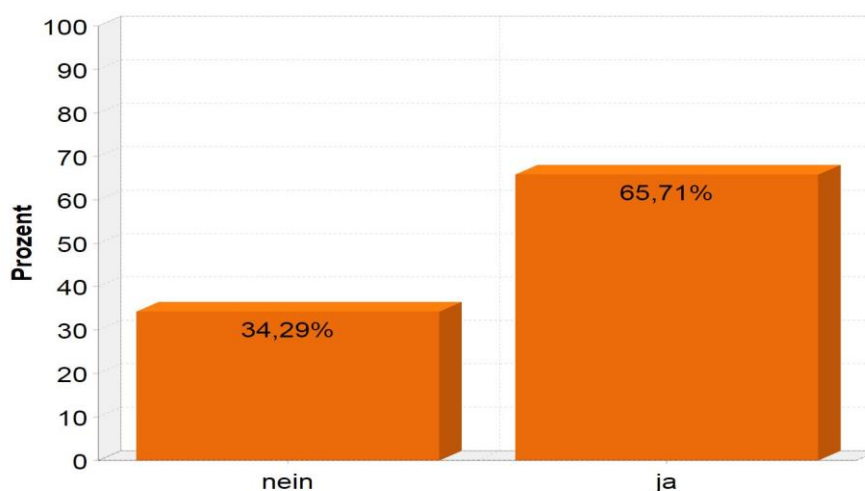


Abstimmung zur freien Arztwahl

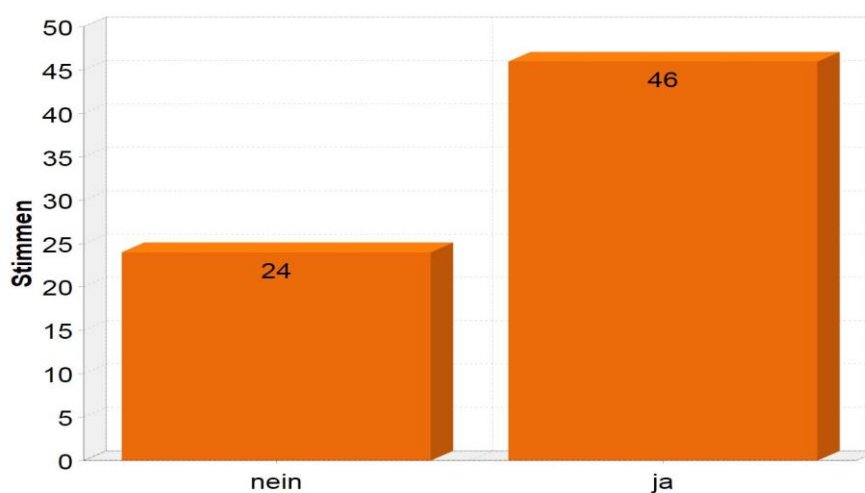
**LANDESKONGRESS
GESUNDHEIT
BADEN-WÜRTTEMBERG**

Glauben Sie, dass es die freie Arztwahl in zehn Jahren noch gibt?



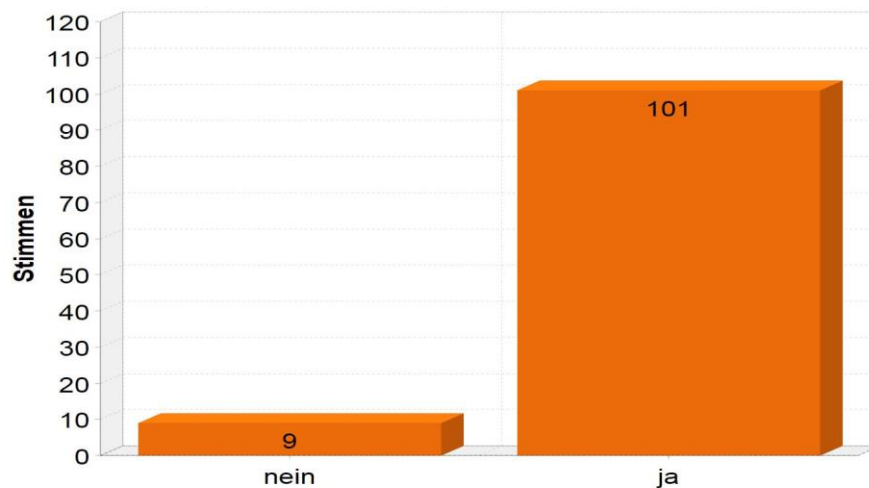
**LANDESKONGRESS
GESUNDHEIT
BADEN-WÜRTTEMBERG**

Glauben Sie, dass es die freie Arztwahl in zehn Jahren noch gibt?

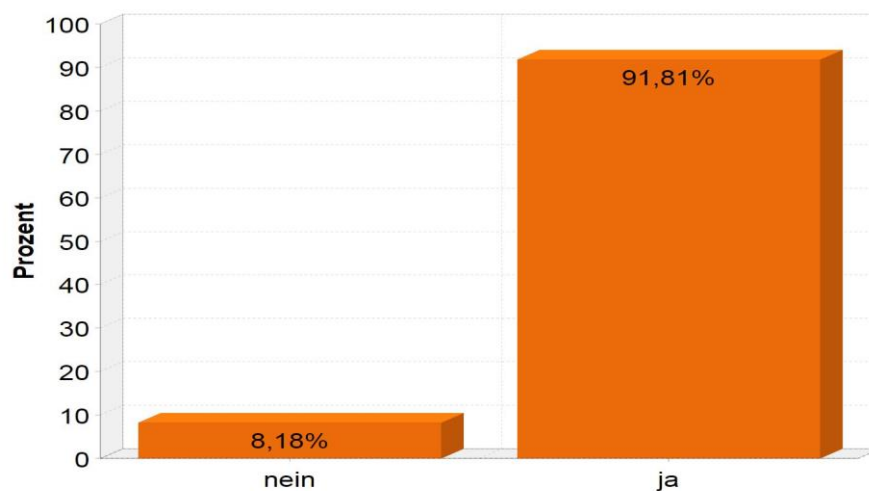


Abstimmung zum Netzwerken

Können Sie diesen Kongress gut zum Netzwerken nutzen?



Können Sie diesen Kongress gut zum Netzwerken nutzen?



Teilnehmerfeedback und Fragen

Logbuch: Alle Beiträge in chronologischer Reihenfolge

27.01.2017 09:43:22: Guten Morgen

27.01.2017 09:44:45: Feedback zur Veranstaltung: Die Abgabe anmoderieren bevor das Schlusswort kommt

27.01.2017 09:45:14: Wo finde ich die Hinweise zum Datenschutz/zur Datensicherheit?

27.01.2017 09:57:37: Wer hat bisher über allgemeinmedizinische Abteilungen oder von Hausärzten mitbetreuten Abteilungen im Krankenhaus Ideen?

27.01.2017 10:07:33: Wie, ganz konkret, wollen Sie die Sektoren zusammenführen? Bis wann? Glauben Sie ernsthaft, die Widerstände überwinden zu können?

27.01.2017 10:10:16: 3. Schwab: Warum bleibt es bei der Telemedizin bei Pilot- und Modellvorhaben und bewährte Verfahren werden nicht flächendeckend und regelrecht eingeführt und umgesetzt?

27.01.2017 10:12:18: @Frau Mielich: Beim wem sehen Sie im multiprofessionellen Behandlungsteam die Steuerung/Lotsenfunktion für die PatientInnen?

27.01.2017 10:14:52: @Hr. Stroppe: Eine sektorenübergreifende Versorgungssteuerung in Verbänden und Netzwerken bedarf eines differenzierten Rechtsrahmens. Das Antikorruptionsgesetz stellt Kooperationen unter einen 'Generalverdacht' und unterscheidet nicht zwischen rechtswidriger 'Zuweisung gegen Entgelt' und Kooperation/gemeinsame Versorgungsleistung/Vergütung. Wird die Politik einen sachgerechten Rechtsrahmen schaffen? Thomas Schneider Vorstand Kliniken Ostalb

27.01.2017 10:18:59: @Herrn Stroppe: Pflegeberufsgesetz quo vadis? Der Weg zu einer generalistischen Pflegeausbildung - oder doch nicht? - nicht gerade ein Stabilitätsfaktor für die Akteure im Gesundheitswesen.

27.01.2017 10:28:14: 1. Gürkan: Kooperation mit Hausarztpraxen? Wieviel der "45 Kooperationsarztpraxen" sind Hausarztpraxen?

27.01.2017 10:30:53: 2. Gürkan: Gibt es im Kooperationsverbund in HD eine elektronische Patientenakte und hat der Patient darauf Zugriff?

27.01.2017 10:47:13: 4. Schwab: Vorschlag: Lassen Sie doch mal Patienten zu Wort kommen, die heute schon von der Telemedizin profitieren, z.B. mein Vortrag am 28.3. beim Telemedizin-Kongress in München: "Mehr Lebensqualität durch Telemedizin - meine persönlichen Erfahrungen als Herzschwächepatient" Partner HDZ NRW und DZHI Würzburg (DMP HeartNetCare) Hans-Günter Meyer, Aidlingen Projekt Gesundheitscampus Calw, Prof. Oberhoff, KVSW, Frau Prof. Joos, Uni Tü

27.01.2017 11:05:21: @Hr. Stroppe: Man kann die Inhalte nicht ohne Vergütungsstrukturen denken: Intersektorale Versorgung: ohne übergreifende Finanzierungsmodelle keine Umsetzung möglich. Akademisierung der Pflege: ohne entsprechende Anpassung der Bezahlung an die Qualifikation keine neue Aufgabenverteilung möglich, Telemedizin/Telehealth: ohne Vergütung anderer Kommunikationsformen (von Telefon, E-Mail oder Social Media Betreuung durch Leistungserbringer) keine Innovation, Wie werden diese Dinge SGB-übergreifend umgesetzt?

