

**5. Dezember 2019**



**„Neue Versorgungsstrukturen im ländlichen Raum“  
(zur Aufrechterhaltung einer wohnortnahen Versorgung)**

**Otto Melchert**  
**Kommunalberater ambulante Versorgung**



# Damit fing alles an: Krankenhausstrukturgesetz (KHSG)

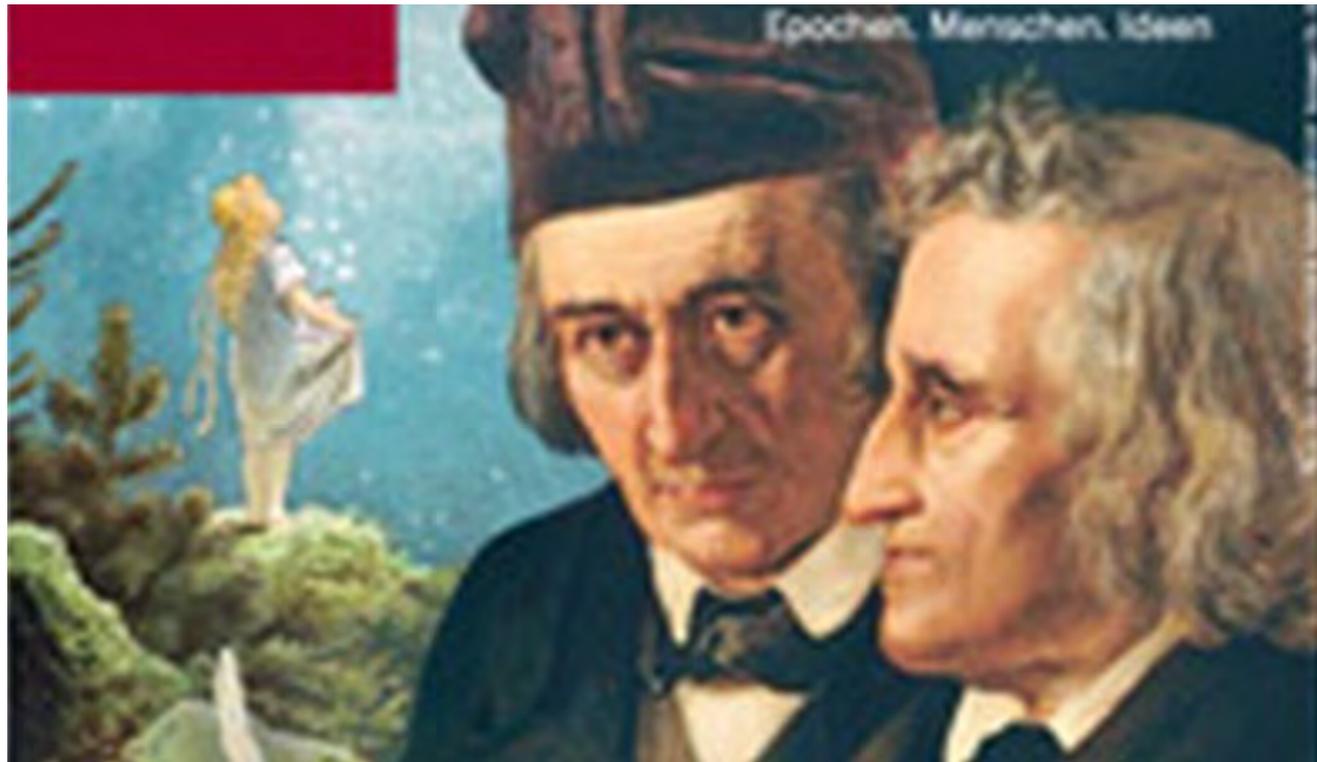
Alles wird gut – mindestens besser?



# Wohnortnahe Versorgung sichern! Aber wie?

- **Krankenhausversorgung**

„Es war einmal“ ein  
Versorgungsauftrag lt. Krankenhausplan!?!“



# Medizinische Entwicklung

- **Ambulantisierung**
  - **EU-Vergleich Busse/Berger 2018  
Krankenhaus-Report**
  - **AOP (MDK-Gesetz)**
    - **Neuer Katalog durch Studie (heute 2.972 Prozeduren Quelle DKG)**
    - **Prüfungsfrei und gleiche Vergütung**
      - **Schweregraddifferenzierung!**
      - **Allg. Tatbestände wie soziale Faktoren und med. Begleitumstände?**
      - **Stationär?**
        - **Prüfquote und Strafzahlungen!!!**

# Medizinische Entwicklung

- **Ambulantisierung**
  - **Neue Versorgungsformen und Digitalisierung**
    - z. B. HerzEffekt MV (Regelversorgung ?)

# Lawine 1



Quelle: ISPO.com

# MDK-Reformgesetz

- **Strukturprüfung ersetzt Einzelfallprüfungen**

- Zudem soll eine sogenannte Strukturprüfung die Einzelfallprüfungen ersetzen. „Bisher werden strukturelle Voraussetzungen der Leistungserbringung (zum Beispiel die Verfügbarkeit bestimmter Diagnose- oder Behandlungsmöglichkeiten) regelhaft im Rahmen von Einzelfallprüfungen durch den MDK geprüft“, heißt es dazu im Gesetz. „Dies führt zu erheblichem Aufwand und teils auch zu fehlender Planbarkeit bei den Krankenhäusern wie den Krankenkassen bezüglich der Abrechnungsbefugnis für bestimmte Leistungen.“
- Die Prüfung, ob ein Krankenhaus erforderliche strukturelle Voraussetzungen der Leistungserbringung erfüllt, soll vom MDK daher künftig nicht mehr in jedem Einzelfall vorgenommen werden, sondern in

**Strukturprüfungen**, die in regelmäßigen Abständen durchgeführt werden. Krankenhäuser,

die nach einer Strukturprüfung **die strukturellen Anforderungen nicht erfüllen, dürfen die Leistungen nicht vereinbaren und nicht abrechnen**

© fos/aerzteblatt.de

# MDK-Reformgesetz

- **Vor der Klageerhebung steht ein Falldialog**
  - Häufig hat der MDK in der Vergangenheit Krankenhausrechnungen beanstandet, weil aus seiner Sicht auch eine ambulante Behandlung des Patienten möglich gewesen wäre.
- **DKG, Kassenärztliche und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung sowie der GKV-Spitzenverband** werden nun beauftragt, bis zum 30. Juni 2021 einen Katalog für ambulante Operationen und stationersetzende Eingriffe auf der Grundlage eines gemeinsam in Auftrag gegebenen Gutachtens zum Stand der medizinischen Erkenntnisse zu vereinbaren.
- **Ziel ist es, die Möglichkeiten der Krankenhäuser, Leistungen ambulant durchzuführen, auszuweiten. Der Katalog sei künftig in regelmäßigen Abständen an den Stand der medizinischen Erkenntnisse anzupassen, hieß es.**
  - Leistungen, die Krankenhäuser auf der Grundlage des Katalogs ambulant statt stationär durchführen, unterliegen nicht der Prüfung durch den MDK. Zudem werden Krankenhäuser und Krankenkassen vor einer Klageerhebung vor den Sozialgerichten dazu verpflichtet, einen Falldialog durchzuführen. © *fos/aerzteblatt.de*

