

Sektorenübergreifende Versorgung durch Versorgungsmodelle: Welche Rolle können Gesundheitsregionen und Gesundheitskioske spielen?

KVWL Kassenärztliche
Vereinigung
Westfalen-Lippe

Ansgar von der Osten
Sicherstellungspolitik und Beratung

Bochum, 08.03.2023



Übersicht

1. Grundannahmen
2. Was sind Gesundheitsregionen?
3. Was können Gesundheitskioske leisten? Welche Rolle spielen sie in einer sektorenübergreifenden Versorgung?
4. Wer plant regionale Bedarfe? Wer koordiniert Versorgung? Wer muss eingebunden werden?
5. Fazit



Grundannahmen

1. In den nächsten Jahren muss die Vermeidung von Versorgungslücken die höchste Priorität haben, bevor eine Verbesserung der Versorgung ins Auge gefasst werden kann.
2. Wir müssen angesichts des Fachkräftemangels personelle Ressourcen schonen, anstatt sie mit sachfremden Aufgaben oder einem überbordenden Kontrollanspruch zusätzlich zu belasten.
3. Innovative Versorgungsformen werden sich daran messen lassen müssen, ob sie attraktiv für den Fachkräftenachwuchs sind.
4. Innovative Versorgungsformen müssen in den kommenden Jahren ihre Wirksamkeit besonders in benachteiligten Gebieten entfalten, um den Nachteil ländlicher und strukturschwacher Regionen auszugleichen. Sie dürfen den Wettbewerb um den Fachkräftenachwuchs nicht noch verschärfen.
5. Es gibt keine allgemeine, flächendeckende Lösung. Maßnahmen müssen individuell entwickelt werden.



Bundesebene: Koalitionsvertrag 2021 – 2025: „Mehr Fortschritt wagen“

1. Um die Ambulantisierung bislang unnötig stationär erbrachter Leistungen zu fördern, setzen wir zügig für geeignete Leistungen eine sektorengleiche Vergütung durch sogenannte Hybrid-DRG um.
2. Durch den Ausbau multiprofessioneller, integrierter Gesundheits- und Notfallzentren stellen wir eine wohnortnahe, bedarfsgerechte, ambulante und kurzstationäre Versorgung sicher und fördern diese durch spezifische Vergütungsstrukturen.
3. Zudem erhöhen wir die Attraktivität von bevölkerungsbezogenen Versorgungsverträgen (Gesundheitsregionen) und weiten den gesetzlichen Spielraum für Verträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern aus, um innovative Versorgungsformen zu stärken.
4. In besonders benachteiligten Kommunen und Stadtteilen (5 Prozent) errichten wir niedrigschwellige Beratungsangebote (z.B. Gesundheitskioske) für Behandlung und Prävention.
5. Im ländlichen Raum bauen wir Angebote durch Gemeindeschwestern und Gesundheitslotsen aus.
6. Die ambulante Bedarfs- und stationäre Krankenhausplanung entwickeln wir gemeinsam mit den Ländern zu einer sektorenübergreifenden Versorgungsplanung weiter.



Landesebene: Zukunftsvertrag für Nordrhein-Westfalen 2022-2027

„Zur optimalen Versorgung werden wir die Kooperation der ambulanten und stationären Angebote und die Vernetzung der Gesundheitsberufe sektorübergreifend vorantreiben.

Wir werden uns systematisch dem Aufbau und der Förderung von mindestens fünf bevölkerungsbezogenen, sektor- und berufsgruppenübergreifenden Gesundheitsregionen widmen. In diesen werden wir gemeinwohlorientierte, multiprofessionelle Gesundheitszentren als Modellprojekte fördern.

Die Gesundheitszentren bieten Leistungen für Menschen jeden Alters an. Eine wichtige Zielgruppe sind hochbetagte Patientinnen und Patienten, die meist neben der medizinischen Versorgung auch Pflege und alltagsunterstützende Leistungen brauchen. Die multiprofessionellen Gesundheitszentren werden in kommunaler, genossenschaftlicher oder freiberuflicher Trägerschaft gefördert.

Dabei werden die Akteure vor Ort durch eine Landesagentur für regionale Gesundheitsversorgung aktiv beraten und unterstützt. Damit werden gesundheitliche Versorgung, Prävention und Sozialarbeit verbunden. Ein Ankerpunkt in der quartiersbezogenen Versorgung und Prävention werden Community Health Nurses sein.“

S. 96



Wie lässt sich eine Gesundheitsregion definieren?