27.01.2017 11:06:11: @Hr. Stroppe: Wann wird das Berufsbild des Notfallsanitäters mit Leben gefüllt? Die Ausbildung läuft auf Hochtouren, aber die Kompetenzen sind ungeklärt.

27.01.2017 11:06:42: Sehr geehrter Herr Staatssekretär, gestern wurde das GKV-SVStG verabschiedet. Zum Glück wurde in letzter Minute die Ausweitung der Prüfrechte des Bundesrechnungshofs auf die KVen und KZVen der Länder abgewendet. Das wäre ein Angriff auf die Prüfkompetenzen der Länder gewesen und hätte Doppelprüfungen bedeutet. Das ist jetzt erst einmal vom Tisch, aber haben wir zu diesem Thema noch etwas zu erwarten? Dr. Ute Maier, Vorsitzende des Vorstandes, Kassenzahnärztliche Vereinigung BW

27.01.2017 11:13:24: @Herrn Stroppe: Wie verträgt sich das Plädoyer für Netzwerkmedizin mit dem geplanten Verbot des Arzneimittelversandhandels?

27.01.2017 11:16:19: @Hr. Stroppe: Welche politischen (Folge-)Maßnahmen hält die Bundesregierung zukünftig im Bereich E-Health für notwendig?

27.01.2017 11:19:57: @Herrn Stroppe: Zugang zu einer schnellen medizinischen Versorgung ist ganz wichtig! Wieso möchte dann der Gesundheitsminister den Zugang zu einer schnellen Medikamentenversorgung (Stichwort Versandapotheke) mit dem beabsichtigten Verbot von Versandapotheken blockieren? Ist der Zugang zur Apothekerlobby größer? Diese Politik ist weder innovativ noch fortschrittlich und auch nicht zeitgemäß!

27.01.2017 11:21:18: @Herrn Stroppe: Werden Studiengänge wirklich zu einer erhöhten Wertschätzung führen? Wertschätzung entsteht meiner Meinung nach durch Anerkennung für getane Arbeit und nicht durch Veränderung des Ausbildungsstatus.

27.01.2017 11:21:25: Welches Land kann als Paradebeispiel angesehen werden?

27.01.2017 11:25:47: @Herrn Stroppe: Wie kann die Bundesregierung sicherstellen, dass der nun sehr hohe Sicherheitsstandard im Bereich der europäischen Datenschutzgrundverordnung in der Telemedizin eingehalten wird?

27.01.2017 11:27:28: @Herrn Stroppe: Wie wird geprüft, dass die IT-Infrastruktur nicht durch Hacker angegriffen wird? Gibt es hohe Standards für die IT-Branche?

27.01.2017 11:27:43: @Herrn Stroppe: Wo bleibt der persönliche Kontakt zwischen Arzt und Patient? Menschen brauchen Menschen, um gesund zu werden oder zu bleiben. Wird alles durch Smartphones ersetzt? K. Bühler. BZK S

27.01.2017 11:32:16: @Herrn Stroppe: Wie stehen Sie zur Telediagnostik in dem Ausmaß, dass die Beurteilung von radiologischen Aufnahmen im Akkord in indischen Kliniken zu günstigen Preisen in europäischen Nachtzeiten im großen Stil durchgeführt wird und damit - wenn man es weiterdenkt - irgendwann eine ärztliche diagnostische arbeitende Berufsgruppe in ihrer Existenz bedroht wird.

27.01.2017 11:32:25: Alle Ärzte sind Maximalversorger, sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich. Maximaler Einsatz bei minimaler Vergütung

27.01.2017 11:37:00: Kommt eine gesetzliche Personalbemessung in Kliniken? Vorbild Charité: Woher soll das Personal kommen?

27.01.2017 11:39:25: Wenn sektorenübergreifende medizinische Kommunikation inkl. Telemedizin genutzt wird, warum stärkt die Gesundheitspolitik dann die Rahmenbedingungen für niedergelassene Ärzte nicht, ohne die dieser Fortschritt ja wohl nicht zu machen ist. R.M. Graeter, Landarzt und Kreisärzteschaftsvorsitzender Aalen Ostalbkreis.

27.01.2017 11:45:40: Zusammen mit dem DZHI Würzburg hatten wir einen Innovationsfond-Antrag zur flächendeckenden Versorgung von HI-Patienten mit Ärztevernetzung und zentralem Netzmedikamentenplan erstellt. Dieser wurde ohne Nennung von Gründen abgelehnt. Wie sollen wir aus den "Antragsfehlern" lernen, damit wir einen neuen Antrag z.B. für den Gesundheitscampus Calw stellen können? Hans-Günter Meyer, Aidlingen ehrenamtliches Mitglied Deutsche Herzstiftung und Lebenshilfe e.V.

27.01.2017 11:49:41: Herr Stroppe: Der Gesundheitsmarkt ist auf der Versorgungsebene durch die heute erwähnten Segmente ambulant/stationär gekennzeichnet. Die Ebene der Leistungsempfänger und -finanzierer (auch Patienten genannt) ist bekanntlich in GKV und PKV gegliedert. Welche Erwartungen haben Sie bezüglich der Entwicklung dieser wichtigen Stakeholdergruppen?

27.01.2017 11:51:48: Patienten Cloud. Warum dauert es solange, bis diese realisiert wird? Problemloser Austausch der Daten ist Voraussetzung für vernetzte Versorgung. Siehe Dänemark, Estland usw. Jörg Martin, RKH

27.01.2017 15:42:10: Freie Arztwahl ja, aber hat man noch die Wahl aufgrund beschränkter Ressourcen? Deswegen zwangsweise NEIN!

27.01.2017 15:44:12: Freie Arztwahl ist ein Thema für 20- bis 40-Jährige. Spannend wird die Versorgung der Menschen im 3. und 4. Lebensalter mit Multimorbidität. Hier geht es um Beziehung und Vertrauensverhältnis. Ein HAUSARZT.

27.01.2017 15:45:32: Wie wird das Gesundheitssystem 2030 finanziert? Das Beitragsaufkommen wird auf Grund der Demografie nicht mehr ausreichen, unser Gesundheitssystem zu finanzieren. J. Martin

27.01.2017 15:47:00: Hat der künftige Patient überhaupt noch "seinen" Hausarzt? Immer mehr junge Menschen haben heute schon keinen festen Arzt.

27.01.2017 15:47:07: Wie funktioniert persönliche Hausarztbindung in Kooperationsmodellen der Zukunft? (MVZ, rotierenden Ärzten in Teilzeit und Zweitpraxen...)

27.01.2017 15:54:14: Patientensteuerung ist nicht negativ besetzt, sondern ein 'Muss', meines Erachtens geht das nur über den Geldbeutel! Aber das will die Politik nicht hören!

27.01.2017 15:56:02: Wo kommen die hochqualifizierten Hausärzte in Zukunft her, wer prüft bei Ärzten aus dem Ausland diese hohe Qualifikation und mit welchen Steuerungsinstrumenten wird in Zukunft für die Versorgung des ländlichen Raums gesorgt?

27.01.2017 15:56:23: Wie wär's mit einem reinen Gesundheitsberater/Beratungsarzt (für jeden Bürger) (mit Honoraren wie beim Steuerberater oder Rechtsanwalt) ☺, den der gesunde oder kranke Patient aufsuchen muss, bevor er einen Spezialisten in Anspruch nehmen darf. Kostenträger Patient?

27.01.2017 15:57:59: Müssten wir angesichts der abnehmenden Bereitschaft zur ärztlichen Niederlassung nicht über freie Praxiswahl statt freier Arztwahl sprechen?

27.01.2017 16:02:40: Patienten wünschen sich individualisierte Behandlung bei einem nicht wechselnden Behandler, den sie nicht dauernd wechseln müssen/wollen. Ein Hausarzt.

27.01.2017 16:06:19: Vertrauen zum KK-Mitarbeiter? Herr Euerle sollte mal inkognito mit seinen Versicherten sprechen!

27.01.2017 16:07:40: In Kanada gibt es für eine ländliche Niederlassung massive Förderung. Ziel: Der Hausarzt ist der mit der goldenen Spürnase: hochqualifiziert - nichts für Feiglinge.

27.01.2017 16:11:21: Wäre es nicht ehrlicher zu sagen, dass es sich ändern wird (außer Herr Metke). Auch der Hausarztvertrag bringt dauerhaft keine Lösung. Entweder ehrlich, dass die Beiträge bei bestehendem System massiv steigen oder radikale Änderung.

27.01.2017 16:15:11: Telemedizin in NRW (HDZ) und Bayern (DZHI): der Patient ist mit Haus-/Facharzt vernetzt und wird auf Arztbesuche vorbereitet. Warum in BW bisher nur über Selbsthilfe? H.-G. Meyer, Aidlingen

27.01.2017 16:15:47: Wer die Notfallpraxis in Anspruch nimmt, muss 50 Euro zahlen, dann fällt die unnütze oder bequeme Inanspruchnahme weg! 10 Euro Praxisgebühr war zu wenig! Hundefutter ist teurer! Ohne Überweisung zum Facharzt / 50 Euro

27.01.2017 17:01:15: Wird der finanzielle Engpass vieler europäischer Gesundheitssysteme zu einer Zuwanderung kranker Menschen aus der EU nach Deutschland führen? Ist das auch eine Chance für die Gesundheitswirtschaft in BaWü?

27.01.2017 17:04:00: Großartige Veranstaltung

Anmerkung: Die vorliegenden Feedbacks und Fragen wurden nicht redigiert. Für einen besseren Lesefluss wurden lediglich doppelte Rückmeldungen entfernt, sowie Tippfehler korrigiert.

World Café Notizen

Forum I: Sektorenübergreifende Kooperation

Tisch 1.1: Verbessern Ärztenetze die regionale Versorgung?

