

Das Modellprojekt Sektorenübergreifende Versorgung in der Modellregion Südwürttemberg

Veranstaltung der Kreisärzteschaft Ravensburg
zusammen mit dem Gesundheitsamt

Weingarten, 05. Februar 2019

**Koordinierungsstelle zur sektorenübergreifende Versorgung
im Ministerium für Soziales und Integration**

Dr. Layla Distler

Gesundheitsamt Ravensburg

Dr. Michael Föll MPH

Anika Hemme



Baden-Württemberg

MINISTERIUM FÜR SOZIALES UND INTEGRATION

**Landkreis
Ra✓ensburg**

Gliederung

- I. Projekthintergrund
- II. Projektablauf
- III. Ergebnisse
- IV. Bausteine eines sektoren- und landkreisübergreifenden Versorgungskonzepts
- V. Handlungsempfehlungen
- VI. Kreisspezifische Ergebnisse Ravensburg
- VII. Ausblick



I. Projekthintergrund

Auftrag:

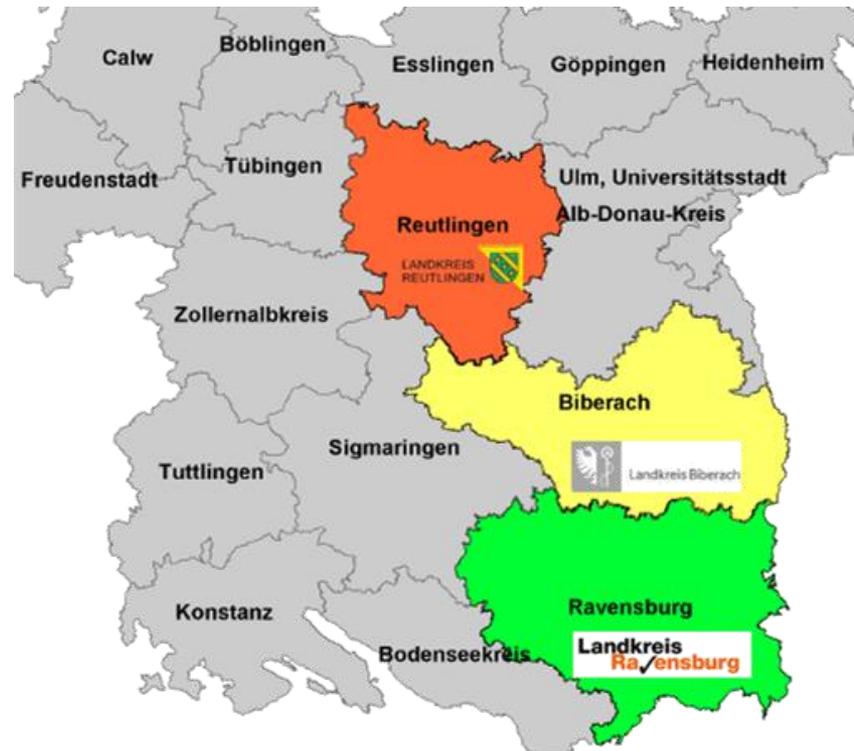
Entwicklung eines sektoren- und kreisübergreifenden Versorgungskonzepts für verschiedene Erkrankungen

Modellregion:

3 Landkreise

Laufzeit:

