



*Förderverein für ärztliche Fortbildung in Rheinland-Pfalz
Akademie für ärztliche Fortbildung Mainz*

Ambulantisierung der Medizin - Chance zur besseren Kooperation an den Sektorengrenzen?

Strategien aus Sicht der Krankenhausträger

Dr. Günter Merschbächer
Geschäftsführer
Marienhaus Kliniken GmbH
13. Juni 2017

- Die Rechtslage: Was kann/darf ein Krankenhaus ? - Was nicht ?
- Rahmenbedingungen der Demographie
- Handlungsansätze „an den Sektorengrenzen“

- ***Die Rechtslage: Was kann/darf ein Krankenhaus ? - Was nicht ?***
- Rahmenbedingungen der Demographie
- Handlungsansätze „an den Sektorengrenzen“

§ 39 SGB V Krankenhausbehandlung



(1)... Versicherte haben Anspruch auf vollstationäre oder stationsäquivalente Behandlung durch ein nach § 108 zugelassenes Krankenhaus, wenn die Aufnahme oder die Behandlung im häuslichen Umfeld nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann...

Ambulante Behandlung – Was kann/darf ein Krankenhaus tun? - I -



- § 39 SGB V: teilstat. Leistungen (z. B. Dialyse, Chemo's, Geriatr. TK)
- § 75 SGB V: amb. Notfallbehandlung
- § 95 SGB V: MVZ – Medizinische Versorgungszentren
- § 115a SGB V: vor- und nachstationäre Behandlung
- § 115b SGB V: ambulantes Operieren
- § 116 SGB V: Ermächtigung von Krankenhausärzten

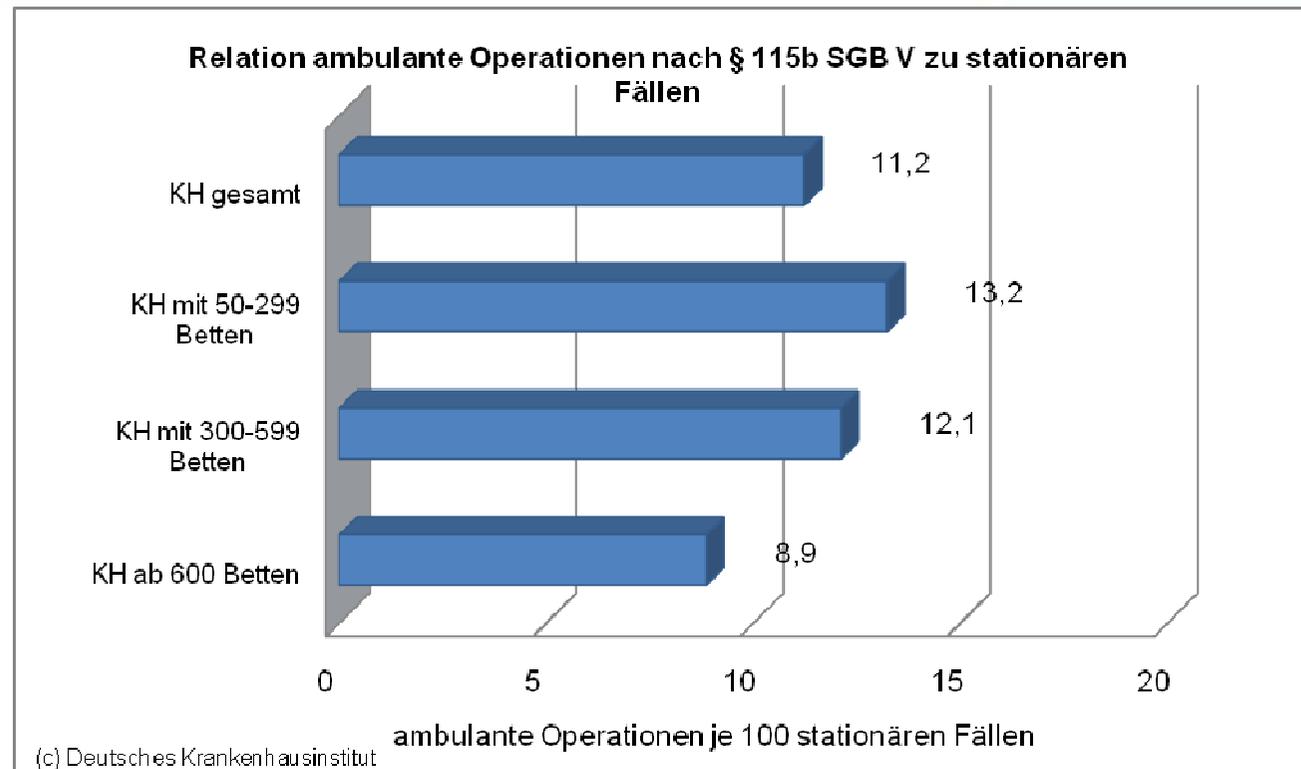
Ambulante Behandlung – Was kann/darf ein Krankenhaus tun? - II -