- Sektorenübergreifende Versorgung im Ärztenetz Mittelbaden
- Gutes Qualitätsmanagementsystem im Ärztenetz Mittelbaden, z.B. Fortbildungen
- Gute Beziehungen der Ärzte untereinander sind wichtig für die Qualität der Versorgung
- Alle Patienten profitieren vom Netz
- Kennzahlen bestätigen Erfolg der Netze, messbar z.B. anhand der Arzneimittelverschreibungen, der Krankenhauseinweisungen etc.
- Netze können Versorgung durchaus verbessern, Dokumentation ist wichtig ähnlich wie im Rettungsdienst
- Elektronische Vernetzung ist wichtige Voraussetzung für Netze
- Netze tauschen sich über Versorgungsdefizite aus
- Netze tragen zur Wirtschaftlichkeit bei, verschiedene Kategorien von Netzen
- Begriff neu denken: Netze sind nicht nur MVZ, sondern auch Portalpraxis und Bindeglied zwischen Klinik und ambulantem Sektor
- Pflegeheime können von Netzen profitieren, gemeinsame Dokumentation
- Teils neue gesetzliche Regeln erforderlich, Rahmen für Ärztenetze zu starr
- Menschliche Verbundenheit, Teamarbeit als großer Vorteil der Netze
- Netze als Innovationsmotor, bieten Lösungen für regionale Probleme
- Netze untereinander müssen sich besser austauschen, bisher nur einzelne Projekte
- Im Netz werden Sektorengrenzen abgebaut, existenzielles Risiko liegt bisher meistens beim niedergelassenen Arzt
- Parallelen im Vergütungssystem müssen beseitigt werden
- Behandlungspfade strukturieren die Behandlung, vor allem für chronische Krankheiten von Vorteil
- Kliniken sind wichtiger Partner für Netze
- Für Ärzte ist Pharmafreiheit und Unabhängigkeit wichtig, Netze sollten daher nicht über Pharmafirmen finanziert werden
- Teilweise technische Probleme in Netzen, einheitliches System für alle Praxen erforderlich, telemedizinische Vernetzung auch mit Klinik wichtig
- Ziel der medizinischen Versorgung muss Beziehungsmedizin sein
- Hausarzt als Lotse unabdinglich, vor allem bei Multimorbidität und chronischen Krankheiten
- Junge Ärzte arbeiten gerne im Team, Netze bieten hier optimale Voraussetzungen
- Wissensmanagement im Netz sehr gut, Kennzahlenaustausch schafft Transparenz
- Netze führen Patientenbefragung durch, Patienten sind im Netz zufriedener und sehr loyal gegenüber Netz
- Vertrauen als wichtige Grundlage für Zusammenarbeit der Ärzte im Netz
- Kliniken suchen immer mehr nach Möglichkeiten der Vernetzung
- Netze brauchen Leistungserbringerstatus, um Ärzte anstellen zu können und um regionalen Versorgungsauftrag übernehmen zu können

Statement: Netze verbessern die Versorgung, überwinden Grenzen und bauen Sektorengrenzen ab. In Netzen arbeiten Ärzte enger zusammen und es findet eine intensivere Kommunikation statt.

Tisch 1.2: Initiative Gesundes Kinzigtal - Modell für ganz Baden-Württemberg?

- Gesundes Kinzigtal - Vorstellung
- Gibt es seit 2005
- GK ist GmbH, 2/3 Ärztenetz, 1/3 Opti Medis
- Ausgangsfrage: Wie kann Versorgung besser gemacht werden?
- Wie kann ein anderes System gestaltet werden, in dem ein organisierter "Kümmerer" installiert wird?
- Ziel ist, die Bevölkerung gesünder zu machen. Nutzen entsteht bei der Krankenkasse, die daraus den Erfolg finanziert
- Auf das deutsche System angepasste Form der integrierten Versorgung
- 33.000 von 69.000 Einwohnern im Kinzigtal sind AOK versichert
- Von den 33.000 AOK-Versicherten haben sich 10.000 eingeschrieben
- Eingeschriebene Patienten bekommen Zusatzleistungen
- Für eine Vielzahl an Krankheiten gibt es standardisierte Behandlungspfade
- Mehr an Leistungen werden aus dem Gesunden Kinzigtal finanziert, das wiederum aus Einsparungen für die Krankenkasse finanziert
- Für die Krankenkasse sind 79 Mio. Euro an Einnahmen entstanden und 74 Mio. an Ausgaben.
- Der Saldo steht zu einem großen Teil dem GK zur Verfügung. Damit arbeitet das Unternehmen: Anreize für junge Ärzte, Angebote an bessere Mobilität
- Es ist unabhängig vom Hausarztvertrag
- Arzt rechnet normal über die KV ab
- Die Patienten gehen keine Verpflichtung hinsichtlich der Arztwahl ein
- Derzeit gibt es mehrere Regionen in Baden-Württemberg, die sich nach dem Muster des GK vernetzen wollen.
- Einsparungen ergeben sich aus Medikamenten, Krankenhauseinweisungen sowie aus "geringerer Krankheit"
- Interesse des Arztes? Höhere Vergütung, qualitative Verbesserung der Versorgung
- Etwa 60% der niedergelassenen Ärzte des Kinzigtal sind dort eingeschrieben
- Es wird nur 25% der Optimierungen realisiert, die möglich wäre
- Erforderlich sind ca. 4 Mio. Euro als Anschubfinanzierung, um ein solches System zu installieren
- Derzeit wird versucht, in zwei Stadtteilen in Hamburg ein solches System zu installieren
- Möglich ist ein solches System nur in kleinen Einheiten, weil die Ärzte sich kennen müssen.

Statement: Das Gesunde Kinzigtal hat sich etabliert. Ein Ärztenetz wie das Gesunde Kinzigtal erfordert von den Ärzten ein hohes Maß an Engagement und Teilnahmebereitschaft. Eine Übertragbarkeit hängt daher stark davon ab, inwieweit es gelingen könnte, die Ärzte und andere Beteiligte zu einer engeren Zusammenarbeit zu bekommen. Fraglich ist auch, wie die Anschubfinanzierung in der Breite ermöglicht werden kann.

Tisch 1.3: Gelingt eine großräumige, landkreisübergreifende Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung?

- Herr Dr. Wuthe, Ministerialdirigent SM, stellt das Gesundheitsleitbild des Landes Baden-Württemberg vor. Gefördert werden drei Modellprojekte sektorenübergreifender Versorgung Ravensburg, Biberach und Reutlingen, begleitet wird das ganze durch die Universität Heidelberg (Professor Szecsenyi).
- Frau Dr. Spannenkrebs (Amtsleiterin Gesundheitsamt Biberach) berichtet über ihr Modellprojekt bezogen auf sieben Krankheitsbilder und deren Case Management (Colonkarzinom, Depression, Demenz, Anorexie, Diabetes Mellitus, Apoplex, chronischer Rückenschmerz). Die Vorteile sind eine zentrale Patientenakte, die Teamarbeit zwischen einzelnen Versorgungsstrukturen (Krankenhaus, niedergelassene Ärzte und Therapeuten, Reha-Management – insgesamt bessere Kommunikation).
- Kritik und Anregungen der beteiligten Diskutanten: Das Entlassmanagement ist defizitär, eine Patientensteuerung notwendig, sowohl zwischen Haus- und Fachärzten als auch bei Zuweisungen zum Krankenhausarzt. Der Patient trifft eigene Entscheidungen, geht dorthin, wo er zufrieden ist oder war und zwar regional, aber auch überregional. Dies bedingt, dass die Bedarfsplanung angepasst werden muss. Die Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern kann verbessert werden, durch Zusammenarbeit der Ärzte eines Qualitätszirkels mit den Fachabteilungen einzelner Krankenhäuser (z. Bsp. durch Einladung der Kliniker).
- Vergütung: Gleiches Geld für gleiche Leistung im niedergelassenen und Krankenhausbereich, als Win-Win-Situation möglich, Schwierigkeiten werden gesehen durch das Antikorruptionsgesetz, da Kooperationen unter einem Generalverdacht stehen.
- Zukunft: Telemedizinische Features bei manchen Fachärzten, z.B. Pneumologen, sind möglich und hilfreich besonders auch unter dem Gesichtspunkt des Ärztemangels auf dem Land.
- Feststellung: Es besteht Personalnot auf allen medizinischen Ebenen in der Pflege, bei Hebammen, beim Nachwuchs nicht nur auf dem Lande, sondern auch in der Stadt und bei der Rekrutierung von Krankenhausärzten zur Facharztausbildung bzw. in leitende Positionen. Dies vor dem Hintergrund steigender Patientenzahlen und einer höheren Anspruchshaltung.
- Diskutiert wird darüber hinaus, dass große Verbundkliniken bei zu starker Spezialisierung nicht nur Probleme wegen der Entfernung bei alternden Patienten machen, sondern auch im Hinblick auf die Möglichkeit einer breiten Ausbildung der Nachwuchsmediziner und eine Facharztausbildung überhaupt zu ermöglichen. Dabei wird beschrieben, dass Ausbildungsverbundsysteme in Kliniken und Niederlassungen in Zusammenarbeit mit der Universität und auch mit Studenten bereits bestehen.

