

Ausgestaltung der sektorunabhängigen Versorgung & deren Wechselwirkungen zu den anderen Sektoren

Vorschläge der AOK Baden-Württemberg

• Johannes Bauernfeind
Vorstand AOK Baden-Württemberg

• AOK-Hauptverwaltung
Stuttgart, 21.09.2022

AGENDA

Agenda



- 1 Versorgungplanung
- 2 Versorgungsgestaltung
- 3 Vom Modell zur Flächenversorgung: Gesetzlicher Rahmen und Gestaltungsraum

VERSORGUNGSPLANUNG

Status quo Bedarfs- & Versorgungsplanung

Fehlende Durchlässigkeit,
fehlender Überbau

Vertragsärztliche Bedarfsplanung

- Regelungskompetenz: G-BA (Bedarfsplanungs-RiLi)
- Prinzip: Soll-Arzt-dichte je Fachgruppe & Region
- Instrumente: „Sperrungen“ Planungsbereich bei Überversorgung; Förderung bei Unterversorgung
- Planung schafft keine Ärzte

Zwischenformen

Ermächtigungen, amb. OP, Hochschulambulanzen, Belegärzte, ASV, PIA, StäB, GIA, SPZ, Integr. Versv

- Rechtsquellen & Regelungskompetenz: heterogen & kleinteilig
- Umsetzung teils konfliktiv
- Bedarfsorientierung: Mehrzahl Leistungsbereiche nicht bedarfsabhängig

Krankenhausplanung

- Zuständigkeit: Land
- Bedarfsorientierung Planungseinheit (Bett) & Methodik (Hill-Burton-Formel) nicht zeitgemäß
- Systemische Fehlanreize zur „Standortsicherung“:
 - Mengendynamik
 - Leistungsspektrum nicht bedarfsgerecht

VERSORGUNGSPLANUNG

Neuer Ansatz: Einrichtung 3+1-Gremium auf Landesebene

Aufbau



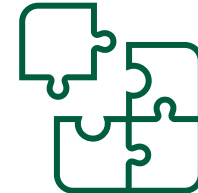
- Beteiligte:
 - KV, Landes-KH-Gesellschaft, Krankenkassen & Land (zuständiges Ministerium)
- Stimmenverteilung analog G-BA: paritätisch zwischen Leistungserbringern & Krankenkassen und mit Land als stimmberechtigtem, neutralem „Vorsitzenden“

Aufgaben



- Übernahme Sicherstellungsauftrag
- Definition regionaler Versorgungsbedarf
- Hoheitliche oder wettbewerbliche Vergabe von amb./stat. Versorgungsaufträgen sektorenunabhängig an geeignete Leistungserbringer

Ziele



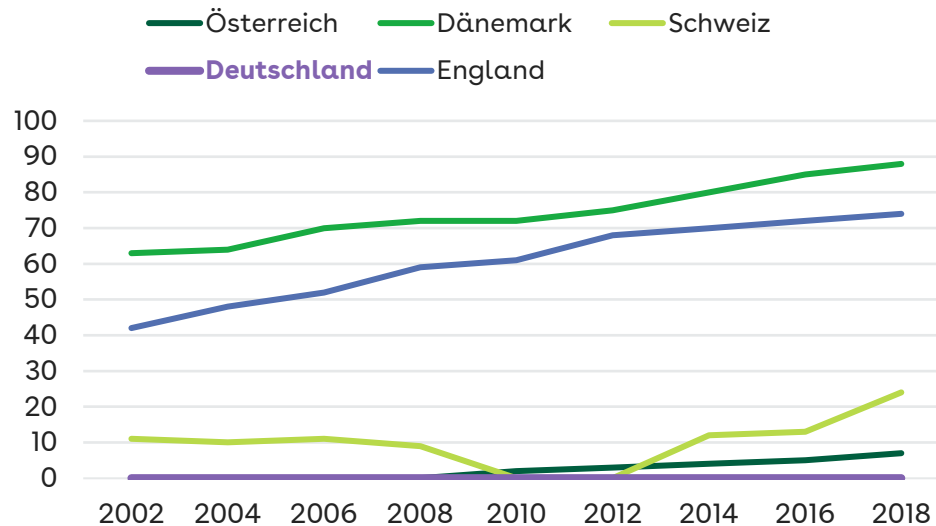
- Regional bedarfsgerechte Versorgungsstrukturen
- Vermeidung teurer Doppelvorhaltung
- Intersektorale Versorgungsmodelle

VERSORGUNGSGESTALTUNG

Ambulante stationersetzender Behandlungen & Operationen



Hernien-OPs, Anteil tagesambulanter Eingriffe in Prozent



IGES-Gutachten: Über AOP-Katalog hinaus mehr Leistungen amb. möglich → vorhandenes amb. Potential nicht genutzt

