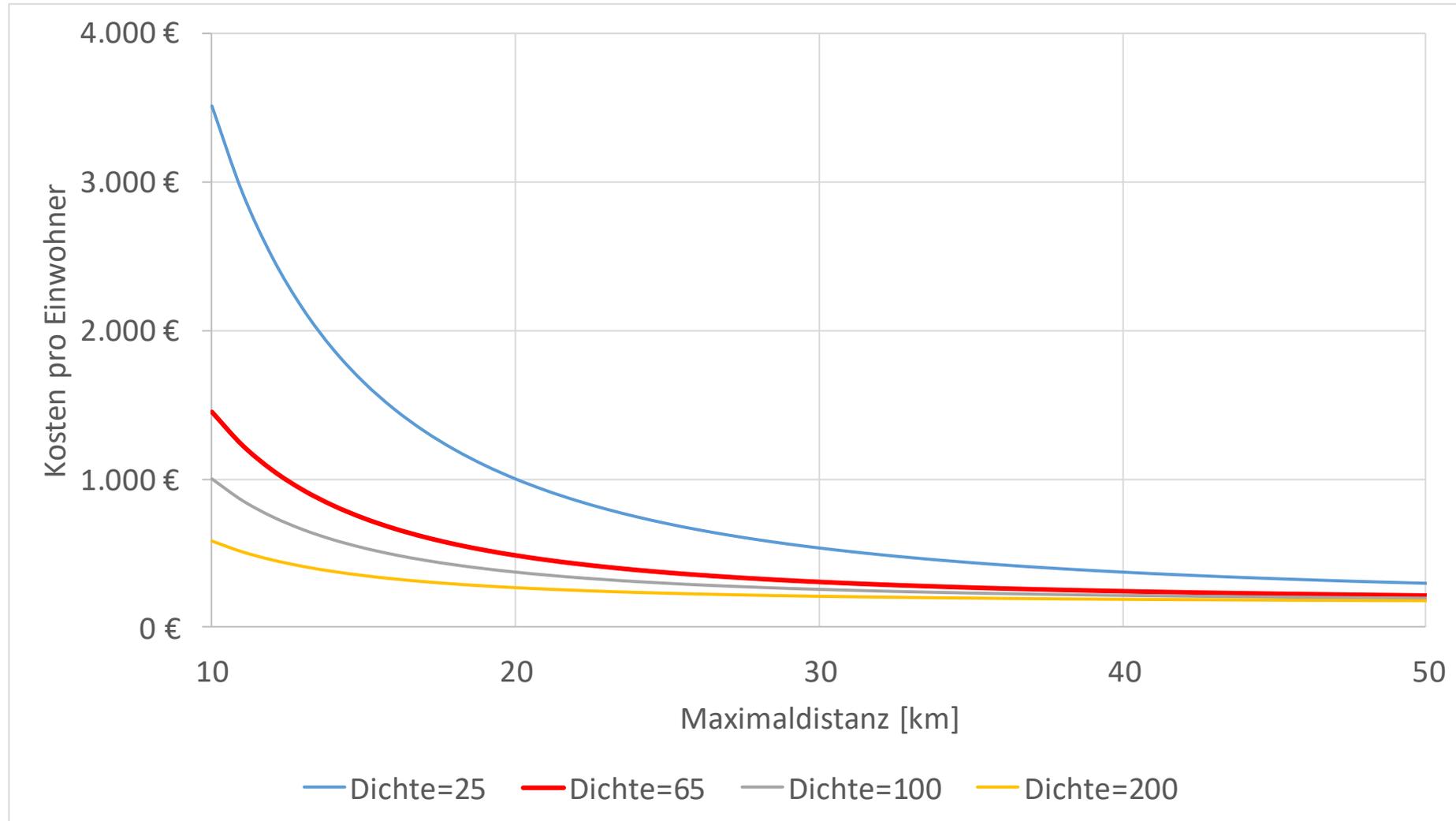
Transfer der wissenschaftlichen Evidenz in praxisnahe Informationen und Handlungsempfehlungen