12/2015 bis 03/2018



Region RT, BC, RV umfasst ca. 743.000 EW

II. Projektablauf

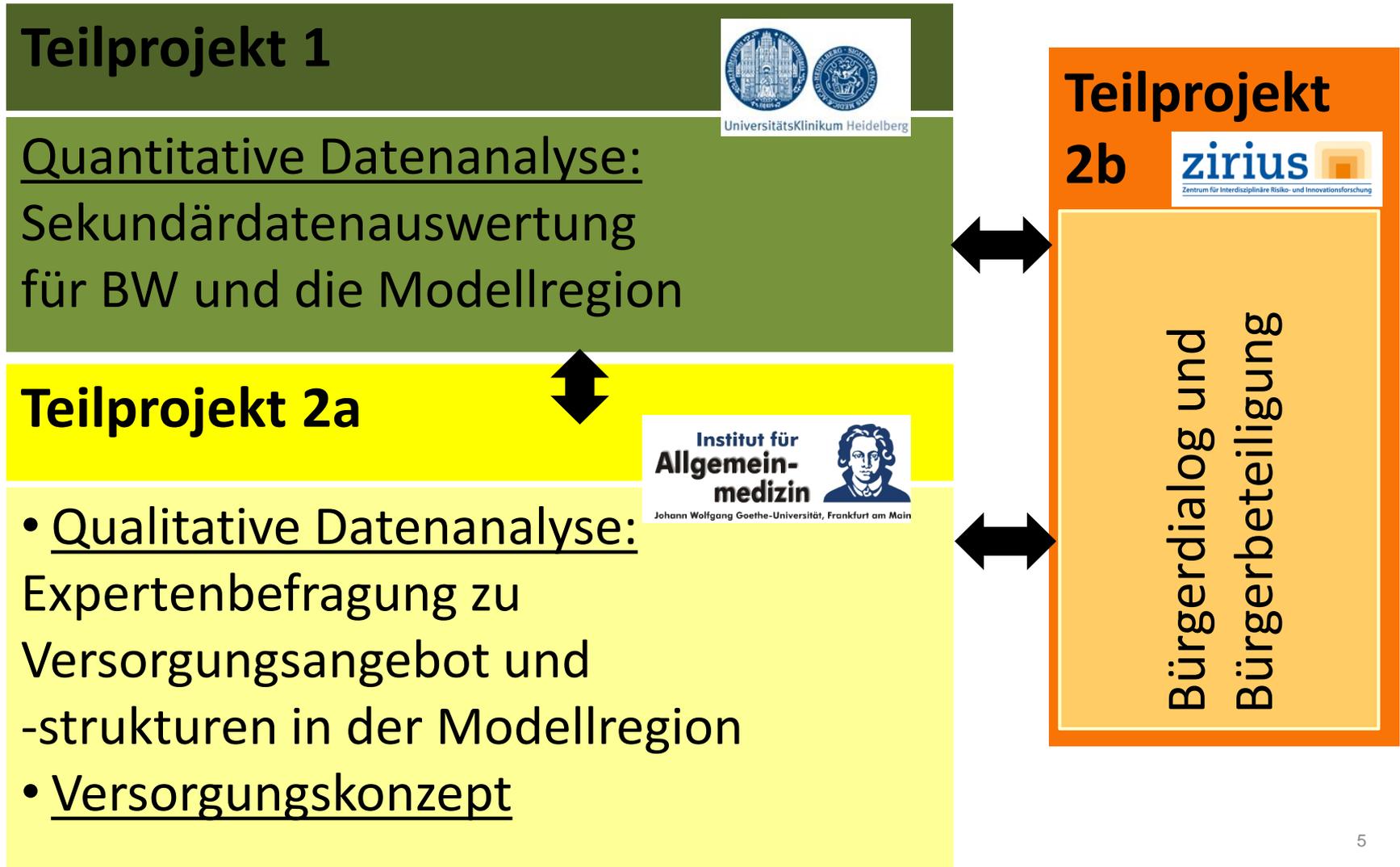
Ausgewählte Krankheitsbilder:

Diabetes
Darmkrebs
Demenz
Depression
(chron.) Kreuzschmerz
Schlaganfall
Anorexie



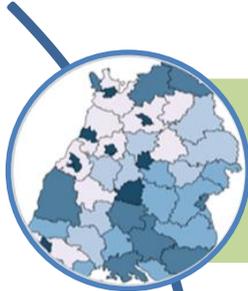
II. Projektablauf

Übersicht der Teilprojekte:



II. Projektablauf

Fragestellungen Teilprojekt 1:



1. Wie ist die Morbidität in Baden-Württemberg und der Modellregion aktuell und in Zukunft?



2. Wie wirkt sich die Morbiditätsentwicklung auf die Planung der Versorgung aus?



3. Welche Konsequenzen sind damit für die Gestaltung von Versorgungsangeboten verbunden?

II. Projektablauf

Framework für Indikatoren:

(Anzahl der im Projekt abbildbaren Indikatoren)

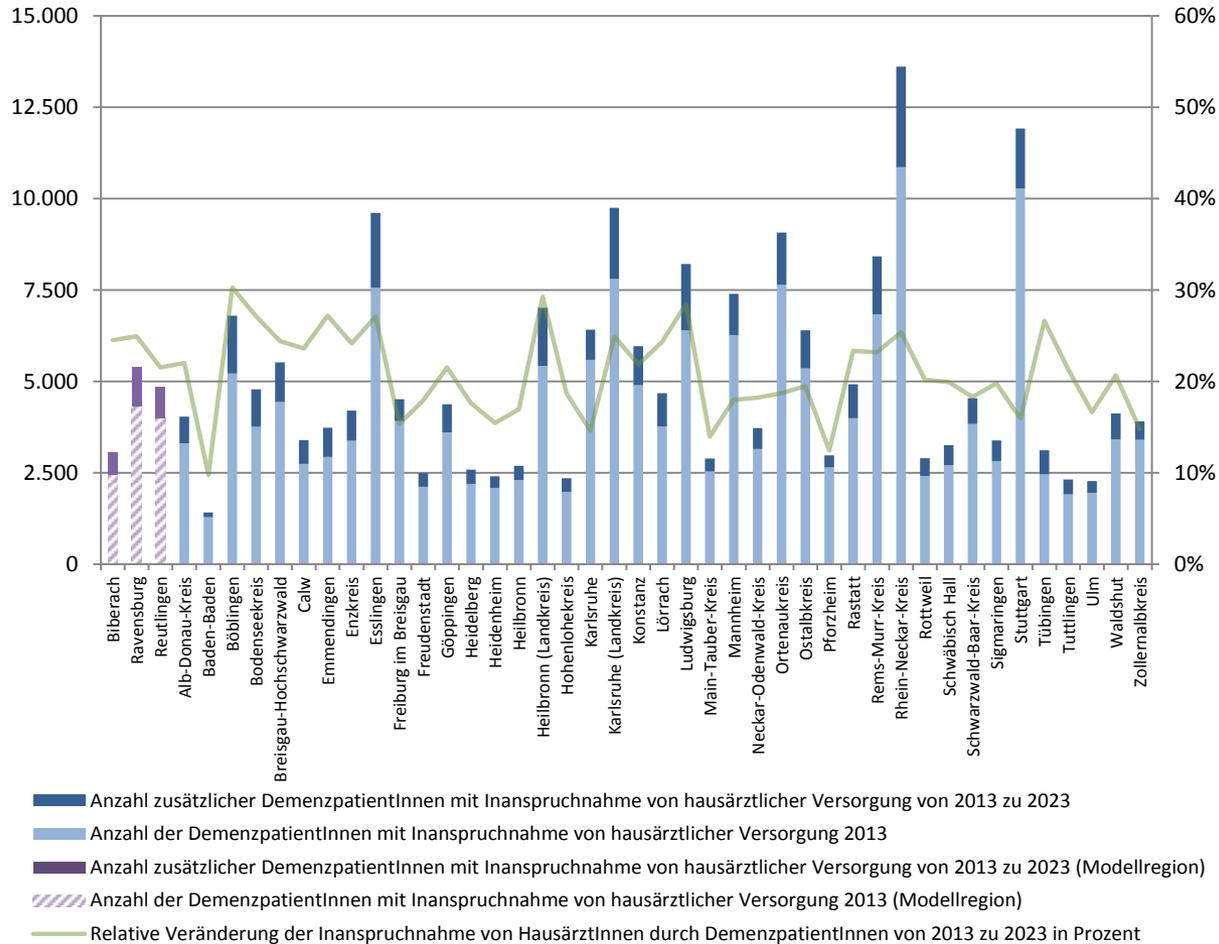
Nicht-medizinische Determinanten der Gesundheit (n=21)				
Gesundheitsverhalten (2)	Soziale Determinanten (10)	Demografische Faktoren (9)		
Gesundheitszustand (n=30)				
Morbidität (22)		Mortalität (8)		
Inanspruchnahme des Gesundheitssystems (22)				
Prävention & Gesundheitsförderung (3)	Ambulante Versorgung (3)	(Teil-)Stationäre Versorgung (16)		
Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems (26)				
Zugang (1)	Patienten-Orientierung (0)	Kontinuität (8)	Effektivität & Effizienz (17)	Patienten-sicherheit (0)
Versorgungsangebot (38)				
Einrichtungen (11)	Professionelle Leistungserbringer (23)		Technologie (3)	