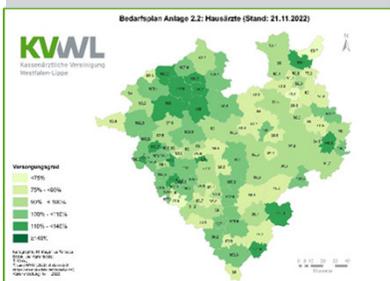
Fokus 1	Fokus 2	Fokus 3	Fokus 4	Fokus 5
Gesundheitspolitik	Kommunale Perspektive	Gesundheitswirtschaft	Wissenschaft/ Verbände	Management Gesellschaften
Bevölkerungsbezogene Versorgungskonzepte	Standortpolitik	Wirtschaftsförderung, Forschung und Entwicklung	Regionale Gesundheitsbudgets	Geschäftsmodell z. B. Optimedis
Stärkung innovative Versorgungskonzepte	Sicherstellung, Mangel an Fachkräften	z. B. ZIG OWL, Gesundheitswirtschaft Münsterland, MedEcon Ruhr	Population Health Management	
Modellregionen	Gesundheitszentrum		Stärkung Prävention	
Planungsebene Kommune	Gesundheitskiosk		z. B. BMC: Gesundheitslotsen	
Quartiersentwicklung				

Es gibt keine typische Gesundheitsregion.



Bedarfsplanung der ambulanten Versorgung

	Hausärztliche Versorgung	Allgemeine fachärztliche Versorgung	Spezialisierte fachärztliche Versorgung	Gesonderte fachärztliche Versorgung
	Mittelbereiche	Kreise/kreisfreie Städte	Raumordnungsregionen	KVen
Anzahl WL	111	27	8	1
	1 Verhältniszahl	6 Verhältniszahlen	1 Verhältniszahl	1 Verhältniszahl
Arztgruppen	<ul style="list-style-type: none"> Hausärzte 	<ul style="list-style-type: none"> Augenärzte Chirurgen und Orthopäden Frauenärzte HNO-Ärzte Hautärzte Kinderärzte Nervenärzte Psychotherapeuten Urologen 	<ul style="list-style-type: none"> Anästhesisten Fachinternisten Kinder- und Jugendpsychiater Radiologen 	<ul style="list-style-type: none"> Humangenetiker Laborärzte Neurochirurgen Nuklearmediziner Pathologen Physikalische- und rehab. Mediziner Strahlentherapeuten Transfusionsmediziner





Planungsregionen der Krankenhausbedarfsplanung

Nordrhein-Westfalen



Versorgungsgebiet 1 (BR Düsseldorf):
 Städte Düsseldorf, Remscheid, Solingen und Wuppertal sowie den Kreis Mettmann.

Versorgungsgebiet 2 (BR Düsseldorf):
 Städte Essen, Mülheim / Ruhr, Oberhausen.

Versorgungsgebiet 3 (BR Düsseldorf):
 Stadt Duisburg, Kreis Kleve und Kreis Wesel.

Versorgungsgebiet 4 (BR Düsseldorf):
 Städte Krefeld und Mönchengladbach, Kreis Neuss und Kreis Viersen.

Versorgungsgebiet 5 (BR Köln):
 Städte Köln und Leverkusen sowie den Erftkreis, den Oberbergischen Kreis und den Rheinisch-Bergischen Kreis.

Versorgungsgebiet 6 (BR Köln):
 Stadt Bonn, Kreis Euskirchen und Rhein-Sieg-Kreis.

Versorgungsgebiet 7 (BR Köln):
 Stadt Aachen, Kreis Aachen, Kreis Düren und Kreis Heinsberg.

Versorgungsgebiet 8 (BR Münster):
 Städte Gelsenkirchen und Bottrop, Kreis Recklinghausen.

Versorgungsgebiet 9 (BR Münster):
 Stadt Münster, Kreis Borken, Kreis Coesfeld, Kreis Steinfurt und Kreis Warendorf.

Versorgungsgebiet 10 (BR Detmold):
 Stadt Bielefeld, Kreis Gütersloh, Kreis Herford, Kreis Lippe und Kreis Minden-Lübbecke.

Versorgungsgebiet 11 (BR Detmold):
 Kreis Höxter und Kreis Paderborn.