Hier: Unterstützung bestehender und entstehender Demenznetzwerke

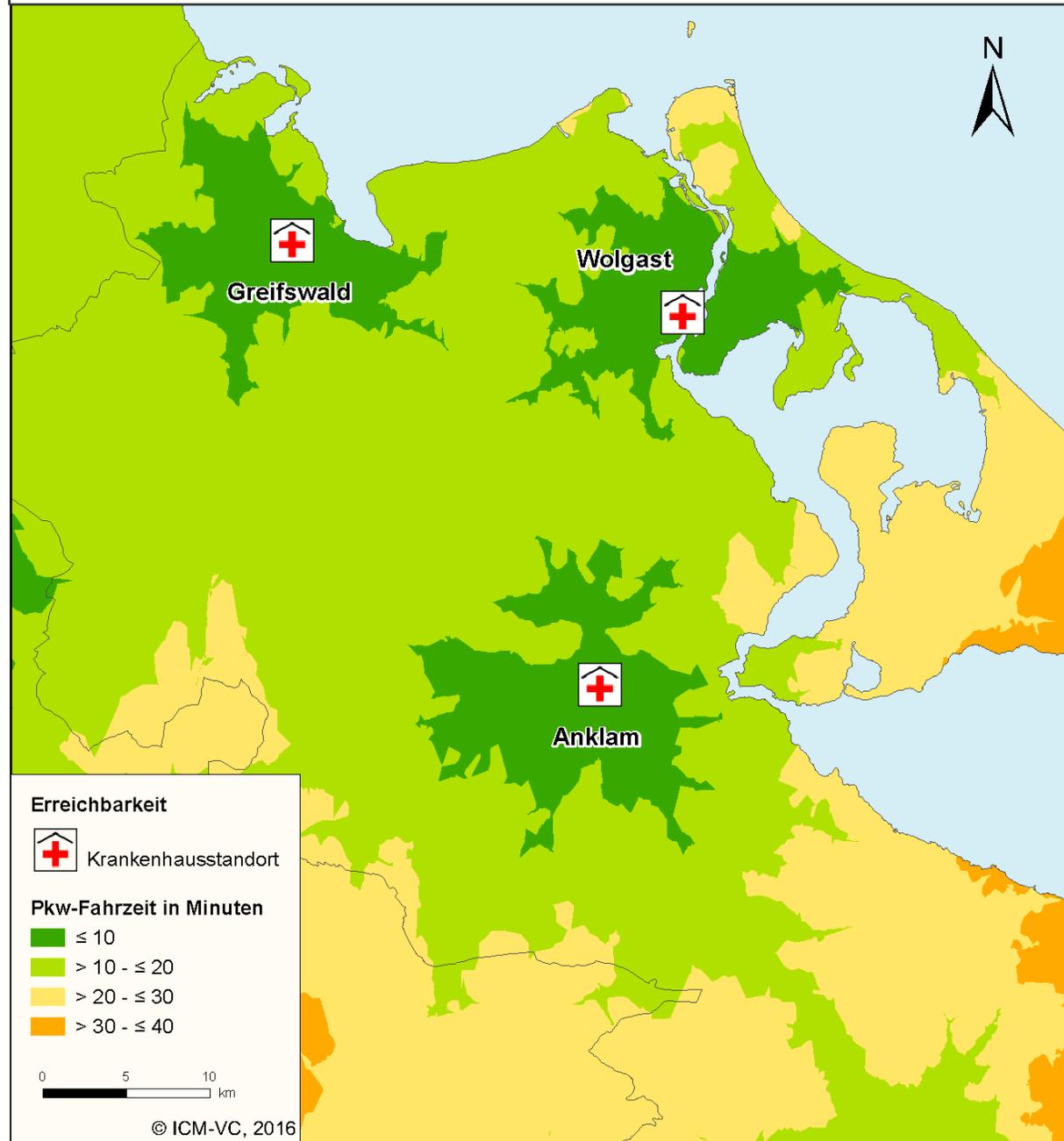
Stationäre Kinder- und Jugendmedizin in Vorpommern