# MDK-Reformgesetz

- **Krankenhäuser sollen Strafen zahlen**

- Künftig müssen die Krankenhäuser eine Strafzahlung in Höhe von zehn Prozent der Differenz zwischen dem ursprünglichen und dem geminderten Abrechnungsbetrag, mindestens jedoch in Höhe von 300 Euro pro Fall entrichten, wenn der MD eine Abrechnung beanstandet. Bislang müssen nur die Krankenkassen eine Strafe von 300 Euro bezahlen, wenn eine von ihnen als falsch bewertete Abrechnung vom Medizinischen Dienst nicht beanstandet wurde.

- „Durch die Regelung wird bereits für das Jahr **2020 ein Aufschlag** festgelegt, den die Krankenhäuser zusätzlich zu der Differenz zwischen dem ursprünglichen und dem geminderten Abrechnungsbetrag an die Krankenkassen zu zahlen haben“, heißt es in der Gesetzesbegründung. **Durch die Regelung werde den Krankenhäusern „ein Anreiz für eine regelkonforme Rechnungsstellung“ gesetzt.** . © fos/aerzteblatt.de

# Stationäre Notfallversorgung

- **G-BA beschließt gestuftes Notfallsystem**
  - **3-stufig**
    - **Stufe I - Basisnotfallversorgung**
    - **Stufe II - erweiterte Notfallversorgung**
    - **Stufe III - umfassende Notfallversorgung**
    - **Die Nichtteilnahme wird einen Abschlag auslösen**
    - **Zudem gibt es Regelungen, die Krankenhäuser vom Abschlag befreien, ohne einen Zuschlag zu gewähren (spezielle Notfallversorgung)**
    - **Sonderregelung für Kindernotfallversorgung**

**Sicher ist nur: Vorhaltung kann nicht refinanziert werden!!!**

# Wohnortnahe Versorgung

## Rettet der Sicherstellungszuschlag?

- **Faktischer Leistungsausschluss**
  - **Fehlende Zentrumsvoraussetzungen**
  - **Krankenhausplanung versus Kooperation**
  - **Steuerung der Kostenträger unter Kostenaspekten**

## **Krankenhäuser gemäß § 9 Abs. 1a Nr. 6 KHEntgG (Sicherstellung)**

- **120 Kliniken erhalten 2020 gem. Vorgaben GBA Zuschlag**
  - **400.000 €**
  - **M-V ca. 66 %**

# Lawine 2



Quelle: ISPO.com

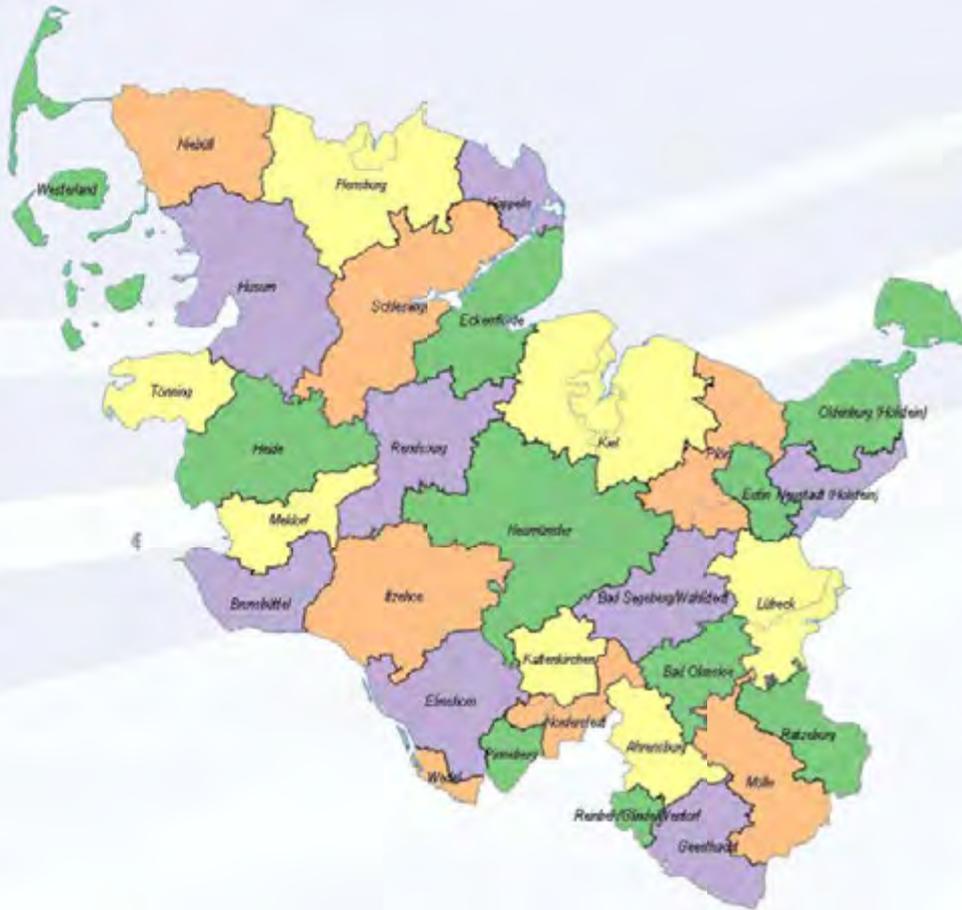
# Wie wird die Primär-/Hausarztversorgung gesichert?