Versorgungsgebiet 12 (BR Arnberg):
 Stadt Hamm, Kreis Soest und Kreis Unna.

Versorgungsgebiet 13 (BR Arnberg):
 Städte Bochum, Dortmund und Heme.

Versorgungsgebiet 14 (BR Arnberg):
 Stadt Hagen, Ennepe-Ruhr-Kreis, Märkischer Kreis.

Versorgungsgebiet 15 (BR Arnberg):
 Hochsauerlandkreis.

Versorgungsgebiet 16 (BR Arnberg):
 Kreis Olpe und Kreis Siegen.

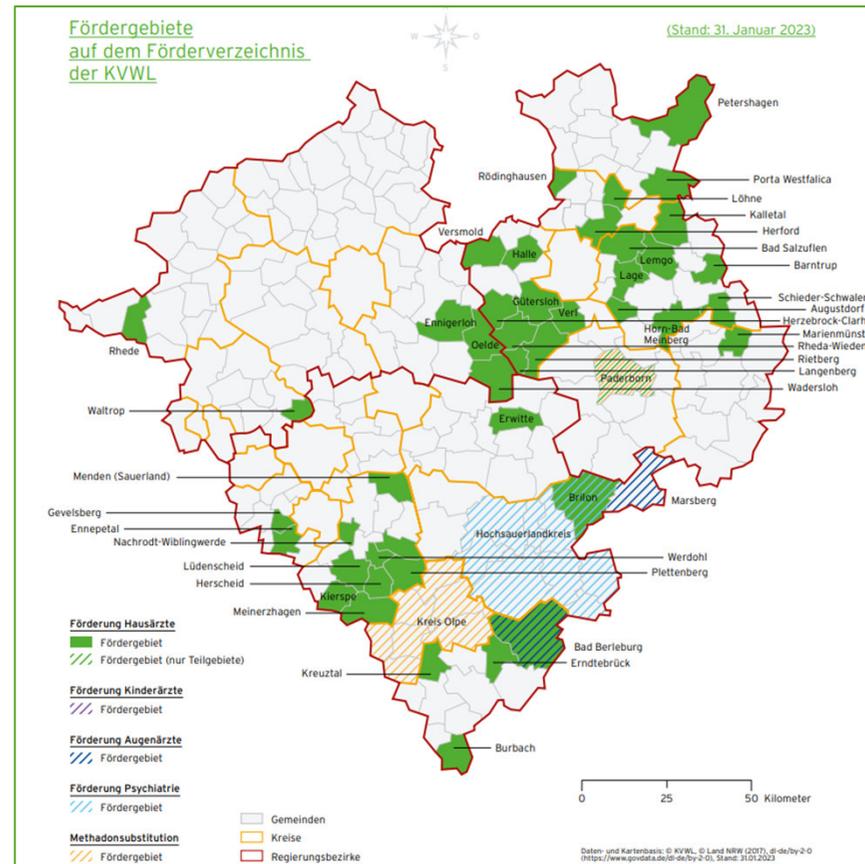


Förderverzeichnis der KVWL

Ambulante Versorgung unter Druck:

- Hausärztliche Versorgung
- Kinderärztliche Versorgung
- Psychiatrische Versorgung
- Rheumatologische Versorgung

Sonderfrage Psychotherapie





Stellungnahme des KVWL-Vorstandes auf dem Gesundheitskongress des Westens 2022

1. Abstimmung der Versorgung in einer Gesundheitsregion ist eine gute Idee, aber herausfordernd in der Umsetzung
2. Viele Modellprojekte, keine dauerhaften Verträge und kein Übergang in die Regelversorgung
3. Perspektive für gemeinsame Initiativen der Ärzteschaft, Krankenhäuser und Kommunen
4. 24 anerkannte Praxisnetze in Westfalen-Lippe als Vorreiter
5. Regionalversorgung auf der Grundlage von Verträgen nach § 140 SGBV
 1. Beispiel Palliativvertrag (Hausärzte, Palliativmediziner und Pflegedienste gemeinsam und strukturiert)
 2. Pflegeheimvertrag (regionale Verträge zur besseren Versorgung von Pflegeheimen durch Ärzte und MFA)



These „Gesundheitsregion“

„Gesundheitsregionen“ sollten in erster Linie um ein Netzwerk von Akteuren herum gedacht werden, erst in zweiter Linie entlang politischer oder geografischer Grenzen.