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 €

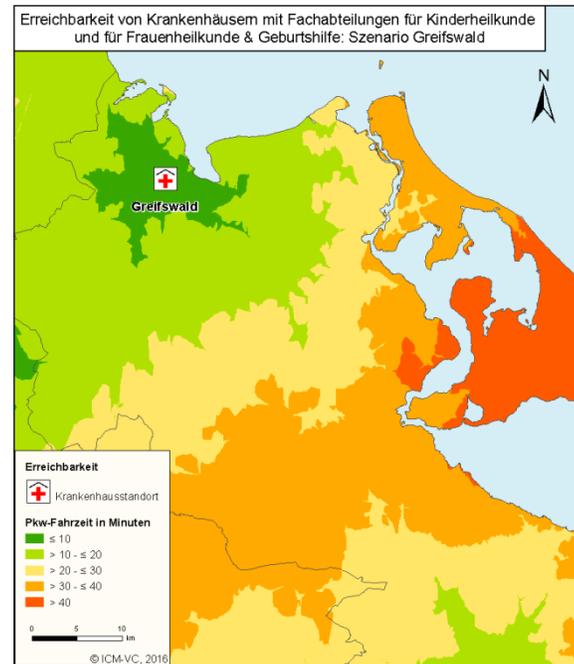
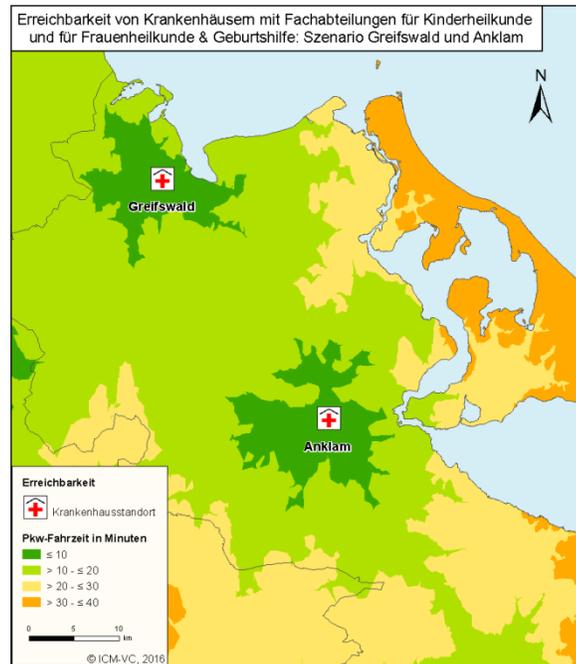
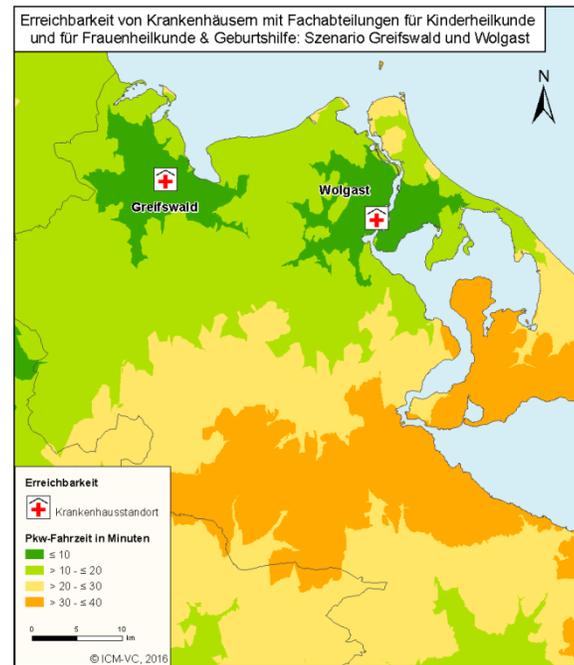
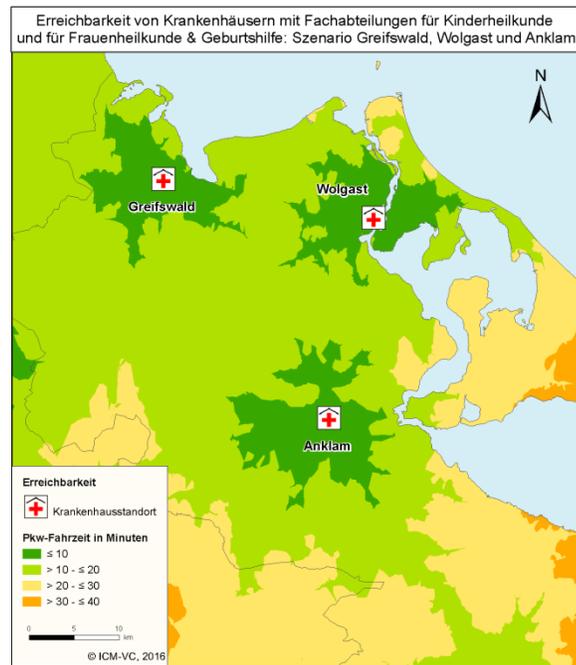
Kalkulierte Defizite bei einer Bettenzahl, angepasst an die Auslastung