- § 116b SGB V: Hochspezialisierte Leistungen, seltene Erkrankungen ...
- § 117 SGB V: Hochschulambulanzen
- § 118 SGB V: Psychiatrische Institutsambulanzen
- § 119 SGB V: Sozialpädiatrische Ambulanzen
- § 37 SGB V: Spezialisierte ambulante Palliativversorgung
- Sonstige: z. B. DMP, IV, Behindertenhilfe, etc.

Ambulante OP's § 115 b

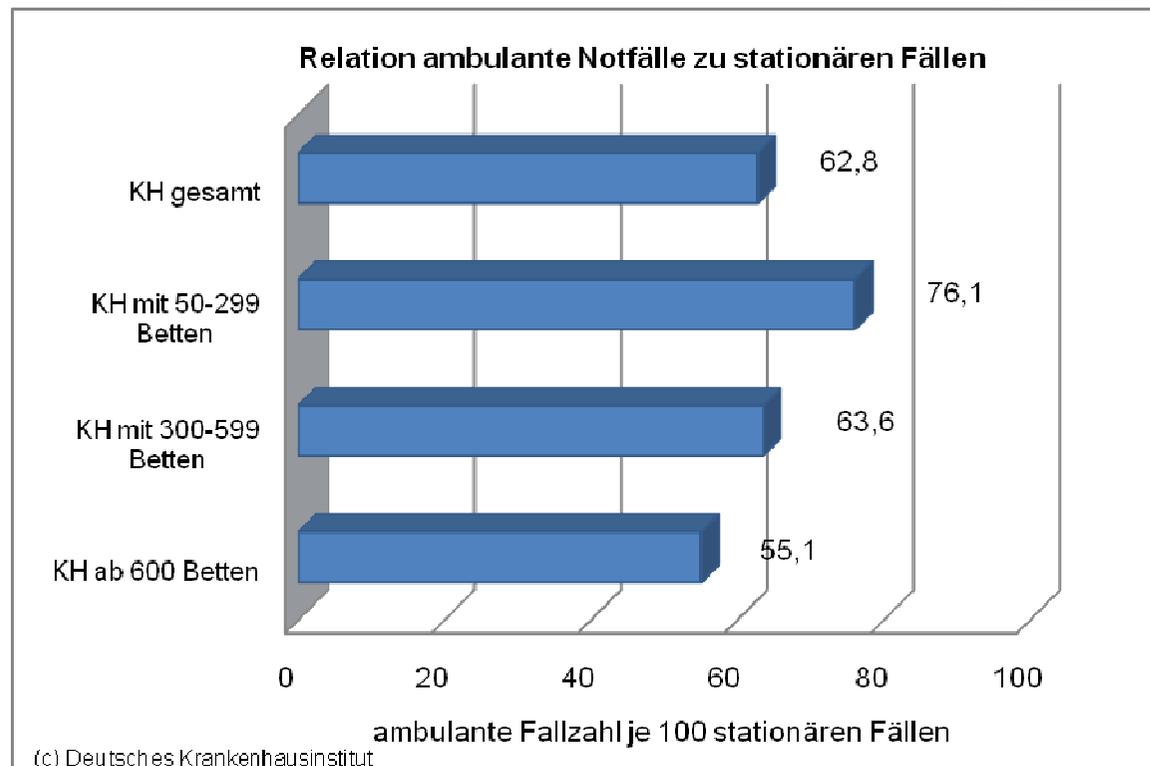
(DKI Krankenhausbarometer 2010/2011)



Relation zwischen ambulanten Operationen nach § 115b SGB V zu den stationären Leistungen ist bei KH ab 600 Betten am geringsten und in KH mit 50-299 Betten am größten