Voraussetzungen müssen sein:

1. Gesundheitsregionen sollten besonders ländliche/strukturschwache Gebieten integrieren bzw. in den Fokus stellen
2. Der Versorgungsdruck ambulant und/oder stationär muss besonders hoch sein
3. Interner Wettbewerb gering
4. Idealerweise bereits netzwerkfähige Strukturen vorhanden
5. Treiber vorhanden
6. Finanzierungsfrage muss möglichst langfristig geregelt sein



Was ist ein „Gesundheitskiosk“?

- Niedrigschwelliges Beratungsangebot für Patientinnen und Patienten in sozial benachteiligten Regionen
- Hauptaufgabe: den Zugang zur Versorgung der Patientinnen und Patienten mit besonderem Unterstützungsbedarf verbessern und die Versorgung koordinieren
- „Beratung, Vermittlung und vorbeugende Maßnahmen“
- Krankenkassen fördern zusammen mit den Kommunen die Gesundheitskompetenz von Menschen mit besonderem Unterstützungsbedarf und bieten diesen im Bedarfsfall individuelle Beratung zur Unterstützung eines gesundheitsförderlichen Lebensstils

www.bundesgesundheitsministerium.de



Aufgaben eines „Gesundheitskiosks“?

- Die Vermittlung von Leistungen der medizinischen Behandlung, Prävention und Gesundheitsförderung und Anleitung zu deren Inanspruchnahme
- allgemeine Beratungs- und Unterstützungsleistungen zur medizinischen und sozialen Bedarfsermittlung;
- die Koordinierung der erforderlichen Gesundheitsleistungen und Anleitung zu deren Inanspruchnahme;
- die Unterstützung bei der Klärung gesundheitlicher und sozialer Angelegenheiten;
- die Bildung eines sektorenübergreifenden Netzwerkes;
- Durchführung einfacher medizinische Routineaufgaben wie z.B. Blutdruck und Blutzucker messen, Verbandwechsel, Wundversorgung und subkutane Injektionen – veranlasst von Ärztinnen und Ärzten;
- perspektivisch: Erweiterung um ergänzende Beiträge zur Sicherstellung der Primärversorgung



Personal und Vernetzung eines „Gesundheitskiosks“?

- examinierte Pflegefachkräfte, perspektivisch Pflegefachkräfte mit Heilkundekompetenz (im Sinne von community health nursing - CHN)
- enge Kooperation mit dem ÖGD (z.B. Mitwirkung bei Prävention und Gesundheitsförderung, Durchführung von Impfungen in den Räumen des Kioskes).
- „Auf die bestehenden Beratungsstrukturen der Pflegeversicherung, insbesondere die Pflegestützpunkte, soll bei Bedarf hingewiesen und ggf. dorthin vermittelt/begleitet werden. Auch die Vernetzung mit anderen Beratungs- oder Servicestellen (z.B. den Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen) ist möglich. Kommunale Strukturen sind einzubeziehen, vorhandene Ressourcen und Synergien sollen sinnvoll genutzt werden (Jugendämter, Familienzentren, Integrationszentren, Ämter für Familie und Jugend, Ämter für Soziale Dienste, Koordinierungsstellen „gesundheitliche Chancengleichheit“, Stadtteil-/Quartiersmanagementbüros, Netzwerk Frühe Hilfen etc.)“
- Die Arbeit der Kioske ist zu evaluieren.

Gesundheitskioske aus Sicht der niedergelassenen Ärzt:innen

Chancen

Entlastung der Praxen durch ...

- Soziale Beratung, Unterstützung beim Ausfüllen von Anträgen
- Sprachvermittlung
- Versorgungskoordination
- „Versicherten“steuerung

Risiken

- Entstehung von Doppelstrukturen
 - Zusätzliche Kosten
 - Wettbewerb um Fachkräfte
- Kritisch: Übernahme ärztlicher Tätigkeiten bedeutet zusätzliche Belastung der Praxen
- Überforderung durch zu breites Aufgabengebiet und mangelnde Durchsetzungskraft
- Eignung für Patientensteuerung fraglich



These Gesundheitskiosk

„Gesundheitskioske“ eignen sich nicht als flächendeckendes, zusätzliches Angebot in der Gesundheitsversorgung.