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

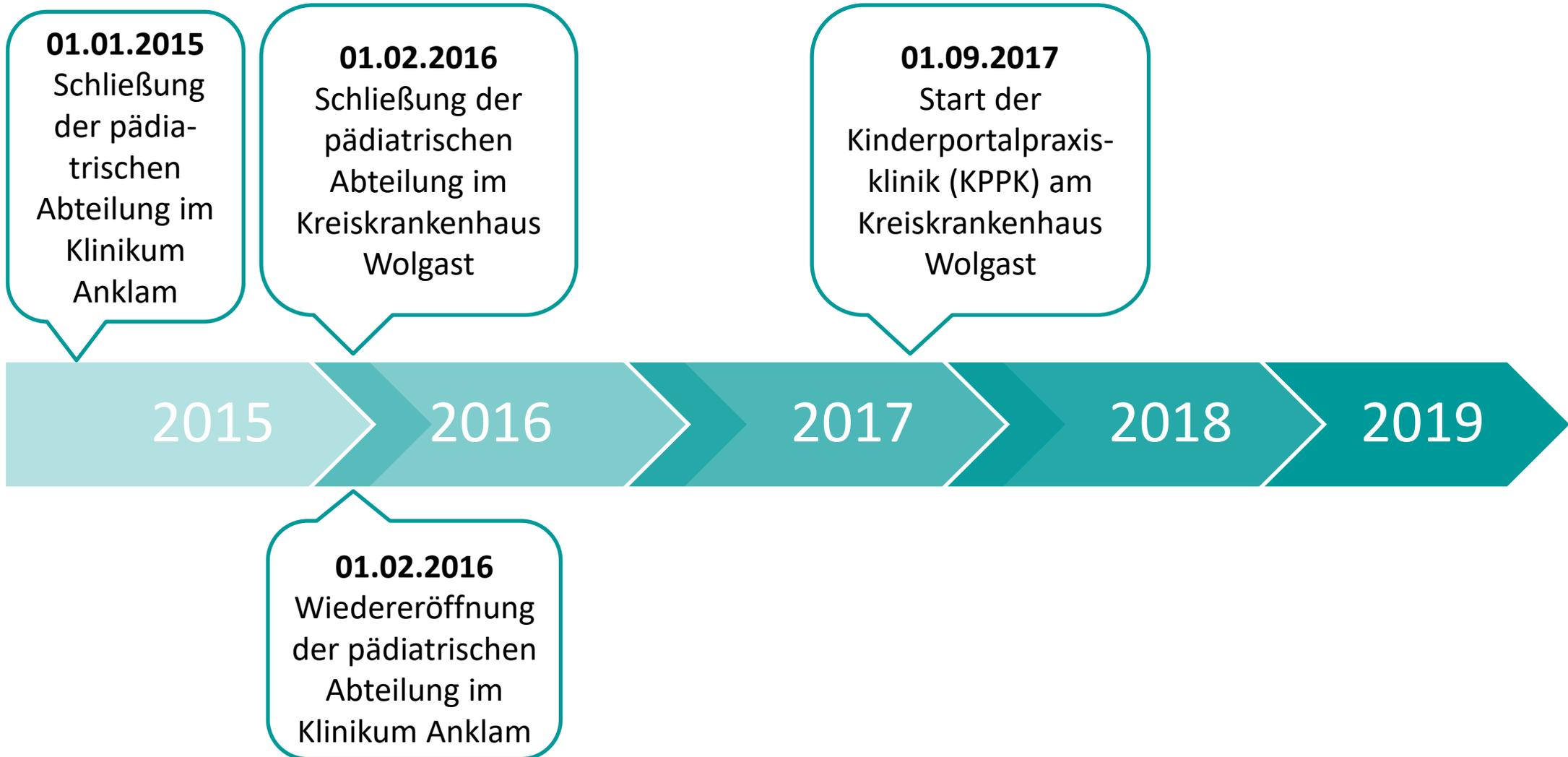
Ein positiver Deckungsbeitrag ist nur erreichbar, wenn 2 der 3 Standorte geschlossen werden:

- 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



Telemedizinische Triage



Beispiel Geriatrie - Versorgung

Geriatrische Patienten:

- Komplexe, ganzheitliche Versorgungsbedarfe in unterschiedlichen Bereichen des Gesundheitssystems
- Individuelle Versorgungsziele und Prioritäten
- Basis: umfassendes geriatrisches Assessment → **Identifikation v. Einschränkungen; Ressourcen**

Geriatrisches Basisassessment in der hausärztlichen Versorgung (2 mal pro Jahr):

- Patienten ≥ 70 Jahre
 - ≥ 1 geriatrisches Problem (z.B. Inkontinenz, Schluckstörungen, chronische Schmerzen, Dekubitus, Depression, kognitive Einschränkungen, ...) oder Pflegegrad
- **in M-V in 2017: n=129.283 (58,3%) der Patienten mit potentielltem Bedarf***