Ambulante Notfälle

(DKI Krankenhausbarometer 2010/2011)



Die Relation zwischen ambulanten Notfallzahlen und stationären Fallzahlen nimmt mit steigender KH-Größe ab

- Die Rechtslage: Was kann/darf ein Krankenhaus ? - Was nicht ?
- ***Rahmenbedingungen der Demographie***
- Handlungsansätze „an den Sektorengrenzen“

Entwicklungsprognosen ländlicher Raum

Bevölkerungszahl in Rheinland-Pfalz bis 2020

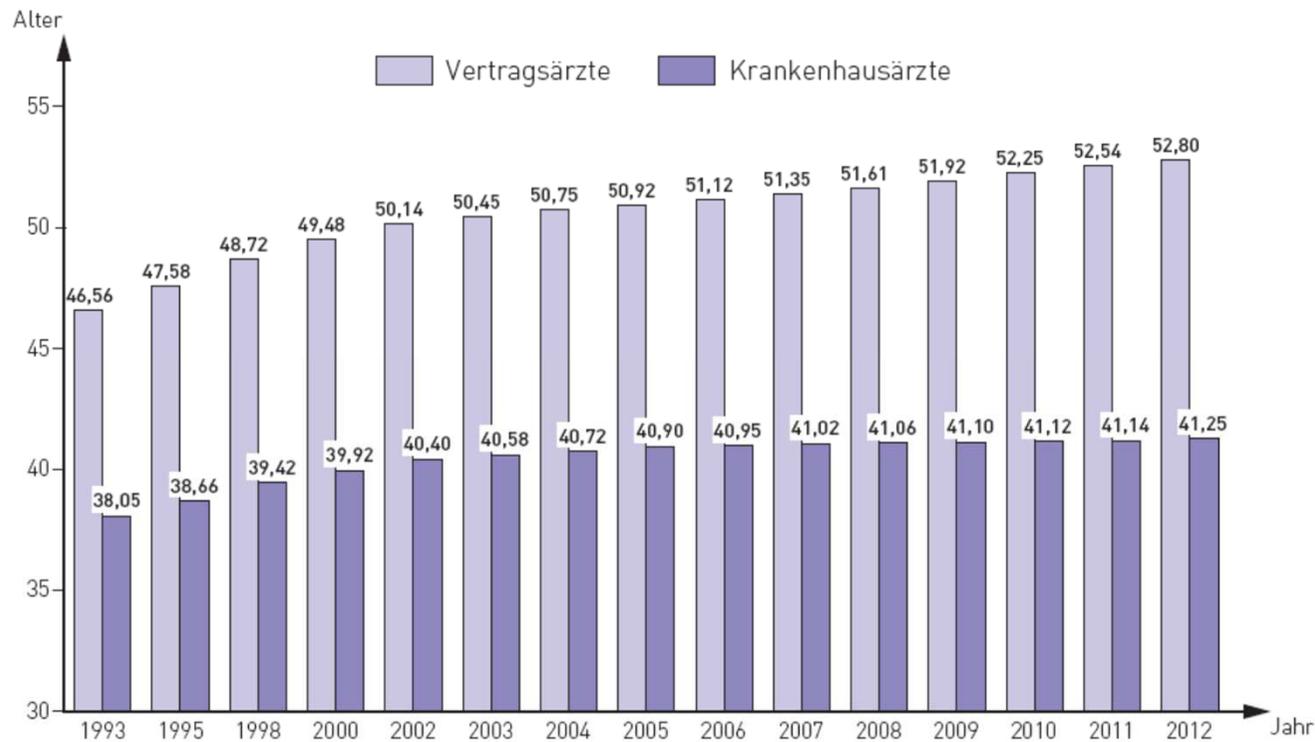


- Einwohnerzahl etwa 3,9 Mio. → Rückgang von etwa 2 %*
- Besonders starker Rückgang in folgenden (ländlichen) Kreisen:
 - Altenkirchen (- 6%)
 - Birkenfeld (- 9 %)
 - Eifelkreis Bitburg-Prüm (- 5%)
 - Kusel (- 10%)
 - Rhein-Lahn-Kreis (- 5%)
 - Südwestpfalz (-9 %)
 - Vulkaneifel (- 7%)
 - Zweibrücken (- 8%)