*Statement: Großräumige, landkreisübergreifende Zusammenarbeit kann gelingen,
...mit einer sinnvollen Patientensteuerung*

...mit Orientierung an Versorgungsstrukturen (auch landkreisübergreifend)

...mit Kommunikation und Vernetzung zwischen Ärzten, Krankenhäusern und anderen medizinischen Berufsgruppen (Case Management), Beispiel Kanada

...mit kleinräumigerer Bedarfsplanung

...mit geklärten Vergütungsstrukturen, gleiches Geld für gleiche Leistung, im KH und Niederlassung

Probleme: Nachwuchssorgen in allen Fachbereichen (Ärzte, Hebammen, Pflegepersonal), Schließung kleiner Krankenhäuser/Konzentration auf hochspezialisierte zentrale Häuser wird als problematisch erachtet, Antikorruptionsgesetz bei Realisierung von Kooperationen

Forum II: Versorgungszentrum Krankenhaus

Tisch 2.1: Klinikverbünde als Beitrag zur qualitativ hochwertigen Versorgung im ländlichen Raum

- Mit Klinikverbänden könnte man "Zentralisierung" und "Konzentration" verbinden - ist es dann ein Widerspruch zur Versorgung im ländlichen Raum?
- Aktuelle Situation im Krankenhausbereich ist in finanzieller Hinsicht von Abschlägen geprägt - deshalb ist ein Überleben von Krankenhäusern in Verbänden zu sichern.
- Benefit für einen Verbund besteht im medizinischen Netzwerk bei höherer Qualität - Vorteile auch bei Personalakquise.
- Kassen sehen Kostenvorteile.
- Kooperationen zwischen Krankenhäusern sind oft einfacher, wenn sie nicht in unmittelbarer Nachbarschaft arbeiten.
- Zahl der Krankenhäuser wird hinterfragt.
- Vorteile im Verbund bei Institutsambulanzen
- Bei weniger Angeboten hat dies auch Auswirkungen auf freie Arztwahl.
- Telemedizin als Chance für kleinere Kliniken
- Auch auf dem "flachen Land" werden leistungsfähige Kliniken benötigt.
- Bedeutung von MVZ und Notfallpraxen für Krankenhäuser
- Verbundbildung in Ballungsgebieten ist wegen unmittelbarer Konkurrenzsituation oft schwierig.
- Krankenhausplanung wird überregional (über Landkreisgrenzen) zu sehen sein.
- Modell Dänemark zur Konzentration von stationärem Leistungsangebot (Übertragung auf Deutschland: 81 Mrd. müssten für 300 - 400 Krankenhäuser investiert werden)
- Klinikverbünde für Personalgewinnung erforderlich
- Medizinische Abstimmungen sind besonders notwendig - patientenferne Synergieeffekte sind eher überschaubar.
- Konsequenzen für stationäre Kapazitäten prüfen (mehr, weniger, gleich)
- Nützt die Bevölkerung kleinere Krankenhäuser vor Ort nur im Notfall - und bei elektiven Behandlungen werden Entfernungen in Kauf genommen?
- Sektorengrenzen sind aufzuweichen.

Statement: Klinikverbünde werden als Chance gesehen, zumindest mittelfristig die Versorgung im ländlichen Raum zu sichern - gerade auch unter Qualitätsgesichtspunkten (spezielle Fachdisziplinen sind anzubieten).

Tisch 2.2: Ansturm auf Notfallambulanzen - brauchen wir Portalpraxen?

- Ambulante Behandlungsfälle kommen in die Notfallaufnahmen
- Portalpraxen können steuern, wer wohin kommt
- Viele unterschiedliche Erwartungen an Notfallpraxen
- Was unterscheidet Portalpraxen von Notfallambulanzen?: Hauptunterschied ist, dass Arzt aus dem Bereich der vertragsärztlichen Versorgung kommt und nicht zum Krankenhaus gehört.
- Unterschied zur KV Notfallpraxis?
- Nicht flächendeckend
- Notfallpraxis nur mit eingeschränkten Öffnungszeiten, in der Regel nicht rund um die Uhr
- Stoßzeiten für eigentlich ambulante Fälle, die ins KH kommen?
- Später Nachmittag und am Abend (16-23) größte Inanspruchnahme
- Wie viele Portalpraxen gibt es schon?
- Unterschiede Stadt/Land?
- Im ländlichen Bereich müssen oft lange Anfahrtswege - sowohl zum KV-Notdienst als auch ins Krankenhaus in Kauf genommen werden.
- Es fehlt eine trennscharfe Definition der Portalpraxis. Zumindest im Alltag werden Begriffe unscharf verwendet, und vor Ort gibt es sehr unterschiedliche Umsetzungsmodelle.
- Im bestehenden System sind noch Fehler und Schwächen, der neue Begriff "Portalpraxen" bietet ggfs. Räume für eine neue Definition der Leistung.
- Portalpraxis als "Pforte"
- Wer ist für die Trennung der Patienten/Triage zuständig?
- Kann Portalpraxis auch schädlich sein, wenn schwer erkrankte Patienten verzögert in die KH-Notaufnahme kommen?
- Diskussion um Triage Systeme (Manchester Triage System, Emergency severity index) - beide Systeme nicht für diese Fragestellung entwickelt, aber möglicherweise geeignet. Wissenschaftliche Begleitung erforderlich/wünschenswert.
- Empfinden, als Patient nicht gut gesteuert zu werden. Bisherige Institutionen (112, Notfalldienst der KV) schauen nicht genau, was ein Patient benötigt. Es fehlt schon ganz vorne in der Kette eine zielgerichtete Information. Im Notfall ist es schwierig für den Patienten, die richtige Institution zu finden. (116 117).
- Nutzung der Notaufnahme auch abhängig von verfügbaren Alternativangeboten.
- Frage: Können Patienten das selbst gut einschätzen? Wann rufe ich 116117, wann "echter" Notfall, wann am nächsten Tag zum Arzt?
- Erfahrungen als Patient und als Mitarbeiter einer Notaufnahme: Der Zeitpunkt ist entscheidend. Wenn Hausarzt verfügbar, dann einfacher. Wenn KH vor Ort, dann einfacher, dort klären zu lassen, was indiziert ist.
- Neben der Klärung der Zuständigkeiten durch die Institutionen ist es ebenso wichtig, den Faktor Mensch zu berücksichtigen. Es müsste eine bessere Selbsteinschätzung der Patienten erreicht werden.
- Was ist, wenn ein selbsteinweisender Patient sein Krankenhaus nicht kennt und nicht weiß ob eine "passende" Fachabteilung für seine Beschwerden dort verfügbar ist.
- Schwierig zu beurteilen, ob Zuweisung zur Versorgungsstufe korrekt war. Bsp.: Patient mit Oberbauchschmerz kommt zum Hausarzt. Dort wenig diagnostische Möglichkeiten. Probatorische Behandlung. Andere Situation in der Notaufnahme: Notaufnahme hat eine höhere Hürde, es muss viel mehr Diagnostik betrieben werden, um Patient wieder entlassen zu können.
- Zweite Runde
- Brauchen wir diese beiden Sektoren? Kann nicht beides zusammengeführt werden?

- Beispiel 18 Uhr Kindernotfall: KV-Licht aus; Notaufnahme schickt in Kinderklinik; Kinderklinik schickt in Notaufnahme.
- Krankenhaus stellt den ganzen Umfang an Diagnostik und Therapie zur Verfügung.
- Erfahrungsbericht aus Portalpraxis, bei lebensbedrohlicher Erkrankung verzögerte die Portalpraxis die sachgerechte Behandlung.
- Für den Patienten wäre eine Anlaufstelle hilfreich. Dort muss eine schnelle Unterscheidung erfolgen, wie akut der Behandlungsbedarf ist. An der ersten Anlaufstelle soll eine zuverlässige Entscheidung zur weiteren Behandlung erfolgen.
- Gibt es eine zuverlässige Möglichkeit zur Triage?
- Sektorale Trennung steht ggf. guten Lösungsansätzen im Wege.
- Beispiel Karlsruhe mit kassenärztlicher Notfallpraxis am Krankenhaus.
- Bisher läuft vieles in der Klinik, dort wird es aber nicht finanziert.
- Allgemeinärztliche Versorgung ist ein hochkomplexes Gebiet. Klinikarzt und Allgemeinmediziner haben unterschiedliche Kompetenzen.
- "Single-Door-Prinzip" dahinter sinnvolle Auftrennung, um zur richtigen Kompetenz zu leiten (nicht zur richtigen Finanzierung).
- Notfallpraxen in Baden-Württemberg bieten schon ein erstes gestuftes System. Notfallpraxis sollte gemeinschaftlich ausgestattet werden (personell, organisatorisch). Auch Leitstellendisponenten könnten vorgeschaltete Triage machen.
- Telefonische Triage ist schon teilweise etabliert/untersucht. Ergebnisse unterschiedlich. Hängt sehr davon ab, welche Angebote dahinter stehen, ausreichende Verfügbarkeit wird vorausgesetzt.
- Personelle Ausstattung des KV Notdienstes, wünschenswert wären allround-gut-qualifizierte Ärzte mit notfallmedizinischer Kompetenz. Gibt es diese Ärzte in erforderlichem Umfang?
- Kann man das überhaupt lösen, ohne die KV-Notfalldienstverordnung zu ändern? (bisher allgemeinärztlicher Notfalldienst, kein fachärztlicher Notfalldienst)
- Diese Vorgaben wären dann zu ändern.
- Wie ist die Umsetzung in Stadt und ländlichem Raum?
- Leitstelle berichtet, die Patienten wüssten zunehmend genauer, welche Schlüsselwörter fallen müssen, damit sich der Leitstellendisponent für eine bestimmte Versorgungsform entscheidet. Haftungsproblematik für Vorselektion durch telefonische Vortriage.
- Telefonische Klärung kann eigentliche Diagnostik nicht ersetzen. Servicenummern der GKV sollen auch eher elektive Fälle abdecken - nicht Notfälle.
- Single-Door am Marienhospital gut bewährt.
- Dritte Runde
- Robert-Bosch-Krankenhaus macht aktuell Studie zu UAW in der Notaufnahme; Forscherin sieht in den Anamnesen häufig Bagatellfälle.
- Notaufnahmen sind überfüllt; eine Vorfilterung ist dringend erforderlich.
- Wahrnehmung aus Marienhospital: Notaufnahme stellt Hausarztersatz dar.
- Teilweise schicken auch Hausärzte ins Krankenhaus
- Konzept aus Hamburg (interdisziplinäre Kurzliegerstation integriert in die Notaufnahme). Innovativ und förderlich. Wichtig ist, wahrzunehmen, dass dem Patienten mit seinen Problemen geholfen werden muss - nicht das z.B. fachspezifisch internistische Problem. Multimorbiden Patienten (zunehmend geriatrischen Patienten) wird gut geholfen bzw. andere Versorgung gebahnt. Patienten bringen zunehmend mehrere Probleme mit - diesen muss dann umfassend geholfen werden - nicht nur chirurgisch.
- Interdisziplinarität kann hier wichtige Anstöße liefern.
- Aus Patientenperspektive ist eine Tür wichtig, dem Patienten ist die dahinterliegende Organisationsstruktur nicht wichtig.