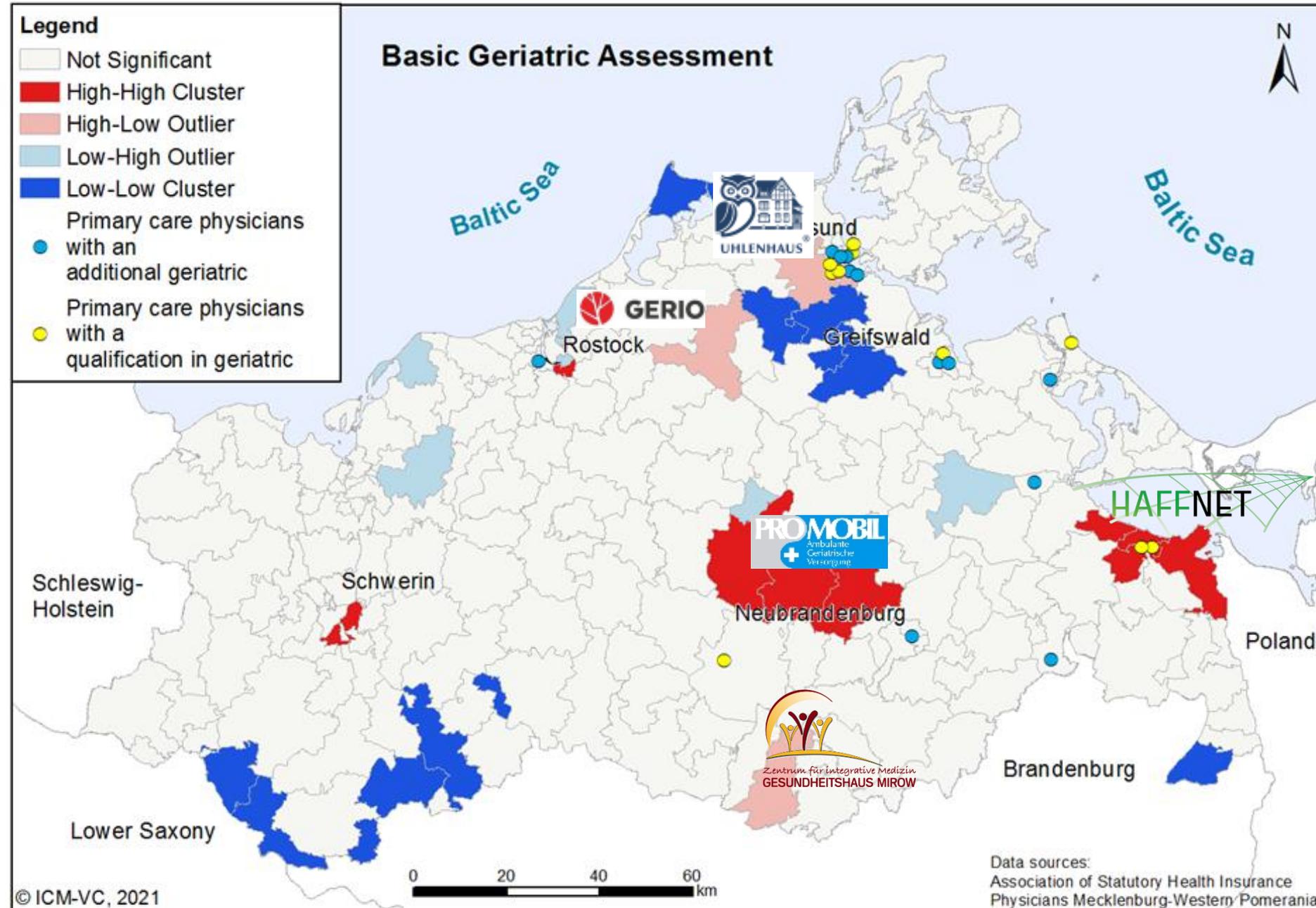
Spezialisierte Leistungen (in Kooperation mit Geriater):

≥ 2 geriatrisches Probleme oder 1 geriatrisches Problem und Pflegegrad

→ **in M-V in 2017: n=414 (0,4%) der Patienten mit potentielltem Bedarf***

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

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





Suchbegriff [] []

- ÄRZTE | PATIENTEN | MFA | PRESSE | RICHTLINIEN | POLITIK | RECHT | ÄRZTETAG | ÜBER UNS | SERVICE

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

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“ des Wissenschaftlichen Beirats 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 Routinedaten 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
2019

Deutsches Ärzteblatt 5 | 2022
Klimawandel - Schutz vor Hitze
Zentrale Redaktion
Einsatz des Langzeitbeobachters der Abwehrkräfte

BEKANNTGABEN DER HERAUSGEBER



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 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 Versorgungssektoren voraus. Die Dimensionen für dieses Monitoring sollen versorgungs-, planungs- und qualitätsrelevant sein. Geeignete Indikatoren trennscharf sowie realistisch erreichbar sein und möglichst aus Routinedaten abgeleitet werden können.