Quelle: Modellprojekt Sektorenübergreifende Versorgung

III. Ergebnisse Teilprojekt 1

Beispiel:

Inanspruchnahme **hausärztlicher Leistungen** durch **Demenz-Patienten** (2013 und projiziert 2023) und relative Veränderung in Prozent



Baden-Württemberg

MINISTERIUM FÜR SOZIALES UND INTEGRATION

Quelle: Modellprojekt Sektorenübergreifende Versorgung

Landkreis
Ravensburg

III. Ergebnisse Teilprojekt 2

Zentrale Themen in den landkreisübergreifenden Arbeitsgruppen-Sitzungen:

- 1. Demenz:** Entstigmatisierung und Aufklärung, Stadtplanung (Senioren-/ Demenz-WGs), Kombination SGB V und SGB XI
 - 2. Diabetes mellitus Typ I und II:** Prävention (z. B. Schulkrankenschwester, Präventionscoach, Schulungen), Telemedizin
 - 3. Anorexie:** Schwieriger Übergang stationär-ambulant, „Lotse“ für betroffene Familien, überregionales Zentrum
 - 4. Darmkrebs:** Motivation zum Screening, Psychosoziale Krebsberatung, Behandlung nur in zertifizierten Darmkrebszentren
 - 5. Schlaganfall:** Aufklärung über Risikofaktoren, Kontroverse Diskussion zu „Stroke Nurse“ (starke Befürwortung aus dem Landkreis RV)
 - 6. Depression:** Prävention in Betrieben, überregionales Netzwerk, Therapieplätze
 - 7. Kreuzschmerz:** Prävention, interdisziplinärer fachlicher Austausch
- Überall:** Digitale Patientenakte, „Lotse“ durch das Gesundheitssystem