# Situation in Schleswig-Holstein

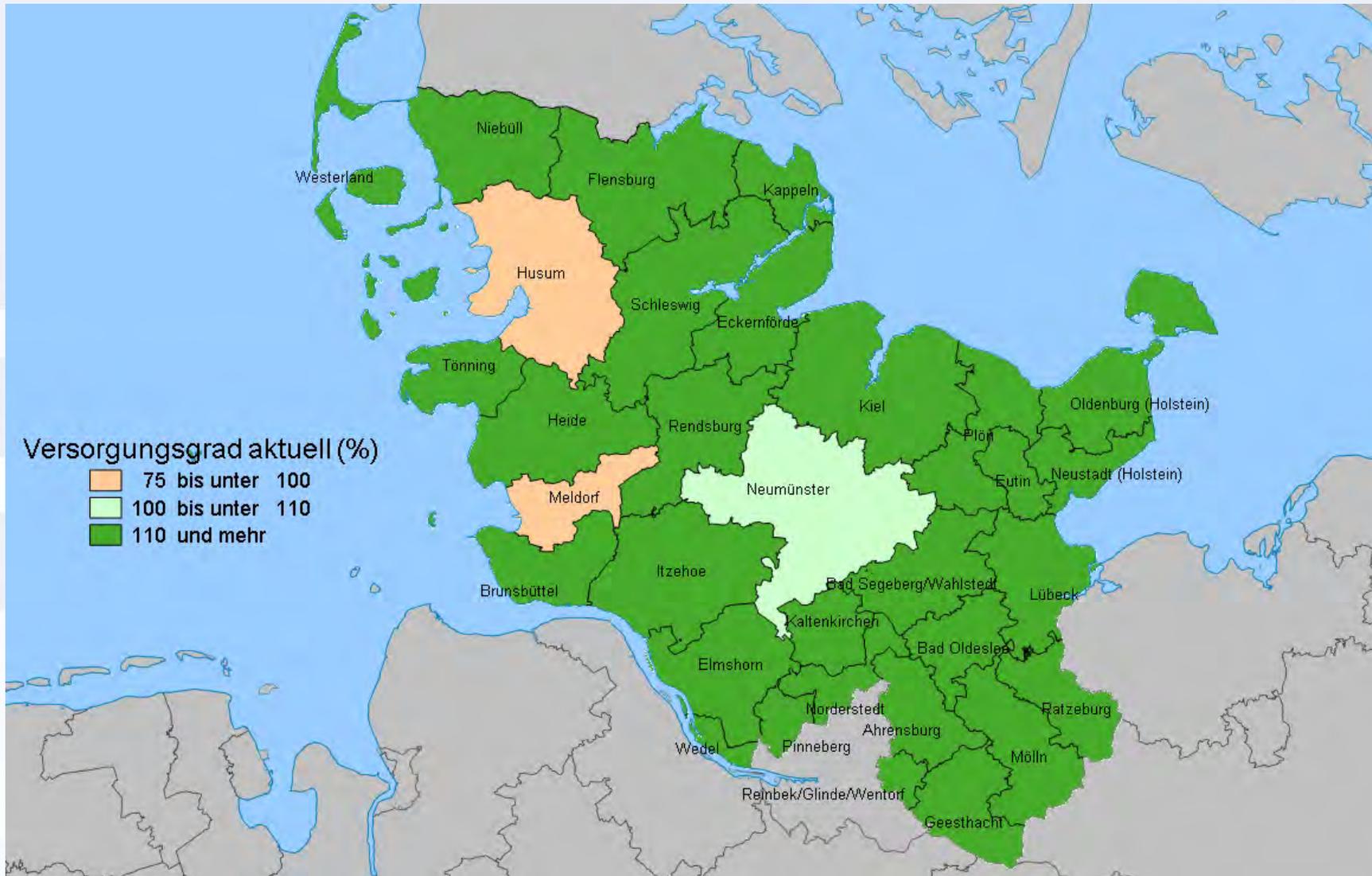
- ca. 2.000 Hausärzte, 3.600 Fachärzte
- ca. **620** Hausärzte mind. 60 Jahre alt (ca. 31%)
- zu wenig Facharztanerkennungen im Bereich Allgemeinmedizin pro Jahr für die notwendigen Nachfolgen und den zukünftigen Bedarf aufgrund der demografischen Entwicklung (2017: 56; 2018: 43)
- bundesweiter Trend, d.h. bundesweite Konkurrenz
- in der fachärztlichen Versorgung haben lediglich die Psychotherapeuten einen höheren Altersschnitt, aber derzeit noch überwiegend genügend Bewerber