Quelle: OECD-Statistik aus IGES-Gutachten

Medizinische Vorteile

- Schnellere Mobilisation
- Verminderung von generellen Infektionen (COVID-19, Wundinfektionen, Keime etc.)
- Genesung im häuslichen Umfeld
- Weniger postoperative Verwirrheitszustände
- OP und Nachsorge aus einer Hand durch Arzt des Vertrauens

Strukturelle Vorteile

- Geringere Kosten
- Entlastung Personal → Erhöhung Qualität

Status

Gestaltung des ständig einsatzbereiten Notdienstes BW nach §115 Abs. 2 Nr. 3 i.V.m. § 75 Abs. 1b SGB V

- Organisation Notfallversorgung BW durch KVBW → in Abstimmung mit Leistungserbringern der Notfalldienstbereiche
- Telefonische Erreichbarkeit Notfall- und Bereitschaftsdienst bundesweit einheitlich: 116 117
- Notfallpraxen & Krankenhäuser organisieren Zusammenarbeit vor Ort:
 - z. B. Verknüpfung Notfallambulanzen am KH
- KH mit Teilnahme Notfallstrukturen → Kooperation mit KVBW zur Versorgung amb. Notfälle

Reform

Koalitionsvertrag Notfallreform: Einrichtung integrierter Notfallzentren (INZ)

- Weiterentwicklung Notfallversorgung in Zusammenarbeit KV & KH durch Einrichtung INZ
- Sicherstellung amb. Notfallversorgung durch KV oder Übertragung an Betreiber (Absprache Land)
- Verschränkung Rettungsleitstellen mit KV-Leitstellen (116 117) & standardisierte Ersteinschätzung → Bedarfsgerechte Steuerung (telefonisch, telemedizinisch, vor Ort)

VERSORGUNGSGESTALTUNG

Primärversorgungszentren

Bewertung



- Primärversorgungszentren können im ländlichen Raum Versorgung sicherstellen
- Gesundheitsversorgung durch vernetzte & multiprofessionelle Teams
- Sicherstellung der medizinischen Versorgung

Zentrale Merkmale

- Multiprofessionelle Einrichtung zur ganzheitlichen Betreuung
- Funktion des Versorgungsmanagements
- Niederschwelliger Zugang zu breitem Behandlungsspektrum
- Einbettung in Public-Health-orientierte Gesundheitsplanung
- Versorgungsprozesse am Bedarf chronisch Kranker ausgerichtet
- Interprofessioneller & interdisziplinärer Austausch

Bewertung



- Keine einheitlichen Struktur- & Qualitätsvorgaben
- Klarer Rechts- & Finanzierungsrahmen fehlt
- Gründung von PVZ nicht formal in KH-Planung integriert

Parkhaus

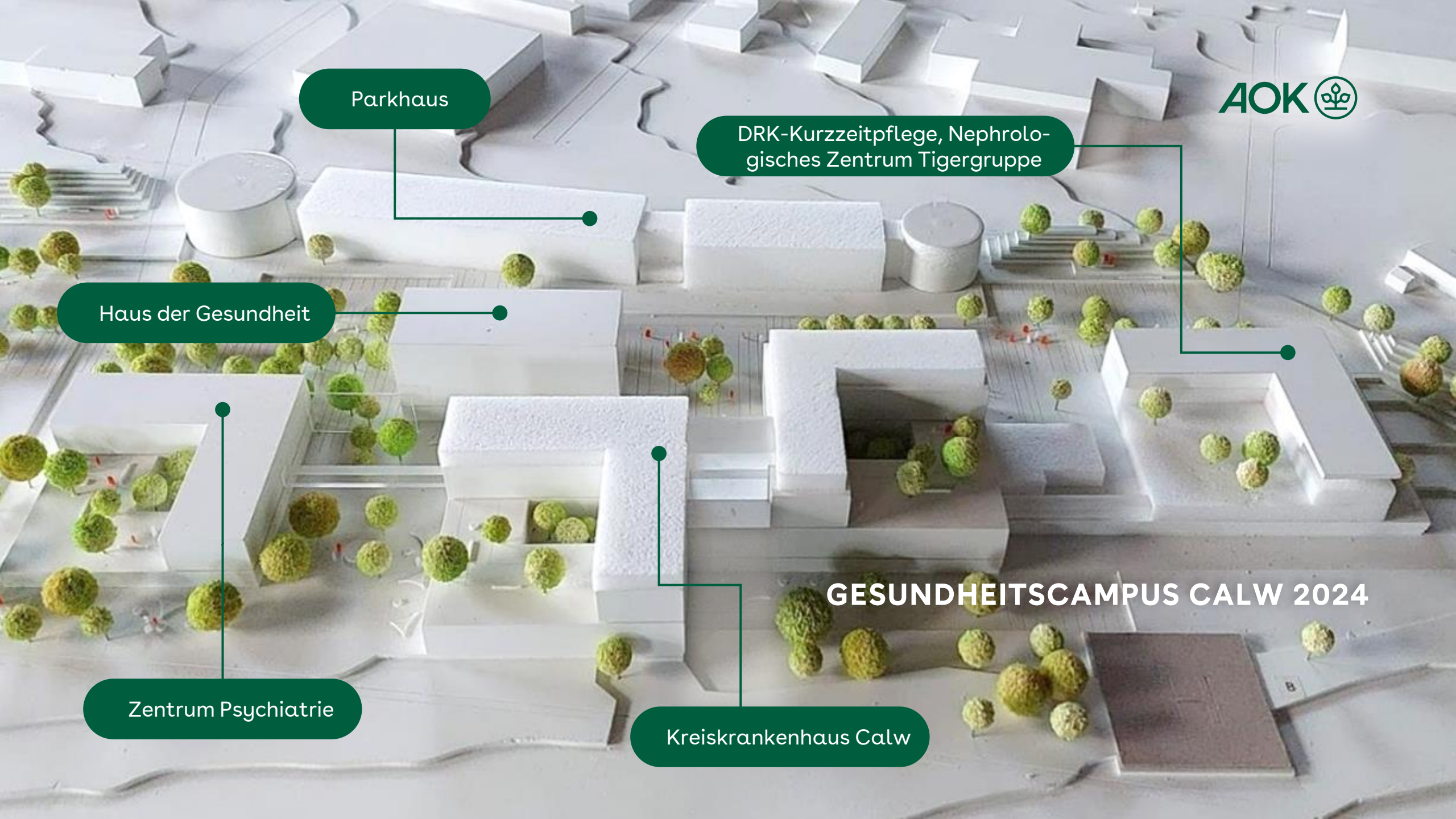
DRK-Kurzzeitpflege, Nephrologisches Zentrum Tigergruppe