III. Ergebnisse

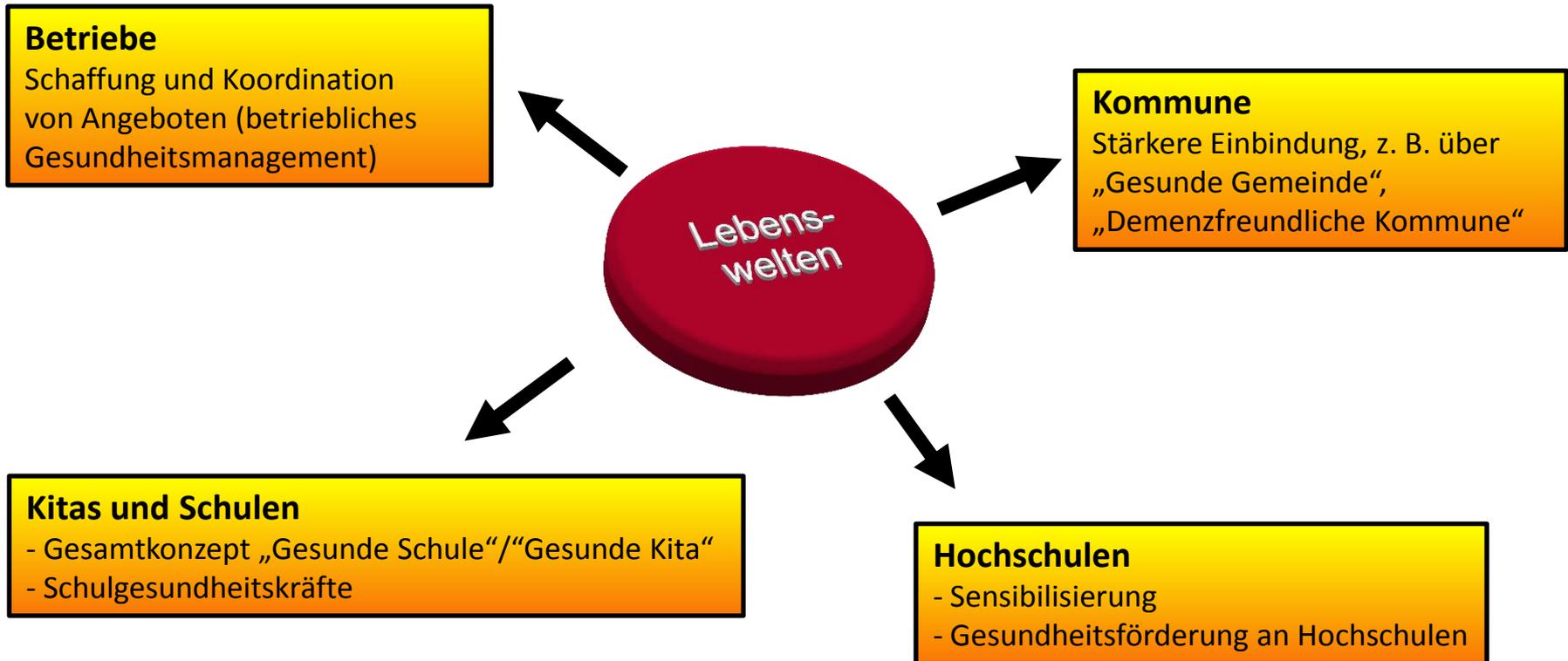
- Hohes Niveau der medizinischen Versorgung in Baden-Württemberg
- Tendenz zur Regionalisierung/Zentralisierung der Gesundheitsversorgung
- Derzeitige Versorgungsplanung behindert bedarfsgerechte, flächendeckende Versorgung von Patienten mit (psychischen) chronischen Erkrankungen (siehe Anorexie, Depression, Demenz und Kreuzschmerz).
- Wesentliche Voraussetzungen für ein sektorenübergreifendes Versorgungskonzept fehlen (Planungsstrukturen, Vergütungssystematik, Qualitätssicherung, Datentransport etc.)



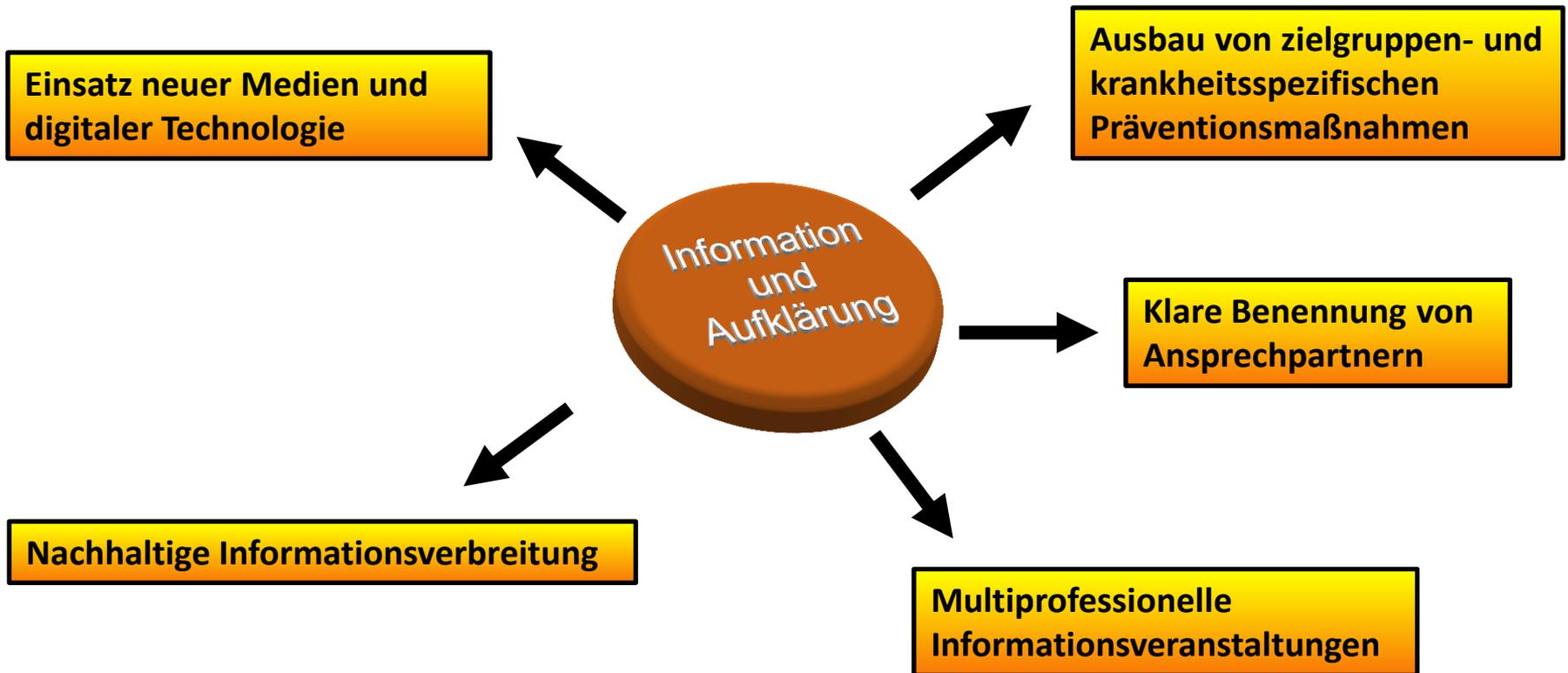
IV. Bausteine eines sektoren- und landkreisübergreifenden Versorgungskonzepts