* Statistisches Bundesamt sowie Versorgungsatlas 2012 der KV RLP

Aktuelle Situation der medizinischen Versorgung

Abbildung 5: Durchschnittsalter der Ärzte



Quelle: Statistik der BÄK und der KBV

Basis: Unter 69-jährige Ärzte

Entwicklungsprognosen ländlicher Raum

- Demographische Entwicklung
 - 33 % mehr 65-Jährige und Ältere bis 2030*
- Ärzte- / Fachkräftemangel in strukturschwachen / ländlichen Regionen
- Struktur- und Marktwandel
„Ambulantisierung“ der stationären Grundversorgung
 - ➔ akute wirtschaftliche Problemen speziell der ländlichen Grundversorger
 - ➔ drohende Standortschließungen
 - ➔ Gefährdung einer flächendeckenden stationären und ambulanten Versorgung



* Quelle: destatis (Demografischer Wandel in Deutschland, Heft 1, 2011)

Versorgungsforschung für die Modellregion Hermeskeil

Altersstrukturprognose Ärzteschaft (je Fachgruppe)

Altersstrukturprognose Ärzteschaft (je Fachgruppe)

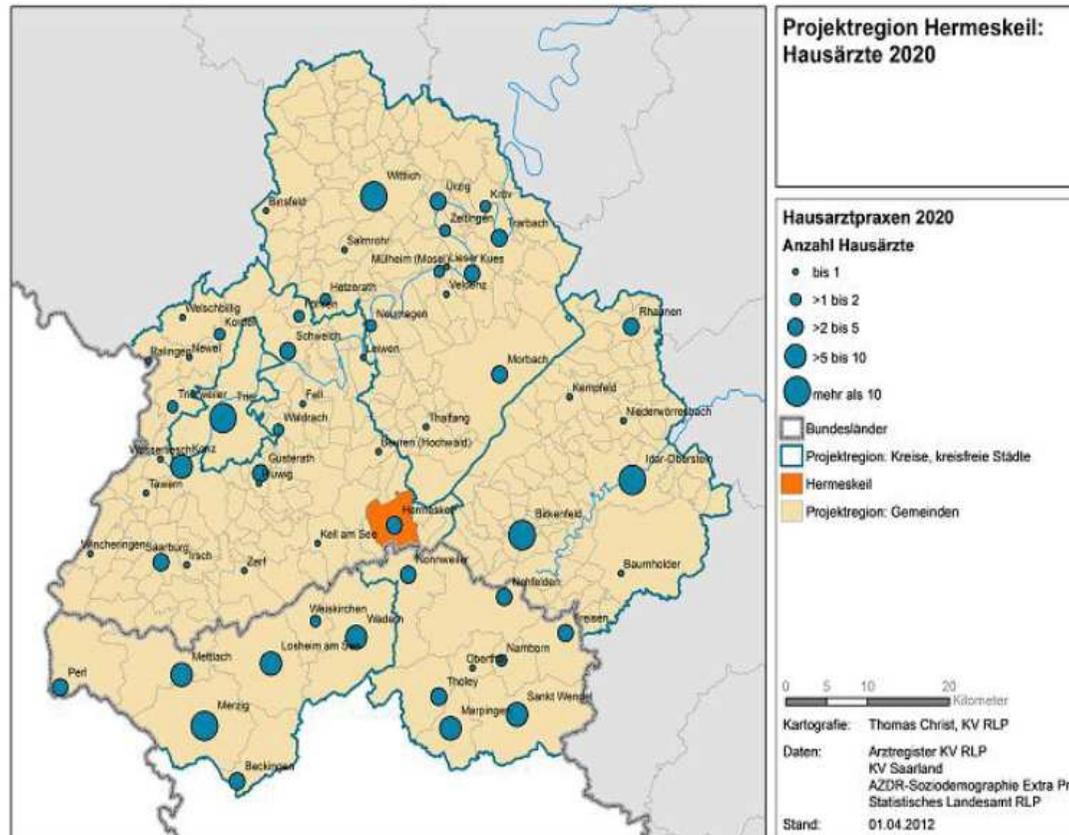
FACHGRUPPE	Anzahl Versorgungsaufträge (Vollzeitäquivalente)	mittleres Alter (Median)	Wiederbesetzungsbedarf / simulierte Ausscheidequote bis 2020 (%) *
Anästhesisten	18	49	18,1
Augenärzte	39,5	51	26,6
Chirurgen	28,5	57	52,6
Frauenärzte	74,75	52	32,1
Hautärzte	22	52,5	18,2
HNO-Ärzte	26	53	30,8
Internisten fachärztlich	59,5	54	34
Kinderärzte	34,5	51	20,3
Nervenärzte	29	52	34,5
Orthopäden	36	51	27,8
Psychotherapeuten	106,375	53	30,7
Radiologen	18	49,5	27,8
Urologen	21	49	23,8
Hausärzte	409,125	54	39,4