- Der Patient nimmt alles als "Krankenhaus" wahr, daher sollte Leitung beim Krankenhaus sein.
- Die Portalpraxis ist auch eine wichtige Behandlungsstelle: die Portalpraxis filtert nicht nur, sondern bietet auch ein besonderes Behandlungsangebot.
- Sollen Portalpraxen nur Notfallkontakte abdecken oder auch langfristig Patienten hausärztlich mitbetreuen?
- Keine geplanten Wiedervorstellungen, nur akute Behandlungen.
- Differenzierte Vergütung im EBM hinreichend?
- Unterschiede, wenn Patient zugewiesen wird und wenn Patient aus eigener Initiative in die Notaufnahme kommt - Patientenaufklärung erforderlich.
- Single Door-Prinzip wichtig
- Filterfunktion und spezifisches Angebot
- Patient muss zur richtigen fachlichen Kompetenz gelenkt werden
- Hierfür ist eine hohe fachliche Expertise notwendig.
- Finanzierung ist zu prüfen

Statement: Eine Portalpraxis kann die Patienten zur richtigen fachlichen Kompetenz lenken und schafft ein besonderes Behandlungsangebot. Für Patienten ist das "Single-Door-Prinzip" wichtig. Die MitarbeiterInnen müssen eine hohe fachliche Expertise besitzen. Die Finanzierung ist zu prüfen.

Tisch 2.3: Die Verzahnung der ambulanten, stationären und rehabilitativen Versorgung in der Geriatrie

- Mögliche Probleme beim Übergang stationäre-ambulante/-rehabilitative Versorgung:
 - Laufzeit Genehmigungsverfahren,
 - Verzögerungen bei notwendiger Bestellung eines Betreuers,
 - Polypharmazie-Management,
 - ggf. geänderte Rahmenbedingungen,
 - keine Rückfrage,
 - Drehtüreffekte
- Versorgungsmanagement umfasst in der Regel den Übergang zum direkt anschließenden Versorgungssektor, aber nicht die umfassende Begleitung.
- Wer kommt in Frage? Casemanager? Gemeindeschwester? BuFDi? Kommune: "Jugendamt" für geriatrische Patienten? Pflegestützpunkte?

Statement: Die Vernetzung und Verzahnung der Versorgung ist für geriatrische Patienten besonders wichtig. Die Vernetzung der Leistungserbringer ist deshalb eine wichtige Aufgabe für die geriatrischen Schwerpunkte und Zentren. Damit ist aber noch nicht gelöst, von wem ein geriatrischer Patient (der keine engagierten Angehörigen hat) tatsächlich sektorenübergreifend und persönlich begleitet wird.

Forum III: Digitalisierung und Telemedizin

Tisch 3.1: Welchen Beitrag kann Telemedizin zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung leisten?

- 500 Praxen könnten in den nächsten Jahren in den Ruhestand gehen, für die kein Nachfolger gefunden wird.
- Ärzte konservativ, aber gegen Telemedizin können wir uns nicht wehren
- Telemedizin muss eine Rolle spielen, um dieses Delta aufzufangen: Praxis-Praxis, KH-Praxis, Ärzte-Patienten
- Anforderungen der KV an die Telemedizin: Sicherheitsanforderungen sind hoch. Nach zehn Jahren erste Router ausgeliefert / Konnektoren zur Praxisvernetzung
- Modellprojekte sind Vorreiter in Baden-Württemberg
- Digitalisierung ist Chance für den ländlichen Raum
- Wir blockieren uns gerade ein wenig gegenseitig mit bundespolitischen Vorgaben
- Ärzte sollten auch Arzneimittel ferndiagnostisch verordnen dürfen
- Telemedizinische Förderung durch das Land sollte Zugang zu Ärzten im ländlichen Raum fördern
- Verbesserung der Infrastruktur im ländlichen Raum (Netz Telekom z.B. schlecht) sollte durch das Land Baden-Württemberg gefördert werden
- Konsiliarische Angebote sollten ermöglicht werden.
- Datenunsicherheit ist Vorwand von Medizinern, um Besitzstand zu wahren.
- Die Mehrheit der Mediziner ist pro Telemedizin.
- Telemedizin ist sicher, nur die eGK nicht, da Daten von privaten Anbietern gespeichert werden. Man weiß nicht, was anschließend mit den Daten passiert.
- Ambulanter und stationärer Sektor müssen mehr vernetzt werden.
- Der Bedarf ist da, Telemedizin ist eine Bereicherung für Patienten
- Telemedizin ist keine Unterwanderung der niedergelassenen Ärzte, es ist eine Unterstützung
- Sektorengrenzen blockieren die Weiterentwicklung der Telemedizin, Schnittstellenproblematik.
- Ist die Technik oder der Wille das Problem bei der Überwindung der Sektorengrenzen? Einige Stakeholder fühlen sich auch ganz wohl in der Intransparenz des analogen Zeitalters. Digitalisierung geht einher mit Transparenz.
- Für viele ist die Investition in die Technik ein Problem.
- Wer zahlt es? Wenn die Patienten und Ärzte einen wirklichen Nutzen in einem Produkt sehen, dann wird man auch bereit sein, die Kosten zu tragen.
- Skype-Psychotherapie wird von vielen Studenten im Ausland gewünscht, Abrechnung ist unklar. Berufsordnung der Psychotherapeuten lässt eine telemedizinische Fernbehandlung nicht zu.
- Angebote der Krankenkassen, z.B. ProMind, sind eine sinnvolle Ergänzung, kein Ersatz.
- Wir müssen in der Telemedizin über die Schwelle der Beratung hinauskommen. Ärzte müssen verordnen und überweisen dürfen. So könnte man die Patienten auch steuern, damit sie z. B. gar nicht erst in die Notfallambulanzen kommen.
- Telemedizin wäre ein gutes Steuerungsinstrument.
- EBM-Ziffern für Telemedizin schaffen. Beispiel Radiologie.
- Digitalisierung baut Bürokratie ab und schafft Zeit für das Wesentliche.
- Wenn Schnelligkeit als eine Verbesserung angesehen wird, dann kann die Digitalisierung die ärztliche Versorgung verbessern.
- Problem: Viele niedergelassene Ärzte wollen ihre Praxen nicht öffnen und ans Internet anschließen, andere scheuen die Investition in die Technik.

- In der Neurologie ist die Telemedizin jetzt schon eine Möglichkeit, um dem Fachärztemangel im ländlichen Raum zu begegnen.

Statement: Rund 500 Arztsitze werden in Baden-Württemberg in den nächsten Jahren nicht nachbesetzt werden können. Telemedizin muss genutzt werden, um dieses Delta aufzufangen. Wichtig ist eine hohe Datensicherheit. Das Land Baden-Württemberg sollte in die Infrastruktur im ländlichen Raum, konsiliarische Angebote investieren und den Zugang zu Medizinern im ländlichen Raum ermöglichen. Die Mehrheit der niedergelassenen Ärzte ist für eine Nutzung der Telemedizin. Telemedizin als solche ist sicher, die eGK evtl. nicht - zumindest ist die Diskussion hier kontrovers - da die Sicherung der Daten über private Anbieter erfolgt. Die Frage ist: Wer ist Herr der Daten? Hier muss der Gesetzgeber aktiv werden.

Auf Patientenseite ist der Bedarf nach Telemedizin da, Telemedizin ist bereichernd und unterwandert auch nicht die behandelnden Ärzte. Sektorengrenzen, uneinheitliche, nicht compatible Technik sind Hemmnisse. Einige Stakeholder fühlen sich auch wohl in der Intransparenz des analogen Zeitalters. Digitalisierung aber geht einher mit Transparenz. Bei der Finanzierung sind alle gefragt: Kassen, Ärzte, Patienten müssen zahlen. Wenn aber der Nutzen einer telemedizinischen Anwendung klar ist, dann wird auch jeder bereit sein, seinen Teil dazu beizutragen.

Telemedizin wäre ein gutes Steuerungsinstrument, um die Notfallambulanzen zu entlasten. Im Bereich der Psychotherapie wird eine Skype-Psychotherapie von Studenten im Ausland gewünscht, das lässt die Berufsordnung der Psychotherapeuten aber nicht zu. Angebote der Krankenkassen im Bereich der Psychotherapie wie ProMind sind eine gute Ergänzung, um z.B. Wartezeiten zu überbrücken. Wichtig ist, dass Ärzte, die telemedizinisch behandeln, auch verordnen und überweisen dürfen. Zudem müssen EBM-Ziffern für telemedizinische Leistungen geschaffen werden. Telemedizin kann Entbürokratisieren und Prozesse beschleunigen, was eine Aufwertung der Behandlung wäre. Telemedizin braucht eine Direktive. In der Neurologie ist Telemedizin schon jetzt eine Möglichkeit, um dem Fachärztemangel im ländlichen Raum zu begegnen.

Tisch 3.2: Ärztliche Fernbehandlung - welche Erwartungen oder Befürchtungen sind damit verbunden?