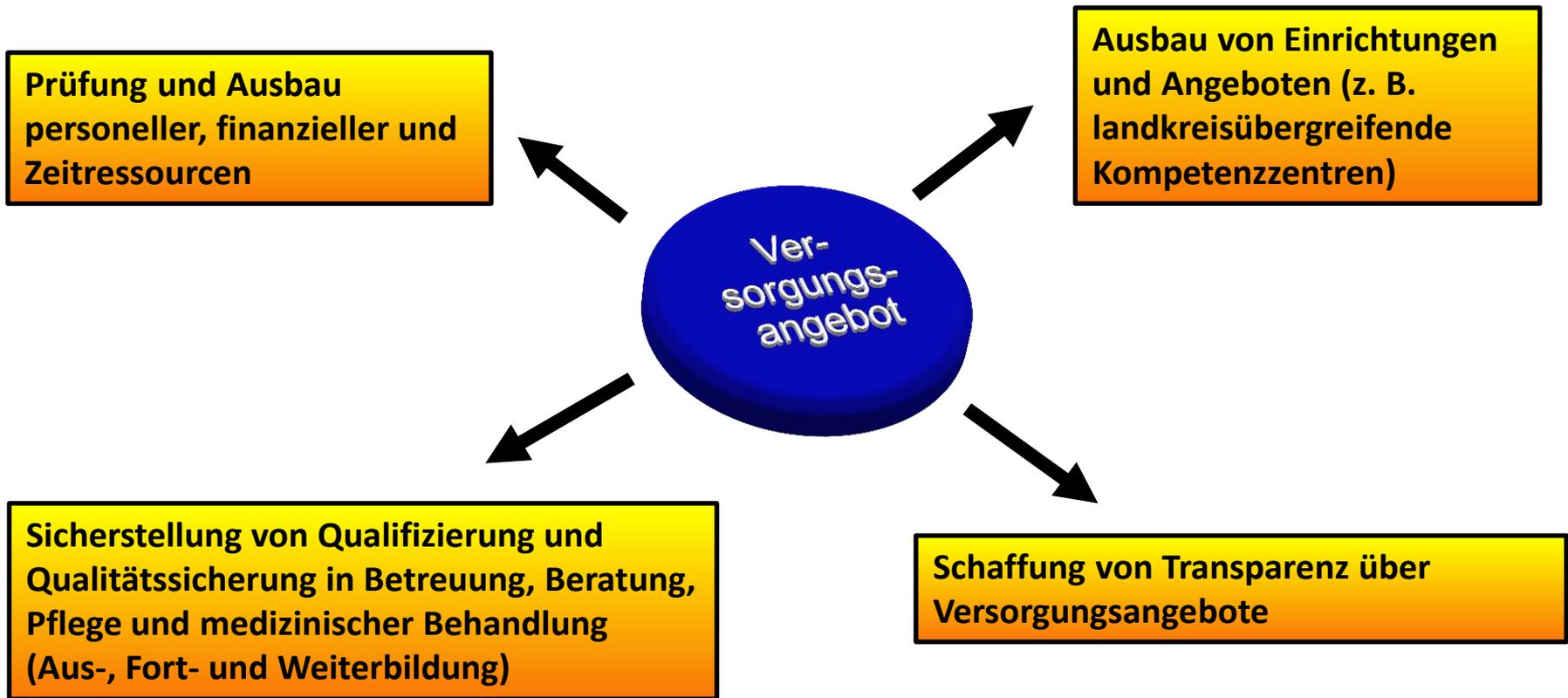
IV. Bausteine eines sektoren- und landkreisübergreifenden Versorgungskonzepts