# Bedarfsplanung Hausärzte

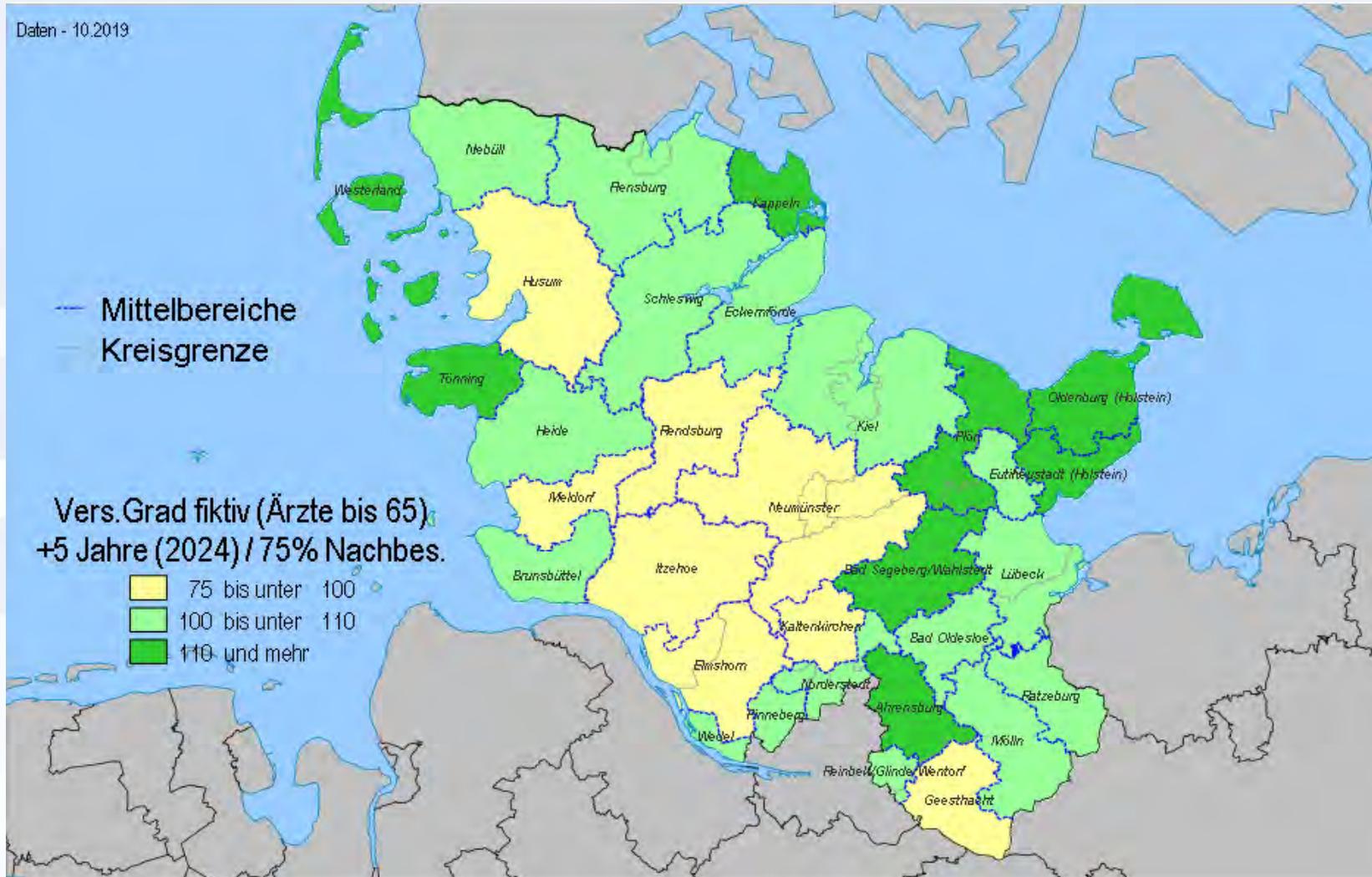


- Planungsregionen sind die Mittelbereiche
- Mittelbereiche werden vom Land vorgegeben (Zentralörtliches System)
- In SH wird an einer Stelle abgewichen (Inseln in NF)
- in der Vergangenheit 24 von 26 Planungsregionen wegen Überversorgung fast durchgängig gesperrt
- Stand heute:  
geöffnet sind nur die Mittelbereiche Husum, Meldorf und Neumünster (Antrag liegt vor)

# Bedarfsplanung Hausärzte (10/2019)



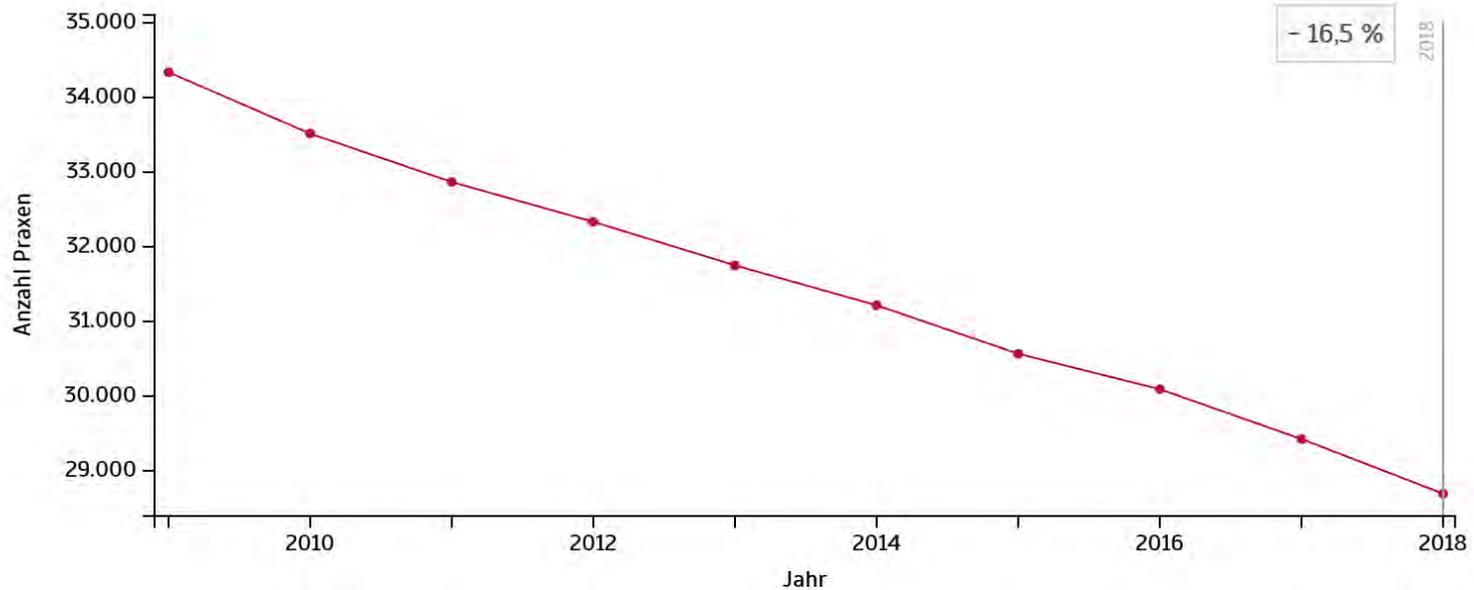
# Blick in die Zukunft



# Zahl der Ärzte in der ambulanten Versorgung – aktueller Stand

- **Niederlassung**

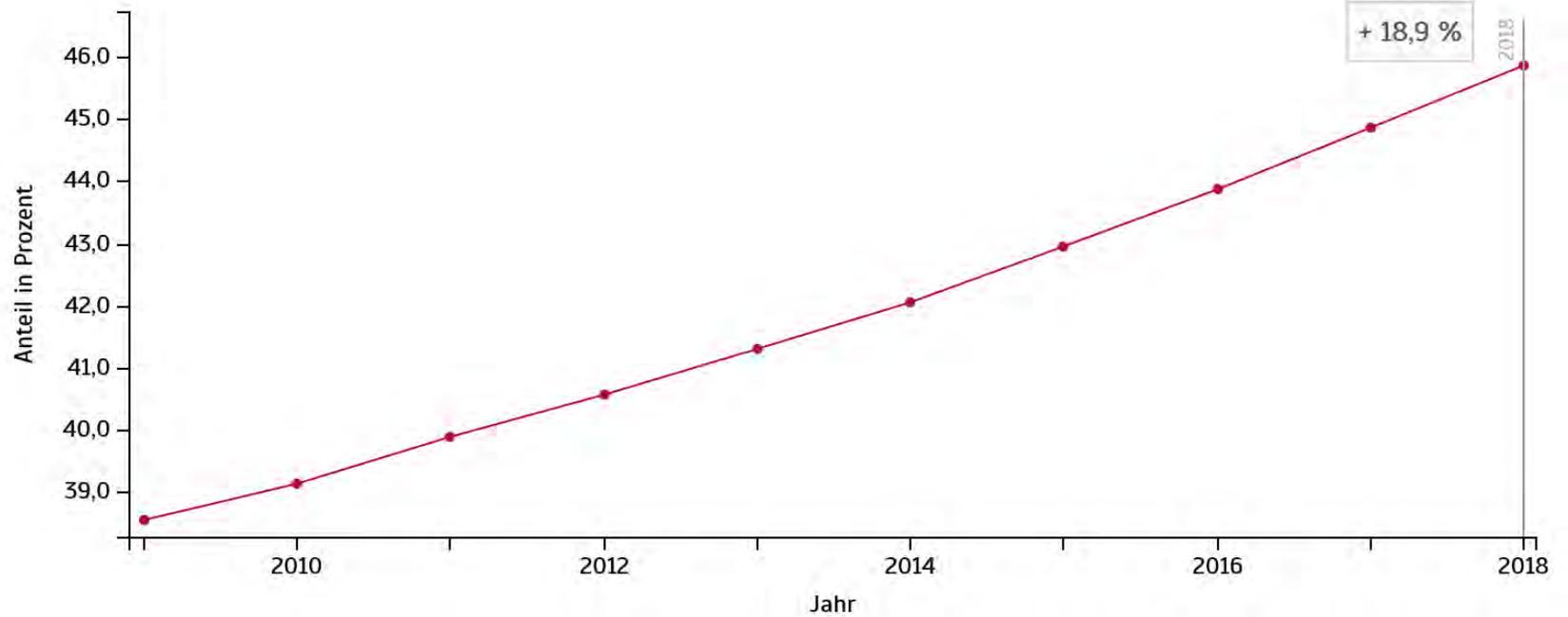
Anzahl Praxen, hausärztl. Einzelpraxen, 2018