Haus der Gesundheit

Zentrum Psychiatrie

Kreiskrankenhaus Calw

GESUNDHEITSCAMPUS CALW 2024



VERSORGUNGSGESTALTUNG

Gesundheitscampus Calw 2024 – Zusammenarbeit



Schwerpunkte

- Leitbild & Kultur
- Digitalisierung
- Sektorenübergreifende Vernetzung
- Mitarbeiterattraktivität
- Enge Zusammenarbeit mit Gesundheits- und Pflegekonferenz

Chancen



- Angebotsvielfalt erhält KH-Standort Calw
- Vernetzte stationäre, ambulante, pflegerische, rehabilitative Versorgung an einem Ort
- Patientenorientiert → attraktiv für Patienten
- Expertise der Partner im Konzept
- Vorbildprojekt für andere

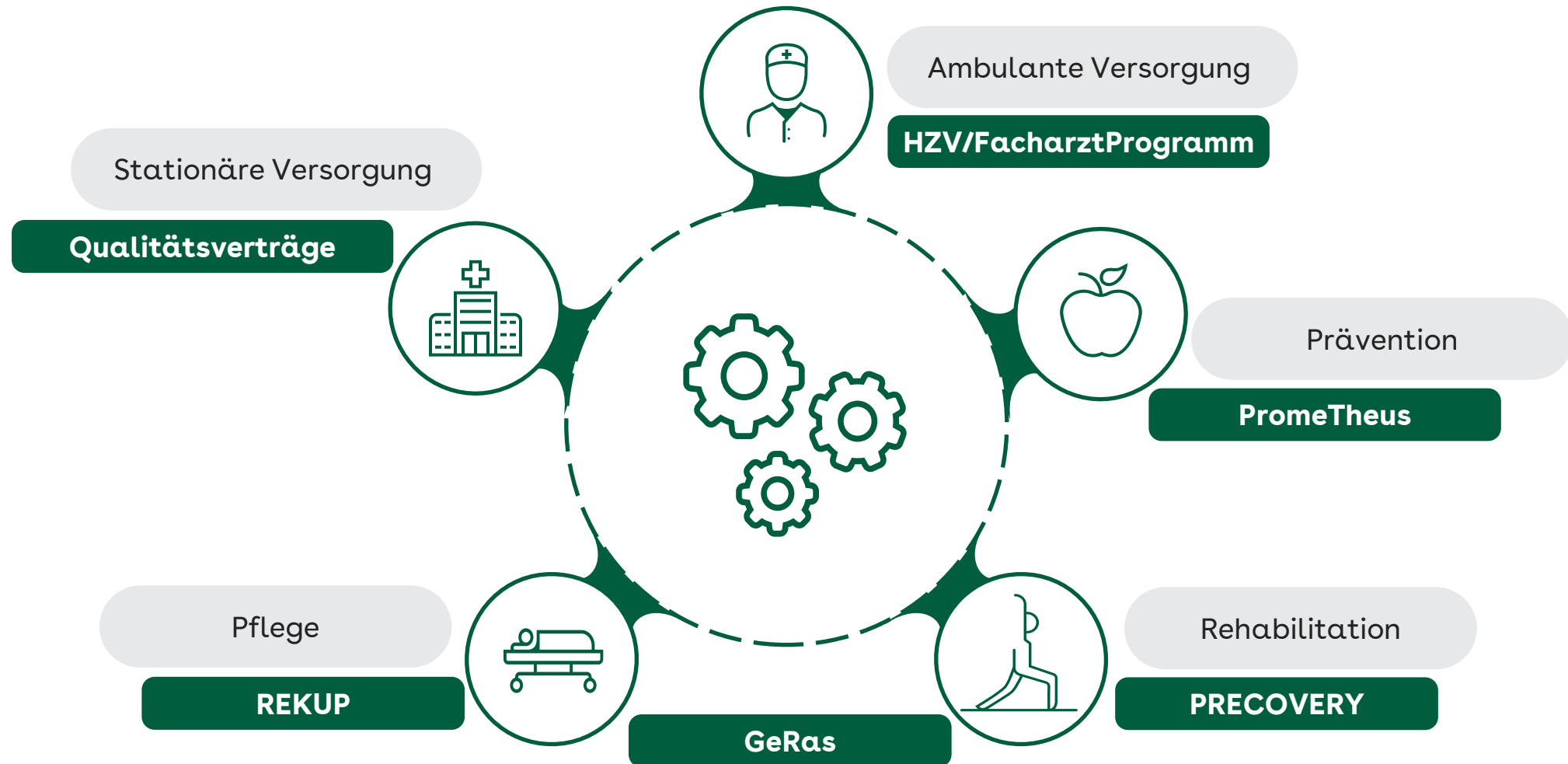
Risiken



- Unkalkulierbare Baukosten & Mieten durch aktuelle Preis- & Lieferproblematik
- „Reibungsverluste“ durch Vielzahl Beteiligter
- Personalfindung (junge Ärzte, Pflegekräfte, Casemanagement)
- „Mehrwert“ der Versorgungsqualität durch Campus-Prinzip („Versorgung aus einer Hand“) ist kein Selbstläufer

VERSORGUNGSGESTALTUNG

Antworten auf demographischen & sozialen Wandel



Pflege

Rehabilitative Kurzzeitpflege im stationären Setting: „REKUP“ setzt mit multiprofessionellem Konzept auf bestehender Infrastruktur auf → möglichst lange Förderung Selbstständigkeit & Teilhabe & Rückkehr in Häuslichkeit bzw. Vermeidung von Dauerpflege

Rehabilitation

Prävention von Hilfs- und Pflegebedürftigkeit: „PromeTheus“ bedient mit aufsuchendem, mehrdimensionalem & multidisziplinärem Ansatz kritische Phase am Übergang von Gebrechlichkeit zur Abhängigkeit & zielt auf präventive Förderung der Selbstständigkeit älterer Menschen in Häuslichkeit ab