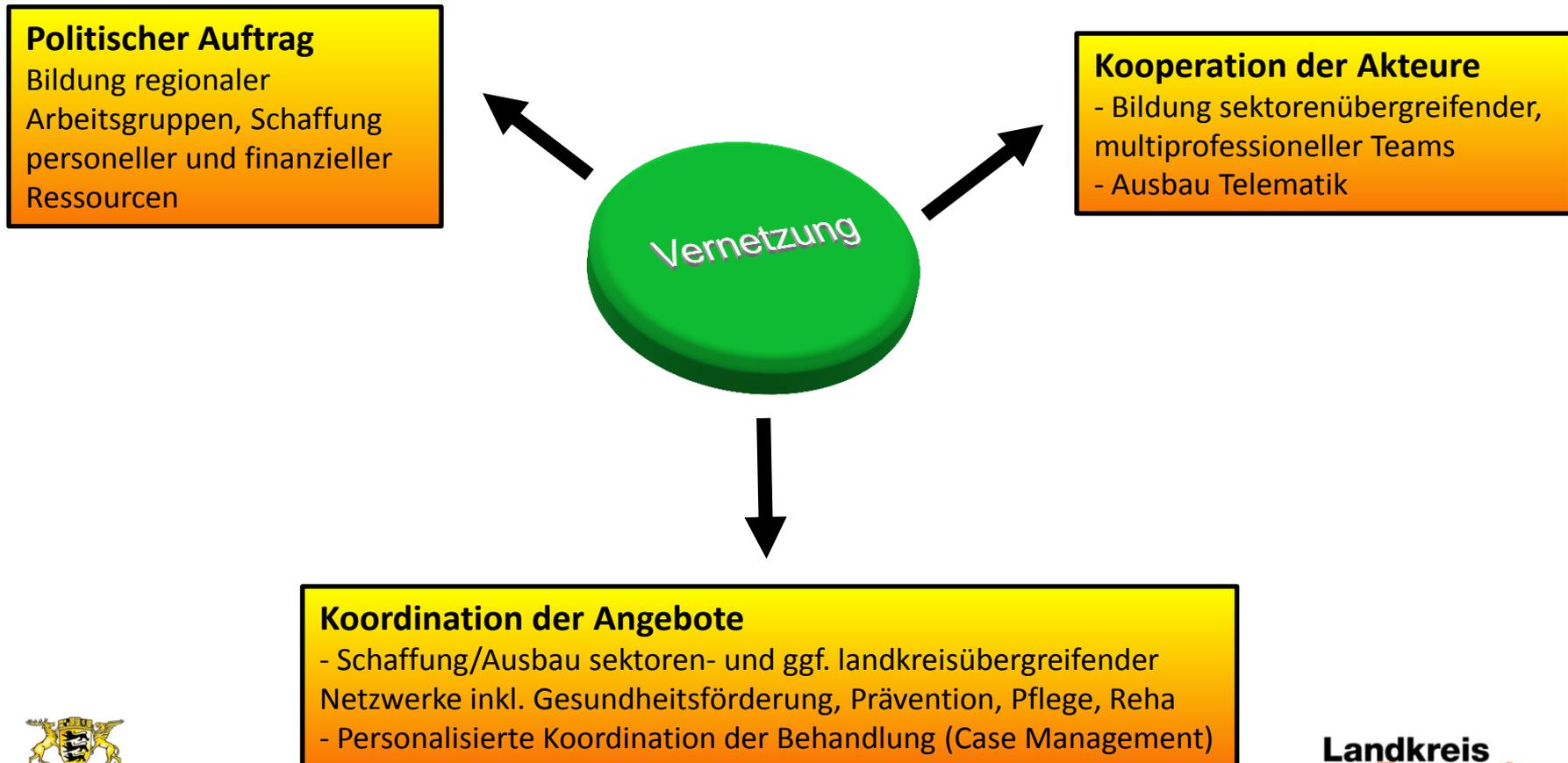
IV. Bausteine eines sektoren- und landkreisübergreifenden Versorgungskonzepts



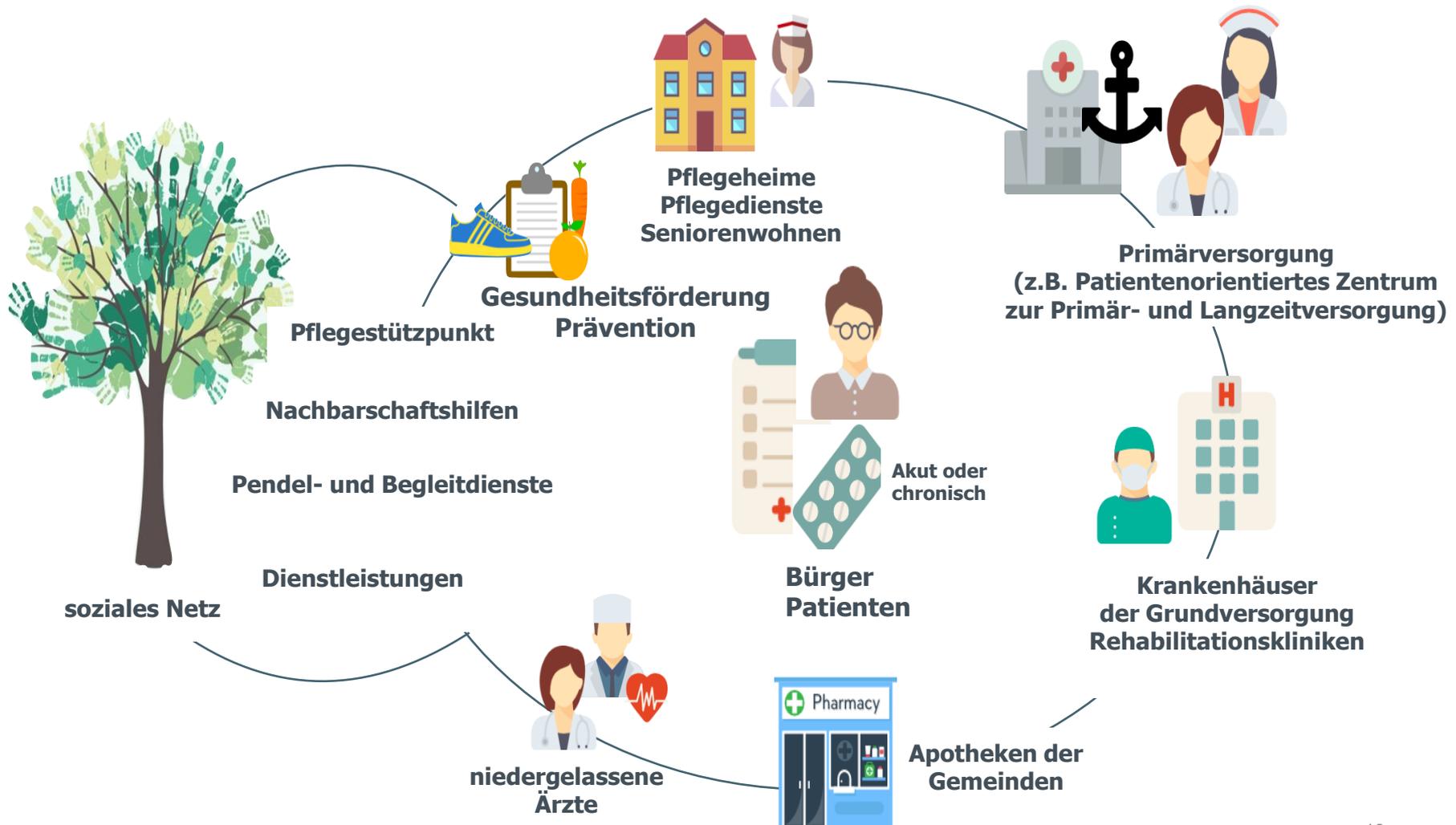
IV. Bausteine eines sektoren- und landkreisübergreifenden Versorgungskonzepts