Quelle: Statistische Informationen aus dem Bundesärzteregister und MVZ-Statistik, KBV

# Medizin wird weiblich

Anteil in Prozent, weiblich, Hausärzte, 2018

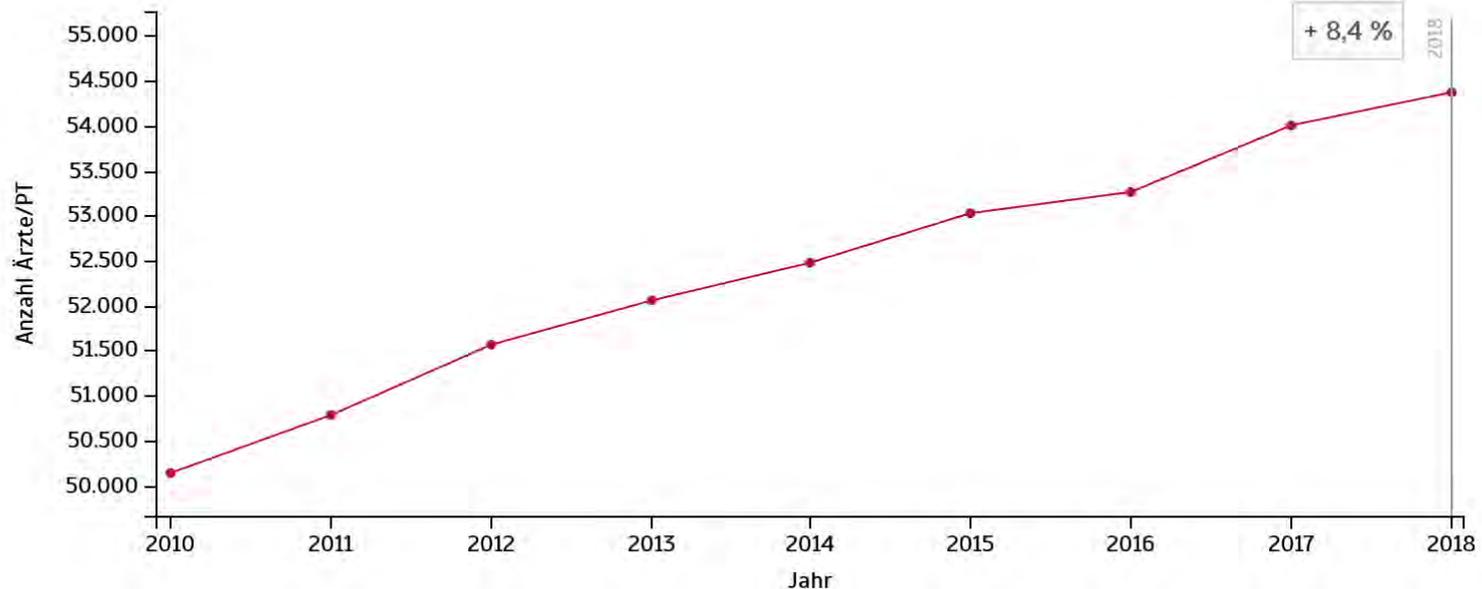


Quelle: Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister, KBV

# Zahl der Ärzte in der ambulanten Versorgung – aktueller Stand

- Kooperationen

Anzahl Ärzte/PT, Berufsausübungsgemeinschaft, alle Ärzte/Psychotherapeuten, 2018



Quelle: Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister, KBV

## Bedarfsplanung ambulante Versorgung

- Planungsgrundlagen der kassenärztlichen Vereinigung
  - Versorgungsbereiche
    - Hausärztliche Versorgung
    - Fachärztliche Versorgung
  - Versorgungsgrad je Planungsraum
- Beispiel xxx S-H
  - Planungsbereich hausärztliche Versorgung
    - Zentralort X aber nicht Gemeinde Y

# Lawine 3



Quelle: ISPO.com

# Gesellschaftlicher und sozialer Wandel Erwartung an die Rahmenbedingungen ärztlicher Tätigkeit in der amb. Versorgung

- **Work-Life-Balance**
  - Arbeitszeit
  - Arbeitszeitmodelle
  - Ausfallorganisation
    - Teilzeitangebote
    - Arbeitsteilung

## Formen der Ausübung der vertragsärztlichen Versorgung:

- Einzelpraxen
- Kooperationen
  - Praxisgemeinschaften, Gemeinschaftspraxen, Berufsausübungsgemeinschaft, MVZ
- (Kommunale) Eigeneinrichtung nach § 105 SGB V, hier muss KV Sicherstellung gewährleisten, in der Organisation wie MVZ
  - Unterversorgung muss vorliegen
- Medizinische Versorgungszentren