- Fernbehandlung ist komplementär sinnvoll
- Vor- und Nachteile der Fernbehandlung müssen abgewogen werden
- Technische Voraussetzungen müssen zwingend zuverlässig funktionieren
- Fernbehandlung bietet auch im Erstkontakt gute Chancen
- Fernbehandlung wird bereits von Patienten nachgefragt
- Ärzte und Patienten müssen lernen, mit den Medien umzugehen
- Fernbehandlung kann bei Auslandsreisen hilfreich sein
- Fragen der Vergütung und Haftung müssen geklärt werden
- Bietet Lösungsansätze bei fehlender Mobilität und zur Verbesserung der Arzt-Patienten-Kommunikation
- Vermeidet Infektionen im Sprechzimmer
- Daten dürfen nicht an die falschen sondern müssen an die richtigen Adressen gelangen
- Fernbehandlung kann auch helfen, Sprachbarrieren zu überwinden
- Bietet Chancen für die Delegation von Leistungen (Bsp. Wundversorgung)
- Bietet auch Chancen im Bereich der Prävention sowie zur Verbesserung der Patientencompliance

Statement: Ärztliche Fernbehandlung bietet vielfältige Chancen, die Versorgung in Hinblick auf den Patientenzugang sowie die Versorgungsqualität zu verbessern. Der persönliche Arzt-Patientenkontakt sollte auch zukünftig ein zentraler und wichtiger Versorgungsbestandteil bleiben. Die Bedenken und Sorgen hinsichtlich des Datenschutzes müssen ernst genommen und entsprechenden technischen Verfahren sowie rechtliche Rahmenbedingungen zur Datensicherheit geschaffen werden. Unter diesen Voraussetzungen entsteht die Akzeptanz, Daten in eine persönliche Gesundheitsakte zu stellen.

Tisch 3.3: Online-Sprechstunde bei Krankenkassen - Werbegag oder Mehrwert für Patienten?

- Wie funktioniert Versorgung in der Zukunft, vor allem im ländlichen Raum? Videosprechstunden können eine mögliche Lösung darstellen.
- Bisherige Angebote (Folgetermine per Videosprechstunde) werden eher zurückhaltend angenommen. Akzeptanz muss sich erst entwickeln, bei Patienten und Ärzten. Was muss kommen, damit sich dies ändert?
- Ältere Patienten müssen einbezogen werden, müssen mit Technik umgehen können.
- Videosprechstunde ergänzend zur normalen Behandlung, aber nicht ersetzend. Hängt jedoch stark davon ab, wie sich die Praxen organisieren. Vom Arzt vorgegebener Timeslots sorgen ggf. für Schwierigkeiten, Patienten möchten nach Bedarf Kontakt aufnehmen. Patient muss Arzt kennen, Vertrauensverhältnis ist entscheidend.
- Überwachung im Alltag muss ggf. nicht durch Mediziner erfolgen, auch Krankenschwestern können dies übernehmen (im Kontext Coaching, Monitoring); Arzt im Hintergrund.
- Aufgaben an Versorgungsteam übergeben; Aufgabenteilung im Team.
- Hausbesuch delegieren an VERAH, diese ist digital mit Arzt verbunden. Muss Arzt sich dafür Zeit freihalten? Oder zwischen den Terminen?
- Transfer der Technik: Von Videokonferenzen im Geschäftsbetrieb hin zu Videosprechstunden in Praxen. Es müssen Themen identifiziert werden, die sich gut eignen, hierfür muss Zeit eingeräumt werden. Echte Umstellung muss erfolgen, nicht nur Anwendung. Bisher: Nischenangebot, Geschäftsfelder müssen gefunden werden.
- Videosprechstunden ohne Erstkontakt: Kritisch, weil bestimmtes Klientel angesprochen wird, das sowieso Ärztehopping betreibt.
- Generationenfrage: Die jetzt 30-Jährigen würden diese Frage ganz anders beantworten, in 10 Jahren sieht die Welt ganz anders aus.
- Zu untersuchen: Wo und bei welchen Indikationen liegt der Mehrwert von haptischen Untersuchungen?
- Videosprechstunden ergänzend, aber nicht ersetzend.
- Beratung von Mediziner bei Krankenkassen kann Mehrwert darstellen, aber problematisch, wenn Patienten dieses Angebot als versorgungsersetzendes Angebot wahrnimmt, jedes Mal einen anderen Arzt an der Strippe hat und dadurch keine Kontinuität gegeben ist.
- Inanspruchnahme eher von jungen, urbanen Menschen.
- Nachfrage entscheidend, Patienten werden dies einfordern, vor allem Abendsprechstunden interessant.
- Problem: Fehlende Bandbreiten im ländlichen Raum.
- Medizinische Beratung durch Krankenkassen: Service und Angebot für Versicherte, erkennbare Effekte (z.B. Zweitberatung: unnötige OPs konnten vermieden werden). Mitarbeiter sprechen die Sprache der Patienten.

- Mehrwert durch Ärzteberatung bei Krankenkassen: Information des Patienten unabhängig vom Internet, evidenzbasierte Beratung, Reduzierung von unnötigen Arztbesuchen, Reduzierung von unnötigen Krankenhausaufenthalten. Beratung steht im Vordergrund, Ärzte haben Zeit für Gespräche, gemeinsame Entscheidungsfindung.
- Sind Krankenkassen hierfür die richtigen Anbieter? Interessenverknüpfung darf nicht vorliegen.
- Ist die technische Einrichtung eine Hürde für die Nutzung?
- Videosprechstunde: Vielleicht sogar kommunikationsfördernd, weil Ärzte sich nicht noch um andere Dinge kümmern; nur das Gespräch ist entscheidend.
- Chance oder Hemmnis für Menschen, die die deutsche Sprache nicht gut sprechen? Chance, weil z.B. ein weit entfernter Arzt konsultiert werden kann, der die Muttersprache spricht.

Statement: Online-Sprechstunden werden sich als ergänzende Maßnahme etablieren, es bedarf jedoch organisatorischer Änderungen in den Praxen, damit daraus ein Mehrwert für den Patienten wird. Ggf. sind Online-Sprechstunden sogar kommunikationsfördernd, weil das Gespräch in den Mittelpunkt des Arzt-Patienten-Kontakts gestellt wird.

Forum IV: Neue Leistungsangebote

Tisch 4.1: Was können gewerbliche Anbieter zum Versorgungsmanagement beitragen?

- Vorstellung: keine Rezepte, keine Beratung, Software-Lösung steht für jeden Arzt offen, leiten Gebühr weiter, bei Firma bleibt Gebühr
- Prozessmanagement verbessern
- Probleme der Haftung?
- Bei Teleclinic haftet der eigene Arzt und Haftpflicht über Teleclinic
- In der Schweiz darf man Rezepte verschicken und Diagnosen telefonisch stellen
- Gewerblicher Anbieter kann Infrastruktur bereitstellen
- QM, Wahrheitsgehalt der Angaben
- Kümmerer: für Ansprechpartner sorgen
- Gewerbliche Anbieter bieten elektronische Kommunikation an
- Kümmerer soll in der Hand des Arztes bleiben
- Böhringer plant Telecoaching mit KK
- Prä- und poststationäres Management
- Zweite Runde:
- Teleclinic biete bei Burn-Out Gespräche an.
- Mediengestützte Therapieformen Stimmung über App direkt an PIA-Arzt, reagiert auf Alarmsignale
- Einsatz in Kinder- und Jugendpsychiatrie
- Elektronischer Arztbrief würde helfen
- Predictive analytics wäre hilfreich
- Sozialarbeit über gewerbliche Anbieter beim Entlassmanagement
- Es gibt einen gewerblichen Anbieter, der bei schizophrenen Patienten die Betreuung übernimmt. Das Problem ist, dies in SGB V zu bekommen.
- Interdisziplinäre Zusammenarbeit
- Wir brauchen Angebote, wie Ärzte zeitlich entlastet werden können, besonders in der Psychiatrie, Schmerz, Rücken

- Berlin Chemie: bietet Beratung über gesetzliche Voraussetzung bezüglich Verordnung
- Schnittstellenthema
- Gesetzliche Restriktionen bei Schnittstellenübergang
- Patienteninteresse muss im Vordergrund stehen
- Elektronische Hilfsmittel können beschleunigen (Röntgenbilderbefund).

Statement: Prä- und poststationärer Übergang, predictive analytics, zeitliche Entlastung der Ärzte: s.o. Problemfelder v.a. : Psychiatrie, Schmerz Rücken.

Tisch 4.2: Ganzheitliches Case Management als Grundlage aktiver Versorgungssteuerung?

- Praktische Erfahrungen: Diabetes mellitus, Hilfsmittelversorgung, Wundversorgung, Wiedereingliederung ins Berufsleben, Entlassmanagement
- Modell in Leipzig > Gerinet
- Case Management wichtig bei komplexen Krankheitsbildern, sektorenübergreifend
- Versorgung soll qualitativ besser werden und auch kosteneffizienter
- Fängt beim Patienten an, ist auch für sich selbst verantwortlich, ist aber manchmal nicht in der Lage dazu
- Zeitproblem der Akteure sowohl im ambulanten als auch im stationären Sektor
- CM hat viel mit „Nichtmedizin“ zu tun, das muss aber auch akzeptiert werden
- Bisherige Delegationsmöglichkeit nicht ausreichend
- Datenweitergabe Status des Patienten stationär, nicht mehr stationär, Problem mit verlorenen Arztbriefen und Krankenversichertenkarten

Statement: Case Management ist notwendig, scheitert jedoch teilweise noch an der Finanzierung (Selektivverträge, innovative Versorgungsverträge). Medizinsystem muss die Kompetenz des Casemanagers mit determinieren und akzeptieren. Case Management ist auch Risikomanagement. Casemanager hat Lotsenfunktion, Querschnittsfunktion - bewusst delegierbar, ärztliche Leistung zu wertvoll. Ärzten fehlt teilweise die weitergehende Vernetzung, Kenntnis über die zehn anderen Sozialgesetzbücher, Reha, Selbsthilfegruppen etc.

Tisch 4.3: Übernehmen nichtärztliche Gesundheitsberufe Teile der Grundversorgung?