Sie können individuell dazu dienen, Menschen mit Beeinträchtigungen (Alter, Armut, Sprachbarrieren ...) auf dem Weg durch das System zu unterstützen. Sie sollten dazu dienen, Versicherte besser zu steuern und auf diese Weise Arztpraxen und stationäre Einrichtungen zu entlasten. Dies gilt besonders für die kinderärztliche Versorgung.

Kurative Behandlungen gehören nicht in einen „Kiosk“.

Die Patient:innensteuerung kann nicht durch den Kiosk erfolgen. Sie kann von dort aus nur unterstützt werden.

Das Konzept „Gesundheitskiosk“ wird das Problem der Fehlinanspruchnahme des Gesundheitssystems nicht lösen.



These: Wer ist zuständig für die regionale Versorgungsplanung?

Risiko: Zu viele Köche verderben den Brei.

Wer muss beteiligt sein?

1. Die gesetzlich legitimierte Selbstverwaltung im Gesundheitswesen (gesetzliche Krankenkassen, KV und Krankenhausgesellschaft als Vertreter der Leistungserbringer)
2. Land, Kreise und Kommunen als Verantwortliche in der Daseinsvorsorge
3. Vertreter der Patient:innen
4. Institutionen mit wirtschaftlichen Eigeninteressen oder gar Firmen gehören nicht in solche Planungsebenen, sondern sind für die Umsetzung heranzuziehen

Vorsicht vor der Errichtung neuer Entscheidungsebenen! Vorhandene Strukturen wirksam nutzen.



These: Praxisnetze als „Macher“

Initiativen der KVWL für eine bessere, vernetzte Versorgung sind erfolgreich vorhanden:

- Bildung von regionalen Ärztenetzen erstmals in den 1990er Jahren
- Seit 2013 Strukturvorgaben und Anerkennungsverfahren durch KBV und KV
- Mit 24 anerkannten Praxisnetzen ist Westfalen-Lippe die Region mit den aktivsten und stärksten Zusammenschlüssen
- KVWL fördert und begleitet regionale Ärztenetze = Verhandlungspartner mit den Kassen und Abwicklung von Verträgen

Organisierte Praxisnetze eignen sich grundsätzlich gut für die Versorgungssteuerung in einer Region. Sie bieten eine Managementstruktur und einen Vernetzungsgrad. Für individuelle Projekte wie Gesundheitskiosks kommen sie als Kooperationspartner in Frage.



Fazit

1. Gesundheitsregionen können die ambulante und stationäre Bedarfsplanung nicht ersetzen. Am Ende ist die Krankenhausbedarfsplanung entscheidend für die regionale Zuordnung. Das Ziel einer sektorenübergreifenden Versorgung, ausgerichtet an den Bedürfnissen der Patient:innen unter Beachtung der Qualität und Wirtschaftlichkeit, setzt die Krankenhausreform zwingend voraus. Die Etablierung von regionalen Versorgungsmodellen macht erst wirklich Sinn, wenn die Krankenhauslandschaft zukunftsfähig aufgestellt ist.
2. Die ambulante Versorgung ist vergleichsweise flexibel. Die niedergelassenen Ärzt:innen sind der Eckpfeiler der Gesundheitsversorgung. Sie haben grundlegenden Einfluss auf die sektorenübergreifende Steuerung der Patient:innen. Ohne sie kann ein regionales Versorgungskonzept nicht funktionieren. Sie lassen sich nicht ersetzen. Versorgungsmodelle müssen für die niedergelassenen Ärzt:innen einen unmittelbaren Nutzen haben, damit sie Wirksamkeit entfalten. Sie dürfen keine zusätzliche Belastung der Ressourcen bedeuten, sondern müssen konkret entlasten.



Fazit

3. Regionale Vernetzung und Kooperation müssen durch gezielte Anreize gestärkt werden. Verträge sind dazu gut geeignet und entfalten Bindungskraft für unterschiedliche Beteiligte. Dies ist besonders wünschenswert in strukturschwachen Gebieten.
4. Gesundheitskioske sind keine flächendeckende allgemeingültige Antwort auf Steuerungsprobleme im Gesundheitswesen, können aber sinnvoll unterstützend tätig werden an der Schnittstelle sozialer und medizinischer Versorgung. Sie dienen nicht der kurativen Versorgung.
5. Beide Konzepte können die sektorenübergreifende Verzahnung flankieren, aber nicht herstellen.
6. Anerkannte Praxisnetze können wichtige Impulse auf beiden Ebenen setzen.

Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit!