*: unter der Annahme eines Ausscheidens aus der vertragsärztlichen Versorgung im Alter von 65 Jahren

Quelle: Kassenärztliche Vereinigungen Rheinland-Pfalz/Saarland, 2012, zusammengestellt von Thomas Christ

Versorgungsforschung für die Modellregion Hermeskeil

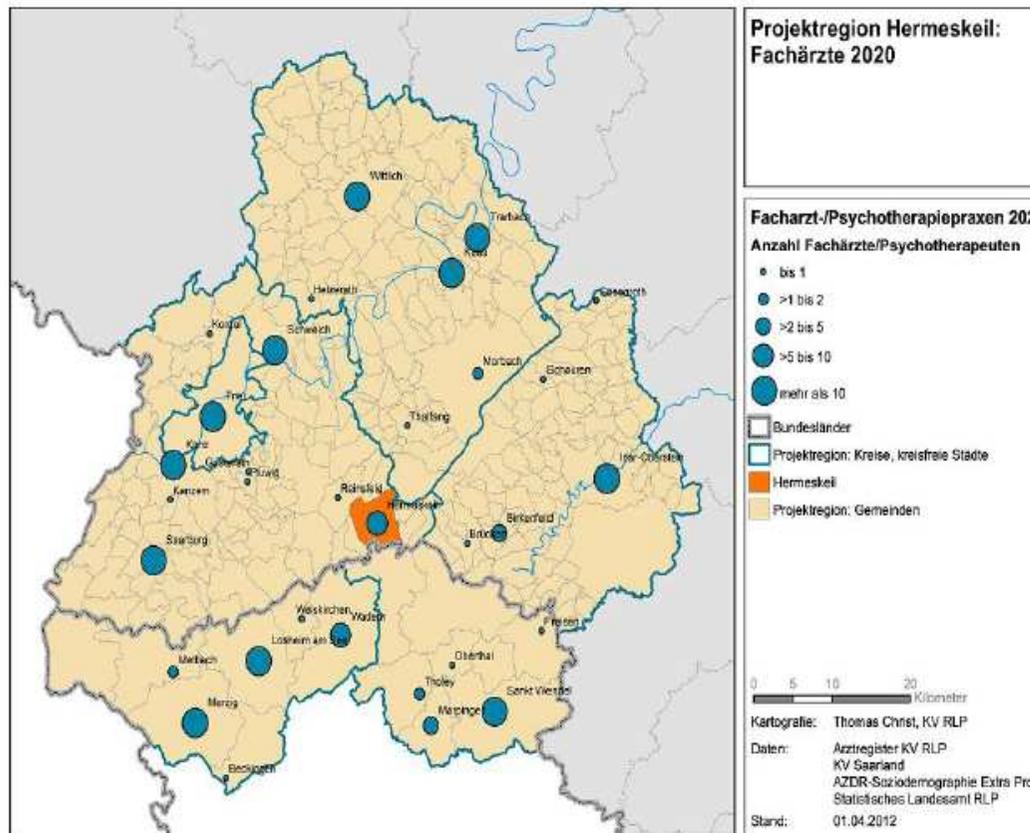
Räumliche Verteilung der Hausarztpraxen 2012/2020



Quelle: Kassenärztliche Vereinigungen Rheinland-Pfalz/Saarland, 2012, zusammengestellt von Thomas Christ

Versorgungsforschung für die Modellregion Hermeskeil

Räumliche Verteilung der Facharztpraxen 2012/2020



Quelle: Kassenärztliche Vereinigungen Rheinland-Pfalz/Saarland, 2012, zusammengestellt von Thomas Christ