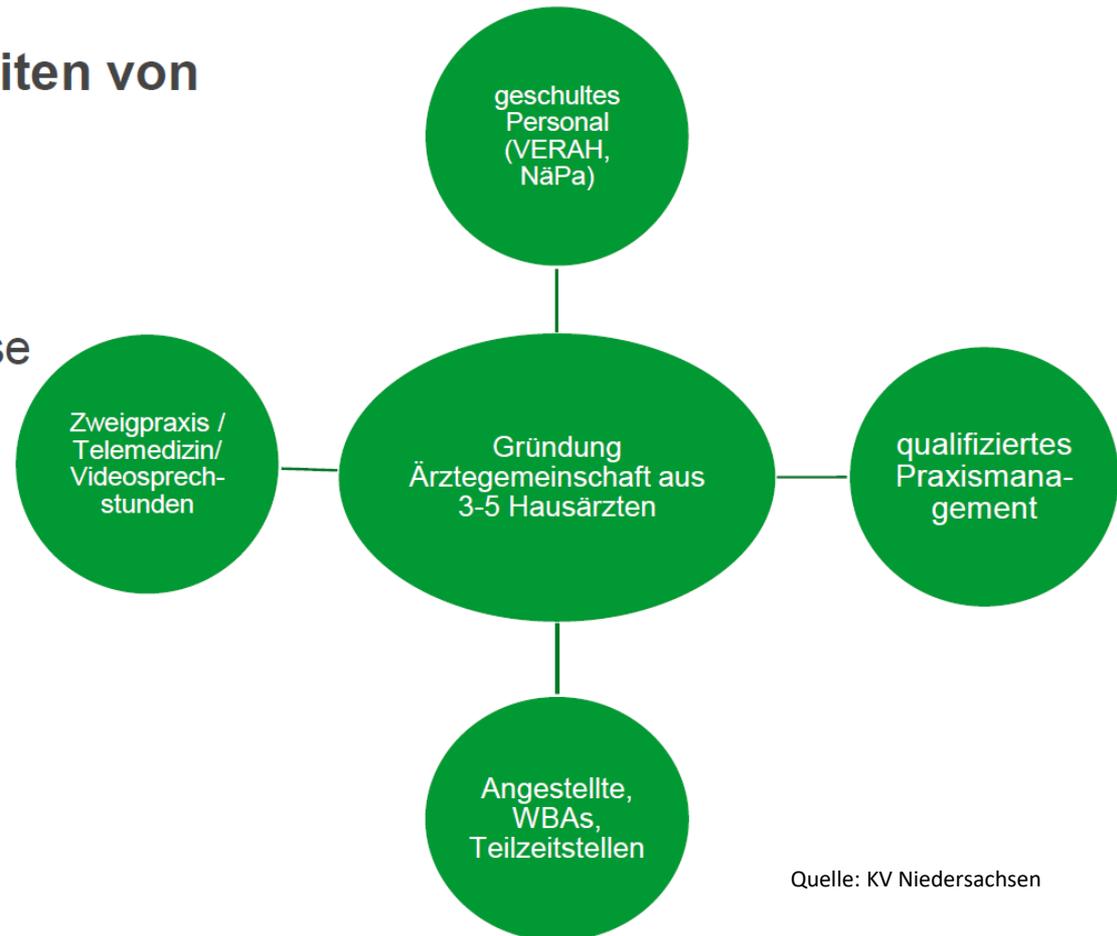
# Zukunftsmodell Teampraxis – lokale Gesundheitszentren in der Hand von Ärzten

## Beteiligungsmöglichkeiten von Genossenschaften:

Praxisräumlichkeiten

Investitionskostenzuschüsse

Kinderbetreuungsmöglichkeiten und Wohnraumsuche



Quelle: KV Niedersachsen

# Altern. Arbeits- und Organisationsformen in der hausärztlichen Versorgung

## Was macht das kommunale MVZ so interessant?

- **Geregelte Tätigkeit in Anstellung außerhalb einer Klinik**
- **Keine Festlegung des zukünftigen Beschäftigungsortes – ich habe einen unbefristeten Vertrag und eine Kündigungsmöglichkeit**
- **Keine Managementaufgaben – ich bin Ärztin/Arzt**
- **Keine Kaufpreise und finanziellen Verpflichtungen**
- **Spätere Übernahme des Kassenarztsitzes in einer Gemeinschaftspraxis mit dem kommunalen MVZ nicht ausgeschlossen**

Quelle: äg Nord

# Projektschritte



Quelle: äg Nord

# Organisationsform

- Formen der ärztlichen Kooperation und Trägerschaft einschl. MVZ
- Kommunales MVZ?
- Kommunale (gemeindliche) Infrastruktur als Angebot an Ärzt\*Innen?

Ziel:

Sicherung wohnortnahe Versorgung der Zukunft

Achtung: Faktor Demografie

# Ziel

- Sicherung der hausärztlichen Versorgung
- Nachfolgeregelung für die vorhandenen Praxen
  - Organisationsformen/Kooperation
  - Praxis-/Berufsausübungsgemeinschaft
  - Gemeinschaftspraxis
- Zukunftsfähiges Konzept
  - Mit gem. Nutzung durch die Ärzt\*innen

## Entwicklung von Gesundheitszentren auch im hausärztlichen Bereich

- Kooperation in einem Zentrum
  - Komplementäre Dienstleistungsangebote
    - Physio
    - Apotheke
    - usw.
  - Integration
    - Ambulante Pflege/teilstationäre Pflege
    - Stationäre Pflege
    - Trägerunabhängige Pflegeberatung
    - Überleitung Krankenhaus
    - Fallmanagement/Telemedizin

# Ärztezentrum Büsum

Ziel ist es, die für Büsum in der medizinischen Bedarfsplanung vorgesehenen Arztsitze zu halten.

Zudem muss der Status des Seeheilbades für Büsum erhalten werden, um die Entwicklung der Tourismusbranche als wichtigen Standortfaktor nicht zu gefährden.

Der zunehmende Versorgungsbedarf, auch im Hinblick auf die deutlich stärker ausgeprägte Patientenzentrierung, muss durch nichtärztliche Mitarbeiter abgedeckt werden.

Dem zunehmenden Qualifizierungsbedarf der nichtärztlichen Mitarbeiter muss entsprochen werden und die Möglichkeiten der technischen Unterstützung müssen genutzt werden.