Ziel dieses Monitorings ist eine kleinräumige Beobachtung des Zusammenspiels aller regionalen Akteure anhand von Prozess- und Ergebnisindikatoren auf der Ebene der Bevölkerung. Es soll helfen, einen konkreten Handlungsbedarf möglichst frühzeitig zu erkennen. Keineswegs geht es darum, einzelne Versorgungsseinrichtungen oder Versorger zu bewerten oder Regionen im Sinne eines ‚shaming/blaming‘ zu stigmatisieren. Vielmehr soll eine datenbasierte Entscheidung für die Versorgungsplanung ermöglicht und eine transparente Darstellung der Versorgungsqualität als freiwilliges Modell in Pilotregionen eingeführt werden. Die Freiwilligkeit erhält eine besondere Bedeutung angesichts gesetzgeberischen Aktivitäten zur Erweiterung und Intensivierung Qualitätsindikatoren in der ambulanten Versorgung. Freiwillige Initiativen im stationären Sektor zeigen, dass ein konstruktives Audit und Feedback zu Versorgungsverbesserungen führen kann. Perspektivisch voll ist eine verstärkte Kooperation zwischen ambulantem und stationärem Sektor, um in einem sektorenverbindenden Prozess in einem ersten Schritt Indikatoren für ein Basismonitoring zu konsentrieren, die im Vergleich zwischen den Regionen ermöglichen. Die Mitglieder des Ständigen Arbeitskreises ‚Versorgungsforschung‘ unterstützen, dass der derzeit in Pilotregionen initiierte Prozess der qualitativ hochwertigen Versorgung der Patienten in dünn besiedelten Regionen und damit im Allgemeinwohl dient und nicht dem Interesse einzelner Akteure im Gesundheitswesen.

Bleibt zu wünschen, dass sich möglichst viele Akteure im Gesundheitswesen an diesem Prozess beteiligen, die in dieser Stellungnahme angelegten Ansätze für ein kleinräumiges Monitoring weiterentwickeln und das freiwillige Monitoring in Pilotregionen in diesem Werk verwendeten Personen- und Berufsbezeichnungen beziehen sich auf alle Geschlechter.

Deutsches Ärzteblatt | DOI: 10.3238/boek_sn_duenn_besiedelt_teil1_2021

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 regional planen und die Versorgung verbessern zu können, soll ein kleinräumiges Monitoringmodell entwickelt werden.



Eine umfassende sektorenverbindende 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) damit beauftragt, sich in der Amtsperiode 2019 bis 2023 mit dem Thema „Versorgung in dünn besiedelten Regionen“ zu befassen. Erstes Teilergebn: 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 dem Deutschen Ärzteblatt erläutert. Diese sollen vorwiegend aus verfügbaren Datenquellen (Abrechnungsdaten der Krankenkassen, Krebsregister, Daten der Statistischen Landesämter, Gesundheitsämter et cetera) abgeleitet werden. Dr. med. Wiebke Pähler, Leiterin des Dezernats 6 Wissenschaft, Forschung und Ethik bei der BÄK zufolge wolle man mit dem nun 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 wechselseitige 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. Da 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 in möglichst den Erfordernissen angepassten, kleinräumigen Einheiten kommt eine Vielzahl von Dimensionen, entsprechenden Indikatoren und mögliche Datenquellen infrage. Das Expertepapier benennt als zu betrachtende Dimensionen Erreichbarkeit, Prävention, Inanspruchnahme von onkologischen Früherkennungsuntersuchungen, Kontinuität der Versorgung, Patientensicherheit sowie Palliative Versorgung. Die dafür notwendigen Indikatoren wären zum Beispiel für den Bereich der Prävention die Inzidenz- und die Inanspruch-

Da Ziel des kleinräumigen Monitorings ist das Aufzeigen eines konkreten Handlungs- und Verbesserungsbedarfes.

Umfassenden Überblick über Versorgungslage schaffen
Im Rahmen der Stellungnahme wird folgendes 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

Vorschlag für ein regionales Monitoring mit definierter Dimensionen und Indikatoren

Zugang, Erreichbarkeit

Palliative Versorgung

Patientensicherheit

Verlegungen zwischen Krankenhäusern bei Myokardinfarkt

Leitlinien-Adhärenz: Antibiotika-Verschreibung bei respiratorischen Infekten

Kontinuität der Versorgung

ASK

Zahl der Besuche bei mehreren (Fach-)Ärzten der gleichen Fachrichtung

Fahrzeiten zu Haus- und Fachärzten

Anteil von Hausbesuchen

Sterbeort

Anteil der Patienten mit Opioid-Verschreibungen

2

1

0

Impfprävalenz: Anteil der Patienten mit Influenzaimpfung

Prävention

Inanspruchnahme von Kindervorsorge (U-Untersuchungen)