Rahmenbedingungen der Gesundheitsversorgung - stationär

Besondere Herausforderungen



- Verlagerung von der stationären in die ambulante Versorgung
- Zunehmende Mobilität der Patienten
- Demographische Entwicklung (Mitarbeiter: work-life-balance; Patienten)
- Mindestmengen / Qualitätsanforderungen / Zertifizierungen
- Eingeschränkte Möglichkeiten für Mengensteigerungen und Spezialisierungen
- DRG-Kalkulationsmethodik (keine ausreichende Refinanzierung von Vorhaltekosten, Fixkosten, Sicherstellungsfunktion, Bereitschaftsdienste etc.)
- Eingeschränkte Attraktivität des Arbeitsmarktes „Ländliches Krankenhaus“:
 - Kleinere Kliniken decken meist nicht die volle Weiterbildung zum Facharzt ab
 - Relativ viele Bereitschafts-, Wochenend- und ggf. Notarztdienste
 - Höhere Attraktivität von Städten und Metropolen

Rahmenbedingungen der Gesundheitsversorgung - ambulant Herausforderungen vertragsärztlicher Versorgung

- Demographischer Wandel
 - Ärztemangel / nichtärztliches Fachpersonal
 - Pflegefachkräftemangel
 - Multimorbidität
 - Bereitschaftsdienstorganisation
- ➔ Sicherstellung der vertragsärztlichen wohnortnahen, medizinischen Versorgung der Bevölkerung!



Rahmenbedingungen der Gesundheitsversorgung - ambulant Bevölkerungsentwicklung

„Der wohl **größte gesellschaftliche Wandel** wird auch das System der vertragsärztlichen Versorgung vor **große Herausforderungen** stellen. Die zu versorgende Bevölkerung wird zahlenmäßig zwar **weniger, jedoch älter** und wird sich noch mehr auf die Ballungsräume konzentrieren. Diese **Strukturveränderungen** werden regional sehr unterschiedliche Auswirkungen auf die vertragsärztliche Versorgung haben. **Insbesondere in den ländlich strukturierten und peripher gelegenen Gebieten** wird sich eine **Bevölkerungsstruktur** ergeben, die trotz Bevölkerungsrückgang, bedingt durch ihren **Altersaufbau, einen steigenden Bedarf an wohnortnahen medizinisch ambulanten Leistungen** nachfragen wird.“



- Die Rechtslage: Was kann/darf ein Krankenhaus ? - Was nicht ?
- Rahmenbedingungen der Demographie
- ***Handlungsansätze „an den Sektorengrenzen“***

Lösungsansätze



- Intersektorale Schnittstellen (Bereitschaftsdienstzentrale, Notaufnahme)
 - Ambulante Leistungserbringer am / im Krankenhaus
 - Ausbau Belebabteilungen / interdisziplinäre Belegabteilungen (Meisenheim)
 - EDV-gestützte Schnittstelle Krankenhaus / Niedergelassene
 - Telemedizin (Kardio-Netzwerk Eifel; Lungen-Netzwerk KO,.....)
 - Verbundweiterbildung (z.B. Ahrtal)
 - MVZ des Krankenhauses
-

Entwicklung intersektoraler Versorgungskonzepte

• Verbundweiterbildung

- Regionale Weiterbildungscluster unter Berücksichtigung bestehender regionaler Strukturen
- Zentrale Unterstützung der Weiterbildungspartner
...Entwicklung / Vorhaltung und ggf. Anpassung der Ausbildungsverträge
...Unterstützung bei der Beantragung von Fördermitteln etc.

Ausbauoptionen

- Sozialdienst
- Mobiler Pflegedienst / Kurzzeit- & Tagespflegeplätze
- Kindertagesstätte am Zentrum
- Transsektorale (Teilzeit-) Arbeitsplätze am Zentrum
- BGM
- Hebammenpraxis i. V. m Gynäkologie-Praxis am Zentrum
- Physiotherapie (mit Praxis am Zentrum)



Entwicklung intersektoraler Versorgungskonzepte



- Spezifische „**Betrachtung der Region**“, in der ein intersektorales Versorgungskonzept aufgebaut werden soll
 - **Einrichtungsspezifische** Anpassung des integrativ-medizinischen Leistungsspektrums
 - **Standortbezogene** Ergänzung um nicht-medizinische Dienstleistungen
- **Ziel:** Medizinstrategischer Aufbau einer ambulanten / stationären (Notfall-) Versorgung in ländlichen teils „strukturschwachen“ Regionen einschl. erforderlicher Stützprozesse