- Langjährig bestehender Delegationsgedanke wechselt zu Substitution.
- Entwicklung zu physician assistants (Delegation)
- Weiterer Bereich Pflege
- Bessere kooperative Formen
- Politisch geforderte Aufgabe der Arztzentriertheit
- Teilweise Grundversorgung durch Assistenten möglich
- Haftungs- und Ressourcenfrage

Statement: Die Übernahme von ärztlichen Versorgungsbereichen ist erforderlich, aber ebenso sind gesetzliche sowie Haftungsregelungen notwendig. Die Zusammenarbeit sollte in einem (multiprofessionellen) Team erfolgen, wobei das Erfordernis einer ärztlichen Leitung kontrovers diskutiert wird. Die Delegation ärztlicher Leistungen ist aus Haftungs- und Qualifi-

kationsgründen einfacher zu bewerkstelligen als die Substitution ärztlicher Leistungen. Möglicherweise können auch höher- und akademisch qualifizierte Berufe wie "nurse practitioner" hilfreich sein. Hier sind auch Erfahrungen aus dem angelsächsischen Raum erfolgversprechend. In kleinerem Rahmen erfolgt jetzt bereits die Delegation erfolgreich, z.B. bei den MFAs als "Versorgungsassistentinnen in der Hausarztpraxis" (VERAH).

Forum V: Ambulante Versorgungspfade

Tisch 5.1: Hausarztzentrierte Versorgung - was haben die Patienten davon?

- Runde 1
- Aktuell nehmen ca. 2,1 Mio. Versicherte in Baden-Württemberg an der Hausarztzentrierten Versorgung teil, dies entspricht ca. 20 - 25% der GKV-Versicherten
- Es gibt hinsichtlich der Teilnahme deutliche Unterschiede zwischen einzelnen Praxen und Krankenkassen, Versorgungseffekte sind erkennbar, Patienten wollen sich teilweise nicht "steuern" lassen.
- HZV ist im ersten Schritt für den Hausarzt entwickelt worden und soll dadurch mittelbar auch den Patienten zugutekommen.
- Evaluation des AOK-Vertrags zeigt u.a. positive Effekte im Bereich ambulantsensitiver Krankenhausfälle
- Kritik von Versicherten: Arzt drängt mich zur Teilnahme
- Hauptmotivation für Ärzte: es gibt höheres Honorar, verbesserte Abstimmung zwischen Haus- und Fachärzten kommt den Patienten z.B. durch höhere "FA-Kapazitäten" für die Fälle, in denen sie benötigt wird, zugute
- HZV hat auch Wirkungen auch den Kollektivvertrag: NÄPa als Reaktion auf VERAH
- Runde 2
- Gibt es ein Ziel hinsichtlich der Teilnehmerzahlen? Keine absolute Zahl
- Zielrichtung sind "ältere und kränkere Versicherte", was sich im bisherigen Teilnehmerkollektiv auch abbildet
- Aussage eines Teilnehmers: Ich behandle nur noch teilnehmende Versicherte, nur so konnte ich meine Praxis retten
- HZV-Fortbildung der Ärzte und VERAH kommt den Patienten zugute
- HZV-Verträge verbessern die Rahmenbedingungen für die Praxen (s. Runde 1)
- Selektive Einschreibung von Patienten ist aus Sicht der Teilnehmer nicht sinnvoll
- Praxen mit bestimmten Schwerpunkten nehmen ggf. gar nicht erst an den Verträgen teil
- Frage eines Teilnehmers: Bekommt der teilnehmende Versicherte tatsächlich immer das "beste Arzneimittel" oder überwiegen wirtschaftliche Überlegungen?, PTQZ (Bestandteil der vertraglichen Fortbildungsverpflichtung) leisten wertvollen Beitrag zur hochwertigen Arzneimittelversorgung
- Runde 3
- Aus Patientensicht: wo sind die Vorteile der HZV-Teilnahme?
- Gibt es Unterschiede zwischen eher gesunden und eher kranken Patienten?
- Unmittelbar finanzielle Vorteile wie z.B. Zuzahlungsbefreiungen sind bei eher kranken Patienten spürbar
- Hausarzt ist entscheidender Motivator für die Teilnahme der Versicherten, die pauschalierte Vergütung der HZV versetzt die Praxis in die Lage, den Patienten individuell zu behandeln

- Die Regel: Facharztbesuche erst nach Hausarztbesuch wird von Patienten nicht immer positiv gesehen, andererseits ist es unbestritten, dass viele vom Patienten selber veranlasste Facharztbesuche nicht sinnvoll sind
- Vertrauensvolle Hausarzt-Patientenbeziehung ist Voraussetzung für das Funktionieren und dafür ist Zeit zwischen Hausarzt und Patient erforderlich.

Statement: Patientenvorteile stellen sich indirekt über die positiv befördernden Strukturen der hausarztzentrierten Versorgung für die teilnehmenden Praxen ein, in einzelnen Verträgen werden auch direkte finanzielle Vorteile für teilnehmende Versicherte gewährt. Die verbindliche Lotsenfunktion des Hausarztes, in Verbindung mit der strukturierten Fortbildung innerhalb der HZV, stellt den größten Mehrwert für die Patienten dar. Die HZV kann eine Antwort auf die zunehmend komplexe Versorgungslandschaft sein, in der die Koordination der Versorgung durch die Hausarztpraxis erfolgt.

Tisch 5.2: Facharztverträge - Nutzen für Arzt und Patient?

- Freie Arztwahl wird sinnvoll eingeschränkt
- Patientennutzen ist vorhanden und durch Evaluation belegt
- Weniger Krankenhauseinweisung, Arzneimittel Einsparungen etc.
- Aber sind diese Evaluationen gefärbt?
- Bessere Kommunikation als im Kollektiv, da modernere und verbindlichere Kommunikationswege
- Wettbewerb KV und Selektivvertrag unfair, da die KV weniger Spielraum hat. Die KV muss einfach mehr Mut haben, aktiv zu gestalten. KV muss mehr Dienstleister sein.
- Es gibt und darf keine Diskriminierung von Patienten bei Kollektiv- vs. Selektivversorgung geben.
- Selektivvertrag Wettbewerb um Versorgungskonzepte durch Innovationen
- Im Wettbewerb ist eine Marketingleistung besser zu verkaufen als ein Facharztvertrag. Der Beitragssatz bleibt für den Kunden entscheidend.
- Die positiven Aspekte aus dem Selektivvertrag müssen in das Kollektivvertragssystem übernommen werden.
- Achtung ggf. können Facharztverträge Einkaufsmodelle der Kassen sein und somit ein Risiko für Ärzte darstellen.

Statement: Die Facharztverträge sollen Innovationsschmiede für das kollektivvertragliche System sein.

Tisch 5.3: Integrierte Versorgung - immer noch attraktiv für Krankenkassen?

- Chronische Erkrankungen, Komplexität, Zentrumsmodell, multifunktionelles Team
- Bessere Verzahnung, bereits lange Diskussion, erhöhte Kommunikation zwischen den Akteuren
- Elektronische Patientenakte notwendig
- Besitzstandwahrung, wenig Bereitschaft miteinander zu arbeiten, Datenschutz ist Totschlagargument
- Vor 12 Jahren gab es solch einen gemeinsamen Dialog wie heute gar nicht; man wurde abgewiesen oder an andere Stellen verwiesen; Einführung erster Webcam-Sprechstunde gescheitert; Hauptbremser war Ärztekammer

- Alle Beteiligten sollten an einen Tisch kommen, um gemeinsam Idee zu entwickeln und umzusetzen
- KV sollte sich mehr auf kooperative Modelle einlassen, Finanzierung ändern
- Rechtliche Rahmenbedingungen vereinheitlichen, unterschiedliche Aufsichtsbehörden, BVA beanstandet Verträge - als Hemmnis für Praxisumsetzung
- Innovationsfonds hat falsche Themen bedient, richtige Innovationen werden zu wenig; es bedarf einer Ideenbörse, welche IV-Verträge gut laufen;
- Ärztekammer und KV sollten Innovationen und IV mehr unterstützen
- Datenarchitektur für umfassende Umsetzung ist noch nicht vorhanden
- Anderes Fehlermanagement, Angst vor Transparenz; Umdenken, wie man in diesen vernetzten Strukturen miteinander umgeht; Vertrauen der Akteure untereinander ist notwendig
- VERAH und NÄPAS helfen, Krankenhauseinweisungen zu verhindern
- Die Mehrheit weiß nichts von Angeboten; Versicherte nehmen an, dass Strukturen optimal aufeinander abgestimmt sind - und sind ernüchtert, wenn das nicht der Fall ist;
- Zweite Runde
- Baden-Württemberg und Bayern sind Flächenländer; Zentren ziehen Versorgung aus der Fläche in die Zentren - jetzt stellt man fest, dass die Fläche unterversorgt ist;
- Patienten gezielt ansprechen; Arztnetze sind neben der Zentrenbildung zu forcieren;
- Kassen: Versicherte auf dem Land nehmen weniger Leistungen in Anspruch
- Experimentierfreudigkeit der Kassen hängt von finanzieller Lage ab; Kosten steigen langfristig; wenn Leistungsanspruchnahme verhindert wird, können IV Verträge wirtschaftlich sein;
- Sehr gutes System, allerdings noch nicht effizient genug
- Wie bekommt man die qualitativ bessere Versorgung zustande?
- Zentren könnten kommunale Angebote einbinden; Arztpraxen sollten stärker miteinander vernetzt werden
- Bei MVZ wird übersehen, dass das Arbeitsrecht Hürden setzt (Betriebsräte)
- Tendenz zu Anstellungsverhältnissen, um Verantwortung abzugeben und Work-Life Balance zu ermöglichen
- Regressrisiko, Zulassung auf Zeit und Enteignungsrisiko sind Hemmschuhe für Nachwuchsärzte
- Dritte Runde
- IV sollte auch wirtschaftlich sein; es ist attraktiv und setzt voraus, dass IV auch gelebt wird; je mehr Teilnehmer, desto mehr Veränderung kann ich auslösen; heutiges System setzt auf Schnelligkeit, Apparatedizin und Medikamenteneinsatz aus; Veränderung bedeutet weniger Medikation, mehr Gespräch, Koordination mit anderen Beteiligten
- Probleme: wer bezahlt Koordinationskraft, Sonderleistungen? Vergütungslogik ist Treiber der silomäßigen Versorgung
- Man mutet den Ärzten viel Bürokratie zu
- Palliativversorgung: Palliativteams gehen "auf Jagd" nach Palliativpatienten
- Sektorenübergreifende Versorgung: Bedarfsplanung müsste auch gemeinsame Budgets vorsehen

Statement: Die Versicherten erwarten, dass die Akteure untereinander alle Informationen austauschen und sich vernetzen. Vertrauen kann nur aufgebaut werden, wenn sich die Akteure regelmäßig treffen und gemeinsame Lösungen für die Probleme miteinander diskutieren. Ideal wäre ein §-90a SGB-V Gremium auf operativer Ebene (Teambildung). KV und Ärztekammer sollten Wege aufzeigen, wie IV gelingen kann. Heutige Vergütungssysteme zementieren das Silo- und Sektorendenken. Sektorenübergreifende Bedarfsplanung mit ge-

meinsamen Budgets würde IV stärken bzw. ist die Weiterentwicklung der IV. Elektronische Gesundheitsakte ist die Basis für effektive und effiziente IV. Verbindung von integrierter Versorgung mit kommunalem Setting (Lebenswelt der Versicherten) würde positive Veränderung bedeuten.