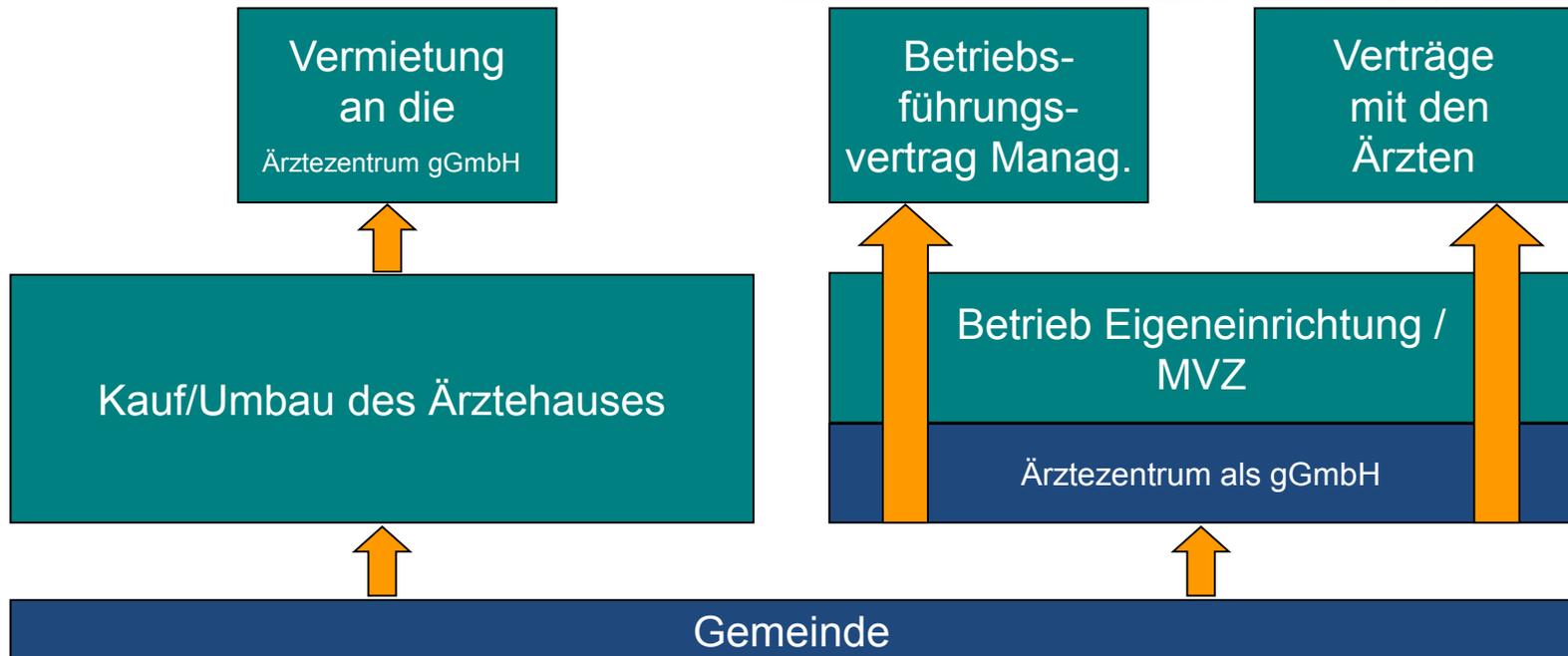
Die Verzahnung der Versorgungssektoren ist ein wesentlicher Faktor, um auch im ländlichen Raum eine hochwertige medizinische Versorgung erhalten zu können.

**Die Kommune als Träger bietet hier eine hervorragende Plattform.**

Quelle: äg Nord und Ärztezentrum Büsum

# Altern. Arbeits- und Organisationsformen in der hausärztlichen Versorgung

## Systemmodell MVZ/Eigeneinrichtung als eine mögliche Lösung...



Quelle: äg Nord und Ärztezentrum Büsum

# Ambulante Notfallversorgung



# Bestimmte Krankenhäuser richten integrierte Notfallzentren ein

- Die Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenhäuser erhalten den Auftrag, **integrierte Notfallzentren (INZ)** einzurichten und zu betreiben.
- **Welche Krankenhäuser solche Notfallzentren erhalten, legen die Länder über ihre Notfallversorgungsplanung fest.**
- Die Notfallzentren sind jederzeit zugänglich und bieten sowohl eine qualifizierte Ersteinschätzung als auch die nötige Erstversorgung.
- In die Notfallzentren werden eine **zentrale Anlaufstelle** („Ein-Tresen-Prinzip“),
  - der ärztliche Bereitschaftsdienst der KV und die zentrale Notaufnahme des Krankenhauses integriert.
- Bestehende Notdienststrukturen (insbesondere sogenannte Portalpraxen) sollen in INZ überführt werden.
- **Die INZ müssen räumlich so in das Krankenhaus eingebunden sein, dass Patientinnen und Patienten sie als erste Anlaufstelle wahrnehmen.**
- Über das nächstgelegene INZ werden die Krankenkassen ihre Versicherten informieren

# Modellprojekt mit Telemedizin zieht positive Zwischenbilanz

von Sebastian Friedhoff



Nachgestellt: Per Tablet und Videochat kann Notfallsanitäter Klaus-Dieter Berner (Johanniter) einen Notarzt des Klinikums Oldenburg kontaktieren. Auch Vitaldaten der Patienten können übermittelt werden.