Tumorstadium bei Erstdiagnose

Inanspruchnahme von organisierten Früherkennungsmaßnahmen

Inanspruchnahme von onkologischen Früherkennungsuntersuchungen

- Räumliche Einheit 1
- Räumliche Einheit 2
- Räumliche Einheit 3
- Räumliche Einheit 4

Fazit

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

→ Versorgungsforschung



Mögliche Transferwege von Forschungsergebnissen

Änderung im SGB V → Umgehung des G-BA → Beratung im
Bewertungsausschuss → EBM Ziffer

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 Hausärzteverbund (MV)

Voll- oder Teilzeitbeschäftigung der AGnES-Fachkräfte



Mögliche Transferwege von Forschungsergebnissen

Änderung im SGB XI → Umgehung des G-BA → Beratung im
Bewertungsausschuss → Pauschale

DemNet-D:

Multizentrische Evaluationsstudie von Demenznetzwerken in Deutschland

Sample: 13 Demenznetzwerke und 560 Dyaden (MmD & Angehörige)

Ziel: Identifikation von Determinanten erfolgreicher Demenznetzwerke

Regionale Demenznetzwerke:

Verbesserung der medizinischen und pflegerischen
Versorgung durch die Integration verschiedener
Leistungserbringer, Organisationen, Verbände
sowie Gebietskörperschaften



Implementationsforschung – Einfluss auf die Gesetzgebung

DemNet-D ist referenziert im “Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen” – Pflegestärkungsgesetz II (§45c Absatz 9 SGB XI)

- ab 1/2017: Pflegekassen und private Versicherungsunternehmen sollen regionale, selbstorganisierte Gesundheitsnetzwerke mit bis zu 20.000 Euro / J unterstützen
- Beteiligung der Kommune keine Förderbedingung
- Ziel: Zusammenführung staatlicher, kommunaler und bürgerschaftlicher Interessen, Aufbau / Unterstützung sektorenübergreifender Versorgung
- Alle Gesundheitsnetzwerke



Bundesministerium
für Gesundheit



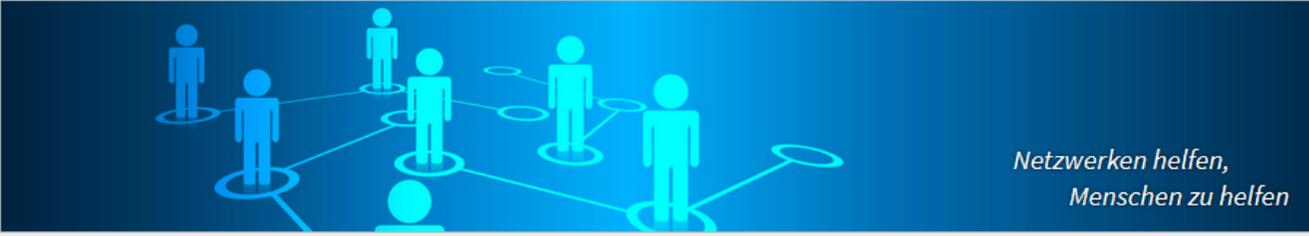
Implementationsforschung – Informations-Portal für Demenznetzwerke (www.demenznetzwerke.de)



**DEMENZ
NETZWERKE.DE**
DER WISSENSPOOL
FÜR NETZWERKER

Mein Werkzeugkasten (0)

Start Themen Über Werkzeuge Glossar



Netzwerken helfen,
Menschen zu helfen

Neu: Pflegekassen können regionale Netzwerke für pflegebedürftige Menschen fördern

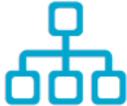
Das Zweite Pflegestärkungsgesetz stärkt die regionale Zusammenarbeit in der Versorgung pflegebedürftiger Menschen vor Ort. Pflegekassen können sich an selbst organisierten Netzwerken für eine strukturierte Zusammenarbeit in der Versorgung beteiligen und diese mit bis zu 20.000€ je Kalenderjahr auf Ebene der Kreise/kreisfreien Städte fördern. Die Regelung tritt zum 1.1.2017 in Kraft. Damit werden auch Ergebnisse des Forschungsprojekts „Zukunftswerkstatt Demenz“ des Bundesministeriums für Gesundheit aufgegriffen. [► Weitere Informationen](#)



Werkzeuge für Ihre Netzwerkarbeit

Weil unsere Gesellschaft immer älter wird, wird sich die Zahl der an Demenz erkrankten Menschen in den kommenden Jahren stetig erhöhen. Ihre Versorgung stellt das Gesundheitssystem vor große Herausforderungen. Viele Institutionen haben bereits reagiert und sich zu sogenannten Demenznetzwerken zusammengeschlossen. Ihr gemeinsames Ziel ist es, die Versorgung von Menschen mit Demenz und ihren pflegenden Angehörigen zu gewährleisten und zu verbessern.