Ausblick

Künftige Effizienz des Gesundheitswesens notwendig

„Deutschland hat ein weltweit (nahezu) einzigartiges System der fragmentierten (kleinteiligen) Versorgung“ (*Michael Philippi*)



stärkere Vernetzung innerhalb der Sektoren und über Sektorengrenzen hinweg



Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum

Standortindividuelle Lösungen

Vor- und nachstationäre Behandlung § 115a SGB V

Ambulantes Operieren § 115b SGB V

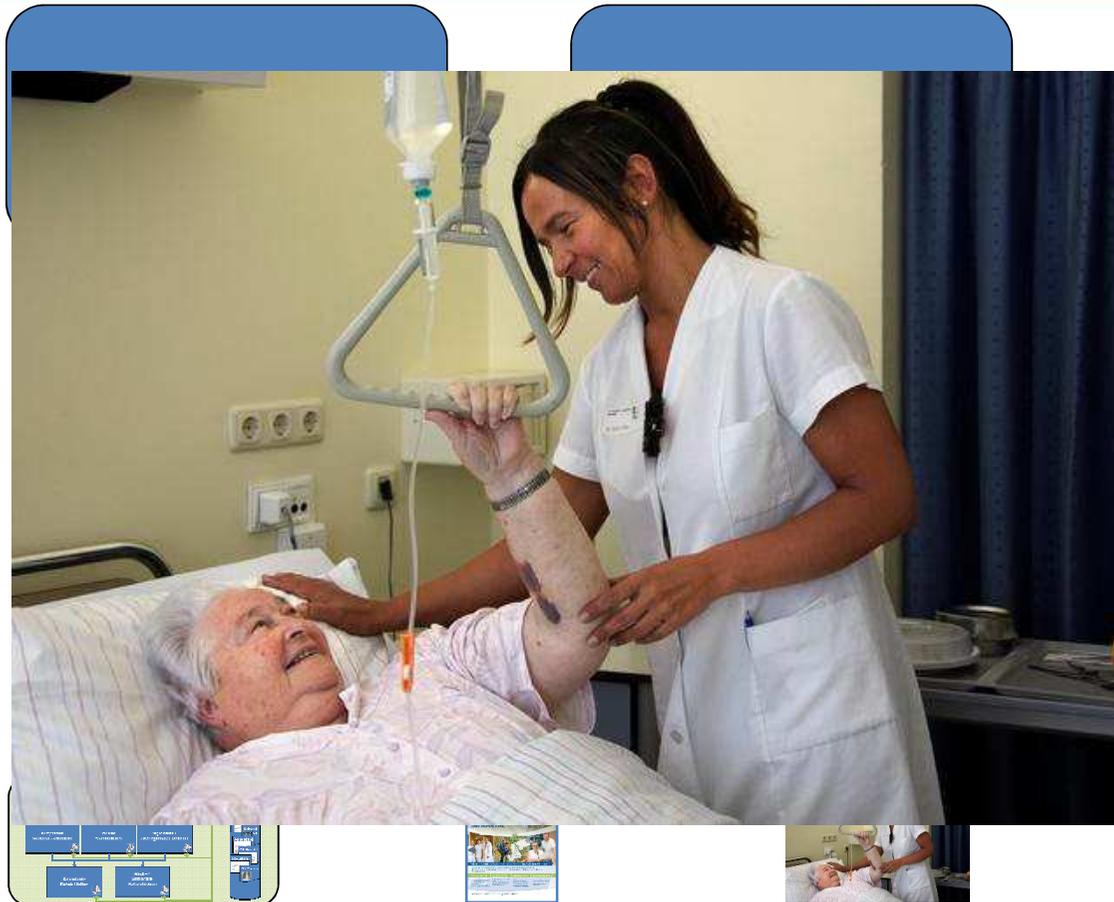
Institutions-Ermächtigung § 116a SGB V

Hochspez. Leistungen § 116b (2&3) SGB V

Psychiatrische Institutambulanz § 118 SGB V

Sozialpäd. Zentren § 119 SGB V

Amb. Behandlung Behindertenhilfe § 119a SGB V



Behandlung in Pflegeeinrichtung § 119b SGB V

Belegarztwesen § 121 SGB V § 121 (3) SGB V

Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen und Leistungen der integrierten Versorgung § 120, § 140c

Integrierte Versorgung § 140a, § 140b SGB V

SAPV § 37b SGB V

Schwester AGnES § 87 SGB V