Quelle: KV Niedersachsen

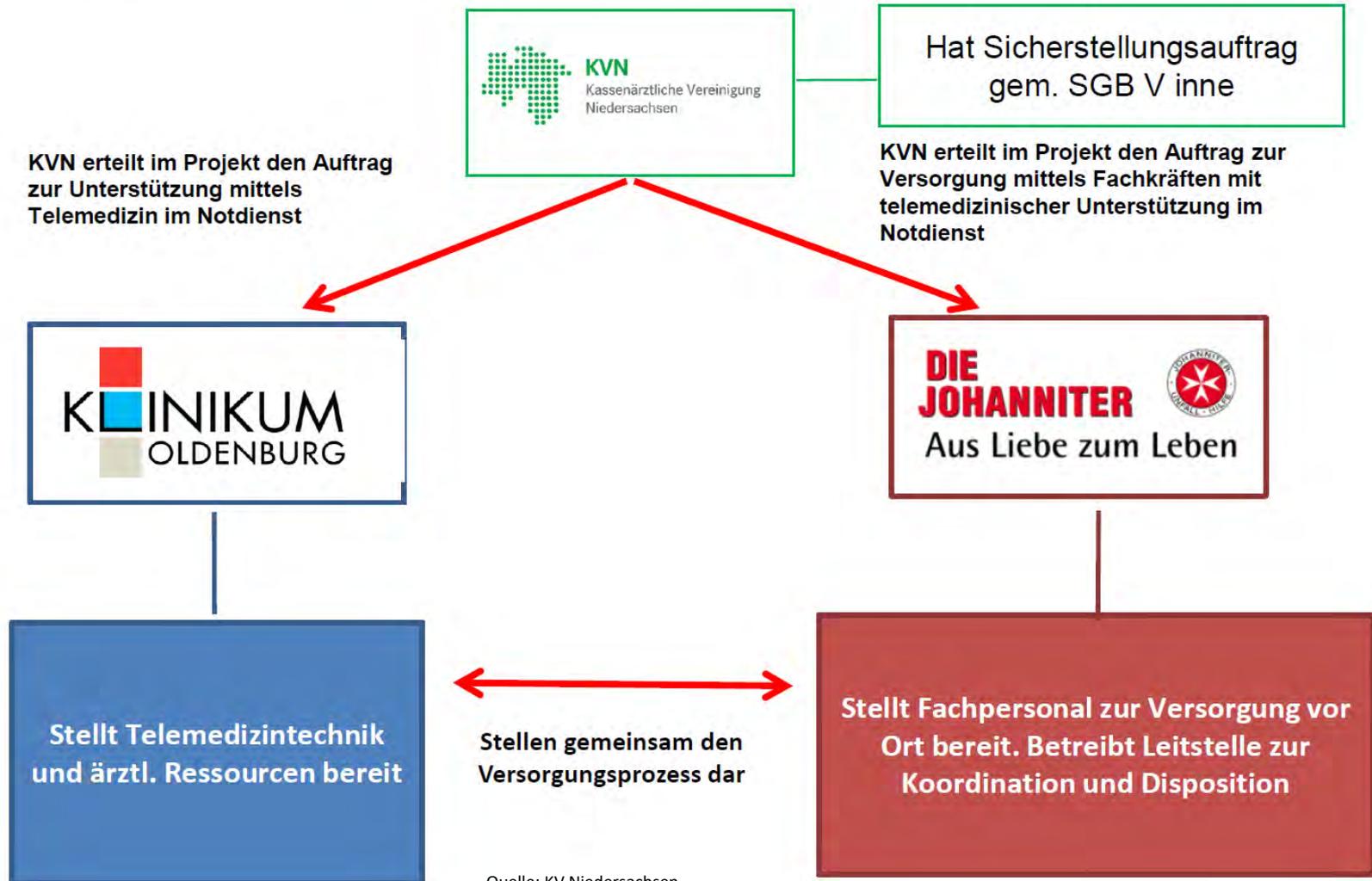
Bild: Torsten von Reeken

# Modellprojekt mit Telemedizin zieht positive Zwischenbilanz

- NWZonline.de
- RatgeberGesundheit
- Modellprojekt mit Telemedizin zieht positive Zwischenbilanz
- 08.07.2019
- Um niedergelassene Ärzte zu entlasten, startete am 1. Januar 2018 das **Modellprojekt „116 117 – Telemedizin als Unterstützung im kassenärztlichen Bereitschaftsdienst“**. Wirkt das Konzept?
- Delmenhorst Um niedergelassene Ärzte vom strapaziösen Bereitschaftsdienst bzw. hausärztlichen Notdienst zu entlasten, haben die Universitätsklinik für Anästhesiologie des Klinikums Oldenburg, die Johanniter-Unfall-Hilfe und die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen am 1. Januar 2018 das Modellprojekt „116 117 – Telemedizin als Unterstützung im kassenärztlichen Bereitschaftsdienst“ gestartet. Die Zwischenbilanz falle durchweg positiv aus, sagte Helmut Scherbeitz, Geschäftsführer der Bezirksstelle Oldenburg der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN), am Freitag in der Dienststelle der Johanniter-Unfall-Hilfe Delmenhorst. Sowohl von Patienten-, Angehörigen- als auch Ärzteseite. Auch Dr. Daniel Overheu, Projektverantwortlicher und Ärztlicher Leiter für Telemedizin im Klinikum Oldenburg, zog ein sehr positives Zwischenfazit.
- Von Freitagabend bis Montagfrüh wird derzeit in Delmenhorst, Ganderkesee und Lemwerder ein mehrstufiges System mithilfe telemedizinischer Methoden praktiziert, welches es examinierten Gesundheitsfachkräften ermöglicht, bei Bedarf einen Notarzt (Anästhesist) des Klinikums Oldenburg virtuell (Videochat) zuzuschalten und mit ihm eine Behandlung in die Wege zu leiten. Ausgestattet sind die Einsatzkräfte mit einem Gerät für telemedizinische Untersuchungen und einem Tablet. Vitaldaten des Patienten, zum Beispiel ein EKG, können direkt an das Klinikum übertragen werden.
- Nach einem Anruf unter der bundesweiten Rufnummer für den ärztlichen Bereitschaftsdienst (116117) muss somit nicht mehr der Hausarzt in der Nacht zum Patienten rausfahren, bevor wenige Stunden später sein regulärer Praxisdienst beginnt. **Diesen Einsatz übernehmen stattdessen in dem zweijährigen Modellprojekt Notfallsanitäter der Johanniter-Unfall-Hilfe.** Unterstützt wird das Projekt auch vom Josef-Hospital Delmenhorst und der Berufsfeuerwehr als Trägerin des Rettungsdienstes der Stadt Delmenhorst.

Quelle: KV Niedersachsen

# Pilotprojekt Bereitschaftsdienst Südliche Wesermarsch



## 75 MFA und das Geheimnis der Delegation (3)

15.000 Behandlungsfälle im Quartal verzeichnet ein hausärztlich geführtes MVZ in Papenburg an der Ems. Neun Ärzte und 75 MFA bewältigen den Ansturm – auch, weil der Hausarzt an der Spitze voll auf Delegation setzt.

Von Christian Beneker

Auszug aus:

[https://www.aerztezeitung.de/praxis\\_wirtschaft/mvz/article/982182/kooperationen-75-mfa-geheimnis-delegation.html](https://www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/mvz/article/982182/kooperationen-75-mfa-geheimnis-delegation.html)

Eissing zählt im Quartal rund 15.000 Behandlungsfälle, darunter 9000 **hausärztliche Behandlungsfälle**. Wie macht er das? „Das geht nur“, erklärt er und beschreibt mit den Händen eine gerade Linie in die Luft, „indem wir eine neue Versorgungsebene einziehen.“ Der Weg heißt **Delegation**. Für fast alle relevanten hausärztlichen Arbeitsfelder hat Eissing MFA zu spezialisierten Disease-Managern fortgebildet. „Sie übernehmen zum Teil ärztliche Aufgaben“, so Eissing. Sie betreuen aber **nur Patienten**, die der behandelnde Arzt **bereits kennt** und therapiert.

Die Akte des Patienten können die Disease-Manager online einsehen, berichtet der Praxischef. Diagnose und Behandlung werden standardisiert dokumentiert, so dass der Arzt die Therapie bei Bedarf einfach online anpassen oder ändern kann. Die angepasste Therapie wird dann direkt an den Disease-Manager übermittelt.

[www.arztrecht.de](http://www.arztrecht.de)



## Otto Melchert

High Morning Consult  
Kommunalberater Ambulante Versorgung  
Hoher Morgen 29  
21423 Winsen (Luhe)  
Telefon: +49 4171 3114  
Fax: +49 4171 63666  
IPhone: +49 171 2124119  
E-Mail: o.melchert@high-morning.de