Die Website www.demenznetzwerke.de versteht sich als Informations- und Wissenspool für Gründer und Betreiber solcher Netzwerke. Entstanden aus den Ergebnissen des Forschungsprojekts [► DemNet-D](#) stellt sie wissenschaftlich fundierte Informationen zum Netzwerkaufbau, Netzwerkbetrieb und zur Netzwerkfinanzierung bereit. Mit dem Werkzeugkasten können Sie sich Ihre Werkzeuge zur Netzwerkarbeit individuell zusammenstellen und downloaden. [► Weitere Informationen](#)

 <p>Netzwerke aufbauen</p>	 <p>Netzwerke finanzieren</p>	 <p>Netzwerke betreiben</p>	 <p>Netzwerke erforschen</p>
---	--	--	---

Transfer der wissenschaftlichen Evidenz in praxisnahe Informationen und Handlungsempfehlungen

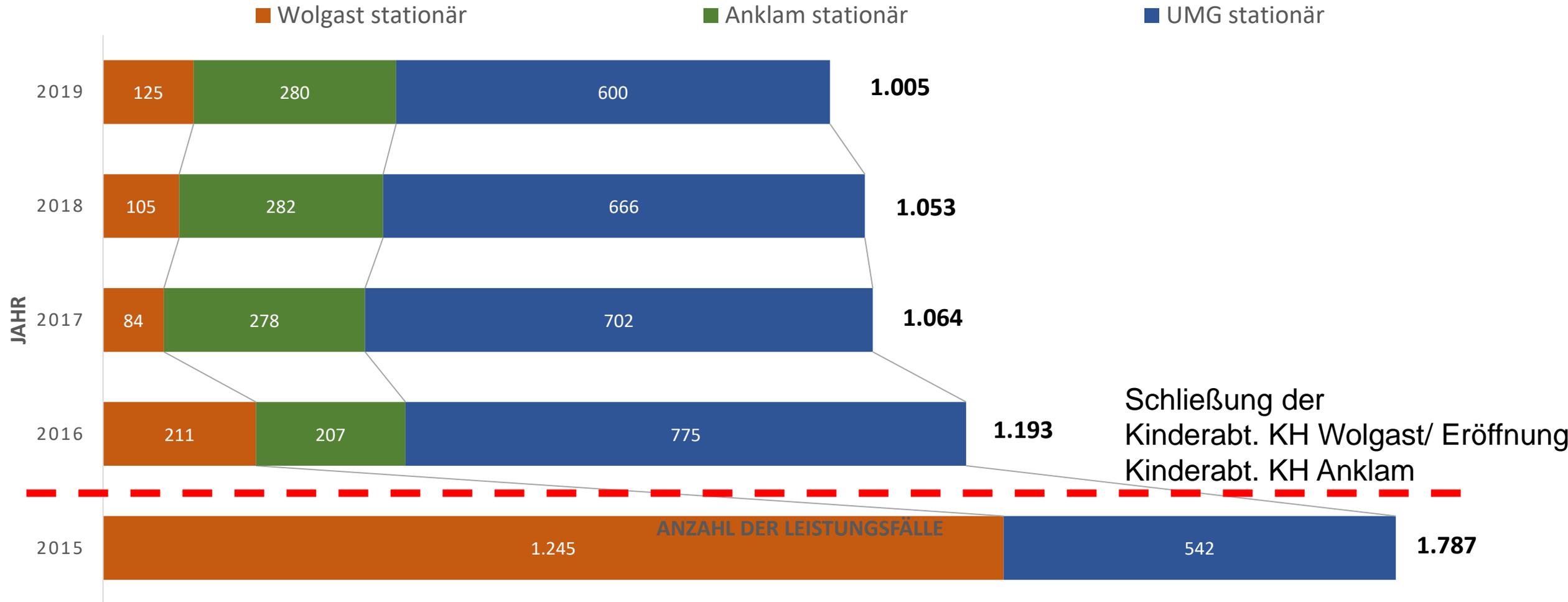
Hier: Unterstützung bestehender und entstehender Demenznetzwerke

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



Evaluation KPPK Wolgast – Regionale Analyse der Patientenflüsse

Hier: Stationäre Leistungsfälle in den KH Wolgast, Anklam und Greifswald aus der Region Wolgast (Patienten <18 Jahre)



Stationäre Kinder- und Jugendmedizin in Vorpommern