Forum VI: Aktive Versorgungssteuerung aus Sicht der Patienten

Tisch 6.1: Was braucht der Patient in der zukünftigen Gesundheitsversorgung?

- Bedarf aus Sicht der Patienten
- Älter, länger lebig
- Demographie
- Kümmerer: andere Personen oder digital
- Mehr nichtärztlicher Mitarbeiter
- Mehr Aufklärung mündige Bürger
- Dichte der Ärzte nimmt ab, besonders Fachärzte
- Angestellte Ärzte, mehr Zentren
- Wie ist der Zugang zum Arzt?
- Naturell der Patienten ändert sich
- Dr. Google
- Ältere Patienten, die nicht mehr kommen können
- Zuzahlungen und Selbstzahlungen
- Online Terminvergabe
- Die Jungen finden unsere Dienstleistung ätzend
- Gesundheit darf was kosten
- Präventive Leistungen
- Zahnärzte besser als Ärzte
- Luxusmedizin
- Nahrungsergänzung etc.
- Prävention billiger als Therapie
- Anspruchsdenken
- Solidarisches Verhalten
- Persönliche Kontakte nehmen ab
- Wer steuert eigentlich Politik und Kostenträger?
- Grundversorgung und Zusatzversorgung
- Versingelungssymptomatik
- Schlechte Kommunikation
- Gemeinsames Denken ist nötig, Anbieter und Kostenträger
- Gesetzgeber muss die Rahmenbedingungen schaffen
- Patient braucht eigene Gesundheitskompetenz
- Wer unterstützt ihn da?
- Der verständliche Beipackzettel
- Gesundheitskompetenz gegen Full-Service-Anspruch
- Guides, die den Patienten begleiten
- Warum braucht man Steuerung, was ist passiert, dass die Menschen nicht mehr alleine zurecht kommen
- Steuerung wird akzeptiert bei Vertrauen in transparente Behandlungspfade, Sicherheit durch Qualitätsmerkmale und Leitlinien
- Eingespielte Prozesse müssen da sein

- Selbsthilfe ist wichtig
- Ehrenamtliche Unterstützung ist notwendig
- Nichtärztliches Personal ist wichtig für die dezentrale Versorgung
- Auch GKV Kassen sollen Leistungen erbringen
- Sollen Kommunen ordnungspolitisch eingreifen?

Statement: Der Patient braucht Steuerung und akzeptiert diese auch, wenn er Vertrauen in transparente Behandlungspfade und eingespielte Prozesse hat. Leitlinien und Qualitätsmerkmale sind dabei hilfreich. Coaching ist wichtig beim Übergang vom stationären Bereich in die Nachsorge. Telemedizin unterstützt diese Prozesse.

Tisch 6.2: Welche Rolle hat der Patientenfürsprecher in der Versorgungssteuerung?

Statement: Der Patientenfürsprecher kann durch Qualitätssicherung indirekt auf die Versorgungssteuerung Einfluss nehmen. In Baden-Württemberg soll in jedem Krankenhaus ein Patientenfürsprecher eingesetzt werden. Eine Ausweitung auf den ambulanten Bereich und auf Pflegeheime wird begrüßt. Der Patientenfürsprecher sollte niedrigschwellig und unabhängig arbeiten. Die Institution Patientenfürsprecher wird sehr positiv bewertet. Ehrenamtliche müssen geschult werden. Klare Finanzierungsregelungen sowie eine Abgrenzung der Tätigkeit sind notwendig.

Tisch 6.3: Was kann Selbsthilfe leisten?

- Selbsthilfe braucht Freiräume, um existieren zu können.
- Selbsthilfe und Entlassmanagement abhängig von regionalen Besonderheiten, in ländlichen Bereichen schwieriger
- Dabei wird die Nachsorge und Vermittlung zu spät aufgegriffen, oft fehlt ein "Kümmerer", die jedoch nicht finanziert werden
- Selbsthilfe kann eine solche Aufgabe nicht übernehmen, da viel Wissen erforderlich ist
- In Selbsthilfe Kontinuität oft nicht sichergestellt
- Selbsthilfe scheitert immer wieder an Selbstüberforderung, macht oft zu viel
- Selbsthilfe im Krankenhaus wird zu wenig geschätzt und gefördert, vor allem für zwischenmenschliche, emotionale Unterstützung.
- Selbsthilfe sind Experten für Krankheitsbewältigung.
- Ehrenamt und Hauptamt sollten sich ergänzen, nicht gegenseitig "ausgespielt" werden.
- Ein Kümmerer sollte Hauptamtlich da sein, um Ausfälle im Ehrenamt überbrücken zu können und dieses unterstützen.
- Kassen können die Aufgabe des Kümmerers übernehmen, verweisen dabei auf Selbsthilfe, die vor Ort den persönlichen Kontakt aufnehmen und pflegen. Selbsthilfe hat dabei einen besseren Zugang durch die eigene Erfahrung.
- Selbsthilfe kann Aufgaben im KH übernehmen z. B. Geriatrie, die KH nicht übernehmen kann, z. B. die langen Zeiten im KH mit den Patienten zu überbrücken.
- Schnittstelle (ambulant – stationär) kann mit Selbsthilfe besser überbrückt werden.
- Die Kompetenz darf gegenseitig nicht in Frage gestellt werden, ergänzen sich dann optimal.

- Die Zusammenarbeit sollte möglichst früh beginnen, möglichst schon bei Aufnahme ins Krankenhaus.
- Bei immer mehr chronisch Kranken mit Behinderung ist die Begleitung bei zunehmender sozialer Isolation sehr hilfreich.
- Selbsthilfe soll nicht zu sehr bürokratisiert werden.
- Selbsthilfe kann Eigenverantwortung der Patienten stärken, vor allem bei Umstellung des Lebens nach schwerer Erkrankung, kann Wege in neue Lebensgestaltung unterstützen.
- Krankenhäuser unterstützen Selbsthilfe zu wenig, da diese Abläufe im KH stören würde. Kein Geld für Koordination mit der Selbsthilfe. Ähnlich auch in der ambulanten Versorgung.
- Krankenhäuser befürchten möglicherweise, dass Selbsthilfe in allen Abteilungen etabliert werden soll.
- Selbsthilfe zeigt möglicherweise durch den engen Kontakt mit den Patienten Versorgungs- und Qualitätslücken im KH auf
- Bei Suchthilfe ist Selbsthilfe besser integriert und funktioniert.
- Dilemma der Selbsthilfe: Eigenengagement - übergreifende Organisation
- Dabei die Frage: Wer vertritt Selbsthilfe in politischen Gremien, damit sie eine Stimme bekommt für die Selbsthilfe, wie kann Selbsthilfe besser koordiniert werden, so dass sie nicht nur regional organisiert ist?
- Selbsthilfe stellt den Patienten in den Vordergrund, hat oft sehr schnellen Zugang zum Patienten.
- Selbsthilfefreundliches Krankenhaus kann durch Landkreis gefördert werden, da diese als (kostenlose) Unterstützung erlebt wird.
- Selbsthilfe kann Bindeglied zwischen KH und ambulanter Nachsorge sein.
- Selbsthilfe kann ergänzend tätig sein, dem betroffenen Patienten vieles in Ergänzung zum Arzt erklären.
- Selbsthilfe ist unverzichtbar, wenn Projekte/Programme, z.B. Organspende, durch Vernetzung und Kontakte vor Ort in die Fläche gebracht werden sollen.
- Patient lernt über andere Betroffene, wie andere mit derselben Krankheit umgehen, kann Sorgen entlasten.
- Angehörigenselbsthilfe ist wichtig, um diese zu stabilisieren und zu entlasten.
- Selbsthilfe kann Arzneimittelhersteller unterstützen, z.B. die Beipackzettel verständlich zu formulieren und kann den "informierten Patienten" stärken
- Selbsthilfe sollte mehr bekannt gemacht werden.
- Selbsthilfe ist keine Konkurrenz /Gegner zu den Profis.

Statement: Selbsthilfe stellt den Patienten in den Mittelpunkt, ist ein Experte für die Erkrankung und gibt sozialen, zwischenmenschlichen Halt. Die Zuwendung, fördert dadurch den Genesungsprozess.

Anmerkung: Bei den vorliegenden Stichpunkten handelt es sich um die Notizen der Tischgastgeber. Die Texte wurden nicht redigiert. Für einen besseren Lesefluss wurden lediglich Tippfehler korrigiert, sowie einige Formatierungen angepasst. Die Auflistungen erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Es handelt sich bei den Protokollen um eine Momentaufnahme der Diskussionen während des Landeskongress Gesundheit.