Pre-Rehabilitation vor Herzinterventionen: „PRECOVERY“ entwickelt & evaluiert neue Versorgungsform – eine gezielte, zweiwöchige Vorbereitung älterer Patientinnen & Patienten (≤ 75 Jahre) auf kardialen Eingriff mit Ziel eines verbesserten postinterventionellen Gesundheitszustandes

Poststationäre Nachsorge nach einer geriatrischen Rehabilitation: „GeRas“ ist multidimensionales Nachsorgeprogramm nach stationärer geriatrischer Rehabilitation zur Sicherung des Rehabilitationserfolges, zur Verbesserung Funktionalität & Teilhabe, sowie zum Erhalt der Selbstständigkeit

VOM MODELL ZUR FLÄCHENVERSORGUNG

Gesetzlicher Rahmen & Gestaltungsraum

Herausforderung

- Ärzte- & Fachkräftemangel
- Demographischer Wandel
- Finanzsituation GKV

Abbau Sektorengrenzen
ist alternativlos

Rahmenbedingungen

- Heterogene Zuständigkeiten
- Mangelnde Bedarfsorientierung
- Sektorenbezogene Budgets als „Standard“ der Leistungsvergütung
- Fehlende Rechtsgrundlagen für intersektorale Strukturen
- Sektorenübergreifende Modelle noch in der Entwicklung

Gesetzes- & Regulierungsrahmen
nicht auf „neue Welt“ vorbereitet

Gestaltung

- Politik, Krankenkassen & Leistungserbringer gefordert
- Willen & Fähigkeit zur Versorgungsgestaltung einzelner Akteure fordern & fördern

Jetzt handeln!

Danke



• Johannes Bauernfeind

Vorsitzender des Vorstandes
AOK Baden-Württemberg