IV. Bausteine eines sektoren- und landkreis- übergreifenden Versorgungskonzepts



IV. Bausteine eines sektoren- und landkreisübergreifenden Versorgungskonzepts



IV. Bausteine eines sektoren- und landkreisübergreifenden Versorgungskonzepts

Voraussetzungen für die Umsetzung eines regionalen sektorenübergreifenden Versorgungskonzepts:

1

Aufbau eines Steuerungs- und
Managementsystems

2

Entwicklung der notwendigen
Infrastruktur

3

Unterstützende Finanzierungssysteme
und Anreize

4

Darstellung und Entwicklung des
wirtschaftlichen Nutzens

5

Änderung von Einstellungen und
Verhalten bei den Beteiligten



V. Handlungsempfehlungen

1. Allgemeine Handlungsempfehlungen an multiple Akteure auf verschiedenen Ebenen:

- Verbesserung der Zusammenarbeit überregionaler Zentren und niedergelassener Ärzte/-innen
- Verbesserung des Entlassmanagements
- Einführung einer Koordination des Behandlungsverlaufs (Case Management)
- Anwendung von Strategien zur Koordination und Verteilung von Dienstleistungen (Care Management)
- Abbau sprachlicher Barrieren im Gesundheitssystem



V. Handlungsempfehlungen

2. Handlungsempfehlungen an die Bundesebene bzw. zur bundesweiten Gestaltung:

- Neugestaltung einer sektorenübergreifenden regionalen Bedarfs- und Versorgungsplanung als Grundlage für patientenorientierte Versorgung
- Einführung einer sektorenübergreifenden Finanzierungsgrundlage (→ Ermöglichung einer Vergütung für interdisziplinäre Versorgungsteams)
- Gestaltung einer sektorenübergreifenden Qualitätssicherung
- Etablierung verbindlicher Regelungen für Kommunikationsstrukturen und -„Werkzeuge“ (incl. e-Health und Telemedizin)
- Verankerung und Ausgestaltung der Kommunalen Gesundheitskonferenzen im SGB V
- Aufwertung und Ausbau der Pflegeberufe
- Verbesserung der Nachsorge und Rehabilitation



V. Handlungsempfehlungen

3. Handlungsempfehlungen an die Landesebene:

- Wohnortnahe, schnelle Erstversorgung im Notfall
- Ausbau und Förderung von niedrigschwelligen und ehrenamtlichen Angeboten und Strukturen
- Stärkung von Selbsthilfegruppen für Betroffene und Angehörige
- Modellprojekt zur Abstimmung der ambulanten Bedarfsplanung und stationären Krankenhausplanung in einer Versorgungsregion
- Einbindung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes im Bereich einer regionalisierten Versorgungs- und Bedarfsplanung



V. Handlungsempfehlungen

4. Handlungsempfehlungen an die lokale Ebene:

- Etablierung einer anlassbezogenen, kreisübergreifenden Kooperation Kommunalen Gesundheitskonferenzen
- Vernetzung sektorenübergreifender Strukturen zur Sicherstellung der Kontinuität in der Behandlung
- Einrichtung von Primärversorgungszentren
- Verbesserung des Entlassmanagements, z. B. durch Prüfung bestehender Anschlussangebote vor Ort
- Verbesserung der Vernetzung von ambulanter und stationärer Versorgung (z. B. durch Fallkonferenzen)
- Integration von Gesundheitsförderung und Prävention in ein regionales Gesundheitsnetz bzw. in eine regionale Gesundheitsstrategie



VI. Kreisspezifische Ergebnisse Ravensburg

Arbeitsgruppen-Zusammensetzung am Beispiel Demenz:

Ambulant (ärztlich, pflegerisch, therapeutisch)	(Teil-)Stationär (ärztlich und pflegerisch)	Beratungs- und Unterstützungs- leistungen	Kostenträger	Apotheken
Neurozentrum Ravensburg	Abt. Alterspsychiatrie Weissenau	Netzwerk Demenz	AOK Bodensee- Oberschwaben	Apotheke im Spital
Hausarzt	Pflegequalitäts- entwicklung OSK	ODEM-Gruppe OSK		
St. Elisabeth-Stiftung (Sozialstationen Gute Beth und St. Josef)	Die Zieglerschen (Seniorenzentrum Bad Waldsee)	Selbsthilfegruppe für Angehörige		
Ergotherapie		Pflegestützpunkt und ZUHAUSE LEBEN- Stelle		

VI. Kreisspezifische Ergebnisse Ravensburg

Zentrale Themen in den landkreisinternen Arbeitsgruppen-Sitzungen:

1. Beispiel Demenz:

Stärken	Schwächen	Optimierungsvorschläge
Bewusstsein und Interesse im Landkreis	Wirkungszusammenhänge unklar/mangelnde Evidenz → Kein spezifisches Angebot	Aufklärung, Sensibilisierung
Gute Strukturen, breites Versorgungsangebot	Kooperation mit Hausärzten sehr personenbezogen	Stärkung des Netzwerks
Gute Überleitungen	Entlassmanagement uneinheitlich	Einbindung von Quartier und Kommune
Selbsthilfegruppe	Terminknappheit ambulant	Case Management/ Koordination
ZUHAUSE LEBEN-Stellen	Unterversorgung bei fachärztlicher Versorgung	Koordinierungsstelle
Kostenfreie Schulungen	Hausarzt: zeitliche Ressourcen; Budgetierung	Bekämpfung von Personal- und Ressourcenmangel
Soziale Dienste der GKV	Zu viel Dokumentation notwendig	Niedrigschwelliges, bedarfsgerechtes Angebot
Gute Kooperation mit Kkh-Sozialdiensten	Datenschutz behindert Netzwerkarbeit	

VI. Kreisspezifische Ergebnisse Ravensburg

Zentrale Themen in den landkreisinternen Arbeitsgruppen-Sitzungen:

2. Diabetes mellitus Typ I und II:

- Sektorenübergreifendes „Diabeteshaus“
- Ausbau von Gesundheitsförderung und Prävention an Schulen (inkl. Betreuung chronisch kranker Kinder (Typ I))

3. Anorexie:

- Überregionale Zentrumsversorgung
- Verbesserung des Übergangs stationär-ambulant dringend notwendig

4. Darmkrebs:

- Sicherstellung der Finanzierung der psychosozialen Krebsberatungsstelle
- Vereinfachung des Übergangs in die Reha



VI. Kreisspezifische Ergebnisse Ravensburg

Zentrale Themen in den landkreisinternen Arbeitsgruppen-Sitzungen:

5. Schlaganfall:

- Stroke Nurse wird flächendeckend empfohlen
- Ausbau der bestehenden sektorenübergreifenden Kooperation

6. Depression:

- Ausbau von Gruppentherapieangeboten
- Ausbau von Möglichkeiten zur Nutzung von Telemedizin
- Verbesserung der Vergütung und flexiblere Möglichkeiten zur Nutzung sektorenübergreifender Angebote (aufsuchende Hilfen, ...)

7. Kreuzschmerz:

- Adäquate Budgetierung (z. B. für Physio- und Ergotherapie)
- Einbindung und Stärkung des bestehenden multimodalen Schmerztherapie Teams



VI. Kreisspezifische Ergebnisse Ravensburg

Zentrale Themen in den landkreisinternen Arbeitsgruppen-Sitzungen:

Grundsätzliche Erkenntnisse:

- Die Akteure wünschen sich nicht grundsätzlich einen Systemwechsel
- Realisierung sektorenübergreifender Versorgung am ehesten durch:
 - Einführung eines Case Managements und Auf- bzw. Ausbau von Fall- und Hilfeplankonferenzen und Koordinierungsangeboten
(→ langfristige Finanzierung erforderlich)
 - Vereinfachung der Kommunikation der verschiedenen Behandlergruppen untereinander; gemeinsame Patientenakte
- Koordination der Gesundheitsförderung und Prävention, insb. in den Lebenswelten (Kita, Schule, Betrieb, Kommune), inkl. digitaler Angebotsplattform
- Neujustierung der Voraussetzungen für die ambulante ärztliche Bedarfsplanung



Maßnahmen des Ministeriums für Soziales und Integration

- Laufende Förderprojekte zur Umsetzung der Handlungsempfehlungen
 - ambulant-psychiatrische Versorgung, Lörrach
 - Schnittstellenmanagement Frühe Hilfen, Mannheim
 - Aufbau eines Nachsorgesystems, Ravensburg
 - Anorexia Nervosa-Kompetenzzentrum, Tübingen – Reutlingen
 - Gesundheitszentrum Hohenstein, Reutlingen
 - Onkologische Kooperation zw. Haus- und Klinikärzten, Tübingen



VII. Ausblick

- Fokus auf Primärversorgung und Nachsorge
- geplante Ausschreibung für Regionale Strukturgespräche

